31e CONGRES DE L'A. M. L. F. C. - QUÉBEC, LES 4, 5, 6 et 7 JUIN 1961
PARIS, LES 21, 22 et 23 SEPTEMBRE 1961

ME 90 — NUMÉRO 5 MONTRÉAL, MAI 1961

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

1872 - 1961

Fondée à Québec en 1902

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

B.LETIN

MEDECINE, FACE A L'OPINION PUBLIQUE 451
Edouard Desjardins

PROFESSEUR ANDRE LAMBLING, DELEGUE OFFICIEL DE LA RANCE AU 31ème CONGRES DE L'A.M.L.F.C., A QUEBEC 455
Pierre Smith

• • •

V DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE U CANADA 458
Pierre Smith

3 CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE RANÇAISE DU CANADA. PROGRAMME SOCIAL 460

TAVAUX ORIGINAUX

L PHOTOGRAPHIE ET LA CINEMATOGRAPHIE ENDOSCOPIQUES IGESTIVES EN FRANCE 461
Ch. Debray, P. Housset, S. Ségal, J. Paolaggi et F. Pette

LITOXICATION PAR LES DERIVES DE LA PHENOTHIAZINE 469
Luc Chicoine

RCUEIL DE FAITS

T'ROIDE LINGUALE 475
M. Belzile et L. Huot

LMPUTATION INTERSCAPULO-THORACIQUE 479
Maurice Fortier et Paul-A. Gagnon

L KYSTES PSEUDO-MUCINEUX DE L'OVAIRE 483
André Cormier

L DIVERTICULES DE L'URETRE CHEZ LA FEMME 485
Ivan Laberge

E URGENCE LARYNGEE 488
J. Boussens et J.-M. Verrault

EVUE GÉNÉRALE

L FRACTURES OUVERTES ET FERMEES DE LA MAIN 492
Yves Prévost

L'INCOMPETENCE DU COL 495
Pierre Sanche

L'INCONTINENCE DU COL COMME FACTEUR D'AVORTEMENT ... 498
Paul-Emile Fortin

ÉDITORIAL

SUR LES IMPLICATIONS MEDICALES DES VOYAGES AERIENS 512
François Léger

VARIÉTÉS

L'ENSEIGNEMENT A L'HOPITAL SOUS L'ASSURANCE-HOSPITALISATION EN ONTARIO 515
Antonio Lecours

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

A PROPOS DE MORSURE DE RAT 519
Pierre Langevin

CANCERS MULTIPLES ET COEXISTANTS CHEZ LE MEME INDIVIDU 520
Lionel-E. Fournier

TROUBLES PULMONAIRES EN PEDIATRIE 523
Guy St-Laurent et A. Guilbeault

CORRESPONDANCE

LETTRE DES ETATS-UNIS 526

• • •

ANALYSES 527
SOCIETES 534
NOUVELLES 539
REVUE DES LIVRES 541
COMMUNIQUES 541
LIVRES REÇUS 547
L'Union Médicale du Canada en 1892 550
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 551

*Contre le SPECTRE de l'*ACNÉ

KERABEC

COMPOSÉ *Thérapie vitamino-thyroïdienne et sédation*

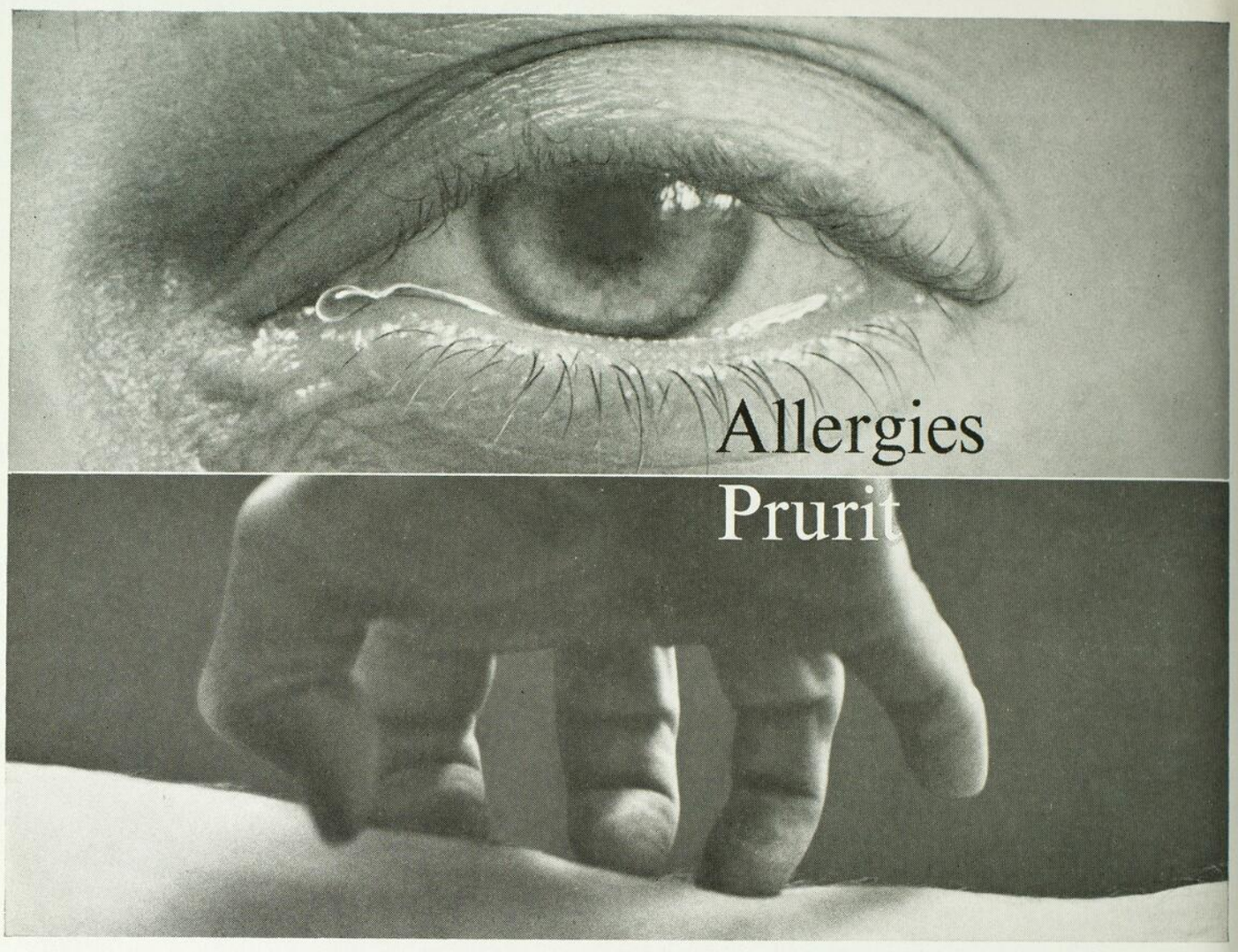
Eloigne le danger de la lésion cutanée et psychique.

KERABEC SIMPLE

vitamino-thérapie intensive A B_2 C

Rougier INC.

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



Dans leurs rapports sur le traitement avec Forhistal de 6,181 cas d'affections allergiques et prurigineuses diverses, plus de 700 cliniciens des Etats-Unis évaluent que le soulagement symptomatique fut "net" à "moyen" chez plus de 8 patients sur 10. Les réactions secondaires furent rares; 9 sur 10 des patients en furent indemnes.

Pour tous renseignements détaillés sur Forhistal, veuillez consulter votre représentant CIBA ou écrivez à CIBA COMPANY LIMITED, Dorval, Québec.

Posologie moyenne:

Adultes et enfants de plus de 6 ans: Comprimés—1 ou 2 comprimés 1 à 3 fois par jour.

Lontabs—1 Lontab matin et soir.

Sirop—1 ou 2 cuillerées à thé 1 à 3 fois par jour.

Enfants de moins de 6 ans: Gouttes pour enfants—0.25 mg. (0.3 ml.) à 0.5 mg. (0.6 ml.) 2 ou 3 fois par jour.

Présentations:

- *Comprimés* à 1 mg. (orange pâle, sécables); flacons de 100 et 500.
- *Lontabs* à 2.5 mg. (orange); flacons de 100 et 500.
- *Sirop* (rose), dosé à 1 mg. par cuillerée à thé; flacons de 16 oz. fl.
- *Gouttes pour enfants* (roses), dosées à 0.5 mg. par 0.6 ml.; flacons de 30 ml. accompagnés d'un compte-gouttes gradué à 0.3 et 0.6 ml.

FORHISTAL® (*maléate de dimethpyrindène CIBA*)
LONTABS (*comprimés CIBA à action prolongée uniforme*)

CIBA
OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION

avec le nouveau
Forhistal®
soulagement
symptomatique
net à moyen
dans plus de
8 cas
sur 10

1808

Mousse* Neo-Aristoderm

Néomycine-Acétonide de Triamcinolone Lederle

S'ÉTEND PLUS FACILEMENT ET PLUS ÉGALEMENT QU'UN ONGUENT

Vos malades apprécieront la facilité d'application sur les lésions sensibles, ainsi que l'absence d'onctuosité qui rend la MOUSSE NÉO-ARISTODERM esthétiquement supérieure aux autres topiques. Le distributeur sous pression applique la mousse directement sur le siège de l'inflammation aidant à supprimer le gaspillage. La MOUSSE NÉO-ARISTODERM renferme de l'acétonide de triamcinolone, qui est dix fois plus actif que l'hydrocortisone topique, associé à la néomycine pour combattre l'infection secondaire.

*Marque Déposée

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED *Montreal*

L'Union Médicale

du Canada

•

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Léon Binet, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Paris;
H. Hermann, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Lyon;
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
R. Kourilsky (Paris),
Paul-Louis Chigot (Paris),
Paul Lamarque (Montpellier),
Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Jean-Baptiste Jobin, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;
Jean-Charles Lussier, doyen,
Faculté de Médecine, Université d'Ottawa;
T. Parizeau,
Paul Letondal,
Rosario Fontaine,
J.-M Laframboise,
Roméo Pépin,
J.-L. Petitclerc.

BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins.

Secrétaire de la Rédaction:
Jean-Marc Bordeleau.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, J.-M. Beauregard, M. Belisle, Jacques Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, Léandre Décarie, Edouard-D. Gagnon, Jacques Gagnon, Maurice Gervais, Fernand Grégoire, Rol. Guy, P.-P. Julien, M. Kaludi, Camille Laurin, J.-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, André Leduc, Charles Lépine, J. Mathieu, Gérard Mignault, André Proulx, Rosario Robillard, Henri Smith, Maurice St-Martin.

CORRESPONDANTS

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

INDICATIONS:

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

l'eau qui fait . . . du bien!

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

Composition naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

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

les "nausées matinales" sont prévenues la veille avec

BENDECTIN

(2 comprimés h.s.)

D'après les essais cliniques,[1-3] 2 comprimés seulement pris au coucher, enrayent, dans plus de 95% des cas, tout symptôme de malaises matinaux.

1) Nulsen, R. O.: Ohio State Med. J. 53:665 1957.
2) Communications personnelles: 1956-57.
3) Towne, J. E.: Internat. Rec. of Med. 171:584, 1958.

Bendectin combine trois actions thérapeutiques complémentaires: une action antispasmodique, une action antinauséeuse et un supplément de pyridoxine pour *prévenir* ce malaise désagréable.

TUATE
r
trôler
poids
a cours
la grossesse.

Merrell
1828

WM. S. MERRELL COMPANY
Division de Richardson-Merrell Inc.
Weston, Ontario

MARQUES DE COMMERCE: BENDECTIN, TENUATE

L'Union Médicale
du Canada

•

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

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

BUREAU DE DIRECTION

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

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT: **326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.**
PUBLICITÉ: Jacques-D. Clerk. **Téléphone: AVenue 8-9888**

Un sédatif alcalin bien équilibré . . .

Une demi-capsule-mesure (90 gr. ou 6 G.) renferme:	
phénobarbital de sodium	¼ de gr.
carbonate de calcium	10 gr.
bicarbonate de sodium	5 gr.
citrate de sodium et tartrate de sodium (alcalis potentiels)	q.s.

PRÉSENTATION: flacons à capsule-mesure de 4 et 8 onces.

"SEDALKA"

EFFICACE... AGRÉABLE AU GOÛT

Indigestion nerveuse et hyperacidité: céphalée et nausée associées au trop-manger et au trop-boire: comme supplément thérapeutique dans les rhumes ordinaires et la grippe.

POSOLOGIE: une capsule-mesure (4 cuillerées à thé) par jour, en dose unique ou fractionnée, dans de l'eau.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Tetrex

Phosphate Complexe de Tétracycline

Résultats
inégalés
en fait de
rapidité
efficacité
sécurité dans
la thérapie à la
tétracycline

Bristol
LABORATORIES OF
CANADA, LTD.

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une clinique de recherches et de traitements psychiatriques dans la banlieue de montreal.

Hôpital psychiatrique moderne de 152 lits, pleinement accrédité, offrant thérapie biologique et psychologique.

Situé dans un domaine majestueux, où les occupations et récréations thérapeutiques sont en fonction des besoins, du confort et de l'agrément des patients.

Affilié au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, pour la formation de résidents, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'infirmières spécialisées en psychiatrie.

Brochures et tarifs sur demande.

Demi-relief de Notre-Dame-de-la-Sérénité à l'entrée principale.

INSTITUT ALBERT PREVOST

6555 OUEST, BOULEVARD GOUIN, MONTRÉAL 9, CANADA.

LE ROI DES NEUROLEPTIQUES

LARGACTIL

Poulenc LIMITÉE

K

en 8 ans,
plus de 8,500 publications

LARGACTIL
chlorpromazine

EN ANESTHÉSIE

". . . employés comme pré-médication, les tranquillisants diminuent nettement la fréquence des vomissements post-opératoires . . . C'est avec la chlorpromazine que cette action est le plus marquée . . . c'est également la chlorpromazine qui est la plus efficace à retarder et à réduire le besoin de narcotiques, après intervention . . ."

LEAR, E. et coll.—*Jour. Am. Med. Assn.*, vol. 166, 22 mars 1958, p 1438.

EN PSYCHIATRIE

". . . Bien qu'elle soit la plus ancienne des amines dérivées de la phénothiazine, la chlorpromazine [Largactil] reste le médicament de choix pour les malades mentaux internés."

KARLINER, W.—*Am. Pract. Digest of Treatment*, vol. 11, no 4, avril 1960, p. 278.

EN MÉDECINE GÉNÉRALE

". . . il ressort que la chlorpromazine est une addition précieuse à l'arsenal thérapeutique, non seulement pour le psychiatre, le neurologue, l'obstétricien et l'anesthésiste, mais encore pour l'omnipraticien . . ."

BONELLO, F. J.—*Int. Rec. of Medicine*, vol. 164, avril 1956.

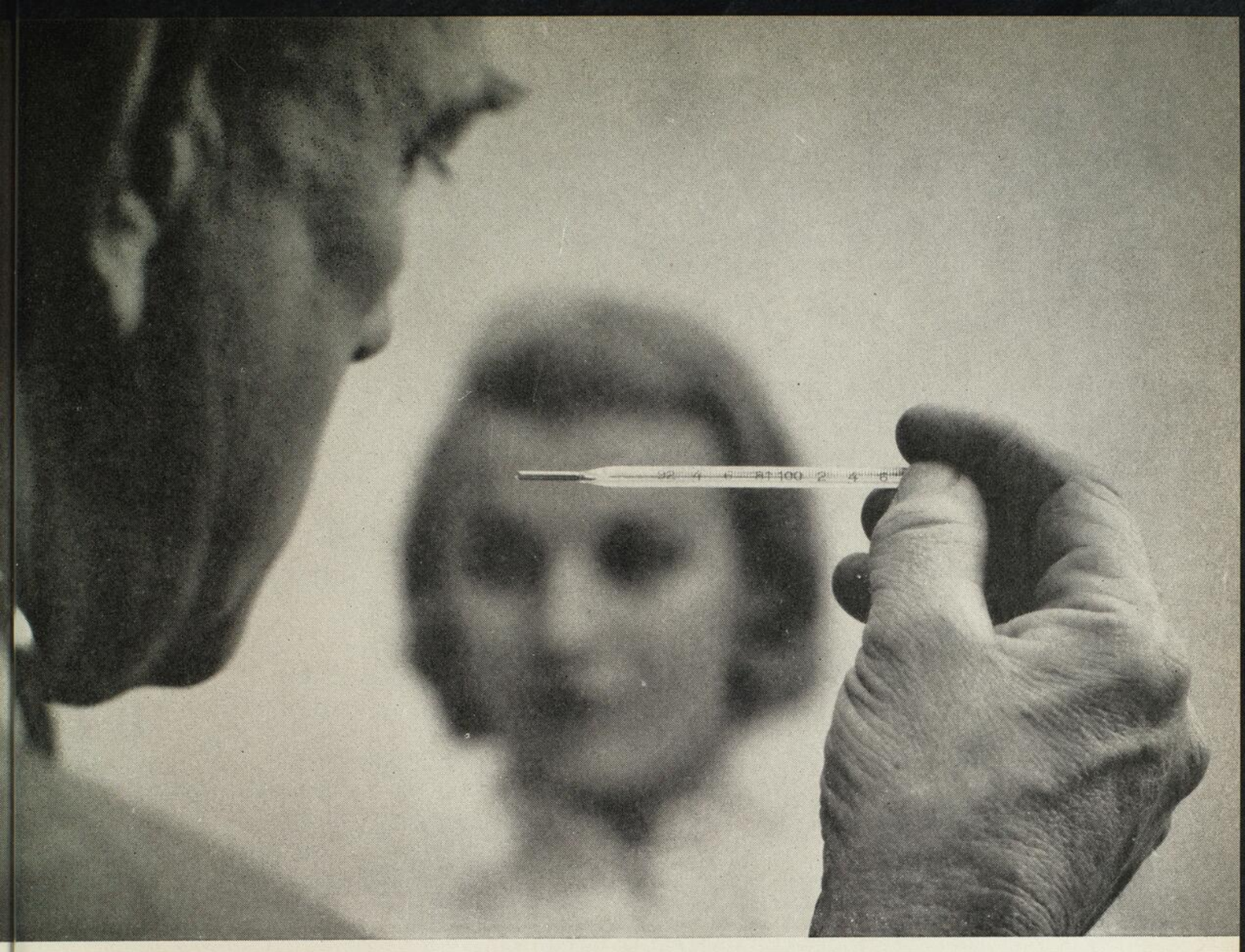
PRÉSENTATIONS

COMPRIMÉS	10, 25, 50 et 100 mg.
DRAGÉES	200 mg.
GOUTTES	1 mg. par goutte
LIQUIDE	25 mg. par c. à thé (5 ml.)
AMPOULES	5 ml., 5 mg. par ml.
	2 ml., 25 mg. par ml.
SUPPOSITOIRES	25 mg. et 100 mg.

documentation scientifique et échantillons sur demande

Poulenc LIMITÉE
8580 Esplanade, Montréal

K



De plus en plus, le premier choix dans la pénicillo-thérapie orale

- *la rapidité d'action que vous cherchez*
- *la sûreté d'action dont vous avez besoin*
- *une plus grande économie pour votre malade*

La PEN•VEE*•*Oral* peut se prescrire dans toutes les infections qui réagissent à la pénicilline per os . . . et même dans de nombreux cas habituellement traités à la pénicilline parentérale.

PEN•VEE*•*Oral en comprimés,* pénicilline V cristallisée, à 125 mg. (200,000 U.I.) et à 300 mg. (500,000 U.I.), en flacons de 12 et de 100 comprimés.

Suspension PEN•VEE*, suspension per os de pénicilline V benzathine, à 90 mg. (150,000 U.I.) et à 180 mg. (300,000 U.I.) par cuillerée à thé de 5 c.c., en flacons de 2 onces liq.

PEN·VEE*·*Oral*

COMPRIMÉS et SUSPENSION

Wyeth

*Marque Déposée

WALKERVILLE, ONTARIO

℞ Ordonnance obligatoire

*Marque déposée Brevetée en 1953

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990 est, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN, directeur général, 400 est, rue Sherbrooke, Montréal.
E.-Rolland BLAIS, secrétaire-trésorier général, 1779, avenue de l'Eglise, Montréal.
André LEDUC, adjoint au directeur général, 156, avenue Willowdale, Outremont.
Raymond CARON, adjoint au secrétaire-trésorier général, 2178 est, Mont-Royal, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN, Montréal.
E.-Rolland BLAIS, Montréal.
André LEDUC, Montréal.
Raymond CARON, Montréal.
Roma AMYOT, Montréal.
Edouard DESJARDINS, Montréal.
Pierre JOBIN, Québec.
J.-M. LAFRAMBOISE, Ottawa.
Armand RIOUX, Québec.

Directeur des Relations Extérieures:
Pierre SMITH.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

COMITÉ DU XXXIe CONGRÈS

Président: **Pierre JOBIN,** Québec.
Trésorier: **Wilfrid CARON,** Québec.
Secrétaire: **Jacques TURCOT,** Québec.
Secrétaire-adjoint: **Jean-Marie DELAGE,** Québec.

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1150 est, boul. St-Joseph, Montréal.
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, avenue Laurier, St-Jean, Qué.
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.
BEGIN, B.-C., 3440, rue Hutchison, Montréal.
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Bldg., Windsor, Ont.
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.
BRETON, Gérard-J., North Battleford, Sask.
BUNDOCK, Benoît, 33, rue Dupuis, Hull, P.Q.
CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.
CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.
CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.
CHRETIEN, Maurice, 537, Station, Shawinigan, P.Q.
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont.
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.
DORION, J.-Ed., 609 est, boul. Charest, Québec, P.Q.
DOUCET, Calixte, Campbellton, N.-B.
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal.
DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.
FOREST, J.-E., 366, de Lanaudière, Joliette, P.Q.
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.
GAUTHIER, Vincent, 1100, Bougainville, Québec, P.Q.
GOYETTE, Roger-B., 415 est, avenue Laurier, Ottawa, Ont.
HAMEL, Jean-F., 168, Charlotte, Ottawa, Ont.
ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P.Q.
LAFRAMBOISE, Jean, 249, River Road, Eastview, Ont.
LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.
LAROUCHE, Gérard-L., 126 sud, rue Brooks, Sherbrooke, P.Q.
LAURIN, Camille, 66, ave Pagnuelo, Outremont, P.Q.
LEBLANC, J.-B., 975, St-Prosper, Trois-Rivières, P.Q.
LeBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.
LEDUC, Aimé, 79, Ste-Cécile, Salaberry de Valleyfield, P.Q.
LESSARD, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec, P.Q.
MORISSET, Jean, Rimouski, P.Q.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
NADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.
PAIEMENT, Horace, C.P. 400, Sturgeon Falls, Ont.
PELLETIER, Emile, 34, de la Fabrique, Québec, P.Q.
PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.
PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal.
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.
POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.
RIOUX, J.-Emile, 101, Grande-Allée, Québec (4), P.Q.
ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire (Nicolet), P.Q.
ST-JEAN, Conrad, 210, rue Principale, Granby, P.Q.
TERRIEN, Jean, 189, Bronson, Ottawa, Ont.
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun.
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal.
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

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

Pour combattre
la peur et réduire
la fréquence
et la gravité des crises angineuses

Equanitrate*

Méprobamate et tétranitrate de pentaérythritol Wyeth

L'EQUANITRATE contribue à supprimer la douleur et l'anxiété que fait naître l'angine de poitrine. Il réduit le nombre et la gravité des crises, augmente la tolérance à l'effort et diminue la dépendance à l'égard de la nitroglycérine.

Dans une récente étude à double inconnue†, où l'auteur compare le méprobamate, un placébo, le PETN et l'EQUANITRATE, l'auteur déclare: "Les meilleurs résultats, au double point de vue clinique et électrocardiographique, ont été obtenus avec l'association méprobamate-tétranitrate de pentaérythritol (EQUANITRATE)..."

Présenté en 2 concentrations pour augmenter la souplesse de la posologie:
EQUANITRATE 10 (200 mg. de méprobamate et 10 mg. de tétranitrate de pentaérythritol), comprimés ovales blancs, en flacons de 50 et de 500 comprimés. EQUANITRATE 20 (200 mg. de méprobamate et 20 mg. de tétranitrate de pentaérythritol), comprimés ovales jaunes, en flacon de 50 comprimés.

CPMA

†Russek, H.I.: Am. J. Cardiol. 3:547 (avril 1959).
*Marque déposée
℞ Ordonnance obligatoire

Wyeth
Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

ENOVID®

restaure l'équilibre fonctionnel . . . arrête le saignement

La constance avec laquelle Enovid corrige le déficit endocrinien de l'hypofonction ovarienne ne paraît jamais plus évidente que dans l'effet rapide et positif qu'il exerce sur le saignement utérin dysfonctionnel.

Au cours de l'adolescence, durant la ménopause, et dans tous les cas où le mécanisme irrégulier de la progestérone entraîne la ménorragie ou la métrorragie, on peut compter sur la puissante activité progestative d'Enovid pour produire une action hémostatique nette et rapide. De plus, Enovid peut être prescrit sans crainte de provoquer l'hirsutisme ou autres effets masculinisants.

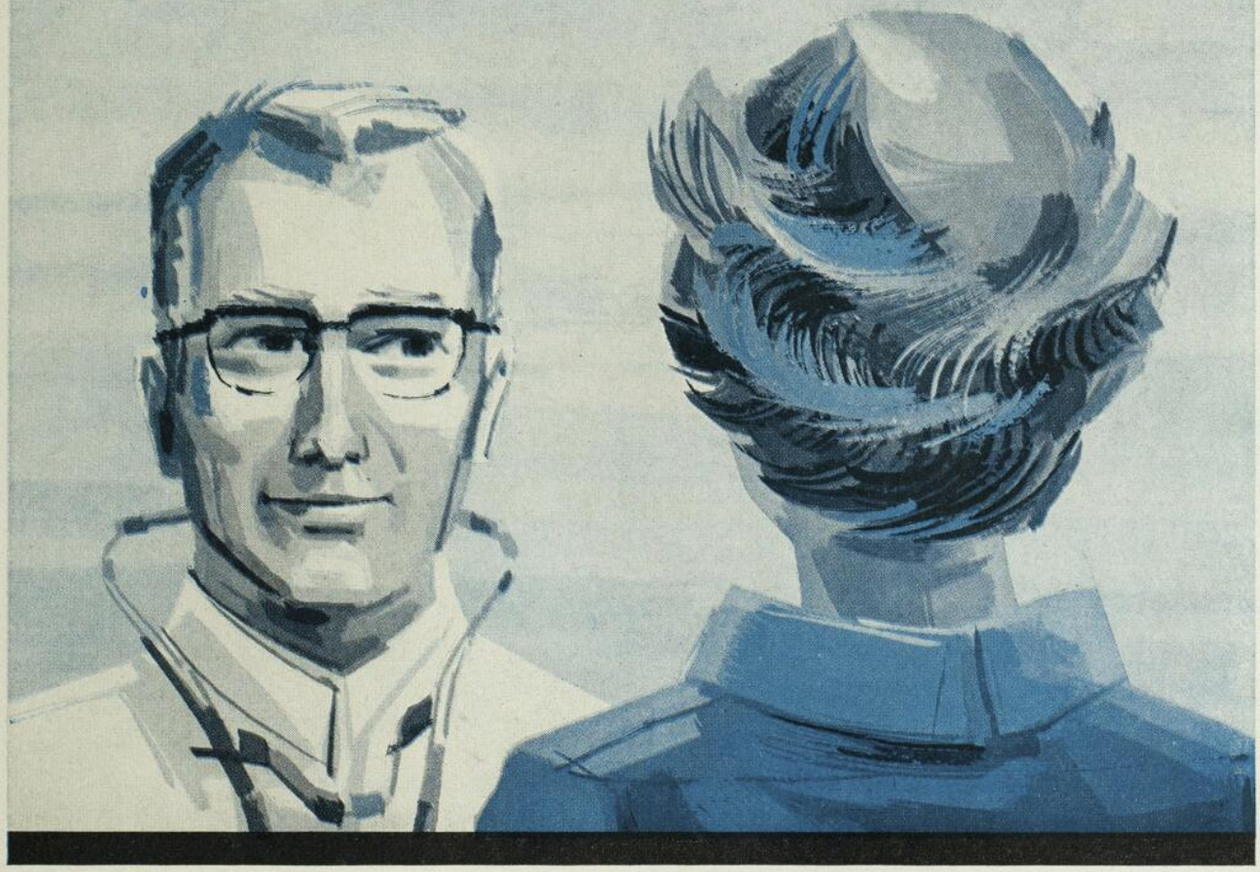
"Le saignement dysfonctionnel peut, presque infailliblement être enrayé par la thérapeutique hormonale", affirme Southam[1] et, continue l'auteur, "le noréthynodrel (Enovid)... amène l'hémostase en moins de 24 heures . . ."

Posologie et Présentation: *Dans la ménorragie,* 20 mg. par jour pendant quatre ou cinq jours, puis 10 mg. par jour jusqu'au 25e jour du cycle. Si la ménorragie se manifeste au cours de la période, il faut répéter la même posologie; dans le cas contraire, il faut administrer 10 mg. par jour du 5e au 25e jour pendant deux ou trois cycles successifs. *Dans la métrorragie,* 10 ou 20 mg. d'Enovid par jour jusqu'au 25e jour pour enrayer le saignement. Cette posologie doit être poursuivie du 5e au 25e jour pendant deux ou trois cycles successifs puis, interrompue, pour vérifier si le cycle menstruel est redevenu normal. Enovid (marque de noréthynodrel avec éther d'éthyloestradiol 3-méthyl) est présenté en comprimés à 10 mg., sécables, de couleur corail.

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA LTD.
247 est, rue Queen, Brampton, Ontario
La Recherche au Service de la Médecine

1. Southam, A.L.: Le saignement utérin dysfonctionnel de l'adolescence, Clin. Obst. & Gynec. 3:24 (mars) 1960.

LA TENSION PRÉMENSTRUELLE ET VOUS



En présence de symptômes attribuables à la tension prémenstruelle, soulagez la patiente en lui prescrivant...

CYCLEX*

HydroDIURIL* (hydrochlorothiazide) et méprobamate

CYCLEX* soulagera les symptômes caractéristiques de la tension prémenstruelle:

Oedème . . . Grâce à l'effet salurétique rapide que confère HydroDIURIL* à CYCLEX, on voit bientôt disparaître l'augmentation temporaire de poids, l'engorgement mammaire et la congestion abdominale.

Sautes d'humeur . . . Grâce au méprobamate, CYCLEX agit efficacement sur l'appréhension nerveuse, la tension mentale, l'irritabilité, l'insomnie et l'instabilité émotive.

Troubles gastro-intestinaux . . . CYCLEX soulage rapidement la nausée, le malaise et le ballonnement associés à la tension prémenstruelle.

indication: Tension prémenstruelle accompagnée d'œdème.

posologie: La posologie recommandée est d'un comprimé une ou deux fois par jour dès l'apparition des symptômes ou même un peu avant. On peut poursuivre le traitement au CYCLEX pendant toute la période menstruelle.

présentation: CA 8561 Comprimés CYCLEX, en flacons de 100, dosés à 25 mg. d'HydroDIURIL et 200 mg. de méprobamate.

MSD

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

*Marques de commerce

Un malade à qui vous avez rendu son gagne-pain

Soma soulage la raideur et les douleurs lombaires

VOTRE BUT: Soulager promptement la douleur de votre client. Le rendre rapidement à son activité normale.

L'AIDE DE SOMA: Soma combat directement la douleur tout en favorisant le soulagement du spasme musculaire.

LES RÉSULTATS: Une fois la douleur et la raideur éliminées, votre client peut aussitôt reprendre son activité normale—souvent en quelques jours au lieu de quelques semaines.

Soma est remarquablement sûr. Ses effets secondaires sont rares. Il peut se produire une certaine somnolence, mais en général après de fortes doses seulement. Soma est présenté en comprimés de 350 mg. POSOLOGIE HABITUELLE: 1 COMPRIMÉ Q.I.D.

Le myo-résolutif qui a la propriété <u>independante</u> de soulager

SOMA

carisoprodal, Wallace

Wallace Laboratories, Toronto, Ontario

contrôle efficace de
la diarrhée...

souvent lorsque tous les autres agents ont échoué

nouveau **Sorboquel**

SOUS FORME PRATIQUE DE COMPRIMÉS

sur 800 cas étudiés*,
Sorboquel
a contrôlé 84% des
diarrhées chroniques
et 94% des
diarrhées aiguës

1. Le polycarbophil, nouvel agent synthétique qui possède une capacité hydro-absorbante exceptionnelle.
2. Le méthylbromure de thihéxinol, inhibiteur de l'hypermotilité intestinale, doué d'une remarquable action sélective.

Ces deux composants de Sorboquel procurent un contrôle efficace de la diarrhée aiguë et chronique.

**références en dossier,*
Schering Corporation Limited

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

"Les xanthines agissent-elles dans l'ANGINE DE POITRINE?"

(Résumé de l'article portant ce titre)

Les malades atteints d'angine de poitrine réagirent de manière nettement favorable à l'administration intraveineuse d'aminophylline. Mais, signale l'auteur, renommé pour ses travaux de recherche originaux sur les affections cardio-vasculaires, l'administration orale se montra au contraire inefficace chez tous les sujets observés. Cet échec provenait sans doute des taux sanguins subliminaux de théophylline, obtenus avec l'administration orale.

Il a été démontré qu'une solution de théophylline à 20% d'alcool (Elixophylline) produisait des taux sanguins comparables à ceux qu'entraîne l'administration intraveineuse d'aminophylline. Cette préparation orale et un placebo (identique au point de vue aspect, goût et teneur en alcool) furent soumis à un test de réaction électro-cardiographique et à une épreuve clinique à double inconnue.

L'auteur déclare: « A la lumière de nos résultats, les conclusions tirées des expériences de laboratoire et tendant à prouver que la théophylline serait un vaso-dilatateur coronaire « nocif » doivent être rejetées, quand il s'agit de l'homme ». En effet, l'Elixophylline administrée par voie orale à 30 malades se révéla efficace « non seulement à combattre les symptômes mais encore à modifier la réaction électro-cardiographique à l'exercice physique standard. L'efficacité de cette préparation repose sur son absorption rapide, et sur les taux sanguins élevés qu'elle produit, grâce au véhicule employé. »

(Russek, H.I., Am. J. Med. Sc., fév. 1960)

RÉFÉRENCES DE TRAVAUX CLINIQUES SUR

ELIXOPHYLLINE

FORMULE: Solution hydro-alcoolique de théophylline. 15 cc. (1 cuillerée à soupe) renferment 80 mg. de théophylline (équivalant à 100 mg. d'aminophylline) et 20% d'éthyl-alcool.

POSOLOGIE ORALE: **Les 2 premiers jours** — doses de 45 cc., 3 fois par jour (avant le petit déjeuner, à 3 heures p.m., et au coucher).
Par la suite — doses de 30 cc., 3 fois par jour (aux mêmes moments).

PRÉSENTATION: Sur ordonnance seulement; flacons de 16 onces liquides et de 1 gallon.

DOCUMENTATION SPÉCIALE: Tiré à part de l'article du Dr Russek, résumé ci-haut sur demande.

Sherman Laboratories

Windsor, Ontario

stimulation
peristaltique douce
par contact seulement

Dragées de 5 mg.
2 ou 3 dragées prises au coucher produiront une action le matin suivant, ou prises une demi-heure avant le déjeuner produiront un effet dans une à six heures.

DULCOLAX®

Efficace, sûr et pratique dans tous les genres de constipation.

Agit par contact avec la muqueuse du côlon.

N'agit pas par voie sanguine.

Virtuellement non-toxique et libre d'effets secondaires.

Commodité des deux formes pharmaceutiques.

- Dragées — pour effet le lendemain.
- Suppositoires — pour effet rapide.

Suppositoires de 10 mg.
Un suppositoire est habituellement suffisant pour agir au bout d'une demi-heure.

PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
distribués par
Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal

L-1476F

UN "CLINIQUICK" AMES

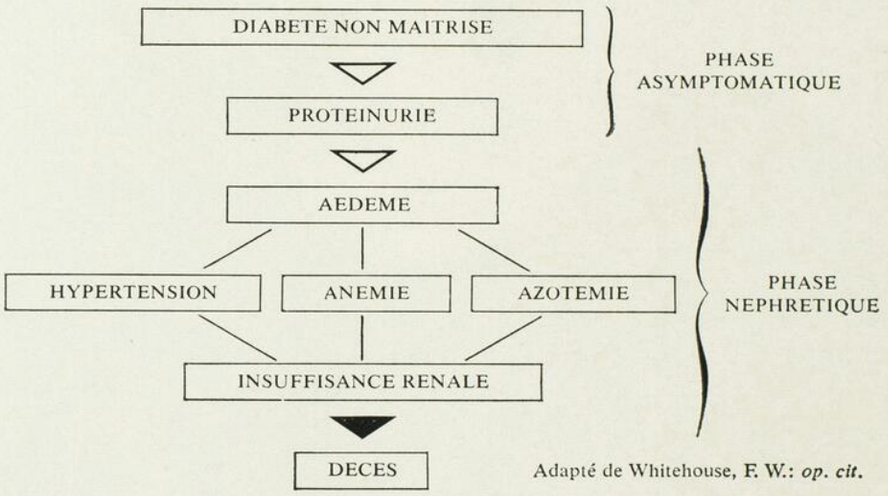
RAPPORT-ECLAIR POUR LE PRATICIEN MODERNE

POURQUOI LE DIABETIQUE EST-IL PARTICULIEREMENT EXPOSE A LA NEPHROPATHIE?

Le rein est l'organe le plus susceptible d'être affecté, dans sa structure et ses fonctions, par le diabète. Soixante-quinze pour cent de tous les décès causés par le diabète résultent de complications cardiovasculaires-néphrétiques. Dans ce groupe, un cinquième des complications prennent naissance dans le rein.

Source: Whitehouse, F. W.: Postgrad. Med. *24*:54, 1958.

HISTOIRE NATURELLE D'UNE NEPHROPATHIE D'ORIGINE DIABETIQUE



Adapté de Whitehouse, F. W.: *op. cit.*

examiner le diabétique pour la glycosurie ... et la protéinurie *le meilleur indicateur de désordre néphrétique est probablement*

URISTIX

MARQUE DÉPOSÉE

Bâtonnets réactifs

test colorimétrique combiné pour la recherche des *protéines* et du *glucose* dans l'urine. Il suffit de plonger la bande dans l'urine et de lire les résultats.

1 PLONGEE ... 10 SECONDES ... 2 RESULTATS

- Ne sont pas affectées par la turbidité, les métabolites d'origine médicamenteuse ou par les autres constituants de l'urine
- Une gamme de couleurs standardisées fournit des points de références accélérant la lecture

Bâtonnets réactifs URISTIX en flacons de 125

CA07361F

AMES COMPANY OF CANADA LTD Toronto Ontario

DANS LES MALADIES ANO-RECTALES ...

RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE NORMALE

CONTRE LES ÉTATS INFLAMMATOIRES:

WYANOIDS HC

Suppositoires à l'hydrocortisone

Les Wyanoids HC sont une association d'hydrocortisone et des constituants lénitifs de la formule des Wyanoids qui ont subi l'épreuve de l'expérience. Ils soulagent la démangeaison, la sensation de cuisson et la douleur, réduisent l'inflammation et l'oedème.

En boîte de 12 suppositoires

Pr Ordonnance obligatoire

CONTRE LES HÉMORROÏDES

WYANOIDS

Suppositoires anti-hémorroïdaires

Les Wyanoids soulagent rapidement la démangeaison, la sensation de cuisson et la douleur qui accompagnent les hémorroïdes simples; ils agissent localement contre le spasme du sphincter rectal et exercent une action décongestive sur la muqueuse rectale.

En boîte de 12 suppositoires

Autre forme: Onguent Wyanoid, en tube de 1¼ once

Wyeth

Marque déposée

WALKERVILLE, ONTARIO

(betaméthasone)

nouveau **CELESTONE***

un progrès décisif dans l'histoire des corticostéroïdes

Celestone, plus qu'aucun autre de ses prédécesseurs, se rapproche du stéroïde idéal, à savoir:

action anti-inflammatoire plus intense • taux d'excrétion sodique plus élevé • perte de potassium, négligeable • effets secondaires indésirables propres aux autres stéroïdes, généralement moins prononcés ou absents • prix du traitement nettement inférieur à celui de tout autre dérivé de la prednisolone • la substitution de Celestone à toute autre stéroïdothérapie ne présente aucun problème.

Celestone permet à plus de malades de bénéficier d'une corticostéroïdothérapie plus adéquate. Les effets secondaires indésirables inhérents aux stéroïdes plus anciens avec tendance à aggraver certaines affections communes chez les patients de plus de 40 ans, tels le diabète et l'hypertension, n'ont pas été observés avec Celestone.

...et avec Celestone, le traitement est des plus économiques.

chez tout malade qui nécessite une thérapie aux corticostéroïdes ...et particulièrement

... Celestone offre des avantages marqués dans toute maladie justiciable d'une stéroïdothérapie, accompagnée d'une affection que les effets secondaires provoqués par les stéroïdes sont susceptibles d'aggraver.

Le patient allergique
atteint d'une maladie cardio-vasculaire et qui ne doit pas encourir le risque d'une tension artérielle accrue.

Le patient asthmatique
ou tout autre malade chez qui la stabilité émotive doit être protégée contre les troubles psychiques provoqués par les stéroïdes.

Le patient arthritique
atteint d'œdème ou de toute autre affection, telle l'insuffisance cardiaque, susceptible d'être aggravée par la rétention sodique.

(betaméthasone)

CELESTONE*

CONSTITUE une MESURE ADDITIONNELLE de SÉCURITÉ

Posologie: Avec Celestone, comme avec tous les autres corticostéroïdes, la posologie doit être ajustée à chaque cas particulier. Lorsqu'on substitue Celestone à un traitement en cours avec d'autres dérivés de la prednisolone, on continue avec le même nombre de comprimés et on ajuste par la suite la posologie aux besoins du malade d'après les résultats obtenus.

Présentation: Celestone (betaméthasone), comprimés de 0.5 mg. en flacons de 30 et de 100.

*marque de commerce

LE PREMIER

CORTICOSTÉROÏDE

qui répond aux trois exigences fondamentales

efficacité - tolérance - économie

Schering
CORPORATION LIMITED
MONTREAL

RÉSULTAT DES RECHERCHES CALMIC

POLYBACTRIN

Poudre antibiotique à pulvérisation, hautement efficace, présentée en contenant pressurisé.

Pour traitement préventif et curatif . . . le recours à la poudre Polybactrin en chirurgie représente une méthode positive d'assurer l'inhibition des germes pathogènes des plaies et d'en éviter l'implantation dans les tissus.

- Finesse de broyage de 8 à 20 microns.
- La poudre est *sèche* lorsque déposée à la surface des tissus.
- Economique. Un jet bref donne une application prophylactique.
- Trois ans d'études cliniques.

BIBLIOGRAPHIE

TURK, D. C.
(1959) C.M.A.J. 80, 194

GILLESPIE, W. A.
ET COLLABORATEURS (1959)
LANCET II 781

GIBSON, M. R.
(1958) B.M.J. I, 1326

Documentation envoyée sur demande

INDICATIONS: Prophylaxie et traitement des brûlures et dans les cas de chirurgie plastique et reconstructrice neurologique-thoracique-orthopédique-abdominale-gynécologique et otho-laryngologique.

FORMULE: Teneur en poudre, 1.5 gm.

Chaque gramme renferme:
Sulfate de néomycine, 500 mg.
Sulfate de polymixine B, 100,000 unités
Zinc-bacitracine, 25,000 unités

Pressurisée à l'aide de gaz disperseurs chlorofluorohydrocarbure inertes.

CONTENU NET 110 gm.

CALMIC LIMITED
220 BAY STREET, TORONTO
Crewe et Londres; Angleterre
Sydney, Australie

2 ANNÉES D'INVESTIGATIONS CLINIQUES ONT
RÉVÉLÉ LES FAITS SUIVANTS AU SUJET DU MER/29

MER/29
(triparanol)

abaisse le cholestérol sanguin et tissulaire chez 8 malades sur 10

...environ les ¾ du cholestérol total sont produits par l'organisme lui-même

En général, les régimes alimentaires réduisent très peu les niveaux de cholestérol. Pour les abaisser de façon significative, il faut inhiber la production de cholestérol de l'organisme. Le MER/29 est le premier agent capable de limiter, sans danger, la biosynthèse du cholestérol.

...les malades les plus susceptibles de bénéficier du MER/29 sont ceux dont les états suivants accompagnent une hypercholestérolémie:

état consécutif à l'infarctus du myocarde

angine de poitrine — athérosclérose périphérique

autres états cardio-vasculaires athérosclérotiques

...les avantages suivants ont été retirés du traitement au MER/29

Chez 463 malades, la moyenne du cholestérol a été réduite de 324 mg. % à 253 mg. %, une réduction moyenne de 71 mg. %.[1-6]

Quelques malades ont éprouvé une diminution de la fréquence et de la gravité des attaques d'angine; une amélioration de l'ECG; une réduction des besoins en nitroglycérine; une sensation accrue de bien-être.[4-8]

Selon certaines observations, le taux de mortalité à la suite d'une thrombose coronaire pourrait être abaissé. L'évaluation et la signification symptomatique de ces observations exigeront encore des études à long terme. Jusqu'à présent, une étude[2] d'une durée de un an, a été consacrée à cette question.

...données de sécurité: A cause du traitement prolongé, l'examen périodique du malade est recommandé.

...contre-indiqué pendant la grossesse, parce que le cholestérol joue un rôle important dans la formation du foetus.

...posologie: une capsule de 250 mg. par jour, avant le déjeuner. Présenté en flacon de 30.

MER/29
(triparanol)

RÉFÉRENCES: 1. Oaks, W. W. et Lisan, P.: Fed. Proc. 18:428, 1959. 2. Lisan, P.: Cardiovasc. Dis. 2: (suppl.) 618, 1960. 3. Oaks, W. W.: *ibid.*, p. 612. 4. Hollander, W. et Chobanian, A.: Boston M. Quart. 10:37, 1959. 5. Oaks, W. W., et al: A. M. A. Arch. Int. Med. 104:527, 1959. 6. Hollander, W. et al: Cardiovasc. Dis. 2: (suppl.) 618, 1960. 7. Halperin, M. H.: *ibid.*, p. 631. 8. Toro, J.: *ibid.*, p. 544.

Merrell 1828

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

MARQUE DE FABRIQUE: MER/29

Librium

Librium

équilibre et délivre

dans les perturbations émotives de tous les jours, dans les troubles fonctionnels et musculaires.

procure **rapidement l'équilibre** psychique; administré à doses judicieuses, il est **exempt** d'effets secondaires.

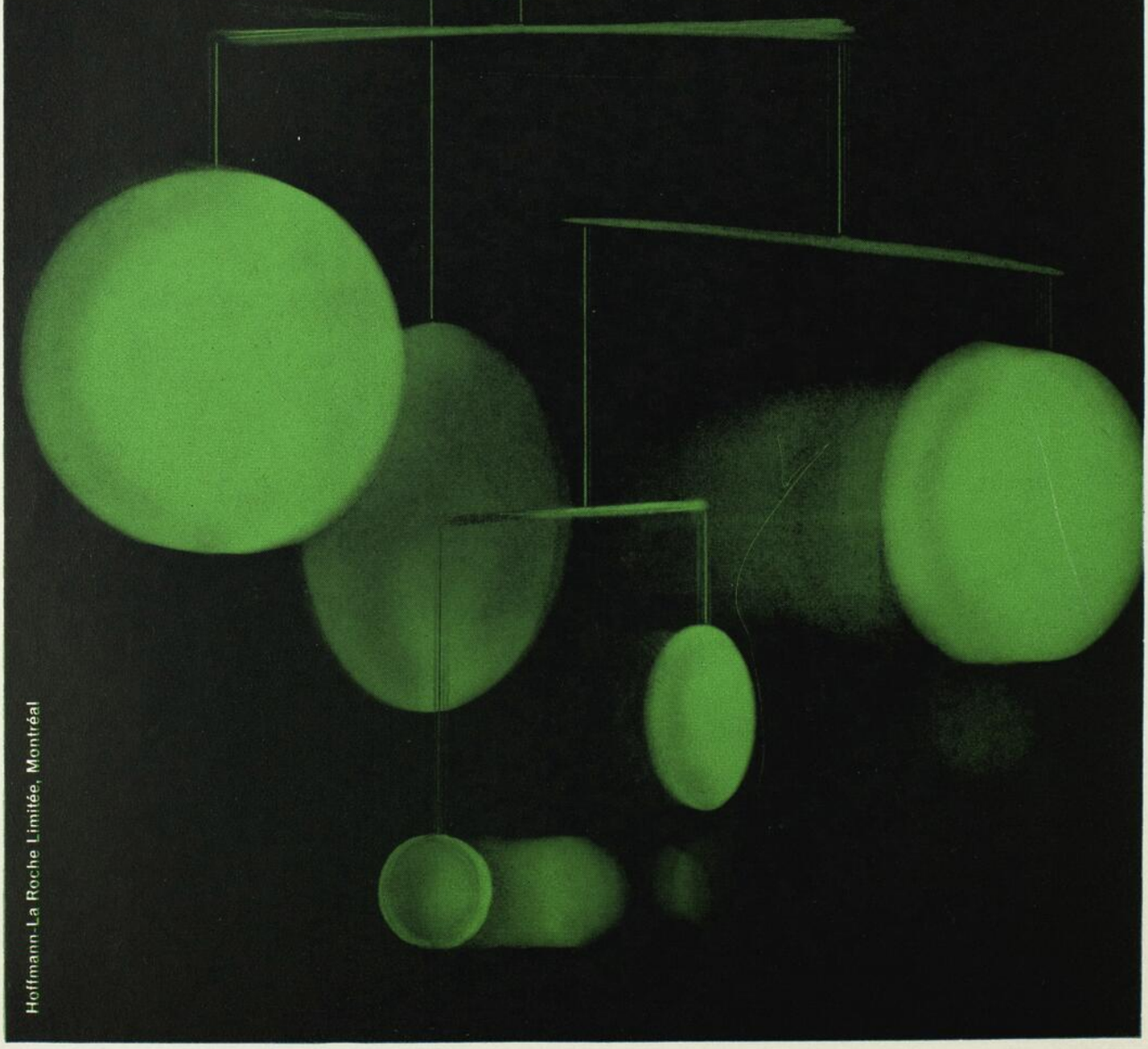
libère le malade de l'anxiété et de la nosophobie.

libère de l'inhibition anxieuse et redonne de l'entrain sans exercer de stimulation directe.

Documentation sur demande.

Présentation:
Capsules, 5 mg. (vertes et jaunes), 100 et 500.
Capsules, 10 mg. (vertes et noires), 100 et 500.
Librium®—chlorhydrate de 7-chloro-2-méthylamino-5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde.

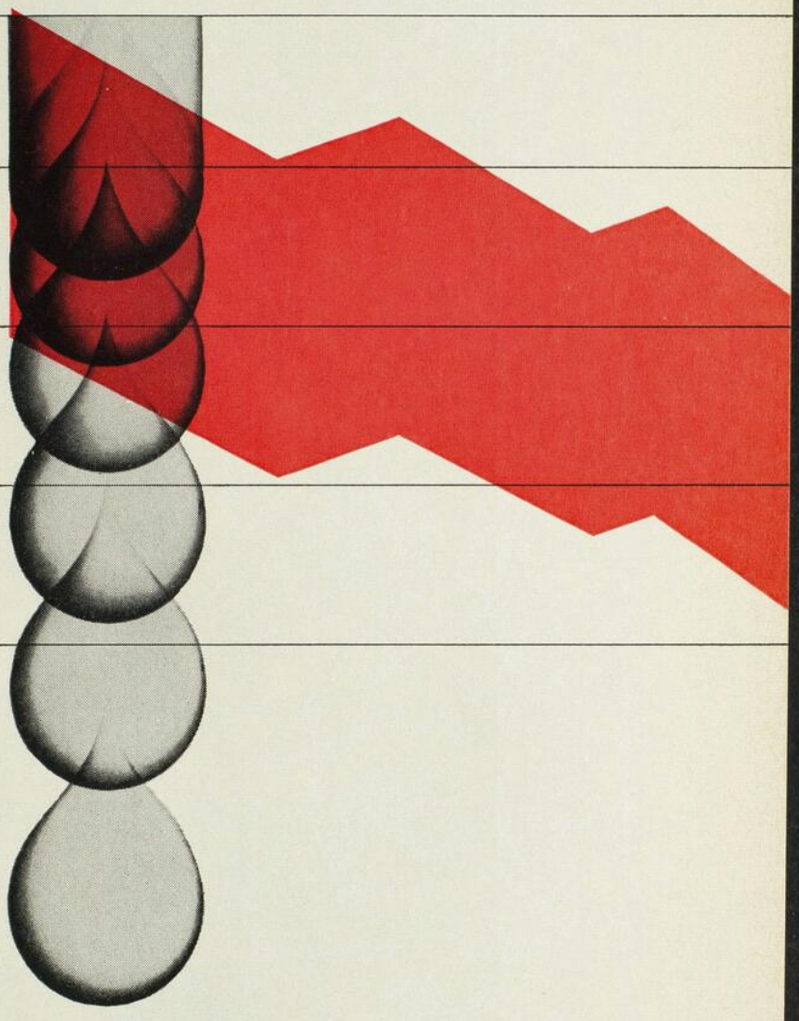
®Marque déposée



Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

Hygroton®
Geigy

Dans l'hypertension et l'œdème



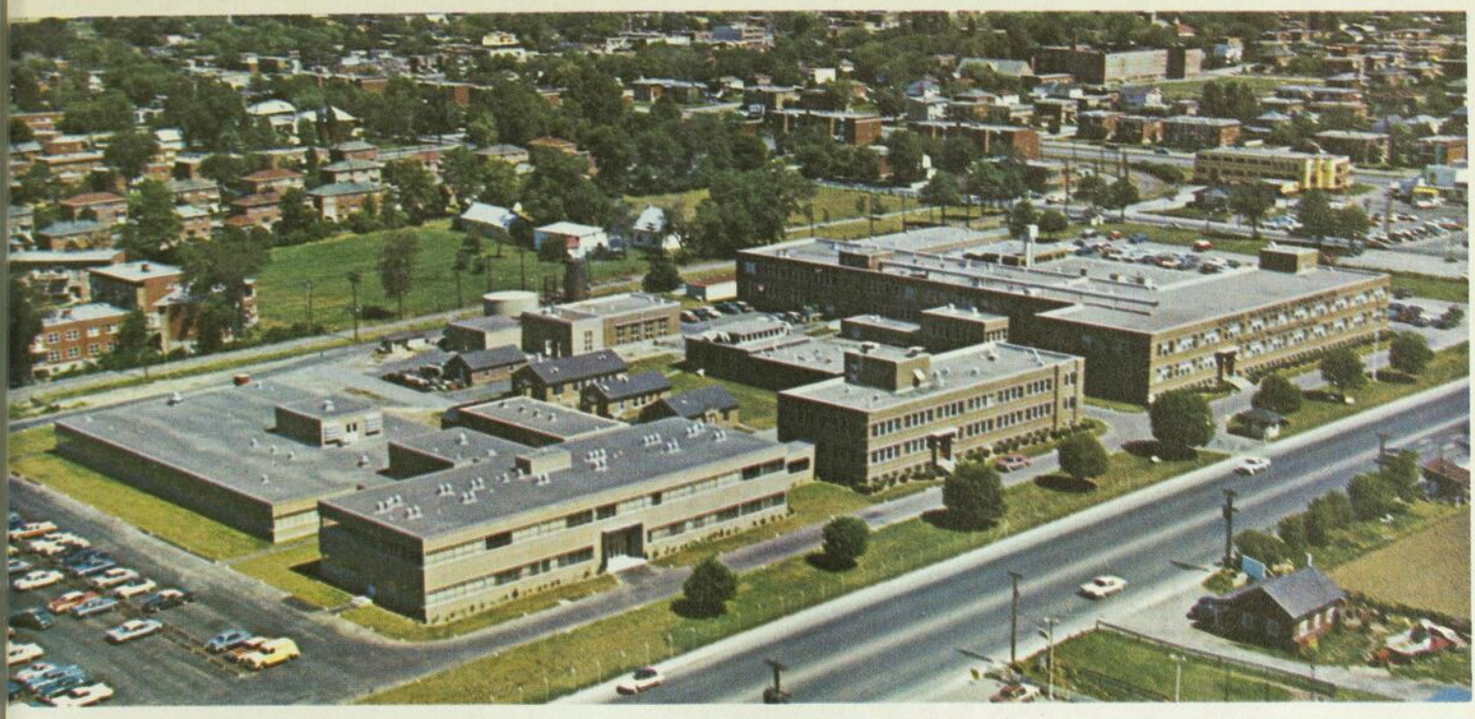
Action plus longue... et plus douce

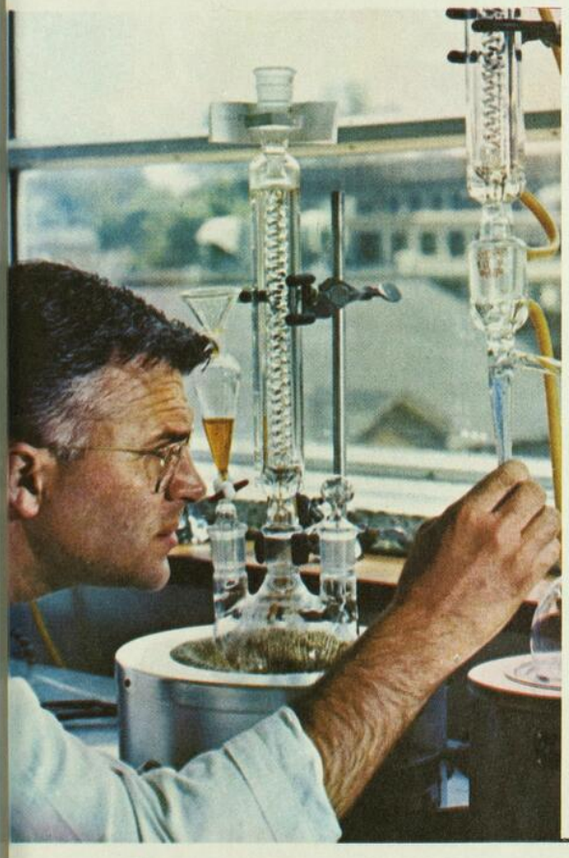
Commodité et économie dans le traitement d'entretien avec seulement trois doses par semaine

Disponibilité: Hygroton,
3-hydroxy-3 (4-chloro-3 sulfamyl-phényl) phthalimidine.
Comprimés rainurés de 100 mg.
en flacons de 50, 500 et 5,000.

57-F Geigy

Forpen pour une
posologie précise
et flexible
de la
Pénicilline G
forpen liquid
Penicillin G Potassium
Comprimés - Forte - Liquide
FRANK W. HORNER LIMITED • MONTRÉAL





Recherche Ayerst – et Équipe sanitaire canadienne

Au cours des vingt dernières années, le monde de la médecine a réalisé d'importants progrès et enfoncé de nombreux obstacles. Aucun membre du corps sanitaire national ne peut, à titre individuel, en réclamer le crédit mais c'est plutôt un véritable travail d'équipe qui a apporté aux Canadiens la santé meilleure dont ils jouissent aujourd'hui. Tel est l'objectif qui a pu être atteint par l'action conjuguée du médecin praticien, du pharmacien, du chercheur, du personnel de production et du fonctionnaire de la santé publique qui tous associent leurs efforts dans la lutte contre la maladie.

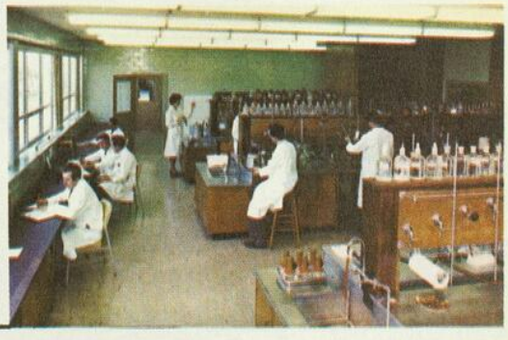
Dans ce combat permanent, les chercheurs scientifiques des nouveaux laboratoires Ayerst jouent un rôle primordial avec les puissants moyens d'investigation mis à leur disposition, les instruments les plus modernes, l'équipement complet des sections de recherche chimique, les laboratoires individuels, bref, tout ce qu'exige la recherche pharmaceutique fondamentale et appliquée.

Les laboratoires de recherche Ayerst sont, après leurs récents agrandissements, les plus vastes et les plus modernes du Canada.

La photo aérienne montre (sur l'extrême gauche) l'importance des agrandissements 1960.

Ayerst

LABORATOIRES de RECHERCHE PHARMACEUTIQUE les plus vastes du Canada



IMPORTANT SUCCÈS DE LA RECHERCHE EN MATIÈRE D'HYPERCHLORHYDRIE

À la suite de ses travaux en vue de fournir au médecin un moyen de lutte idéal contre l'hyperacidité gastrique, le personnel des laboratoires Ayerst a dernièrement mis au point "Riopan", un anti-acide tampon réel, unique en son genre et remarquable par la rapidité plus grande et la durée plus marquée du soulagement qu'il procure.

"Riopan", hydrate de monalium, est un composé tout à fait nouveau, breveté, qui réunit deux des anti-acides les plus connus: les hydrates d'aluminium et de magnésium. Composé chimique et non mélange physique de ces deux corps, "Riopan" a des propriétés supérieures aux leurs et à celles du produit de leur combinaison physique.

"Riopan" remplit exactement les conditions requises de l'anti-acide idéal: il opère en l'espace de secondes et maintient l'acidité au niveau médicalement souhaité. Des études cliniques révèlent la très grande efficacité de "Riopan" en traitement de l'ulcère gastro-duodénal, des gastrites et brûlures d'estomac ou de l'hyperchlorhydrie simple. On a constaté l'efficacité de son action rapide et prolongée qui apporte un soulagement presque immédiat et durable des douleurs et malaises dans la majorité des cas. Il est prouvé en outre que "Riopan" est bien toléré et ne cause aucune réaction secondaire fâcheuse. Présenté en comprimés "à avaler" et en suspension, "Riopan" est le premier anti-acide qui, sous les formes solide et liquide, agisse avec une égale rapidité.

FR-1-1429

l'hydrate de monalium
–corps chimique nouveau–
diffère des autres
anti-acides et
leur est supérieur

RIOPAN

soulagement
RAPIDE
prolongé
de l'hyperchlorhydrie

"RIOPAN"
hydrate de monalium Ayerst

- anti-acide en comprimé à AVALER

- anti-acide en suspension

"Riopan" — L'anti-acide tampon véritable
Un produit des laboratoires de recherche Ayerst

Action — tamponnante immédiate et totale

Effet — Après une dose simple, soulagement pouvant durer jusqu'à une heure et demie

Sécurité — Maintient le pH au niveau souhaitable sans alcalose, retour d'acidité, flatulence ni troubles gastro-intestinaux

"Riopan" — Comprimés n° 790 Par 50 et 250 sous bandes hermétiques

"Riopan" — Suspension n° 906 Flacons de 6 et 12 onces

Posologie — La dose de 1 à 4 comprimés ou cuillerées à thé est à répéter selon le besoin.

Ayerst

LABORATOIRES
de RECHERCHE PHARMACEUTIQUE
les plus vastes
du Canada

AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE • MONTRÉAL

CHIRURGIE DE CABINET DE CONSULTATION

ÉLECTIVE ET TRAUMATIQUE

employez XYLOCAINE *d'abord*
comme anesthésique local
ou comme anesthésique topique

TAMPONS | PULVÉRISATEUR | INFILTRATION | BLOC DES NERFS

"Xylocaine HCl solution", l'anesthésique souple pour usage en chirurgie de cabinet de consultation, soulage la douleur rapidement et efficacement et maintient l'effet anesthésique pendant le temps nécéssaire. De toute sécurité et à effets prévisibles. La réaction des tissus de la région et les effets secondaires généralisés sont rares. Disponible en flacons de 20cc et 50cc; à 0.5%, 1% et 2% sans épinéphrine et avec de l'épinéphrine 1:100,000; présenté également en ampoules de 2 cc; à 2% sans épinéphrine et avec épinéphrine 1:100,000.

SUR VOTRE ÉTAGÈRE DES OUVRAGES À CONSULTER, AVEZ-VOUS LE MANUEL DE 64 PAGES: "XYLOCAINE IN ANESTHESIA"?

ASTRA *Pharmaceuticals (Canada) Ltd. Toronto 4, Ont.*

XYLOCAINE® HCl
(marque de lidocaine*)

CANADIAN PAT. NO. 503,645 MADE IN CANADA

*U.S. PAT. NO. 2,441,498 MADE IN U.S.A.

LA TERRIFIANTE PNEUMONIE STAPHYLOCOCCIQUE

le "médicament de choix"

staphcilline

DIMÉTHOXYPHÉNYL PÉNICILLINE SODIQUE

LA NOUVELLE PÉNICILLINE SYNTHÉTIQUE

99.9% + EFFICACE IN VITRO CONTRE LES STAPHYLOCOQUES RÉSISTANTS

"Il semble que Staphcilline, en raison de son action bactéricide, de sa faible toxicité, de ses taux sanguins élevés et de son affinité pour les staphylocoques, comme de son immunité à l'action de la pénicillinase, peut s'avérer comme le médicament de choix dans le traitement d'infections staphylococciques résistant aux autres pénicillines."

Arnold Branch, M.D.; K. C. Rodger, M.D.;
R. W. Lee, M.D. et Edna E. Power, B.A.

Le Journal de l'Association Médicale Canadienne
83:991-996, 5 novembre 1960.

Bristol

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED, MONTRÉAL

sommeil profond...
mais sans danger

Kevadon Merrell

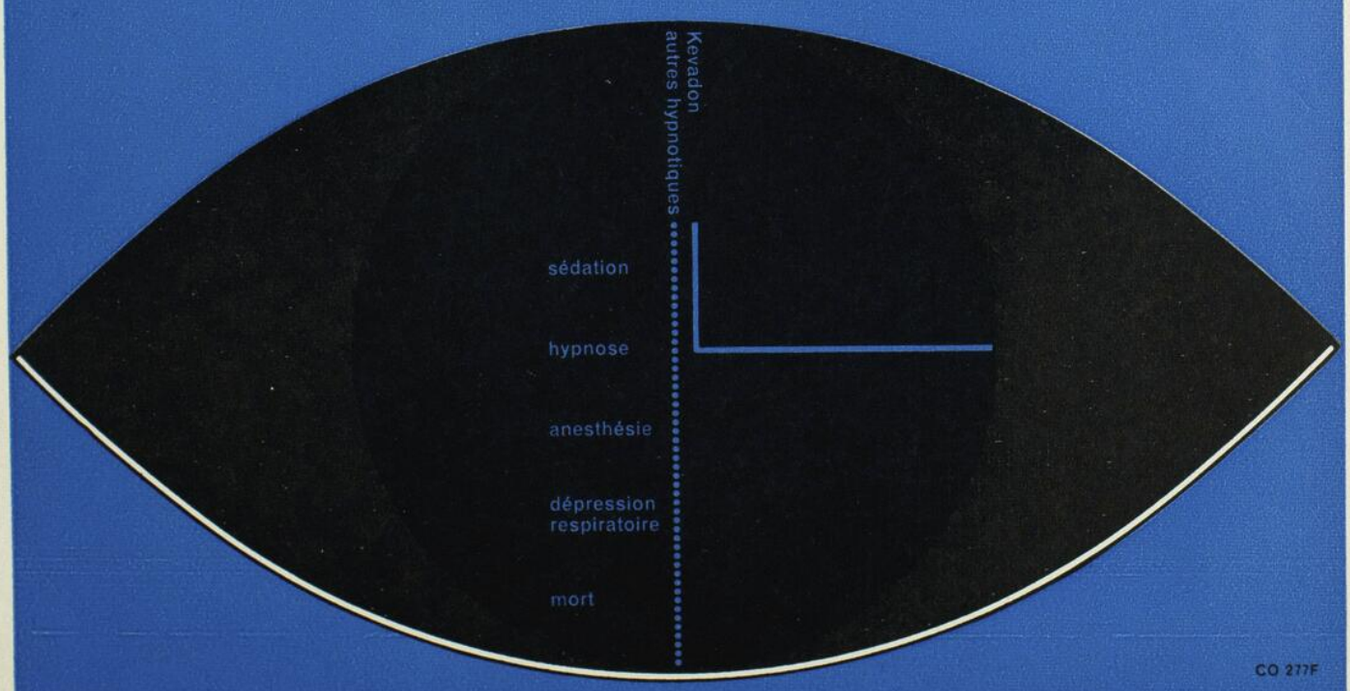
Aussi puissant que les barbituriques et pourtant, si sûr que même des surdoses massives n'ont pas provoqué d'accident fatal: pas même de dépression respiratoire.

Dépression du système nerveux central qui ne dépasse jamais l'hypnose (chez un patient qui avait pris 144 fois la dose quotidienne recommandée, le seul effet de Kevadon fut un sommeil profond et réconfortant).

Le sommeil débute en 15 à 30 minutes, pour durer de 6 à 8 heures . . . 93% des patients se réveillent frais et dispos . . . aucune excitation préliminaire, aucune euphorie . . . jusqu'à date, aucun rapport d'addiction, d'habituation ou de symptômes de retrait.

Posologie: un comprimé de 100 mg au coucher.

Marque déposée: Kevadon (marque de thalidomide).



CO 277F

AMÉLIORATION
DE LA NATURE

Don précieux de la nature — le champ de blé a plus de valeur pour l'homme, parce que celui-ci l'a modifié pour qu'il satisfasse ses exigences spécifiques. Une amélioration semblable de la nature se rencontre aussi dans le traitement de l'hypothyroïdisme. Ici, la réponse à Proloïd donne un exemple marqué de l'habileté de l'homme à améliorer ce dont la nature l'a pourvu.

Non seulement Proloïd rétablit le patient à l'état euthyroïde, mais il le fait avec sûreté et consistance. La seule thyroglobuline purifiée et complète, dont l'efficacité ne varie jamais d'une ordonnance à l'autre — résultat d'un double titrage exclusif.

Prescrivez Proloïd: le dosage moyen journalier est de trois grains pour le patient atteint d'hypothyroïdisme bénin.

THYROÏDE
PROLOÏD
sûr
sans danger
économique

WARNER
CHILCOTT
TORONTO, ONTARIO

Pr

RÉDUCTION PHYSIOLOGIQUE DU CHOLESTÉROL SÉRIQUE

choloXin

Marque de sodium dextro-thyroxine

- **UN NOUVEL AGENT CHOLESTÉROPÉNIQUE réduisant à la fois les taux sérique et tissulaire du cholestérol, par des voies physiologiques**
- **ne gêne pas le métabolisme du cholestérol**
- **enlève le cholestérol sans nécessiter de régimes obligatoires.**

choloXin — A l'étude depuis 1953.

L'efficacité et la sécurité de la CHOLOXIN ont été bien établies par un programme de 8 ans où il a été fait à la fois des recherches de base et des recherches cliniques. Une brochure de 20 pages vous donne des renseignements complets sur la CHOLOXIN; cette brochure est pleinement illustrée et vous pouvez la demander soit par écrit, soit directement à votre représentant Baxter.

Indication: Traitement de l'hypercholestérolémie, qu'elle soit idiopathique ou associée à l'athérosclérose, à l'artériosclérose, à la maladie cérébro-vasculaire, au diabète sucré, à l'hypothyroïdisme ou à la xanthomatose.

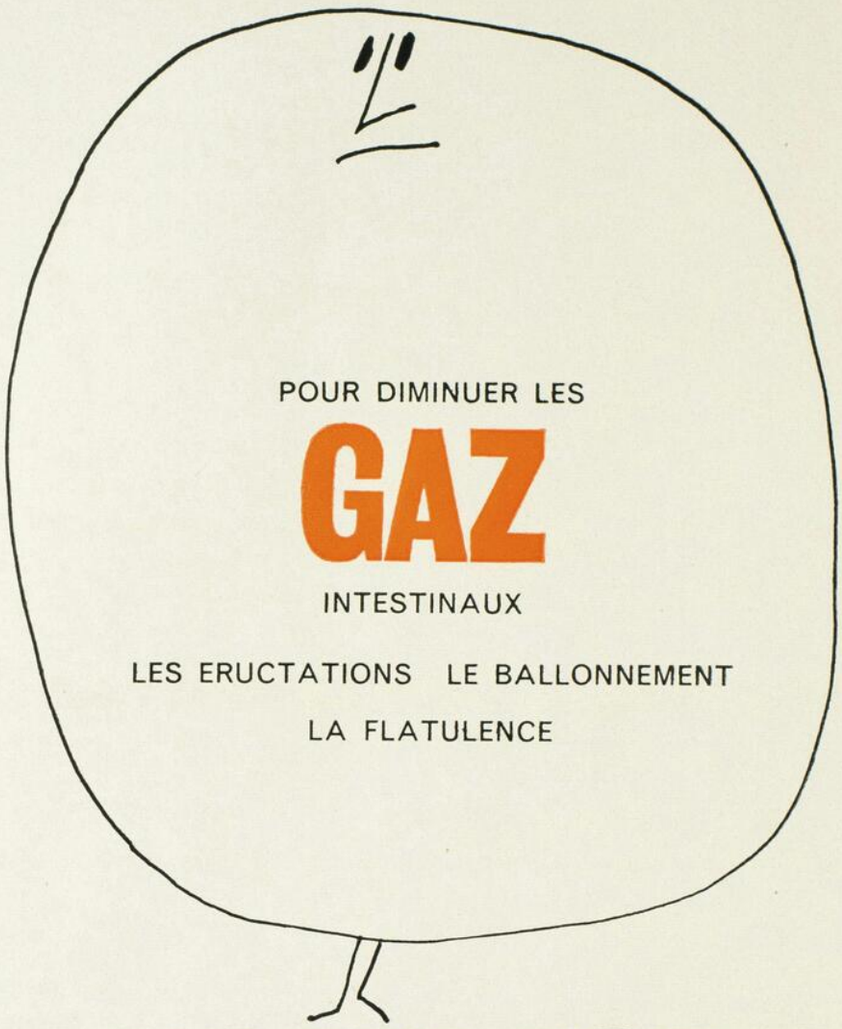
Dosage: 1 tablette journalière de 4 mg. Ce dosage peut être augmenté de 2 à 8 mg par jour, selon les prescriptions du médecin.

Attention: Pour les malades souffrant d'une angine de poitrine, la dose doit être administrée graduellement.

Contre-indication: Un infarctus myocardique aigu.

Présentation: En paquets de 30 tablettes blanches de 4 mg, préparées de sorte à faciliter les dosages fractionnels.

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD., Alliston, Ontario



KANULASE

Composé biochimique employé pour diminuer les fermentations gazeuses intestinales chez les personnes bien portantes ainsi que chez les malades souffrant de troubles digestifs. ■ Chaque comprimé de Kanulase contient de la CELLULASE, 320 unités, combiné aux éléments suivants: pepsine, N.F., 150 mmgs; chlorhydrate d'acide glutamique, 200 mmgs; pancréatine, N.F., 500 mmgs; extrait de bile de boeuf, 100 mmgs. Posologie: 1 ou 2 comprimés à l'heure des repas. Conditionnement: flacons de 50 comprimés.

ANCA *Pharmaceuticals* Une division de The Wander Company of Canada Limited, Oshawa, Ont.

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. Les listes de candidats pour les examens de 1961 sont maintenant closes mais on acceptera les demandes d'admission aux examens de 1962 jusqu'au **30 avril 1962.**

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

ENFIN... un nouveau produit pour le débridement enzymatique

Elase*

FIBRINOLYSINE ET DÉSOXYRIBONUCLÉASE ASSOCIÉES BOVINES, PARKE-DAVIS

FIBRINOLYSINE
une enzyme active pour la lyse de la fibrine

+

DÉSOXYRIBONUCLÉASE
pour lyser l'acide désoxyribonucléique dans les leucocytes dégénérés et autres débris nucléaires

ELASE, qui n'est pas constituée de précurseurs mais d'enzymes actives,[1] lyse rapidement les substances fibrineuses du sérum, des caillots de sang et des exsudats purulents. Elle n'attaque pas de façon appréciable les tissus vivants et n'exerce aucun effet irritant sur la granulation des tissus dans les plaies.[1-4] A titre "...d'auxiliaire réalisable et logique pour le traitement des plaies infectées,"[1] ELASE peut être utilisée avantageusement dans un certain nombre de lésions exsudantes. Elle a donné des résultats particulièrement bienfaisants[1-4] dans des cas de vaginite et de cervicite...érosions cervicales... plaies chirurgicales...brûlures...ulcères chroniques de la peau...plaies infectées...fistules...trajets fistuleux...abcès.

PRÉSENTATION: ***ELASE*****, fibrinolysine et désoxyribonucléase associées, de sources bovines, de Parke-Davis, est présentée sous forme de poudre en fiole de 30 cc, fermée d'une membrane de caoutchouc. Chaque fiole d'*****ELASE*** **contient 25 unités (Loomis) de fibrinolysine et 15,000 unités de désoxyribonucléase. Pour être efficace au maximum, la solution doit avoir été fraîchement préparée immédiatement avant l'application. (Ne pas utiliser par voie parentérale.) La pommade *****ELASE*** **est présentée en tube de 30 g, contenant 30 unités de fibrinolysine et 20,000 unités de désoxyribonucléase dans un excipient spécial de vaseline. Six applicateurs-V (vaginaux), que l'on jette après usage, sont fournis sous empaquetage distinct pour l'application de la pommade.**

Pour tous détails d'administration et de posologie, consulter la brochure mise à la disposition des médecins.

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 privées au Service des recherches cliniques, Parke, Davis & Company, 1959.*

PARKE-DAVIS

*Marque déposée CP 52861 F

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

NOUVEAU...

HYPOTENSEUR

PR ANAPREL

COMPRIMÉS

Comprimés dosés à un quart de milligramme de 3-4-5 triméthoxycinnamate de Réserpyle.

- **PATHOLOGIE VASCULAIRE**
- **ABAISSE PROGRESSIVEMENT LA PRESSION SANGUINE**

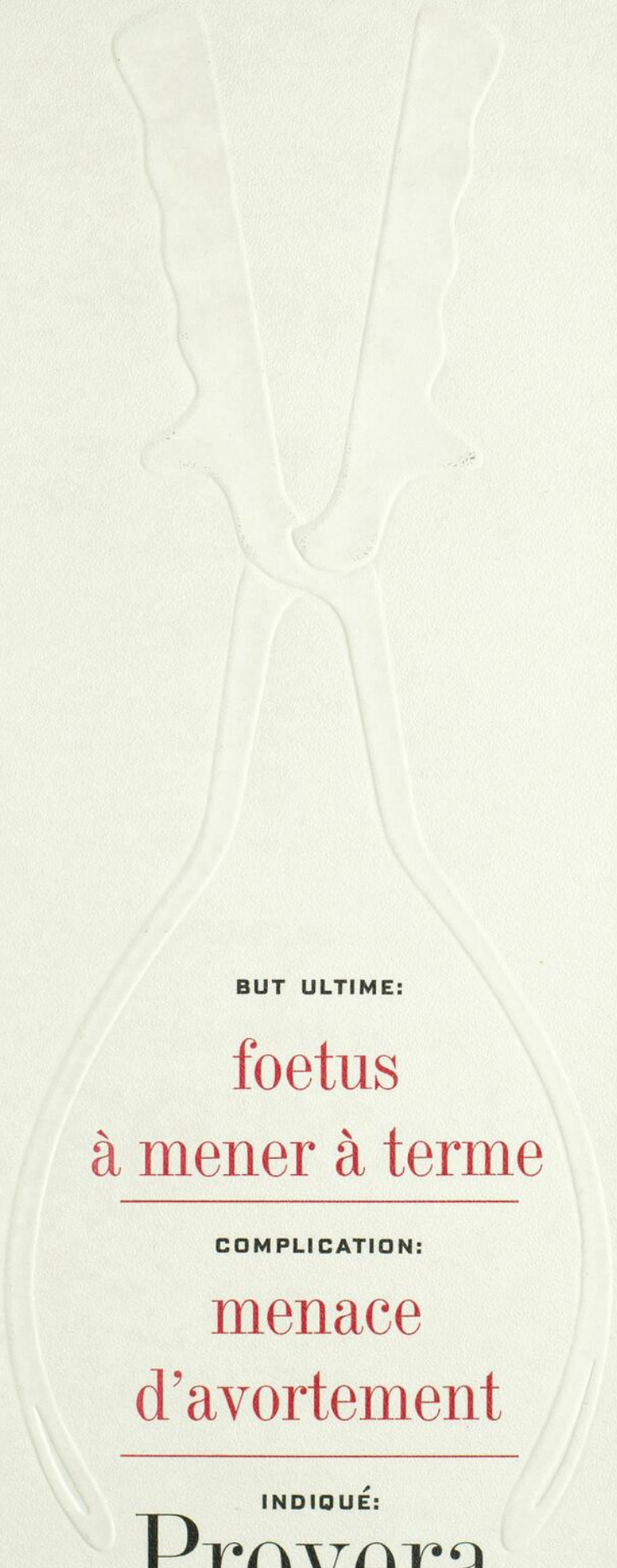
ALCALOÏDE RARE TIRÉ DE LA RACINE de RAUWOLFIA SERPENTINA

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

LABORATOIRES SERVIER (PARIS)

AGENT: **J. EDDÉ** LIMITÉE, 202 EST, LAURIER, Montréal

VI. 9-7306



Le Provera n'a pas donné lieu à des réactions secondaires notables.

Il est présenté sous une forme per os commode.

Il est quatre fois plus actif que tout autre produit lutéinique, d'après l'essai biologique sur le sujet castré.

Le Provera est efficace à faible dose, d'où une économie sensible.

Le Provera est le seul agent progestatif existant dans le commerce qui parvienne à mener la gestation à terme chez les animaux ovariectomisés soumis à des expériences critiques.

BUT ULTIME:

foetus à mener à terme

COMPLICATION:

menace d'avortement

INDIQUÉ:

Provera

Provera*

(ACÉTATE DE MÉDROXYPROGESTÉRONE UPJOHN)

INDIQUÉ DANS:

menace d'avortement
avortement habituel
saignement utérin fonctionnel
stérilité
dysménorrhée
aménorrhée secondaire
tension pré-menstruelle
épreuve de la grossesse

QUEL QUE SOIT LE CRITÈRE D'ÉVALUATION ADOPTÉ, PROVERA EST TRÈS SUPÉRIEUR AUX ANCIENS AGENTS PROGESTATIFS

Activité:
4 fois plus actif que le noréthindrone chez la femme castrée

Spécificité:
exclusivement progestatif: pas d'effets androgènes ou oestrogènes notables

Efficacité:
provoque une modification lutéinique totale de l'endomètre

Tolérance:
on n'a rapporté aucune réaction secondaire fâcheuse

POSOLOGIE:
De 2.5 mg à 10 mg par jour

PRÉSENTATION:
comprimé à 5 mg sécable, en flacons de 24 et de 100 comprimés

*MARQUE DE COMMERCE

Upjohn

Que la saison
en soit la raison
ou non

les allergies rebelles
répondent à

METRETON

"MÉTI" STÉROÏDE-ANTIHISTAMINIQUE

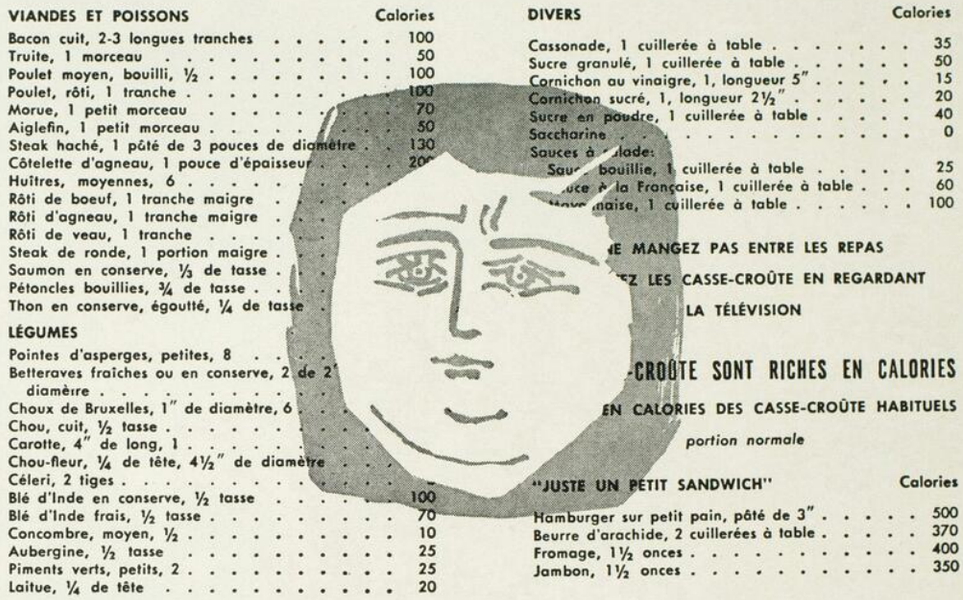
comprimés: pour un soulagement rapide généralisé dans la fièvre des foins (pollinose), l'asthme chronique sévère ou saisonnier, la rhinite allergique chronique, la dermatite atopique et de contact, l'œdème angioneurotique, l'urticaire, les réactions médicamenteuses, les allergies oculaires, maladie du sérum.
Présentation: flacons de 30 et de 100. Chaque comprimé contient 2.5 mg. de prednisone, 2 mg. de maléate de chloroprophènepyridamine et 75 mg. d'acide ascorbique.

vaporisation nasale: pour application topique dans la rhinite allergique. Présentation: flacon vaporisateur de 15 cc. Chaque cc. contient 2 mg. (0.2%) d'acétate de prednisolone et 3 mg. (0.3%) de gluconate de chloroprophènepyridamine dans un véhicule isotonique non-irritant.

suspension ophtalmique: pour application topique dans les allergies oculaires. Présentation: flacon compte-gouttes de 5 cc. Chaque cc. contient 2 mg. (0.2%) d'acétate de prednisolone et 3 mg. (0.3%) de gluconate de chloroprophènepyridamine.

"MÉTI", CORTICOSTÉROÏDES, SCHERING
METRETON, MARQUE DE COMMERCE

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL



VIANDES ET POISSONS	Calories
Bacon cuit, 2-3 longues tranches	100
Truite, 1 morceau	50
Poulet moyen, bouilli, ½	100
Poulet, rôti, 1 tranche	100
Morue, 1 petit morceau	70
Aiglefin, 1 petit morceau	50
Steak haché, 1 pâté de 3 pouces de diamètre	130
Côtelette d'agneau, 1 pouce d'épaisseur	200
Huîtres, moyennes, 6	
Rôti de boeuf, 1 tranche maigre	
Rôti d'agneau, 1 tranche maigre	
Rôti de veau, 1 tranche	
Steak de ronde, 1 portion maigre	
Saumon en conserve, ⅓ de tasse	
Pétoncles bouillies, ¾ de tasse	
Thon en conserve, égoutté, ¼ de tasse	

LÉGUMES	
Pointes d'asperges, petites, 8	
Betteraves fraîches ou en conserve, 2 de 2" diamètre	
Choux de Bruxelles, 1" de diamètre, 6	
Chou, cuit, ½ tasse	
Carotte, 4" de long, 1	
Chou-fleur, ¼ de tête, 4½" de diamètre	
Céleri, 2 tiges	
Blé d'Inde en conserve, ½ tasse	100
Blé d'Inde frais, ½ tasse	70
Concombre, moyen, ½	10
Aubergine, ½ tasse	25
Piments verts, petits, 2	25
Laitue, ¼ de tête	20

DIVERS	Calories
Cassonade, 1 cuillerée à table	35
Sucre granulé, 1 cuillerée à table	50
Cornichon au vinaigre, 1, longueur 5"	15
Cornichon sucré, 1, longueur 2½"	20
Sucre en poudre, 1 cuillerée à table	40
Saccharine	0
Sauces à salade:	
Sauce bouillie, 1 cuillerée à table	25
Sauce à la Française, 1 cuillerée à table	60
Mayonnaise, 1 cuillerée à table	100

NE MANGEZ PAS ENTRE LES REPAS

MANGEZ LES CASSE-CROÛTE EN REGARDANT LA TÉLÉVISION

CASSE-CROÛTE SONT RICHES EN CALORIES

EN CALORIES DES CASSE-CROÛTE HABITUELS

portion normale

"JUSTE UN PETIT SANDWICH"	Calories
Hamburger sur petit pain, pâté de 3"	500
Beurre d'arachide, 2 cuillerées à table	370
Fromage, 1½ onces	400
Jambon, 1½ onces	350

ESKATROL*

SPANSULE*

capsules à désagrégation prolongée

. . . particulièrement utile chez les malades souffrant d'embonpoint et ayant manifesté de la nervosité et de l'insomnie au cours des régimes amaigrissants antérieurs.

Au cours d'essais cliniques qui furent effectués pendant plus d'un an avant son lancement, 'Eskatrol' n'entraîna que fort peu d'effets secondaires, surtout en ce qui concerne la *nervosité* et l'*insomnie*. Sur un contingent de plus de 200 patients qui suivaient un régime restrictif et auxquels on administra simultanément 'Eskatrol', la nervosité—très fréquemment observée avec les autres anorexiques—ne se manifesta que dans 5% des cas; 4.6% seulement des sujets se plaignirent d'insomnie—pourcentage similaire à celui du placebo.

Composition: Chaque capsule 'Eskatrol Spansule' contient 15 mg. de Dexedrine* et 7.5 mg. de prochlorpérazine (la prochlorpérazine *seule* est présentée au Canada par Poulenc Limitée, sous la marque déposée Stémétil*).

Présentation: Présenté en flacons de 30 et de 250 capsules.

Smith Kline & French • Montréal 9

*Marque déposée au Canada

Stérazolidine®

Dans les affections rhumatismales diminue les risques sans se départir des avantages thérapeutiques des stéroïdes

Les investigateurs confirment que Stérazolidine, cette association de deux antirhumatismaux reconnus, Butazolidine-prednisone, constitue un traitement efficace et sûr employé dans plusieurs catégories d'affections rhumatismales. L'adjonction de Butazolidine dans la formule permet une économie importante d'hormones. Stérazolidine facilite le contrôle efficace et constant de l'affection à un dosage stable et relativement peu élevé. De plus, les constituants antispasmodique et antiacide diminuent l'incidence de troubles gastriques.

Indications: arthrite rhumatoïde
bursite
synovite
ténosynovite
fibrosite

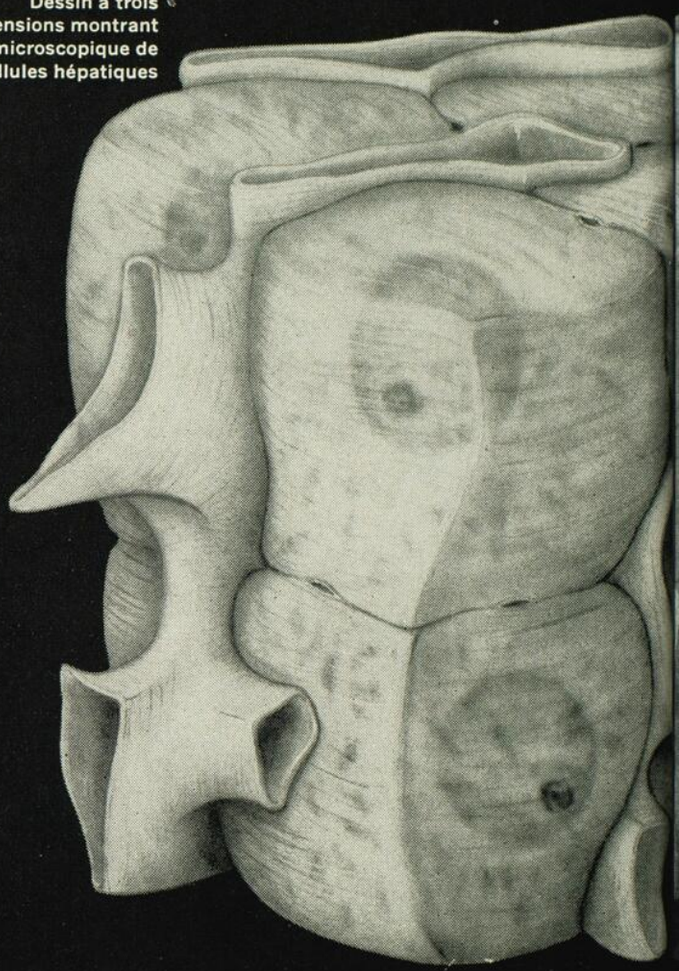
Posologie: Traitement de la maladie aiguë: Ne pas dépasser 12 capsules pour la première journée et 6 à 8 capsules les jours suivants.

Traitement de phase chronique: Ne pas dépasser 6 capsules par jour. La dose quotidienne doit être administrée en doses fractionnées.

Présentation: Stérazolidine, en capsules orange et bleu, renferme: Butazolidine 50 mg., prednisone 1.25 mg., hydroxyde d'aluminium 100 mg., trisilicate de magnésium 150 mg., et homatropine bromure de méthyle 1.25 mg. Flacons de 30 et de 100 capsules.

Geigy MONTREAL

Dessin à trois dimensions montrant une vue microscopique de cellules hépatiques



la thérapie lipotrope complète

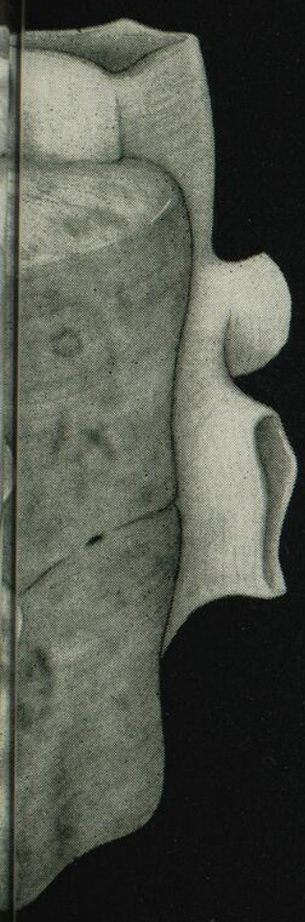
choline
méthionine
inositol
vitamine B_{12}
foie desséché

méthischol

aide à rétablir ou à maintenir le fonctionnement normal du foie quand un dérangement hépatique survient tel que dans:

cirrhose **hépatite** **diabète**
alcoolisme **obésité** **athérosclérose**

Méthischol élimine les graisses hépatiques, stimule la régénération fonctionnelle de nouvelles cellules du foie et diminue la tendance à la fibrose et à la cirrhose.



que se passe-t-il dans le **foie?**

une multitude de procédés physiologiques ... la formation de la vitamine A, fibrinogène, héparine, prothrombine; l'emmagasinage de glycogène, fer, cuivre; le métabolisme des hydrates de carbone, protéines et lipides, etc. L'importance de maintenir un fonctionnement normal du foie — et de rétablir le fonctionnement normal quand il est endommagé — est sans aucun doute évident.

MÉTHISCHOL
en capsules:
100, 500, 1000

sirop:
16oz et 80oz.

Échantillons de Méthischol et littérature disponible sur demande.

arlington-funk laboratories, division
u. s. vitamin corporation of canada ltd.
1452 Drummond Street, Montreal, Que.

NOUVEAU Azo-Mandelamine

L'ANTIBACTÉRIEN ANALGÉSIQUE SPÉCIFIQUE DE L'URINE

ASSURE UNE ACTION ANTIBACTÉRIENNE ET SOULAGE DE L'INCONFORT URINAIRE EN QUELQUES MINUTES

PROPHYLAXIE:
infection et douleurs urinaires postopératoires

TRAITEMENT:
infections de la voie urinaire inférieure

- contrôle l'infection urinaire sans produire d'espèces resistantes mutantes
- soulage des douleurs urinaires en 30 minutes
- efficace contre la plupart des pathogènes urinaires
- la sensibilité et autres réactions organiques ne se produisent pas

Composition: chaque comprimé d'Azo-Mandelamine contient 50 mg. de phénylazo-diamino-pyridine HCl (Pyridium) et 500 mg. de mandélate de méthénamine (Mandelamine)
Dosage: Deux comprimés de Azo-Mandelamine q.i.d.

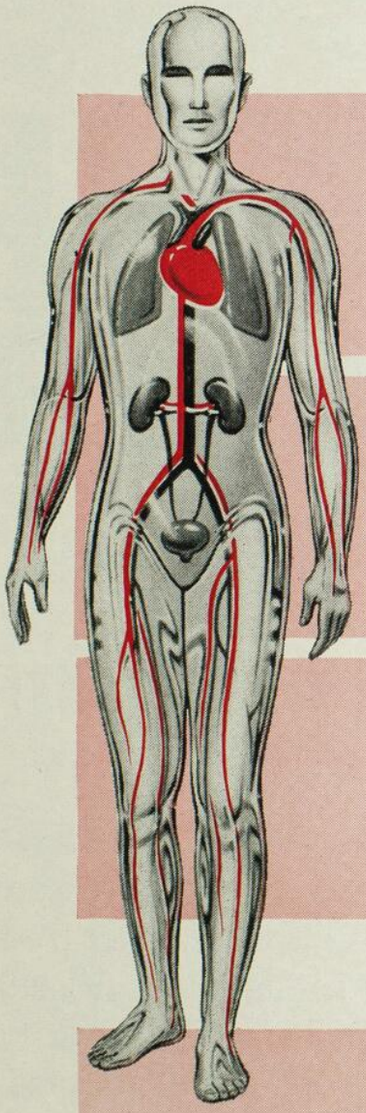
WARNER CHILCOTT
TORONTO, ONTARIO

fabricants de TEDRAL GELUSIL PROLOID PERITRATE

HYDRODIURIL*

(HYDROCHLOROTHIAZIDE)

Simplifie le traitement de l'hypertension et en améliore les résultats



1 Amorcer le traitement avec l'HYDRODIURIL. Il se peut qu'à elle seule cette médication suffise chez certains malades.

2 Ajouter au besoin d'autres médicaments ou régler leur posologie. En effet, l'HYDRODIURIL accroît l'activité de tous les hypotenseurs couramment employés. Si on a prescrit un ganglioplégique ou si on en a l'intention, sa posologie normale doit être réduite de 50%.

3 Régler la posologie de toute médication que reçoit le malade. Celui-ci doit être revu souvent, et il importe de reviser soigneusement les médications de manière à établir la posologie d'entretien optimum.

PRÉSENTATION:

Comprimés sécables d'HYDRODIURIL à 25 mg. et à 50 mg., en flacons de 100 et de 1000 comprimés.

MSD

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

*Marque de commerce

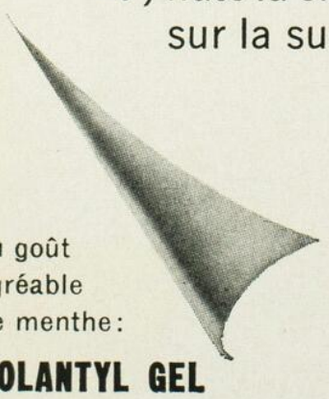
DANS LES CAS D'ULCÈRE PEPTIQUE

KOLANTYL

CALME LA DOULEUR

ACTIVE LA CICATRISATION

IL APPORTE À LA FOIS LES 4 ACTIONS CICATRISANTES ESSENTIELLES EN UN SEUL MÉDICAMENT[1], savoir: **1**) arrête le spasme et calme la douleur; **2**) neutralise l'acidité par une opération anti-acide, prompte et durable, ne provoquant ni constipation ni diarrhée: **3**) enraye l'érosion; refrène les effets nécrotiques de la pepsine et de la lysozyme; **4**) hâte la cicatrisation au moyen d'un filtre protecteur et adoucissant sur la surface ulcérée.



au goût agréable de menthe:

KOLANTYL GEL

Posologie: 1 cuillerée à soupe de gel, ou 2 comprimés, toutes les trois heures selon le besoin.

1. Hufford, A. E.: Rev. of Gastroenterology 18: 588

Merrell 1828

Formule: Chaque comprimé ou 10 cc. de gel renferme:

Bentylol (dicyclomine) chlorhydrate	5 mg.
Gel d'hydrate d'aluminium	400 mg.
Oxyde de magnesium	200 mg.
Méthylcellulose	100 mg.
Sulfate de lauryl sodium	25 mg.

WM. S. MERRELL COMPANY

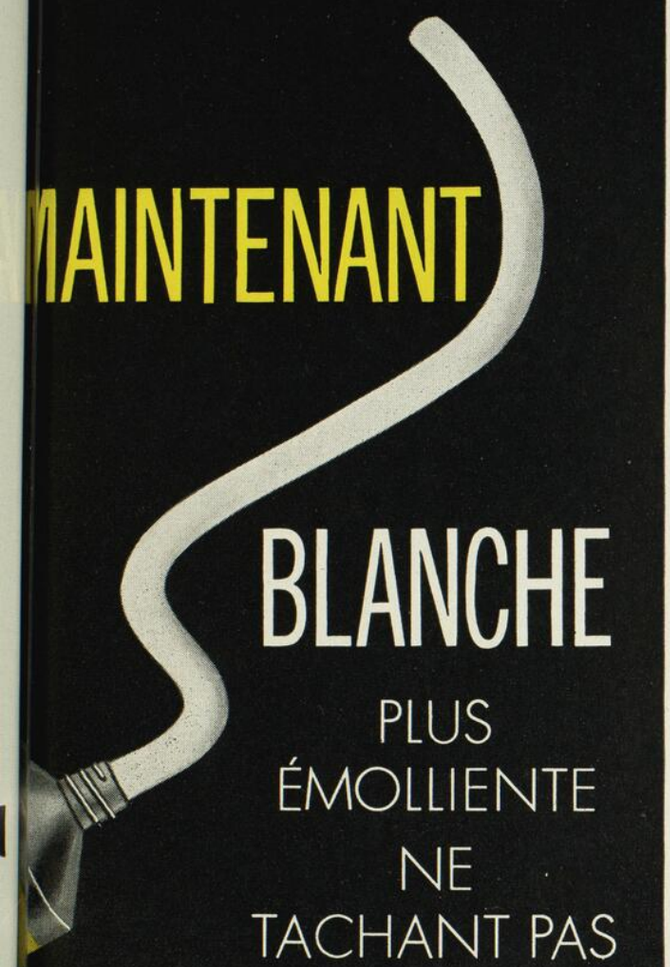
Division de Richardson-Merrell Inc. Weston, Ont.

MARQUES DE FABRIQUE DÉPOSÉE: KOLANTYL, BENTYLOL

MAINTENANT

BLANCHE

PLUS
ÉMOLLIENTE
NE
TACHANT PAS



Sultrin*

le Triple Sulfa Cream
AMÉLIORÉ

HÉRAPIE RATIONNELLE, EFFICACE; PRÉVIENT OU
L'MINE LES MICROBES PATHOGÈNES DU VAGIN

NOUVELLE

vagino-thérapie
à trois sulfas
sous forme de
COMPRIMÉ

Sultrin*

COMPRIMÉS VAGINAUX
de TROIS SULFAS

QUAND ON PRÉFÈRE UN COMPRIMÉ...
BLANC, DE SOLUBILITÉ RAPIDE

Le produit TRIPLE SULFA CREAM a été amélioré et son nom changé à SULTRIN CREAM. Pour vous assurer l'exécution de vos prescriptions par le produit amélioré veuillez spécifier SULTRIN CREAM.

Ortho

*Marque déposée

ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD., 19 GREEN BELT DRIVE, DON MILLS, ONTARIO

THÉRAPEUTIQUE LOCALE DIRECTE

UN FONGICIDE TOPIQUE POUR LES INFECTIONS FONGIQUES TOPIQUES

Les pieds d'athlète sont dus à l'envahissement, par les fongis, des couches calleuses et kératinisées de la peau, que ne rejoint pas l'afflux sanguin normal. Le Desenex, appliqué localement sur les infections fongiques superficielles, met les antifongiques que sont l'acide undécylénique et l'undécylénate de zinc, en contact direct avec les fongi. Des centaines de mille guérisons de pieds d'athlète sont dues au traitement local avec le Desenex — démontré comme le moins irritant et le mieux toléré de tous les fongicides puissants.

Un traitement coûte quelques sous — En effet, l'Onguent Desenex peut être appliqué généreusement sur les deux pieds tous les soirs, pendant une semaine et demi, à même un seul tube.

onguent — poudre — solution

Desenex® Maltbie

Maltbie Laboratories Division, Wallace & Tiernan Ltd., Scarborough, Ontario

Distributeurs canadiens: Elliot-Marion Company, Ltd., Montréal 28, P.Q.

La photographie est une gracieuseté du Département de Dermatologie de l'Université de Pennsylvanie.

ExNa

benzthiazide

nouveau diurétique d'un pouvoir encore inégalé pour l'excrétion du sel

avec le sel, s'en va l'oedème

Le principe fondamental de la diurèse, c'est que "le volume accru de l'urine et la perte de poids sont proportionnels à la perte d'ions dont ils sont d'ailleurs une conséquence osmotique."[1]

Le nouvel ExNa de Robins' est un diurétique non mercuriel puissant, actif par voie orale, qui contribue à réduire l'oedème en vertu du principe énoncé plus haut. Il limite la réabsorption du sel et des chlorures dans les tubules rénaux proximaux (*avec épargne relative du potassium*). Le mécanisme homéostatique de l'organisme réagit par l'excrétion de l'excès d'eau extra-cellulaire. Ainsi, la disparition des sels provoquée par ExNa, entraîne la réduction de l'oedème.

structure chimique unique

ExNa (benzthiazide) est une nouvelle molécule qui assure une "augmentation marquée du pouvoir diurétique"[2], avantage sur son prédécesseur, le composé sulfamidé. Si on le compare, comprimé par comprimé, avec les autres diurétiques courants, il est d'une activité diurétique encore inégalée.

action utile sur deux plans

ExNa amène la diurèse, la perte de poids, et l'amendement des symptômes, dans l'oedème associé à diverses affections. Il possède également des propriétés hypotensives et peut être employé seul, dans l'hypertension légère, ou avec d'autres hypotenseurs dans les cas graves.

Pour connaître la posologie détaillée, les précautions à prendre ou autres renseignements utiles sur ExNa, vous pouvez consulter le document de base que constitue le prospectus de conditionnement, vous informer auprès du représentant Robins de votre territoire, ou écrire à A. H. Robins Co.

Présentation: Comprimés jaunes, sécables, à 50 mg.

Références: 1. Pitts, R. F., Am. J. Med., 24:745, 1958. 2. Ford, R. V., Cur. Therap. Res., 2:51, 1960.

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

PHARMACEUTICALS 1878 RESEARCH

pour une maîtrise pratique
des troubles gastro-intestinaux d'origine fonctionnelle

DECHOLIN* avec BELLADONE

Pour soulager la fermentation gastrique, les flatulences, l'indigestion et la constipation dues a des troubles fonctionnels des voies gastro-intestinales et biliaires.

HYDROCHOLERETIQUE—DECHOLIN augmente le volume *et* la fluidité de la bile pour s'opposer à la stase biliaire et intestinale—SPASMOLYTIQUE—La belladone s'oppose au spasme localisé du muscle lisse des voies gastro-intestinales et biliaires.
Chaque comprimé DECHOLIN avec belladone contient 0.25 g (3¾ grains) de DECHOLIN (acide déhydrocholique AMES) et ⅙ grain (0.01 g) d'extrait de belladone. *Posologie:* 1 ou, au besoin, 2 comprimés trois fois par jour. Flacons de 100 et de 500 comprimés.

comprimés DECHOLIN*

Pour aider les fonctions gastro-intestinales. Chaque comprimé DECHOLIN contient 0.25 g (3¾ grains d'acide déhydrocholique AMES). *Posologie:* 1 ou, au besoin, 2 comprimés trois fois par jour. Flacons de 100 et de 500 comprimés.

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto · Ontario

AMES

*MARQUE DÉPOSÉE

CA07561F

SIMILAIRES?
OUI

IDENTIQUES?
NON

A chaque patient
son remède

CHLOR-TRIPOLON
MALÉATE DE CHLORPHÉNIRAMINE

et

POLARAMINE
MALÉATE DE DEXTROCHLORPHÉNIRAMINE

vous permet de prescrire le meilleur antihistaminique disponible, convenant au besoin particulier de chaque patient.

NEUF FORMES POSOLOGIQUES

Chlor-Tripolon, comprimés, 4 mg., Répétabs, 8 et 12 mg., Injectable, 10 et 100 mg./cc., sirop, 2 mg./5 cc.

Polaramine, comprimés, 2 mg., Répétabs, 6 mg., sirop, 2 mg./5 cc.

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

Soulagement de la douleur post-opératoire modérée

DARVON® COMPOSE

(dextro-propoxyphène et acide acétylsalicylique composés, Lilly)

efficace - sûr - bien toléré

L'utilité clinique du chlorhydrate de dextro-propoxyphène, seul et en association, a été confirmée par plus de cent investigateurs au cours du traitement de plus de 6,300 patients couvrant tous les domaines de la médecine.

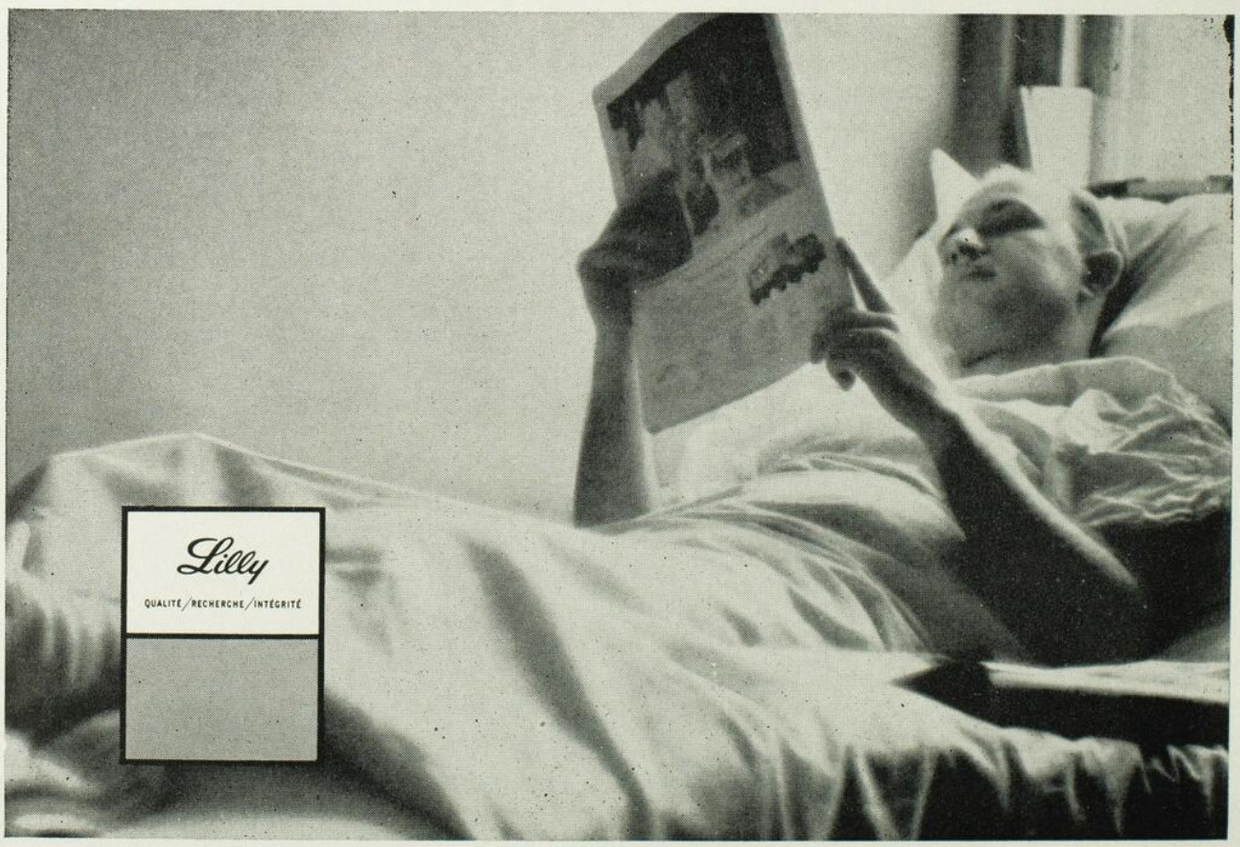
Ainsi, 361 opérés ont reçu une médication renfermant du chlorhydrate de dextro-propoxyphène à la suite d'opérations majeures et mineures et dans le service des accidentés après intervention chirurgicale. Deux cent soixante-quatorze (76 pour cent) d'entre eux en ont obtenu une analgésie efficace.

Le Davon Composé réunit l'action analgésique du chlorhydrate de dextro-propoxyphène et les propriétés antipyrétique et anti-inflammatoire de l'acide acétylsalicylique et phénacétine.

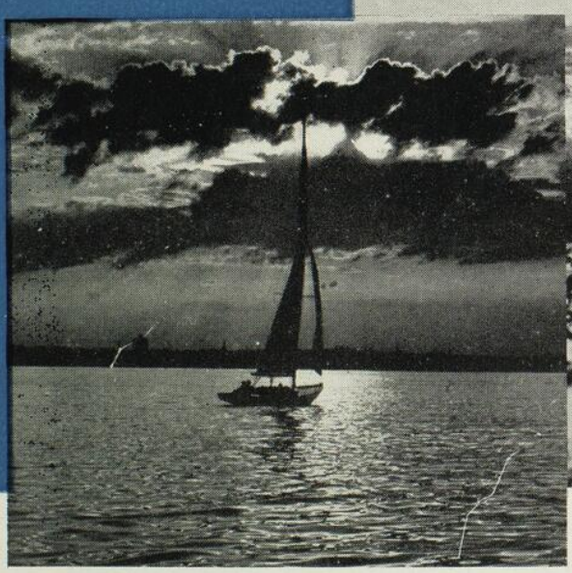
Dose usuelle: 1 ou 2 capsules trois ou quatre fois par jour.

Darvon® (chlorhydrate de dextro-propoxyphène, Lilly)

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED, TORONTO



Lorsque
le spasme
de la
musculature
lisse
provoque
de l'agitation
chez vos
malades



Comme l'huile sur les flots tumultueux...

DONNATAL®

offre le spasmolytique de choix Robins

par sa teneur en alcaloïdes naturels de la belladone en proportion parfaite, avec phénobarbital.

Formule:

COMPRIMES DONNATAL
CAPSULES DONNATAL
ELIXIR DONNATAL (par 5 cc.)

Sulfate d'hyoscyamine	0.1037 mg.
Sulfate d'atropine	0.0194 mg.
Bromhydrate d'hyoscine	0.0065 mg.
Phénobarbital (¼ gr.)	16.2 mg.

DONNATAL EXTENTABS®
(Comprimés à action prolongée)

Chaque Extentab (l'équivalent de 3 Comprimés) produit des effets prolongés d'une durée de 10 à 12 heures — toute la journée ou la nuit durant, en une seule dose.

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

pour votre malade qui SOUFFRE...

NON-NARCOTIQUE

Zactirin*

Citrate d'éthoheptazine et acide acétylsalicylique

Exerce une puissante action analgésique et anti-inflammatoire sans sédation, risque de pharmacomanie, d'accoutumance ou de constipation. Et il est économique !

POSOLOGIE : De 1 à 2 comprimés, 3 à 4 fois par jour, selon l'intensité de la douleur
PRESENTATION : En flacons de 100 et de 1000 comprimés

*Marque déposée

Wyeth
Marque déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

un autre remède "infaillible" contre les pellicules, qui ne l'était pas

Il finira par apprendre. Il n'y a pas de remèdes "infaillibles" contre les pellicules. Le Selsun n'en est peut-être pas loin, mais il y a tout de même encore quelque 5% des cas où il n'a aucun effet du tout. Mais quant aux autres 95%—parmi lesquels se trouve probablement notre homme—c'est le traitement le plus efficace qu'on puisse trouver. Pourquoi ne pas lui en dire un mot—et lui donner une ordonnance. Vous lui éviteriez de gaspiller son argent.

Suspension SELSUN*

SELSUN—SULFURE DE SÉLÉNIUM, ABBOTT *Nom Déposé

©1960—ABBOTT LABORATORIES LTD.

Elle aura bientôt besoin d'un carosse

Elle le *sait*. Et elle s'en réjouit. Or . . . pour lui conserver sa sérénité au cours des mois à venir.■ Une façon est d'assurer à la future maman le genre de soutien nutritionnel qui convient—comme celui fourni par les Pramitabs*. Car les Pramitabs complètent le régime alimentaire rationnel que vous prescrirez à votre gestante en y ajoutant: (1) du calcium sans phosphore, (2) du fer bien toléré sous forme de fumarate ferreux et (3) les autres vitamines et minéraux indispensables.■ Votre gestante vous sera reconnaissante, aussi, de la posologie facile des Pramitabs. Dans la plupart des cas un seul Filmtab par jour suffit pour qu'elle se rende à terme.■ Et pour l'aider à ne pas oublier de prendre son supplément chaque jour, le Flacon pour la Table, élancé et gracieux, dans lequel sont présentés les Pramitabs s'en chargera.

elle aura besoin de FILMTAB Pramitabs* aujourd'hui

soutien vitamino-minéral compréhensif avec seulement un Filmtab par jour

ABBOTT

PRAMITABS—SUPPLÉMENT PRÉNATAL SANS PHOSPHORE D'ABBOTT
FILMTABS*—COMPRIMÉS FILMO-SCELLÉS, ABBOTT. BREVETÉ 1959
*Nom Déposé

BULLETIN

LA MÉDECINE, FACE À L'OPINION PUBLIQUE

La médecine au Québec passionne en ce moment l'opinion publique; elle est plus souvent l'objet de critiques acerbes que d'éloges. La médecine chez nous vit des jours sombres; des nuages menaçants s'accumulent au-dessus d'elle et elle doit se raidir pour supporter sans faiblir nombre d'assauts injustes et malicieux.

Des événements malheureux, d'importance relative, touchant à la médecine, à l'hôpital ou au médecin, ont tenu depuis des jours la manchette des quotidiens; décrits tantôt avec objectivité par une plume honnête et sincère, selon les critères de la saine information, ils ont parfois donné lieu à des commentaires tendancieux. Certains accrocs aux règles de la déontologie ont eu la vedette; ce qui a été l'objet d'une publicité de mauvais aloi et a donné l'élan et le ton aux cris réclamant enquêtes et châtiments. C'était créer le climat favorable à l'idée d'une réforme médicale indispensable; c'était le prélude à la symphonie intitulée: régie ou tutelle.

Il n'en fallait pas plus pour saper la confiance du malade en son médecin. Les remarques, même partiellement justes, exposent à des interprétations fallacieuses; le malade, qui entend ces propos désobligeants sur l'hôpital, la médecine et le médecin, n'est pas toujours apte à faire la part entre le fait scientifiquement démontré et la fiction qui enjolive; faute de formation philosophique, il ne voit pas le sophisme, accepte comme vraie la conclusion du particulier au général et il court aux solutions proposées; néanmoins, l'incertitude qui bouleverse son jugement risque de le conduire à des décisions préjudiciables à sa santé. D'entendre crier haro sur le médecin le porte à en faire autant; de là à se confier aux pseudo-thérapeutes, il n'y a qu'un pas.

Si le médecin doit, à juste titre, craindre certains parasites qui gravitent autour de la médecine et s'aventurent dans son domaine propre, il doit se mettre en garde contre ses ennemis de l'intérieur qui, sous le couvert de leur patente officielle, cultivent les formules charlatanesques ou dispensent leurs services contre des sommes exorbitantes; il ne doit pas prêter le flanc à la controverse et il se doit d'avoir une tenue invulnérable.

A maintes reprises, des voix puissantes, dont certaines très bienveillantes, ont demandé aux médecins et aux hôpitaux de méditer sur leurs problèmes, de repenser leurs concepts, de rajeunir leur politique collective et d'orienter leur mode de vie professionnelle selon les normes de l'évolution sociale. De tous les milieux sont venues les invitations aux colloques; des chefs politiques, des autorités religieuses, des industriels, des syndicalistes ont clairement exprimé la nécessité d'une collaboration étroite avec les mé-

decins et les administrateurs d'hôpitaux. Malheureusement, ces appels à la coopération, ces vœux de rencontre amicale sont trop souvent restés sans écho.

Certains milieux médicaux souffrent d'intransigeance et ne croient pas à la nécessité d'une politique décente de conciliation; ils n'ont pas retenu l'enseignement des anciens qui, avec sagesse, affirmaient qu'un médiocre règlement est meilleur qu'un bon jugement; ils auraient intérêt à relire la fable de Jean de La Fontaine qui démontre que l'ambition désordonnée conduit au néant spirituel et à la déconfiture matérielle.

Le médecin, pour sa part, se doit de reconquérir l'estime publique qu'on veut lui retirer; il n'a qu'à reconnaître ses faiblesses et à manifester la volonté de s'en affranchir. *Medice, cura te ipsum*; ces paroles d'actualité constituent un thème idéal de méditation pour celui qui cherche une solution aux problèmes de l'heure. L'hôpital n'a pas de moindres raisons de refuser la même médication; toujours remarqué dans le passé pour son œuvre hautement sociale d'assistance aux affligés, il ne faut pas qu'il cède aux tentations du mercantilisme.

Alors que l'exercice de la médecine a un caractère presque sacerdotal qui n'a rien de vénal pour la plupart des médecins, il semble que la pratique, pour certains, se soit éloignée de ces normes et qu'elle se déroule étrangement à l'image d'opérations commerciales; une profession libérale ne peut tolérer un tel système. Négoce et saine médecine sont des antinomies; l'appât exclusif du gain affaiblit les consciences, émousse le sens des responsabilités et déforme le jugement.

Grâce au Ciel, rares sont les défalcataires du devoir professionnel; mais si peu nombreux qu'ils soient, ce sont eux qui engendrent les récriminations et qui fournissent la pâture aux iatrophages.

Jusqu'à hier, alors que s'est fait entendre la voix autorisée d'un juriste averti et hautement spécialisé en sciences légales médico-hospitalières, Maître Paul Crépeau, professeur de droit à l'Université McGill, la profession médicale se croyait atteinte d'une malformation grave et se considérait comme un corps en quête d'une âme, depuis que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec avait par le truchement d'un communiqué aux journaux, confessé jugement avant la plaidoirie et reconnu publiquement son impuissance à juger, redresser et condamner les actes médicaux dérogatoires, s'ils étaient accomplis à l'hôpital. Cette révélation a stupéfait, pour ne pas dire plus; elle excipait « du droit de propriété que nul, sauf l'autorité gouvernementale et, dans des cas exceptionnels, ne peut enfreindre ».

Or, Maître Crépeau s'exprimant devant les membres de l'Association des Hôpitaux du Québec réunis le 21 avril 1961 en congrès à Montréal, a affirmé qu' « à notre avis, le Collège a précisément pour mission, afin d'assurer la protection du public, de surveiller les actes médicaux de ses membres

ou de ceux qui se prétendent médecins *quel que soit le lieu* dans cette Province où ces actes sont commis. Cette opinion s'appuie sur des textes clairs et précis de la charte du Collège ».

Invraisemblable, cette politique du Collège, inspirée de la tactique chère à l'autruche; bien plus, elle est tout à l'opposé du refrain si souvent chanté d'un Collège seul habilité pour la défense, la surveillance et la discipline de la chose médicale.

Le directeur de journal qui a écrit qu' « en médecine, tout ne tourne pas rond » avait pleinement raison; il eut été préférable toutefois que la constatation vint d'un médecin. Tout ne tourne pas rond, parce qu'au Collège des règles glorieusement proclamées comme centenaires en dirigent le modus vivendi.

La multiplicité de nos organismes professionnels, médicaux ou hospitaliers, est un signe de faiblesse et non une marque de puissance; l'action syndicale n'est possible que si elle groupe, dans un seul organisme, tous les médecins sans exception; jumelé à une association groupant sous une unique direction tous les hôpitaux, elle serait très puissante et permettrait la rencontre au sommet souhaitée et souhaitable.

Deux attitudes du médecin risquent d'être dommageables à la réputation de la profession; il s'agit d'abord du recours aux offices de la Justice en cas de conflits hospitaliers et du choix de la grande presse comme le champ clos de leurs mêmes querelles.

L'esprit dépouillé de tout préjugé s'imagine mal un hôpital sans médecin; alors qu'hôpital et médecin ne devraient faire qu'une seule personne morale, puisque le premier est impensable sans le second et que le deuxième trouve au sein du premier son milieu naturel; certains ont agité la menace du droit de propriété pour expliquer la place provisoire et de pure bienveillance accordée au médecin comme faveur insigne.

Médecins et administrateurs d'hôpitaux doivent faire front commun et s'unir pour la revendication de leurs droits. Les droits et les devoirs de chacun sont clairs; la mode est passée de coiffer le bonnet de Chicaneau. L'union, oui, puisque l'unité est irréalisable.

Des générations durant, le médecin était satisfait de sa servitude dorée; couvert de bonnes paroles, abreuvé d'éloges dithyrambiques sur son zèle, son dévouement et sa bonté compatissante, il vivait dans un paradis artificiel. Son désintéressement était proverbial et tous l'exploitaient. La somme de travail non rémunéré qu'il consacrait à ses malades était considérable et elle était ignorée de tous.

Les paroles suivantes d'un éminent homme d'affaires, s'adressant à des administrateurs d'hôpitaux, pourraient s'appliquer également aux médecins:

« You are a wonderful group of people, to whom the money incentive is not the supreme thing in life. You have as your compensation the deep, inner satisfaction of doing the job magnificently that you know needs to be done ».

Il est réconfortant d'entendre des paroles compréhensives; il est bon de se savoir compris et aimé, mais gagner des sympathies, conserver l'estime de la population, s'affirmer comme corps professionnel demandent un effort concerté. Chaque médecin, qui vit intensément son rôle dans la Cité, est encore le meilleur agent de relations extérieures; toujours à la tâche, il est l'homme en qui repose la confiance et chez lequel on va chercher le réconfort.

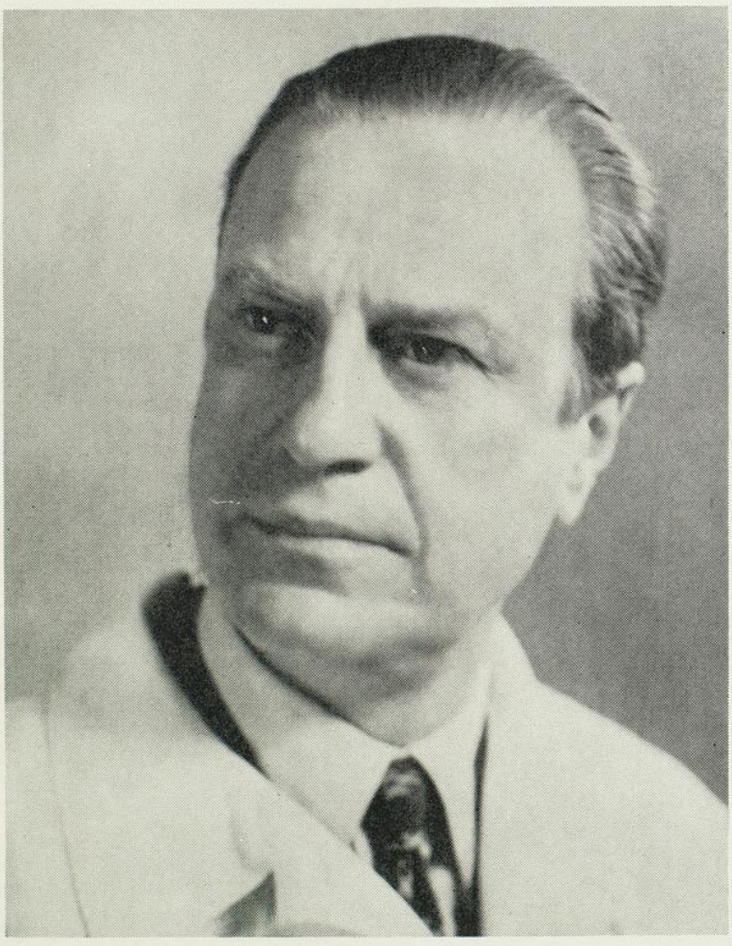
La médecine est au crible de l'opinion publique pour son plus grand bien; ces campagnes de dénigrement vont arrêter certaines tendances au laisser-aller et créer au sein de la profession médicale le sentiment d'une solidarité indispensable.

Médecins, ne craignons pas l'opinion publique; les erreurs des uns, les faiblesses des autres sont humaines et elles se retrouvent chez nos détracteurs; qu'elles nous servent de leçons; ne serait-ce que de nous avoir permis d'apprendre que nous n'avons pas que des amis et qu'il est dangereux de recourir à l'agora pour y exposer les tableaux de nos misères professionnelles.

Edouard DESJARDINS

LE PROFESSEUR ANDRÉ LAMBLING, DÉLÉGUÉ OFFICIEL DE LA FRANCE AU 31e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C., À QUÉBEC

Dans un article fort remarquable consacré à la théorie cellulaire, le Docteur Albert Delaunay, Chef de service de l'Institut Pasteur, commentant l'œuvre de Schwann, notait récemment: « Plus j'y réfléchis et plus la biologie m'apparaît comme un gigantesque édifice auquel travaille tout un peuple d'artisans. Ce qu'il faut ici, c'est dissiper peu à peu les brumes de l'ignorance. Comment dire et quand dire la *vérité,* enfin, a été atteinte? »



Le mot admirable d'*artisan,* quand il s'agit de la découverte, de la recherche et de la conservation de la vie humaine s'applique bien à ces savants dont les travaux, si circonscrits soient-ils, sont autant de chemins qui mènent à la lumière.

Et je crois que ce mot d'*artisan* est un très noble titre pour saluer, dans le domaine de la bio-physiologie, l'animateur d'une longue théorie de travaux, centrés sur la gastro-entérologie: le professeur André Lambling.

Nous ne pouvons que nous réjouir qu'une personnalité médicale aussi notoire ait été choisie comme délégué officiel de la France au 31e Congrès

de l'Association des Médecins de Langue française du Canada où, tant à Québec qu'à Paris, nous allons poser un geste d'une portée scientifique et culturelle considérable pour les relations franco-canadiennes.

Il peut sembler téméraire de présenter ici, le Professeur André Lambling, Directeur du Centre de recherches gastro-entérologiques de l'Hôpital Bichat, de Paris, alors qu'il participait brillamment au numéro spécial de gastro-entérologie de l'Union Médicale du Canada, en novembre 1960. D'autre part, la courtoisie, l'urbanité et la distinction du gentilhomme, la pénétration, la vigilance et la ténacité du savant ressortent des témoignages que j'ai eus de ses anciens élèves de Montréal. Je ne m'arrêterai donc qu'à quelques titres d'une carrière que tous savent remplie et jalonnée de succès.

Le Professeur André Lambling est né le 11 mars 1899 à Lille (Nord), fils d'Eugène Lambling, lui-même professeur à la Faculté de Médecine de cette ville. Il y fit ses études, ainsi qu'à l'Université de Paris.

En 1928, il publiait une thèse sur les « Tumeurs villeuses du Rectum ». Parmi ses autres ouvrages mentionnons: un livre écrit en collaboration avec Bensaude sur « Les maladies du Rectum » et un autre volume paru chez Doin: « Les constipations et leurs traitements », écrit en collaboration avec J. Boullard. Il a également participé à la collection Flammarion sur les maladies de l'estomac.

Médecin des Hôpitaux de Paris, chef de service à l'Hôpital Bichat, le Professeur Lambling a été Président du Collège de Médecine de Paris; il est membre du Comité d'orientation des Médecins Canadiens en France. Il a rempli des missions d'enseignement en plusieurs pays d'Europe et en Amérique latine. En 1958, il se rendait à Washington pour le Congrès mondial de gastro-entérologie, où il fit une communication et participa à un colloque.

Le Professeur André Lambling est chevalier de la Légion d'Honneur.

Dans une carrière où l'enseignement magistral le dispute à la recherche, la somme des publications scientifiques diverses est considérable. Si l'on s'en tient aux toutes dernières années, on y trouve la marque des travaux poursuivis par le Professeur Lambling en biochimie et en physiologie de l'estomac. Nous citerons quelques titres récents (outre ceux parus dans la bibliographie de l'article publié en novembre dans l'Union Médicale du Canada et auxquels on pourra référer):

« La fixation rénale du P. 32. Etude expérimentale par autoradiogrammes sériés » — Revue française d'Etudes Cliniques et biologiques. Vol. 4 1959.

« Ulcère expérimental de contrainte du rat blanc » — même revue, 1959.

« Les hémorragies des gastrites hémorragiques et de l'« Exulceratio simplex ». Archives des maladies de l'appareil digestif, supplément du volume 48, juillet-août 1959.

« Le traitement des recto-colites hémorragiques (colite ulcéreuse) par l'isoniazide associé ou non à la streptomycine et au P.A.S. » — La Semaine des hôpitaux de Paris, 18 novembre 1959.

« Les hypoprotidémies par perte protidique intestinale » — Pathologie et Biologie, vol. 8. 1960.

Tous ces articles sont écrits en collaboration.

Un mémoire original, en collaboration avec J.-J. Bernier et J. Badoz-Lambling sur « L'Exploration fonctionnelle de l'estomac — Méthode d'appréciation de l'estomac acide et de l'estomac alcalin » — Archives des Maladies de l'appareil digestif — Tome 49, No 9 — Septembre 1960.

Enfin, un article publié dans la revue allemande *Arztliche forschung,* le 10 avril 1960, écrit en collaboration avec P. Bonfils et que nous avons retracé dans sa traduction anglaise sous le titre de: « Stress situation on a technique for experimental induction of psychogenic gastric ulcers ».

Cette simple nomenclature, fort incomplète évidemment, suffit à illustrer une capacité de production et un rythme de travail sans fléchissement et qui décèlent non seulement un sens extraordinaire d'organisation et de coordination dans la recherche, mais aussi une cohésion de l'équipe qui gravite à tous les échelons autour de cet animateur incomparable qu'est le professeur Lambling.

Que notre 31e congrès soit assuré d'une si éminente participation est déjà un gage de succès. Dans le climat actuel de notre orientation médicale au Canada français, nous avons besoin de ces présences qui fassent pencher sans discussion la balance de la vigueur et du réalisme scientifique en faveur de la France. Nous croyons qu'à cet égard le Professeur André Lambling peut nous donner beaucoup et nous lui faisons confiance.

Pierre SMITH
Directeur des Relations extérieures

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

L'A.M.L.F.C. AU 3e CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC

Sous la direction générale du docteur Gérald LaSalle et la présidence du docteur Paul Bourgeois, l'Association des Hôpitaux du Québec a tenu son 3e Congrès annuel à l'Hôtel Reine-Elizabeth, les 19, 20 et 21 avril dernier.

« Notre but, l'Unité », tel est le titre de l'invitation, formulée par le président, et qui figure en tête du livret-programme du Congrès.

Cette invitation se lit comme suit:

« La mise en application au 1er janvier 1961, de la loi de l'Assurance-hospitalisation, constitue un progrès considérable dans la solution de nos problèmes financiers.

La qualité des soins aux malades, seule raison d'être de nos hôpitaux volontaires, exige pour être maintenue, l'autonomie de nos administrations.

Je vous invite de tout coeur à participer à notre congrès et je formule le vœu que nos délibérations, pleines de franchise et de compréhension, nous permettent d'adopter les mesures qui sont impératives pour assurer notre survivance par l'Unité ».

Les organisateurs avaient tenu à inviter pour cette circonstance les plus hautes personnalités du monde religieux et civil de notre Province: Son Eminence, le Cardinal Paul-Emile Léger, L'Honorable Jean Lesage, Premier Ministre de la Province, l'Honorable Alphonse Couturier, Ministre de la Santé, Monsieur Jean Drapeau, Maire de Montréal.

Les multiples questions inscrites au programme scientifique revêtaient un caractère de grande actualité: Citons entre autres

L'Assurance-hospitalisation et les problèmes hospitaliers,

La responsabilité de l'administrateur,

Les relations ouvrières dans les Hôpitaux,

Les maladies chroniques sous l'Assurance-hospitalisation,

Les problèmes pharmaceutiques sous l'Assurance-hospitalisation,

La diététicienne, une administratrice,

Relations du travail dans les hôpitaux.

Association des Auxiliaires des hôpitaux de la province de Québec, relations extérieures, publicité.

Hôpitaux, médecins, infirmières en droit québecois, Dr Paul-A. Crépeau.

Aux étalages techniques, plus d'une centaine de kiosques exposaient les dernières nouveautés et le matériel le plus moderne pour l'équipement des hôpitaux.

Ce fut encore, et pour la troisième année consécutive, une belle réussite.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada était représentée à la Séance inaugurale par son Directeur des relations extérieures et au Déjeuner officiel d'ouverture par son Directeur général, le docteur Emile Blain.

FILIALE DU QUÉBEC DE L'A.M.L.F.C. : RÉUNIONS DE L'EXÉCUTIF ET DU CONSEIL

Ces deux réunions ont eu lieu le 22 avril dernier au siège social de l'Association, la première le matin, la seconde dans l'après-midi. Parmi les nombreuses questions inscrites à l'agenda, mentionnons les suivantes: assurances-invalidité, assurances-responsabilité, etc., (nos plans d'assurances-groupes pour les membres de l'Association, ont des taux extrêmement avantageux en regard des avantages offerts), invitation aux finissants en médecine à devenir membres de l'Association dès leur entrée en pratique, prix aux finissants des trois Facultés de Médecine de Laval, de l'Université de Montréal et de l'Université d'Ottawa, imprimés divers à l'intention des médecins offerts gracieusement par l'Association, congrès de Québec en juin, de Paris en septembre et de Montréal en novembre 1962, journées d'étude dans différents centres, envoi de conférenciers aux séances d'étude des Sociétés médicales, offre de films médicaux pour les réunions scientifiques, loi médicale des hôpitaux, etc.

La plupart de ces questions seront remises au programme du Congrès de Québec où tous les membres de la Filiale présents pourront en être informés plus amplement.

La Loi des Hôpitaux mérite d'être soulignée ici de façon particulière. Nul n'ignore que le Premier Ministre de la Province, l'Honorable Jean Lesage, affirmait lors du 3e Congrès annuel de l'Association des Hôpitaux du Québec en avril dernier:

« C'est ma conviction profonde que l'adoption d'une Loi des Hôpitaux dans la province de Québec serait une magnifique mesure capable de mettre de l'ordre dans un domaine qui en réclame instamment ».

Monsieur Lesage a suggéré en outre que les représentants des diverses branches de la médecine et de l'administration hospitalière s'entendent au sujet de cette loi car ce sont eux qui vont l'inspirer.

« Les différentes associations hospitalières a-t-il déclaré et les associations médicales se doivent d'apporter leurs recommandations, et le Gouvernement de son côté se doit d'accueillir avec empressement cette offre de collaboration ».

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada ne saurait se dérober à ce devoir. Aussi sa Filiale du Québec va-t-elle se mettre à la tâche sans tarder et en liaison avec d'autres associations et organismes médicaux, collaborer avec le Bureau Provincial de Médecine afin de répondre au désir du Gouvernement Provincial et l'aider ainsi à l'élaboration de cette « Loi des Hôpitaux ».

Pierre SMITH,
Directeur des relations extérieures.

31e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

PROGRAMME SOCIAL PROVISOIRE

Dimanche, 4 juin

6 h.:

Réception du Président et du Directeur Général au Château Frontenac.

Lundi, 5 juin

3 h.:

Réception au Musée Provincial: visite des collections permanentes, de la collection Duplessis et de l'exposition de photos Gérard Morisset sur le vieux Québec architectural.

Soirée libre.

Mardi, 6 juin

12 h. 30:

Déjeuner-causerie au Manoir St-Castin.
Monsieur Raoul Jobin nous raconte des souvenirs anecdotiques de sa carrière mondiale.

9 h.:

Concert Richard Verreault, dans la salle de l'Institut Canadien.

Mercredi, 7 juin

7 h.:

Banquet et bal au Château Frontenac (l'habit est de mise) — L'orateur invité est l'honorable Jean Lesage.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PHOTOGRAPHIE ET LA CINÉMATOGRAPHIE ENDOSCOPIQUES DIGESTIVES EN FRANCE

Ch. DEBRAY, P. HOUSSET, S. SÉGAL, J. PAOLAGGI et F. PETTE.

L'iconographie endoscopique digestive a fait en France, au cours de ces dernières années, de substantiels progrès. Il est possible d'obtenir maintenant, sans difficulté, avec des appareils usuels, des photographies et des films de bonne qualité. Photographier ou filmer au cours d'une endoscopie devient un geste de routine. Ces progrès sont dus à plusieurs facteurs: amélioration de l'éclairage et des optiques, perfectionnement des caméras de prise de vues, émulsions plus sensibles, appareillage plus maniable et plus standardisé.

* * *

A — Généralités

a) *Intensité lumineuse*

Le problème essentiel de toute photographie endoscopique est celui de l'intensité lumineuse. Si celle-ci est suffisante, l'iconographie est facilement réalisable. Si elle est faible, la prise de photographies ou de films devient très délicate et ne peut être routinière.

Pour résoudre ce problème on a eu recours en France à deux procédés:

— Les *lampes à incandescence*, que l'on survolte au moment de la prise de vues.

— Les *tubes-éclair* utilisés seulement pour la photographie [1].

b) *Place de la source lumineuse*

La place de la source lumineuse est variable selon les types d'endoscopes.

1) Elle peut être *proximale, en dehors de l'organisme*. La lampe d'éclairage peut être de dimension importante, mais un dispositif doit condenser le flux lumineux pour l'amener à l'extrémité du tube endoscopique, long de 20 à 50 cm et mince.

On sait que certains auteurs, comme les américains Brubaker et Hollinger, ont résolu le problème en utilisant des lampes très puissantes dont le flux est projeté dans un endoscope de diamètre plus grand que le diamètre standard. En France, on s'est efforcé de conserver le diamètre de l'appareil usuel (ou même de le diminuer) et de transmettre la lumière par un guide-lumière. C'est le principe de l'éclaireur universel de Fourestier, Gladu et Vulmière, qui sera décrit plus bas, et qui est à la base d'un grand nombre de progrès réalisés en France en photocinématographie endoscopique.

2) La lumière — lampe survoltée ou tube-éclair — peut être *distale*, située dans l'organisme même. L'avantage de ce dispositif est que la lumière se trouve au voisinage même de la région à photographier, c'est-à-dire dans de bonnes conditions d'éclairage; son inconvénient est que les dimensions de la source lumineuse doivent être relativement faibles pour ne pas compliquer l'introduction de l'endoscope.

3) Alors qu'avec les appareils rigides (œsophagoscope, laparoscope, rectosigmoïdoscope) les deux procédés précédents peuvent être employés, il n'en est plus de même dans le cas des *appareils flexibles* (gastroscope). Ici l'âme de l'appareil est occupée par une optique complexe; seul, dans les conditions actuelles, un éclairage distal peut être employé.

Nous distinguerons donc, en nous cantonnant bien entendu dans les seuls appareils utilisés en France,

1 — La photocinématographie avec les endoscopes rigides.

2 — La photocinématographie gastrique.

* * *

B — Photocinématographie avec les endoscopes digestifs rigides

Ce chapitre concerne l'œsophagoscope, le laparoscope et le rectosigmoïdoscope. Comme nous l'avons vu, deux types d'éclairage sont utilisables: lumière proximale transmise et lumière distale.

I — Endoscope à lumière proximale transmise

Dans ce type d'appareil, la source lumineuse est *extra-corporelle*. Le flux lumineux est transmis

1. On peut, techniquement, arriver à synchroniser les éclairs avec une caméra cinématographique, comme l'a fait l'auteur suisse Calame pour un film de laparoscopie, mais l'appareillage nécessaire est assez complexe et ne peut, jusqu'à maintenant, être utilisé en technique de routine.

grâce à un guide-lumière (fine baguette de silice fondue) à l'extrémité interne de l'endoscope.

Les avantages de ce procédé sont les suivants: lumière intense, diamètre de l'endoscope non augmenté, utilisation des optiques endoscopiques usuelles et des appareils de prise de vues du commerce.

a) *L'Endoscope Universel de Fourestier, Gladu et Vulmière.*

Cet appareil universel est classique maintenant. Son système d'éclairage et de transmission de lumière a été adapté à tous les endoscopes rigides. Nous en donnons ci-dessous les caractéristiques essentielles.

1) *Eclairage*: L'éclairage est fourni par une ampoule de 70 watts, 5 ampères, 7 volts survoltée à 16-17 volts pendant la prise des documents photographiques et cinématographiques. L'ampoule, dont le filament est ramassé en une spirale de 2 mm de côté, est située dans un carter. Les rayons lumineux passent dans un condenseur de lumière à grande ouverture (f/0.6), muni d'un verre catathermique, qui absorbe la chaleur. Les faisceaux ainsi condensés sont déviés à angle droit par un prisme à réflexion totale; ils pénètrent alors dans la tige de quartz (silice fondue), qui transmettra la lumière.

La lampe survoltée donne une luminance de 7,000 lumens. Après passage dans le condenseur, le prisme et la baguette de quartz, la luminance tombe à 3.500 lumens. A la sortie, c'est-à-dire à l'extrémité interne du quartz, l'éclairement effectif peut atteindre 400.000 lux, c'est-à-dire 4 fois l'éclairement donné par le soleil à midi.

Le refroidissement de la lampe est assuré par une circulation d'air aspiré par un moteur électrique.

L'éclaireur s'adapte sur le tube endoscopique, grâce à une platine spéciale, par deux broches qui solidarisent l'ensemble. Une broche supplémentaire sert à la fixation de l'optique endoscopique.

2) *Transmission de la lumière.* Le guide-lumière est une baguette de quartz (silice fondue) de 2.5 mm de diamètre, gainée dans une enveloppe de métal. L'extrémité proximale, extérieure, est sectionnée à angle droit. L'extrémité distale, interne, est taillée, dans les endoscopes digestifs, légèrement en biseau pour diriger le faisceau lumineux vers le champ de l'optique. Fait essentiel, la perte de lumière due à la transmission par le quartz est minime, elle est de l'ordre de 10 à 20 p. 100 seulement.

3) *Les optiques.* Les optiques sont analogues à celles que l'on utilise en endoscopie courante. Elles sont spécialement traitées pour laisser passer le maximum de lumière. Elles n'introduisent que très peu d'aberrations optiques. L'oculaire des optiques est réglé sur la distance de 0.50 m (la caméra cinématographique ou l'appareil photographique devront donc être réglés sur cette distance). Le champ est net de quelques millimètres à l'infini, du fait de la petite ouverture utilisée (cf plus loin). En endoscopie digestive on emploie surtout jusqu'à maintenant les optiques à vision directe; en certaines circonstances, en particulier en laparoscopie, il serait désirable de pouvoir disposer d'optiques latérales ou fore-obliques (ce qui nécessite naturellement une modification de la forme de l'extrémité interne du quartz, lequel doit diriger la lumière dans la direction du champ de l'optique).

Quartz et optique sont placés côte à côte et le plus latéralement possible dans l'endoscope, dégageant ainsi, en rectoscopie et œsophagoscopie, un espace libre par lequel on peut passer une sonde ou divers instruments (pince à biopsie, sonde à électrocoagulation, etc.).

En œsophagoscopie et rectoscopie un système « *antibuée* » est nécessaire pour que l'extrémité interne de l'optique soit parfaitement claire; il est constitué par un filet d'air comprimé fourni par un petit compresseur, filet qui chemine dans un canalicule placé dans la paroi même de l'optique et qui va balayer la surface interne de l'optique.

4) *Générateur de lumière.* Un transformateur, branché sur le courant du secteur (125 ou 250 volts, alternatif), fournit la lumière sous un courant de 4 à 17 volts et 5 ampères. L'examen endoscopique ne nécessite que 4 à 5 volts; la prise de photos se fait sous un survoltage de la lampe à 16-17 volts, survoltage commandé par une pédale. Au même moment le système de refroidissement augmente sa puissance, évitant l'échauffement de la lampe.

Ces caractéristiques sont celles de l'Endoscope Universel de Fourestier, Gladu et Vulmière. Le générateur de lumière et l'éclaireur sont les mêmes, quel que soit l'endoscope rigide utilisé (broncho-, laryngo-, cysto-, œsophago-, recto-, sigmoïdo-, hystéro-, laparoscope). Cette standardisation nous paraît d'un grand intérêt pratique; dans les hôpitaux à faible débit elle permet aux divers endoscopistes d'utiliser un matériel de base commun.

b) *Les endoscopes digestifs utilisant l'éclaireur universel.*

1) *Oesophagoscope.*

L'*œsophagoscope explorateur,* mis au point par l'un d'entre nous et utilisé par nombre de gastro-entérologues, a 45 cm de long et 10 mm de diamètre. Le quartz et l'optique laissent un espace permettant l'introduction d'une sonde à aspiration ou d'un instrument (pince à biopsie, porte-coton, etc.). Il permet une bonne étude de l'œsophage depuis la bouche de Killian jusqu'au cardia.

L'un d'entre nous, avec J.-M. Dubois de Montreynaud, a proposé une technique d'œsophagoscopie permettant un passage plus facile du tube à la bouche supérieure de l'œsophage. On introduit d'abord une sonde à mercure doublée d'une gaine en matière plastique transparente; la sonde est alors retirée, la gaine restant en place; à travers celle-ci on fait pénétrer, sous le contrôle de la vue, l'œsophagoscope; de plus la gaine préalablement introduite évite de traumatiser les parois œsophagiennes qu'elle écarte; elle protège des souillures l'optique et le quartz, si l'endoscope est en retrait de quelques millimètres par rapport à l'extrémité interne de la gaine.

2) *Laparoscope*

L'utilisation de l'éclaireur universel ne modifie en rien la technique de la laparoscopie. Plusieurs modèles (F. Pergola) de diamètres différents (9 et 11 mm) sont à la disposition des médecins. Personnellement nous préférons celui de 11 mm, car il permet d'utiliser une optique de calibre supérieur et, partant, d'avoir une vision meilleure, un champ plus étendu et d'obtenir une meilleure iconographie.

3) *Recto-sigmoïdoscope*

L'appareil mis au point par deux d'entre nous a 30 cm de long et 15 mm de diamètre, alors que le rectoscope français courant de Bensaude a un calibre de 25 mm. Le quartz et l'optique sont latéralisés dans le tube endoscopique, ce qui permet d'introduire facilement divers appareils (porte-coton, pince à biopsie, tige à électrocoagulation). Le rectoscope comporte en outre une canalisation à insufflation d'azote, ce qui permet d'effectuer des électro-coagulations intrarectosigmoïdiennes sans aucun danger d'explosion (J. Arnous).

c) *Techniques iconographiques digestives avec l'Endoscope Universel.*

1) *Généralités*

Avec l'appareillage décrit ci-dessus on peut, *au cours d'une même endoscopie, passer en quelques secondes de l'examen visuel à l'iconographie, celle-ci pouvant être de la photographie ou du cinéma.*

Nous n'insisterons pas sur les diverses notions communes à toutes les endoscopies et bien établies: nécessité d'*appareils à visée réflex,* permettant le contrôle visuel permanent, nécessité de *pellicules en couleur* qui, seules, restituent l'aspect original. Il est bon d'avoir des caméras aussi légères que possible pour que le maniement en soit plus facile. Les objectifs doivent s'adapter parfaitement à l'optique endoscopique grâce à une bonnette dont il existe plusieurs modèles.

Rappelons que l'on peut utiliser avec l'Endoscope Universel les caméras du commerce et que la mise au point de l'optique doit se faire sur une distance de 0.50 m.

2) *Photographies*

C'est le format courant de 24 x 36 qui est, en règle, utilisé ici. Il nous semble indispensable de pouvoir disposer d'*objectifs de focales différentes*; on choisira celui qui s'adapte le mieux aux conditions de l'examen. Le diaphragme de l'objectif photographique sera ouvert au maximum, mais il faut bien savoir que *l'ouverture réelle dépend en fait du diamètre de la pupille d'entrée de l'optique endoscopique.* Ce diamètre varie avec le calibre de l'optique, si bien que, pour la photographie comme pour le cinéma, on aura intérêt à avoir une optique du diamètre le plus grand possible. Avec une optique courante, dont la pupille est de 2 mm, l'ouverture réelle est de f/19 avec une focale de 38 mm; elle est de f/25 avec une focale de 50 mm. Le diaphragme de la caméra n'intervient donc pas, mais il doit pourtant être ouvert au maximum pour ne pas entraîner une réduction supplémentaire de l'ouverture.

Temps de pose et focale à utiliser varient selon divers éléments, dont certains dépendent de l'appareillage (émulsion, optique, éclairage) et *d'autres de l'organe exploré*: distance séparant l'objectif de l'endoscope de la paroi à photographier, couleur plus ou moins foncée de l'organe, mobilité plus ou moins grande des parois [2].

En photographie endo-digestive les focales habituellement utilisées sont celles de 38 et de 50 mm.

L'apparition récente de films plus sensibles (Super-Anscochrome de 100, 200 et même 400 ASA, Ektachrome haute rapidité de 125, 250 et même 400 ASA) a permis l'utilisation de focales plus longues allant de 90 à 130 mm. On peut ainsi obtenir des images de grand diamètre. Le temps de pose varie entre 1/10ème et 1/50ème de seconde.

2. Signalons que récemment L. Audouze a mis au point une cellule photo-électrique qui se fixe à la place de l'appareil de prise de vues et qui permet de mesurer l'intensité du flux lumineux arrivant à la caméra.

Au-dessous de 1/10ème ou de 1/5ème de seconde on observe presque toujours un « bougé » qui rend le document inutilisable.

3) *Cinématographie*

Les appareils employés sont des *caméras de 8 mm ou de 16 mm,* comportant, bien entendu, une visée « réflex » pour le contrôle visuel au cours de la prise de vues. Les données précédentes concernant le diaphragme sont naturellement valables pour les caméras cinématographiques.

Avec une caméra de 8 mm, utilisant du film Kodachrome lumière artificielle, prenant 16 images par seconde avec un temps d'ouverture de 1/32ème de seconde, les focales utilisées sont de 12, 5 mm et de 20 mm. Le format de 8 mm a pour lui son faible prix de revient, mais il est de plus en plus abandonné au profit du format de 16 mm, qui est plus onéreux mais qui fournit des images plus grandes et plus facilement reproductibles que celui de 8 mm. Nous utilisons personnellement une caméra Beaulieu dont les objectifs ont pour focale 25 mm, 35 mm et 42 mm (« Kinoptic ») ; nous tournons à 16 images par seconde avec du film Super-Anschrome ou de l'Ektachrome haute rapidité qui donne un meilleur rendu des couleurs. On obtient ainsi des images de 7 à 8 mm de diamètre.

4) *Photographies fixes tirées des films.*

A partir des films de 16 mm ainsi obtenus, nous avons proposé de prélever l'image ou les images les plus intéressantes de la séquence, de les monter en vues fixes et de les projeter comme on fait pour une photographie 24 x 36. Les résultats sont satisfaisants; on peut même faire tirer sur papier de telles images agrandies.

Ce procédé a un autre avantage, celui de la simplification du matériel de prise de vues (seule la caméra de cinéma est utilisée). D'autre part on peut choisir sur des centaines d'images la meilleure ou la plus démonstrative, alors que la photographie limite le choix.

Toutefois l'apparition dans le commerce d'émulsions plus sensibles, ce qui permet d'obtenir des images photographiques plus grandes, nous fait penser que, contrairement à ce que nous avions supposé un moment, le procédé précédent ne peut supprimer la photographie.

5) *Télévision endoscopique*

L'Endoscope Universel de Fourestier, Gladu et Vulmière a permis dès 1955 de transmettre en télévision une bronchoscopie. Au cours des Entretiens de Bichat, en 1959, on a pu réaliser la transmission télévisée en couleur sur grand écran, grâce à l'« Eidophore », d'une laparoscopie faite sur l'animal. On conçoit tout l'intérêt didactique et de vulgarisation de cette télévision endoscopique digestive.

d) *Appareils d'iconographie digestive dérivés de l'Endoscope Universel.*

Tout en gardant le même éclaireur de Fourestier, Gladu et Vulmière et le même mode de transmission par le quartz, on peut remplacer la lampe à incandescence par un flash électronique ou par une lampe-éclair au magnésium.

Trois d'entre nous, avec Valeyre et Gladu, ont pu réaliser ainsi des photographies en couleur de grandes dimensions (20 mm) du rectum, avec un flash électronique de 600 joules et du film Kodachrome lumière du jour du commerce.

Y. Rose a remplacé la lampe habituelle de l'éclaireur universel par une lampe flash au magnésium (P F 25), dont l'éclair est conduit par le quartz (« endoflash »). L'objectif a 100 mm de distance focale; les films sont du Super-Anscochrome; la dimension des images atteint 18 à 20 mm. Cet appareil, utilisé par Y. Rose pour la bronchoscopie, peut être employé pour les autres endoscopies et, en particulier, les endoscopies digestives.

Enfin Foures a construit un laparoscope photographique basé sur les mêmes principes et voisin de l'appareil allemand de Storz. La lumière est fournie par un tube-éclair de petite dimension utilisant une énergie variant de 15 à 50 joules. L'éclair est transmis par une baguette de quartz solidaire de l'optique. Dans certains cas cet appareil contient deux quartz placés côte à côte. La caméra photographique est du type « Robot », fabriquée par l'auteur lui-même; elle est stérilisable. Cet appareillage est adaptable à la rectoscopie, à l'œsophagoscopie et à la laparoscopie. Grâce à lui divers auteurs, parmi lesquels J. Arnous, ont obtenu de bonnes photographies recto-sigmoïdiennes.

II — ENDOSCOPES DIGESTIFS RIGIDES À LUMIÈRE DISTALE

Certains endoscopes digestifs rigides ont un système d'*éclairage interne intra-corporel.* Ce système devant être de dimension assez faible ne peut être utilisé pour le cinéma, il n'est employé que pour la photographie. Deux appareils de ce type sont actuellement utilisés en France: le rectoscope photographique de Mme M. Albot et le laparoscope photographique de Foures-Caroli.

a) *Rectoscope photographique de Mme M. Albot.*

On introduit dans le tube rectoscopique, qui est d'un diamètre un peu supérieur à l'appareil habituel de 25 mm de calibre, une optique endoscopique solidaire d'une chambre photographique et munie de 8 petites lampes à incandescence, dites « grain de riz », situées en couronne autour de l'extrémité distale de l'optique. Ces lampes de 6 volts sont survoltées au moment de la photographie. Elles permettent la prise de films en couleur.

b) *Laparoscope photographique de Foures-Caroli* (« Endographe »).

Cet appareil a été construit initialement pour la laparoscopie, mais d'excellents résultats ont été obtenus en pleuro- et cystoscopie.

Il comporte une optique télescopique munie d'un tube-éclair électronique miniature[3], situé au delà de la pupille de sortie de l'optique et d'une lampe de veille classique à filament de tungstène.

Le flash emploie une énergie réglable de 15 à 50 joules. La durée de l'éclair est de 1/800ème de seconde. Le haut voltage indispensable pour l'alimentation du tube électronique a nécessité des précautions spéciales: non seulement les isolants électriques ont été choisis avec une marge de sécurité suffisante, mais encore l'endographe, l'appareil de prise de vues et le générateur de tension, munis chacun d'une enveloppe métallique, sont reliés entre eux et à la terre. Ce montage supprime tout risque d'accident.

L'optique permet une vision oblique à 120°, avec un champ de 70° environ. Elle est de petit calibre (3 mm environ). La pupille de sortie de l'optique est de 2 mm. environ. Le réglage de l'optique a été choisi non à 0.50 m, mais sur l'infini. Au total l'optique munie de ces gaines isolantes a un diamètre de 6.5 mm seulement.

L'appareil à prise de vues adapté à ce laparoscope est en métal; parfaitement étanche, il est stérilisable par lavage à l'alcool et par des vapeurs de formol. Il est à visée « réflex » et muni d'un objectif de 37 mm. L'ouverture réelle du système est de f/18.5.

Cet appareillage a permis d'obtenir d'excellentes photos sur film Kodachrome lumière du jour, 24 x 36. Le diamètre de la vue endoscopique est de 6 mm. L'utilisation d'émulsions plus sensibles et d'une optique de plus longue focale a permis récemment de porter les dimensions de l'image à 10 et même 20 mm.

Comme il est difficile d'apprécier exactement l'éclairement de l'objet à photographier, les auteurs conseillent de prendre trois vues successives à trois intensités différentes (20, 30, 50 joules). On obtient ainsi un bon rendu des couleurs, indispensable pour un chromodiagnostic correct.

3. Ce tube-éclair miniature est le même que celui qui est utilisé pour la gastrophotographie (Cf. plus loin).

C — PHOTOCINÉMATOGRAPHIE GASTROSCOPIQUE

La photographie et la cinématographie gastriques posent de tout autres problèmes que les autres endoscopies digestives qui utilisent des tubes rigides. Ici en effet l'appareil est flexible dans sa moitié inférieure et son âme est occupée par le système optique de vision.[4] Ces conditions font que le système d'éclairage ne peut être que distal, *endocorporel.* La lampe d'éclairage ne peut donc avoir que des dimensions assez faibles.

Nous envisagerons successivement la gastrocinématographie et la gastrophotographie.

I — *Gastrophotographie*

Deux techniques ont été employées pour prendre des photographies gastriques: l'une consiste à introduire à l'intérieur même de l'estomac un minuscule appareil de prise de vues, l'autre utilise au contraire une caméra adaptable à l'oculaire du gastroscope.

a) *Caméra intra-gastrique*

Nous n'étudierons que brièvement ce procédé qui n'est pas employé en France à l'heure actuelle. Signalons seulement que ces photographies endogastriques furent à l'honneur vers 1930 avec les travaux des auteurs viennois (Porges, Heilpern et Back) et français (Porcher, Garin et Bernay). Plus récemment des appareils du même type ont été utilisés aux U.S.A. par Rafsky (1952) et en U.R.S.S. par Maksoulov. Au Japon enfin, tout récemment, Sadataka Tasaka, Shinroko Ashizawa et Nagayama ont perfectionné ce procédé et obtenu des résultats fort intéressants. Voici les caractéristiques de leur appareillage. L'appareil photographique est situé à l'extrémité d'une sonde flexible de 12 mm de diamètre. Le film de 6 mm de large est découpé sur du film de 8 mm; son dérou-

4. On a essayé de faire de l'endoscopie gastrique avec des tubes rigides, qui ne sont, en quelque sorte, que des oesophagoscopes prolongés. Cette technique, qui avait été jadis abandonnée au profit des gastroscopes demi-flexibles, a été reprise récemment, en particulier en Allemagne. En France, on a adapté l'endoscope universel de Fourestier, Gladu et Vulmière à un gastroscope rigide. Jusqu'à présent, à notre connaissance, ces essais n'ont pas donné lieu à publication. Il est certain que de tels gastroscopes rigides posent des problèmes optiques beaucoup plus simples que ceux des gastroscopes flexibles et qu'une iconographie correcte serait beaucoup plus facile à obtenir, mais, en échange, leur introduction intra-gastrique est nettement plus difficile.

lement est commandé à distance. Il passe derrière un objectif ayant une focale de 3.6 mm et une ouverture de f/17. Le champ est de 80° et la profondeur du champ est de 1 à 15 cm. L'éclairage est donné par une lampe à filament de tungstène de 1 ampère dont le voltage est porté pendant 1/10ème à 1/15ème de seconde à 40 volts. La luminosité de la région examinée est satisfaisante si la photographie est prise à une distance de 3 à 6 cm. Le film utilisé par les auteurs est de l'Anscochrome 32 ASA. Une trentaine de vues peuvent être impressionnées successivement. Un dispositif permet de courber à volonté vers l'avant ou vers l'arrière la sonde qui porte la caméra, ce qui rend possible l'exploration de la région de la poche à air gastrique. Le repérage radiologique de la sonde est possible sans voiler le film. Les photos obtenues dans ces conditions et publiées par les auteurs sont de très bonne qualité.

L'inconvénient majeur de cet appareillage est qu'il ne peut prendre que des *photographies à l'aveugle, sans aucun contrôle visuel gastroscopique.*

b) *Gastrophotographie sous contrôle visuel.*

Depuis longtemps divers auteurs ont essayé d'obtenir des photographies prises à travers le gastroscope, mais jusqu'à ces dernières années les résultats étaient médiocres par insuffisance de lumière.

En effet pour photographier les parois stomacales il faut une puissante source de lumière intra-gastrique. D'une part en effet la cavité gastrique est volumineuse et l'objectif du gastroscope se trouve à une distance de la paroi qui peut atteindre 10 ou 15 cm; or, on le sait, l'intensité lumineuse varie en raison inverse du carré de la distance; si la distance est double il faudra 4 fois plus de lumière pour avoir un éclairement identique de l'objet. D'autre part les surfaces optiques du gastroscope flexible sont très nombreuses (52 pièces optiques pour l'appareil français); chacune d'elles, bien que « traitée », absorbe une certaine quantité de lumière, si bien que le flux lumineux arrivant à l'oculaire et à la caméra n'est qu'une fraction de celui émis à l'intérieur de l'estomac. Or la source lumineuse ne peut pas, bien entendu, dépasser certaines dimensions.

1) Ces difficultés expliquent les échecs ou les résultats insuffisants obtenus jusqu'à ces dernières années avec des *lampes survoltées* (Henning, 1931; Moutier, 1937; Segal et Watson, 1948; nous-mêmes, 1950). Même avec l'appareillage de Segal et Watson le temps de pose était de l'ordre de ½ seconde avec les pellicules en couleur de l'époque, ce qui exposait au « bougé » des images. Mais il est possible que, grâce aux énormes progrès des surfaces sensibles, on arrive un jour à réduire notablement le temps de pose et que ce procédé, imparfait il y a quelques années, puisse être repris avec de bons résultats.

2) Actuellement les meilleures photographies prises à travers le gastroscope flexible ont été obtenues grâce à l'utilisation d'un tube-éclair électronique introduit dans l'estomac. Ce flash miniature, réalisé par la Compagnie des Lampes, et qui est le même que celui employé par Foures dans son laparoscope photographique, donne une lumière puissante et brève, largement suffisante pour la photographie. Le gastroscope photographique français réalisé par la firme O.P.L. a été mis au point par deux d'entre nous il y a 4 ans (1956). Il a donné toute satisfaction.

En voici la description technique résumée.

Les *caractéristiques optiques* du gastroscope photographique sont les mêmes que celles de l'appareil standard. Il y a 52 éléments optiques, dont 34 sont compris dans la partie souple. Toutes les lentilles sont traitées Le grossissement est de 1 pour une distance d'observation de 4 mm. Le diamètre de l'anneau oculaire est de 3 mm. Le champ d'observation est de 90°. La longueur de la partie souple est de 390 mm. Le diamètre de la partie souple est de 11 mm, celui de la partie rigide de 8.5 mm.

L'*éclairage* comprend deux lampes placées longitudinalement, côte à côte, à l'extrémité du gastroscope. L'une est la lampe d'observation (lampe à incandescence), l'autre est le tube-éclair. Le porte-lampe, amovible, peut être remplacé, si on le désire, pour l'exploration simple, par le porte-lampe standard, plus court de 15 mm.

Le *circuit électrique* comporte deux fils: l'un destiné à la lampe d'observation, l'autre à la lampe-éclair. Le retour du courant est assuré par le corps métallique du gastroscope. Un bloc d'alimentation fournit les tensions nécessaires pour la lampe d'observation (32 volts) et le tube-éclair (180 volts). L'énergie employée par le tube-éclair peut être de 24, 32 et 48 joules.

L'oculaire du gastroscope est démontable et pour prendre la photographie on doit fixer sur le dernier véhicule optique de la partie rigide du gastroscope une *chambre photographique spéciale* construite en métal léger, réflex à miroir tournant, utilisant les films du commerce de 35 mm (Kodachrome lumière du jour). Le diamètre de l'image est de 6.5 mm.

On peut prendre 30 vues sur un film du commerce prévu pour 20 vues de 24 x 36.

La *sécurité du malade et de l'opérateur* est soigneusement assurée par les précautions suivantes: mise à la terre de l'ensemble de l'appareillage, blindage de tous les fils, application de la haute tension pendant un temps très court (1/800ème de seconde), grâce à un relai situé dans le bloc d'alimentation et actionné par le miroir tournant de la chambre photographique.

La *technique de la gastrophotographie au flash électronique* est simple. La préparation des malades est la même que pour l'examen gastroscopique habituel. Il faut cependant noter que l'administration, avant la gastroscopie, d'une émulsion de silicones anti-mousse prend ici un intérêt tout particulier, car elle facilite beaucoup la prise des clichés, en supprimant les bulles qui existent dans l'estomac et qui se forment au moment de l'insufflation d'air. L'exploration est habituellement conduite de bas en haut, selon la technique classique. Lorsqu'une région de l'estomac paraît mériter la prise de clichés, l'opérateur se place dans les meilleures conditions pour photographier: élimination de certaines ombres ou au contraire de certaines zones de brillance gênantes. L'oculaire du gastroscope est alors dévissé et remplacé par l'appareil de photographie, la mise au point est effectuée, puis l'éclair est déclenché. L'appareil a été construit de telle sorte que la simple pression sur le déclencheur démasque la pellicule et provoque l'éclair. Cette opération peut être recommencée au bout des quelques secondes nécessaires à la recharge des condensateurs.

Les *résultats* de cette méthode de gastrophotographie sont bons. Malgré la petitesse des images, les détails de couleur sont fidèlement rendus. Presque d'emblée, sans apprentissage, de bons résultats peuvent être obtenus. Les images peuvent être facilement agrandies en diapositifs ou sur papier.

Aucun accident ou incident n'a été signalé sur les plusieurs milliers de clichés effectués avec les nombreux appareils de ce type en service actuellement [5].

Signalons que les nouvelles émulsions (Ektachrome haute vitesse) nous ont permis d'obtenir avec des objectifs de plus longue focale des images plus grandes que celles d'il y a 4 ans. Mais nous devons signaler qu'avec ce nouvel appareillage la mise au point est nettement plus difficile qu'avec l'appareil habituel et que le grain de ces pellicules est plus visible qu'avec le Kodachrome.

5. Quelquefois, au moment de la prise de vues, le malade ressent une légère secousse, mais celle-ci n'est ni douloureuse ni dangereuse.

II — *Gastrocinématographie*

En raison de la faible quantité de lumière disponible la gastrocinématographie est la plus difficile de toutes les cinématographies digestives; les difficultés techniques qu'elle comporte n'ont pas toutes été résolues. Le premier film de gastro-cinéma paraît avoir été réalisé par deux d'entre nous en 1955. Voici l'appareillage que nous employons.

Le *gastroscope* est l'appareil français standard (« Gastroflex » O.P.L.), qui a subi deux modifications:

1) Le porte-lampe comporte deux lampes à incandescence au lieu d'une, pour avoir plus de lumière;

2) L'oculaire a 25 mm seulement de distance focale; il donne ainsi une image plus petite, donc plus lumineuse, que l'oculaire standard. Un système de baïonnette permet d'y adapter facilement la caméra.

L'*appareil cinématographique* est une caméra « réflex » de 8 mm, avec un objectif de 12.5 mm de distance focale, ouvert au maximum. Cette caméra s'adapte au gastroscope par un dispositif spécial.

L'*alimentation électrique* est fournie par un potentiomètre qui survolte au moment voulu les lampes de 7 volts à 17-20 volts. Un dispositif de déclencheurs flexible couplés permet, par une simple pression, de mettre en marche le film cinématographique et de survolter les lampes.

La *technique de la prise de vues* est la même que pour la gastrophotographie. Lorsque la région à cinématographier a été repérée, la caméra est fixée à l'oculaire. Il suffit alors de déclencher la prise de vues sous le contrôle de la visée « réflex ». Des films en noir (double X) peuvent être impressionnés à la vitesse normale (16 images par seconde), les films Kodachrome lumière artificielle (15 ASA) ne sont suffisamment impressionnés qu'à 8 images par seconde. L'échauffement des lampes oblige à limiter la durée des séquences à une trentaine de secondes.

Les *résultats* obtenus jusqu'à présent sont nettement inférieurs à ceux de la gastrophotographie, la source lumineuse étant trop peu intense. Ils ont cependant le mérite de montrer les mouvements de l'estomac et présentent de ce fait un intérêt didactique certain.

De gros progrès restent à réaliser: les uns devront porter sur l'amélioration de la puissance des lampes, les autres sur la sensibilité des pellicules;

de ce point de vue, l'apparition de fi ms en couleur ultrasensibles nous a déjà permis certaines améliorations.

Conclusions

Les pages précédentes ont montré les progrès considérables réalisés pendant ces dernières années en France dans le domaine de la photocinématographie endoscopique digestive. Ces progrès sont le fruit d'un *travail en commun entre divers techniciens*: les médecins qui posent les problèmes, exposent leurs besoins et expérimentent les appareils; les ingénieurs de l'optique et de l'électronique qui donnent aux endoscopistes plus de lumière en améliorant les systèmes d'éclairage et les optiques; les constructeurs de caméras qui nous fournissent des appareils plus simples et plus maniables; les fabricants de pellicules enfin qui nous donnent des surfaces en couleur beaucoup plus sensibles qu'autrefois.

Ces progrès sont loin de marquer un temps d'arrêt. Et nous savons certains chapitres de cet article qui ne sont déjà plus à jour, car la technique a avancé et les résultats sont meilleurs. Certaines impossibilités d'un jour seront vaincues dans les années qui viennent et certains appareils, apparemment parfaits actuellement, passeront de la salle d'endoscopie à l'armoire des appareils périmés. Que ces progrès incessants, qui remettent toujours tout en chantier, ne soient pas pour nous une raison de tristesse, mais un stimulant à nos efforts.

Telle quelle, cette iconographie photographique et cinématographique nous a apporté de beaux *résultats*: étude de l'évolution d'une même lésion sur des documents successifs, meilleur diagnostic par la comparaison entre des images de lésions de nature inconnue et des aspects analogues déjà identifiés, *intérêt didactique* enfin, qui permet un entraînement accéléré des jeunes endoscopistes et qui leur fait franchir en quelques mois ce qui demandait auparavant des années.

Résumé

En dehors des progrès dus à l'amélioration des surfaces sensibles, les progrès réalisés en France dans la photocinématographie endoscopique digestive tiennent avant tout à l'augmentation de l'intensité lumineuse disponible. Cette augmentation a été obtenue soit en transmettant par un guide-lumière le flux lumineux d'une puissante lampe extra-corporelle (c'est l'éclaireur universel de Fourestier, Gladu et Vulmière), soit en introduisant dans la cavité explorée une lampe-éclair électronique, ce qui permet des photos instantanées (gastroscopie, laparoscopie).

a) Tous les endoscopes rigides (œsophagoscope, recto-sigmoïdoscope, laparoscope) peuvent être munis de l'éclairage proximal externe à lumière transportée par une tige de quartz. Cette lumière peut être soit une lampe survoltée, soit une lampe-éclair, électronique ou au magnésium. Par ce procédé, très employé en France, a été réalisée toute une série de films qui, actuellement, couvrent toute l'endoscopie digestive faite avec des appareils rigides.

b) Dans certains appareils rigides, comme le laparoscope, on utilise un tube-éclair électronique miniature placé à l'extrémité distale de l'endoscope. On obtient ainsi d'excellentes photographies.

c) Le même procédé est employé pour la gastrophotographie, qui s'est beaucoup développée en France pendant ces dernières années.

d) Des films de gastrocinématographie ont été réalisés en France et, comme on ne peut utiliser ici que l'éclairage interne (lampe survoltée), les résultats n'ont pas été, jusqu'à présent, parfaitement satisfaisants.

Toutes ces techniques qui utilisent des appareils de calibre standard, de maniement facile et quasi automatique, ont donné une excellente iconographie endoscopique digestive, qui est d'un immense intérêt, en particulier pour les élèves endoscopistes.

Summary

Recent advances in endoscopic cinematography are due mostly to methods of increasing available light intensity.

For rigid endoscopes, this increase has been obtained through the use of a quartz tube transmitting light from a proximal source: high voltage lamp, magnesium or electronic flash. Widely utilized in France, this light system has permitted to make a series of film covering all of digestive endoscopy with rigid instruments.

With certain rigid instruments, as the laparoscope, and also with the gastroscope, a miniature electronic flash at the distal end of the instrument has given excellent results in color photography.

Gastrocinematographic films have been made, but because of the distal lighting system, results so far are not perfectly satisfactory.

These techniques have produced an excellent endoscopic iconography of great interest especially for didactic purposes. (*Jacques Baillargeon*)

L'INTOXICATION PAR LES DÉRIVÉS DE LA PHÉNOTHIAZINE

REVUE ET RAPPORT DE 25 CAS [1]

Luc CHICOINE, F.R.C.P. (C),
Hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Les dérivés de la phénothiazine sont de plus en plus employés dans la pratique médicale courante. Ils forment en effet une très grande partie des substances employées comme tranquillisants. En 1958 aux Etats-Unis, les tranquillisants venaient au 3ième rang en ce qui concerne la valeur des ventes, après les antibiotiques et les vitamines. Cette année-là, il s'est vendu pour $175,000,000 de tranquillisants (15). En plus, certains dérivés de la phénothiazine trouvent de plus en plus d'indications comme anti-prurigineux, anti-émétiques, antihistaminiques, antispasmodiques et anti-parkinsonniens.

Résumé pharmacologique

a) L'effet des dérivés de la phénothiazine sur le système nerveux central est celui qui est le plus souvent désiré. Ils ont, à divers degrés, la propriété de tranquilliser sans déprimer. Cette action calmante est surtout évidente chez les malades psychiatriques agités et hyperactifs. Le niveau d'action serait probablement le mésodiencéphale (14). Certains dérivés comme la lévomepromazine, la perphénazine, la prochlorpérazine et la triflupérazine sont plus actifs que la chlorpromazine.

Une propriété moins désirable est celle de favoriser et de provoquer des crises convulsives chez les épileptiques (10) (11).

b) Ces produits agissent sur le système nerveux végétatif par trois mécanismes. Ils neutralisent les effets de l'adrénaline. Ils agissent comme parasympathicolitiques en minimisant l'action de l'acétylcholine sans en diminuer la sécrétion (2). Ils ont en plus un effet ganglioplégique sur le système orthosympathique, effet qui est indépendant de l'activité anti-adrénaline (2) (19). La prométhazine est beaucoup moins active que les autres dérivés sur le système nerveux végétatif.

c) La plupart des dérivés de la phénothiazine exercent une action stimulatrice très indésirable sur le système nerveux extrapyramidal (3) (1). Cette action est en général proportionnelle au degré d'activité que ces produits possèdent comme tranquillisants et anti-émétiques (3). Elle semble aussi plus importante chez les enfants que chez les adultes (3). La thioridazine semble moins dangereuse que les autres tout en possédant des propriétés calmantes (3). L'éthopropazine a une activité inverse de celles des autres dérivés et est un médicament anti-parkinsonnien.

d) La plupart de ces médicaments sont actifs dans le traitement symptomatique des vomissements. Ils agissent ainsi de façon non-spécifique en tranquillisant et en déprimant le système nerveux autonome. Ils agissent aussi directement en diminuant l'irritabilité du centre du vomissement par leur action sur la zone chimioréceptrice du centre (14). Leur pouvoir anti-émétique est parallèle à leur activité tranquillisante, sauf pour la thiopérazine qui a des pouvoirs anti-émétiques très supérieurs à ses capacités tranquillisantes (3).

e) Comme antihistaminiques, la plupart des composés sont peu actifs sauf la prométhazine qui est puissante et la triméprazine et la lévopromazine qui sont des antihistaminiques cliniquement utiles.

f) L'action de la triméprazine comme anti-prurigineux est unique, très puissante et encore mal expliquée.

g) Les dérivés de la phénothiazine sont aussi des anesthésiques locaux et des hypotenseurs faibles (14).

Le tableau No I donne en résumé une idée comparative des actions cliniques des dérivés de la phénothiazine. Le nombre de croix établit une certaine gradation de leur puissance respective aux doses habituelles, mais il ne faut pas y attacher une valeur mathématique.

Intoxication

Incidence

L'intoxication aux dérivés de la phénothiazine augmente rapidement en fréquence. Elle augmente en nombre absolu et aussi en comparaison avec l'intoxication aux barbituriques.

Cann rapporte 280 cas d'intoxication aux tranquillisants sur 15,094. Sur 280, 89 furent intoxiqués aux dérivés de la phénothiazine (1).

Au centre de lutte contre les intoxications de l'Hôpital Sainte-Justine en 1959 et 1960, 4.1% des intoxications furent consécutives à des dérivés

1. Travail fait au Centre de lutte contre les intoxications, de l'Hôpital Sainte-Justine.

DERIVES DE LA PHENOTHIAZINE

NOM SCIENTIFIQUE	NOM COMMERCIAL	ACTION						TOXICITE		DOSAGE RECOMMANDE	
		Tranquillisante	Anti-émétique	Anti-parkinsonnienne	Anti-prurigineuse	Anti-spasmodique	Anti-histaminique	Foie Globules blancs	Système extra-pyramidal	ADULTES	ENFANTS
Mepazine	Pacatal	+ +	+ +	+	+	+	±	+ +	+	75-300 mgs/jr	Selon le poids
Promazine	Promaze Pro-Tan Sparine	+ +	+ +	0	+	+	±	+ +	+	100-300 mgs/jr	Selon le poids
Promethazine	Phenergan	+	+	±	+	±	+ + +	+	+	50-100 mgs/jr	10-30 mgs/jr selon le poids
Thioridazine	Mellaril	+ +	+	0	+	+	±	+	0	50-200 mgs/jr	20-40 mgs/jr
Aminopropazine	Lispanol	+	+	0	+	+ + +	±	+	+	75-150 mgs/jr	Selon le poids
Chlorpromazine	Largactil	+ +	+ +	0	+	+ +	±	+ +	+	75-150 mgs/jr	Bébé: 2-4 mgs/K/jr Enfant: selon le poids
Levomepromazine	Nozinan	+ + +	+ + +	0	+ +	+	+ + +	+	+	8-200 mgs/jr	4-30 mgs/jr
Perphenazine	Trilafon	+ + +	+ + +	0	+	+	±	+	+ +	12-24 mgs/jr	Selon le poids
Ethopropazine	Parsitan	+	+	+ + +	+	+ +	±	+	0	50-200 mgs/jr	Selon le poids
Prochlorperazine	Stemetil	+ + +	+ + +	0	+	+	±	+	+ +	15-30 mgs/jr	Bébé: 0.5 mgs/K/jr Enfant: selon le poids
Thiopropazate	Dartal	+ + +	+ + +	0	+	+	±	+	+ +	10-30 mgs/jr	Selon le poids
Triflupromazine	Vesprin	+ +	+ +	0	+	+	±	+	+	20-30 mgs/jr	Selon le poids
Triflupérazine	Stelazine	+ + +	+ + +	0	+	+	±	+	+ +	2-6 mgs/jr	Selon le poids
Triméprazine	Panectyl	+	+	0	+ + +	+	+ +	+	+	10-20 mgs/jr	2.5-10 mgs/jr
Thiopérazine		±	+ + +	0	+	+	±	0	0		
Pipamazine	Mornidine	+	+ + +	0	+	+	±	+	+	5 mgs/dose	Pas établi
Fluphemazine	(Morditen (Trancin (Premitil	+ + +	+ + (?)	0	+	+	?	?	?	0.5-1 mg/jr	Pas établi

± Pas significative
\+ Légère, peu importante
\+ + Modérée, significative
\+ + + Importante

0 Pas rapportée, semble faible
\+ Légère
\+ + Modérée, plus souvent rapportée

Tableau no. 1

de la phénothiazine. Le Tableau II donne les statistiques de ce centre. On y remarque l'incidence croissance des intoxications par ces dérivés.

La présente étude porte sur 25 cas dont un s'est présenté dans les premiers jours de 1961. La prédominance d'enfants jeunes n'a aucune signification parce que l'étude est faite dans un hôpital pour enfants.

L'agranulocytose est la complication la plus rare des trois. Elle est rapportée après administration prolongée de ces médicaments.

L'ictère a été noté fréquemment dès le début de l'emploi du Largactil. Il survient rarement si l'emploi dure moins qu'une semaine. Il s'agit d'un ictère qui montre toutes les caractéristiques cliniques et pathologiques d'une obstruction intrahépatique des

INTOXICATIONS

	1957	1958	1959	1960
Intoxications (total)		174	231	292
Barbituriques	14	13	19	21
Tranquillisants (total)	3	2	16	23
1- Dérivés de la Phénothiazine	1	1	9	13
2- Dérivés de la Rauwolfia	2	1	6	8
3- Méprobamate	0	0	1	2

Tableau no. 2

Selon la substance en cause, la répartition des 25 cas s'établit ainsi:

Trilafon: 7 cas; Largactil: 5 cas; Stémétil: 3 cas; Stélazine: 3 cas; Phénergan: 2 cas; Sparine: 2 cas; Panectyl: 1 cas; Pacatal: 1 cas; Mornidine: 1 cas; *Total*: 25 cas.

Signes cliniques

La grande majorité des cas rapportés dans la littérature avaient absorbé une dose largement supérieure à la dose recommandée. Cependant, plusieurs cas avaient également reçu une dose dans les limites recommandées habituellement. Il semble donc que certains individus soient beaucoup plus susceptibles que d'autres aux effets toxiques de ces médicaments (6) (9). Une grande prudence s'impose donc dans le dosage initial.

Les principales manifestations toxiques sont: l'agranulocytose, l'ictère et les manifestations nerveuses.

canalicules biliaires. Il semble bien que cette lésion soit plutôt due à une sensibilisation hépatique au médicament qu'à son action pharmacologique (5). La fréquence de l'éosinophilie dans le sang et dans les lésions tissulaires semble confirmer cette opinion. Les lésions sont rapidement réversibles. L'agranulocytose et l'ictère se rencontrent beaucoup plus souvent chez les enfants que chez les adultes. Par contre, les enfants sont plus susceptibles de développer des complications neurologiques.

Le signe neurologique le plus fréquemment rencontré est la somnolence. Cette somnolence peut progresser jusqu'au semi-coma et, rarement jusqu'au coma. Elle est souvent accompagnée de myosis. Les autres signes qui peuvent survenir sont des signes d'atteinte du système extrapyramidal et ils sont très caractéristiques de cette intoxication. Les spasmes sont le phénomène le plus important. Ils peuvent survenir n'importe où, sont d'apparition

brusque et de durée relativement courte (5-60 secondes) et de fréquence variable. Certains muscles sont cependant plus atteints en sévérité et en fréquence. Le cou est ordinairement ramené en arrière (opisthotonos) et sur le côté. Les masseters se contractent et donnent du trismus. Les muscles du pharynx et du larynx peuvent aussi amener des difficultés de la déglutition et de l'aération pulmonaire. Les autres signes sont de la rigidité et des tremblements des extrémités qui présentent un signe de la roue dentée. Le tableau clinique est ordinairement le suivant: un enfant somnolent qui présente des crises caractérisées par de l'opisthotonos, du trismus, de la rigidité. Durant les crises l'individu demeure conscient et semble très anxieux. La persistance de l'état de conscience est un point de diagnostic important servant à différencier ces crises extrapyramidales des crises de grand mal (1) (6) (7) (8) (9) (12) (13).

On a également décrit plusieurs cas présentant, au lieu de trismus, une ouverture de la bouche avec protrusion au dehors de la langue. Un de nos cas a présenté ce signe. (Obs. No 1)

Aux yeux, on peut remarquer une fixité du regard, des crises oculogyres et un myosis (8 de nos cas). Neuf de nos cas ont présenté ce syndrome extrapyramidal typique.

Ce syndrome peut débuter tardivement, 12 heures ou plus, après la dernière dose administrée. Notre cas No 1 a commencé à présenter des signes 24 heures après l'ingestion de comprimés à action retardée. La durée de ces symptômes varie de quelques heures à plusieurs jours. Notre cas No 17 a présenté des signes importants durant 4 jours.

Malgré l'aspect dramatique du tableau clinique, le pronostic est bon, la mortalité très rare et les séquelles inexistantes dans les cas rapportés jusqu'à présent.

Presque tous les dérivés de la phénothiazine sont susceptibles de donner ces signes extrapyramidaux. Cependant la thiopérazine, l'éthopropazine et la thioridazine semblent beaucoup moins dangereux à ce point de vue (3).

Les composés les plus puissants comme tranquillisants (Triflupérazine, Thiopropazate, Prochlopérazine, Perphénazine) sont aussi les plus toxiques pour le système extrapyramidal et les moins dangereux pour le foie (3). Sur 9 cas qui ont présenté un syndrome extrapyramidal, 4 étaient dus à la Perphenazine (sur 7 intoxications), 3 à la Prochlopérazine (sur 3 intoxications) et 2 à la Triflupérazine (sur 3 intoxications). Tous auraient pris une dose supérieure à celle qui est recommandée.

Traitement

Il est bien évident que dans le cas d'une intoxication thérapeutique, il faut cesser immédiatement l'administration du médicament incriminé. Si l'intoxication est accidentelle, il faut faire vomir ou laver l'estomac le plus tôt possible. Un seul malade (obs. No 16) ayant souffert d'une intoxication sévère avait eu un lavage d'estomac.

Une certaine amélioration peut être obtenue par l'administration de barbituriques, mais la caféine par voie intra-veineuse a donné de meilleurs résultats bien qu'elle présente certains dangers à cause de son action analeptique (8). Les médicaments antiparkinsonniens suivants se sont montrés très actifs: Trihexyphenidyl, (Artane), Procyclidine (Kemadrin), Cycrimine (Pagitane), Ethopropazine (Parsidol) et Orphénadrine (Désipal). Ceux-ci cependant ont l'inconvénient de ne pas exister sous forme parentérale. La diphenhydramine (Benadryl) est disponible partout, peut être administrée par toutes les voies et semble aussi active que les autres et moins dangereux (4). Nous l'avons employée pour traiter 2 cas (obs. 14 et 15) avec d'excellents résultats et pour prévenir avec succès l'apparition de symptômes chez un autre (obs. No 25). Ce traitement est certainement le plus recommandable dans l'état actuel de nos connaissances.

* * *

Le Tableau No III donne en résumé les circonstances d'apparition et les signes cliniques des 25 cas rapportés ici.

Nous rapporterons avec plus de détails 4 cas très démonstratifs.

Observation 1.

(Cas 1) C.L. est une jeune fille de 14 ans qui le 12-2-60 à midi a ingéré trois comprimés de Trifalon (8 mg.) à action retardée. A midi le lendemain (13-2-60) la mère remarque que ses yeux subitement deviennent fixes et que sa tête se penche brusquement sur le côté; la fillette va alors se coucher avec une démarche ébrieuse. Par la suite, elle présente des contractures intermittentes aux membres et des crises de raideur généralisée avec protrusion en dehors de la langue et apnée.

Elle est hospitalisée à 10 h. 30 p.m. et l'examen montre alors une jeune fille consciente qui a des crises fréquentes de contractions toniques aux membres accompagnées d'opisthotonos et de fixité des yeux. Durant les crises, elle ouvre la bouche et sort la langue. Elle ne semble pas perdre conscience durant les crises. Il n'y a pas de signe de la roue dentée ni hypertonie entre les crises.

INTOXICATIONS AUX DERIVES DE LA PHENOTHIAZINE

Cas no.	Age	Poids	Substance	Quantité	mgm/K	Vomissement	Lavage	Début des symptômes	Durée des symptômes	Accidentel ou Thérapeutique	Tremblements	Rigidité	Opisthotonos	Trismus	Roue dentée	Spasmes	Myosis	Troubles de conscience
1	14 ans	96 lbs	Trilafon	24 mgs L.A. oral	0.55	0	0	24 h.	21 h.	A	+		+	0	0	+	0	0
2	2½ ans	26 lbs	Trilafon	40 mgs, oral	3.41	0	2 h.	1½ h.	10 h.	A	0	0	0	0	0	0	0	+ +
3	2 ans	25 lbs	Trilafon	8-10 mgs, oral	0.6 - 0.8	0	3 h.	3 h.		A	0	0	0	0	0	0	0	+
4	2½ ans	26 lbs	Trilafon	24 mgs, oral	1.18	0	0	0	48 h.	A	+	+	+	+	+	+	+	+
5	3 ans		Trilafon	28-32 mgs, oral	± 2.0	0	0	12 h.	?	A	+	+	0	0	0	+	0	+
6	22 ms	25 lbs	Trilafon	Inconnue, oral	?	0	0	2 h.	40 h.	A	0	+	+	0	0	+	0	+ +
7	1½ ms		Trilafon	10 mgs, oral	± 1.0	0	3 h.	?	?	A	0	0	0	0	0	0	0	+
8	22 ms		Largactil	70-80 mgs, oral	± 6 - 8.0	0	2½ h.	4½ h.	25 h.	A	+	0	0	0	0	0	0	+ +
9	30 ms	27 lbs	Largactil	120 mgs, oral	9.8	0	0	1 h.	11 h.	A	0	0	0	0	0	0	+	+ + +
10	17 ms	24 lbs	Largactil	75 mgs en 24 h.	6.6 par 24 h.	0	0	?	12 h.	T	0	0	0	0	0	0	+	+
11	17 ms	26 lbs	Largactil	Inconnue		1 h.	2 h.	1 h.	8 h.	A	0	0	0	0	0	0	0	+ +
12	1½ an	23 lbs	Largactil	75 mgs en 24 h. en supp.	7.0 par 24 h.	0	0	?	?	T	0	0	0	0	0	0	+	+
13	6 ans	37 lbs	Stemetil	15 mgs en 12 h. oral	0.9 par 12 h.	0	0	?	18 h.	T	0	+	0	+	+	+	0	+
14	10 ans	61 lbs	Stemetil	75-100 mgs pour 3 jours, oral	3-4/K/24 h	0	0	48 h.	36 h.	T	+	+	+	+	0	+	+	+
15	12 ans		Stemetil	75 mgs/jr, pour 2 jrs, en supp.	± 2 mgs/K/jr	0	0	48 h.	48 h.	T	+	+	+	+	+	+	0	+
16	16 ans		Stelazine	200-250 mgs	± 4-5 mgs	0	1½ h.	7 h.	48 h.	A	+	+	0	0	+	+	+	+ + +
17	3½ ms	32 lbs	Stelazine	Inconnue		0	0	2 h.	4 jrs	A	+	+	+	+	+	+	+	+
18	3 ans	31 lbs	Stelazine	14 mgs	1.0	0	0	7 h.		A	0	0	0	0	0	0	0	0
19	30 ms		Phenergan	40 mgs	± 1.5 mgs	0	0			A	0	0	0	0	0	0	0	0
20	2 ans		Phenergan	Inconnue		0	3 h.			A	0	0	0	0	0	0	0	0
21	2 ans	30 lbs	Sparine	Inconnue < 200 mgs		0	4 h.	2 h.		A	0	0	0	0	0	0	+	+ +
22	2 ans	26 lbs	Sparine	200-250 mgs	15-20 mgs	0	2 h.			A	0	0	0	0	0	0	0	0
23	2 ans	24 lbs	Panectyl	80 mgs	10.8 mgs	0	2 h.	5 h.	12 h.	A	0	0	0	0	0	0	0	+
24	2½ ans		Pacatal	Inconnue		0	0			A	0	0	0	0	0	0	0	0
*25	18 ans		Mornidine	150 mgs				3 h.		A	0	0	0	0	0	0	0	+ +

TROUBLES DE LA CONSCIENCE: + somnolence
+ + somnolence prononçée
+ + + semi-coma

* Traité prophylactiquement au Benadryl

Tableau no. 3

A 11 h. p.m., elle reçoit une injection de gardenal par voie intra-musculaire et, à minuit, les crises cessent. Elle s'endort et s'éveille parfaitement normale le lendemain matin.

Observation 2.

(Cas 14) Il s'agit d'une fillette de 10 ans qui, le lendemain d'une chute sur la tête survenue 4 jours avant son admission, vomit à plusieurs reprises. Un médecin appelé prescrit 25 mg. de Stémétil toutes les 8 heures. La deuxième journée de ce traitement, l'enfant devient somnolente et présente ses premières crises. Le lendemain, elle reçoit quatre comprimés au lieu de trois et les crises augmentent en sévérité et en fréquence. A son admission elle fait une crise toutes les 20 à 30 minutes. Les crises consistent en une spasticité généralisée avec trismus, opisthotonos et rotation à gauche de la tête, sans perte de conscience. Dès on arrivée à l'hôpital elle reçoit 25 mg. de Benadryl par voie intraveineuse, puis 25 mg. oralement toutes les 6 heures. Elle ne présente aucune crise après l'administration du médicament et quitte l'hôpital le lendemain. L'électroencéphalogramme montre des signes compatibles avec une légère commotion cérébrale.

Observation 3.

(Cas 15) Dans ce cas-ci, une jeune fille de 12 ans reçoit trois fois par jour, durant 2 jours, des suppo-

sitoires de Stémétil (25 mg.) prescrits pour combattre des vomissements post-opératoires. Dans les 16 heures qui suivent, l'enfant présente 15 crises de rigidité, trismus, opisthotonos avec rotation de la tête à droite. Ces crises durent environ 30 secondes. L'administration de 25 mg. de Benadryl par voie intra-veineuse fait cesser les crises durant 15 heures et alors elle présente une autre crise qui répond à nouveau au même médicament. Elle a encore une dernière crise légère 24 heures après la deuxième administration de Benadryl, puis se rétablit sans séquelle apparente.

Observation 4.

(Cas 17) R.V., âgé de 3½ ans, a ingéré à 6 h. p.m., un nombre inconnu de comprimés de Stélazine. Dans la soirée les parents remarquent que l'enfant est somnolent. A 5 h. a.m., le lendemain, l'enfant présente de l'ataxie et des spasmes des muscles du visage. Admis à 1 h. p.m., on remarque un enfant stuporeux qui présente de façon intermittente des spasmes généralisés avec opisthotonos, trismus, facies figé et tremblements. Ces crises durent environ 3 ou 4 minutes et surviennent plusieurs fois par heure. Les crises se continuent durant la deuxième journée de son hospitalisation et, la troisième journée, elles cessent bien que l'enfant demeure somnolent, les membres rigides. La quatrième journée, l'enfant est normal, mais il a encore un signe de la roue dentée. Un électroencéphalogramme, fait la quatrième journée, a montré des signes de souffrance cérébrale diffuse. L'enfant s'est rétabli sans évidence de séquelles.[1]

Résumé

Nous avons tenté d'esquisser un résumé de l'action pharmacologique des dérivés de la phénothiazine et de leur emploi en thérapeutique. Les produits nouvellement arrivés sur le marché sont plus actifs que les plus anciens. Ces produits sont aussi plus toxiques pour le système nerveux extrapyramidal. Les principaux signes de toxicité sont: des spasmes, de la rigidité, des tremblements, de l'opisthotonos et du trismus sans perte de reconnaissance. Le meilleur traitement semble consister en l'administration de Benadyl par voie intra-veineuse. La série étudiée comporte 25 cas qui ont reçu des doses potentiellement toxiques de dérivés de la phénothiazine. 9 cas ont présenté des signes évidents d'atteinte extrapyramidale. 4 observations sont détaillées.

1. Dans les trois mois qui ont suivi la rédaction de cet article, huit autres cas ont été observés. La fréquence de cette intoxication semble donc continuer d'augmenter.

Summary

We tried to give a summary of the pharmacological action of the phenothiazine derivatives and their applications in medical practice. The new products are more potent than the older ones. They also are more toxic for the extrapyramidal nervous system. The principal signs of toxicity are: muscle spasms, rigidity, tremor, opisthotonos, trismus. The best treatment seems to be Benadryl given intravenously.

A series of 25 cases have been studied; all had received potentially dangerous doses of one of the phenothiazine derivatives. Nine of those cases had clear signs of extrapyramidal dysfunction. Four cases very demonstrative are detailed.

BIBLIOGRAPHIE

(1) H. CANN et L. H. VERHULST: Accidental ingestion and overdosage involving psycho-pharmacologic drugs. *New Eng. J. Med.*, **263**: 719, 1960.

(2) Paul LEVESQUE: Actions pharmacologiques des amines dérivés de la phénothiazine. *L'Union Méd. du Canada*, **89**: 1610, 1960.

(3) CURRENT CONCEPTS IN THERAPY: Tranquilizers II — Phenathiazine 2. *New Eng. J. Med.*, **260**: 1231-1232, 1959.

(4) W. H. WAUGH et J. C. METTS: Severe extrapyramidal motor activity induced by prochloperazine: its relief by the intravenous injection of diaphenhydramine. *New Eng. J. Med.*, **262**: 353, 1960.

(5) R. C. MECHANIC et L. MEYERS: Chloropromazine — type cholangitis. *New Eng. J. Med.*, **259**: 778, 1959.

(6) J. JABBOUR, J. A. SHEFFIELD et J. M. MONTALOC: Severe neurological manifestations in four children receiving Compazine. *J. Pediat.*, **53**: 153, 1958.

(7) J. DELAY, P. DENIKER, A. GREEN et M. MONDRET: Le syndrome excito-moteur provoqué par les médicaments neuroleptiques. *Presse Méd.*, **65**: 1771-1774, 1957.

(8) R. W. GOLDSMITH: Toxicity of phenothiazine compounds. *Pediatrics*, **23**: 1015, 1959.

(9) D. GRAFF et W. D. GENTRY: Clonic convulsions after oral use of perphenazine (Trifalon). *J. A. M. A.*, **169**: 834, 1959.

(10) J. F. FAZEKAS, J. G. SHEA, W. EHRMANTRANT et R. W. ALAMN: Convulsant action of phenothiazine derivatives. *J. A. M. A.*, **165**: 1241-1245, 1957.

(11) O'Neill BAVRET, Jr.: Convulsions seizures after administration of chloropromazine. *J. A. M. A.*, **166**: 1986, 1958.

(12) E. H. BOWER: Seizures following phenothiazine tranquilizers. Letters to the Editors. *Pediatrics*, **22**: 175, 1958.

(13) E. B. SHAW: Convulsive seizures following phenothiazine tranquilizers. Letters to the Editors. *Pediatrics*, **22**: 175, 1958.

(14) L. S. GOODMAN et A. GILMAN: *The Pharmacological basis of therapeutics*. The Macmillan Co., édit., 1958.

(15) CURRENT CONCEPTS IN THERAPY: Tranquilizers I. *New Eng. J. Med.*, **260**: 766, 1959.

RECUEIL DE FAITS

THYROÏDE LINGUALE

M. BELZILE et L. HUOT.[1]

Verneuil, en 1853, a décrit pour la première fois l'existence de la tryroïde linguale. Le premier cas clinique a été rapporté par Junt, en 1866.

Montgomery (1), dans un travail très complet sur le sujet, semble donner à Hickman (2) le crédit d'avoir rapporté le premier cas de thyroïde linguale prouvé histologiquement. Depuis ce temps, les publications se sont multipliées. En 1936, Montgomery notait 231 cas rapportés dans la littérature, mais n'en considérait que 144 comme authentiques.

Cette condition n'est pas rare; Kellershonn et Martin (3), étudiant l'iode^{131} dans le myxœdème, ont découvert 14 cas de thyroïde ectopique en huit mois, dont le plus grand nombre était des thyroïdes linguales.

L'emploi actuel de l'iode radioactif permet une mise en évidence plus fréquente de cette anomalie.

Embryologie

Il existe encore beaucoup de controverse au sujet de l'origine de la thyroïde. Certains auteurs, comme Bockdalek et Lahey (4), prétendent que cet organe se développe à partir d'un bourgeon unique; d'autres, comme Wenglauski, Norris, Cattell et en particulier Weller (5), affirment que des bourgeons latéraux contribuent à son développement.

Déjà, chez l'embryon de 2 cm., on constate la présence d'une plaque ectodermique, sur la ligne médiane de la paroi ventrale du pharynx au niveau de la première poche pharyngée. Cette plaque s'invagine et devient une masse solide rapidement bilobée, qui se dirige en avant et en bas dans le cou.

Au cours de ce trajet, elle reste cependant réunie à son point de départ par un canal tissulaire qui s'appelle le canal thyréoglosse, parce qu'il relie la glande thyroïde à la langue, qui se développe au dépens du plancher pharyngé à la même époque.

Ce canal s'atrophie habituellement pendant la cinquième semaine de la vie fœtale, et son point d'origine sur la langue laisse un vestige embryonnaire appelé *foramen cæcum*.

La transformation des cellules épithéliales en vésicules s'opère de la sixième semaine à la fin du quatrième mois, et la situation normale de la thyroïde dans le cou est atteinte pendant la septième semaine de la vie fœtale.

A cette théorie uniciste, Catell, en 1931, s'appuyant sur les travaux de Wenglauski et Norris, affirme que des cellules venant de la quatrième et cinquième poche branchiale de chaque côté du pharynx primitif viennent aussi contribuer à la formation de cette glande.

Il est donc facile de comprendre que tout défaut de développement ou de progression de ces différents bourgeons amène des anomalies de situation de la thyroïde.

Symptomatologie

Le diagnostic se fait souvent lors d'un examen de routine ou encore chez le patient qui consulte pour myxœdème. Le premier symptôme accusé est une sensation de corps étranger dans la gorge, accompagnée de trouble du langage. L'attention des parents est attirée par la respiration difficile et qui est en plus bruyante la nuit. Ceci s'accompagne de troubles de déglutition dûs à la masse localisée à la base de la langue. Certains auteurs ont rapporté des hémorragies soudaines dues à l'ulcération des vaisseaux superficiels de ces tumeurs.

Tous les patients, porteurs de thyroïde linguale, présentent tôt ou tard des troubles d'obstruction pharyngée, lorsque cette masse augmente de volume; les symptômes de myxœdème, qui accompagnent ces tumeurs, sont faciles à percevoir.

Le diagnostic a été grandement facilité par la captation de l'iode radioactif. En fait, la captation et la graphie montrent une fixation de l'iode^{131} localisée à la base de la langue et en haut de l'os

1. Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

hyoïde. En même temps, aucune captation dans le cou, au niveau de la thyroïde normale n'est décelable.

La radiographie montre une masse à la base de la langue qui comble plus ou moins l'oropharynx et qui peut parfois repousser l'épiglotte.

Histo-pathologie

L'interprétation histo-pathologique de ces tumeurs est fréquemment complexe. Souvent elles ont l'apparence d'un adénome colloïde bien différencié ou encore elles présentent des cellules non différenciées sans formation colloïdale; des changements papillaires sont parfois rapportés. La plupart du temps la masse est encapsulée, mais il lui arrive aussi d'infiltrer les muscles environnants sans démarcation précise.

Il est très difficile d'apprécier la malignité de ces thyroïdes aberrantes, car les cas traités et sous traitements suivis de près sont excessivement rares et très incomplets. Cependant, tous les cas de transformation maligne confirmé histologiquement se retrouvent chez des patients d'âge moyen et 5 cas sur 6 surviennent chez l'homme.

Traitement chirurgical

Dans le but de prévenir le développement du myxœdème, plusieurs auteurs ont préconisé autrefois l'ablation partielle des thyroïdes linguales. Cependant, de nos jours, ce concept apparaît erroné, puisqu'habituellement ces glandes sont histologiquement pour le moins incomplètes et très souvent accompagnées d'hypothyroïde. Les malaises physiques dont se plaint le patient et la possibilité d'une transformation maligne, exigent plutôt une exérèse complète de ces tumeurs. Celle-ci peut être accomplie de trois manières. Les méthodes recommandables sont la voie trans-hyoïdienne, la voie pharyngée latérale et la voie orale.

La voie trans-hyoïdienne

Cette méthode, décrite par plusieurs chirurgiens, se présente avec de légères variations. Après une incision transversale de la peau, parallèle à l'os hyoïde, celui-ci est enlevé au complet ou partiellement; puis la membrane thyro-hyoïdienne est sectionnée et les muscles sus-hyoïdiens et intrinsèques de la langue sont séparés sur la ligne médiane. Rapidement, la surface inférieure de la glande devient visible et facile à disséquer. Les adeptes de cette méthode prétendent qu'elle offre un champ opératoire adéquat, qu'il est très facile de contrôler les hémorragies possibles et qu'elle est complètement à l'épreuve d'obstruction respiratoire, tant au moment de l'intervention que dans les suites opératoires. Quelques chirurgiens ont cependant rapporté la persistance de fistules pharyngo-cutanées à la suite de cette intervention.

Pour éviter cette complication, Turcot (6) a ajouté à cette technique la dissection sous-muqueuse de la surface supérieure ou pharyngée de la glande, sans léser la muqueuse.

La voie pharyngée latérale (pharyngotomie)

La pharyngotomie latérale est probablement, de nos jours, la méthode la plus employée. Le pharynx est ouvert au niveau du digastrique. Après avoir élevé le contenu du triangle sous-maxillaire, la tumeur est attirée et enlevée. L'hémostase est alors facile à faire, mais comme les tissus environnants doivent être écartés de façon assez énergique, il y a risque de léser les nerfs importants de la région, l'hypoglosse en particulier et d'avoir un œdème assez considérable de la langue.

La voie orale

Cette méthode, très populaire autrefois, est presque abandonnée de nos jours. Elle est cependant celle de notre choix et nous lui trouvons beaucoup d'avantages. Certaines descriptions de sa technique expliquent assez bien sa défaveur. Dans le but d'améliorer l'exposition du champ opératoire, certains chirurgiens ont préconisé la section des joues ou encore la séparation de la lèvre inférieure de la symphyse mentionnière et de la langue; d'autres ont préconisé l'ablation de la branche horizontale du maxillaire inférieur. La plupart de ces auteurs s'étonnaient des complications respiratoires au cours de l'opération; cela se comprend, car ils vivaient avant l'ère de l'anesthésie endotrachéale.

Nous sommes convaincus que nous pouvons, facilement et sans risque, enlever une tumeur de ce genre par voie orale, pourvu qu'elle ne dépasse pas trois ou quatre centimètres de diamètre. L'hémostase peut être faite facilement à condition de commencer la dissection sur la ligne médiane, à environ 1 centimètre en avant de la tumeur, et de poursuivre cette dissection en se tenant aussi près que possible de la capsule. Si nous prenons la précaution d'introduire dans la trachée un tube endotrachéal avec ballonnet, nous sommes certains qu'au-

cune sécrétion n'ira dans les bronches, et en cas d'hémorragie soudaine, le tamponnement pharyngé est possible. Ce rapprochement des tissus au catgut intestinal prévient les hémorragies post-opératoires. Etant donné la difficulté de prévoir le degré d'œdème au niveau de la langue consécutif à l'intervention, nous croyons indispensable de faire une trachéotomie, quelle que soit la méthode employée.

Nous terminerons en mentionnant que la transplantation d'une thyroïde linguale histologiquement normale et fonctionnelle a été tentée à plusieurs reprises avec des résultats peu encourageants. Henry Swan (7) et ses collègues ont décrit une méthode d'autotransplantation qui a réussi dans un cas. Il semble cependant que si les greffons survivent à l'infection, ils ne s'hypertrophient jamais, et leur apport hormonal est ordinairement nettement insuffisant pour assurer un métabolisme normal. Si on ajoute la possibilité de transformation maligne de ces thyroïdes linguales, rapportée dans au moins 6 cas, nous devons reconnaître que l'exérèse totale de ces malformations associée à une substitution thérapeutique quotidienne d'extraits thyroïdiens est encore le meilleur traitement.

Observation.

N.D., 7 ans, patient admis à l'hôpital Notre-Dame pour sensation de corps étranger dans la gorge, trouble du langage et difficulté à avaler. En plus l'enfant présente un retard statural; son frère de 4 ans est plus grand que lui. Cette masse à la base de la langue serait apparue à l'âge de 4 ans et aurait progressé lentement. Depuis deux ans, la mère a noté que N.D. ne parlait pas aussi distinctement que ses frères et sœurs.

Antécédents familiaux. Nous relevons du diabète chez les grands-parents paternels. Aucun trouble du côté de la thyroïde n'est noté. L'enfant a neuf frères et sœurs, tous normaux.

Antécédents personnels. L'enfant a fait une pneumonie à 7 mois, et un arrêt de croissance à l'âge de 4 ans environ a été constaté par la mère.

Développement de l'enfant. Le développement de l'enfant au point de vue moteur, affectif, intellectuel et physique s'est fait normalement jusqu'à l'âge de 4 ans. Alors il semble que l'enfant a cessé de grandir, est devenu plus lent, et était porté à dormir. A 6 ans, il a commencé d'aller à l'école; la maîtresse a observé que l'enfant était toujours « dans la lune ».

Constatations physiques pathologiques

Apparence: la taille est inférieure à la moyenne et l'enfant est très pâle. Taille: 41½ pouces, poids 42¼ (Fig. 1).

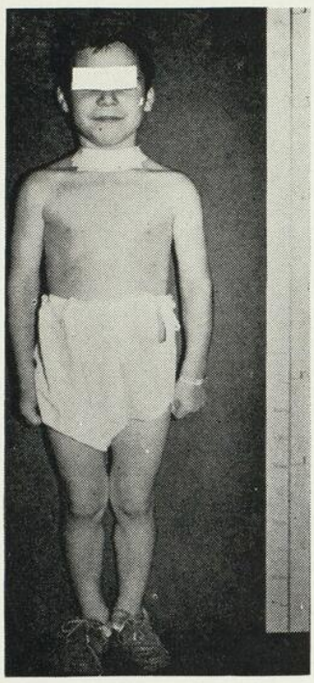


Figure 1.

Oro-pharynx: présence d'une masse rouge et ronde de 2.5 cm. de diamètre à la base de la langue (Fig. 2). Cette masse s'étend du "V" lingual en avant jusqu'à l'épiglotte en arrière. De plus elle comble presque complètement l'entrée de l'oro-pharynx. Elle est revêtue d'un épithélium lisse avec de nombreux vaisseaux dilatés visibles sous cette couche de revêtement.

Examen du système cardio-vasculaire: l'examen est normal avec T.A. 110/80 et un rythme cardiaque régulier de 90 à la minute et respiration de 20 à la minute.

Cou: aucune hypertrophie des ganglions n'est notée, et la thyroïde n'est pas palpable.

Rapports de laboratoire

Formule sanguine: C.R. 4,100,000 — Hb 12.4 g — G.B. 5,500 — Neutro, 51 — Baso.0 — Eosino, 6 — Mono, 9 — Lympho, 34 — Rares lympho-atypiques.

Urines: normales.

Groupe sanguin: "A" Rh positif.

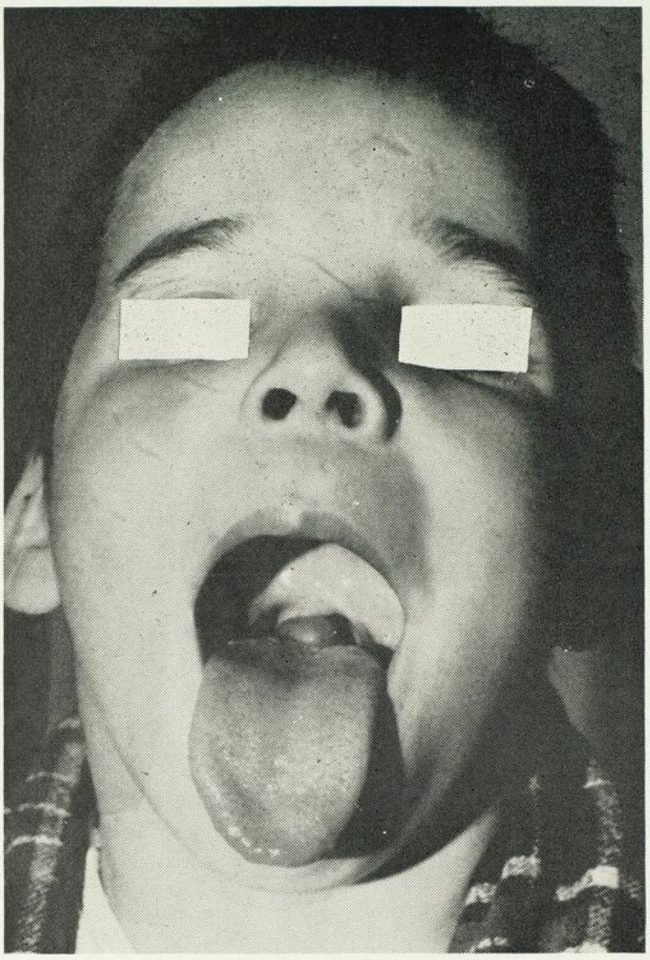


Figure 2.

Calcium: 5.2 MEq %.

Cholestérol total: 161 mg. %.

Phosphore: 5.5 mg. %.

P.N.I.: 4.3 mcg. %.

E.E.G.: est dans les limites de la normalité.

Rapports de radiologie

Langue: présence d'une masse arrondie d'environ 2 cm. de diamètre à contours bien définis au niveau de la base de la langue; l'extrémité inférieure de cette image se projette au niveau des vallécules.

Age osseux: d'après les normes des professeurs Greulich et Pyle, l'âge osseux se situe aux environs de 4 ans.

Pyélographie endoveineuse: normale.

Captation I^{131}: la localisation de l'iode radioactif se fait à la base de la langue. Il n'y a aucune captation au-dessous de l'os hoïde.

Test d'intelligence Stanford-Binet
(revision Terman)

Nous obtenons d'après cet examen un âge mental de 6 ans, 6 mois. L'enfant ne sait pas sa date de naissance. Le retard se fait sentir dans les opérations nécessitant la concentration et un effort de réflexion qui n'est simplement de mémoire.

Traitement chirurgical

Le 12 septembre 1960, l'enfant a subi une ablation totale de la thyroïde linguale par voie endorale, suivie d'une trachéotomie et d'une exploration du cou. Nous n'avons pu retrouver de thyroïde.

Les suites opératoires furent essentiellement normales et le dixième jour, l'enfant a eu son congé et il a été confié au service de pédiatrie. Il prend maintenant des extraits thyroïdiens (60 mg.) par jour.

Rapport d'anatomie pathologique

Examen microscopique: masse 1.5 x 2.5 cm.

Examen histologique: tissus thyroïdiens dont les contours ne sont pas aussi nettement délimités qu'une thyroïde normale. En effet la surface du

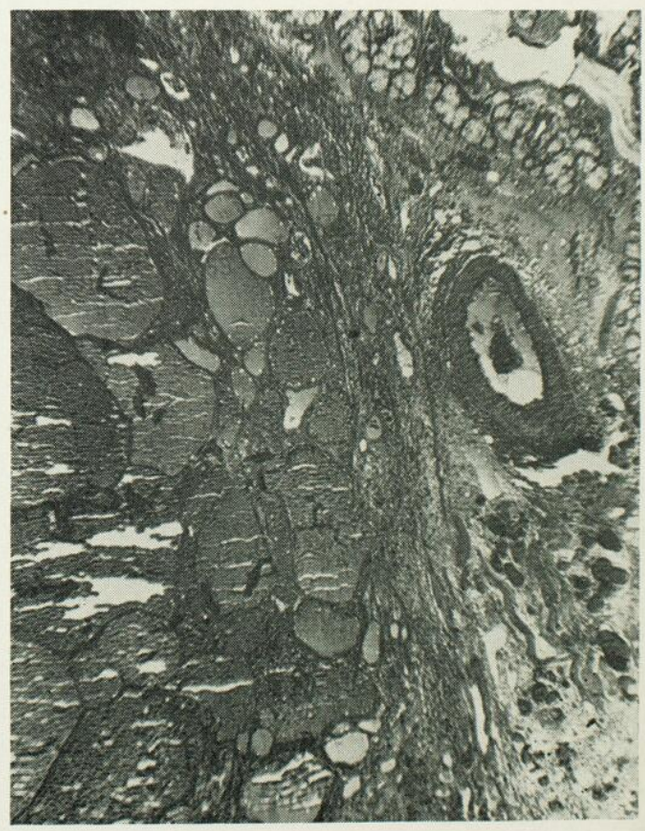


Figure 3.

tissu thyroïdien est lobulée et entre les lobules il existe des fibres musculaires. Ce tissu thyroïdien est subdivisé en lobules par des tractus conjonctifs grossiers et infiltrés de lymphocytes. Les vésicules sont plus grandes que la normale. Le contour des vésicules n'est pas rond mais souvent polygonal et la muqueuse décrit occasionnellement des petites papilles. Cet épithélium est cubique ou quelquefois cylindrique (Fig. 3).

Impression: thyroïde active.

Résumé

Après avoir revu quelques notes historiques sur la thyroïde linguale, l'embryologie et la symptomatologie clinique sont discutées en appuyant sur l'importance de I^{131} pour faire un diagnostic sûr et précis. La question d'interprétation histo-pathologique est revue. Le traitement clinique ainsi que les voies d'approche pour l'exérèse de ces tumeurs sont exposés tout en retenant la voie orale. C'est la voie employée dans le cas présenté, cas récent et investigué complètement.

Summary

After a short historical note on lingual thyroid, the embryology and clinical symptoms are discussed emphasizing the use of I^{131} for a sure and precise diagnosis. The histo-pathological interpretation is reviewel. The surgical treatment and the approaches to these tumors are considered retaining the oral approach. This is the approach used in the case which is presented following this discussion. This case is recent and was fully investigated.

BIBLIOGRAPHIE

(1) M. L. MONTGOMERY: Lingual Thyroid Comprehensive Review. *West. J. Surg.*, **43**: 661, 1935; **44**: 54, 122, 237, 303, 373, 442, 1936.

(2) KELLERSHOHN et J. MARTIN: Sur la mise en évidence par I^{131} de la fréquence des thyroïdes linguales dans le myxœdème. *Acta Radiol.*, **51**: 137, 1937.

(3) W. HICKMAN: *Tr. Path. Soc.* (London), **20**: 160-161, 1869.

(4) F. H. LAHEY: Lingual Goiter. *Surg., Gyn. and Obst.*, **36**: 1923.

(5) G. L. WELLER, Jr.: Development of the Thyroid, Parathyroid and Thymus Gland in Man. Contribution to Embryology, Carnegie Institute of Washington, **24**: 95, 1933.

(6) J. TURCOT: Thyroïde linguale: exposé d'une technique. *J. Can. de Chir.*, **1**: 326, 1957-1958.

(7) H. Harper SWAN et S. P. CHRISTENSEN: Autotransplantation of Thyroid Tissue in the Treatment of Lingual Thyroid. *Surgery*, **32**: 293, 1952.

L'AMPUTATION INTERSCAPULO-THORACIQUE

Présentation de deux cas.

Maurice FORTIER et Paul-A. GAGNON [1]

Dans son excellente monographie « The Forequarter Amputation » Moseley mentionne que les indications opératoires de l'amputation inter-scapulo-thoracique sont d'ordre traumatique, infectieuse ou néoplasique. Les tumeurs malignes de la ceinture scapulaire sont, sans contredit, la raison la plus fréquente qui justifie une telle exarticulation. Selon Pack (4, 5), ces néoplasmes sont l'épithélioma ou le mélanome de la racine du membre inférieur, avec métastases axillaires, ou encore le sarcome des tissus mous ou des os de la région de l'épaule.

Au cours des trois dernières années, nous avons traité deux cas de tumeurs malignes de l'épaule. Ces deux patients ont accepté l'amputation interscapulo-thoracique.

Observation 1.

F. L., un homme âgé de 31 ans, fut admis dans notre service orthopédique le 12 mars 1956 pour tumeurs récidivantes, l'une de la région axillaire gauche et l'autre de la région fronto-pariétale droite. Dix mois auparavant la tumeur axillaire gauche avait été traitée à deux reprises ailleurs par l'excision locale suivie de radiothérapie.

Le patient accusait un amaigrissement de cinq livres récemment. A l'exception de ces deux tuméfactions, le questionnaire subjectif et l'examen ob-

1. Chirurgiens-orthopédistes — Hôpital du Sacré-Coeur, Cartierville, Montréal. Partie de la présentation lue au XVe congrès annuel de l'Association Canadienne d'Orthopédie le 30 juin 1959. Alpine Inn, Ste-Marguerite, Québec.

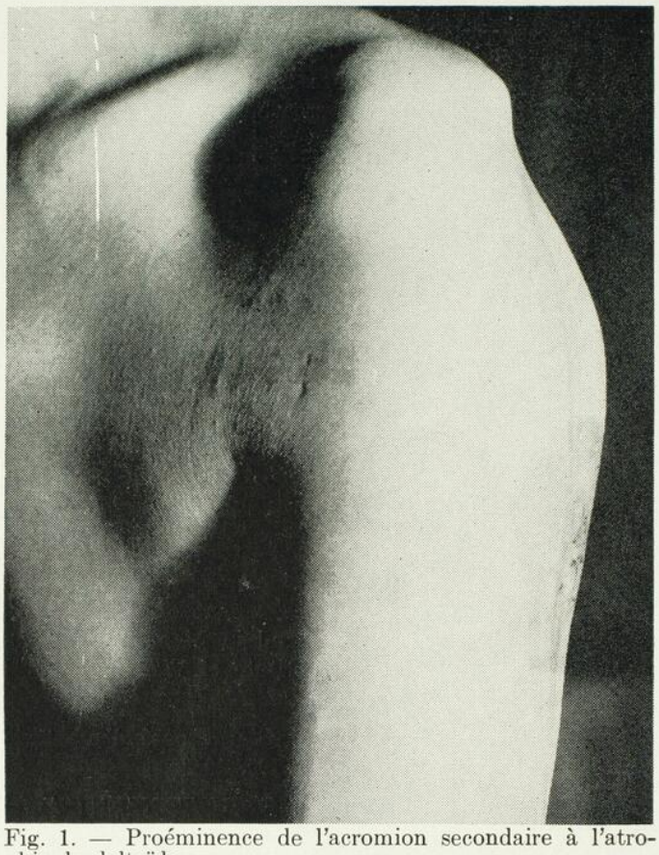


Fig. 1. — Proéminence de l'acromion secondaire à l'atrophie du deltoïde.

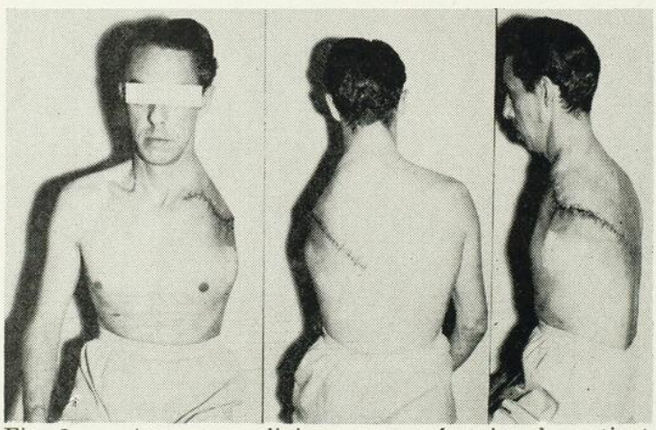


Fig. 2. — Apparence clinique post-opératoire du patient.

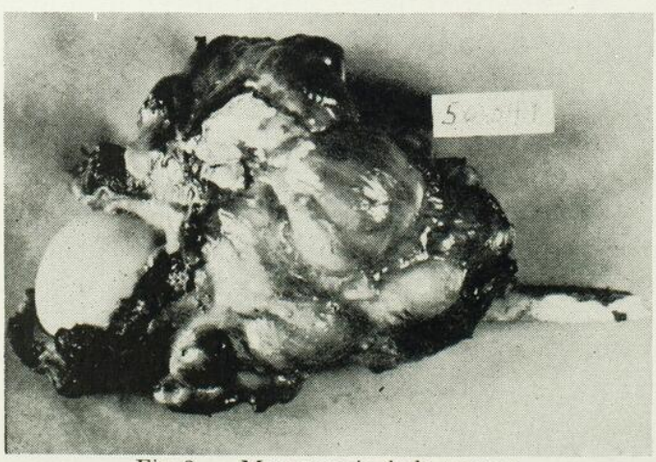


Fig. 3. — Macroscopie de la tumeur.

jectif étaient entièrement négatifs. La région fronto-pariétale droite présentait un nodule sphérique, ferme, mesurant environ quatre centimètres de diamètre, et relativement adhérent à l'aponévrose épicranienne sous-jacente.

Le creux axillaire gauche logeait une tumeur lobulée, mesurant huit par douze centimètres. Le grand dorsal, le grand rond et le sous-scapulaire paraissaient envahis.

Quelques nodules secondaires faisaient saillies près de l'insertion humérale du deltoïde. La proéminence de l'acromion signait l'atrophie du deltoïde (fig. 1). La peau du creux axillaire avait subie la pigmentation et l'épilation radiothérapique.

Les examens de laboratoire étaient sans particularité. Le bilan radiologique osseux était négatif ainsi que le bilan pulmonaire, sauf pour « une petite image lytique au tiers moyen de la diaphyse humérale gauche » et « une augmentation de la densité des tissus mous dans la fosse sus-claviculaire gauche » (docteur O. Raymond).

Le 21 mars 1956 ce patient a subi une amputation interscapulo-thoracique gauche (fig. 2). Le rapport histo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur très cellulaire avec formation de fibres musculaires (fig. 3). Comme la biopsie de la tuméfaction fronto-pariétale droite rapportait la même image histologique, notre pathologiste nous fit remarquer qu'une métastase au cuir chevelu d'un rhabdomyosarcome de la région axillaire était pour le moins un phénomène inusité (docteur R. Guy). Ce patient est décédé vingt mois plus tard de métastases multiples.

Observation 2.

H. L., jeune fille de 14 ans, a consulté le 2 octobre 1958 pour une tumeur douloureuse, progressive de l'épaule droite, depuis deux mois. Cette adolescente avait été amputée au 1/3 moyen de la cuisse gauche un an auparavant, dans un autre hôpital pour une tumeur maligne de la métaphyse fémorale distale.

La patiente n'avait pas maigri et n'accusait aucune autre plainte subjective. L'examen physique était entièrement négatif, sauf pour le moignon d'amputation de la cuisse gauche lequel était souple et bien guéri.

La région deltoïdienne droite était soulevée par une tumeur hémi-sphérique mesurant quatorze centimètres de diamètre. Les téguments étaient chauds, luisants, violacés, et présentaient une petite ulcération sur la face antérieure de la tumeur. Le creux axillaire était comblé, induré mais aucune

adénopathie n'était palpable. Il n'existait pas d'œdème du bras (fig. 4).

Exception faite d'un taux de sédimentation globulaire élevé (21 mm/heure) et d'une discrète anémie normochrome, le bilan biochimique et l'électrophorèse des protéines étaient normaux.

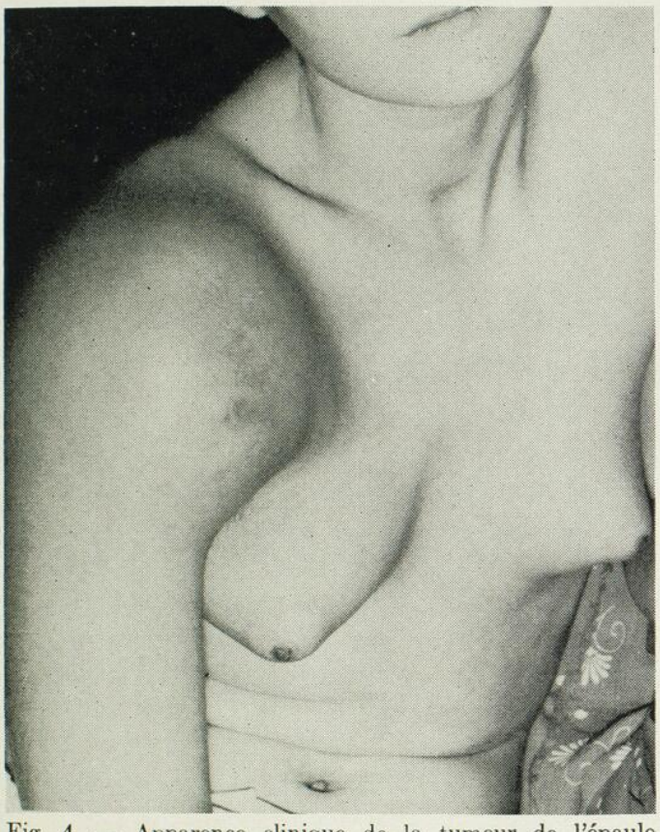


Fig. 4. — Apparence clinique de la tumeur de l'épaule droite.

La radiographie de l'épaule droite montrait une destruction osseuse irrégulière de la tête humérale, ménageant tout au plus le cartillage articulaire. Il existait une apposition périostée intense sur le versant interne de la diaphyse humérale. Le diagnostic le plus plausible était celui d'un sarcome œtéogénique (docteur O. Raymond). Le reste du bilan radiographique squelettique et pulmonaire était négatif.

Une amputation interscapulo-thoracique rapporta que la tumeur consistait en grande partie d'une « culture pure d'ostéoblastes malins », confirmant le diagnostic de sarcome ostéogénique (fig. 5). Les lames histologiques de la tumeur du membre inférieur gauche amputé ont été revisées; sans aucun doute il s'agissait là aussi d'un « sarcôme ostéogénique de caractère cytologiques identiques à ceux de la tumeur de l'épaule droite » (docteur Roland Guy).

Cette jeune patiente, un cas relativement rare de sarcôme ostéogénique a foyer multicentrique, quittait l'hôpital quelques semaines plus tard parfaitement rétablie. (Fig. 6) Six mois plus tard l'image pulmonaire était encore normale mais un an après l'opération il existait une image suspecte de métastase au poumon.

Fig. 5. — Macroscopie de la tumeur sectionnée en son centre. Le cartilage articulaire de la tête humérale est visible à gauche dans le bas de la vignette.

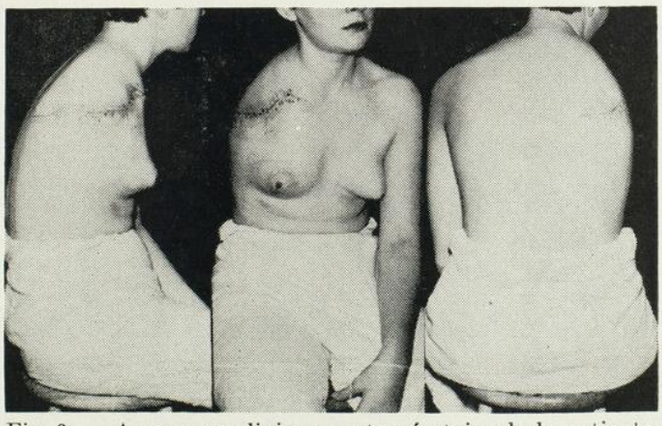


Fig. 6. — Apparence clinique post-opératoire de la patiente.

* * *

Ces deux patients ont subi l'amputation interscapulo-thoracique par la voie d'approche postérieure de Littlewood. Nous l'avons préférée à la technique antérieure de Berger, parceque, d'après Hoggart (1) et Osmond-Clarke (3), elle est plus simple et « infiniment plus facile ». La ligature des gros vaisseaux sous-claviers est laborieuse lorsqu'entreprise au début de l'intervention par la technique de Berger. Après section des muscles péri-scapulaires par la voie postérieure de Littlewood, l'ensemble de la ceinture scapulaire et du membre supérieur bascule vers l'avant par son propre poids, faisant bailler largement l'espace

sous-clavier, et permettant un accès facile aux éléments vasculaires et aux troncs du plexus brachial.

La perte sanguine moyenne per-opératoire a varié de 1500 à 2000 cc. Elle fut remplacée adéquatement et ces deux patients ont été ambulants quarante huit heures après l'opération. Il n'y eut aucune complication post-opératoire.

Il est évident que l'amputation interscapulo-thoracique est une intervention majeure, mais avec une transfusion sanguine suffisante, une équipe anesthésiologique compétente et une technique chirurgicale méthodique, c'est une opération qui expose le patient a un risque minime. De nos jours, la tendance est a une attitude plus radicale en présence des tumeurs malignes de la ceinture scapulaire. L'amputation interscapulo-thoracique doit être envisagée de préférence à la résection locale de la tumeur, la scapulectomie totale, ou même la résection scapulo-humérale, si l'on vise en tout premier lieu à multiplier les chances de survie de ces patients.

Résumé

1. — Deux cas récents d'amputation interscapulo-thoracique, l'un pour rhabdomyosarcome, l'autre pour sarcome ostéogénique de la ceinture scapulaire, sont présentés.

2. — Les avantages de la voie d'abord postérieure de Littlewood sur la voie antérieure de Berger sont expliqués.

Summary

The forequarter Amputation — Report of two cases.

In the past three years we have met two cases of malignant growth of the shoulder girdle. Both patients accepted the interscapulo-thoracic amputation.

Case 1: F.L. a white male aged 31, was admitted to our wards for recurrent tumors, one of the left axillary pit, the other of the right frontoparietal region. The axillary growth had previously been treated elsewhere twice by local excision and by roentgentherapy.

The physical, laboratory and X-Ray survey was noncontributory. The histo-pathological report after forequarter amputation and a biopsy of the right fronto-parietal mass yielded the same histological picture. It was pointed to us that a metastasis to the scalp of a rhabdomyosarcoma of the axillary region is certainly an unusual occurence (Doctor Roland Guy). This patient died twenty months later of widespread metastases.

Case 2: H.L. a young white female, 14 years old, was seen for a progressive tumor of the right shoulder. One year previously she had been amputated elsewhere at the middle third of the left thigh, for a malignant tumour of the distal femoral metaphysis.

The rest of the psysical examination was negative and the X-Ray and laboratory survey was irrelevant. A right forequarter amputation was performed and the histo-pathological report confirmed the clinical diagnosis of osteogenic sarcoma. The slides from the tumor of the previously amputated left lower limb were reviewed; it was, without doubt "an osteogenic sarcoma of identical cytologic character with the tumor of the right shoulder". (Doctor Roland Guy).

Two years post-operatively this young patient, a case of osteogenic sarcoma developing in multicentric foci, is still living with possibly a recent solitary metastasis to a lung.

Both patient were operated through Littlewood's posterior approach, which seems more simple and easier than Berger's anterior method. There were no post-operative complication and both patients were ambulatory forty-eight hours after the operation.

It is evident that the interscapulo-thoracic amputation is a major surgical procedure, but with sufficient blood transfusion available, a reliable anesthetic team, an ordered surgical technique, it bears but little risk to the patient's life. Nowadays the trend is to a more radical attitude when dealing with malignancies of the shoulder girdle.

BIBLIOGRAPHIE

(1) G. E. HAGGART: The Technic of Interscapulo-thoracic Amputation. *Lahey Clin. Bull.*, **2**: 16, 1940.

(2) H. F. MOSELEY: *The Forequarter Amputation.* E. S. Livingstone, Edinburgh and London, 1957.

(3) H. OSMOND-CLARKE: Communication personnelle, Oct. 19, 1954. Mentionné dans Campbell's *Operative Orthopedics*, Vol 1. p. 1048, 1956.

(4) G. T. PACK, H. E. EHRLICH, F. de C. GENTIL: Radical Amputations of the extremities in the treatment of cancer. *Surg. Gyn. Obst.*, **84**: 1105-16, 1947.

(5) G. T. PACK: Major Exarticulations for Malignant Neoplasm of the Extremities: Interscapulo-thoracic Amputation, Hip-joint Desarticulation and Inter-ilio-abdominal Operation. *J. Bone and Joint Surgery*, **38**A: 249-262, 1956.

LES KYSTES PSEUDO-MUCINEUX DE L'OVAIRE

André CORMIER, F.R.C.S. (C),
Service de Gynécologie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les kystes pseudo-mucineux de l'ovaire tirent leur nom du fait qu'ils secrètent une pseudomucine. Ce n'est pas très original comme appellation, je leur préférerais le nom de tumeur entéroïde de l'ovaire; au moins ce nom évoque la constituante cellulaire de la tumeur.

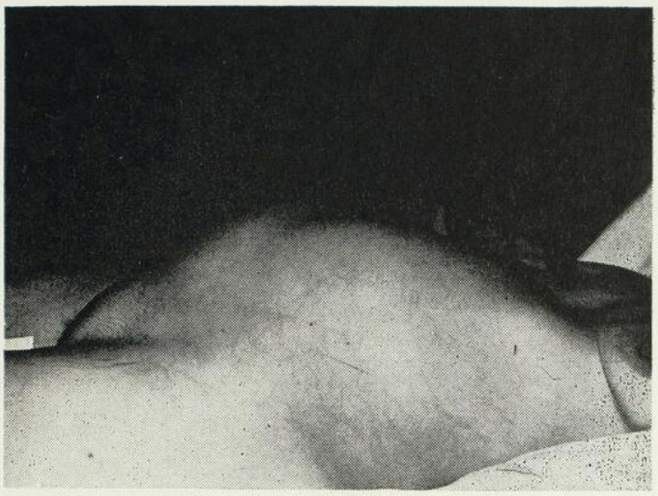
Les caractéristiques de ces kystes sont nombreuses. Le volume de ces tumeurs est très variable; la plus grosse tumeur rapportée pesait 328 livres. L'aspect lobulé de la tumeur lui donne l'image d'une éponge.

Le liquide qui s'écoule de la tranche de section est une substance épaisse et visqueuse. La capsule de ces kystes est mince et translucide, d'une teinte blanchâtre, parfois bleutée. L'ovaire est habituellement complètement remplacé. La transformation maligne est d'environ 5% et la bilatéralité est de 15%. Ces kystes sont souvent asymptomatiques au début de leur formation. Tout au plus provoquent-ils de la pesanteur dans le petit bassin lorsqu'ils augmentent de volume ainsi que des troubles de compression sur les organes voisins. Dans les cas négligés, lorsque la masse prend beaucoup d'importance, les embarras respiratoires et circulatoires sont prédominants. La torsion est une éventualité fréquente; je l'ai notée dans 8% des cas qui se sont présentés à l'Hôpital Notre-Dame depuis 10 ans.

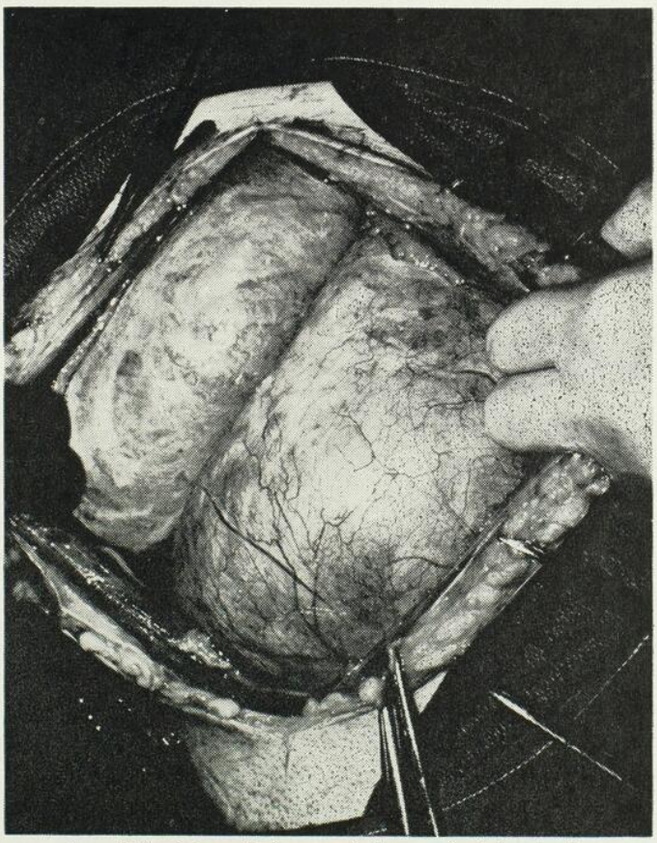
Observation.

Le cas suivant est typique.

Il s'agit de Mlle A. B., âgée de 34 ans, Gravida 0 para 0, qui fut dirigée pour un ballonnement abdominal progressif noté depuis 8 mois. L'examen de l'abdomen révélait la présence de deux masses bien délimitables dont l'une à gauche, remonte jusqu'au rebord costal, l'autre à droite, est moins haute (fig. 1). Le toucher rectal révèle que ces deux masses occupent tout le petit bassin. L'épreuve de grossesse est négative. Le frottis vaginal revient classe 1. La radiographie montre une nappe d'ascite qui refoule le diaphragme. La résection chirurgicale de ces deux kystes, sans les rupturer ni même sans les dissocier de l'utérus fut facile grâce à une incision généreuse de la paroi (fig. 2 et 3). Les tumeurs n'étaient pas adhérentes et ne présentaient aucune prolifération extérieure. Il s'agissait de deux kystes pseudomucineux possédant tous deux des zones indurées formées de cellules malignes.

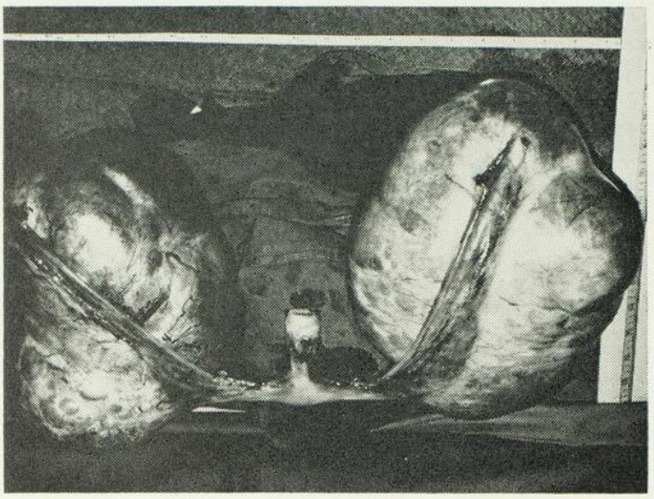


1. — Profil de l'abdomen.



2. — L'incision généreuse de la paroi abdominale.

Les suites post-opératoires furent normales. Le congé médical fut donné le septième jour après l'opération. A cette cure radicale, j'ai associé la Cobalthérapie externe. Un an maintenant s'est écoulé sans aucun indice de récidive.)



3. — Utérus non détaché de ses annexes.

* * *

En revisant les dossiers de l'Hôpital Notre-Dame, j'ai constaté que de 1947 à 1960 exclusivement, nous avons traité cinquante malades porteuses de kystes pseudo-mucineux de l'ovaire. C'est une incidence de 27.8% sur l'ensemble des kystes néoplasiques de l'ovaire. (Tableau 1).

TABLEAU 1

Etude comparative des différents kystes néoplasiques.

Nature	Nombre de cas	%
Pseudomucineux	50	27.8
Dermoïdes	70	38.1
Séreux	63	34.1

Il est intéressant de noter que seulement quatorze kystes pseudomucineux furent traités les six premières années, tandis que trente-six (72%) le furent au cours des six dernières années. Ceci témoigne en faveur de l'amélioration des soins médicaux. Les malades consultent plus volontiers et les médecins examinent plus consciencieusement leurs malades.

La dégénérescence maligne rencontrée atteint 34%. Deux cas (4%) jugés histologiquement bénins s'avérèrent malins dans les années qui suivirent; d'où l'importance pour le pathologiste d'étudier très attentivement les spécimens reçus, surtout au niveau des zones indurées.

L'incidence élevée de malignité s'explique par le fait que l'Hôpital Notre-Dame possède une unité de radiothérapie à haut voltage de même qu'une unité de Cobalthérapie. Certaines malades nous sont dirigées des hôpitaux régionaux pour compléter un traitement déjà amorcé dans ces endroits.

Cette tumeur ne fut jamais rencontrée avant la puberté. C'est une condition rencontrée surtout (62%) pendant la vie génitale active. Si on considère que ceux de la cinquième décade (28%) furent sans doute des tumeurs méconnues pendant l'âge de la vie génitale active, ceci aurait pour effet de rehausser le pourcentage d'incidence au cours de cette période d'activité sexuelle à 90%. (Tableau 2).

TABLEAU 2

Age d'incidence.

Age	Nombre de cas	%	Cas malins	%
0 à 10	0	0	0	0
10 à 20	2	4	0	0
20 à 30	9	18	1	2
30 à 40	12	24	5	10
40 à 50	8	16	3	6
50 à 60	14	28	8	16
60 et plus	5	10	0	0
Total	50	100	17	34

Que ces tumeurs soient un tératôme ou une métaplasie d'une tumeur de Brenner, d'un kyste séreux ou d'un épithelium germinatif, nul ne peut l'affirmer. La théorie la plus populaire est celle du tératôme dans lequel le tissu entéroïde se développerait au détriment de tous les autres tissus. Un cas de notre collection montrait cependant une tumeur de Brenner possédant des cellules de transition vers une tumeur pseudo-mucineuse franche qui composait la presque totalité du spécimen.

Le traitement des cas malins fut très varié. (Tableau 3).

TABLEAU 3

Traitement des cas malins.

Mode de traitement	No. de cas	Malades vivantes
1° Cure radicale	4	3
2° Cure radicale plus cobalthérapie	3	1
3° Annexectomie	3	2
4° Anexectomie plus radiothérapie	2	1
5° Radiothérapie seule	3	0
	15	7

La variété des traitements résulte du fait que ces malades furent opérées aussi bien par les chirurgiens généraux que par les gynécologues.

Sept malades traitées ont un recul de cinq ans. Trois seulement sont vivantes (43%). Avec un nombre aussi peu significatif, il est difficile de tirer des conclusions. Cependant, ces trois malades présentaient toutes à l'opération une tumeur bien encapsulée sans prolifération extérieure.

Conclusions

Ne sachant pas quel laps de temps s'écoule entre l'apparition d'une tumeur pseudo-mucineuse de l'ovaire et sa transformation maligne, il est à recommander de faire l'exérèse chirurgicale de toute tumeur kystique d'un diamètre supérieur à 5 cms. ou moins si cette tumeur a tendance à grossir. Il sera possible d'être conservateur si la tumeur ne présente aucune induration à la tranche de section et cela seulement si la malade désire avoir d'autres enfants. Toute tumeur rencontrée après quarante ans nécessite une cure radicale. Si la tumeur s'avère maligne, tant que les agents chimiques n'offriront pas la sécurité souhaitée, je préfère associer les agents physiques.

Résumé

Nous présentons un cas typique de kyste pseudo-mucineux malin et bilatéral. Nous profitons de l'occasion pour évaluer les cinquante cas traités à l'Hôpital Notre-Dame au cours des douze dernières années.

Summary

We present a typical case of malign and bilateral pseudo-mucineous cyst of the ovary. We take the opportunity to evaluate the fifty cases treated at the Notre Dame Hospital in the last twelve years.

LES DIVERTICULES DE L'URETRE CHEZ LA FEMME

Ivan LABERGE, F.R.C.S. (C),
Service d'Urologie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Il y a quelques années, les diverticules de l'urètre chez la femme étaient considérés comme une entité pathologique assez peu fréquente. On n'en rapportait que 8 cas en 22 ans dans les premières années du siècle à la Clinique de Cleveland. Phaneuf, de Boston, en rapportait 4 cas en 10 ans, tandis que Counseller, de la Clinique Mayo en 1949, groupait une série de 71 cas sur une période de temps indéterminée.

De même, à l'hôpital John Hopkins, en 1949, on a fait une compilation des diverticules de l'urètre jusqu'à cette date, et on en rapporte 30 cas. Cependant, quelques années plus tard, en apportant un examen plus minutieux aux examens vaginaux et urétraux, on parvient à en retrouver 40 cas dans une période ultérieure de 5 ans, c'est-à-dire de 1949 à 1954. Mais voilà que l'attention étant attirée de ce côté, Davis & Te Linde, toujours à la même clinique, réunissent 50 cas dans la seule année qui suit, soit de 1955 à 1956, ce qui fait dire à ces auteurs: « Quand l'attention de la profession médicale est attirée sur une certaine pathologie à la suite d'une publication, on retrouve toujours, à la suite, davantage de cas », et ceci proportionnellement à l'attention avec laquelle on les recherche ». (Moore).

Etiologie

L'origine de ces diverticules prête encore à discussion. Au début, on en rendait responsable une infection des glandes péri-urétrales, glandes de Skene exclues, qui en s'abcédant déversaient leur pus dans la lumière urétrale, et finissaient par constituer une poche diverticulaire définitive.

Ce caractère acquis a cependant été mis en doute par des études de Counseller, de Mayo, et de plusieurs autres qui sont d'avis que le diverticule a une origine congénitale, surtout que, d'après leurs recherches il est possible de prouver qu'il n'existe pas vraiment de glandes dites péri-urétrales. Ils font la comparaison avec des diverticules du côlon qui peuvent demeurer longtemps asymptomatiques, mais dont l'infection à un certain moment mènera à la formation d'un abcès.

Symptomatologie

L'apparition de la symptomatologie se situe surtout entre l'âge de 30 et 50 ans. Elle est en général progressive, mais l'examen minutieux aux premiers symptômes préviendra probablement l'apparition d'une infection aiguë avec écoulement purulent.

Les auteurs qui présentent des séries assez importantes ont noté que la durée des symptômes au moment du premier examen s'établissait le plus souvent entre 5 et 10 ans.

Un symptôme assez général est la pollakiurie avec brûlements à la miction, signes d'une urétrite chronique. Souvent aussi, il existe une douleur légère, mais continue, soit au bas abdomen, soit au périnée ou au vagin.

De façon aussi générale, les patientes sont ennuyées du fait qu'il survient un léger écoulement d'urine immédiatement après une miction normale. Le diverticule, s'étant empli au cours de la miction, se vide aussitôt après et simule alors une incontinence.

Si l'infection se met de la partie et atteint son point culminant, cette forme d'incontinence prend un tout autre aspect, et l'on voit à ce moment un écoulement continu de liquide épais, n'ayant aucun rapport avec les mictions: c'est le stage d'une diverticulite purulente.

Souvent, ce peut être la patiente elle-même qui constate la présence d'une masse vaginale antérieure qui peut être remplie soit d'urine ou de pus, soit même de calculs.

Diagnostic

On a noté plus haut que l'augmentation des cas de diverticule de l'urètre était en proportion directe de la minutie des examens vaginaux. C'est pourquoi tout examen vaginal adéquat devrait inclure un massage de la paroi vaginale antérieure afin de mettre en lumière une masse sous-urétrale ou la présence d'un écoulement au niveau du méat à la suite de ce massage.

S'il existe une induration d'origine infectieuse, la masse sera d'autant plus facile à discerner au doigt, mais en d'autres cas, l'urétroscopie nous fera mettre en évidence la présence d'un orifice diverticulaire sur le plancher de l'urètre, généralement au niveau de son tiers moyen.

Tout examen préopératoire ne serait pas complet sans une urétrographie. L'injection d'un colorant opaque au niveau du diverticule nous précisera sa localisation exacte, son volume, sa direction et la grandeur de son collet.

Traitement

Le traitement du diverticule de l'urètre chez la femme est en général chirurgical. On doit cependant tenir compte des symptômes qu'il provoque de même que de sa grosseur. S'il est le fait d'une découverte de hasard, et s'il est asymptomatique, on pourra se contenter d'avertir la patiente et d'en suivre l'évolution.

Si on est en présence d'un écoulement aigu purulent, le massage et l'expression régulière du pus que ce diverticule contient devront se faire en même temps qu'un traitement par les antibiotiques nécessaires.

Ce n'est qu'en période de quiescence qu'on devra procéder à une exérèse chirurgicale. Avec une sonde urétrale en place, on fait une incision vaginale antérieure. La dissection en profondeur se poursuit, d'abord de l'aponévrose sous-jacente, puis du diverticule lui-même qu'on résèque au niveau de son collet. L'urètre est refermé de façon à lui conserver un calibre suffisant, puis la plaie est refermée en 2 ou 3 plans sus-jacents. Quelques chirurgiens préfèrent ajouter une cystostomie de dérivation, mais la plupart laissent la guérison s'opérer avec une sonde à demeure.

Observations

De 1949 à 1960, nous avons pu retracer dans les Archives de l'Hôpital Notre-Dame, cinq cas de diverticule, dont quatre furent opérés de la façon décrite plus haut.

Observation 1.

E. C. 40 ans, fut admise pour troubles gynécologiques, sans qu'il soit fait mention de symptômes urinaires. Le diverticule fut découvert à l'examen vaginal d'entrée: écoulement purulent au massage de la paroi vaginale antérieure, et confirmé par cystoscopie et urétrographie. Le traitement en fut remis à 8 ou 9 mois, mais dans cet intervalle, la patiente commença à présenter de la dysurie, de la pollakiurie et des brûlements à la miction, en même temps qu'un écoulement intermittent de liquide couleur de rouille. La résection du diverticule fit disparaître tout symptôme.

Observation 2.

A quelques jours de l'examen de la patiente précédente, Mme F.S. 37 ans, fut admise à l'hôpital se plaignant de pertes brunâtres malodorantes, d'incontinence occasionnelle, et d'une sensation de pesanteur au niveau du vagin. Ces symptômes étaient présents depuis environ huit mois. Une cysto-urétroscopie apporta le diagnostic de diverticule urétral.

Le diverticule fut réséqué de la même façon, mais sous le couvert d'une cystostomie de dérivation.

Observation 3.

Mme H.B. 61 ans, présentait depuis quatre mois des douleurs au niveau du vagin, surtout avant et après la miction, des mictions impérieuses, et une incontinence urinaire occasionnelle. Le massage de l'urètre ramena une abondance de pus, et l'urétroscopie confirma le diagnostic. La résection du diverticule suivit.

Observation 4.

Mme R.T. 35 ans, fut vue en consultation à la suite d'un accouchement. A ce moment, l'obstétricien avait noté une masse vaginale antérieure dont la pression, au moment du passage du bébé, avait fait sourdre une certaine quantité de pus par l'urètre. La patiente fut traitée aux antibiotiques et aux sulfamidés durant quelques mois, après quoi le diverticule fut réséqué de façon classique.

Observation 5.

A.T. 23 ans, consulta alors qu'elle était enceinte de six mois. Depuis deux mois, elle présentait des douleurs lombaires irradiant vers le pubis, une sensation de pesanteur hypogastrique avec pollakiurie, une incontinence à l'effort, puis par la suite elle perçut une sensation de masse dans le vagin avec écoulement verdâtre. Le massage vaginal ramena une certaine quantité de pus. On laissa la patiente aux antibiotiques afin de neutraliser l'infection avant l'accouchement. Elle fut revue trois mois après son accouchement: le diverticule ne drainait presque plus, et s'était épaissi au point de diminuer considérablement de volume. La patiente va beaucoup mieux, mais n'a pas encore été opérée pour des raisons familiales.

Résumé

Un relevé de la littérature démontre que les cas de diverticule de l'urètre chez la femme, autrefois considérés comme relativement rares, ont été retrouvés de plus en plus fréquemment ces dernières années, grâce aux examens plus minutieux et plus systématiques vis-à-vis de cette condition. La symptomatologie, les procédés de diagnostic, ainsi que le traitement, ont été passés en revue. Une recherche dans les archives de l'hôpital nous a permis de retrouver cinq cas admis au cours des douze dernières années, dont deux cas personnels récents chez des femmes enceintes ou à terme.

Summary

A review of the literature indicates that cases of diverticula of the urethra in women once thought to be relatively rare have been seen more and more frequently in the last few years: this increase in frequency might be a false one, and is probably due to more thorough examination by the physician looking for that condition. Symptomatology, diagnostic procedures and methods of treatment have been reviewed. In the last twelve years, five cases have been seen in the service: two of these patients seen recently were pregnant at the time of the examination.

BIBLIOGRAPHIE

V. S. COUNSELLER: Urethral diverticulum in the Female: A clinical study. *Amer. J. of Obst. and Gynec.*, **57**: 231, 1948.

H. J. DAVIS et R. W. Te LINDE: Urethral Diverticula: an Assay of 121 cases. *J. of Urology*, **80**: 34, 1958.

I. G. DOWNER et F. D. VIRGILIO: Diverticulum of the Female Urethra; Review of Literature with case Report. *J. of Urology*, **54**: 53, 1945.

M. ELLIK: Diverticulum of Female Urethra; New Method of Ablation. *J. of Urology*, **77**: 243, 1957.

T. HERMAN et L. B. GREENE: Diverticulum of the Female Urethra. *J. of Urology*, **52**: 599, 1944.

J. G. MENVILLE et J. D. MITCHELL: Diverticulum of the Female Urethra. *J. of Urology*, **51**: 411, 1944.

T. D. MOORE: Diverticula of Female Urethra with a new approach. *J. of Urology*, **68**: 611, 1952.

B. B. NICHOLSON: Urethral Diverticula. *J. of Urology*, **18**: 145, 1927.

L. R. WHARTON et W. KEARNS: Diverticula of the Female Urethra. *J. of Urology*, **63**: 1063, 1950.

UNE URGENCE LARYNGÉE

ÉTUDE CLINIQUE, ANATOMO-PATHOLOGIQUE, CINÉ-RADIOLOGIQUE D'UNE LARYNGOPYOCÈLE ET LARYNGOCÈLE.

J. BOUSSENS et J.-M. VERRAULT.[1]

Il nous paraît intéressant de rapporter ici cette observation concernant une urgence laryngée bien particulière. Nous envisagerons l'histoire clinique et les réflexions déduites, suivant leur ordre chronologique.

Observation

Le 1er avril 1960, un malade porteur d'une volumineuse tuméfaction latéro-cervicale m'est adressé en état de dyspnée par le Dr Kaludi. Pendant le

Fig. 1. — Radiographie de la région cervicale, de profil sans préparation, effectuée à l'admission du malade.

temps nécessaire pour me rendre sur place je demande qu'un hémogramme et des radiographies de la région cervicale soient faits.

Dès mon arrivée, j'apprenais que l'état du malade se détériorait rapidement. Je l'examinais: il était angoissé, agité, cyanotique, avec tirage sus et sous-sternal, respiration à 40: c'était le tableau typique d'une obstruction respiratoire supérieure à sa phase aiguë. Le malade ne s'exprimait que par signes et monosyllables: il ne pouvait nous donner aucun renseignement.

La tuméfaction cervicale était antéro-latérale gauche, du volume d'un demi-pamplemousse, s'étalant de la région sous-maxillaire à la clavicule, de la ligne médiane au bord antérieur du trapèze. Cette masse était chaude, douloureuse, elle semblait ferme, profonde et on ne pouvait mettre en évidence ni fluctuation, ni battement. L'auscultation était négative.

Au miroir endolaryngé: tuméfaction considérable de la paroi latérale gauche du pharynx cachant le larynx.

Température: 99.2° F.;

Hémogramme: leucocytose à 20.150,

avec polynucléaires 80%.

Les radiographies: (Service du Dr Vallée) nous apportent quelques précisions.

De face: volumineuse tuméfaction cervicale déviant la lumière endo-pharyngée vers la droite, la réduisant à un mince conduit de 2 mm. au niveau de son rétrécissement le plus marqué. Au centre de cette tuméfaction, une image aérienne, à contour supérieur régulier, arrondi, dont la base absolument rectiligne suggère un niveau liquidien. Cette masse mesure environ 6 cm. de long, elle se superpose au larynx, au niveau de la grande corne du cartilage thyroïde et le déborde latéralement.

De profil: on retrouve l'image para-laryngée, cavitaire, nous voyons un double contour aérien et la même base rectiligne.

Devant l'aggravation rapide et le très mauvais état général, le premier geste chirurgical fut évidemment une trachéotomie d'urgence.

Secondairement, nous obtenons quelques renseignements plus précis auprès de la famille: notre homme travaillait dans un bureau, n'avait jamais exercé d'autre profession pouvant entraîner un surmenage larynzé (souffleur de verre, joueur d'instruments à vent).

On n'avait pas noté d'enrouement net ou permanent, mais il toussait assez fréquemment ce qu'il avait mis sur le compte d'une bronchite chronique.

1. J. Boussens: assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Luc. J.-M. Verrault: assistant du service d'anatomie pathologique de l'hôpital Saint-Luc.

Il n'avait pas perdu de poids. Depuis cinq jours il avait observé une dysphagie progressive avec poussée thermique. La veille, il avait remarqué une masse douloureuse au niveau de la région cervicale gauche. Les difficultés respiratoires avaient commencé 7 heures avant l'admission.

Dans ses antécédents personnels: infarctus ancien, insuffisance coronarienne, tumeur maligne de la vessie considérée comme guérie, phlegmon de l'amygdale.

Nous nous proposons, le premier danger écarté, de drainer la collection aérique et liquidienne par une incision sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien à la partie moyenne. Ce muscle est récliné en arrière: on découvre une poche d'apparence kystique. A la ponction on ramène 35 cc. d'un liquide purulent, verdâtre, dont l'examen bactériologique fut: pneumocoque sensible à tous les antibiotiques.

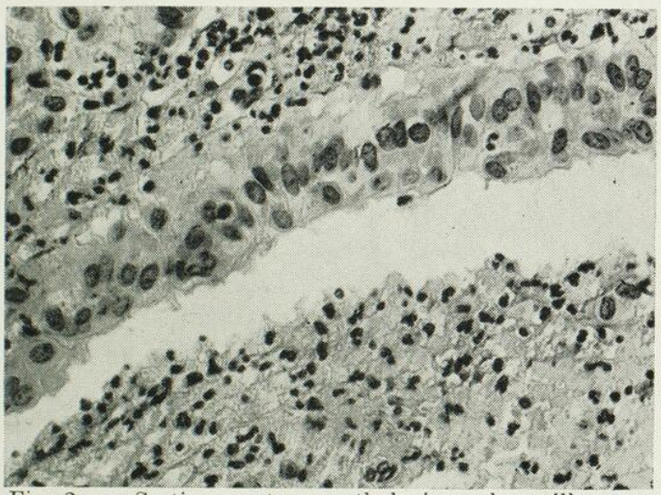


Fig. 2. — Section anatomo-pathologique du prélèvement biopsique: Dans un magma nécrotique on reconnaît un épithélium cylindrique pluri-stratifié de type cilié.

Un prélèvement biopsique de la paroi est également effectué; le compte rendu anatomo-pathologique fut: « lésion inflammatoire aiguë ulcéreuse au niveau d'une membrane de revêtement de type respiratoire: (épithélium cylindrique cilié) ».

Diagnostic

Le danger immédiat passé, quel diagnostic pouvons-nous porter? Il s'agit d'une tuméfaction paralaryngée gauche qui se présente sur les radiographies avec une image cavitaire hydroaérique qui se superpose de face au larynx au niveau de la membrane thyrohyoïdienne et la déborde en dehors. Cette image est en contact avec le laryngo-pharynx. Ce qui fut d'ailleurs confirmé à l'examen direct, au moment de l'évacuation.

Quelle peut être sa nature? Nous sommes d'abord en présence d'une infection aiguë (Hyperleucocytose et signes généraux). Dans le cadre des abcès pouvant siéger dans cette région, on peut éliminer l'abcès rétro-pharyngien consécutif à une plaie pharyngée ou œsophagienne qui donne une image hydro-aérique se projettant de profil en avant de la colonne cervicale (Signe de Minnigérode). On peut retenir un abcès latéro-pharyngé cloisonné communiquant avec les voies respiratoires afin d'expliquer l'injection d'air. On doit envisager une cavité préformée secondairement infectée: un diverticule du pharynx bien que ce ne soit pas sa situation habituelle, un kyste de la région cervicale d'origine embryonnaire ou autre, enfin la laryngopyocèle.

Le faisceau de renseignements cliniques, radiologiques, opératoires et anatomo-pathologique du prélèvement biopsique a permis de retrouver dans la paroi de la poche des cellules ciliées de type respiratoire. Ceci impose donc la notion de cavité préalable à la collection purulente, cavité annexé au tractus aérien au niveau de la glotte, étant donné le siège paralaryngé.

L'injection de substance opaque par le drain nous a confirmé que la poche communique avec le larynx à travers la membrane thyro-hyoïdienne. Mais élément essentiel, parmi les examens complémentaires destinés à préciser les rapports de cette cavité, la tomographie en Valsalva nous a montré qu'il existait en outre une cavité semi-lunaire symétrique mais moins volumineuse à droite. Ceci nous confirme dans notre diagnostic puisque nous savons qu'il s'agit d'une affection souvent bilatérale.

Devant ce faisceau de quasi certitude, il nous reste à envisager quelles furent les causes prédisposantes ou déterminantes de cette laryngocèle: le malade n'exerçait aucune des professions qui sont réputées favoriser la laryngocèle (nous lui avons bien fait préciser qu'il ne jouait pas d'instruments à vent). Toutefois, petit éthylique, au caractère irritable, le patient se livrait facilement à des excès de voix plus ou moins violents.

Il importe d'éliminer un néoplasme de la région glottique, causal ou concomittant: une laryngoscopie directe soigneuse fut faite avec prélèvement biopsique.

Evolution

Le malade quitte l'hôpital en bon état, et porteur de sa canule de trachéotomie. A l'examen du cou, gros et court de ce malade on ne constate à la palpation rien de particulier. Il existe seulement un léger œdème au niveau du repli ary-épiglottique,

les bandes ventriculaires paraissent intactes, la voix est légèrement enrouée.

Deux mois plus tard, le malade est hospitalisé de nouveau en vue de l'exérèse du laryngocèle mixte gauche (Assistant: Dr Régnault). Après incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, qui est récliné vers l'arrière, on découvre la tuméfaction dépressible molle. Pour faciliter la dissection, nous injectons du bleu de méthylène dans la poche. La membrane thyro-hyoïdienne est très amincie, pratiquement inexistante.

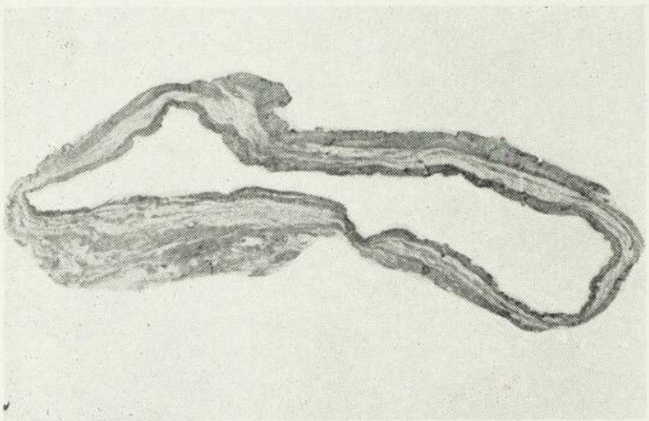


Fig. 3. — Section transversale du spécimen montrant la cavité partiellement affaissée, tapissée par un épithélium respiratoire et reposant sur un tissu conjonctif oedématié par endroits.

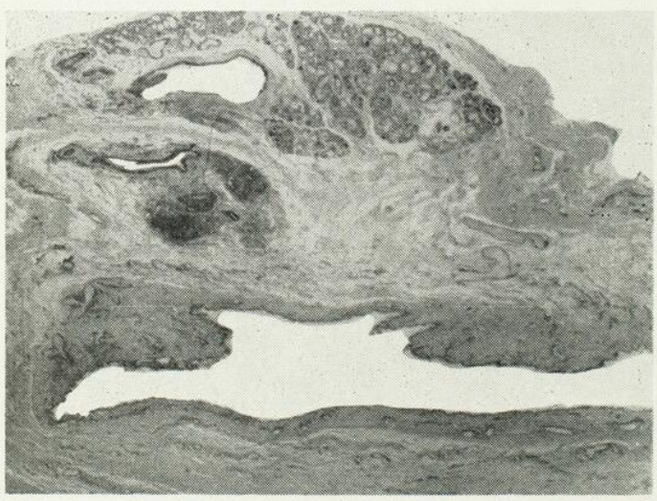


Fig. 4. — Section de la paroi qui montre les glandes, à sécrétion mucipare avec leur canal excréteur dilaté. Plus bas, on voit la cavité bordée par un épithélium de type respiratoire.

Clivage sous péri-chondral externe et interne du cartilage thyroïde dont la portion antéro-supérieure est enlevée sur un centimètre environ. Dissection progressive jusqu'au niveau de la portion antéro-supérieure du ventricule. Ligature du pédicule. Fermeture en plusieurs plans.

Le rapport anatomo-pathologique (Service du Dr Martin) fut: formation ovoïde, kystique et uniloculaire dont les parois sont minces, remplie actuellement par un liquide bleu foncé (Bleu de méthylène) et mesurant 6 cm. x 4 cm. x 3 cm.

A l'examen histologique la paroi est tapissée par un épithélium cylindrique pluri-stratifié cilié et repose sur un chorion très œdématié. On note quelques glandes à sécrétion mucipare dont les canaux excréteurs sont légèrement dilatés (Fig. 2). On ne retrouve pas les follicules lymphoïdes que l'on rencontre habituellement dans les kystes branchiaux.

D.: *Diverticule laryngé.*

Les suites furent normales.

Ce malade a actuellement repris toutes ses activités, il ne tousse pas, il n'a plus aucun trouble phonatoire. Son cou et son larynx sont absolument normaux.

Etude dynamique du laryngocèle restant

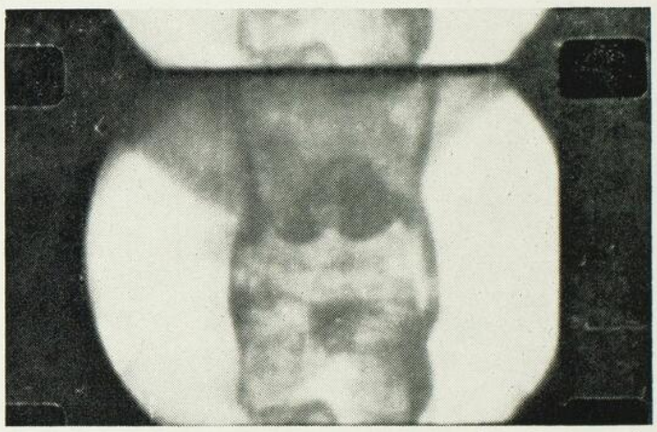


Fig. 5-A. — Examen ciné-fluorographique, quelques mois après l'intervention. (Service des Drs Jutras et Longtin, Hôtel-Dieu de Montréal). Larynx tapissé de substance de contraste, au repos: contours sensiblement normaux.

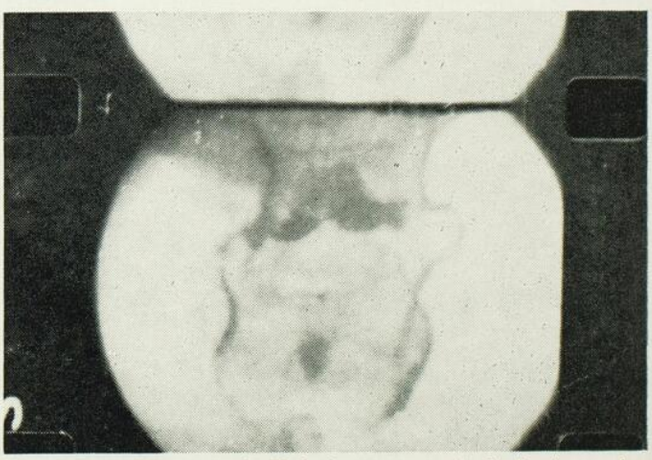


Fig. 5-B. — Epreuve de Valsalva, montre à droite la poche insufflée (laryngocèle restante).

La ciné-fluorographie est un examen complémentaire très utile au diagnostic de cette affection. (Il est à noter que nous n'avons pu retrouver, dans la littérature, de publications relatant semblable étude dynamique d'une laryngocèle).

Conclusion

Cette observation nous pose un problème intéressant: l'existence parfaitement occulte de la laryngocèle bilatérale (si ce n'est la toux et un très léger enrouement méconnu), l'accident révélateur d'évolution aiguë avec rapide aggravation durant les dernières heures qui ont précédé la trachéotomie. La laryngocèle gauche s'est infectée constituant ainsi une laryngopyocèle.

Ceci suppose trois facteurs: un sac, son insufflation, une rétention aérienne puis purulente à son niveau.

On peut penser que le rapide tableau d'obstruction dramatique des dernières heures est dû tant à l'infection qu'au rôle du soupape classique joué par le collet du laryngocèle et la rétention liquidienne.

Résumé

Une laryngopyocèle dont la première manifestation fut l'urgence laryngée est rapportée. Un diagnostic différentiel anatomique, étiologique et de nature est fait. Les rapports et coupes anatomopathologiques sont présentées.

Le malade étant porteur d'une laryngocèle bilatérale, nous avons fait une étude dynamique cinéfluorographique de la laryngocèle restante.

Summary

A laryngocele whose first manifestation was a laryngeal emergency has been reported. A differential diagnosis was made. The pathological specimen has been presented.

As the patient already had a bilateral laryngocele, a dynamic study of the remaining laryngocele was made by cine-fluorography.

REVUE GÉNÉRALE

LES FRACTURES OUVERTES ET FERMÉES DE LA MAIN[1]

Yves PRÉVOST, F.R.C.S. (C), F.A.C.S.
Service de Chirurgie plastique, hôpital Notre-Dame (Montréal).

A. — Considérations générales.

Cette section de la chirurgie de la main a toujours été traitée comme le parent pauvre de la famille. Elle est évidemment moins spectaculaire que la chirurgie tendineuse, nerveuse ou les reconstructions compliquées. On les considère comme insignifiantes puis on les traite avec une immobilisation insuffisante installée à la diable. Combien de chirurgiens dans un milieu hospitalier traitent encore personnellement les fractures des doigts? On se passe la balle d'échelon en échelon jusqu'au dernier arrivé au dispensaire.

L'architecture osseuse de la main doit garder son intégrité anatomique, afin que la fonction soit normale. Un doigt raide ou consolidé en torsion sur son axe occasionne une incapacité aussi importante qu'un tendon fléchisseur sectionné. La physiothérapie ne peut redresser un doigt croche et remédier au déséquilibre qui s'en suit. Pour l'ouvrier qui se sert de ses mains, une fracture d'un doigt, mal traitée, peut être une catastrophe. Si nous tenons compte du nombre de blessures aux mains qui sont traitées dans un hôpital général et de la perte de l'ouvrage qui en résulte, nous pouvons souvent croire qu'un patient s'en tirerait plus facilement avec une cheville ou une jambe brisée et que probablement, il retournerait au travail plus rapidement. Une simple fracture de doigt peut empêcher un ouvrier de travailler pendant deux à trois mois, et souvent l'ouvrier retourne au travail avec une main partiellement infirme.

B. — Principes généraux.

Ces principes sont les mêmes que ceux qui régissent le traitement des fractures en général. Les os brisés doivent être remis en place et maintenus dans cette position pendant la guérison. Cependant, quelques aspects sont différents.

1° — L'apport sanguin de ces petits os est abondant et l'union osseuse sera habituellement présente en trois ou quatre semaines. Les retards de consolidation sont rares.

2° — Les articulations des doigts s'ankylosent beaucoup plus rapidement que les autres articulations. On peut comparer la main à une montre-bracelet. Tous les éléments importants sont en contact intime; une défectuosité amènera un arrêt ou un fonctionnement erratique.

3° — La plupart de ces fractures peuvent être réduites et immobilisées dans la position de fonction. Ceci est à peu près la position que prend la main lorsqu'on la laisse reposer sur une surface plate. Le poignet est alors en flexion dorsale de 25° à 35°, la phalange proximale à 45° de flexion, la phalange moyenne à 90° de flexion, la phalange distale à 45° de flexion. Le pouce devra être en opposition c'est-à-dire légèrement fléchi avec la pulpe tournée vers les autres doigts. Les doigts ne sont pas parallèles à l'axe du membre lorsqu'ils sont en flexion, mais sont plutôt dirigés vers le tubercule du scaphoïde. Les ligaments collatéraux au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne sont relâchés lorsque le doigt est en extension. Il est facile de comprendre qu'une immobilisation prolongée dans cette position amènera un raccourcissement des ligaments suivi d'une forte limitation de flexion.

4° — Seuls les doigts atteints doivent être immobilisés et toutes les autres articulations doivent rester mobiles. Un doigt brisé, immobilisé en extension forcée ou en flexion forcée, limitera l'extension ou la flexion des autres doigts et pourra occasionner une raideur dans ces doigts.

5° — Une réduction satisfaisante doit être obtenue. Si ceci est impossible, on ne doit pas hésiter à intervenir. Un métacarpien guéri en rotation provoquera une déviation du doigt en flexion. Une phalange guérie avec une angulation palmaire limitera l'excursion des tendons fléchisseurs.

C. — Manoeuvres à éviter dans le traitement des fractures de la main.

1° — Ne jamais immobiliser tous les doigts sur un rouleau de bandage, surtout lorsqu'il n'existe qu'une seule fracture.

1. Travail présenté au Congrès Annuel du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Janvier 1960, Montréal.

2° — Ne jamais faire un plâtre avec le poignet et les doigts en extension.

3° — Ne jamais attacher la main sur une planchette de bois.

4° — Ne jamais se servir d'un abaisse-langue comme attelle.

Il n'existe pas de fracture des doigts qui nécessite une immobilisation des trois articulations en extension.

D. — Méthodes pour obtenir une réduction et l'appareillage nécessaire.

1° — Une radiographie en deux positions.

2° — Une manipulation sous anesthésie générale ou locale suivie d'une immobilisation dans la position de fonction.

3° — Le maintien de la réduction par divers procédés.

Cette contention peut être difficile dans les fractures obliques ou communicatives des phalanges et des métacarpiens. On peut se servir de traction pulpaire au moyen d'une petite broche de Kirschner ou d'une traction osseuse, surtout dans les fractures du premier métacarpien. On doit bien comprendre que cette façon de procéder n'est pas un moyen d'obtenir une réduction mais simplement de la maintenir. On ne tire pas sur un doigt comme sur une jambe brisée. Une traction pulpaire trop enthousiaste peut déchirer la peau et laisser une cicatrice douloureuse. Les broches de Kirschner intramédullaires suivies d'une immobilisation plâtrée, dans les fractures des métacarpiens, donnent d'excellents résultats. Cependant, les broches placées à angle droit, en se servant des métacarpiens sains, comme points de soutien, peuvent parfois amener des retards de consolidation. La traction par diachylon est occasionnellement employée, mais doit être surveillée de très près. Inutile de dire qu'un plâtre complet de l'avant-bras et du poignet est essentiel pour le traitement de ces fractures.

4° — Dans les fractures ouvertes, surtout par écrasement, l'attelle universelle de Mason-Allen, bien que présentant certaines déficiences, rend d'énormes services et maintient la main dans la position de fonction.

5° — Si une réduction fermée n'est pas possible, on ne doit pas hésiter à intervenir. Le chirurgien emploie des fils d'acier ou des broches de Kirschner. Les plaques ou les vis n'ont pas de place dans la chirurgie de la main. Ces opérations doivent être faites dans des salles d'opération bien équipées avec toutes les précautions d'asepsie d'une intervention d'orthopédie.

E. — Les entorses et les luxations.

Avant tout traitement, les entorses des doigts doivent être radiographiées pour éliminer les fractures. On doit ensuite les immobiliser en position de fonction pendant environ deux semaines. On se sert dans ces cas de petites attelles d'aluminium recouvertes de caoutchouc mousse. Ces entorses ne guérissent pas plus rapidement si on les laisse sans immobilisation. Au contraire, ces doigts restent raides pendant plusieurs mois et développent souvent une arthrite post-traumatique. La luxation fermée est réduite le plus tôt possible après l'accident, avant l'apparition de l'œdème. Si après quelques manipulations, la réduction s'avère impossible, une réduction sanglante est pratiquée. L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce présente certains problèmes à cause des sésamoïdes. La réduction par manipulation est difficile et l'intervention chirurgicale souvent indiquée

F. — Fractures fermées de la main.

a) *Les métacarpiens*: les métacarpiens sont habituellement brisés à la suite d'un coup ou d'un écrasement. Dans chaque cas, la difformité est la même. L'action des inter-osseux amène une angulation postérieure.

1° — Dans les fractures de la diaphyse ou de la base, une simple réduction est tentée avec la main en position de fonction, dans un plâtre, accompagnée d'un prolongement plâtré pour le doigt. Si cette manipulation ne donne pas de bons résultats, on essaie ensuite une traction sur le doigt, suivie d'une broche de Kirschner intra-médullaire ou de quelques broches placées à angle droit dans les métacarpiens intacts.

2° — Les fractures du col sont plus facilement réduites en fléchissant la phalange proximale à angle droit. Le déplacement ne pourra être corrigé par une traction sur le doigt en extension car les ligaments collatéraux qui sont relâchés en cette position ne transmettent pas la traction.

3° — Les fractures des premiers métacarpiens diffèrent des autres à cause des multiples insertions musculaires. La fracture-luxation de Bennett est la plus souvent rencontrée. Elle survient lorsqu'une flexion aiguë du premier métacarpien sur le trapèze provoque une fracture d'un morceau triangulaire de la surface articulaire antérieure. La diaphyse ne peut plus garder sa position normale et est

luxée postérieurement par l'action du long abducteur du pouce. Une simple réduction dans un plâtre n'est pas suffisante à cause de l'action des muscles. Il faut alors employer une traction osseuse à travers la première phalange ou tout simplement placer une broche de Kirschner dans le canal jusqu'au trapèze. Si après ces manœuvres, une position satisfaisante n'est pas obtenue, il faut intervenir.

b) *Les phalanges.*

1° — *Phalange distale*: cette fracture survient à la suite d'un écrasement et est très douloureuse à cause de l'hématome sous-unguéal. En suivant les règles de l'asepsie, un trou peut être foré à travers l'ongle et l'hématome évacué. On doit toujours soupçonner une fracture lorsqu'il existe un hématome sous-unguéal. Une simple attelle métallique sur le doigt en flexion est appliquée. Il ne faut pas surtout enlever l'ongle car il sert à mouler les multiples fragments. L'arrachement de l'insertion de l'extenseur sur la base de la troisième phalange est traité par une broche de Kirscher maintenant l'articulation distale en hyper-extension et l'articulation moyenne en flexion. C'est le seul moyen certain de conserver cette position

2° — *Phalange moyenne*: ces fractures sont moins fréquentes et sont surtout localisées à la diaphyse. Elles montrent une angulation antérieure ou postérieure selon la localisation du trait de fracture. Si celui-ci est proximal à l'insertion du fléchisseur superficiel, l'angulation sera postérieure. Le contraire se présentera lorsque la fracture sera distale à l'insertion du tendon. Ces fractures se réduisent assez facilement dans la position de fonction.

3° — *Phalange proximale*: cette phalange est très souvent fracturée et la difformité est typique. Lorsqu'il existe un déplacement, il est toujours antérieur à cause de l'action des inter-osseux et des lombricaux. Le traitement est le même.

G. — Fractures ouvertes.

Ces fractures accompagnent habituellement des lésions des éléments importants de la main tels que les tendons et les nerfs. Les principes simples du traitement des fractures, réduction, immobilisation, dans une position qui amènera le minimum de tension sur les fragments fracturés, sont les mêmes que pour toutes les autres fractures. Heureusement, cette position est presque toujours la position de fonction de la main. Les fractures ouvertes multiples comminutives apparaissent à la suite d'un écrasement. Ces blessures se compliquent d'exsudation de sang et de sérum dans les tissus. On peut diminuer cette exsudation en appliquant un pansement compressif. L'attelle universelle de Mason et de Allen nous permet d'obtenir une réduction satisfaisante tout en appliquant une certaine pression sur les tissus mous. Cependant, cette attelle n'est pas une panacée et il faut de temps en temps l'associer aux autres méthodes décrites. Dans les fractures ouvertes, le recouvrement cutané et la lésion osseuse sont plus importants et il est essentiel de rétablir l'architecture osseuse normale et le recouvrement cutané de la main avant de réparer les tendons des nerfs. Inutile de dire que toutes les fractures ouvertes sont considérées comme des opérations majeures et ne doivent pas être faites dans un cabinet de consultation et même dans une clinique externe.

Conclusion

Si nous tenons compte de quelques principes de base, le traitement des fractures de la main peut être très facile, mais si ces fractures sont traitées sans intérêt et surtout sans une connaissance approfondie de l'anatomie normale de la main, nous ne devons pas être surpris d'obtenir des résultats désastreux pour le patient et pour le chirurgien.

Summary

Fractures of the hand are rarely treated by persons having a satisfactory knowledge of the intricate mechanism in cause. One should remember that a fractured finger can be just as crippling or even more so than a fractured leg and should be treated as such. A review of the frequent squeletal injuries is made and a line of treatment is established, stressing a few do's and don'ts.

L'INCOMPÉTENCE DU COL

Pierre SANCHE,
Hôpital Maisonneuve (Montréal).

Le syndrome de l'incompétence du col, impliqué comme cause d'avortements du deuxième trimestre, fut introduit dans la littérature médicale par Palmer et Lacomme en 1948 et repris par Lash et Lash en 1950.

L'incompétence du col consiste en une insuffisance fonctionnelle de l'anneau interne du col utérin, qui cède progressivement au cours du deuxième trimestre de la grossesse. Toute condition du col utérin permettant une dilatation indolore, suffisante pour amener une rupture spontanée des membranes et un travail subséquent avant la fin de la 36 semaine de gestation, peut faire partie de ce syndrome. L'incidence rapportée par les différents auteurs varie de 2 à 5 cas par mille grossesses.

Palmer et Lacomme en 1948 notèrent, comme cause d'avortements répétés du 2e trimestre, un relâchement ou baillement de l'orifice interne du col utérin. En 1950, Palmer, dans une revue française, décrit une technique d'hystérographie manométrique employée chez une série de patientes. Il démontre ainsi des variations anatomiques du col utérin, soit inhérentes à des anomalies utérines ou secondaires à des grossesses antérieures. En même temps, aux Etats-Unis, Lash et Lash faisaient des recherches sur la même condition.

En 1951, Fisher notait un accroissement dramatique du taux des accouchements prématurés et des avortements tardifs à la suite des amputations extensives du col.

En 1952, Asplund rapporte ses travaux sur l'hystérographie et l'artériographie combinées; ces travaux démontrent des variations de la zone isthmique, variations qu'il considère physiologiques, conditionnées par des variations hormonales.

En 1953, Borelle et Fernström décrivent à leur tour, leurs travaux sur le mécanisme sphinctérique de la région isthmique.

Depuis, un peu partout dans le monde, des chercheurs se sont intéressés à cette nouvelle entité pathologique pour y apporter leurs méthodes diagnostiques et thérapeutiques. Nommons entre autres, Shirodkar des Indes, Baden du Texas, Parks & ass. de Washington, Frank de Chicago et McDonald d'Angleterre. Plus récemment, Youssef au Caire, par ses travaux sur l'isthme utérin et son mécanisme sphinctérique, a démontré la fonction propre et indépendante de cette fonction isthmique.

Syndrome clinique et diagnostic

Le syndrome de l'incompétence de l'anneau interne du col est basé avant tout sur l'histoire d'avortements répétés, spécialement durant le 2e trimestre de la grossesse. Ces avortements répétés sont caractérisés par des membranes bombantes à l'orifice externe du col et ce, sans contradictions douloureuses. Suit bientôt la rupture de ces membranes et une expulsion rapide et facile du fruit de la conception. Occasionnellement la patiente accuse un peu de *spotting* ou une augmentation de pertes blanches avant la rupture des membranes soit par perte du bouchon muqueux ou par amnionites. Parfois, le travail est initié par une dilatation suffisante, mais sans rupture préalable des membranes. On retrouve alors une poche des eaux herniant profondément dans le vagin ou à la vulve. Au spéculum, au travers des membranes, on note parfois des membres qui bougent.

En dehors de la grossesse, l'examen ne révèle habituellement rien de particulier. Seule l'exploration du canal cervical avec une sonde olivaire ou un dilatateur d'Hégar No 6, peut démontrer le manque de résistance de l'orifice interne. De même, cette tige étant en place, on peut déceler un défaut ou un amincissement sur le pourtour de l'orifice interne en palpant la circonférence externe avec le doigt. Cette région amincie serait la partie du col traumatisée ou lacérée. La guérison aurait laissé une large cicatrice. Cette anomalie peut aussi être décelée par l'hystérogramme et la méthode du ballon. Dans les cas douteux, il est bon de recourir aux examens radiologiques car d'autres anomalies telles l'hypoplasie utérine et le fibrome sous-muqueux peuvent être à l'origine des avortements répétés. Mais si l'on considère que des cols normaux deviennent ou sont incompétents et que d'autre part, des cols apparemment anormaux maintiennent des grossesses jusqu'à terme, les procédures diagnostiques seraient secondaires à la palpation et à la visualisation du col se dilatant durant la grossesse. D'après Baden et Baden, une dilatation progressive de plus de 1.5 cms. accompagnée d'un effacement de plus de 50% ou d'une cicatrice importante serait le critère diagnostique d'un col incompétent.

Ces derniers auteurs, Baden et Baden, ont suggéré un classement en quatre grades des cas d'in-

compétence, selon l'âge de la grossesse au moment où le col utérin atteint la dilatation critique de 1.5 cms. Ce qui importe avant tout c'est d'assurer la survie de l'enfant et pour ce, prolonger la grossesse le plus près possible du terme. Après la 36e semaine, l'entité n'a plus d'importance clinique puisque l'enfant est à peu près complétement formé.

Le grade I, le moins grave serait donc de la 30e à la 36e semaine.

Le grade II, serait de la 24e à la 30e semaine.

Le grade III, serait de la 18e à la 30e semaine.

Le grade IV, serait avant la 18e semaine.

Etiologie

Les causes rapportées d'incompétence du col sont principalement d'ordre traumatique tels:

— les dilatations impétueuses pour curetage ou avortement

— les accouchements précipités dus soit à des contractions spontanées ou induites de trop grande intensité, soit à des manœuvres obstétricales de forceps, de version ou d'extraction.

— les mauvaises cicatrisations par infection ou coaptation défectueuse des tissus après césarienne ou lacération.

Cependant, chez un certain nombre de cas, on ne peut retracer aucune de ces causes traumatiques. Picot et ses associées, sans nier le facteur traumatique évident dans la majorité des cas y voit en plus une faiblesse congénitale du col qui le rend incapable de résister au défi d'une ou de plusieurs grossesses. Certains cas de primigestes confirment ce fait et nous pourrions conséquemment parler chez-elles d'incompétence primaire, ou dysfonctionnelle du col par opposition à l'incompétence secondaire à un traumatisme. Sur ce point, Youssef corrobore l'assertion de Palmer voulant que certains cas soient dus avant tout à un trouble neuromusculaire et plus probablement endocrino-neuromusculaire. Les cas classés dans la catégorie incompétence primaire ou dysfonctionnelle se manifestent vers la 30e semaine de grossesse ou au moment où l'utérus, de rond qu'il était, devient ovoïde par formation du segment inférieur à même cette portion isthmique.

Cette dernière est délimitée dans sa partie supérieure par l'orifice interne anatomique et dans sa partie inférieure par l'orifice interne histologique. Youssef démontre que ces deux orifices jouent un rôle sphinctérique actif variant selon les phases du cycle menstruel. Durant la grossesse, une perturbation de ce mécanisme sphinctérique particulier à l'orifice interne histologique permettra ce « baillement » de l'isthme décrit par Palmer.

Traitement

Les principes de thérapie sont de deux ordres: médical et chirurgical. De façon préventive, Lash recommande d'éviter toute manœuvre considérée comme facteur causal, en particulier de ne jamais excéder les tiges d'Hégar No 9 à 11 pour dilater un col en vue d'un curetage diagnostique. La réparation adéquate d'une lacération actuelle du col ou l'exérèse d'une cicatrice ancienne pourront restaurer une région isthmique normale.

Toute patiente chez qui l'on redoute une incompétence du col devrait être vue et examinée chaque semaine à partir de la 12e semaine de grossesse. Dans un faible pourcentage (20% d'après Baden et Baden) certains soins médicaux, sédatifs, antispasmodiques, repos fréquent, support abdominal, élévation du pied du lit, permettront de prolonger suffisamment la grossesse. Si par contre, ces derniers soins sont insuffisants pour arrêter la progression de la dilatation, il vaudra mieux alors recourir à la chirurgie.

Sans insister sur les techniques chirurgicales, j'énumérerai les principales interventions proposées à date. La chirurgie fut faite sur le col à peu près à tous les niveaux: à l'anneau interne par Barter et Shirodkar, à la portion moyenne du col par Lash et McDonald, à l'orifice externe par Baden et à ces trois niveaux simultanément par Rubovits et Lash.

La technique de l'encerclement de l'anneau interne proposée par Shirodkar et modifiée par plusieurs, a obtenu le plus de vogue. Les pourcentages de succès varieraient entre 70 et 85% selon les auteurs. Ces interventions se pratiquent en dehors comme pendant la grossesse et le matériel employé a varié du fascia lata homologue ou préservé aux matériels les plus divers. Les fascias ont chacun leurs désavantages; un laisse une cicatrice sur la cuisse où on le prélève et parfois se résorbe, l'autre est friable et plus extensible. Pour corriger ce dernier défaut, Page a enduit son greffon de talc sans améliorer considérablement ses résultats. D'autres ont employé le tendon bovin, le polyéthylène, le nylon, la soie, le dacron en fines mèches, etc.; on recherche encore le matériel idéal c'est-à-dire celui qui redonnerait à l'anneau interne son tonus normal, serait stable, permettrait un accouchement par voie basse et n'obligerait pas un nouvel encerclement pour les grossesses futures. Lash, pour sa part, préconise l'exérèse des tissus traumatisés en

dehors de la grossesse. Il admet le bien fondé de l'intervention pendant la grossesse, mais comme facteur palliatif et non curatif.

La technique de McDonald, fort simple, consiste à encercler le col dans sa portion moyenne avec de la soie de fort calibre — cordon de bourse. Baden et Baden suggère la trachéloplastie, fermeture cicatricielle de l'orifice externe du col — point fibreux facilement lysable au début du travail.

La grande variété de techniques décrites à date, démontre l'importance de cette entité nouvellement reconnue. Chacune de ces méthodes rapporte des résultats intéressants mais aucune ne saurait apporter la réponse définitive à tous les cas d'incompétence isthmique.

Résumé et conclusion

Ce syndrome étudié et décrit depuis environ 10 ans, n'en existait pas moins depuis toujours. A lui seul, il a fauché un potentiel incalculable de vies humaines, il a laissé planer le mystère sur tous ces cas d'avortements du deuxième trimestre de la grossesse et il a frustré l'attente d'un très grand nombre de parturientes.

En quelques années, grâce à l'observation et à l'initiative de nombreux médecins, on nous a livré une documentation importante et une variété imposante de mesures thérapeutiques. Mais retenons que toute la lumière n'est pas encore faite: seule, la correction permanente de l'isthme incompétent, peut remédier définitivement à l'anomalie. Les réparations de lésions cicatricielles traumatiques répondent déjà à ce critère.

Les techniques d'encerclement, de trachéloplastie ou autres, sont à l'isthme incompétent, ce qu'est la botte plâtrée à la jambe fracturée. Espérons que bientôt, on trouvera le moyen de corriger définitivement cette infirmité.

Summary

Cervical incompetency has been recognised as a fonctional entity responsible for most habitual abortions in the second trimester. Obviously, trauma is the usual etiologic factor. In some instances, there is no traumatic history. We consider the latter as primary cervical incompetence.

Presently, we can recognize the inadequacy and prevent certain late abortions or early premature labor by corrective procedures. But most present techniques are palliative. An ideal procedure of reinforcing the cervix, should physiologically and adequately strengther the internal os during pregnancy and at the time of labor permit its dilatation — Even more, that correction should be permanent.

BIBLIOGRAPHIE

W. F. BADEN et E. E. BADEN: *Am. J. Obst. and Gynec.*, **74**: 241, 1957.

R. H. BARTER, J. A. DUSBATEK, H. L. RIVA et J. PARKS: *Am. J. Obst. and Gynec.*, **75**: 511, 1958.

A. F. LASH: *Int. J. Fertil.*, **2**: 321, 1957.

A. F. LASH et S. R. LASH: *Am. J. Obst. and Gynec.*, **59**: 68, 1950.

I. A. McDONALD: *J. Obst. and Gyn., Brit. Emp.*, **64**: 346, 1957.

E. W. PAGE: *Obst. and Gynec.*, **12**: 509, 1958.

E. W. PAGE: Discussion of Barter et al.

R. PALMER: *Rev. franç. gynéc. et obst.*, **45**: 218, 1950.

V. N. SHIRODKAR: *Tendances actuelles en gynécologie et obstétrique*. Genève, 1955. George et Cie S. A., p. 545.

H. PICOT, H. G. THOMPSON et C. J. MURPHY, Jr.: *Obst. and Gynec.*, **78**: 786, 1959.

A. F. YOUSSEF: *Am. J. Obst. and Gynec.*, **75**: 1305, 1958.

L'INCONTINENCE DU COL COMME FACTEUR D'AVORTEMENT [1]

Paul-Emile FORTIN (Québec).

Introduction

L'interruption de la grossesse est imputable à de multiples facteurs dont plusieurs méritent d'être considérés. Il en est un que nous voulons tout particulièrement étudier en raison de l'intérêt qu'il comporte et du traitement qui peut y être apporté. Il s'agit de l'incontinence du col comme facteur d'avortement. L'avortement répété ou habituel a toujours été un ennuyeux problème pour l'obstétricien et le gynécologue. L'incontinence du col est responsable d'un nombre limité d'avortements au deuxième trimestre ou de travail prématuré avant viabilité du fœtus.

Historique

Palmer et Lacomme en France, en 1948, discutèrent la question de considérer l'orifice interne du col comme cause d'avortement au deuxième trimestre.

Lash et Lash aux Etats-Unis, en 1950, décrivent l'incontinence de l'orifice du col comme un facteur étiologique principal d'avortement au deuxième trimestre.

Rubovitz, Cooperman et Lash, en 1953, affirment que les travaux se sont accumulés indiquant que les défauts anatomiques de l'orifice interne sont le plus grand facteur étiologique dans les avortements arrivant dans le deuxième trimestre.

Incidence

L'incontinence du col arrive rarement au cours d'une première grossesse.

L'avortement se produisant au deuxième trimestre est limité à un certain nombre de patientes. Si nous comparons avec celles qui avortent au premier trimestre et celles qui accouchent prématurément, le nombre est en effet petit. Parmi les malades qui ont des avortements spontanés, seulement un très petit nombre ont une incontinence cervicale, et cela peut expliquer pourquoi cette affection était méconnue jusqu'à récemment.

Selon Barter, en 1957, si les cas opératoires sont bien choisis, l'incidence serait de 1/1,850 accouchements (sur une base de 30,000 accouchements).

Taylor et Hansen, en 1959, ne rencontrèrent pas plus de 1 cas sur 500 grossesses.

Baden et Baden, en 1960, placent l'incidence de l'incontinence du col entre 1/300 et 1/540 grossesses.

Définition

Selon A.F. Lash, en 1953, l'incontinence de l'orifice interne du col en un élargissement anormal plus ou moins prononcé du canal, à la jonction corpo-cervicale.

Aspect anatomique

Aschoff, en 1906, nous fait voir l'intime anatomie de l'utérus et du col. Il démontre que la partie supérieure du canal cervical ainsi que l'orifice interne anatomique sont incorporés à un stage précoce de la grossesse au segment inférieur de l'utérus.

La région de l'orifice interne histologique est à 1½ po. i.e. 3.5 cms au-dessus de l'orifice externe.

La formation du segment inférieur s'effectue par inclusion de la partie supérieure du canal cervical dans la cavité utérine.

Cette constatation a été confirmée par F. J. Browne, en 1950.

Danforth, en 1949, démontre que les fibres musculaires qui se trouvent à la jonction de l'orifice interne anatomique et le segment inférieur, peuvent devenir inefficaces à retenir une grossesse en évolution par suite d'un défaut congénital ou d'un traumatisme à cet endroit: dilatation, forceps, gros bébé, etc.

Lash et Lash, en 1950, essayant d'expliquer l'incontinence de l'orifice interne du col par un défaut anatomique situé à la partie antérieure du col et résultant d'un traumatisme; ils décrivent alors diverses façons de réparer ces lésions.

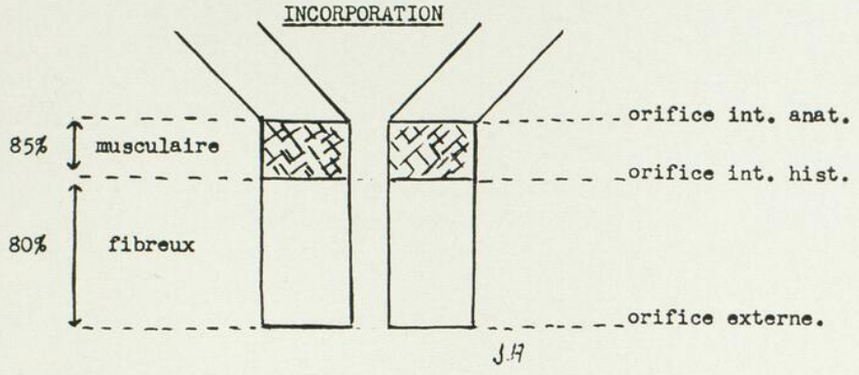
Fisher, en 1951, appuyant Danforth, souligne une augmentation du taux d'accouchements prématurés et d'avortements par suite d'amputation extensive du col ou d'opération de Sturmdorf. Non seulement l'orifice interne mais le col tout entier serait responsable d'avortement.

Il semble que la facilité de l'utérus à contenir ou à supporter une grossesse est fonction de l'aire de l'orifice interne en incluant l'angle cervico-utérin ou l'orifice interne anatomique et la structure cervicale sous-jacente. Une distorsion ou un élargissement de cet orifice interne par anomalie ou par traumatisme s'opposera à la continuation de

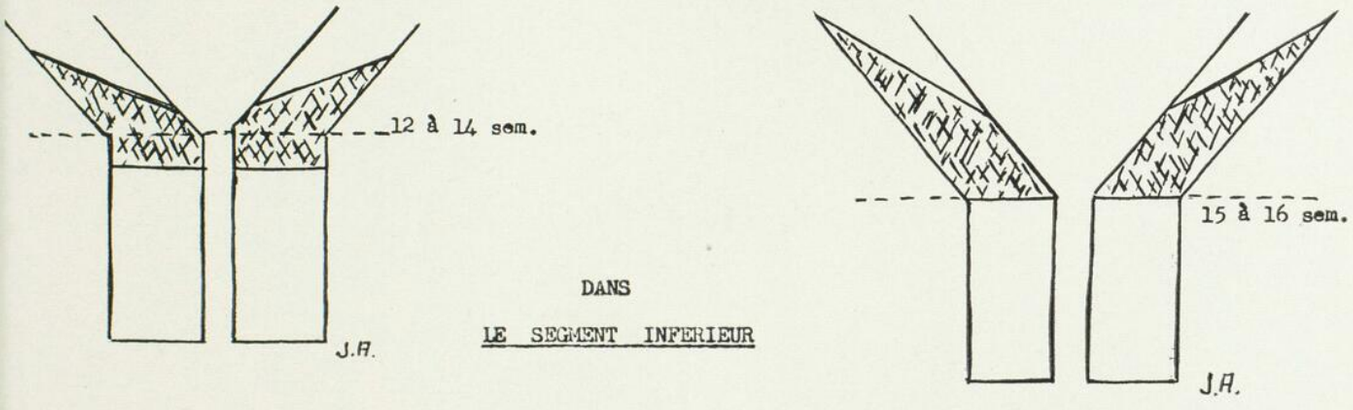
1. Communication au XXXe Congrès de l'A.M.L.F.C., Windsor (Ontario), septembre 1960.

Planche No. 1

POINT DE VUE ANATOMIQUE (ASCHOFF, 1906)



de l'orifice int. anat. et de la partie sup. du canal cervical.



DANS LE SEGMENT INFERIEUR

la grossesse. Si cette anomalie ou cette blessure est grave, l'avortement se produira au second trimestre. On est tenté de croire qu'une distorsion légère peut être la cause de quelques cas de travail prématuré.

Shirodkar, aux Indes, en 1955, et bien d'autres gynécologues du temps réalisèrent que si le défaut était à l'orifice interne, la lésion était plus fréquemment observée ailleurs qu'à la région cervicale. Celui-ci décrit à ce moment une méthode de cerclage autour de l'orifice interne.

Plus récemment, en 1958, Baden et Baden aux Etats-Unis, McDonald et Green-Armytage en Angleterre et Mey en Allemagne se sont intéressés à l'incontinence du col.

Beaucoup d'autres, aujourd'hui, ont apporté leur contribution. Au cours des trois dernières années, au-delà de 24 publications ont paru sur ce sujet.

Variétés d'incontinence du col

1) Celle-ci peut être incomplète, supra-vaginale, et n'intéresser que l'orifice interne ou la partie supérieure du col.

2) Plus fréquemment, elle est incomplète, intra-vaginale, et porte sur l'orifice externe ou la partie supérieure du col.

3) Plus rarement une incontinence cervicale sera complète si elle intéresse l'entière structure du col.

4) Elle peut être aussi relative et temporaire si elle est due à une surdistension utérine avec une pression augmentée au niveau du col. Cette incontinence relative physiologique, discutée par Baden, donne un haut pourcentage d'accouchements prématurés chez les patientes qui ont une grossesse gémellaire non diagnostiquée.

5) Asplund, en 1952, communique ses études hystérographiques et artériographiques combinées.

Il démontre des variations dans la zone isthmique qu'il considère physiologiques ou basées sur des variations hormonales.

Boral et Ferstrom, en 1953, décrivent leurs études sur le mécanisme sphinctérien de l'isthme utérin.

Hunter, Henry et Civin, provoquant une dilatation du col avec des enzymes (bromelaine et papaine), démontrent d'une façon spécifique que l'orifice peut être incontinent physiologiquement; ce qui diffère de l'incontinence structurale du col discutée par Barter et ses collègues.

Selon Wilson J.R., en 1957, il doit être convenu qu'un col anatomiquement normal entre les grossesses peut être fonctionnellement incontinent durant une gestation. Son efficacité comme sphincter fonctionnel peut même varier d'une grossesse à l'autre chez une même patiente. Son étude le conduit à conclure que l'incontinence du col est une importante cause d'avortement et de travail prématuré, et que ses relations avec un facteur opératoire n'est pas toujours plausible. Cet état peut se rencontrer chez des patientes qui n'ont jamais eu d'intervention sur l'orifice interne.

6) L'incontinence congénitale du col est moins connue. Elle est toujours associée à l'avortement répété primaire. Aucune de ses patientes, en effet, n'a accouché un enfant vivant. L'aspect de l'orifice interne est tout à fait semblable à celui d'une incontinence fonctionnelle. Aucune histoire de traumatisme ne peut être décelée et l'image radiographique ne démontre aucune lésion.

Barter et d'autres suggèrent que la position verticale de l'homme peut intervenir comme un facteur d'incontinence congénitale.

Facteurs mécaniques

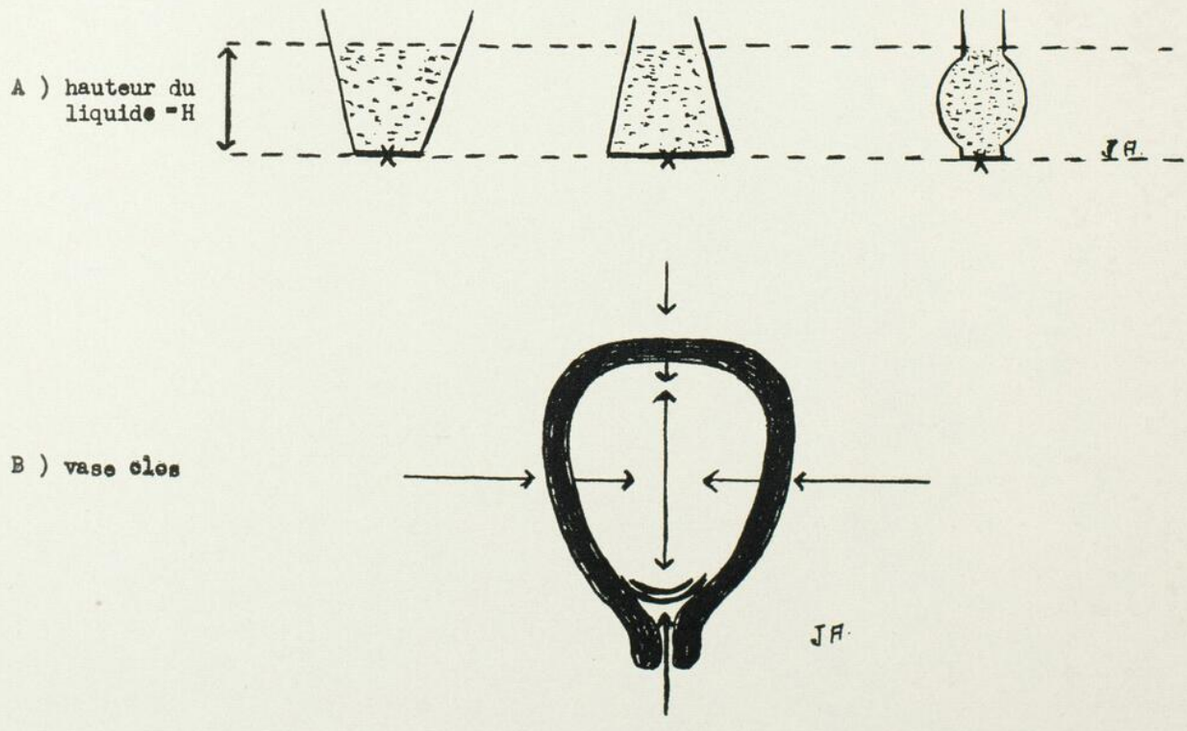
Johnson J.W., en 1958, fait une étude théorique mathématique de ce qui se passe au niveau des membranes pour une pression intra-utérine donnée.

Rappel des lois de Pascal. La pression en un point donné dans un liquide dépend de la profondeur ou de la hauteur du liquide sans égard à la forme du contenant.

Planche No. 2

FACTEURS MECANIQUES (JOHNSON J.W., 1958)

I- LOIS DE PASCAL



Si une pression est appliquée à un liquide en vase clos, celle-ci est transmise également à tous les points à travers ce liquide.

La pression au niveau du col est alors le résultat de la hauteur du liquide au-dessus de la pression transmise par la paroi musculaire utérine ainsi que de la pression intrinsèque positive ou négative dans l'abdomen.

Equation de Laplace. Une pression P appliquée sur une membrane recouvrant une ouverture déterminera une tension T dans cette membrane.

Si P augmente, la membrane fait protrusion progressivement, prend des positions successives différentes et emprunte la forme de divers segments d'une sphère dont le rayon R diminue.

Le point critique est obtenu quand la section est hémisphérique ou que le rayon de la sphère est égal au rayon de l'ouverture.

Les trois variantes, i.e. la grandeur de l'ouverture, la résistance de la membrane recouvrante et les forces qui agissent sur sa surface sont reliées dans l'équation de Laplace.

Si on maintient une tension fixe dans la membrane dans un système tel que décrit, P et R peuvent varier selon une courbe hyperbolique.

Ce qui revient à dire que nous pouvons maintenir une tension fixe ou constante au niveau de la membrane, à condition de faire varier P et R en rapport avec une telle courbe.

Johnson, en 1958, démontre qu'il y a une ouverture de grandeur critique au delà de laquelle l'herniation des membranes se produit avec une rupture inévitable. Inversement, pourvu que l'orifice interne soit maintenue en bas d'une ouverture donnée, l'avortement ne devrait pas se produire pour des raisons mécaniques seulement. La preuve en serait faite en soutenant une ouverture donnée par un fil de tantale.

Stromme, en 1960, laisse entendre que peut-être plusieurs cas d'incontinence serait dus à des facteurs mécaniques.

Causes traumatiques

Selon Taylor et Hansen, en 1959, une histoire de traumatisme se rencontre chez la moitié des cas d'incontinence du col.

Les principales causes sont:
Surdistension de l'orifice interne.
Avortement suivi de dilatation et de curetage.
Curetage trop appuyé.
Dilatation instrumentale trop poussée.
Avortement criminel.
Travail rapide ou précipité.
Accouchement traumatique à terme.
Forceps traumatique à l'accouchement.
Extraction des épaules à travers un anneau de constriction méconnu.
Visible déchirure du col après l'accouchement.
Hystérotomie vaginale pour césarienne.
Césarienne abdominale segmentaire basse.
Section du col pendant une césarienne.
Amputation haute du col (Fishers; Hall).
Incision de Dushrssen.

Symptomatologie clinique

Histoire. Il y a certaines patientes qui ont une longue histoire d'avortements répétés dont le diagnostic peut être fait par l'histoire. Bien que les grossesses successives peuvent causer un travail de plus en plus précoce comme le col faiblit avec chaque assaut, l'histoire seule d'avortements répétés surtout au deuxième trimestre est une forte évidence du désordre.

Signes alarmants. Sans faire de distinction avec le syndrome français de la « béance de l'isthme », il existe parfois certains signes alarmants d'un danger imminent d'incontinence:

« Tension » abdominale basse.
Utérus « irritable ».
Sécrétions cervicales augmentées.
Pertes liquidiennes (amniotique).
Expulsion d'un bouchon muqueux.
Pertes sanguinolentes légères.

Rupture spontanée prématurée des membranes. L'herniation des membranes s'effectue ordinairement d'une façon indolore. Après le prolapsus des membranes, le volume intra-utérin diminue et le glissement possible du lit placentaire peut provoquer un petit saignement. Ces membranes ainsi exposées peuvent s'infecter et se rupturer secondairement. On observe souvent une histoire frappante de perte soudaine de liquide amniotique, de la 16 à la 28ième semaine de gestation. Une rupture spontanée prématurée des membranes, non précédée de contractions utérines douloureuses, fut observée dans 90% des cas présentés par Baden et Baden, en 1960.

Travail et accouchement. Après la rupture des membranes, le travail devient irréversible et on assiste à une expulsion relativement indolore d'un foetus ordinairement vivant.

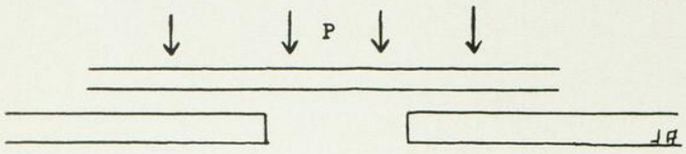
Diagnostic durant la grossesse

En plus de l'évolution clinique, il existe des moyens de porter un diagnostic d'incontinence cervicale.

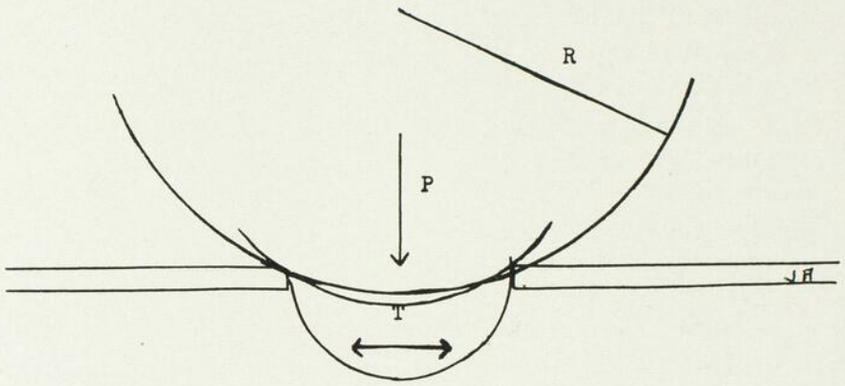
Planche No. 3

FACTEURS MECANIQUES (JOHNSON J.W. , 1958)

II - EQUATION DE LAPLACE



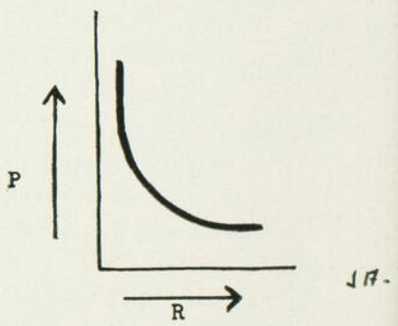
$$P = \frac{2T}{R} \quad \text{ou} \quad T = \frac{PR}{2}$$



P = pression

T = tension des mambranes

R = rayon d'ouverture



Le toucher vaginal répété appréciera au niveau du col un effacement de l'ordre de 50%, ou moindre en présence d'une large déchirure ancienne.

La dilatation du col est graduelle et non perceptible avant la 14ième semaine. Elle paraît être, selon Barter, un phénomène fonctionnellement passif. Cette dilatation est ordinairement lente et peut prendre des semaines, mais elle peut aussi s'effectuer rapidement en une seule semaine. Apparemment, aussi longtemps que les membranes demeurent intactes, la dilatation cervicale et la pression seule sur le col ne causeront pas le début du travail.

La poche des eaux peut être visualisée, avec une extrémité parfois mobile. Les membranes n'ont aucune tension apparente.

La seule preuve absolue de l'incontinence du col est sa palpation réelle et sa visualisation au cours de la grossesse, et cela dans 100% des cas selon Baden et Baden, en 1960.

Diagnostic en dehors de la grossesse

La palpation cervicale peut déceler des lésions au niveau du col dans certains cas, surtout si celle-ci est faite après l'avortement.

L'exploration du canal cervical peut être grossièrement faite avec une pince à pansement utérin, mais il est préférable d'utiliser les dilatateurs gradués de Hégar.

Cet examen doit être fait de préférence durant la période pré-menstruelle alors que le col est moins perméable que durant la période post-mens-

truelle. L'introduction facile d'un dilatateur de Hégar no 6 à 8 démontre un manque de résistance au niveau de l'orifice interne.

Palmer, en 1950, est d'avis que l'isthme cervical est en cause si un dilatateur de Hégar no 8 est introduit dans l'utérus sans résistance.

Parks et Barter reconnaissent la valeur de cet examen pour démontrer une incontinence cervicale. Cependant, il est arrivé à Baden et Baden, dans 20% de leurs cas d'incontinence, d'avoir de la difficulté à introduire un dilatateur de Hégar no 4, soit avant ou soit après une gestation.

La palpation de la circonférence externe du col s'effectue au niveau de l'orifice interne en prenant soin de placer une pince à pansement utérin ou mieux encore une sonde dans le canal cervical. Le doigt pourra alors détecter un défaut ou une faiblesse de la paroi du canal cervical siégeant soit à la région antérieure ou plus fréquemment ailleurs. Cette région amincie correspondrait à une lésion qui aurait guéri en une large cicatrice.

L'étude radiologique.

Bien que Barter conseille de ne pas exposer les gonades d'une jeune femme à une irradiation non nécessaire, Berman démontre qu'il ne devrait y avoir aucune hésitation à utiliser de tels procédés en gynécologie et obstétrique, si la technique est proprement employée.

Il est trouvé en effet que les tissus somatiques de la femme ne subissent aucun dommage au cours de ces examens. Nous savons que durant la grossesse les ovaires maternels sortent de la cavité pelvienne et peuvent s'éloigner du foyer de radiation.

Quant aux gonades du fœtus, elles seront plus exposées dans les cas de présentation podalique.

Les effets de mutation génétique provoqués au niveau des ovaires maternels et fœtaux sont fort discutés d'après les connaissances actuelles.

L'hystérographie.

Jeffcoat et Wilson ont fait des études hystérographiques chez les femmes dont l'histoire était méconnue des radiologistes.

Palmer, en 1950, décrit l'hystérographie manométrique en relation avec l'incontinence du col. Elle nous permet de diagnostiquer:

1) des variations anatomiques du col secondaires à des anomalies utérines ou à l'accouchement,
2) des fibromes sous-muqueux,
3) un orifice interne incontinent,
4) des anomalies de l'utérus: utérus bicorne,
5) l'hypoplasie congénitale décrite par Palmer,
6) une faiblesse congénitale.

D'après Shassmann, l'incontinence de l'orifice interne n'est pas toujours le résultat d'une lésion obstétricale. Elle peut être une faiblesse congénitale chez un utérus hypodéveloppé. Dans ces cas l'hystérogramme ne révèle aucun défaut, car l'incontinence est strictement fonctionnelle et non apparente avant la grossesse.

7) une incontinence physiologique.

Il en est de même dans les cas d'incontinence physiologique décrits par Asplund de Stockholm, lesquels produisent l'avortement.

Baden et Baden, en 1960, affirment que l'hystérographie leur a fourni des renseignements utiles dans 10% de leur cas.

La technique du ballon

Rubovitz, Cooperman et Lash décrivent, en 1953, un procédé de diagnostic radiologique au moyen de ballons.

Un ballon de dimensions appropriées est inséré dans la cavité utérine au moyen d'une sonde. Si cette manœuvre est difficile, on a des chances que le col soit normal.

Une substance radiopaque (urokon) est injectée au moyen d'une canule Best-Mixter. Trois ou quatre radiographies sont prises en vidant et retirant progressivement le ballon. Ainsi sont obtenues des images délimitant les contours du canal cervical en entier.

La technique au lipiodol

Une fois la technique précédente effectuée, le diagnostic d'incontinence peut être confirmé au moyen d'une technique au lipiodol.

Une canule Rubin est insérée dans la cavité utérine par laquelle on injecte du lipiodol. Une radiographie prise avant et après l'ablation de la canule nous permet de visualiser un col incontinent.

La canule étant en rapport intime avec les parois du canal cervical, si le col est normal, il n'y aura pas de retour de lipiodol autour de la canule. Par contre, un retour de lipiodol se produira dans un cas d'incontinence.

Ainsi, nous pouvons visualiser un orifice interne incontinent ou un effacement de l'angle utéro-cervical.

La cervico-hystéro-salpingographie

Des études radiologiques cervicales précises furent faites par Hunter et Henry, en 1957, en utilisant des enzymes protéolytiques telles que la bromelaine et la papaine pour dissoudre le mucus.

En plus de produire un effet inattendu de relaxation et de dilatation légère au niveau du canal cervical, leur technique a permis d'identifier positivement des pseudo-espaces occupés par les lésions. Les activités du col furent observées durant ces examens et des modifications inflammatoires du canal ont pu être mises en évidence.

Gradation

La gradation de l'incontinence du col suggérée par Baden et Baden, en mars 1960, est la suivante:

Grade I: l'incontinence survient de la 30 à la 36ième semaine de gestation.

Grade II: l'incontinence survient de la 24 à la 30ième semaine de gestation.

Grade III: l'incontinence survient de la 18 à la 24ième semaine de gestation.

Grade IV: l'incontinence survient avant la 18 ième semaine de gestation.

Correction spontanée

L'hydrocéphalie peut agir comme une condition corrective spontanée d'une incontinence du col. Le placenta « prævia », selon A. F. Lash, peut aussi servir de support et corriger une incontinence. Cependant, selon Palmer, il peut être une cause traumatique d'incontinence par surdistention.

Traitement prophylactique

En acceptant que la moitié des cas d'incontinence du col seraient post-traumatiques, les précautions suivantes sont à conseiller:

Ne pas employer de dilatateurs de Hégar supérieurs aux no. 9 à 11 au cours de dilatation pour curetage.

Eviter toute lésion au col au cours des manœuvres.

Bannir l'emploi intempestif des ocytociques.

Ne pratiquer aucune application de forceps trop difficile.

Eviter l'expulsion traumatique de la tête.

Eviter une extraction trop rapide de la tête dernière.

Pratiquer une exploration de la cavité utérine après l'accouchement, si jugée nécessaire.

Prévenir l'infection dans les cas de réparation cervicale.

Faire toute opération avec la plus grande asepsie possible.

Encourager l'emploi d'antibiotiques avant et après l'opération dans les cas appropriés.

Se garantir des meilleures précautions d'hygiène et d'asepsie après un travail prolongé, après une rupture spontanée prématurée des membranes, à plus forte raison si une césarienne abdominale basse ou vaginale doit être pratiquée.

Insister sur l'inspection du col six semaines après l'accouchement.

Traitement médical

L'examen hebdomadaire. Tous les cas suspects doivent subir un examen vaginal hebdomadaire après la douzième semaine de gestation afin de détecter à temps une incontinence cervicale à son début.

Un support abdominal bien ajusté doit être porté après la 16ième semaine par toute patiente demeurant en activité.

Le repos. La malade doit se conformer à un repos modéré le jour, de durée proportionnelle au degré de l'incontinence. Elle doit dormir la nuit en position de Trendelenburg, i.e. en prenant soin de lever le pied du lit de 6 pouces.

Médications. L'usage des médications, tels que les relaxants musculaires ou les sédatifs, sont fortement à conseiller.

Le choix parmi ces divers médicaments est arbitraire puisque les résultats expérimentaux jusqu'à maintenant semblent équivalents.

L'emploi d'hormone est aussi à conseiller. Le déséquilibre hormonal en cause est loin d'être actuellement connu.

Les extraits tyroïdiens ou la progestérone sont bien insuffisants pour obtenir un enfant vivant, au dire de Barter.

Toutefois, l'emploi du « delalutin, i.e. de l'hydroxyprogestérone coproate », serait supérieur à celui de la lutrexine, d'après l'expérience de Shassmann.

En face de 20% de succès avec le traitement médical, tous les cas suspects doivent être traités de cette façon tant qu'une incontinence cervicale vraie soit décelée par l'examen vaginal hebdomadaire durant la grossesse.

Un traitement médical ainsi institué à partir du 3ième mois jusqu'à terme peut suffire dans le cas d'une incontinence légère du col.

Mais les mesures médicales n'apporteront souvent que de maigres résultats et seront inefficaces si le degré d'incontinence est modéré.

Si l'examen médical relève une vraie incontinence en cours, l'hospitalisation sera nécessaire et le

traitement médical sévère fera récupérer le col et regresser les membranes après 12 à 24 heures. L'induction du travail pourra être éliminée et une préparation locale et générale pourra être commencée en vue du traitement chirurgical.

Traitement chirurgical

A. Lash, en 1941, a fait les premiers efforts de réparation du col en vue de prévenir l'avortement.

Le traitement chirurgical doit être réservé aux malades qui ne répondent pas au traitement médical.

Plusieurs patientes garderont le lit pour une grossesse, mais si elles ont accouché un enfant viable on a d'excellentes chances qu'elles n'accepteront plus de rester au lit pour une nouvelle grossesse.

Il peut être effectué en dehors de la grossesse ou durant la gestation.

Ce traitement pourra être prophylactique sans entraver la fertilité.

S'il est thérapeutique, il pourra être transitoire ou permanent.

Il pourra devenir urgent en présence d'une incontinence cervicale modérée en évolution.

Le col a été attaqué chirurgicalement à l'orifice interne, à la portion moyenne du canal et à l'orifice externe, ou encore aux trois endroits simultanément.

Considérations anatomiques:

Un orifice interne normal permet l'introduction d'un dilatateur de Hégar inférieur au no 4.

La lésion à ce niveau est plus fréquemment localisée ailleurs qu'à la partie antérieure.

Une déchirure cervicale externe profonde peut être responsable d'une incontinence cervicale.

Planche No. 4

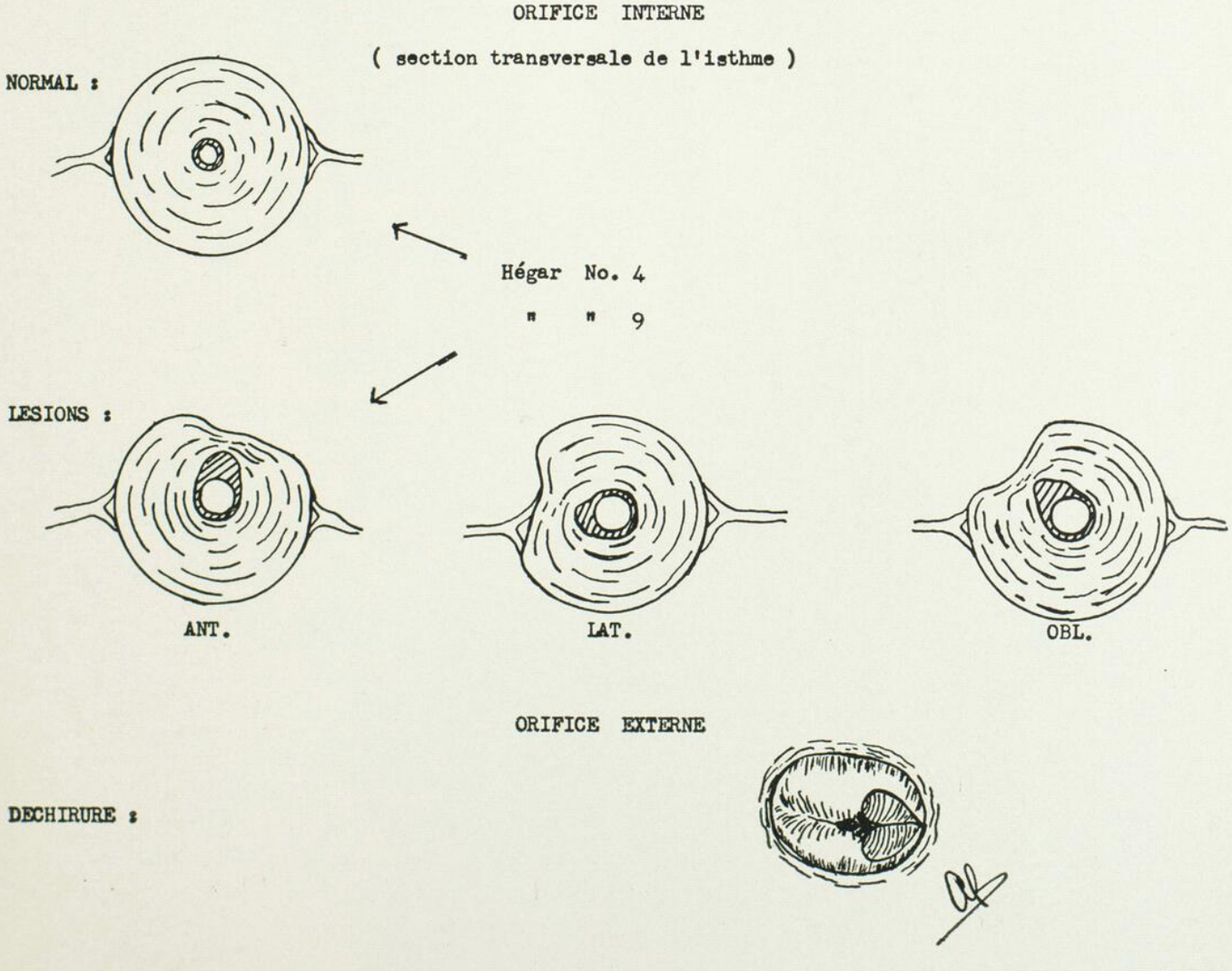
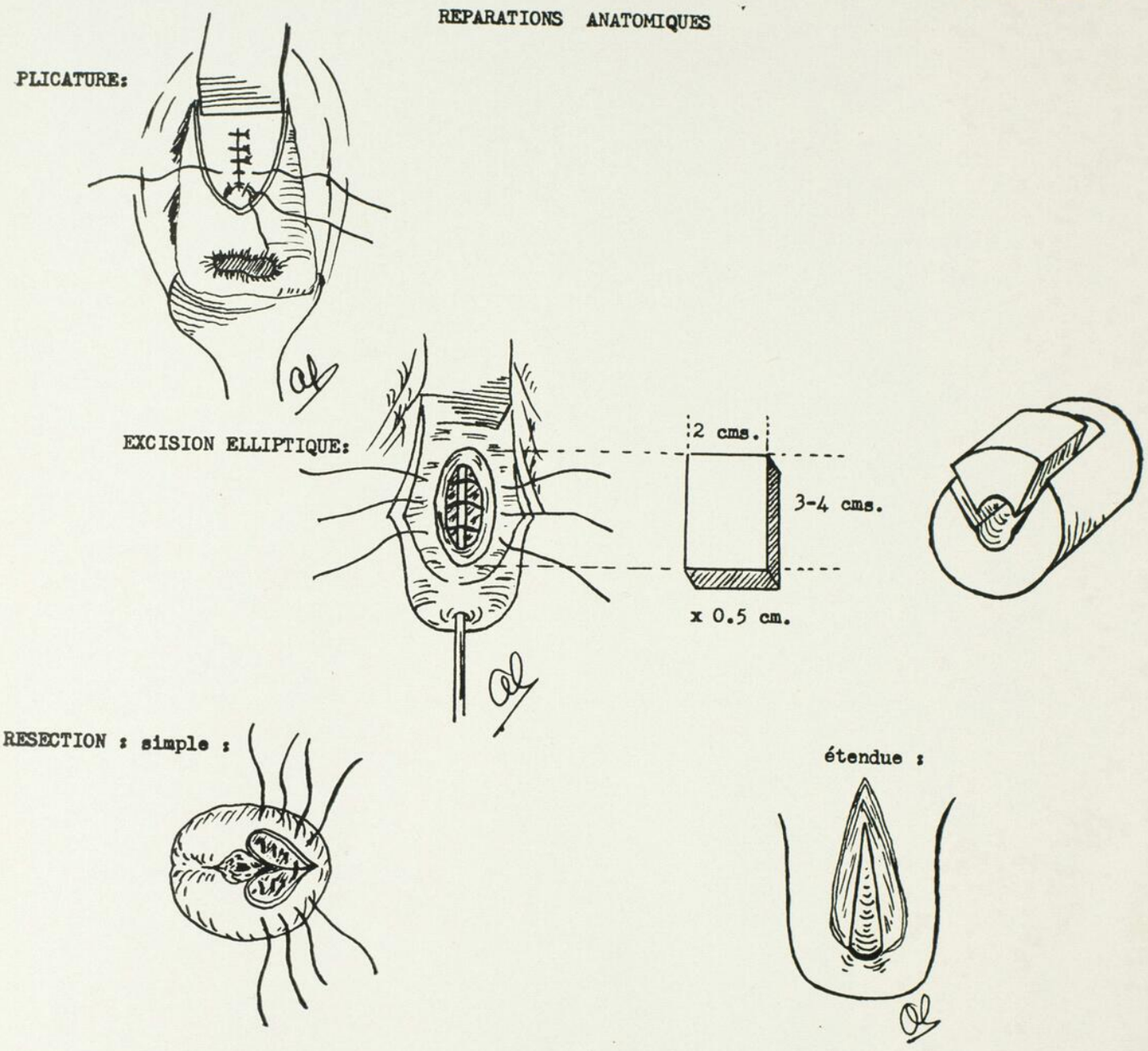


Planche No. 5



Genres d'opération

Réparation anatomique. A. Lash, en 1949, établit qu'un traumatisme au niveau de l'orifice interne est la cause de l'incontinence; et il décrit par la suite plusieurs techniques de réparation.

Plicature. Ces plicatures peuvent être effectuées immédiatement après l'avortement.

Excision elliptique. Une ablation de la moitié supérieure de la circonférence du canal cervical est effectuée au niveau de l'orifice interne.

Résection étendue. A la réfection de l'orifice interne s'ajoute par la suite celle du canal cervical tout entier, et même celle de l'isthme utérin.

Au cours de ces réparations, qui ne comportent pas de complication post-opératoire, les antibiotiques doivent être administrés pour favoriser une guérison par première intention.

Ces opérations sont effectuées ordinairement en dehors de la grossesse ou immédiatement après un avortement. Il existe aussi une opération de Lash modifiée qui peut être pratiquée durant la grossesse.

Trachélorraphie

Toutes déchirures cervicales externes importantes doivent être réparées. Cette intervention est facile à faire.

La réparation de ces lésions peut être effectuée au milieu du cycle menstruel.

Le catgut chromique no 2 est employé pour une première réparation dans des tissus normaux. Un fil de tantale est préféré s'il s'agit d'une réparation répétée ou si les tissus sont apparemment avasculaires. A la suite de ces réparations anatomiques, la conduite à tenir au moment de l'accouchement est déterminée par la station de la tête au début du travail.

Si celle-ci est engagée, ou en bas de « O» l'accouchement par les voies naturelles est ordinairement possible.

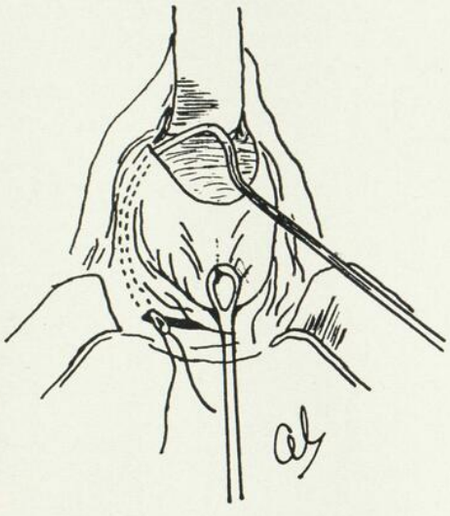
Les méthodes présentes d'opération sur l'orifice interne ou sur le col tout entier, qui donnent de bons résultats dans l'ordre de 60% des cas, semblent insuffisantes dans le cas d'une incontinence physiologique.

Cerclage

1) *De l'orifice interne.* Shirodkar aux Indes, en 1954, fut le premier à resserrer l'orifice interne du col par cerclage externe.

Greenhill, en 1955, rapporte un cas de cerclage du col durant la grossesse.

Planche No. 6

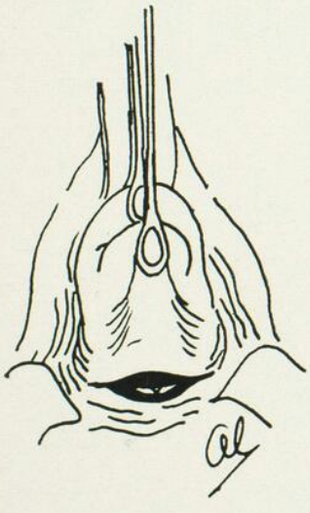


CERCLAGE

INCISION ANTERIEURE

Aiguille de Dusbabek

INCISION POSTERIEURE



FIXATION POSTERIEURE

NOUAGE

+

FIXATION ANTERIEURE

Hall rapporte pas longtemps après un cas de cerclage efficace après une amputation haute du col, i.e. après une opération de Sturmdorf.

Durant la grossesse, cette opération pourra être effectuée en présence d'un effacement cervical et d'une dilatation suffisante, i.e. supérieure à 4 centimètres, permettant une herniation des membranes. Cependant, il est préférable de la faire assez tôt, de la 14ième à la 18ième semaine, i.e. après que les dangers d'avortement du premier trimestre soient éliminés. Après la 28 ième semaine de gestation, elle pourra être difficile en raison des conditions du col. Barter a fait le cerclage en moyenne à la 18ième semaine.

Cette opération peut être effectuée facilement au moyen d'une aiguille spéciale de Shirodkar modifiée par Dusbabek. Le nœud du cerclage peut être placé à la région antérieure ou postérieure du col. Le cerclage doit être maintenu en place en le fixant au moyen de points séparés à ces deux endroits, afin d'éviter son déplacement possible par les contractions de Braxton-Hicks.

C'est dans le choix du matériel employé et dans les détails de son insertion qu'il y a eu la plus grande variété d'expérimentation.

Il serait trop long d'énumérer les avantages ou les inconvénients de tout le matériel qui a été employé.

Green-Armytage et McClure Brown, en 1957, posent une bande de nylon au moyen d'une aiguille à dissection courbe à angle droit Moosely-Hook.

MATÉRIEL.

Variétés	*Auteurs consultés*	*Remarques*
« Caps »: chapeau cervical		Bande plastique.
Tube de polyethylène	Brasselton Jr.	Elastique.
Tube de polyethylène + Bande de soie tressée	Brasselton Jr.	
Soie tressée	McDonald, Strassmann	Réactions.
Fascia homogène (7″ x ½″)	Shirodkar, Barter, Strassmann	Opération primaire.
Fascia prélevé	Barter	Moins efficace.
Fascia prélevé + Talk	Page	Granulome.
Fil de « tantalum »	Lash & Johnson	
Filament de nylon Bande de nylon (⅛″ x 3 mm.)	Shirodkar, Green-Armytage, Hall, McClure-Browne (1957)	Section.
Cellophane (Dicethyl-Phosphate)	Page	Sarcome (souris).
Talk, oxicel, gelfoam, Benjoin, catgut chromique	Page (1958)	
Dacron synthétique (Ethicon)	Barter (1958)	Interstices.
Fil d'acier inoxidable S.W.J. 34	Johstone (1958)	Aiguille tranchante.
« Marsilene » (bande de dacron)	Brasselton, Trassmann, Taylor, Hansen (1959)	Section.
Tube de polyethylène (0.067 cm. dia. ext.) + Fil d'acier enroulé #0	Easterdy, Reid (1959)	Section.
Fil d'argent	Boyd (1959)	Section.
Fascia de boeuf	Stromme (1960)	

Barter et Al., en 1958, suggèrent l'emploi d'une mèche de « Dacron » synthétique (Ethicon) qu'ils posent au moyen d'une aiguille de Shirodkar modifiée par Dusbabek.

Page, après avoir employé le cellophane et le dicéthylphosphate, recommande, en 1958, la production de structure fibreuse au moyen de gros catgut chromique, d'oxycel et de talc.

Johnstone, en 1958, utilise un fil d'acier inoxidable S.W.J., 34, monté sur une aiguille tranchante.

Plus récemment Boyd, en 1959, utilise un fil d'argent, et Stromme, en 1960, a eu 9 bons résultats sur 11 cas avec du fascia de bœuf.

De la portion moyenne du canal cervical:

McDonald, en 1957, obtient d'excellents résultats par cerclage au niveau de la portion moyenne du col.

A ce niveau le repérage du nœud et la section du cerclage sont plus faciles à effectuer.

Johnstone, en 1958, affirme qu'il y a un doute qu'il soit nécessaire que le cerclage coincide avec l'orifice anatomique théorique.

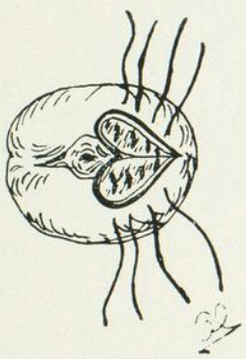
Pourvu que l'orifice soit maintenu en dedans d'une ouverture critique pour une résistance des membranes donnée et une pression intra-utérine donnée, l'utérus ajustera sa position physiologique en conséquence, et même si l'orifice interne est anormalement remonté dans le segment inférieur.

Cette opération de McDonald peut convenir très bien durant la gestation. Le docteur René Simard, à Québec, en 1958, emploie pour ce genre d'opération une bande de nylon ombilicale.

2) *Plicature de la partie moyenne du canal cervical associée à un cerclage.* Boyd, en 1959, recommande une plicature du canal cervical à 3, 6, 9 et 12 heures au niveau de l'insertion du dôme vaginal à laquelle il associe un cerclage à un demi-pouce au-dessus de l'orifice externe.

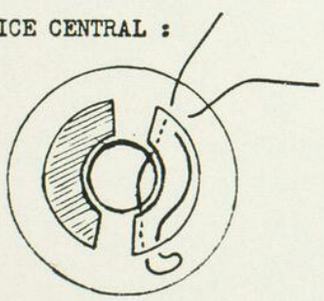
Planche No. 8

TRACHELORRAPHIE

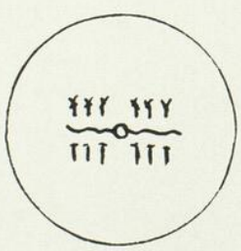


TRACHELOPLASTIE

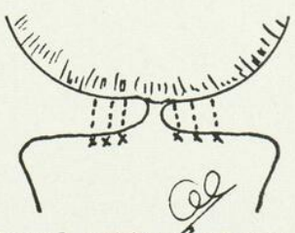
DE L'ORIFICE CENTRAL :



Zone débridée



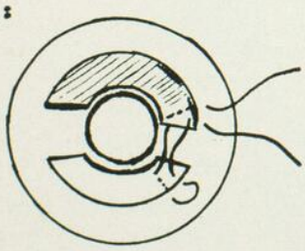
Sutures en matelas



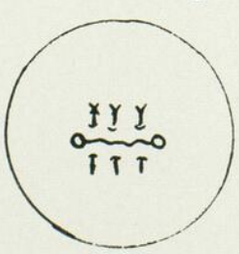
Nouvel orifice externe

Orifices droit et gauche

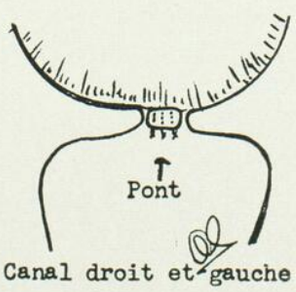
EN PONT :



Zone débridée



Sutures en matelas



Canal droit et gauche

Il emploie du fil d'argent qu'il noue dans le sens des aiguilles d'une montre sous une tension appropriée.

Ce procédé opératoire, nécessitant une courte hospitalisation, est facile à effectuer. Il offre une valeur psychologique inestimable par sa très grande sécurité.

Les fils peuvent être récupérés et enlevés facilement à la 36ième semaine. L'accouchement par les voies naturelles est possible par la suite.

Au cours d'un cerclage, le canal cervical doit être resserré de façon à ce qu'un dilatateur de Hégar no. 4 puisse tomber spontanément de lui-même. Chez la femme enceinte on devra user de son propre jugement.

3) *La trachélophastie.* Celle-ci est faite durant la grossesse après le 3ième mois, i.e. après que les multiples dangers dus à un défaut de conception soient passés. Elle peut être effectuée de la 14ième à la 30ième semaine de la gestation.

De l'orifice central (McDonald, en 1958). Les lèvres dénudées du col sont accollées latéralement au moyen de points en matelas.

Un nouvel orifice externe central inférieur à 0.5 cm. de diamètre est alors effectué.

En pont (Baden et Baden, en 1960). Les régions dénudées aux parties centrales du col sont accolées de haut en bas au moyen de points en matelas.

Ainsi se trouve constitué sous les membranes une sorte de pont limité par deux petits orifices latéraux. Ce pont prévient la rupture des membranes et empêche la dilatation du col.

« Simplex sigillum veri »: La simplicité est le signe de la vérité. Cette première technique récente, qui rappelle une opération de Lefort, est simple et donne d'excellents résultats.

Elle permet en effet de prolonger une gestation de 9 semaines en moyenne. Elle est excellente dans 100% des cas dans les grades II et I, i.e. à partir de la 24ième semaine de la gestation. Elle ne peut être recommandée dans les grades III et IV où les chances de succès sont de l'ordre de 25%.

On doit incorporer autant que possible la réparation d'une vieille déchirure au cours d'une trachéloplastie.

La trachéloplastie externe est une sorte de traitement chirurgical d'urgence au cours d'une incontinence cervicale en évolution. Au moment de l'accouchement, la lyse du pont peut s'effectuer spontanément, se faire sous vision directe ou encore digitalement.

Soins pré et post-opératoires

Les antibiotiques doivent être employés.

En dehors de la grossesse ces soins sont ordinairement simples, variables selon la technique et sans complication.

Durant la gestation ces soins seront très importants. L'emploie de la progestérone est recommandable (Stromme, en 1960).

Le pronostic sera en rapport avec les conditions du col ou de l'opération.

Un deuxième traitement chirurgical peut être répété au cours d'une même grossesse.

Le choix du mode d'accouchement devra varier selon la technique employée. Un cerclage pourra être sectionné à la 36ième semaine (Boyd, en 1959).

Une césarienne élective sera parfois nécessaire à la 38ième semaine.

Il faut garder à l'esprit, surtout après le cerclage, le danger de rupture utérine; M. Dumont souligne un cas de rupture utérine.

Efficacité du traitement

Selon les auteurs consultés, les bons résultats varient entre 70% et 90% des cas. En moyenne ils sont de l'ordre de 80% et davantage, à condition que le diagnostic soit correct ou que les malades soient bien choisies.

Conclusion

Cette dernière décennie a démontré que l'incontinence du col est un facteur d'avortement au 2ième trimestre.

Elle est actuellement une entité clinique positive qui peut être traitée efficacement.

BIBLIOGRAPHIE

1. W. F. BADEN et E. E. BADEN: Cervical Incompetence; Current Therapy. *Am. J. Obst. Gyn.*, **79**: 545, 1960.
2. W. F. BADEN et E. E. BADEN: Cervical Incompetence: Repair During Pregnancy. *Am. J. Obst, Gyn.*, **75**: 511, 1958.
3. R. H. BARTER, J. A. DUSBABEK, H. L. RIVA et J. PARKS: Surgical closure of the incompetent cervix during pregnancy. *Am. J. Obst. Gyn.*, **75**: 511, 1958.
4. R. BERMAN, B. P. SONNENBLICK et N. J. NEWARK: Intravaginal measurement of radiation dose incident to X-ray pelvimetry and hysterosalpingography. *Am. J. Obst. Gyn.*, **74**: 1, 1957.
5. G. BOYD: The treatment of Cervical Incompetence. *J. Obst. Gyn.*, Brit. Empire, **66**: 737 (8 oct.) 1959.
6. R. B. DURFEE: Surgical Treatment of the Incompetent Cervix during Pregnancy. *Obst. Gyn.*, New York, **12**: 91-98 (juillet) 1958.

7. C. EASTERDAY et D. E. REID: The Incompetent Cervix in Repetitive Abortion and Premature Labor. *New Eng. J. of Medicine,* **260**: 687 (2 avril) 1959.
8. V. B. GREEN-ARMYTAGE: *Gynéc. pratique,* **9**: 7, 1958.
9. V. B. GREEN-ARMYTAGE et J. C. M. BROWN: Habitual Abortion Due to Insufficiency of the Internal Cervical Os. *Brit. Med. J.* No 5037 128 (juillet) 1957.
10. J. P. GREENHILL: *Obstetrics ad.* 12, W. B. Saunders, édit., Philadelphie, 1960.
11. H. H. HALL: Occlusive trachelorraphy for Repeated Abortion due to Cervical Incompetence. *Am. J. Obst. Gyn.,* **71**: 226, 1956.
12. R.G. HUNTER, G.W. HENRY et R.M. HEINICKE: The Action of Papain and Bromelain on the Uterus. Part I: Mucolytic Properties of Papain and Bromelain, Effect on Cervical Mucus. *Am. J. Obst. Gyn.,* **73**: 867, 1957.
13. R. J. HUNTED, G. W. HENRY et W. H. CIVIN: The Action of Papain and Bromelain on the Uterus. Part III: The Physiologically Incompetent Internal Cervical Os. *Am. J. Obst. Gyn.,* **73**: 875, 1957.
14. J. W. JOHNSON: Cervical Incompetence and Habitual Abortion. *J. Obst. Gyn.,* B. Empire, **65**: 208 (avril) 1958.
15. J. W. JOHNSONE: Incompetence of the Internal Os; Report of a Case. *J. of Obst. Gyn.,* British Empire, **66**: 144 (février) 1959.
16. A. F. LASH: The Incompetent Internal Oc of the Cervix: Diagnosis and Treatment. *Am. J. Obst. Gyn.,* **79**: 552, 1960.
17. A. F. LASH et S. R. LASH: *Am. J. Obst. Gyn.,* **59**: 68, 1950.
18. G. E. LEWIS et T. P. REED: Management of the Incompetent Cervix During Pregnancy: Report of three Cases. *Obst. Gyn.,* N. Y., **13**: 498 (avril) 1959.
19. R. LYONNET et H. GUILLAUD: Another Full Term Pregnancy in a Woman Having Undergone Cerclage of the Cervix for Habitual Abortion. *Gyn. Obst.,* **11**: 372-374 (août) 1959.
20. I. A. McDONALD: Suture of the Cervix for Inevitable Miscarriage. *J. Obst. Gyn.,* Brit. Empire, **64**: 346 (juin) 1957.
21. E. W. PAGE: Incompetent Internal Os of the Cervix Causing late Abortion and Premature Labor: Technique of Surgical Repair. *Obst. Gyn.* N.Y., **12**: 509 (nov.) 1958.
22. H. PICOT et Coll.: Surgical Treatment of the Incompetent Cervix in Pregnancy. *Obst. Gyn.* N.Y., **12**: 269 (septembre), 1958.
23. F. E. RUBOVITZ, N. R. COOPERMAN et A. F. LASH: Habitual Abortion: A Radiographic Technique to Demonstrate the Incompetent Internal Os of the Cervix. *Am. J. Obst Gyn.,* **66**: 269, 1953.
24. W. B. STROMME, R. M. WAGNER et S. C. REED: Surgical Management of the Incompetent Cervix. *Obst. Gyn.* N.Y., **15**: 635 (mai) 1960.
25. E. S. TAYLOR et R. R. HANSEN: Incompetent Os of the Cervix as a Cause of Fetal Loss. *J.A.M.A.,* **171**: 1312 (7 nov.) 1959.
26. J. R. WILSON: Habitual Abortion due to Insufficiency of the Internal Cervical Os. *Brit. Med. J.,* No 5040, 352 (10 août) 1957.

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 90, No 5 — Montréal, mai 1961

SUR LES IMPLICATIONS MÉDICALES DES VOYAGES AÉRIENS

L'homme a maintenant conquis l'espace; le voyage interplanétaire est la prochaine étape. C'est un triomphe incroyable de la technologie, de la mathématique et de la physiologie.

La médecine de l'espace, qui est maintenant une réalité scientifique, ne sera plus réservée, dans quelques années, à un groupe sélect de théoriciens. Nous aurons à l'appliquer dans la pratique.

Dans moins de dix ans, les grandes lignes aériennes commerciales nous transporteront, à trente milles d'altitude, de San Francisco à Paris, en deux heures. Au retour, partant à minuit après une soirée à Paris, on arrivera à San Francisco pour le souper, à six heures de l'après-midi.

Il paraît donc élémentaire d'avoir quelques notions sur les problèmes médicaux que posent les envolées conventionnelles que nous effectuons tous et que nos patients effectuent de plus en plus.

Quel praticien n'a pas eu à se prononcer sur la capacité de tel ou tel de ses patients à s'envoler pour l'Europe, l'Ouest canadien ou le Mexique. N'oublions pas non plus le transport de malades gravement atteints, des points reculés vers nos grandes villes, ou de nos grandes villes vers les grands centres médicaux américains.

Il est facile d'être conservateur, et de refuser, ou déconseiller à un malade, un voyage aérien; mais cela est rarement justifié. Le voyage par la route ou le chemin de fer est bien plus souvent contre-indiqué, à cause de la longueur des trajets, de l'inconfort des moyens de transport, et parfois même à cause de l'altitude. En effet, le voyageur qui traverse les Rocheuses par voie terrestre est exposé à une plus grande altitude que celui qui les survole, dans une cabine pressurisée. Dans un « DC 8 » croisant à 40,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, l'atmosphère de la cabine est maintenue à une « altitude » de sept à huit mille pieds.

C'est à cause d'une raison purement économique que l'altitude ne dépasse, ou n'atteint jamais 10,000 pieds dans les aérobus commerciaux. En effet, à cette altitude, la loi oblige les compagnies à fournir de l'oxygène aux passagers. Or il serait très coûteux d'administrer de l'oxygène à soixante ou soixante-dix passagers pendant tout un trajet, et beaucoup plus économique de pressuriser la cabine.

Au niveau de la mer, c'est-à-dire à l'altitude zéro, la composition de l'air alvéolaire est la suivante: Azote, 80%; Oxygène, 14%; CO_2, 5.6%. (Le CO_2 varie de 4.7 à 6.4%.) Cet air alvéolaire est soumis à la pression atmosphérique, 760 mm. Hg, moins la pression exercée par la vapeur d'eau dont il est saturé. Cette pression, à la température du corps, (37°C.), est de 47 mm. Hg. Donc: 760 — 47 = 713 mm. Hg.

Cette pression de 713 mm. Hg se distribue en pressions partielles pour chacun des gaz qui compose l'air alvéolaire. La pression partielle de l'oxygène alvéolaire est de 100 mm. Hg; celle du CO_2, 40 mm. Hg. Les pressions sont en équilibre avec les pressions partielles de l'oxygène et du CO_2 artériels.

Dans le sang veineux, la pression partielle de l'oxygène est de 40 mm. Hg et celle du CO_2, 46 mm. Hg.

A une altitude de 6,000 pieds, la pression atmosphérique est d'environ 600 mm. Hg. Soustrayant la pression partielle de la vapeur d'eau à 37°C., soit 47 mm. Hg, on obtient une pression de 553 mm. Hg pour l'air alvéolaire à 6,000 pieds.

Cette chute de tension a une importance minime pour ce qui est de l'apport d'oxy-

gène, le gradient de pression entre l'oxygène alvéolaire et l'oxygène veineux étant suffisamment grand. Il faudrait un bloc alvéolo-capillaire important pour empêcher la diffusion de l'oxygène à travers la membrane alvéolocapilaire, le gradient de pression étant de 78 mm. Hg à 46 mm. Hg.

Par ailleurs, le gradient de pression entre le CO_2 veineux et le CO_2 alvéolaire est moindre. Et même si la capacité de diffusion du CO_2 est plus grande que celle de l'Oxygène, on comprend qu'une personne dont la tension du CO_2 alvéolaire est augmentée de façon chronique peut avoir de la difficulté à se débarrasser de son gaz carbonique; surtout si quelque problème de mécanique respiratoire réduit sa capacité de ventilation.

C'est le cas de l'emphysémateux chronique, qui retient beaucoup de CO_2 dans son air résiduel; aussi celui du déformé thoracique, ou de celui qui porte un fibrothorax, ne pouvant par une hyperventilation volontaire abaisser sa tension en CO_2. Il en résulte une désaturation du capillaire pulmonaire.

Une insuffisance coronarienne par ailleurs ne sera pas aggravée par l'altitude si la ventilation du malade est normale ou suffisante.

On a accumulé une quantité imposante d'informations sur le transport aérien des malades, tant chez les forces armées américaines, que chez les grandes lignes aériennes, en particulier celles qui desservent la ville de Rochester, où se trouve la Clinique Mayo.

D'après les experts en la matière, les principaux problèmes ne sont pas d'abord la réduction de la tension en oxygène et la réduction de la pression barométique; mais premièrement l'anxiété, et deuxièmement le mal des transports.

Le principal rôle du médecin, dans la grande majorité des cas sera de rassurer son malade sur sa capacité à effectuer une envolée. Il pourra donner cette assurance en tenant compte des facteurs que nous étudierons plus bas. Un tranquillisant, ou un sédatif avant de monter à bord, peut être d'une grande utilité; il ne faut pas oublier que l'anxiété augmente le travail cardio-pulmonaire. Le contrôle de l'anxiété aidera également à contrôler le mal des transports. Il est de plus recommandé de prendre un léger repas avant de monter à bord. Enfin, il existe un certain nombre de préparations médicamenteuses qui contrôlent raisonnablement bien le mal des transports. Ce contrôle est particulièrement important chez les diabétiques, chez qui des vomissements peuvent entraîner la déshydratation et l'acidose, ou encore, l'hypoglycémie.

Pour ce qui est de la réduction de la pression partielle de l'oxygène, le noeud du problème est la capacité d'hyperventiler; on peut presqu'affirmer que qui peut hyperventiler, peut voler.

L'emphysémateux, s'il ne présente pas de complication et ne souffre que de dyspnée à l'effort peut sans inconvénient atteindre une altitude de 8,000 pieds. Cependant, s'il présente de la cyanose, ou si son ampliation thoracique est grandement diminuée, il ne devrait pas dépasser 6,000 pieds d'altitude. La même restriction s'applique à l'emphysème compliqué d'une fibrose avec bloc alvéolo-capillaire moyen. Quant à l'emphysémateux qui en plus de la cyanose, présente une tendance à l'acidose, ou un cœur pulmonaire, sa limite s'établit à 4,000 pieds. Enfin la pneumonectomie chez un emphysémateux représente une contrindication absolue à l'envolée aérienne.

Un risque que court l'emphysémateux lors d'un voyage en avion, c'est que constatant chez lui une dyspnée importante, on lui fasse respirer de l'oxygène. Ceci augmente la rétention de CO_2 et accentue la tendance à l'acidose. Le personnel des lignes aériennes peut ne pas être au courant du danger de l'oxygène chez les insuffisants respiratoires.

Le risque n'est pas le même chez les malades ne présentant qu'un problème restrictif, comme la pachypleurite ou le fibrothorax, ou un problème de diffusion, comme le bloc alvéolo-capillaire. Ces deux catégories

de malade sont grandement aidées par l'administration d'oxygène.

Une autre catégorie de malades qui bénificie de l'administration d'oxygène, c'est celle des insuffisants coronariens qui pour une raison ou une autre ne peuvent pas augmenter leur ventilation; soit qu'en plus de leur angine leur réserve pulmonaire soit diminuée, ou une cause mécanique les empêche d'augmenter leur régime respiratoire.

Quant au malade qui a fait un infarctus du myocarde, on recommande d'attendre huit semaines avant de lui permettre un voyage aérien.

Chez le cardiaque dont l'oxygénation est considérée comme marginale, il est sage de limiter l'altitude à 6,000 pieds. Quant au cardiaque décompensé, c'est-à-dire en insuffisance, il ne devrait voler qu'en cas d'extrême urgence; et dans ce cas, on doit lui administrer de l'oxygène à 100% dès le départ.

Pour finir, un mot sur le tabac. L'emphysémateux, comme le coronarien d'ailleurs, ne devrait jamais fumer; encore moins lorsqu'il est en avion. Il faut savoir que fumer augmente l'altitude physiologique de deux à trois milles pieds. Là encore, il faut exercer son jugement et permettre de fumer à celui pour qui la cigarette est un tranquillisant qui calme son anxiété. La même remarque s'applique à l'alcool.

Ces quelques remarques sont forcément incomplètes. Elles veulent seulement attirer l'attention du praticien sur un problème pratique qui se pose de plus en plus fréquemment. Avant que l'avion ne devienne démodé et vieux, il est important de savoir à quelles conditions nos patients peuvent s'en servir.

François LEGER

VARIÉTÉS

L'ENSEIGNEMENT À L'HÔPITAL SOUS L'ASSURANCE-HOSPITALISATION EN ONTARIO [1]

Antonio LECOURS,
Professeur Agrégé de Chirurgie (Ottawa).

La loi sur l'Assurance-Hospitalisation, telle qu'approuvée par le Parlement Fédéral le 10 avril 1957, montra bien vite que si cette mesure sociale prévoyait les soins en milieu hospitalier, le législateur ne s'était pas inquiété ni des soins du médecin, ni de l'enseignement médical. Celui-ci se verrait dépossédé de toute une catégorie de patients autrefois disponibles pour les besoins cliniques et maintenant protégés par une assurance et donc ayant le libre choix de leur médecin.

Ecoles de médecine et corps académiques se sont émus de cette perspective, et sept mois après, l'Association des Ecoles de Médecine du Canada présentait au Ministre du Bien-Etre et de la Santé Nationale un mémoire sur la nécessité de maintenir et même d'augmenter les facilités d'enseignement dans les hôpitaux, afin d'assurer des services adéquats par un personnel médical compétent. Cette requête montrait en particulier l'importance de blocs enseignants hospitaliers (teaching units) d'au moins dix lits par étudiant et de services de clinique externe bien organisés et bien supportés financièrement pour le diagnostic et le traitement.

L'adoption de cette loi par la province d'Ontario suscita les mêmes inquiétudes et amena les mêmes représentations de la part des écoles de médecine.

Et depuis le 1er janvier 1959 que l'Assurance-Hospitalisation est appliquée dans cette Province, il est intéressant de faire le bilan des conditions actuelles de l'enseignement dans les hôpitaux affiliés à l'université.

Bien que notre expérience soit courte et que les études et enquêtes soient toujours en cours, il est possible d'ores et déjà de discerner certaines tendances comme de considérer certaines possibilités.

Disons d'abord que bien longtemps avant l'avènement de cette mesure sociale, 75% des malades de cette Province étaient déjà assurés individuellement ou en groupes et que la pénurie de malades de salles posaient déjà les mêmes problèmes pour l'enseignement. Ce facteur semble avoir rendu la transition moins sensible.

Actuellement les patients admis à l'Hôpital Général d'Ottawa sont partagés en quatre grandes catégories:

1. Les malades privés qui paient eux-mêmes leurs frais d'hôpital et de médecin.

2. Ceux qui sont protégés par une assurance-groupe pour tous ces soins en plus de leur Assurance Hospitalisation provinciale.

3. Les assurés de la Province sans autre protection.

4. Les malades indigents au sens de la loi de l'assistance publique.

Après ces quelques mois d'opération, il ne semble pas que le patient soit devenu conscient outremesure de son statut d'assuré et veuille se prévaloir de sa promotion pour se refuser à l'enseignement. Nous croyons même observer un clivage dans l'attitude des malades par suite de leur classification. Le malade de l'Assurance-Hospitalisation exclusive semble réaliser que ses moyens sociaux restent limités, qu'il demeure en partie à charge de la communauté et qu'il doit compensation par une bonne volonté mise au service du bien commun, dont l'enseignement n'est pas la moindre part.

C'est dans le même esprit que bon nombre de patients fréquentent à l'hôpital les cliniques provinciales de cancérologie, de rhumatologie, de psychiatrie etc., où l'enseignement peut puiser plus facilement et recevoir l'aide du personnel affecté au fonctionnement de ces cliniques

Il reste pourtant que les coudées de l'enseignement sont moins franches et que cette nouvelle situation crée par l'Assurance-Hospitalisation peut devenir critique.

Il faut donc en chercher dès maintenant une solution permanente et voici, à notre avis les possibilités quil y aurait lieu d'explorer: la législation, le rôle de l'hôpital même, les nouvelles méthodes d'enseignement, le système de préceptorat, l'Hôpital proprement universitaire et enfin le statut quo.

1. Communication présentée devant le Comité d'Economie Médicale de l'A.M.L.F.C.

1 — La législation

Nous avons vu que toutes les facettes de l'Assurance Hospitalisation n'ont pas encore été exposées à la législation. L'enseignement est une de celles-là.

On semble croire en certains milieux enseignants que l'extension probable et prochaine des privilèges de cette mesure sociale aux services de cliniques externes augmentera le nombre de patients disponibles pour l'enseignement. Pourtant, à moins d'une disposition spéciale de la loi, ces patients resteront des assurés et comme tels auront toujours droit au choix de leur médecin.

On ne voit pas non plus comment la loi actuelle pourrait réserver à l'hôpital des blocs de lits exclusifs pour l'enseignement et obliger ses assurés à les occuper, tel que suggéré dans le mémoire de l'Association des Ecoles de Médecine.

Il serait donc nécessaire d'amender la loi dans le sens de clauses, de provisions obligeant les assurés à se mettre à la disposition de l'enseignement à leur admission à l'hôpital ou en consultation externe. Une telle mesure ne serait sans doute ni possible ni désirable actuellement.

2 — Le rôle de l'hôpital enseignant

Un danger pour l'administration hospitalière, sous la nouvelle loi, serait de se complaire dans l'affluence de la clientèle et l'équilibre, la sécurité du budget, et de faire une place seconde à l'enseignement de son personnel médical, et de ne pas percevoir à temps de ce fait le fléchissement dans la qualité des soins. Sans les facilités d'enseignement, l'hôpital ne peut remplir pleinement sa mission communautaire et risque de tomber dans une infortune beaucoup plus prosaïque: le boycottage par les internes et les résidents.

L'hôpital a donc tout intérêt à se joindre aux écoles de médecine et aux corps académiques dans les représentations aux gouvernements, quitte à adapter à son milieu les modalités permises par la loi.

Par ailleurs, l'Etat a délégué au médecin de l'hôpital une partie de ses soins administratifs et compte sur lui pour l'établissement de ses statistiques, la limitation des jours d'hospitalisation, etc.

Nous croyons que l'hôpital peut dans une bonne mesure alléger la tâche de ses médecins afin de les libérer pour le soin de leurs malades et les obligations de l'enseignement.

De plus en coopération avec l'école de médecine, la fréquentation précoce de l'hôpital par l'étudiant, imbu de notions suffisantes d'éthique médicale, et l'intégration rationnelle du stagiaire au personnel médical pourraient faciliter l'enseignement auprès de toutes les catégories de malades.

3 — Les nouvelles méthodes d'enseignement clinique

Une solution partielle du problème de l'enseignement dans les hôpitaux sous l'Assurance-Hospitalisation sera peut-être fournie par les nouveaux moyens de communication et le développement des sciences bio-chimiques.

Une tradition chère aux cliniciens associe constamment leur enseignement à la présence obligée du malade au cours de leurs leçons. L'enseignement au lit du malade a servi admirablement bien des générations de médecins, mais on peut se demander s'il n'est pas dépassé dans certains domaines de la médecine. Ainsi l'étude de certaines maladies endocriniennes et hématologiques tirent leurs enseignements surtout du laboratoire.

N'a-t-on pas entendu il y a quelques mois le Professeur Jean Gosset émettre dans sa leçon inaugurale à la chaire de Chirurgie de la Faculté de Médecine de Paris les opinions suivantes, que je cite:

« Je ne crois pas que l'enseignement clinique, si distinct soit-il de celui de la pathologie, exige des moyens pédagogiques très spéciaux. Sauf pour l'éducation essentielle du palper, la leçon clinique n'impose ni la présence d'un malade au centre d'un amphithéâtre, ni le cercle d'élèves autour d'un lit. Je reste choqué par ce qu'il y a d'inhumain à ravaler un homme au rang d'objet didactique. Pour tout ce que la vue peut nous apprendre, le cinéma, l'image photographique, la télévision suffisent.

« Quant à la discussion d'une observation qui, dans le balancement régulier, confronte, oppose ou rapproche le dessin linéaire de la pathologie et l'image réelle du cas particulier, comment ne trouverait-elle pas sa place dans un grand amphithéâtre aussi bien que dans une salle d'hospitalisation. La plus brillante question du concours ne devient pas une leçon clinique du seul fait qu'on la récite auprès d'un malade.

« Je pense que l'étude sur le vivant — quel horrible terme — doit en chirurgie se limiter à l'éducation silencieuse et discrète du palper. Celle-ci n'exige qu'une proportion raisonnable entre le nombre des stagiaires et celui des lits d'hospitalisation ».

On peut donc penser que l'orientation de la science médicale aussi bien que les nouveaux moyens

audio-visuels peuvent obvier dans une certaine mesure les difficultés de l'enseignement attribués à la pénurie d'une certaine classe de malades, en rendant moins obligée et moins constante la présence du patient.

4 — Préceptorat et compagnonnage

Si la loi de l'Assurance-Hospitalisation, même amendée, ne peut favoriser davantage l'enseignement dans les hôpitaux par ce qu'elle ne peut enlever à ses assurés le libre choix du médecin, ni même alors les obliger à se soumettre à l'enseignement, il se peut qu'une bonne partie de cette mission revienne au médecin de pratique générale, surtout lorsque celui-ci aura accès à l'hôpital enseignant.

Bien avant la formation des cadres rigides modernes de l'enseignement de la médecine, le compagnonnage avait, de temps immémorial, fait ses preuves. Sans y être forcé par aucune mesure sociale, l'Université du Wisconsin y revenait en 1926, et depuis, plus d'un quart des 85 écoles de médecine des Etats-Unis ont adopté une forme de préceptorat partiel.

Au Canada, et à la demande même des étudiants en médecine, les Universités de Toronto et de Montréal ont établi le même système, à la satisfaction des étudiants et des praticiens.

Il n'est pas impossible que le précepteur trouve un jour le chemin de l'hôpital et de l'école de médecine, où le suivra ou le retrouvera son élève, pour contribuer ainsi à résoudre le problème de l'enseignement.

5 — L'hôpital universitaire

Il est hors de doute que la charge de l'enseignement dans les hôpitaux affiliés peut être grandement allégée par l'hôpital proprement universitaire. La fonction officielle et spécialisée de celui-ci étant connue du public, celui-ci s'attend à y être l'objet de l'enseignement. L'hôpital général serait laissé avec un enseignement plus général, plus accessible au médecin et à l'étudiant et refléterait mieux l'exercice ordinaire de la médecine en clientèle. L'étudiant pourrait toujours retrouver à l'hôpital universitaire les 15% de cas spéciaux aux mains des scientistes et des chercheurs.

6 — Le statu quo

Enfin, il se peut que la solution réside dans une sorte de « statu quo », un certain « modus vivendi » basé sur la coopération patient-médecin-hôpital.

Et ceci pourvu que des édits intempestifs ne viennent pas jeter le trouble dans l'opinion populaire et susciter des oppositions inconsidérées. Il se pourrait en effet que l'éveil d'une opinion populaire encore mal instruite de cet aspect de l'Assurance-Hospitalisation en rende la solution plus difficile. Il semble donc désirable que la discussion à ce stade ne dépasse pas les cadres professionnels, hospitaliers et universitaires. Autrement dit, il ne faudrait pas compliquer ce qui est simple et il faudra simplifier ce qui paraît compliqué. Et à ce sujet nous croyons qu'une entente à l'amiable entre patient et médecin sera toujours plus facile en milieux latins qu'en pays anglo-saxons où on sent toujours le besoin de s'appuyer sur des lois.

Une nouvelle psychologie formée par l'éducation du malade, du médecin et des milieux hospitaliers sera sans doute nécessaire. D'ailleurs un changement d'attitude, une revision de nos concepts sur le secret professionnel, les droits sur la personne humaine, l'invasion de la vie privée seront toujours moins odieux que la coercition législative. Nous avons aujourd'hui des moyens de communication assez puissants pour faire comprendre au public les buts suprêmes de l'enseignement médical et ses avantages pour le bien-être de l'individu et de la communauté. Ce n'est pas trop espérer qu'on voudra un jour coopérer à la diffusion de cet enseignement comme on contribue avec enthousiasme aujourd'hui aux banques de sang, aux sociétés de bienfaisance, et à des examens de laboratoire de toutes sortes à l'hôpital.

Et pourvu que ce soit le propre médecin du patient qui se charge de la démonstration, à deux ou trois étudiants, internes ou résidents, pourquoi le patient soi-disant privé aurait-il plus d'objection à coopérer à l'enseignement en milieu hospitalier qu'à domicile. Une telle objection semble avoir toujours résidé beaucoup plus dans l'amour-propre du médecin que dans l'esprit du malade.

D'ailleurs, nous avons toujours senti chez le malade, quel que soit son statut social, un intérêt marqué dans la discussion de son cas, de la reconnaissance pour tant d'attention, et une certaine satisfaction de servir ainsi au bien commun. Il paraît se rendre compte que la discussion de son cas augmente la sécurité de ses soins, puisque pour en parler et pour répondre aux objections de ses interlocuteurs, le médecin enseignant doit l'avoir étudié à fond.

Il faudra sans doute aussi au malade et au médecin un « supplément d'âme ». Au malade, pour

comprendre que les trois missions de l'hôpital sont les soins des patients, la recherche, mais aussi la formation des médecins. Il devra se rendre compte que le prix de la sécurité sociale et une plus grande coopération sous toutes ses formes, et aussi que ce bien commun n'est pas incompatible avec la dignité humaine.

Un des bienfaits de l'Assurance-Hospitalisation sera le coup de grâce donné au vocabulaire de l'objet de l'enseignement clinique dans nos hôpitaux. Les mots « matériel », « utilisation », « malades de salles » répugnent et n'ont pas peu contribué sous la loi de l'assistance publique à la déchéance d'une certaine classe de clients des hôpitaux et la formation de préjugés en opposition avec l'enseignement.

Nous croyons donc que le plus grand nombre retrouveront leur dignité sous la nouvelle mesure sociale et pourront coopérer en hommes libres à l'enseignement.

Quant au médecin enseignant, il restera toujours l'amortisseur de chocs entre l'administration et le malade. Il devra s'imprégner d'humanisme pour en inspirer son malade et rester le rempart de sa dignité.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

À PROPOS DE MORSURE DE RAT

Pierre LANGEVIN,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Observation.

Il y a quelques années, un petit garçon de 4 ans se fait mordre une joue, dans son sommeil, par ce qu'il croit encore être un chat. Le lendemain, c'est le tour de la bonne et au front; elle pousse les hauts cris, on tue la bête monstrueuse. C'est un énorme rat, au pelage fauve, dont les quartiers d'hiver à N.D.G. avaient probablement été dérangés par des travaux de voirie du voisinage.

Quelques jours se passent sans incident, les morsures sont toutes petites et semblent en bonne voie de guérison. J'ai vu les mordus vers le cinquième jour après les événements. Car les parents ont remarqué, depuis le matin, autour des deux petites plaies pratiquement cicatrisées, sur la joue de leur petit garçon, l'apparition d'une rougeur du diamètre d'un vingt-cinq cents. Et même phénomène chez la bonne, qui accuse en plus de vives douleurs au genou gauche. Cette articulation n'est pas rouge, elle est à peine œdématiée, mais très sensible à la mobilisation. En dehors de cela, pas d'autres symptômes: pas de fièvre, pas d'éruption généralisée, pas de lymphangite ni adénite régionales. Nous instituons un traitement à l'auréomycine pour les deux patients: tout rentre dans l'ordre en quelques jours. La bonne a quitté ce foyer deux ans plus tard, sans accuser de récidive, ni le petit garçon, près de quatre ans maintenant après le drame.

* * *

Au nombre des agréments que nous vaut la présence des rats parmi nous — et sans compter les amputations de nez, d'oreilles et de parties de membres chez les nourrissons — il faut mentionner deux infections transmises par leur morsure, infections bien distinctes et dont cependant la symptomatologie se ressemble: le Sodoku et la Fièvre de Haverhill, ou septicémie à strepto-bacilles moniliformes.

Ce sont deux maladies fébriles, à début brusque, de durée variable, faites d'exacerbations et de rémissions, accompagnées de myalgies, d'arthralgies, d'exanthème et de leucocytose. Le spirille minus est l'agent étiologique du Sodoku, le streptobacille moniliforme, celui de la Fièvre de Haverhill.

Le Sodoku est donc une maladie à spirochètes, transmise par la morsure de rats infectés, et caractérisée par une réaction inflammatoire locale tardive au niveau de la morsure, accompagnée d'une lymphangite et d'une adénite régionales. La température s'élève rapidement, peut atteindre jusqu'à 104 ou 105° F., et dure en moyenne 1 ou 2 jours, pour revenir à la normale quelques jours, et s'élever encore, pour une couple de jours, jusqu'à 104 - 105. Il est remarquable qu'au moment des poussées thermiques, apparaissent l'éruption maculo-papuleuse, et à l'endroit de la morsure, pourtant bien guérie, un retour de sensibilité, d'érythème et d'induration. Cette éruption peut se compliquer d'une poussée urticarienne, de douleurs articulaires plus ou moins intenses (assez rares), et quelquefois de troubles sensitifs et moteurs. La formule blanche est habituellement élevée, de 15 à 20,000, avec prédominance des polynucléaires et éosinophilie légère. A mesure que le temps passe, les poussées deviennent de moins en moins violentes pour s'évanouir et disparaître complètement. On rapportait une mortalité d'environ 10%. On peut maintenant rencontrer le Sodoku partout dans le monde.

La Fièvre de Haverhill (ou septicémie Haverhillia) — du nom de cette petite ville du Massachussets où on en avait observé une épidémie transmise par le lait provenant d'une vache dont le pis avait été mordu par un rat — ou arthrite aiguë érythémateuse épidémique, est une maladie causée par le streptobacillus moniliformes. Elle est caractérisée par une période d'incubation plus brève et par des poussées thermiques moins élevées que dans le Sodoku, un exanthème plus ou moins discret, et l'apparition hâtive d'une arthrite assez sévère et fréquemment généralisée.

En général la réaction autour de la morsure est moins marquée, et il n'y a pas de lymphadénite régionale. La fièvre est intermittente, et elle peut persister des semaines et même des mois. Assez rapidement au début de la maladie, une éruption maculo-papuleuse, parfois de type urticarien, apparaît aux bras, aux mains et aux pieds et qui disparaît à la pression.

Sur ce tableau clinique assez banal se greffe parfois une infection des voies respiratoires supérieures. Mais ce qui distinguera le plus souvent la maladie de Haverhill du Sodoku c'est l'apparition précoce d'une arthrite plus ou moins sévère et plus ou moins généralisée. En général, la maladie est bénigne, et après un temps indéterminé, même sans traitement, elle s'épuise et disparaît.

Cette maladie est aussi transmise ou directement ou indirectement par les rats. Sa présence a été rapportée en Europe et en Amérique.

Dans les deux cas, on établira le diagnostic sur l'histoire de la maladie, et sur les signes cliniques observés. On confirmera celui du Sodoku par un examen direct sur fond noir. Celui-ci sera rarement possible à partir des lésions, il faudra inoculer des souris blanches ou des cobayes de laboratoire qui développeront des lésions chancroïdes, et c'est à partir de ces dernières qu'on mettra le spirochète en évidence. Il est à noter qu'on peut avoir une fausse réaction positive au B. W. dans le Sodoku. On pourra cultiver le streptobacille de la Fièvre de Haverhill à partir du sang ou des articulations du malade. On peut aussi faire un séro-diagnostic d'agglutination.

Comme traitement, la pénicilline et l'auréomycine sont des armes de choix: elles ont supplanté les arsénicaux.

Résumé

Deux patients ont été mordus par un même rat, et tous deux ont fait un début de fièvre de Haverhill. Description de cette dernière et du Sodoku, deux maladies transmises par la morsure de rat. Exposé de leurs ressemblances et leurs divergences, tant cliniques que de laboratoire.

Summary

Two patients have been bitten by the same rat, and have developped a rat bite fever. The two disease entities of Sodoku and Haverhill Fever, which can be transmitted by rat bites, are discussed, with their clinical and laboratory similarities and differences.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. Emmet HOLT, Jr. and R. McINTOSH: *Pediatrics* (Text Book). Appelton Century- Crafts, Inc., N. Y. 1953, pp. 1272-73.
2. W. E. NELSON: *Textbook of Pediatrics*. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1948.
3. T. T. MACKIE, G. W. HUNTER, C. B. WORTH: *A Manual of Tropical Medicine*. W. B. Saunders Co., édit., pp. 125 et ssq.
4. P. MILLIEZ, F. BONNENFANT: *Maladies infectieuses* (Collection Médico-chirurgicale à revision annuelle). Editions Médicales Flammarion, édit., 1955, pp. 309 et ssq., et 1283 et ssq.
5. A. FONTAN, P. VERGER, J. BRUTEGAT, MARTIN et DUBREUIL: Sodoku chez deux enfants de 15 mois et 13 ans; guérison par l'auréomycine. *Arch. fr. de Péd.*, **8**: 326, 1951.

CANCERS MULTIPLES ET COEXISTANTS CHEZ LE MÊME INDIVIDU

Lionel-E. FOURNIER.

Billroth, en 1869, fut le premier auteur à rapporter des cas de cancers primitifs multiples chez un même malade. Par la suite, on rapporta des observations de plus en plus nombreuses qui comportaient plus qu'une néoplasie chez le même sujet, ces tumeurs pouvant être coexistantes ou non.

Charles G. Moertel (1) publia, en 1957, un travail portant sur 120 cas où sont associés un lymphome ou une leucémie et une autre lésion maligne coexistante. Il y compila la revue de la littérature sur le sujet.

Le même auteur (2), en 1958, rapporta un total de 261 cas de cancers multiples du côlon sur un total de 6,012 cancers de cette partie de l'intestin, soit un pourcentage de 4.3% et, de plus, 21 cas (8%) de ces 261 patients étaient également porteurs d'un autre cancer entièrement différent. Cela indiquerait peut-être une tendance, une susceptibilité de ces sujets pour les processus néoplasiques, de sorte que Moertel conclut que, lorsque le diagnostic d'une lésion maligne du côlon ou du rectum a été posé, tout le côlon doit être exploré.

En urologie, nous soulignons l'étude de St-Martin (3) en 1950 qui fait un relevé de la littérature portant sur l'appareil urinaire.

Plus près de nous, Melicow (4) publia une étude de 27 cas de lésions néoplasiques variées sur un total d'environ 5,000 spécimens de cancers urologiques, ces tumeurs originant de tissus différents du même organe (6 lésions tumorales) ou d'un organe différent (48 néoplasies) du tractus urinaire (pour un total de 54 lésions, dans ces 27 cas) et ces néo étant co-existants (23 cas) ou non (4 cas). Les six tumeurs originant du même organe étaient de la vessie dans 4 cas et du rein chez 2 malades.

Dans la revue « Armed Forces Institute of Pathology » (page F-30-12), une étude statistique basée sur 27,909 cas de cancers primitifs, montre une

incidence de 621 cas, soit 2.2%, pour les néos du rein, se situant environ au quinzième rang dans l'ordre de fréquence. Egalement nous relevons la fréquence respective des tumeurs du rein, soit:

Carcinome 83.4%,
Tumeurs du bassinet 7.7%,
Néphro-blastome (Wilm's) 5.6%,
Sarcôme 3.3%.

Le néphro-blastome se rencontrant presque exclusivement dans la première décennie de la vie et le carcinome très rarement avant 40 ans.

Observation.

C.L. mâle, blanc de 64 ans, est admis à l'hôpital Notre-Dame le 26 mai 1959, se plaignant de troubles digestifs depuis 5 mois seulement, sous forme de douleurs légères à l'hypocondre droit survenant après les repas presque tous les jours. Pas de nausées, ni vomissements. Pas de selles blanches. Pas d'ictère. Cependant, il note des urines brunes à deux reprises. Il n'y a eu qu'un épisode sérieux comportant une douleur assez importante au point de Murphy, avec irradiation à l'épaule; cet épisode a duré deux jours.

L'examen physique révèle qu'il s'agit d'un homme obèse; l'abdomen est souple mais il existe une sensibilité exquise au point de Murphy. Le toucher rectal montre une prostate irrégulière, augmentée de volume, mal délimitée, une dureté ligneuse, surtout au niveau du lobe droit. Le sillon médian est disparu.

Le malade est opéré le 28 mai pour approche vésiculaire et au cours de la laparotomie, le chirurgien note une loge rénale habitée par une énorme masse, dure, peu mobile, bosselée et en partie calcifiée à la face postérieure. On pratique la cholécystectomie. Le rapport anatomo-pathologique confirme le diagnostic de cholé-lithiase avec présence de plusieurs calculs.

C'est alors qu'on consulte l'urologue. L'urée est à 52 mg.%. Les urines sont claires par ailleurs, sans cylindres, ni sang. L'hémoglobine est à 57% avec 3,650,000 globules rouges. La série métastatique est négative, sauf qu'il semble exister un épanchement liquide à la base gauche et un feston à la coupole diaphragmatique ou une masse postérieure dans la base droite. La phosphatase acide est à 0.4 et la phosphatase alcaline à 7.0 unités. La pyélographie rétrograde confirme le diagnostic d'une large lésion expansive du rein droit.

Le patient quitte l'hôpital le 13 juin 1959 après des suites post-opératoires sans incident. On lui recommande de revenir subir une néphrectomie dans le plus bref délai.

C.L. nous revient trois mois plus tard. A ce moment, le rein droit est palpable. L'hémoglobine est à 54%, les urines sont toujours claires et l'urée est à 49. La phosphatase acide est à 1.2 et l'alcaline à 6.8. La série métastatique est toujours normale. Une néphrectomie avec résection de la douzième côte est pratiquée le 1er octobre 1959. Le rein est constitué par une énorme tumeur de consistance ferme et multi-lobulée. Antérieurement, le péritoine est envahi par la masse néoplasique. A la face postérieure, il y a plusieurs ganglions durs dans le panicule adipeux et qui sont très durs et semblent être des métastases. La pièce est envoyée « in toto » en pathologie pour examen macroscopique.

« Le rein a été enlevé en entier avec une énorme masse tumorale. Le tout mesure 7 x 15 x 15 cms. A l'une des extrémités de la masse, on aperçoit le pôle inférieur du rein ainsi que l'uretère qui a été sectionné à environ 8 cm. du hile. Le pôle inférieur du rein ici fait saillie sur 5 cm. de longueur. La veine rénale a été fixée à cet endroit et l'on constate qu'elle n'est pas envahie. La tumeur est en grande partie entourée par de la graisse péri-rénale et le fascia de Gerota. Extérieurement, elle est grossièrement bosselée et de coloration grisâtre. En coupe, la tumeur est dans la majeure partie constituée par un tissu d'aspect juteux ou vaguement myxomateux présentant de vagues faisceaux blanchâtres tourbillonnants; parfois, la tranche de section présente de multiples petites lacunes remplies par un liquide limpide jaunâtre. En périphérie de cette masse principale, il existe quelques ciseaux d'aspect nécrotique jaunes chamois. Juste au-dessus de la zone rénale normale, il existe une autre région d'environ 3 x 4 cm. présentant une coloration vaguement semblable à celle d'un ganglion lymphatique. Plusieurs fragments de côtes mesurant 10 cm. de longueur ». (Dr Pierre Simard).

Histologie

« En comparant les prélèvements de cette tumeur, avec l'examen macroscopique, on se rend compte qu'il y a deux types bien différents de prolifération néoplasique correspondant aux deux images macroscopiques décrites.

« Il existe en effet un sarcome fait de cellules arrondies à cytoplasme et acidophile et à noyau également allongé dans le sens de la cellule. Ces cellules d'aspect musculaire se disposent en faisceaux qui s'orientent dans tous les sens. Elles sont traversées par des vaisseaux qui n'ont pas de paroi propre. De vastes régions de cette portion sarcomateuse sont complètement nécrotiques ou scléreuses et hémorragiques.

« A côté de ce sarcome musculaire, pousse une tumeur épithéliale ayant les caractères multiples de la tumeur de Grawitz et se présentant sous forme de boyaux cellulaires à cytoplasme vidées ou sous forme de tubes à cellules plus ou moins adidophiles.

« Dans cette portion également, les zones nécrotiques et hémorragiques sont abondantes. Les deux formes tumorales viennent en collision par endroits et la portion sarcomateuse semble infiltrer la portion épithéliomateuse à sa périphérie. Le rein lui-même (ce qui en reste) est tout à fait atrophique.

Conclusion

Sarcomes musculaires et tumeurs de Grawitz du même rein ». (Dr Gélinas-Mackay).

Evolution

Les suites opératoires furent encore sans incident. Le malade quitta l'hôpital treize jours plus tard.

Il fut revu par la suite à quelques reprises et à sa dernière visite en novembre dernier le malade avait repris son poids et son travail et se sentait encore en bon état de santé.

Il s'agit donc d'un sarcome musculaire et d'une tumeur de Grawitz du même rein; on pourrait, en plus, ajouter le diagnostic d'épithelioma de la prostate, celui-ci ayant fait sa preuve cliniquement au toucher rectal, ce qui ferait trois néoplasies distinctes chez le même individu.

Commentaires

1° Nous ne pouvons trop insister sur le fait d'examiner nos patients d'une façon complète. Certes, on décrit une triade symptomatique des tumeurs rénales:

l'hématurie (60%),
des douleurs aux flancs (56%),
des masses palpables (20%).

Mais l'hématurie sans cause apparente peut être le seul signe d'une tumeur rénale; d'autre part, elle peut faire défaut.

2° Enfin, il existe assez fréquemment des associations de divers cancers, particulièrement sur le tractus urinaire. Si l'on voit une tumeur papillaire de la vessie, l'investigation complète et impartiale de tout l'arbre urinaire s'impose, car cette tumeur peut être une néoplasie complètement différente d'une autre située plus haut; en effet, selon St-Martin, dans 25% des cas de cancers multiples, la vessie est intéressée.

Résumé

Nous avons rapporté un cas où il existe deux néoplasies sur un même rein, ce même patient étant porteur d'un troisième néo probable (de la prostate).

Nous avons revu une partie de la littérature sur le sujet des cancers multiples et plus particulièrement de l'arbre urinaire.

Summary

A statistical review with the concerned literature of incidence of multiple cancerous lesions with special references to the urinary tract.

A report of a specific case with two different carcinoms involving the same kidney. At the same time, the patient was suffering with a prostatic carcinoma.

BIBLIOGRAPHIE

1. C. G. MOERTEL: Leukemia or Lymphoma and Coexistant Primary Malignent Lesion. *Blood,* **12**: 788, 1957.
2. C. G. MOERTEL et S. A. MORGEN: Multiple Carcinomas of the Large Intestin. *Gastro-Enterology,* **34**: 85, 1958.
3. E. C. ST-MARTIN, H. O'BRIEN et J. MITCHELL: Multiple Tumors of the Urinary Tract. *J. of Urology,* **64**: 427, 1950.
4. MELICOW: Multiple on Related Primary Malignancy of the Genito-urinary Tract. *J. of Urology,* **77**: 96, 1957.

TROUBLES PULMONAIRES EN PÉDIATRIE [1]

Guy ST-LAURENT et A. GUILBEAULT

Les affections de l'arbre bronchique et du parenchyme pulmonaire sont très fréquentes en pédiatrie, dans un pays comme le nôtre où les diverses saisons sont caractérisées par des écarts considérables de température, d'humidité et de pression athmosphérique. Omettant les malformations et troubles congénitaux pulmonaires, nous exposerons les maladies bronchiques et pulmonaires que le pédiatre rencontre le plus fréquemment.

Pour bien comprendre les maladies de l'arbre respiratoire il faut les étudier sous trois angles. L'angle physique, l'angle fonctionnel et l'angle infectieux.

Le syndrome physique comprend les signes de l'atteinte de l'organe étudié. Ces signes sont révélés par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation et la radiologie. Nous omettons les épreuves de capacité respiratoire qui sont indiquées pour établir le bilan respiratoire d'une infection chronique.

Le syndrome fonctionnel est l'ensemble des symptômes qui révèlent que la fonction respiratoire dans les circonstances pathologiques actuelles s'accomplit d'une manière imparfaite.

Ces symptômes sont la toux, la dyspnée, le tirage et la cyanose due au défaut d'hématose par diminution du champ pulmonaire. Il ne faut pas confondre cette cyanose avec la cyanose d'origine cardiaque due au collapsus cardio-vasculaire.

Le syndrome toxi-infectieux est l'apanage de toute infection. Cependant il revêt un aspect et une intensité différente selon les organes atteints. Ce syndrome infectieux comprend la fièvre, l'anorexie, l'altération de la formule sanguine, l'état de conscience, la diarrhée.

Le syndrome cardio-vasculaire peut faire partie du syndrome fonctionnel, mais dans les maladies de l'appareil respiratoire inférieur le cœur droit peut révéler une certaine pathologie bien spécifique, comme le cor pulmonaire, que l'on trouve surtout dans les affections chroniques ou à la période terminale agonique des infections aiguës.

* * *

La bronchiolite ou bronchite capillaire est une infection pulmonaire qui affecte surtout les jeunes enfants en bas de deux ans. L'agent étiologique n'est pas très bien connu, mais on s'accorde de plus à reconnaître un virus comme cause de cette infection sans qu'on soit parvenu à l'isoler. Les saisons les plus favorables à cette infection sont l'hiver et le début du printemps.

L'infection apparaît tout d'abord aux voies respiratoires supérieures: tel un coryza, une otite à divers degrés. Quelques heures ou quelques jours après, la bronchiolite s'installe; le bébé devient alors dysnéique avec un tirage sus et sous-costal et un cyanose périorale. Une petite toux sèche, exténuante, s'accompagne d'un cillement continuel.

La température est insignifiante, autour de 100 degrés far. Elle n'a aucun rapport avec la sévérité de la maladie. L'auscultation nous donne une triade de sibilances aux deux plages pulmonaires, de ronchi et de petits râles inspiratoires crépitants. De plus la radiographie des poumons met en évidence l'emphysème avec parfois quelques petites zones d'atélectasie. L'histologie nous fait voir une infiltration de lymphocytes qui épaissit la paroi des bronches et des bronchioles avec du mucus ou sécrétion dans leur lumière.

Le pronostic est bon en général si le traitement est institué assez tôt:

I — Atmosphère d'humidité et d'oxygène (croupette).

II — Antibiotique à large spectre, car l'agent est peu sensible aux antibiotiques et on doit prévenir les infections secondaires.

III — Les stéroïdes sont le plus souvent nécessaires pour diminuer l'œdème bronchique.

IV — L'adrénaline donne peu de résultats dans ces cas. Il faut souvent changer l'enfant de position. Maintenir la perméabilité des narines en aspirant les sécrétions.

Plusieurs soutiennent avec raison que la répétition des bronchiolites chez l'enfant est une première manifestation de troubles allergiques et que graduellement en vieillissant le patient développe des bronchites asthmatiques pour finalement faire des crises d'asthme.

* * *

La bronchite asthmatique est une association d'infection et d'allergie. Elle est en général précédée d'un rhume, mal de gorge ou simple coryza. Tout à coup l'enfant présente du tirage et de la dyspnée. L'organisme semble allergique aux microbes ou à ses toxines. L'auscultation permet d'en-

1. Communication à la Société Médicale de Granby.

tendre de gros râles muqueux et des sibilances avec zones pulmonaires complètement obstruées, qui ne respirent pas. L'expiration est plus longue que l'inspiration.

Le traitement consiste en antibiotiques pour lutter contre l'infection; le spasme bronchique doit être enlevé par l'administration d'adrénaline aqueuse 1:1000 à doses répétées, aux 15-20 minutes, de 2 à 5 minimes par voie sous-cutanée. Un atmosphère d'humidité est à conseiller. Si le patient est hospitalisé une croupette rendra de grands services.

Comme les infections des voies respiratoires supérieures sont les plus fréquentes à l'automne et en hiver, nous pouvons aider ces patients en leur donnant un vaccin polyvalent au début de la saison froide leur évitant ainsi, dans un bon pourcentage, des crises de bronchite asthmatique. En plus, comme le facteur déclenchant est souvent une amygdalite, un soin particulier doit être porté à ces organes. L'ablation d'amydales infectées, cryptiques, diminue de beaucoup le fréquence de cette infection.

L'asthme est un phénomène pulmonaire purement allergique, manifesté par une détresse respiratoire paroxystique avec dyspnée expiratoire musicale et accompagné d'emphysème obstructif généralisé.

Ces malades en général présentent une histoire allergique. Souvent l'enfant qui faisait de l'eczéma dans la première enfance se voit guéri subitement de son affection cutanée et commence à faire de l'asthme. Il est très rare de voir un enfant souffrir d'asthme avant l'âge de deux ou trois ans. Le phénomène causal de la crise peut être aussi bénin qu'une bouffée d'air froid, un rire fort ou une atmosphère enfumée. Toute tension nerveuse peut aussi déclencher une crise. Nous sommes tous familiers avec les crises nocturnes provoquées par une oreillée de plumes, un matelas de coton ou tous les allergènes qu'on peut trouver dans une chambre à coucher.

L'enfant sans aucune raison apparente devient très dysnéique présente du tirage et une expiration sifflante accompagnée d'une petite toux sèche harassante. L'auscultation révèle des zones pulmonaires complètement obstruées avec sibilances un peu partout dans les poumons. Les veines du cou sont souvent gonflées avec cyanose plus ou moins marquée. La température demeure autour de la normale. La radiographie montre un emphysème bilatéral. Comme traitement il s'agit de faire cesser le spasme en administrant de l'adrénaline aqueuse 1:1000 à la dose de deux à cinq minimes sous cutanés à 10 ou 20 minutes d'intervalle. Si le patient se sent plus confortable, l'adrénaline huileuse à 1:500 à dose de 0.5 à 1 cc. pourra être injectée par voie intra-musculaire. La crise peut parfois persister au delà de 24 heures nous mettant en présence d'un *status asthmaticus* et alors le traitement hospitalier s'impose. Il consiste à placer l'enfant sous une tente d'oxygène avec humidité qu'on appelle « croupette ». Une fois sous la tente le patient doit être surveillé attentivement, à cause du danger d'acidose respiratoire, par surcharge de CO_2. Les centres respiratoires ne répondent qu'à l'anoxie et si nous ne parvenons pas à diminuer l'obstruction pulmonaire, nous pouvons induire des complications mortelles. Vu que l'adrénaline s'est montrée inefficace, nous employons l'ACTH gel à dose décroissante chaque jour comme 40 mg, 20 mg, 10 mg, selon le poids de l'enfant. Nous pouvons aussi après une première injection d'ACTH, continuer avec les stéroïdes par voie orale sur une période de 3 ou 4 jours.

Vers l'âge de 5 ou 6 ans, si les attaques ne diminuent pas de fréquence, nous pouvons rechercher la sensibilité de l'enfant au divers allergènes et commencer les séries de désensibilisation.

* * *

La bronchite aiguë, est en général secondaire à une nasopharyngite. Le plus souvent il y a atteinte simultanée de la trachée, nous sommes alors en face d'une trachéo-bronchite. Le début de la maladie se manifeste par une température légère avec toux sèche et douloureuse qui rapidement devient grasse et productive. On entend de gros râles muqueux aux deux plages pulmonaires surtout aux deux bases et la palpation nous fait sentir un frémissement dans le dos de l'enfant. La durée de la maladie varie entre 3 ou 4 jours et la toux persiste pendant 5 à 6 jours.

Le traitement consiste en: 1) antibiotiques; 2) une atmosphère d'humidité 50-60%; 3) le repos au lit, si possible; 4) un expectorant. Il est à noter que la médication ne doit pas viser à diminuer le réflexe de la toux car le patient ne pourra pas se défaire de ses sécrétions bronchiques et la maladie se compliquera.

* * *

La pneumonie et la bronchopneumonie sont des infections du parenchyme pulmonaire lui-même. Nous parlons de pneumonie lorsque l'affection se limite à un lobe ou à une partie d'un lobe, et de bronchopneumonie lorsque l'infection se dissimine

à plus d'un lobe ou aux deux poumons. Entre ces deux maladies il n'existe donc qu'une question d'étendue de l'infection, l'agent causal étant le même.

Ces agents infectieux microbiens se classifient en deux catégories. Ceux qui produisent la destruction des tissus avec formation d'abcès dans la plèvre: pyopneumothorax, ce sont le staphylocoque et le Friedlander, et ceux qui ne produisent qu'une inflammation de la muqueuse avec formation d'exsudat: le streptocoque, le pneumocoque et l'hémophilus influenzae. Le patient accuse souvent une infection des voies respiratoires supérieures, un mauvais rhume quoi! Et subitement la température s'élève à 103-104 degrés avec respiration rapide et dysnée. La toux est sèche et il y a battement des ailes du nez, signe des plus important. Il est très rare que l'enfant accuse une douleur en coup de poignard avec expectorations rougeâtres comme nous rencontrons chez l'adulte.

L'auscultation au début de la pneumonie ne révèle que de petits râles fins, inspiratoires bien localisés à un lobe ou partie d'un lobe pulmonaire, et ce n'est que vingt-quatre ou quarante huit heures plus tard que la phase exsudative s'installe avec apparition de râles inspiratoires et expiratoires.

La bronchopneumonie se présente sous un tableau clinique et auscultatoire similaire à la pneumonie, sauf qu'à la phase exsudative il s'ajoute souvent un spasme bronchiolaire manifesté par des sibilances.

Le traitement ne nécessite pas toujours l'hospitalisation sauf si l'état général du patient se détériore ou si un besoin d'oxygène s'impose dû à la cyanose.

Ces agents infectieux répondent encore assez bien à la pénicilline et streptomycine comme traitement d'attaque, par la suite une antibiothérapie orale aura raison de la maladie en cinq ou six jours. Il faut maintenir l'hydratation du patient à son optimum en augmentant les liquides et contrôler la température de l'enfant avec de l'aspirine à dose de ½ grain par livre de poids. Une mixture expectorante à base d'iodure aidera beaucoup plus qu'une préparation anti-tussigène.

Une auscultation et une percussion minutieuse et suivie ainsi qu'une observation constante de la respiration nous permettront de déceler dès le début la complication la plus fréquente qui est l'empyème pulmonaire. Un drainage en circuit fermé après costotomie devra être institué sur le champ pour permettre l'identification microbienne et la réexpansion du poumon collabé.

CORRESPONDANCE

LETTRE DES ÉTATS-UNIS

De nombreux travaux ont montré l'influence du climat sur certaines maladies. Cependant la climatothérapie — c'est-à-dire l'utilisation thérapeutique des climats — commence seulement à être considérée comme une mesure utile dans le traitement des cardiaques. Selon un rapport de L. A. Kapp et J. K. McGuire, paru en décembre dans « GP » (22: 88, 1960), **il peut y avoir intérêt à soumettre à la climatothérapie des malades atteints de cardiopathies, puisque les conditions atmosphériques exercent une certaine influence sur le fonctionnement cardiaque.** *Un climat humide et chaud augmente le travail du cœur et de l'appareil circulatoire. Des troubles circulatoires importants, tels que l'occlusion coronaire ou l'insuffisance cardiaque, surviennent plus fréquemment au cours de l'hiver. Les habitants des régions tempérées sont plus sujets à l'artériosclérose que les habitants des pays chauds. De plus, il est évident que des changements brusques et importants de la température et des conditions atmosphériques peuvent avoir des répercussions physiologiques capables d'entraîner une défaillance cardiaque, une insuffisance coronaire et une arythmie. Aux Etats-Unis, les meilleurs stations climatiques pour les cardiaques se trouvent sur les côtes de la Floride et du sud de la Californie. Les auteurs considèrent que la réadaptation des malades chroniques et des vieillards constitue une indication majeure pour la climatothérapie.*

* * *

Un nouvel antibiotique antiamibien, l'Humatine (paromomycine) *a été administré par voie buccale à 20 malades atteints d'amibiase intestinale, à la dose de 30 mg. par kg. de poids par jour, administrée en doses fractionées. S. Bell et A. W. Woodruff décrivent les résultats de ce traitement dans le numéro de mars du « American Journal of Tropical Medicine and Hygiene » (9: 155, 1960). Avant le traitement, tous les malades étaient porteurs de kystes d'***Entamoeba histolytica** *Grâce à l'Humatine, les kystes disparurent chez les malades examinés tous les jours en moyenne en 3.7 jours. Tous les malades furent soumis au traitement pendant 10 jours. La seule réaction qui se produisit chez certains malades fut une diarrhée qui cessa spontanément à la fin du traitement.*

* * *

Suivant un article paru dans le numéro du 18 février du « Journal of the American Medical Association » (175: 599, 1961), J. D. Hardy et ses collaborateurs **ont pratiqué avec succès l'anesthésie électrique chez deux malades:** *une femme âgée de 67 ans pour une laparotomie, une autre de 43 ans pour une mastectomie. Chaque intervention durant environ 30 minutes et les deux malades reprirent conscience peu de temps après la coupure du courant électrique. Aucune complication mentale ou cardiaque ne fut constatée, et l'encéphalographie pratiquée chez l'une des malades deux jours après l'intervention ne révéla aucune modification locale. Il est évident qu'un complément d'observations est nécessaire pour établir l'utilité et l'innocuité de ce procédé, mais il semble que l'anesthésie électrique puisse servir pour de courtes interventions ou pour des interventions pratiquées au cours d'opérations militaires.*

* * *

Dans une de nos lettres précédentes nous avons décrit **un traitement du cancer consistant à irriguer la région atteinte avec du sang chaud contenant des produits anticancéreux.** *W. W. Shingleton de la Duke University à Durham, Caroline du Nord, signale que si ces produits circulaient dans le corps à une concentration suffisante pour arrêter le développement du cancer, ils seraient dangereux pour le malade. Pour éviter ce danger, la circulation du sang contenant les drogues est limitée à la région malade. Cela est relativement facile lorsqu'il s'agit d'un membre, mais est-ce posible au niveau de l'abdomen ou du pelvis? L'auteur propose d'y parvenir en provoquant une hypothermie. Grâce à l'emploie de couvertures froides, la température du corps est abaissée à 31° C. Ce procédé augmente la viscosité du sang et réduit la toxicité des produits anticancéreux. En même temps, le flot sanguin de la région abdominale est isolé chirurgicalement et réchauffé et les produits injectés. Bien que cette méthode ne constitue pas une cure du cancer, elle réduit la taille de certaines tumeurs et diminue considérablement les douleurs chez la plupart des malades.*

* * *

F. E. Zimmer décrit dans le « Journal of the American Medical Association » (174: 238, 1961)

du 21 janvier **un nouveau type de saturnisme.** *L'intoxication s'est produite chez des ouvriers découpant au chalumeau des poutres d'acier recouvertes de plusieurs couches de peinture plombifère. Au cours de cette opération les hommes ont respiré des vapeurs contenant une haute concentration de plomb. Les symptômes classiques de l'intoxication: nausées, perte de l'appétit, faiblesse musculaire, douleurs généralisées, fatigabilité, apparurent chez quelques-uns des ouvriers au cours de la première semaine de leur travail et dans les cinq semaines chez les autres. Deux seulement durent être traités et tous guérirent rapidement. Ce type d'intoxication saturnienne risque de devenir assez fréquent, étant donné les programmes intensifs actuels de construction ou de reconstruction et de récupération de la ferraille.*

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. BEERENS: Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

I. SINGH et N. BRARA: **La Tolbutamide dans le traitement de la thrombo-angéite.** ***(Tolbutamide in the Treatment of Thromboangitis obliterans.)*** "Lancet", **2:** 625 (17 sept.) 1960.

Les deux auteurs ont soumis 37 malades, atteints de thrombo-angéite oblitérante (maladie de Burger), à l'action de la tolbutamide.

L'âge des malades, tous d'origine Hindoue, allait de 25 à 40 ans et leur affection datait de 2 à 17 ans. A signaler que dans ce lot, on ne démembrait que 24 fumeurs.

Le tableau clinique se résumait, grosso modo, en une claudication intermittente pour les uns, en une gangrène ou ulcération des extrémités pour d'autres et en refroidissement du pied, cyanose des orteils, douleurs lancinantes paroxystiques pour le reste.

La tolbutamide fut administrée à la dose de 0.50 gm., trois fois par jour et tout traitement antérieur fut supprimé ou interrompu.

L'amélioration se dessina vers le 5e jour et les symptômes dont ils souffraient, disparurent au bout d'un mois. Ils ne signalent pas d'effets secondaires et dans la majorité des cas, l'amélioration persista 6 à 7 semaines.

Quant à l'action du produit, les deux auteurs, l'ayant administré également à un malade atteint de cardite rhumatismale rebelle aux traitements orthodoxes et ayant obtenu des résultats éclatants, les deux auteurs pensent qu'elle est d'ordre anti-inflammatoire.

Leurs conclusions demeurent, bien entendu, réservées et en terminant ils souhaitent que le produit soit employé sur une plus grande échelle chez les malades atteints de maladie de Burger.

M. KALUDI.

M. F. HEALY et J. D. ARNEAUD: **Rapports préliminaires du traitement du diabète sucré par le Stabinol.** ***(Preliminary Observations on Management of Diabetes with Stabinol.)*** "Brit. Med. Journal", No 5203, 913 (24 sept.) 1960.

Trente malades diabétiques dont la maladie était bien équilibrée par l'administration de l'insuline, ont été soumis à un anti-diabétique oral, le Stabinol.

Cinquante pour cent des malades ont vu leur diabète se laisser contrôler mieux qu'avec l'insuline, trente pour cent, soit 9 patients, présentaient un taux de contrôle similaire à celui de l'insuline et ce n'est que dans vingt pour cent des cas que les préférences des auteurs vont vers l'insuline.

En passant, ils signalent que les diverses épreuves fonctionnelles effectuées en vue de déceler des contre-indications soit dans la sphère rénale, soit dans le domaine hépatique ou autre, sont demeurées muettes d'un bout à l'autre.

M. KALUDI.

CHIRURGIE

Lyle N. YATES et Edwin G. GLAUSEN: **Les ulcères simples non spécifiques du côlon sigmoïde.** ***(Simple Nonspecific Ulcers of the Sigmoid Colon.)*** "Arch. of Surg.", **81:** 535 (octobre) 1960.

L'ulcère simple du tractus intestinal est un ulcère non spécifique au sujet duquel on a éliminé toutes les causes connues. Une centaine de cas environ ont été rapportés. D'après Friedman, les ulcères non spécifiques siègent: 50% dans le cæcum, 16% dans le sigmoïde, 9% sur le côlon ascendant, 5% sur le côlon descendant et 5% au rectum. Il y a 18 cas d'ulcère simple du sigmoïde rapportés dans la littérature anglaise, plus un cas rapporté par les Auteurs, ce qui fait 19 en tout. 14 des 19 cas rapportés ont été révélés par une perforation. 8 cas ont présenté des rectorragies. Un seul cas a été diagnostiqué comme tel pré-opératoirement par Bosien en 1954. De 12 cas suivis avant 1935, 10 sont morts de péritonite par perforation et 2 ont vécu. Les Auteurs terminent l'article en recommandant la résection sigmoïdienne segmentaire pour les ulcères non perforés. Quand la perforation survient il faut appliquer les principes généraux de la chirurgie colique.

Pierre THEOCHARIDES.

D. B. HINSHAW, L. D. HUGHES et C. E. STAFFORD: **Effets de la cortisone sur la guérison des plaies abdominales disjointes.** *(Effects of Cortisone on the Healing of Disrupted Abdominal Wounds.)* "Amer. J. of Surg.", **70:** 189 (fév.) 1961.

Les auteurs soulignent dans cet article la conception d'une force accrue de la cicatrisation quand il y a suture secondaire retardée d'une plaie abdominale par rapport à la suture primitive d'une même plaie.

Leurs expériences ont démontré que la valeur d'une cicatrice de plaie abdominale secondairement traitée par la suture retardée est diminuée, s'il y a eu administration de cortisone et que ce retard est en relation directe avec la durée du traitement à la cortisone, ainsi qu'avec les doses employées.

Par contre, il semble que la cortisone n'ait aucun effet de retard sur la suture primitive.

La néo-vascularisation toujours présente dans les plaies secondaires paraît expliquer la vigueur accrue de la cicatrice.

L'effet inhibitoire de la cortisone sur la valeur de cicatrisation des plaies abdominales secondairement suturées est utile à connaître, car il arrive parfois qu'une opération abdominale majeure soit indiquée et nécessaire chez un malade traité depuis longtemps à la cortisone. Il n'y aura pas lieu chez celui-ci de s'étonner si la guérison de la plaie opératoire retarde.

Edouard DESJARDINS.

Carl FORSSELL: **La guérison des plaies. Etude du diastasis post-opératoire dans les incisions abdominales hautes.** *(Wound Healing. A Study of Postoperative Separation of the Facial Edges in Upper Abdominal Incisions.)* "Acta Chir. Scandiv.", **120:** 258, 1960.

Les auteurs soutiennent que sept facteurs peuvent retarder ou empêcher la cicatrisation d'une plaie opératoire abdominale et être à l'origine d'une hernie incisionnelle. Ce sont le « stress » mécanique, la suture faite sous tension exagérée, l'état nutritionnel local, la production d'un tissu cicatriciel inadéquat, le matériel de suture, la technique de la suture et les autres causes générales qui diminuent la résistance de l'individu, telles que l'infection locale, les tumeurs malignes, les maladies systémiques, l'âge avancé. Ces facteurs peuvent être groupés sous le même chef.

Le but de cette étude était de déterminer la coaptation complète ou l'écart qui existe habituellement dans les laparotomies hautes.

La distance moyenne entre les sutures aponévrotiques varie de 10 à 16 mm. Le matériel, qu'il soit de soie, de catgut ou de perlon, nécessite trois noeuds et les bouts doivent être coupés à au moins 2 mm. du noeud.

Les jours critiques sont les 5 et 6e jours après l'opération, la dissociation se fait du 5e au 9e jour habituellement.

Les auteurs ont fait porter leur étude sur 71 cas de cholécystectomie et de gastrectomie; ils reconnaissent que l'écart inter-aponévrotique, à partir du 6e jour post-opératoire et jusqu'à la 5e ou 6e semaine est plus fréquemment rencontré à la suite de l'incision médiane; qu'il est plus rare, si l'incision est oblique.

Edouard DESJARDINS.

Richard F. MURPHY et Joseph F. HINKAMP: **Pseudo-kystes pancréatiques. Présentation de 35 cas.** *(Pancreatic Pseudocystes. Report of Thirty-Five Cases.)* "Arch. of Surg.", **81:** 564 (octobre) 1960.

Les Auteurs étudient les résultats opératoires de pseudokystes du pancréas vus au Cook County Hospital entre 1949 et 1960.

20 cas ont été traités par drainage externe; 11 par marsupialisation; 9 ont été drainés à l'aide d'une sonde.

Le drainage par sonde a été aussi efficace que la marsupialisation et a été accompagné d'une morbidité inférieure à celle occasionnée par la marsupialisation. L'inconvénient du drainage externe est la persistance d'une fistule pancréatique. 12 kystes ont été traités par drainage interne; 9 par kysto-entérostomie en Y et 3 par kystogastrostomie.

3 kystes ont été excisés.

Il y a eu en tout 7 décès; deux cas mortels dûs à une péritonite par rupture du kyste, et 3 dûs à des complications cardiaques.

Quand, après drainage externe, la fistule pancréatique ne se tarit pas spontanément, il faut faire une kystographie et si cet examen montre une communication avec un canal pancréatique, il est nécessaire de faire un drainage interne. Ce procédé devrait être également utilisé même si la kystographie ne révèle pas de communication avec le canal pancréatique, dans les cas de fistule externe prolongée.

Les Auteurs n'ont jamais utilisé dans leur série l'anastomose du trajet fistuleux avec un viscère, ni la pancréatectomie distale, ni la sphinctérotomie.

Les Auteurs arrivent aux conclusions suivantes:

1 — Le drainage interne est probablement le traitement de choix.

2 — Quand le drainage interne ne peut pas être réalisé, il faut établir un drainage externe par sonde, comme mesure temporaire.

3 — Le drainage des kystes par sonde doit être suivi d'une kystographie post-opératoire pour démontrer l'absence ou la présence d'une communication avec un canal pancréatique.

4 — Si une telle communication existe, il est préférable de procéder à une dérivation interne.

Pierre THEOCHARIDES.

PNEUMOLOGIE

Etienne BERNARD, Mlle A. LOTTE et S. PRETET: **Mesure du péril tuberculeux.** "Revue de la Tuberculose", **23:** 759 (7 juillet) 1959.

Il y a un dangereux optimisme qui parcourt le monde actuellement en face du péril tuberculeux. L'idée se répand de plus en plus que le problème tuberculeux est résolu: « le bacille de Koch est décidément vaincu » ou « la phtisie est devenue une maladie minime ». Il faut cependant admettre que certains faits viennent donner prise à ces prétentions. Tout en ne désirant pas inquiéter l'opinion publique, il est encore nécessaire de prendre des précautions.

En France de 1910 à 1958, le taux de mortalité tuberculeuse est passé de 215 pour 100,000 habitants à 24. De 1951 à 1958, le recul a été de 60%. L'apparition de l'isoniazide en 1952 a permis un recul de 27.8%. Ce qui consacre la valeur incontestable de cette médication. De 1910 à 1958, la diminution de la mortalité par tuberculose

pulmonaire a été de 88% et de 96% pour la méningite tuberculeuse.

Pourquoi la régression pulmonaire est-elle moins forte que pour la méningite tuberculeuse? Parce que le tuberculeux pulmonaire met fin trop souvent à son traitement alors qu'il n'est pas totalement guéri. Ce qui est le contraire pour la T.B. méningée.

Le taux de la mortalité tuberculeuse a surtout bénéficié aux sujets jeunes. De 1 à 24 ans, le recul est de 98%. De 0 à 1 an, le recul est de 89%. Cela vient du fait que l'on écarte autant que possible les sources de contagion et que l'on vaccine avec le B.C.G.

A mesure que l'on avance dans la vie, le taux de mortalité baisse puisque entre 65 et 69 ans, il est de 47%.

En 1930, pour 100 décès par tuberculose, 43 étaient des femmes contre 57 hommes. Aujourd'hui, la proportion est 28 femmes contre 72 hommes.

Un autre fait à noter. De nos jours, 68% des décès par tuberculose de toutes sortes surviennent chez des personnes plus âgées que 50 ans.

Le taux de la mortalité tuberculeuse n'est pas calculable en France, la déclaration n'étant pas obligatoire.

C'est la France qui est la troisième parmi les 13 nations européennes à avoir le plus grand pourcentage de mortalités. L'Espagne et le Portugal viennent en tête, alors que le taux du Canada: 7.1 et celui des Etats-Unis est de 7.5. Celui des Pays Bas est de 4.7 et du Danemark 4.9. Il reste que l'indice de tuberculose soit élevé en France: 2 enfants sur 5 sont contaminés avant l'âge de 15 ans.

S'il est prématuré et même téméraire de prétendre que le problème de la tuberculose est en France un problème résolu, nous, du Canada et surtout de la province de Québec, nous devons continuer à prendre des mesures énergiques contre le péril tuberculeux puisqu'il est loin d'être totalement vaincu.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

J. ARNOUS et E. PARNAUD: **Les épithéliomas colloïdes de l'anus à forme fistuleuse.** "Arch. Mal. App. Dig.", **49:** 67 (7-8 bis) 1960.

L'épithélioma colloïde à forme fistuleuse est un type spécial des cancers de l'anus se présentant cliniquement comme une fistule anale.

Il arrive que, pendant longtemps, les malades porteurs de pareil cancer soient soignés pour une fistule banale, d'où le retard apporté au diagnostic. A l'examen, on rencontre toutefois un signe pathognomonique: en effectuant une pression sur les tissus périfistuleux, on fait sourdre quelques sécrétions gommeuses ressemblant à des grains de tapioca cuits. De plus, toucher rectal et endoscopie sont la plupart du temps négatifs.

Le prélèvement biopsique large, intéressant le trajet fistuleux en superficie et non en profondeur, permet de découvrir à l'examen microscopique des cavités ou des flaques de mucus réparties dans les lésions inflammatoires débordant largement les lésions néoplasiques.

Ces cancers colloïdes de l'anus proviendraient des canaux glandulaires d'Hermann et Desfosses qui, dans 10 p. 100 des cas, conservent des cellules à mucus en activité.

L'amputation large du rectum est la thérapeutique de choix, la radiothérapie ne semblant pas indiquée.

Cécil GENDREAU.

PEDIATRIE

B. G. DELTA et J. B. J. McKENDRY: **Urolithiase chez les enfants: rapport de trois cas et revue de la littérature.** *(Urolithiasis in Children: Report of Three Cases and Review of Literature.)* "Canad. M. A. J.", **82:** 352 (fév.) 1960.

Autrefois l'urolithiase était plus fréquente que de nos jours. Mais, elle continue quand même de poser certains problèmes.

Les auteurs présentent trois observations personnelles: d'un garçon de 2 ans, d'une fille de 3 ans, d'une fille de 12 ans.

Les deux premiers enfants étaient hospitalisés pour des hématuries non douloureuses, le troisième pour une attaque soudaine de coliques abdominales.

Chez tous les trois, une urolithiase a été constatée à l'intervention. Aucune récidive n'est survenue depuis 4½ ans, 18 mois et 18 mois d'observation.

La littérature médicale contient en tout quelques centaines de cas d'urolithiase infantile. La plupart des patients atteints sont en bas de 4 ans mais tous les âges peuvent être représentés (on en a trouvé même chez le fœtus).

La constitution chimique des calculs chez l'enfant comprend le plus souvent l'un ou plusieurs des éléments suivants: calcium, phosphore, oxalate, magnésium, ammonium, cystine et acide urique (combinés variablement).

Les causes de la formation lithiasique peuvent être les suivantes:

1) Anomalies congénitales. 2) Erreurs du métabolisme. 3) Immobilisation prolongée. 4) Stase par obstruction des voies urinaires. 5) Infection urinaire. 6) Défaillance d'action protectrice des colloïdes urinaires. 7) Hypovitaminose A.

Il ne faut pas également oublier les calculs dûs au traitement médicamenteux (exemple: sulfamidés).

Le diagnostic l'urolithiase chez l'enfant est facile dans la plupart des cas (présence d'hématurie dans 57% des cas, de coliques dans 41-54% des cas).

Le pronostic dépend surtout de l'état du parenchyme rénal et du degré de l'infection coexistante. En général, il est bon et les récidives post-opératoires ne se voient que dans 15% des cas.

Georges BERDNIKOFF.

NEUROLOGIE

C. S. MUIR: **Hydranencéphalies et autres désordres. Une étude d'anomalies cérébrales chez les enfants chinois.** *(Hydranencephaly and allied disorders. A study of cerebral defect in Chinese children.)* "Arch. Dis. Child.", **34:** 231 (juin) 1959.

L'auteur présente 11 cas d'anomalies cérébrales, 6 cas d'hydranencéphalies et 5 cas montrant des degrés variables de perte de tissu cérébral. L'hydranencéphalie est définie par Potter comme une anomalie consistant en une absence complète ou presque complète des hémisphères cérébraux. Les leptoméninges et la dure-mère sont complètement formées et occupent leurs positions normales dans le crâne.

Du point de vue anatomique, les cas d'hydranencéphalies présentés ne sont pas exactement semblables. En général on trouve à la base du cerveau, au-dessus de la tente du cervelet, 2 moignons représentant les ganglions de la base. De ceux-ci part en se dirigeant vers la fosse craniale antérieure, une fine membrane, la membrane gliale limitante, qui va s'appliquer à la pia-arachnoïde, et se dirige

postérieurement pour rejoindre la portion postérieure des vestiges cérébraux, en renfermant dans cet espace le L.C.R., et le séparant de l'espace sous-arachnoïdien. Les ventricules latéraux et le 3e ventricule sont absents. Les plexus choroïdes sont présents. Les nerfs crâniens sont présents. Le cervelet, la protubérance et le bulbe sont normaux.

Parmi les causes d'hydranencéphalies, on a blâmé divers agents chimiques, viral ou vasculaires.

Il semble y avoir une incidence raciale. Cette condition se retrouverait surtout chez les Caucasiens.

Cliniquement, ces enfants sont hyperirritables. Le Moro et le Grasp sont présents. L'enfant suce et se nourrit sans difficulté. Les yeux présentent des mouvements incoordonnés, du strabisme, du nystagmus. On peut voir de la microphtalmie. Il y a en général une pâleur des papilles ou une atrophie optique. Le signe physique le plus constant est l'élargissement de la tête. Le diagnostic peut être soupçonné par transillumination de la tête, l'angiographie, l'E.E.G. qui montre une absence complète d'activité électrique sur les régions correspondant à l'absence de tissu cérébral.

L'auteur rapporte les observations détaillées des 11 cas présentés. Les 6 cas d'hydranencéphalies avaient respectivement: 2 semaines, 9 jours, 6 jours, 2 ans, 2 ans et 1 mois. 3 d'entre eux ont présenté un ictère à la naissance. Histologiquement il s'agissait de 6 cas d'hydranencéphalie typique. Chez les 6, on retrouvait des dépôts plus ou moins importants d'hémosidérine dans les noyaux de la base. Dans 3 cas, des inclusions épendymaires au niveau des noyaux de la base. Les 5 cas de porencéphalies présentaient les anomalies suivantes:

Cas 7: 18 mois, absence complète des lobes temporaux, pariétaux, occipitaux. Présence d'inclusions épendymaires et de petits dépôts d'hémosidérine.

Cas 8: 4 ans, agénésie de l'hémisphère gauche, représenté par un lobe occipital rudimentaire et l'Hippocampe. Quelques dépôts modérés d'hémosidérine dans les portions du cerveau restantes.

Cas 9: 8 ans, porencéphalie bilatérale au niveau des deux lobes frontaux. Petits dépôts d'hémosidérine et présence d'inclusions épendymaires.

Cas 10: 7 ans, Porencéphalie unilatérale avec macrophages chargés d'hémosidérine sur les bords de la cavité.

Cas 11: 3 ans, anomalie de la région temporo-pariétale gauche avec absence de l'artère moyenne cérébrale.

La discussion porte sur le mécanisme de production de ces hydranencéphalies et porencéphalies. Alors que Yakovlev et Wadsworth considèrent que hydranencéphalies et porencéphalies peuvent avoir 2 origines, les unes causées par une agénésie primaire et les autres par un processus encéphaloclastique ante ou post-natal, l'auteur pense qu'une telle division n'est pas entièrement satisfaisante ayant démontré des signes à la fois d'hémorragie et d'agénésie dans plusieurs de ses cas.

Annie COURTOIS.

Hendrik SVIEN et Luigi PESERICO: **Occlusion du troisième ventricule par une artère basilaire tortueuse bulbeuse et calcifiée.** *(Occlusion of the third ventricule by tortuous bulbous calcified basilar artery.)* "Neurology", **9:** 836 (décembre) 1959.

Une artère basilaire allongée peut occasionnellement causer une indentation dans le 3e ventricule, surtout si l'artère est allongée, rigide et tortueuse, comme cela se voit dans l'artério-sclérose.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 59 ans, hospitalisé en février 1957 pour désorientation. Il fut en bonne santé jusqu'en décembre 1956, lorsqu'il eut une perte de connaissance avec vomissement sans paralysie. On découvrit alors qu'il était hypertendu. 1 mois avant l'hospitalisation, apparition d'œdème des membres inférieurs et d'une fibrillation auriculaire. Pendant les semaines suivantes il fait plusieurs épisodes de confusion durant chacun quelques heures. A partir du moment où il fut hospitalisé il devint désorienté et confus.

L'examen général révèle une pression à 210/170 mm. de mercure, un pouls irrégulier, une fibrillation auriculaire; l'examen neurologique en dehors de l'état mental anormal est négatif.

Un Rx du crâne montre une traînée curviligne de calcification au dessus et un peu à gauche de la selle turcique, avec érosion de l'apophyse clinoïde antérieure gauche. Au fond d'oeil, rétrécissement des artérioles de la rétine et petite hémorragie rétinienne. A l'EEG: dysrythmie généralisée.

La ventriculographie révèle une dilatation des ventricules latéraux causée par une lésion expansive partiellement calcifiée, déformant la partie antéro-inférieure du 3e ventricule. Une artériographie carotidienne bilatérale indique que le siphon carotidien de chaque côté est surélevé par ce qui semble être une masse. Le diagnostic de lésion kystique ou de craniopharyngiome est soulevé. On fait alors une craniotomie droite transfrontale avec incision dans le lobe frontal droit et pénétration dans le ventricule latéral droit. La région du 3e ventricule est inspectée. Rien d'anormal n'est observé. On conclut que si il y a tumeur, elle est située sous le 3e ventricule en arrière du chiasma optique et qu'elle est inopérable. Le malade meurt le lendemain.

A l'autopsie le cerveau est œdématié et on trouve une artère basilaire longue tortueuse, dilatée, dont les parois sont épaissies et calcifiées.

Commentaire. La dimension de l'artère basilaire varie beaucoup mais il semble que la présence d'artério-sclérose ou d'hypertension soient nécessaires pour donner une ectasie de l'artère capable d'indenter le 3e ventricule. Dans ces cas, la meilleure forme d'investigation semble bien être une artériographie vertébrale, mais cet examen comporte des risques considérables chez des malades qui ont une artère basilaire artério-scléreuse.

Annie COURTOIS.

BACTERIOLOGIE

A. TACQUET et F. TISON: **Résultats de l'isolement du bacille tuberculeux dans 55,000 crachats par le Teepol 410 basique. Influence du milieu de culture.** "Ann. de l'Institut Pasteur", **100:** 153 (février) 1961.

Les auteurs rapportent certaines constatations d'intérêt pratique qui viennent compléter leurs travaux antérieurs, sur la technique d'isolement du bacille tuberculeux à l'aide du Teepol:

En premier lieu, il est indispensable d'utiliser le détergent anionique T 410 (T 410 — alkylsulfate d'alcools gras secondaires). D'autres produits de même nom, mais de composition différente donnent des résultats peu satisfaisants.

La nature du milieu de culture utilisé se révèle ensuite très importante. Pour les enquêtes que les auteurs ont entreprises sous l'égide de l'O.M.S., deux techniques ont été utilisées sur deux échantillons des mêmes produits biologiques: la technique à la soude à 4 p. 100 et celle au Teepol à 20 p. 100 de gains sont observés lorsque les produits sont traités au Teepol et ensemencés sur milieu de Loëwenstein-Jensen. Par contre, après ensemencement sur milieu de Dubos, la soude donne sensiblement de meilleurs résultats que le Teepol.

En tenant compte de ces remarques concernant le choix du Teepol et la nature du milieu, les résultats de cette technique sont bons et ce procédé peut être considéré comme le moins mauvais quant à la sensibilité, la rapidité et l'élimination des germes de souillure. Il permet d'obtenir jusqu'à 20% de résultats positifs supplémentaires.

J. FONTAINE.

P. LEPINE, J. SAMAILLE, J. MAURIN, O. DUBOIS et Mme M. C. CARRE: **Isolement du virus ECHO 14 au cours d'une épidémie de crêche de gastro-entérites.** "Ann. de l'Institut Pasteur", **99:** 161 (août) 1960.

Au cours d'une épidémie survenue dans une crêche en juillet et en août 1959, les auteurs ont observé trois cas de gastro-entérite et isolé, chez les 3 malades et chez 20 enfants en contact avec eux, 15 souches de virus ECHO 14.

Trois enfants âgés respectivement de 9, 14 et 16 mois présentent brutalement des signes de gastro-entérite avec élévation de température, déshydratation et émission de selles glaireuses et sanglantes. L'aspect sanglant des matières fécales attire l'attention du médecin de la crêche d'autant plus que Ramos, Alvarez et Labiu ont signalé que les gastro-entérites associées aux virus ECHO, comme celles qui sont dues aux Shigella et aux Salmonella se manifestent dans 20% des cas par une diarrhée sanglante, alors que ce symptôme est toujours absent lors des gastro-entérites à Escherichia coli pathogènes.

Les coprocultures ne montrent aucune bactérie pathogène mais chez ces 3 malades un virus entérique est isolé à partir d'un écouvillon rectal, sur cellules de rein de singe. Ce virus est identifié au virus ECHO type 14 par séroneutralisation.

Un prélèvement rectal est effectué chez 11 enfants, voisins de lit des précédents et le virus ECHO 14 est isolé sept fois; deux autres virus entériques sont isolés mais non encore identifiés; chez deux enfants aucun virus n'est isolé.

Trois semaines plus tard, le virus peut être isolé chez des malades d'une salle située à un étage supérieur, la dissémination du virus s'étant faite sans doute par le personnel traitant.

Par ailleurs, la preuve de l'infection a été apportée chez un certain nombre de sujets par l'ascension du taux des anticorps neutralisants dont la recherche a été effectuée par les auteurs selon la technique préconisée par la Commission des entérovirus.

Cette étude met en évidence le pouvoir hautement contagieux de ce virus au sein d'une collectivité et contribue à démontrer que chez de très jeunes enfants, en état de moindre résistance, l'infection par ce virus puisse s'accompagner de manifestations cliniques de gastro-entérite.

J. FONTAINE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. D. HAUST et G. F. KIPKIE: **Mésothéliome pleural.** *(Pleural Mesothelioma.)* "Can. M. A. J.", **81:** 918 (1 déc.) 1959.

Après avoir rappelé que les mésothéliomes pleuraux se divisent classiquement en deux types (type « solitaire » et type « diffus »), les auteurs décrivent un cas à eux de type « diffus ».

Il s'agit d'une femme de 52 ans, dont la maladie a commencé il y a 4 mois par une toux sans expectoration. Depuis 4 semaines, la malade aurait accusé une douleur dans la paroi thoracique droite et, dans un autre hôpital, lors d'une hospitalisation antérieure, on aurait trouvé un épanchement pleural du même côté. En plus, elle aurait souffert de plusieurs attaques répétées de « maux de gorge » dans le passé.

A l'admission actuelle, les constatations à l'examen physique sont négatives, mais la radiographie révèle un collapsus pulmonaire droit (de 50% environ), aussi bien que la présence d'un épanchement pleural montant jusqu'à la neuvième côte. On pose le diagnostic provisoire soit d'infection ou de tumeur pleurale et de péricardite. L'examen microscopique du liquide pleural démontre quelques amas de cellules de taille modérée, à noyaux de grosseur variable. Il n'y a pas de mitoses dans ces cellules et l'on interprète ces cellules comme étant des histiocytes et des cellules du revêtement pleural. La bronchoscopie ne révèle aucune tumeur ou autre anomalie bronchique. Deux semaines plus tard, une thoracotomie est pratiquée et l'on trouve presque 1,000 cc. de liquide du côté droit. Les nombreuses adhérences pleuro-pulmonaires se séparent assez facilement et sur la plèvre pariétale droite l'on trouve de nombreux nodules fermes, gris-blanchâtres. Le plus gros de ces nodules mesure 3½ cm. de diamètre environ. Plusieurs fragments de ce tissu sont prélevés pour biopsie.

L'examen anatomo-pathologique montre un tissu nodulaire, à surface irrégulière. Au microscope, l'aspect est variable selon les endroits examinés; mais en somme, on peut diviser le tableau histologique en deux groupes structuraux distincts: l'un de nature fibreuse, l'autre de nature épithéliale. Les deux groupes sont intimement associés l'un avec l'autre en proportion variable selon l'endroit examiné. Quelques figures des mitoses sont présentes dans les préparations histologiques. Le diagnostic histologique est celui de Mésothéliome diffus.

La malade sort de l'hôpital en bon état. Elle meurt un an après en dehors de l'hôpital et malheureusement, il n'y a pas d'autopsie.

En discussion, les auteurs repassent les données embryologiques et anatomo-pathologiques concernant les Mésothéliomes et font une corrélation entre ces données et le tableau clinique de leur cas.

Georges BERDNIKOFF.

J. HOREAU, Cl. ROBIN, L. LABOUX et J.-P. KERNEIS: **Etude anatomo-clinique d'un mésothéliome malin du péricarde; essai de traitement médical.** "Arch. Mal. Coeur et Vaiss", **52:** 522 (mai) 1959.

Un tableau clinique d'épanchement péricardique amène à l'hôpital un garçon de 13 ans, dyspnéique, pâle et amaigri. Malgré l'aspect hémorragique du liquide, comme l'examen microscopique n'y révèle aucune cellule néoplasique, on institue un traitement aux stéroïdes, à la Streptomycine

et au Rimifon, en y associant des ponctions évacuatrices fréquentes. L'état de l'enfant ne s'améliorant guère, on le réfère à un autre hôpital où l'inefficacité des traitements préalables fait soupçonner une néoplasie péricardique. Le patient tolérant mal la radiothérapie, on lui donne une série intra-veineuse d'injections de caryolysine (gaz moutarde) et on assiste à une amélioration clinique nette et à un tarissement du liquide péricardique. L'image radiographique reste cependant inchangée, et après une phlébite de la jambe, l'enfant meurt. Sa maladie aura duré 7 mois.

L'autopsie thoracique est malheureusement seule permise; elle révèle un épanchement pleural hémorragique, une tumeur péricardique gélatineuse, porteuse de nombreux nodules pédiculés, et pénétrant par des radicelles dans le myocarde du ventricule droit. Cœur et tumeur pèsent au total 510 g.

A l'histologie, les auteurs font un diagnostic de mésothéliome fibroblastique avec métastases dans l'adventice de l'artère pulmonaire et dans le parenchyme du poumon gauche. A strictement parler, ils admettent qu'une lésion extrapéricardique primitive reste possible. Microscopiquement, l'aspect fusiforme des cellules néoplasiques et l'absence de cellules mésothéliales n'éliminent pas pour cela le diagnostic de mésothéliome malin et Stout a pu démontrer, en culture tissulaire, le potentiel fibroblastique dégénératif des cellules cœlomiques.

L'article se termine par une discussion du diagnostic clinique et une mise en valeur du traitement à l'Ypérite (amélioration de l'état général et assèchement de la séreuse).

N.B. — Qu'il nous soit permis de citer ici un extrait du volume du Professeur Pierre Masson qui vient appuyer le diagnostic fait par ces auteurs: « Les séreuses cœlomiques sont largement pourvues de lymphatiques... distinguer un mésothéliome vrai de la propagation d'un cancer viscéral à une séreuse cœlomique (plèvre, péritoine), est parfois ardu et même impossible! » mais, « seuls les mésothéliomes rarissimes du péricarde et de la vaginale échappent à toute suspicion ». Masson semble par ailleurs admettre, grâce aux cultures de Stout, la possibilité de métaplasie régressive du mésothélium avec formation de fibromes ou de fibro-sarcomes.

L. DELAQUERRIERE.

CANCEROLOGIE

W. H. BLAHD, R. A. NORDYKE et F. K. BAUER: **I^{131} dans le traitement post-opératoire du cancer de la thyroïde.** *(Radioactive Iodine (I^{131}) in the Postoperative Treatment of Thyroid Cancer.)* "Cancer", **13:** 745 (juillet-août) 1960.

Cet article résume les expériences du service de Radioisotope du Centre des Vétérans, Los Angeles, Calif., dans le traitement post-opératoire du cancer thyroïdien par l'iode radioactif. Il considère 63 patients qui furent observés sur une période de 10 ans, de 1949 à 1959. 31 de ces patients reçurent de l'iode radioactif; 26 furent suivis pendant plus d'un an.

La localisation de métastases cancéreuses et l'étude du reste de la glande fut trouvée à l'aide de scintillographe après que les patients eurent reçu de grosses doses traceurs d'I 131, précédées par des injections de T S H. La rétention d'I 131 fut démontrable chez les 2/3 des patients avec métastases.

Les doses thérapeutiques individuelles d'I 131, en moyenne 100mc, précédées de T S H furent administrées aux patients avec métastases actives. Doses répétées à 4 mois d'intervalles jusqu'à ce que les métastases disparaissent. De plus petites doses furent employées pour les moignons de glandes. Tous les patients qui reçurent I 131 avaient eu auparavant une intervention chirurgicale. (25, thyroïdectomie totale, 15, évidement ganglionnaire du cou).

On prescrivit une thérapeutique de remplacement thyroïdien à des doses suffisantes pour maintenir un état euthyroïdien, après l'I 131 initial et entre les traitements subséquents. Enfin, de l'extrait thyroïdien fut prescrit jusqu'à la limite de la tolérance.

Les tumeurs qui ont le mieux répondu au traitement de l'I 131 furent celles qui étaient très différenciées.

15 patients avaient des métastases prouvées; la rétention d'I 131 en a démontré 10. 10 de ces patients sont vivants et 5 ont vécu plus que 5 ans. Tous les patients qui étaient exempts de métastases après la chirurgie vivent encore.

Il n'y eut aucune complication de la thérapie à l'I 131 du fait suivant: dose conservative de 100 mc et excision chirurgicale complète du tissu normal et tumoral. Les résultats de la présente série se comparent favorablement aux rapports antérieurs et démontrent que les techniques employées ici sont possiblement plus effectives en arrêtant l'envahissement du cancer thyroïdien.

Roger CHAPADOS.

S. H. COX et E. B. HEWING: **Sarcome de Kaposi.** *(Kaposi's Sarcoma.)* "Cancer", **12:** 189 (mars-avril) 1959.

Le sarcome de Kaposi est une maladie rare qui présente des aspects cliniques et pathologiques tout à fait particuliers. Le nom en est généralement admis par tout le monde, mais il existe cependant pas moins de 35 synonymes. Les auteurs étudient les dossiers de 50 malades du *Armed Forces Institute of Pathology* de Washington. Ils ont pu obtenir l'évolution de 44 de ces sujets et les détails d'autopsie de 14.

L'âge de ces malades se situe surtout entre 70 et 80 ans, mais il y en a de 20 ans en montant. On compte parmi eux 4 femmes, ce qui correspond à l'incidence de la plupart des auteurs: de 6 à 10% de femmes sont atteintes. Les lésions de la maladie peuvent se manifester à la peau, aux muqueuses et aux organes internes: surtout l'intestin. Leur site de prédilection cutané est aux membres inférieurs (41 malades sur 50). Les lésions commencent en un endroit, peuvent rester là ou se généraliser; elles ne sont pas nécessairement symétriques et sont localisées surtout au-dessus des éminences osseuses.

La lésion débute habituellement par une petite tache rouge ou pourpre, qui se soulève et devient de couleur plus foncée; ces taches s'étendent et se multiplient et tendent à se réunir pour apparaître rouge, bleu et parfois s'ulcérer. En même temps, apparaissent des nodules sous-cutanés qui eux vont s'ulcérer. Avec l'évolution, certaines lésions disparaissent laissant une cicatrice lisse brunâtre, mais il en pousse de nouvelles tout à côté et plus loin.

La teinte des muqueuses, l'adénopathie satellite et les lésions viscérales sont relativement rares (environ 10% des cas). Habituellement la formule sanguine est dans la limite de la normale.

L'évolution de ces malades nous apprend que 25 des 44 retracés sont morts dont 11 à cause de leur maladie. Des 19 qui restent en vie, 9 ont encore des lésions tandis que 10 ne montrent plus aucun signe de la maladie. L'étude détaillée de l'évolution montre que la maladie peut être très rapidement fatale et amener la mort en 2, 3 ou 6 mois, ou d'évolution très lente: un de leurs cas fut suivi pendant 38 ans. Il semble que la maladie est d'autant plus grave qu'elle apparaît chez des jeunes, c'est-à-dire des moins de 45 ans et que les lésions sont plus nombreuses, grandissent vite et sont éparpillées à la surface ou dans le corps.

Ces auteurs sont d'avis que le meilleur traitement consiste à faire de la radiothérapie à doses conservatrices sur les lésions aussitôt qu'elles apparaissent bien qu'il n'y ait pas eu de différence significative dans le traitement de ceux qui sont morts et de ceux qui vivent encore.

On a beaucoup écrit sur la pathologie et la pathogénie du sarcome de Kaposi. Pour les auteurs, ce qui caractérise les lésions, ce sont les faisceaux irréguliers de cellules fusiformes tourbillonnant et s'anostomosant en tous sens, et séparés par de petites fentes vasculaires. Le cytoplasme cellulaire est mal délimité et le noyau peut être rond, fusiforme ou ovalaire. Les fentes vasculaires entre les faisceaux sont pleines de sang mais, ne sont pas limitées par un endothélium reconnaissable. A ce tableau de fond s'ajoute comme dans toutes les lésions de stase, de la dilatation capillaire avec des foyers hémorragiques, des dépôts d'hémosidérine, et une infiltration de cellules rondes, en même temps qu'une prolifération de fibroblastes et de cellules endothéliales.

Leur étude les amène à conclure que le sarcome de Kaposi a une origine multifocale et progresse avec la formation de nouveaux nodules alors que les anciens régressent. De plus, ils croient que la lésion est un véritable cancer qui peut se métastasier; en effet, ils ont trouvé des transformations malignes dans 5 cas autopsiés et à la biopsie de 1 de leurs patients. La transformation maligne est caractérisée par l'oblitération graduelle des fentes vasculaires et une augmentation du nombre des mitoses et du volume des noyaux. Le résultat donne une apparence variant d'un angiosarcome à un cancer indifférencié avec des endroits ressemblant à un fibrosarcome. C'est sous cette forme maligne que le sarcome de Kaposi peut métastasier comme ils ont pu le voir par les embolies trouvées dans les vaisseaux pulmonaires.

Ainsi l'étude de leur matériel suggère qu'il s'agit d'une tumeur du système vasculaire avec multiples foyers d'origine à la fois cutanée viscérale. Le plus souvent, cette tumeur reste telle quelle, mais parfois elle peut devenir sarcomateuse et se métastasier. En faire une maladie du système réticulo-endithélial à cause de son association occasionnelle avec les lymphomes malins ne tient pas compte de l'aspect de la lésion. Il reste l'hypothèse de Backer et Thatcher qui ont suggéré que ce ne sont pas toutes les cellules mésenchymateuses de l'embryon qui se différencient pleinement, mais certaines demeurent mésenchymateuses et seraient concentrées autour des vaisseaux. Ce sont ces cellules qui produiraient le tissu vasculaire imparfait, formé des cellules en fuseaux et des fentes vasculaires qui constituent le fond du sarcome de Kaposi.

Raymond FARMER.

PARASITOLOGIE

W. W. BURNSIDE, Jr. et S. D. CUMMINS: **Abcès amibien du foie chez un enfant de six mois.** ***(Amebic Abscess of the Liver in a Six-Month-Old Infant.)*** "The J. of Ped.", **55:** 516 (octobre) 1959.

Les abcès amibiens du foie chez les jeunes enfants sont extrêmement rares. Le premier cas fut publié en 1824 (enfant de 12 mois), le deuxième en 1911 (enfant de 11 mois), le troisième en 1930 (enfant de 8 mois). En 1951, De-Bakey et Ochsner ajoutèrent à la série trois autres enfants atteints. Enfin, en 1955, Smith et coll. rapportèrent un cas observé en Amérique chez un garçon de 17 mois.

Les auteurs rapportent dans le présent article un nouveau cas chez un garçon nègre âgé de 6 mois. Ils considèrent ce cas comme étant le plus jeune de tous les cas jamais observés.

L'enfant fut admis au Service de Pédiatrie du « Confederate Memorial Medical Center » pour diarrhée depuis une semaine et hyperthermie élevée depuis 4 jours. Le diagnostic provisoire d'entrée était « méningite virale possible ».

Durant la première semaine d'hospitalisation, la fièvre oscillait entre 102 et 104° F. La diarrhée était plutôt d'allure intermittente. Au neuvième jour, on pensa à la possibilité d'amibiase et c'est alors qu'on trouva une petite masse épigastrique faisant apparemment partie du lobe gouche du foie.

Au treizième jour, après l'administration d'un lavement, le patient développa le syndrome d'abdomen aigu et il mourut le jour même.

Les selles du malade, examinées durant la vie, « étaient négatives pour des œufs, kystes ou parasites ».

A l'autopsie, on trouva dans le lobe gauche du foie un abcès amibien de 3½ cm. de diamètre et un autre plus petit abcès amibien dans le lobe droit du foie. Ces abcès étaient remplis de pus épais, jaune et dans leurs parois il y avait de nombreux trophozoïtes de l'Endameba histolytica.

La muqueuse du gros intestin était ulcérée et il y avait une perforation de 1 cm. de diamètre à la jonction recto-sigmoïdienne. Le microscope révèle la présence dans la paroi intestinale de nombreux trophozoïtes d'Endameba histolytica.

Il y avait péritonite généralisée à partir de l'orifice de la perforation intestinale.

* * *

Vu la rareté extrême des abcès amibiens chez l'enfant, il est regrettable que les auteurs ne précisent pas davantage les méthodes employées pour les analyses des selles de ce malade, car l'analyse des selles constitue le seul moyen de diagnostic positif de l'amibiase durant la vie. Il serait particulièrement intéressant, devant la négativité des résultats obtenus, de savoir si les méthodes de concentration pour la recherche de kystes amibiens ont été utilisées, si les trophozoïtes amibiens ont été spécifiquement recherchés dans les portions muco-sanguinolentes des selles et si les prélèvements ont été en tout temps maintenus à une température idéale pour la vie du parasite. Enfin, il serait intéressant de savoir si l'exsudat inflammatoire des selles a été étudié après fixation sur lame et colorations appropriées.

Georges BERDNIKOFF.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 25 janvier 1961

Tenue à l'Université de Montréal

Présidence du docteur Gérard Morin.

Le récipiendaire du Prix de la Société Médicale de Montréal (1960), gracieusement offert par la maison Nadeau, est officiellement nommé, à la suite de l'examen des travaux par le Jury préposé à cette fin. Il s'agit du docteur Emilien Labelle, pour son travail sur « les caprices aortiques ».

L'honorable Alphonse Couturier, Ministre de la Santé de la province de Québec, est ensuite élu membre honoraire de la Société Médicale de Montréal et un parchemin à cet effet lui est présenté.

Après le discours du Président, le docteur Gérard Morin, et la présentation à Madame Couturier d'un bijou-souvenir à l'effet qu'elle représentait l'épouse des médecins, l'honorable Alphonse Couturier présente son allocution, laquelle il a intitulé:

Les devoirs du médecin, face à l'assurance-hospilisation.

Hon. Alphonse COUTURIER, ministre de la Santé.

Le Ministre rappelle aux médecins de la Province leurs devoirs, face à l'assurance-hospitalisation.

« C'est sur vos ordres seulement qu'un patient qui veut bénéficier de l'asurance-hospitalisation peut entrer dans un hôpital ayant un contrat avec le Gouvernement » remémore le Député de Rivière-du-Loup.

« Vous savez, continue-t-il, qu'un patient peut obtenir l'hospitalisation gratuite dans tous les hôpitaux de la Province qui ont signé leur contrat; vous savez que vous êtes les maîtres de la longueur du séjour à l'hôpital et que vous êtes les seuls juges du nombre et de la quantité des médicaments nécessaires, notre Serment nous obligeant à traiter nos patients avec toute la probité possible.

Vous connaissez aussi la responsabilité de décider si votre malade a besoin d'isolement et s'il doit occuper, de préférence, une chambre privée ou semi-privée. Vous êtes également les seuls juges de la longueur du séjour à l'hôpital. C'est vous qui décidez le moment où le malade est guéri et peut retourner chez lui ».

Le docteur Couturier rappelle alors à son auditoire que l'assurance-hospitalisation ne couvre pas les sanatoriums antituberculeux, les hôpitaux psychiatriques, les foyers pour vieillards et les institutions qui ne fournissent que des soins de garde.

Le service de l'assurance-hospitalisation du Québec offre, à tous les résidents de la Province, l'avantage de recevoir gratuitement les services assurés dans tous les hôpitaux approuvés. Afin de permettre de répondre adéquatement aux besoins de tous les citoyens, chacun devrait faire un usage ordonné et consciencieux des privilèges qui lui sont accordés, — surtout, nul ne devrait demander à un médecin de le faire hospitaliser, lorsque cela n'est pas strictement nécessaire.

Il conclut ainsi: « Ces quelques observations vous indiquent bien l'ampleur de notre tâche et l'importance d'une saine administration de notre loi d'assurance-hospitalisation. Nous comptons sur la bonne volonté des autorités hospitalières et sur la collaboration étroite des médecins de cette province. Un tel système ne peut donner les résultats que nous en espérons qu'en autant que les malades, les hôpitaux et les médecins coopèrent étroitement avec l'Etat ».

La bible et les origines de l'homme.

Son Em. le Cardinal Paul-Emile LEGER,
Archevêque de Montréal.

« Depuis toujours, l'homme s'est penché sur ses origines et il a essayé d'en pénétrer le mystère. C'est même ce qui fait sa grandeur. Placé au sommet de la pyramide des êtres qui habitent cette terre, l'homme a été fasciné par la profondeur des précipices qui l'entouraient, et même s'il en a éprouvé un certain vertige, il n'a pas cessé de scruter les mystères qui l'environnaient.

En effet, la première dimension de l'homme est cosmique, c'est-à-dire qu'il faut le placer dans un contexte spatial.

La deuxième dimension dans laquelle nous plaçons l'homme est celle de la durée et du temps. Après avoir situé l'homme dans son contexte spatial, il faut nous demander depuis combien de temps l'homme habite la terre.

A ces dimensions extérieures quasi-infinies; il faut ensuite se pencher sur une dimension intérieure que la science commence à peine à soupçonner. Après avoir demandé à l'homme « Où es-tu? » et « Quand as-tu fait ton entrée dans le monde », il faut lui poser cette troisième question « Homme, qui es-tu? ».

Homme où es-tu?

Aucune théorie n'a osé formuler jusqu'à ce jour, une explication définitive de ce mystère de l'espace. Pascal avait raison de dire: « Ces espaces infinis m'effraient ». Nous sommes toujours en face d'hypothèses fascinantes dont la plus audacieuse est celle que l'on appelle « l'expansion de l'univers ». Nous savons que Dieu est infini et, dans l'infini, il y a place pour toutes les dimensions. Cette sarabande des mondes ne peut faire vaciller notre foi. Au contraire, elle contribue à nous donner de Dieu, de Sa Puissance, de Son Eternité, de Son Immensité, une idée plus frappante. C'est cela qui nous confirme prodigieusement dans notre foi Et, si l'homme semble petit, ridiculement petit par sa taille, par ses dimensions matérielles, il est plus grand que l'Univers, puisque, du moment qu'il le mesure, c'est qu'il le domine et le dépasse.

Homme, quand es-tu venu sur la terre?

Le grand problème qui se pose au savant d'aujourd'hui, c'est de reconstruire, dans ses grandes lignes, la chaîne des êtres dont l'homme est le couronnement. C'est pour expliquer cet ensemble de faits, pour dénouer l'écheveau apparamment si mêlé des manifestations de la vie, que la science a imaginé l'hypothèse de l'évolution des espèces.

Où se trouve le seuil de l'humanité? Voilà exactement ce qu'on se demande et voilà ce que la science peut difficilement élucider. Scientifiquement, la date de l'apparition de l'homme sur la terre reste donc inconnue, car c'est grâce à la pensée qu l'homme le plus faible et le moins armé de tous les animaux a pu survivre d'abord, puis dominer et régner. Ce que la science nous apporte d'incontestable, c'est l'ancienneté de l'homme sur la terre.

Mais, quand Dieu a-t-il créé une âme immortelle? Ni la conscience, ni la Bible, d'ailleurs, nous le diront. C'est un de ces secrets que le Père ne révèle à personne.

La Bible et les origines de l'Homme

La Bible est, pour nous, le livre par excellence. Cela ne veut cependant pas dire que la Bible contient ou remplace tous les autres livres humains; elle est l'œuvre de Dieu lui-même, qui s'y révèle à l'humanité, mais cette œuvre divine est profondément incarnée dans l'humain, marquée par les époques de sa composition, limitée par les perspectives de ses auteurs.

Dans le problème de « la Bible et les Origines de l'homme », il ne faut donc pas exiger du Livre Sacré qu'il règle d'autorité tous les problèmes scientifiques qui se posent à l'esprit moderne. La Bible a bien parlé de Dieu, mais elle n'a pas tout dit sur l'univers. La pensée de Dieu s'incarne dans les conceptions populaires d'une époque et, sans les changer, les oriente vers la révélation. La parole de Dieu s'incarne dans le langage populaire d'une civilisation et, sans le transformer, s'en sert pour dire des vérités nouvelles. Ainsi, dans un monde artisanal, où l'art du potier est connu de tous, on aimait parler de Dieu comme d'un potier. On pouvait ainsi faire comprendre que Dieu, formant les hommes, a, sur son œuvre, autant d'empire et de supériorité que le potier tirant ses vases de l'argile pétrie.

En somme, le Seigneur, dans les premiers chapitres de la Genèse, nous dit à peu près ceci: « Imaginez-vous comme vous voudrez l'arrivée visible de l'homme dans le monde, mais sachez qu'en définitive, c'est moi qui l'ai fait et que, s'il pense, c'est grâce à moi ». La Genèse n'est ni pour, ni contre les anthropopithèques (qu'elle ne connaît d'ailleurs pas) ; elle est pour Dieu.

Y a-t-il eu un seul premier homme?

Pour répondre à cette question, la Science se reconnaît elle-même impuissante. Elle aurait le choix entre deux hypothèses: ou bien celle d'un premier homme descendrait toute l'espèce humaine (c'est le monogénisme), ou bien celle de plusieurs hommes indépendants ayant donné naissance à des parties diverses de l'humanité (c'est le polygénisme). Mais, pour se déterminer à choisir, l'homme de science manque des indices nécessaires. En

somme, le polygénisme, ni le monogénisme ne jouissent d'appuis assez sérieux pour être considérés comme hypothèses valables.

Il existe, cependant, une doctrine biblique qui semble, indirectement et comme de biais, nous orienter vers la solution monogéniste: la doctrine du péché originel. Le péché d'Adam est devenu le péché collectif de l'humanité. Tous les hommes sont pécheurs parce que leur père a péché.

Dans l'Encyclique « Humani Generis », le Pape Pie XII porte un jugement prudentiel très sévère sur le polygénisme. Après avoir affirmé que les chrétiens sont libres de discuter si oui ou non le corps de l'homme a été formé par évolution, il ajoute: « Quand il s'agit de l'autre hypothèse, qu'on appelle le polygénisme, les fils de l'Eglise n'ont plus du tout pareille liberté. En effet, les fidèles ne peuvent embrasser une doctrine dont les tenants soutiennent, ou bien qu'il y a eu sur terre, après Adam, de vrais hommes qui ne descendent pas de lui par génération naturelle comme du premier, père de tous, ou bien qu'Adam désigne l'ensemble de ces multiples premiers pères. On ne voit, en effet, aucune façon d'accorder pareille doctrine avec ce qu'enseignent les sources de la vérité révélée et ce que proposent les actes du magistère ecclésiastique sur le péché originel, péché qui tire son origine d'un péché vraiment personnel commis par Adam et qui, répandu en tous par la génération, se trouve en chacun et lui appartient.

Il serait téméraire pour un catholique de s'écarter de ce jugement, et le savant doit en tenir compte, non pas comme d'un préjugé qui entrave son objectivité, mais comme d'une donnée supérieure qui, bien qu'étrangère à sa science, peut l'aider, lui, subjectivement.

L'origine de la femme

Les savants ne font habituellement aucune distinction entre homme et femme, au point de vue des origines. On peut affirmer que la Science cherche l'origine de l'espèce humaine, sans distinction de sexes.

Les premiers chapitres de la Genèse, tout au contraire, portent un intérêt marqué à la distinction entre l'homme et la femme. C'est qu'il y a là, pour leurs auteurs, certaines implications sociales, morales et même théologiques, qui n'entrent pas du tout en ligne de compte dans le domaine scientifique.

On comprend, dès lors, que le récit de la Genèse insiste moins sur l'origine de la femme que sur sa vraie nature qu'elle tire de cette intervention de Dieu qui fut, pour elle, comme pour Adam, une création.

Aucun document officiel de l'Eglise n'est venu se prononcer sur l'origine de la femme. Il semble bien que, même aux yeux de l'autorité, cette question soit subordonnée à celle de l'origine de l'homme: Humani Generis, en tout cas, n'en fait pas un problème à part.

Un plus grand approfondissement de la Science nous a invités à une meilleure intelligence des Ecritures. Le plan de Dieu est toujours tout aussi admirable et si, demain, la science doit nous prouver que le corps de l'homme vient très certainement et hors de tout doute du corps évolué d'un autre animal, c'est encore ce même plan de Dieu qui s'illuminera d'une lumière nouvelle.

En effet, le plan de Dieu, c'est l'histoire des choix successifs qu'Il a faits à travers les âges. Le dernier en date, le plus grand et le plus significatif, c'est celui de Jésus: une nature humaine choisie pour une personne divine, afin de diviniser l'humanité entière. Mais plus loin, derrière Jésus, il y eut Abraham, le Seigneur a distingué Noé comme père d'une humanité nouvelle, laissant périr autour de lui tous ceux qui n'ont pas voulu se repentir avec lui. Si l'hypothèse évolutionniste s'avère, il y aura eu Adam que Dieu aura distingué et se sera choisi, au milieu de tant d'autres vies animales, pour établir la vie humaine où Il voulait s'incarner un jour.

Comme on le voit, il y a encore beaucoup de place dans l'Eglise pour ceux qui veulent travailler. Aux hommes de science, l'Eglise dit: « Observez le phénomène »; aux théologiens: « Approfondissez le mystère », et elle a la certitude que ces deux démarches de l'esprit humain ne peuvent aboutir à des points divergents.

La science et la foi, d'abord confondues en une seule ligne, se développent aujourd'hui comme un éventail qui, d'abord fermé, commence peu à peu à s'ouvrir; l'Eglise encourage les deux mouvements, car elle sait que l'éventail des connaissances humaines se déploiera autour d'un unique point central: Dieu lui-même, Vérité subsistante et que la foi et la science doivent se rejoindre dans le geste des mains qui annoncent la prière.

Le Secrétaire des séances,

Gilles LEDUC.

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Résolution et déclaration adoptées par le Conseil à une réunion tenue à Ottawa, le 17 janvier 1961

Attentu que le Conseil du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a étudié la question de la *Chirurgie Itinérante,* c'est-à-dire la chirurgie pratiquée sur un malade inconnu du chirurgien en un lieu éloigné de celui où le chirurgien exerce régulièrement et où le diagnostic et les soins pré et postopératoires sont délégués à un autre médecin, et attendu que le Conseil du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada reconnaît que l'acte chirurgical ne constitue qu'une partie des soins chirurgicaux donnés au malade, il est résolu que le Conseil du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada condamne la *Chirurgie Itinérante au sens défini ci-dessus* parce qu'elle est nuisible aux intérêts du malade et contraire aux concepts actuellement régnants en matière de soins chirurgicaux complets.

Si, à cause de circonstances particulières, il vaut mieux pour le soin du malade que l'acte chirurgical soit pratiqué par un chirurgien dans un hôpital éloigné du lieu où il exerce régulièrement, le chirurgien doit se charger du diagnostic et des soins pré et postopératoires donnés au malade.

Les honoraires du chirurgien à l'égard de ces services doivent être proportionnés aux services rendus et au temps durant lequel il s'est absenté du lieu où il exerce régulièrement.

Il ressort de ce qui précède que la déontologie et le bien du malade interdisent aux médecins ou aux caisses d'assurance médicale de chercher à partager les honoraires chirurgicaux réguliers entre chirurgien intervenant et médecin.

DÉCLARATION INSTRUCTIVE DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA AU SUJET DE LA DICHOTOMIE ET DES PRINCIPES RELATIFS AUX RELATIONS FINANCIÈRES INTERVENANT DANS LE SOIN PROFESSIONNEL DES MALADES [1]

1. Dans ses rapports avec le malade, l'Associé (ou le Spécialiste certifié) du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada doit informer le malade ou un membre de sa famille de l'identité des médecins qui concourront à le traiter, doit être disposé à discuter ses honoraires avec le malade ou un membre de sa famille avant de remettre sa note, et doit remettre sa note à l'égard des services qu'il a lui-même rendus au malade.

a) *Informer le malade ou un membre de sa famille de l'identité des médecins qui concourront à le traiter.*

Une fois qu'un malade lui est envoyé pour le soigner et le traiter, le chirurgien est moralement et légalement responsable de son propre diagnostic pré-opératoire, de la décision d'opérer, des soins pré-opératoires qui ne sont pas donnés, de l'exécution de l'opération et des soins post-opératoires tant qu'ils sont nécessaires. Ces responsabilités n'interdisent pas de consulter des confrères. Il faut renvoyer le malade à son médecin quand il n'a plus besoin de soins d'ordre chirurgical.

Il est important d'envisager les soins chirurgicaux comme un travail d'équipe. Il faut informer le malade qu'il sera peut-être soigné par plusieurs personnes sous la gouverne du chirurgien responsable.

b) *Etre disposé à discuter ses honoraires avec le malade ou un membre de sa famille avant de remettre sa note.*

La discussion des honoraires avant la remise de la note peut empêcher que le malade se méprenne ou s'irrite au sujet des honoraires du chirurgien. On peut d'habitude en arriver à s'entendre en discutant franchement tous les points à considérer dans l'établissement des honoraires.

Les honoraires des Associés ou des Spécialistes certifiés doivent être proportionnés aux services rendus et à la faculté raisonnable de payer du malade.

Sont exhorbitants les honoraires qui dépassent la valeur des services rendus ou la faculté de payer.

La valeur des services exécutés dépend de la nature de l'intervention, de la somme des actes chirurgicaux et de la compétence particulière requise.

Le chirurgien ne doit exiger d'honoraires que pour les services rendus par lui-même personnelle-

1. On peut aussi se reporter au Code de déontologie énoncé à l'article 12 du Règlement du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

ment ou, sous sa direction, par ses employés ou ses associés chirurgicaux.

Le médecin traitant (ou consultant) doit remettre sa propre note à l'égard des services par lui rendus.

La faculté raisonnable de payer est la mesure dans laquelle la personne responsable peut acquitter les honoraires sans compromettre la stabilité économique de sa famille.

Pour déterminer la faculté de payer, il faut tenir compte de toutes les dépenses qui se rattachent au soin du malade. C'est sur le niveau économique de la famille qu'il faut se guider, peu importe l'existence d'une assurance contre les frais médicaux, sauf que l'indemnité peut être considérée comme faculté de payer pour autant. L'assurance médicale n'est pas destinée à servir d'assise à l'établissement d'honoraires additionnels que ne justifie pas le niveau économique de la famille.

Si deux médecins doivent remettre chacun leur note et s'il est manifeste que le total des honoraires doit dépasser la faculté raisonnable de payer, il convient que les deux se consultent et réduisent leurs honoraires.

c) *Remettre une note à l'égard des services qu'il a lui-même rendus au malade.*

Paiement doit être fait séparément à chaque médecin, peu importe qu'il y ait remise d'une note distincte ou d'une note globale détaillée.

Du point de vue déontologique, l'Associé (ou le Spécialiste certifié) ne peut payer le médecin traitant à l'égard de services rendus par ce dernier dans le soin des malades; l'Associé (ou le Spécialiste) ne peut pas non plus recourir à des subterfuges pour aider le médecin traitant à toucher des honoraires injustifiables (en permettant, par exemple, à ce dernier de rendre des services non nécessaires).

2. Dans ses rapports avec ses confrères, l'Associé (ou le Spécialiste certifié) du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada doit refuser de participer ou de se prêter à des dispositions financières qui induiraient à lui envoyer un malade; il doit refuser de permettre au médecin traitant de percevoir ses honoraires; il doit refuser de percevoir les honoraires des autres médecins qui concourent au soin du malade.

a) *Refuser de participer ou de se prêter à des dispositions financières qui induiraient à lui envoyer un malade.*

Les responsabilités du médecin envers le malade l'obligent à placer les intérêts du malade au-dessus de toute autre considération. Il doit être bien entendu que le médecin, qui envoie un malade à un confrère en vue de soins chirurgicaux, doit se guider uniquement sur la qualité des soins attendus du chirurgien. En obéissant à quelque autre motif, il viole la confiance que le malade met en lui.

Il faut protéger le malade contre divers subterfuges qui s'inspirent de motifs contraires à la déontologie:

1. Partage des honoraires chirurgicaux entre chirurgien et médecin traitant. Le partage des honoraires payés par un assureur constitue tout autant de la dichotomie que le partage d'un paiement direct fait par le malade.

2. Permettre au médecin traitant de percevoir du malade la note globale et de payer le chirurgien.

3. Alterner l'envoi des notes aux opérés, grâce à quoi chirurgien et médecin traitant perçoivent et conservent à tour de rôle tous les honoraires.

4. Réduction disproportionnée des honoraires du chirurgien afin de permettre au médecin traitant d'exiger pour ses services un prix excessif.

5. Paiement du loyer d'un cabinet d'après un pourcentage du revenu professionnel, particulièrement lorsque le propriétaire (ou le locataire) des locaux peut envoyer des malades au chirurgien.

6. Se prodiguer en frais d'hospitalité à l'endroit des médecins traitants.

Il est contraire à la déontologie d'accepter une bonification du fabricant (ou marchand) qui a fourni au malade un médicament, un appareil ou autre accessoire de traitement. Il est contraire à la déontologie pour un ophtalmologiste ou un chirurgien ophtalmique de retirer un bénéfice de la vente de lunettes ou des services d'un opticien qui travaille dans son cabinet ou à qui il envoie des clients.

Il est également contraire à la déontologie pour l'Associé (ou le Spécialiste certifié) d'accepter une bonification d'un laboratoire de pathologie ou d'un radiologue.

b) *Refuser de permettre au médecin traitant de percevoir les honoraires chirurgicaux pour le chirurgien.*

Le chirurgien ne fait pas fonction de sous-entrepreneur dans le traitement chirurgical du malade. A moins que le chirurgien lui remette sa propre note, le malade n'a aucun moyen de connaître le

montant des honoraires du chirurgien. Le paiement du chirurgien par le médecin traitant peut inciter au partage des honoraires et peut se traduire pour le malade par une note excessive.

c) *Refuser de percevoir les honoraires des autres médecins qui concourent au soin du malade.*

Le malade a le droit de connaître combien exige de lui chaque médecin avec qui il est en rapport contractuel. Il est indispensable pour cela que chaque médecin envoie et perçoive sa propre note.

Le chirurgien assistant (autre que le médecin traitant) qui n'a aucun autre rapport professionnel avec le malade est l'employé du chirurgien et peut recevoir du chirurgien des honoraires d'assistance si le montant en est indiqué sur la note envoyée au malade.

Au sujet de la note, les groupes cliniques et les sociétés dûment constituées sont considérés comme des entrepreneurs uniques et peuvent envoyer une seule et même note pour l'ensemble des services rendus par chaque membre. Il faut détailler la note afin que le malade sache quel médecin lui a rendu tel service.

NOUVELLES

UN OCTROI POUR LA RECHERCHE À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Une entreprise commerciale de la capitale vient de renouveler à la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa, un octroi de $1,500 qui sera consacré à la recherche.

Il s'agit de la compagnie M. Loeb qui, par l'entremise de M. Bertram Loeb, son président, accordait l'octroi pour la première fois l'an dernier, en mémoire du Dr Henry H. Loeb, décédé en 1949. Un autre frère du président, le Dr Lazarus Loeb, enseigne à la faculté de médecine.

L'usage de l'octroi est laissé à la discrétion du doyen, le Dr Jean-Jacques Lussier. L'an dernier, on s'en est servi pour aider financièrement des chercheurs n'ayant pas encore de bourse de recherche, pour couvrir certains frais de recherche, et aussi pour se procurer des appareils de laboratoire dont l'achat n'était pas prévu au budget.

LE PROFESSEUR FERNAND MONTREUIL INVITÉ AU CONGO

Le Dr Fernand Montreuil, professeur à la faculté de Médecine de l'Université de Montréal, doit partir de Montréal pour le Congo où, sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé, il sera professeur invité de l'Université Lovanium de Léopoldville.

Spécialiste canadien réputé en oto-rhino-laryngologie, le Dr Montreuil est chef de service à l'hôpital Notre-Dame. A l'Université de Montréal, il est professeur titulaire de la faculté de Médecine depuis trois ans.

Lovanium est, avec celle d'Elizabethville, l'une des deux grandes universités du Congo. On y comptait en 1960, 396 étudiants africains et 149 étudiants européens. Cette année, 375 étudiants s'y sont inscrits, 245 dans les facultés et 130 pour les cours préuniversitaires. La vie académique se déroule de façon absolument normale. L'université a accueilli, cette année, son premier professeur africain, M. l'abbé Michel Karikunzira de Ngozi, docteur en science psycho-pédagogique de Louvain.

CONFÉRENCES À L'HÔTEL-DIEU DEVANT LES MEMBRES DE L'*ALDEN MARCH SURGICAL SOCIETY*

The Alden March Surgical Society a été invitée par le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu à une séance clinique le jeudi, 13 avril.

Le programme était rédigé comme suit :

2 h. 30 p.m. — Cervical Rib with Aneurysm and Embolism. Docteur Paul Stanley.

2 h. 50 p.m. — The Use of Bowel in Urologic Surgery. Docteur Jean-Paul Bourque.

3 h. 10 p.m. — Infectious Spondylitis. Docteur Roger Gariépy.

3 h. 30 p.m. — Essential Lipemia and the Acute Abdomen. Docteur Gilles Gosselin.

4 h. p.m. — Considerations on the Diagnosis and Management of Acute Tubular Necrosis. Docteurs Guy Lemieux, Eudore Savoie, Louis Beaudoin.

4 h. 20 p.m. — Newer Aspects of Lower Limb Revascularization. Docteur Paul Cartier.

Le docteur Jacques Bruneau, chef de service, a reçu les invités et présidé la réunion.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ANTONIO CANTERO

Le docteur Antonio Cantero, directeur des laboratoires de recherches de l'Institut du Cancer de Montréal, vient d'être élu « fellow » de la New York Academy of Sciences

en témoignage de sa contribution au développement de la recherche scientifique.

LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la province de Québec — *The Province of Quebec Society for Orthopedies and Traumatology*, s'est réunie au Jewish General Hospital, samedi, le 25 mars 1961.

Le programme se lisait: le matin.

Docteur L. Heller — Non-discogenic sciatica. Sciatalgie extra-discale.

Docteur P. Eibel — a) Open reduction - fractures of clavicle. b) Localised bone atrophy of undetermined origin. a) Réduction ouverte dans les fractures de la clavicule. b) Atrophie osseuse localisée d'origine inconnue.

Docteur R. Breitman — Repair of recent injuries to ligaments of the knee. Réparation des déchirures récentes des ligaments du genou.

Docteur J. Shugar — Osteotomy - bunionectomy. Ostéotomie et résection d'exostose dans l'hallux valgus.

Docteur S. E. Goldman — a) Unusual case of chronic recurring abscess of the thigh. b) Tuberculosis of the patella. a) Un cas rare d'abcès chronique récidivant de la cuisse. b) Tuberculose de la rotule.

1 h. p.m. — Tumor Conference. Séance sur les tumeurs. Docteur M. Simon, modérateur.

Review of 22 primary malignant bone and soft tissue tumours, followed by Tumour Clinic of Jewish General Hospital, 1941 to 1961, with illustrative cases.

Revue de 22 cas de tumeurs malignes primitives de l'os et des tissus mous suivies dans cet hôpital de 1941 à 1961.

LE DOCTEUR J. O. V. BELLEGARDE, DIRECTEUR MÉDICAL À NORANDA

Le docteur J. O. V. Bellegarde, anesthésiste, vient d'être nommé directeur médical de l'Hôpital d'Youville de Noranda. Le docteur était président du Bureau médical au moment de sa nomination.

UNE NOUVELLE ASSOCIATIION MÉDICALE

Les médecins résidents des hôpitaux de Québec viennent de fonder l'Association des Médecins Résidents du District de Québec. L'incorporation en a été demandée par les docteurs Hildebert Huard, William Bastarache, Lorne Arsenault, Marc Hallé et Denys Jobin.

LE DOCTEUR OTTO SAPHIR AUX CONFÉRENCES CLAUDE BERNARD

Dans le cadre des Conférences Claude Bernard, un éminent médecin de Chicago, le Dr Otto Saphir, a entrepris une série d'exposés sur la pathologie des artères et du coeur.

Directeur du département de pathologie du « Michael Reese Hospital and Medical Center » de Chicago, le Prof. Saphir est âgé de 64 ans et a obtenu son doctorat en médecine en 1921. Il a ensuite poursuivi ses recherches aux Etats-Unis, où il est depuis 1930 professeur à l'Ecole de Médecine de l'Université d'Illinois. Parmi ses nombreux écrits, il convient de signaler des ouvrages sur la pathologie, celle du coeur notamment, sur les méthodes d'autopsie et sur la médecine tropicale.

Le Dr Saphir a donné aux trois conférences qu'il a bien voulu accepter de prononcer à l'Institut de Médecine et de chirurgie expérimentales, les titres suivants: « Pyélonéphrite chronique et hypertension artérielle ». « Le rôle de l'inflammation dans l'artériosclérose » et « La myocardite ».

FONDATION PÈRE BERTRAND

Le Dr Rodrigue Latourelle, de l'hôpital Comtois, de Louiseville, le Dr Eugène Thibault, de l'hôpital de Verdun, et le Dr Marcel Lapointe, de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier, de Chicoutimi, ont reçu des autorités provinciales les attributions prévues par la troisième partie de la Loi des compagnies et devant permettre la constitution d'un fonds dont les intérêts serviront à octroyer des bourses pour des études portant sur l'administration des établissements hospitaliers. Il s'agit de la « Fondation Bertrand ». La valeur des biens-fonds que pourra posséder la société, sera limitée à $500,000. Le siège social est dans la Métropole.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC

Le Congrès de l'Association des Hôpitaux du Québec s'est tenu à l'Hôtel le Reine Elisabeth de Montréal, le 19, 20 et 21 mai 1961 sous la présidence du docteur Paul Bourgeois.

Les invités d'honneur ont été l'Honorable Jean Lesage, premier ministre de la province de Québec et l'honorable Alphonse Couturier, ministre de la Santé.

A l'issue du Congrès, le docteur Turner, du Royal Victoria Hospital a été élu président de l'Association où il succède au docteur Paul Bourgeois.

REVUE DES LIVRES

Histoire de la Chirurgie par Claude D'ALLAINES. Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1961.

Cet ouvrage de 126 pages ne prétend pas à raconter l'histoire de la chirurgie mais à en marquer les étapes les plus importantes. Il est destiné au profane, soit à instruire le grand public sur cette fascinante discipline médicale. Car la chirurgie reste, malgré toute la technique qui l'entoure et la sous-tend, de la médecine que servent l'adresse manuelle et l'inventivité instrumentale. La synthèse que présente l'auteur, le raccourci historique qu'il offre au lecteur se lisent avec grande facilité et intérêt soutenu, parce qu'ils sont formulés dans un style simple et alerte, parce qu'ils sont opérés avec intelligence en mettant en lumière les découvertes fondamentales qui ont jalonné l'évolution de la chirurgie jusqu'à ses prestigieuses réalisations d'aujourd'hui.

L'auteur ne manque pas d'évaluer tous les facteurs qui ont favorisé cette évolution et de raccorder au succès des chirurgiens le développement même des connaissances médicales qui comprennent autant celles de l'anatomie, de la physiologie que de l'anatomie pathologique, où se trouve aussi le perfectionnement progressif des techniques proprement chirurgicales. Mais il insiste plus particulièrement sur trois découvertes qui ont été d'une importance capitale dans les progrès de la chirurgie et qui l'ont fait littéralement bondir vers des accomplissements impatiemment attendus de ses adeptes, soit celle de l'anesthésie en 1847, celle de l'antisepsie en 1867 et de l'asepsie en 1886, celle de la pénicilline en 1925-1940 suivie de toute la théorie actuelle des antibiotes.

A ces découvertes, l'auteur ajoute de nombreux autres procédés techniques et biologiques qui ont accéléré davantage les succès de la chirurgie, comme l'usage courant de la transfusion sanguine, les soins pré et post-opératoires, les ingénieuses et savantes combinaisons médicamenteuses des anesthésistes et combien d'autres innovations et procédés de portée vitale et d'emploi quotidien.

L'auteur ne néglige aucun des aspects et des agents qui ont concouru et concourent à ce prestige et à l'efficience de l'acte chirurgical. Sans s'attarder, sans appuyer outre mesure, il renseigne pertinemment et de la sorte fait connaître l'essentiel de cette histoire palpitante qui est celle de la chirurgie.

Roma AMYOT

COMMUNIQUÉS

NEUVIÈME RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉHABILITATION

L'Association canadienne de médecine physique et de réhabilitation tiendra sa Neuvième assemblée annuelle les jeudi, vendredi et samedi, 24, 25 et 26 août 1961, à l'Hôtel Bessborough, Saskatoon, Sask. Les réunions scientifiques auront lieu le jeudi et le vendredi dans l'auditorium de l'Hôpital universitaire.

Les médecins qui s'intéressent à la Médecine physique et à la réhabilitation sont cordialement invités à ce congrès, et pour tous renseignements, on est prié de s'adresser au docteur Maurice Mongeau, secrétaire-trésorier, 6265, chemin Hudson, Montréal.

SONDE EXPLORATRICE COMMANDÉE À DISTANCE

Les laboratoires de recherche General Motors ont mis au point une sonde commandée à distance, pour l'exploration des cavités et vaisseaux du coeur humain à partir de l'artère pulmonaire.

Les travaux ont été effectués par le service des recherches spéciales de GM, en collaboration avec le docteur Richard J. Bing, professeur et doyen de la faculté de médecine de l'université Wayne. M. Charles W. Gadd, chef des analyses de vibrations et de fatigue, a dirigé le programme technique pour General Motors.

La nouvelle sonde a déjà été essayée sur l'homme, et le docteur Bing considère qu'elle pourra devenir un important auxiliaire du diagnostic dans les maladies cardiaques. Cet instrument de précision pourrait être fabriqué à un prix assez modique pour pouvoir servir couramment dans les examens cliniques.

Les sondes, qui sont des tubes souples de faible diamètre, sont d'usage courant pour la mesure de la tension sanguine, le prélèvement d'échantillon sanguins et l'exploration dans le coeur humain. Mais elles ont pour principal défaut de ne pas pouvoir recevoir d'orientation une fois implantées dans une veine qui mène au coeur.

De même, une fois la pointe de la sonde entrée dans les cavités du coeur, il n'était pas possible de la diriger vers

les régions qui ont une importance clinique. Avec la commande à distance, il sera possible d'amener et d'orienter la sonde dans le coeur beaucoup plus rapidement, et d'y faire les constatations désirées.

On peut utiliser les sondes courantes, et le nouveau dispositif sert de tendeur. L'extrémité de la sonde est orientée par l'action d'un fil métallique très fin qui transmet au centre d'un ressort hélicoïdal parcourant toute la longueur de la sonde (4 pieds) pour se terminer à environ un pouce et demi de la pointe. La tension est exercée par le médecin en appuyant sur un piston avec son pouce comme il le ferait avec une seringue à injections.

L'extrémité peut se recourber de 180 degrés sur elle-même. Une fois la sonde en place, on peut retirer le mécanisme du tube.

Le nouvel instrument a été présenté au public le 14 mars par le docteur Bing, au cours d'une séance d'études consacrée aux affections cardiaques, qui s'est tenue à Ann Arbor, Michigan.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. J. H. Karshner, News Relations Section, GM Technical Center, Warren Mich.

"CANADIAN HEART ASSOCIATION AND NATIONAL HEART FOUNDATION OF CANADA"

La réunion conjointe annuelle de ces deux organismes aura lieu du 13 au 18 novembre 1961, à Vancouver. Les demandes de renseignements pourront être adressés à: Docteur John B. Armstrong, National Heart Foundation of Canada, 501 Yonge Street, Toronto 5.

QUATRIÈME CONGRÈS MONDIAL DE CARDIOLOGIE

Ce quatrième congrès sera tenu au Centre médical de Mexico, du 7 au 13 octobre 1962. Le président du comité de ce congrès est le docteur Ignacio Chavez. Toute communication concernant ce congrès devra être adressée à: Docteur Isaac Costero, Quatrième Congrès de Cardiologie, Institute N. De Cardiologia, Avenida Cuauhtemoc 300, Mexico 7, D.F.

FÉDÉRATION MONDIALE POUR LA SANTÉ MENTALE

Année mondiale de la Santé mentale, 1960.

Cette période spéciale d'activité due à l'initiative de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale s'achèvera lors du Sixième Congrès International de Santé Mentale, lequel se tiendra à Paris, du 30 août au 5 septembre 1961.

Un nombre considérable de nouveaux projets ont été entrepris ou exécutés dans quelque cinquante-cinq pays au cours de cette période de l'Année Mondiale. Pour lui permettre de tenir à jour ses archives, le Secrétariat de la Fédération, 19 Manchester Street, London, W. 1, désirerait être informé de toute activité entreprise *du fait* de l'Année Mondiale de la Santé Mentale, qui ne lui aurait pas, jusqu'à présent, été notifiée.

Tous renseignements relatifs au Sixième Congrès International de Santé Mentale peuvent être obtenus à l'une des adresses suivantes:

Paris: Ligue Française d'Hygiène Mentale,
11, rue Tronchet, Paris VIIIe.

Londres: World Federation for Mental Health,
19 Manchester Street, London, W. 1.

New-York: World Federation for Mental Health,
162 East, 78th Street, New York 21, N.Y.

RAPPORTS DE SURVEILLANCE DES MALADIES CONTAGIEUSES ÉPIDÉMIQUES OU EXCEPTIONNELLES MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Division de l'Épidémiologie (E.W.R. Best, M.D., D.P.H., Chef)

Influenza

Nouvelle-Ecosse

Durant la première quinzaine de février 1961, 106 cas d'une affection d'allure grippale ont été rapportés dans la région de Sydney et Glace-Bay.

Source: Dr D. G. McCurdy, directeur, Unité sanitaire du Cap-Breton-Nord. Dr N. F. Macneill, directeur, Unité sanitaire du Cap-Breton-Sud.

Canada

Aucun cas de virus grippal isolé n'a été rapporté jusqu'ici au Canada et l'on ne rapporte pas d'éclosion épidémique.

Rougeole

Colombie-Britannique

L'Unité sanitaire du sud de l'île de Vancouver et de Saanich a rapporté environ 1,000 cas de rougeole de novembre à janvier. Le point culminant de l'épidémie a été atteint vers la mi-janvier.

Source: Dr A. N. Beattie, directeur, Unité sanitaire du Sud de l'île de Vancouver et de Saanich, Victoria.

Une épidémie de rougeole est rapportée dans la région de Nanaïmo, où le nombre de cas dépasse sensiblement la moyenne saisonnière. La maladie frappe surtout les enfants d'âge préscolaire.

Source: Dr C. J. G. Mackenzie, directeur, Unité sanitaire du centre de l'île de Vancouver, Nanaïmo.

Manitoba

Une éclosion de rougeole, qui a causé un décès, est rapportée à la réserve de Pukatawagan. Les cas comptent 22 enfants au-dessous de 1 an, 47 âgés de 1 à 5 ans et 3 autres âgés de 5 à 9 ans. Le cas de mortalité est celui d'un bébé mort de pneumonie suivant une rougeole.

Source: Dr. H. N. Colburn, Service de Santé des Indiens du Nord, Le Pas, Manitoba.

Diphtérie

Saskatchewan

Durant la première semaine de février, la diphtérie s'est déclarée dans une famille de sept personnes, toutes non immunisées et vivant à l'étroit dans une hutte de deux pièces près de Prince-Albert. Quatre furent hospitalisées et les trois autres isolées à leur foyer et traitées chacune avec 8,000 unités d'antitoxine, 5,600,000 unités de pénicilline et 1 cc. d'anatoxine. Tous les contacts, soit deux classes de 90 enfants et un groupe de Témoins de Jehovah de 32 personnes ont été contrôlés et trouvés négatifs. L'immunisation était à jour chez les écoliers et les Témoins de Jehovah sont en cours d'immunisation. La source n'a pas été établie et l'on n'a pas trouvé de porteurs de germes dans cette localité.

Fondée en 1902

Association des Médecins de Langue Française du Canada

BULLETIN D'ADHÉSION

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

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

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

Bureau:.....

Domicile:.....

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

.....

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

Signature:.....

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

Au cours de 1960, 7 cas de diphtérie ont été rapportés en Saskatchewan, tous membres d'une famille de huit personnes, habitant un hameau reculé à 120 milles à l'ouest de Prince-Albert. La famille était relativement bien immunisée, mais avait gravement souffert de la faim durant six mois et une carence en protéines peut vraisemblablement expliquer ce défaut de protection. Le premier cas était une fillette de 2 ans. Elle est morte en dépit des 120,000 unités d'anatoxine administrée le troisième jour après l'admission. Un peu plus tard, on a trouvé la mère et quatre autres enfants assez gravement malades et ils furent isolés à Prince-Albert. Ils se sont remis sans accident.

Le père, quoique positif, fut à peine malade et fut traité à domicile par l'antitoxine et la pénicilline par voie buccale. Un bébé de 2 mois, également positif, n'était pas malade. Il fut traité par l'antitoxine et la pénicilline en injections. Des 14 contacts positifs, tous sans symptômes, 4 étaient des hommes âgés avec antécédents diphtériques. Il se peut que l'un deux soit la source de l'éclosion.

Toutes les sources isolées étaient le C. diphteria gravis du type II. Tous les contacts ont reçu des doses de 5,000 à 10,000 unités d'antitoxine, 5.6 millions d'unités de pénicilline G-Ammoniacale par la bouche, et toute la population locale a été immunisée par l'anatoxine. Au total, 320 personnes ont été examinées à quatre reprises, après quoi l'on n'a pu trouver de porteur de germes positif.

Seulement deux cas sporadiques de diphtérie ont été rapportés en 1959, dont l'un, une étudiante-infirmière non immunisée, a été gravement atteint de myocardite toxique.

(Remarque — 53 cas de diphtérie ont été rapportés au Canada en 1960 et 37 en 1959).

Source: Dr H. O. Dillenberg, épidémiologiste, ministère de la Santé publique, Saskatchewan.

Hépatite infectieuse

Service de santé des Indiens et du Nord

Inuvik (T. N.-O.) — A l'éclosion d'hépatite infectieuse, signalée dans nos Rapports de surveillance des 5 et 17 novembre 1960, s'ajoutent les rapports suivants.

Le premier cas était diagnostiqué à l'hôtellerie catholique le 10 octobre 1960 et, sept jours plus tard, on avait quatre autres cas. Cette hôtellerie compte 217 enfants pensionnaires, âgés de 6 à 17 ans. Ces premiers cas ont été rigoureusement isolés à l'infirmerie durant trois semaines. Quatre des enfants malades étaient originaires de Fort-Bonne-Espérance ou des cas sporadiques d'hépatite infectieuse avaient été rapportés durant l'été.

Le 8 novembre 1960, l'épidémie a commencé à se répandre et, avec le nombre croissant de cas, l'isolement strict a été réduit à une semaine. Vers la mi-décembre, la globuline gamma, à raison de 0.1 ml. par livre de poids corporel, a été administrée à tous les enfants pensionnaires des hôtelleries catholique et anglicane. Vers la fin de décembre, les nouveaux cas ont beaucoup diminué et le dernier a été diagnostiqué le 29 décembre. Il est à signaler que seuls les dortoirs des jeunes (6 à 12 ans) ont été frappés. Aucun des enfants plus âgés (13 à 17 ans) et aucun membre du personnel n'ont été malades.

Un total de 44 cas d'hépatite infectieuse ont été rapportés à l'hôtellerie catholique. A l'hôtellerie anglicane, qui compte 267 enfants pensionnaires, aucun cas n'a été diagnostiqué.

Dans le petit village d'Inuvik, 5 cas, répartis dans trois familles, se sont déclarés. Quatre d'entre eux étaient des enfants âgés de 6 à 10 ans et l'autre un adulte de 35 ans. Le premier cas diagnostiqué et hors de l'hôtellerie le fut le 10 novembre et le plus récent le 3 janvier 1961.

Source: Dr J. Kirkbride, médecin-hygiéniste, Inuvik. Dr P. E. Moore, directeur, Service de santé des Indiens et du Nord, Ottawa.

Influenza

Royaume-Uni

L'influenza régresse presque partout dans les Midlands et le Nord de l'Angleterre, mais se répand dans le sud plus qu'auparavant. Le virus grippal A2 a été isolé en d'autres cas.

Trois des sources virales isolées de Birmingham montrent une réaction antigénique qui diffère un peu des autres virus A2 isolés au Royaume-Uni dans cette épidémie, et également des virus du même sous-groupe isolés au cours des années précédentes dans d'autres parties du monde (Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, no 7, le 7 février 1961).

Durant la semaine terminée le 11 février 1961, les décès imputés à l'influenza se sont accrus à 1,393 comparativement à 1,219 la semaine précédente. Dans 90 p. 100 des décès, il s'agit de personnes âgées de 55 ans ou plus.

Source: Weekly Influenza Statement for England and Wales, no 7 (11 février) 1961.

Au numéro du 4 février 1961 du *British Medical Journal*, un médecin décrit ainsi les symptômes de la forme actuelle d'influenza:

« D'habitude, l'attaque est subite, se déclenchant dans l'espace d'une demi-heure environ. Au tout début, la température est élevée, allant jusqu'à 103°F., avec sueurs profuses, inflammation pharyngée très marquée et hypertrophie des glandes cervicales. La diarrhée et les vomissements sont très fréquents les deuxième et troisième jours, et la température retombe graduellement à la normale au quatrième jour. L'épidémie semble frapper plutôt les jeunes travailleurs adultes des deux sexes et les vieillards. Il semble que les personnes qui ont eu la grippe asiatique ne contractent pas cette infection récente ».

Irlande

L'épidémie d'influenza semble très répandue et les cas sont plus nombreux qu'en 1957, mais elle paraît surtout sur son déclin. La mortalité est peu élevée et les cas de décès sont surtout des personnes âgées, en particulier celles avec antécédents d'affection cardiaque ou respiratoire.

Les premières souches A2 actuellement à l'étude sont du même type antigénique que les trois souches isolées de la région de Birmingham signalées ci-dessus.

Norvège

Une épidémie d'influenza, imputable au virus B d'après les examens sérologiques, a débuté à Odda, ville industrielle de 7,000 âmes, au cours de la deuxième semaine de janvier 1961. Elle est surtout fréquente chez les jeunes âgés de 10 à 20 ans et, dans les écoles, les absences dépassent 50 p. 100, quoique les industries soient moins gravement frappées. L'épidémie, qui s'est répandue dans le voisinage, a duré jusqu'à la fin de janvier. On ne rapporte aucune éclosion d'influenza ailleurs au pays.

Source: Bulletins épidémiologiques hebdomadaires de l'O.M.S., 10 et 17 février 1961.

Etats-Unis

On ne rapporte pas d'influenza active aux Etats-Unis. Les décès dus à l'influenza et la pneumonie restent dans les limites saisonnières normales.

Source: Morbidity and Mortality Weekly Report, Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare (10 février) 1961.

Rage

Californie

Le 21 janvier 1961, un homme de 76 ans mourait dans un hôpital de Yuma, Arizona, de ce que l'on croit être la rage. Quarante-quatre jours plus tôt, il avait été mordu par un chien enragé près d'Imperial Dam, Bard, comté d'Imperial en Californie. La maladie s'est déclarée 31 jours après la morsure et le malade est mort 13 jours plus tard. La morsure, une plaie de 5 pouces au poignet droit, a été infligée lorsque le chien a sauté d'un talus et attaqué la victime, le 7 décembre 1960. La plaie a été lavée le jour même au Phisohex et chlorure de ziphérine. L'administration d'une série de 14 doses de vaccin antirabique cultivé sur embryon de canard a commencé 6 jours plus tard. L'examen microscopique du cerveau de l'animal a révélé la présence de corps de Negri typiques, et 6 des 8 souris inoculées étaient mortes le seizième jour après l'inoculation. Le cerveau du chien et ceux des souris ont donné une réaction positive à l'épreuve des anticorps par fluorescence. Le diagnostic du cas humain a été confirmé le 24 janvier 1961. L'examen microscopique de prélèvements du cerveau, effectué par le département de la Santé publique de l'Etat de Californie, a révélé la présence de corps de Negri typiques dans ce tissu.

Source: Morbidity and Mortality Weekly Report, Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare (27 janvier) 1961.

* * *

Psittacose

Alberta

On rapporte une éclosion de psittacose à Calgary. Il s'agit de 4 membres d'une famille: une femme de 44 ans, deux fillettes de 7 et 8 ans et un garçonnet de 12 ans. Tous ont souffert d'une affection fébrile accompagnée d'une toux sèche déchirante, de pâleur et de léthargie. Un des échantillons de sang a donné un résultat positif, mais les rapports ne sont pas terminés pour les autres échantillons. Tous les malades se sont remis sans incident.

Cette éclosion présente un caractère intéressant en ce sens que la famille possédait, depuis 8 ans, une perruche qui est tombée malade et est morte deux semaines avant l'apparition des premiers symptômes chez les humains. Selon toute apparence, cette perruche n'était venue en contact avec aucun autre oiseau durant cette période, ce qui semble indiquer que l'infection est restée latente durant 8 ans.

Source: Dr L. C. Allan, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire de Calgary.

Hépatite infectieuse

On rapporte une éclosion de 45 cas d'hépatite infectieuse à Montgomery, ville de 5,000 âmes environ, dans la banlieue ouest de Calgary.

Source: Dr D. N. Keyes, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire Mount View. Dr E. S. Orford Smith, directeur, Division des Services de santé locaux, ministère provincial de la Santé.

Encéphalite rougeoleuse

Colombie-Britannique

On rapporte à Nanaïmo un cas grave d'encéphalite rougeoleuse chez un garçonnet de 8 ans. Il y a actuellement beaucoup de rougeole dans cette région.

Source: Dr C. J. G. Mackenzie, directeur, Unité sanitaire centrale de l'île de Vancouver, Nanaïmo.

Oreillons

Colombie-Britannique

Durant la dernière quinzaine de février, environ 150 cas d'oreillons ont été rapportés dans la région du Haut-Fraser.

Source: Dr G. Donald Kettyls, directeur, Unité sanitaire du Haut-Fraser, Chilliwack.

Fièvre du Queensland

Québec

Un cas de fièvre Q est rapporté dans le comté de Richmond, chez un employé de ferme âgé de 38 ans. Le diagnoshtic a été confirmé sérologiquement, par les titres suivants: 1er — 18:8; 2e — 1:256; 3e — 1:256; 4e — 1:128.

Trichinose

Québec

Deux cas de trichinose sont rapportés à Jonquière. Les deux sont des rapports différés car l'affection a débuté en décembre 1960. La source de l'infection n'est pas encore établie.

Source: Dr A.-R. Foley, épidémiologiste, ministère de la Santé, Québec.

Influenza

Etats-Unis

On ne rapporte d'influenza active nulle part dans le bloc continental des Etats-Unis. Les décès par pneumonie et influenza rapportés de 108 villes restent dans les limites saisonnières prévues.

Source: Morbidity and Mortality Weekly Report, U.S. Department of Health, Education and Welfare, le 3 mars 1961.

L'absence d'influenza rapportée aux Etats-Unis est notable.

Source: Morbidity and Mortality Weekly Report, U.S. Department of Health, Education and Welfare, le 10 mars 1961.

Royaume-Uni

De Londres, le ministère de la Santé de Grande-Bretagne rapporte que l'épidémie d'influenza A2 régresse partout en Angleterre et au pays de Galles. Depuis le point culminant de 1,393 décès par influenza durant la semaine terminée le 11 février 1961, le nombre rapporté s'infléchit favorablement de semaine en semaine: au 18 février — 972; au 25 février — 568; au 4 mars — 340. L'an dernier, on en enregistrait 38, 42, 56 et 42 respectivement, durant les semaines correspondantes.

Source: Weekly Influenza Statement for England and Wales, no 10, le 4 mars 1961.

Variole

Espagne

A compter du 21 février 1961, Madrid a été déclarée officiellement région varioleuse. On a rapporté 15 cas jusqu'ici. L'infection primitive a été introduite à Madrid par une fillette de 4 ans, arrivée à Rome de Bombay par l'envol 809 de TWA le 26 janvier, et de Rome à Madrid par l'envol 346 de la ligne Alitalia le 27 janvier. Le diagnostic a été posé le 6 février et la fillette est morte le 14. Un cas secondaire a été diagnostiqué le 21 février chez un ami de la famille et, le 4 mars, 13 autres cas étaient rapportés à Madrid dans l'hôpital où le premier avait été hospitalisé.

HORMONOTHÉRAPIE TOTALE

AMPOULES BUVABLES — SIROP AROMATISÉ

hormodausse

COMPOSITION

Extraits totaux de sang:

de taureau
de génisse
de veau
} titrés en fer hémoglobinique:

Extrait de foie de veau titré en vitamine B_{12} native;

Extrait spécial de levure de bière;

Extrait spécial de cuticules de céréales.

VITAMINE B_{12} et FER HEMOGLOBINIQUE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Déficience organique, Anémies, Asthénies des convalescents, des vieillards, des dyspeptiques, des néoplasiques, des déficients endocriniens et contre les insuffisances ovariennes, les retards de croissance et tous états de sidéropénie.

POSOLOGIE:

Ampoules buvables

Adultes: 2 ampoules par jour.

Enfants: 1 ampoule par jour.

Sirop

Adultes: 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Enfants: de 10 à 15 ans, 1 à 3 cuillerées à dessert; de 5 à 10 ans, 1 à 3 cuillerées à café; jusqu'à 5 ans, 2 demi-cuillerées à café par jour.

Sous l'une ou l'autre forme, HORMODAUSSE doit être pris un quart d'heure avant les repas après dilution dans ¼ de verre d'eau. Le médicament est bien supporté par le tube digestif et ne présente pas de contre-indication.

PRÉPARÉ PAR LES LABORATOIRES DAUSSE, PARIS, FRANCE
Représentants exclusifs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

Tous les cas connus ont été isolés et une campagne de vaccination antivariolique est en cours.

Source: Dr W. H. Frost, Chef, Quarantaine et Services de santé des immigrants et des marins, ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social, Ottawa Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'O.M.S., le 10 mars 1961.

Influenza

Canada

Le Bureau fédéral de la statistique rapporte que les décès dus aux infections des voies respiratoires restent dans les limites saisonnières normalement prévues.

Les absences par maladie rapportées par l'enquête sur la main-d'oeuvre, sont également dans les limites saisonnières normales.

Le directeur général du Service de santé des forces armées canadiennes compte cesser de rapporter par télégramme les cas d'affections d'allure grippale, à compter du 1er avril 1961. Les rapports reçus des régions militaires de l'Armée, de la Marine et de l'Aviation n'indiquent pas d'éclosions de l'influenza.

Terre-Neuve

Environ 70 cas d'affections d'allure grippale sont rapportés à Carol Lake, au Labrador. Les symptômes comprennent une pyrexie jusqu'à 104° F., des maux de tête, des frissons, des douleurs dorsales et articulaires. Dix-sept cas ont été hospitalisés pour pneumonie et hémoptysie. La population est d'environ 1,500 âmes.

Source: Dr John W. Davies, médecin-hygiéniste chef, ministère de la Santé de Terre-Neuve.

Des éclosions d'affections d'allure grippale sont rapportées à Mont-Carmel et à Ste-Catherine, à Terre-Neuve. On signale comme principaux symptômes, une bronchite grave, des céphalées, des frissons, de la fièvre, des douleurs dans le dos et aux membres. Les cas se répartissent également chez les deux sexes et dans tous les groupes d'âge.

Source: Dr James Dickson, St-Jean de Terre-Neuve.

Ontario

Le virus grippal A2 a été isolé à Ottawa chez cinq malades. Tous sont des militaires. Trois ont été hospitalisés à l'hôpital militaire de Rockliffe et les deux autres ont été vus en consultation. Deux des cas hospitalisés sont des officiers de l'Aviation des Etats-Unis et les trois autres appartenaient à l'armée canadienne.

Source: Dr S. F. Kitchen, consultant médical, laboratoire de virologie, Laboratoire d'hygiène, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

D'autres renseignements sont parvenus au sujet des cas d'influenza chez les militaires à Ottawa. La majorité font partie de l'aviation militaire des Etats-Unis cantonnés à Ottawa. Le premier, déclaré le 6 février 1961, est un sergent qui arrivait du camp d'aviation Stewart, New-York. La semaine suivante, 60 autres cas environ se sont déclarés parmi les militaires et les civils qui travaillent aux bureaux de l'aviation des Etats-Unis. La plupart des militaires affectés avaient été vaccinés contre l'influenza en novembre dernier.

Selon le représentant médical local de l'aviation des Etats-Unis, aucun cas d'influenza n'a été rapporté au camp d'aviation de Stewart, mais le sergent en cause s'était arrêté durant une journée à l'aéroport Idlewild, où il pourrait avoir contracté l'infection.

Source: Colonel R. D. Barron, ASG 8, Service de santé de l'armée canadienne, Ottawa.

Tularémie

Un cas de tularémie est rapporté à Brampton (Ontario).

Charbon

Un cas de charbon est rapporté à Oxford-sur-Rideau, en Ontario.

Source: Rapport des maladies contagieuses, ministère de la Santé, de l'Ontario.

Trichinose

Québec

Six cas de trichinose étaient rapportés dans la province de Québec durant la semaine terminée le 4 mars 1961: trois à Jonquière et les trois autres à Jacques-Cartier, dans le comté de Rouville et à Montréal-Nord.

Source: Dr A. R. Foley, épidémiologiste, ministère de la Santé du Québec.

Tétanos

Alberta

Un cas de tétanos chez un jeune homme de 18 ans est rapporté à Lethbridge.

Source: Chef, Section de l'hygiène publique, Bureau fédéral de la statistique, Otaawa.

Méningite à méningocoques

Saskatchewan

Deux cas de méningite à méningocoques sont rapportés à Prince-Albert: le premier, un bébé de 10 mois, s'est déclaré le 10 février 1961, et, le second, un bébé de 3 mois s'est déclaré le 3 mars. Il n'y a pas de rapport connu entre les deux cas.

Source: Dr R. Woodrow, médecin-hygiéniste régional, région de Prince-Albert, Saskatchewan.

Influenza

Royaume-Uni

L'influenza continue à régresser partout en Angleterre et au pays de Galles et le nombre de décès s'infléchit favorablement. Un total de 104 décès par influenza était rapporté durant la semaine terminée le 18 mars 1961, comparé à 197 la semaine précédente.

Source: Weekly Influenza Statement for England and Wales, (le 18 mars) 1961.

Variole

Espagne

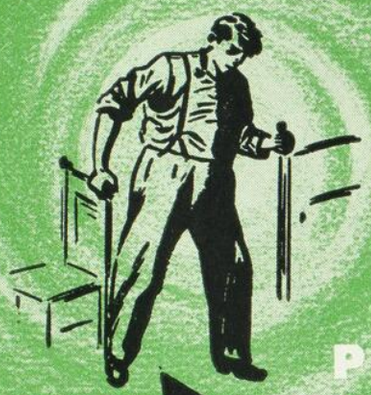
Le 21 mars 1961, les autorités en hygiène publique annonçaient que l'éclosion de variole à Madrid peut maintenant être classée comme définitivement enrayée. Depuis le 6 février, où le premier cas fut diagnostiqué, on a rapporté un total de 16 cas dont trois décès. Voici la chronologie de cette éclosion:

Le cas primitif arrivait de Bombay le 27 janvier et était diagnostiqué le 6 février. Un cas secondaire était diagnostiqué le 21 février; treize autres l'étaient entre le 26 février et le 4 mars, et un autre dans la semaine du 5 au 11 mars. Le premier décès (le cas primitif) est survenu le 14 février et les deux autres, le 12 mars.

Source: Dr W. H. Frost, chef, Services de la quarantaine et Services de santé des immigrants et des marins, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'O.M.S., les 18 et 25 mars 1961.

HYPER-PROSTAL



PROSTATISME

NOUVELLE FORMULE

AMÉLIORÉE
et plus CONCENTRÉE

EXTRAIT HYDRO-GLYCÉRINÉ ORCHITIQUE (correspondant à 0 gr. 831 de glande 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

AMPOULES BUVABLES, 5 c. c.

SUPPOSITOIRES

Documentation et échantillon à Messieurs les médecins sur demande.

Représentants exclusifs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

LE *PHYSICIANS' ART SALON* VOUS INVITE À MONTRÉAL DU 20 AU 23 JUIN 1961

Les médecins et étudiants en médecine canadiens, dont le passe-temps favori est la peinture, photographie, etc., sont cordialement invités à prendre part à l'exposition *Physicians' Art Salon* 1961, qui aura lieu à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal, du 20 au 23 juin. Encore une fois patronné par la maison pharmaceutique canadienne, Frank W. Horner Limited, cet événement populaire, le *Physicians' Art Salon,* sera présenté pour la septième année consécutive, à l'occasion du Congrès Annuel de l'Association Médicale Canadienne.

Inscription

L'exposition sera divisée en trois sections:

1 — Beaux-Arts
2 — Photographie Monochrome
3 — Photographie Polychrome

La section des Beaux-Arts est subdivisée en trois catégories: Art Traditionnel, Art Contemporain (Moderne) et Portrait. La classification dans ces catégories est faite par les juges. Tous les média sont permis: huile, détrempe, gouache, aquarelle, fusain ou crayon.

Chaque exposant peut présenter jusqu'à trois oeuvres dans les sections Beaux-Arts et Photographie Polychrome, et quatre articles dans la section Photographie Monochrome. Le nombre maximum d'exhibits peut être présenté dans une ou plusieurs sections. Il n'y a aucun frais d'inscription. La maison Horner s'occupe de tous les frais, y compris le transport aller et retour à Montréal.

Les prix

Toutes les oeuvres acceptées seront exposées au Salon et des prix seront ensuite décernés par un jury compétent, choisi par le Comité du Salon.

Comment obtenir une formule d'inscription

Tous les médecins ou étudiants en médecine peuvent obtenir une formule d'inscription avec détails complets en écrivant à Frank W. Horner Limited, C. P. 959, Montréal, Qué. Une simple note ou carte postale vous permettra d'obtenir tous les renseignements concernant la façon de préparer et d'expédier vos oeuvres.

Le calendrier Art Salon

Le calendrier du *Physicians' Art Salon,* préparé d'après les oeuvres exposées au Salon, sera de nouveau distribué par Frank W. Horner Limited, à tous les médecins du Canada, avec les hommages de la Compagnie.

MISES EN GARDE RELATIVEMENT À L'EMPLOI DU CHLORAMPHÉNICOL, DE SES SELS OU DÉRIVÉS

Une revue récente de la littérature médicale sur les préparations qui renferment du chloramphénicol, de ses sels ou dérivés, a révélé un nombre croissant de troubles sanguins associés à l'emploi de ces préparations. Afin que les médecins qui prescrivent ces préparations soient dûment mis en garde et munis des instructions nécessaires à un mode d'emploi judicieux, il faudra reviser immédiatement les étiquettes de toutes les préparations de cette nature, utilisables par voie buccale ou parentérale. De plus, toute la documentation de nature publicitaire que les grossistes, les fabricants et les distributeurs envoient directement par la poste aux praticiens devra porter les mises en garde exigées pour les étiquettes et les empaquetages de cette drogue.

Les mises en garde et précautions exigées sont comme suit:

(1) Sur l'étiquette intérieure de toute préparation utilisable par voie buccale ou parentérale, la déclaration: « MISE EN GARDE: Des dyscrasies sanguines peuvent être associées à l'emploi du chloramphénicol et des contrôles sanguins appropriés sont essentiels. (Voir mises en garde et précautions à l'intérieur.) »

(2) Sur l'étiquette extérieure ou dans le dépliant compris dans l'emballage, et inclus dans la documentation publicitaire que les grossistes, les fabricants et les distributeurs envoient directement pour la poste aux praticiens, la déclaration:

«MISE EN GARDE: Il est établi que des dyscrasies sanguines graves, et même fatales (anémie aplastique, anémie hypoplastique, thrombocytopénie, granulocytopénie), peuvent survenir après l'administration du chloramphénicol. Des dyscrasies sont apparues à la suite d'un traitement de courte comme de longue durée avec cette drogue. Etant donné la possibilité de telles réactions, le chloramphénicol ne devra s'employer que dans des infections graves, dues aux micro-organismes sensibles à son action antibactérienne. Le chloramphénicol ne devra pas s'employer lorsque des agents moins virtuellement dangereux seront efficaces, ni dans le traitement d'infections bénignes comme les rhumes ou les infections virales de la gorge, ni comme agent prophylactique. »

« Précautions: Des contrôles sanguins appropriés sont essentiels durant tout traitement avec cette drogue. Bien que les contrôles sanguins puissent déceler les modifications sanguines périphériques précoces, telles la leucopénie ou la granulocytopénie, avant la phase irréversible, on ne peut compter sur ces analyses pour déceler la diminution des fonctions de la moelle osseuse qui précède l'apparition de l'anémie aplastique. »

Les fabricants, grossistes et distributeurs sont ici prévenus que tous les stocks de ces préparations mis sur le marché après le 1er juillet 1961 devront porter les déclarations d'avertissement ci-dessus. Elles devront en outre être publiées dans toute documentation publicitaire envoyée directement aux professions médicale et pharmaceutique après le 1er juillet 1961. Toutefois, il n'y a pas d'objection à ce que ces déclarations soient omises des réclames publiées dans les périodiques médicaux ou pharmaceutiques reconnus.

Le Directeur de la Direction des aliments
et drogues du Ministère de la Santé Nationale
et du Bien-Etre social (Ottawa), C.A. Morrell.

Traitement de choix pour les
SINUSITES AIGÜES ou CHRONIQUES,
les LARYNGITES, PHARYNGITES,
AMYGDALITES et les
BRONCHITES ASTHMATIQUES

CAMIROL
INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES

FORMULE : Iodoforme - Camphre - Menthol - Iodures
(Solution huileuse de faible acidité)

POSOLOGIE : Administrer 1 ou 2 injections intramusculaires deux ou trois fois par semaine, selon le cas.
Enfants: Demi-dose.

Documentation envoyée à Messieurs les Médecins sur demande.

Manufacturé par
Carroll Dunham Smith Pharmacal Company,
New Brunswick, U.S.A.

Distributeurs au Canada

Herdt & Charton Inc., Montréal

LIVRES REÇUS

Quoi de nouveau en pratique médicale 1960. Un volume de 384 pages — 12,50 NF. — Editions R. Lépine, Paris, 1960.

Que deviendraient les Médecins omni-praticiens s'ils n'avaient pas sur leur bureau le « Quoi de nouveau en pratique médicale 1960 »?

Ce volume en effet leur expose dans des articles courts et clairs, écrits par d'excellents spécialistes, les notions médicales nouvelles et pratiques — articles complétés par quelques ordonnances et aphorismes.

Félicitations et remerciements au Professeur Lian pour avoir conçu et dirigé la rédaction de ce précieux volume.

Les cirrhoses du foie. Bases étio-pathologiques et physio-pathologiques de leur traitement. Par F. DARNIS et J. DUBRISAY. Un vol. de 342 pages: 48 NF. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1960.

Ce livre qui comme l'écrit le Professeur René Fauvert dans sa préface: « est en fait une véritable mise au point générale et actuelle sur le vaste et important sujet des cirrhoses du foie » comprend une introduction et trois parties distinctes

Dans l'introduction sont envisagés les différents critères de définition (cliniques, biologiques, anatomiques) du « syndrome cirrhotique ».

La première partie concerne *l'aspect étio-pathogénique* du traitement des cirrhoses du foie: une étude complète des formes étiologiques, des techniques de reproduction expérimentale, de la pathogénie et de l'histogénèse des nombreux types de cirrhoses observés en clinique, sert de base à l'exposé pratique des différentes possibilités actuellement offertes au thérapeute.

La seconde partie concerne *l'aspect symptomatique* du traitement; une étude préalable des grands syndromes communs des cirrhoses humaines et notamment de leur *physio-pathologie,* constitue ici l'introduction indispensable à l'exposé méthodique des différentes techniques thérapeutiques qui doivent être mises en œuvre dans chaque cas.

Dans la troisième partie de l'ouvrage les auteurs envisagent désormais les problèmes thérapeutiques sous un angle plus pratique, en fonction de l'aspect clinique et du stade évolutif de la cirrhose, c'est-à-dire tels qu'ils se posent au clinicien.

En résumé, comme l'écrit encore le Professeur René Fauvert un véritable « traité de la cirrhose » intéressant aussi bien le spécialiste que le praticien.

Les suppurations bronchiques pulmonaires et pleurales. Par R. KOURILSKY et G. DECROIX. J. R. Baillière, édit., Paris, 1960.

En maîtrisant l'infection, les thérapeutiques modernes ont profondément modifié le groupe autrefois désespérant des suppurations bronchiques pulmonaires et pleurales. Il s'en est dégagé des tableaux cliniques et des modalités évolutives nouvelles, tandis que les causes se trouvaient précisées.

Il en est ainsi des suppurations bronchiques: les dilatations des bronches, auxquelles on les assimilait jadis, n'en représentent qu'un aspect; leur pronostic ne dépend plus exclusivement de l'infection et de ses complications, mais spécialement de l'insuffisance respiratoire, redoutable échéance contre laquelle le médecin est encore peu armé.

Il en est de même des suppurations pulmonaires: leur guérison « médicale » par les traitements actuels est subordonnée à la parfaite connaissance de leurs causes, de leurs manifestations cliniques et de leur évolution. En bref, le problème de l'infection peut être le plus souvent résolu, mais il n'est pas le seul.

Ce sont ces faits que R. Kourilsky et G. Decroix exposent; ce sont ces notions qu'ils font comprendre et dont ils précisent la portée pratique pour le médecin. Une remarquable iconographie enrichit cet ouvrage.

Pratique obstétricale, 3e édition. Par B. JAMAIN. Un vol. de 278 pages — 20 NF. L'Expansion, édit., Paris, 1960.

La troisième édition de « La Pratique Obstétricale » a été réalisée dans le même esprit que les précédentes. Elle est destinée aux étudiants et aux praticiens. Elle est d'un format commode. L'auteur est resté volontairement schématique, ce qui confère à son exposé une très grande clarté.

L'édition actuelle a été entièrement revue et nettement augmentée. Certains chapitres sur le diabète, sur les cardiopathies, sur les perfusions d'hypophyse, etc., ont été ou remaniés ou ajoutés.

Telle quelle « La Pratique Obstétricale », dont les deux éditions initiales ont été rapidement épuisées, apporte aux médecins le choix d'une méthode efficace et prudente, confirmée par l'expérience d'un Service parisien; elle s'appuie, en outre, sur l'autorité des Chefs de Service de la Clinique Baudelocque depuis Messieurs Couvelaire, Portes et Lacomme.

L'auteur commence son livre par quelques « conseils d'hygiène », puis procède à « l'examen d'une femme enceinte ». Il profite de ce chapitre pour exposer avec clarté le diagnostic de la grossesse au début.

« L'examen de la femme enceinte à terme » est fait de façon systématique et complète, ne permettant pas au praticien d'omettre un temps quelconque de cet examen si important.

Dès le chapitre suivant « le travail », le Docteur Jamain laisse voir quel est l'esprit de son livre, exposant brièvement la physiologie du travail, puis développant la conduite à tenir lors du travail, de l'accouchement et de la délivrance.

Il en est de même dans l'exposé des diverses présentations: face, siège, épaule, front.

Sont traitées à part deux questions importantes: « l'accouchement de la tête dernière » et « la dystocie des épaules ».

Les chapitres: « forceps, épreuve du travail, indications de la césarienne abdominale », bénéficient de l'expérience d'un service hospitalier parisien.

Tout le savoir et la prudence de l'auteur se retrouvent dans le chapitre traitant des « extraits post-hypophysaires », de maniement si délicat.

Le Docteur Jamain aborde ensuite « l'anesthésie et l'analgésie obstétricales » qu'il connaît particulièrement bien

pour obtenir une action laxative sans effet drastique

DOXIDAN®

le laxatif tensio-actif

Assure l'évacuation de selles molles et "normales" grâce à l'action synergique de Danthron® — un péristaltogène léger — et de Surfak — l'agent tensio-actif (amollissant fécal) supérieur. N'entraîne ni coliques ni crampes — aucun ballonnement — ne provoque aucun suintement huileux et ne fait pas obstacle à l'assimilation des vitamines.

POSOLOGIE: Adultes et enfants de plus de 12 ans: une ou deux capsules. Enfants de 6 à 12 ans: une capsule. A prendre au coucher pendant 2 ou 3 jours ou jusqu'à régularisation des fonctions intestinales.

Présenté en flacons de 30 ou de 100 capsules gélatineuses.

lorsque seul un effet tensio-actif (amollissant fécal) est désiré

SURFAK®

calcium bis-(sulfosuccinate de dioctyl)
principe actif nouveau assurant une meilleure homogénéisation et un amollissement optimal des matières fécales durcies.

HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTREAL

61-811

ORINASE®

tolbutamide, Hoechst

Fruit des recherches qui, pendant plus de 50 ans, furent effectuées sur le diabète.

l'innocuité

une nécessité première

"Les résultats, dans l'ensemble satisfaisants, obtenus avec le tolbutamide, font désormais de ce produit le *modèle* sur quoi *tous les autres dérivés de la formule sulfonylurée initiale*, ainsi que les composés dissimilaires, peuvent être mesurés." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 82, Art. 2: 531-536 (25 sept.) 1959.*

"Seulement trois malades sur 314, ressentirent des effets secondaires, soit une occurrence de 0.9 pour cent. Du point de vue clinique, on n'a constaté, jusqu'à présent, aucune complication grave chez les sujets traités au tolbutamide."
Marble, Alexander et Camerini Davalos: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71, Art. 1: 239-248 (10 juillet) 1957.

"Il est rare qu'avec le tolbutamide l'hypoglycémie soit caractérisée et symptomatique; c'est pourquoi on peut obtenir un niveau glycémique normal sans craindre une chute intempestive de la glycémie." *Mehnert, H., et coll.: J.A.M.A. 167: 818-827 (14 juin) 1958.*

"Sur tout le contingent (500 patients) il n'y eut pas un seul cas de manifestation toxique impliquant l'hématopoïèse, le foie ou le système cardiovasculaire." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71: 275-279 (10 juillet) 1957.*

"Tolbutamide, remarquablement atoxique, peut, grâce à cette propriété, être considéré comme unique en son genre parmi les thérapeutiques de valeur." *O'Donovan, C. J.: Third Congress International Federation of Diabetes, (23-28 juillet) 1958.*

tolérance

le premier souci du malade

"Si l'on compare les effets secondaires et la toxicité provoqués par les plus récentes préparations orales . . . il apparaîtra que le tolbutamide présente à la fois le maximum d'efficacité et le maximum d'innocuité." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 82, Art. 2: 531-536 (25 sept.) 1959.*

" . . . l'un des avantages exceptionnels du tolbutamide fut la faible occurrence des complications." *Marble, A.: Med. Clinics North Am. 5: 1163-1177 (sept.) 1958.*

"L'absence remarquable d'hypoglycémie chez les malades recevant une cure d'entretien au tolbutamide revêt une telle importance pratique que le tolbutamide serait bien mieux défini par l'adjectif "euglycémique" que par celui d'hypoglycémique." *O'Donovan, C. J.: Third Congress International Federation of Diabetes, (23-28 juillet) 1958.*

efficacité

le premier souci du médecin

"Une étude portant sur 143 diabétiques révéla que 76 pour cent obtinrent des résultats satisfaisants avec le tolbutamide." *Sugar, Samuel, J. N.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71, Art. 1: 256 (10 juillet) 1957.*

Faisant allusion à un contingent de 772 malades, Marble déclara que la dose d'entretien habituelle était de 0.5 à 1.0 Gm. d'Orinase par jour (1 ou 2 comprimés). *Marble, A.: Med. Clinic North Am. 5: 1163-1177 (sept.) 1958.*

61-106

HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTREAL

POUR L'ALIMENTATION PAR SONDE GASTRIQUE

FORMULA: Each 30 Gm. (approximately 1 ounce) contains: Vitamin A (acetate) 2,500 units; Vitamin D (viosterol) 250 units; Thiamine mononitrate (B_1) 2.25 mg.; Riboflavin (B_2) 2.5 mg.; Niacinamide 7.5 mg.; Pyridoxine HCl (B_6) 0.25 mg.; *Calcium pantothenate 2.5 mg.; Folic acid 0.12 mg., Vitamin B_{12} 1.0 microgram; l-Lysine monohydrochloride (as present in calcium caseinate) 1.5 mg.; Choline dihydrogen citrate 50 mg.; Inositol 25 mg.; Stomach concentrate 0.5 mg.; Ascorbic acid (C) 25 mg.; Rutin 12.5 mg.; *Vitamin E (tocopheryl acetate) 5 I.U.; Calcium (from $CaHPO_4$ and calcium caseinate) 414 mg.; Phosphorus ($CaHPO_4$) 60.9 mg.; Calcium caseinate 21 Gm.; Iron ($FeSO_4$ exsiccated) 5 mg.; Fluorine (from CaF_2) 0.05 mg.; Copper (from CuO) 0.5 mg.; Iodine (from KI) 0.09 mg.; Potassium (from K_2SO_4 and Calcium caseinate) 15 mg.; Manganese (from MnO_2) 0.5 mg.; Zinc (from ZnO) 0.25 mg.; Magnesium (from MgO) 0.5 mg.; Boron (from $Na_2B_4O_7.10H_2O$) 0.05 mg.; Carbohydrate (from malt extract and sucrose) 7 Gm.; Calories 105.3; Total Protein (N x 6.38) 60.0%; Sodium 0.075%; Fat not more than 2.0%. *The significance of this vitamin in human nutrition is not yet established. Vitamin A (acetate) 2,500 units; Vitamin D (viosterol) 250 units; Thiamine mononitrate (B_1) 2.25 mg.; Riboflavin (B_2) 2.5 mg.; Niacinamide 7.5 mg.; Pyridoxine HCl (B_6) 0.25 mg.; *Calcium pantothenate 2.5 mg.; Folic acid 0.12 mg.; Vitamin B_{12} 0 microgram; l-Lysine monohydrochloride (as preser calcium caseinate) 1.5 mg.; Choline dihydrogen citra ng.; Inositol 25 mg.; Stomach concentrate 0.5 m bic acid (C) 25 mg.; Rutin 12.5 mg.; *Vitam heryl acetate) 5 I.U.; Calcium (from CaHP caseinate) 414 mg.; Phosphorus (CaHP m caseinate 21 Gm.; Iron ($FeSO_4$ ne (from CaF_2) 0.05 mg line (from KI) 0.0 alcium caseinate) 1 ıg.; Zinc (from Zn O) 0.5 mg.; Boron (fron ydrate (from malt ext 05.3; Total Protein (

GÉVIRAL PROTÉINIQUE/GÉVIRAL PROTEINIQUE/GÉVIRAL PROTÉINIQUE/GÉVIRAL PROTÉINIQUE/GÉVIRAL PROTÉINIQUE/GÉVIRAL

La teneur élevée en protéines (60.0%) du GÉVIRAL PROTÉINIQUE en fait un produit unique parmi les suppléments alimentaires concentrés. Facilement miscible, il se prépare facilement et commodément pour administration par n'importe quel système standard d'alimentation par sonde gastrique. En plus de fournir un apport substantiel de protéines, le GÉVIRAL PROTÉINIQUE renferme des hydrates de carbone, des vitamines et des minéraux ajoutés pour fournir une formule compréhensive et équilibrée.

GÉVIRAL*PROTÉINIQUE

SUPPLÉMENT VITAMINO-MINÉRALO-PROTÉINIQUE

*Marque Déposée

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

ayant déjà écrit un ouvrage sur ces deux sujets souvent trop mal connus du médecin praticien.

Les notions modernes « d'accouchement dirigé médicalement » sont dégagées des éléments secondaires et accessoires qui d'ordinaire en masquent l'aspect réel et l'utilisation pratique.

« Les accidents de la délivrance » et « les suites de couches pathologiques » sont traités toujours avec le même esprit de clarté et de concision. L'auteur expose à propos des phlébites une nouvelle technique de laboratoire, la thrombodynamographie, utilisée dans son service.

Dans le chapitre « toxémie gravidique » allant de l'albuminurie simple à l'apoplexie utéro-placentaire, le Docteur Jamain fait peu de pathogénie, ce n'est pas le but de son ouvrage, mais insiste à juste titre sur les traitements prophylactique et curatif.

« Les procidences », quelles qu'elles soient sont particulièrement graves, et la concision de la conduite à tenir permettra au médecin d'agir à temps.

Puis l'auteur réunit en un même chapitre « les syndromes hémorragiques »: le placenta prævia, la môle hydatiforme, l'hémorragie des suites de couches. C'est naturellement à leur suite que se place « le choc en obstétrique ».

« Les malformations utérines et la puerpéralité » font l'objet d'un chapitre spécial.

« Les ruptures utérines » permettent au Docteur Jamain de montrer combien la prudence peut être payante dans leur prophylaxie.

Dans ce qu'il serait possible d'appeler une deuxième partie de son ouvrage, l'auteur traite de la pathologie de la grossesse: fibrome, cancer du col, kyste de l'ovaire. Il le fait de façon claire, dilactique, malgré la complexité du sujet. L'étudiant tirera largement profit de la lecture de ces chapitres.

Plusieurs sujets ont été soit ajoutés, soit considérablement modifiés par rapport aux éditions précédentes. Il s'agit en effet d'affections qui ont bénéficié au maximum des progrès thérapeutiques de ces dernières années. Ce sont « la tuberculose pulmonaire » et « les cardiopathies » d'une part « la syphilis », « le diabète » et « l'appendicite » d'autre part.

Dans l'ensemble l'obstétrique est ainsi complètement passée en revue, y compris les grands chapitres classiques tels que: avortement, grossesse extra-utérine.

En plus de son format si pratique, ce petit livre bénéficie d'une présentation dans laquelle n'ont été épargnés ni les caractères italiques, ni les lettres capitales, permettant ainsi à son utilisateur de juger au premier coup d'oeil du geste à faire, du geste à éviter: il n'y a ainsi pas de temps perdu.

Médecine sociale de l'adolescent — Sa mise au travail. Par le prof. Louis CHRISTIAENS et coll. Préface du prof. Julien Marie. Un vol. de 614 pages, avec 75 figures et 20 tableaux. 54 NF. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1960.

Réunir en un seul volume l'essentiel des connaissances physiologiques, psychologiques, pathologiques et médico-sociales concernant l'adolescence, les présenter sous une forme utilisable pour la pratique quotidienne, tel est l'objectif de ce livre.

S'entourant d'une équipe de collaborateurs hautement qualifiés pour les chapitres de spécialités, l'auteur atteint ce but, en l'agrémentant, en divers points, de contributions originales.

Après une *introduction* qui apporte des précisions démographiques, la première partie envisage la séquence des problèmes posés par la croissance somatique et la maturation pubertaire avec leurs diverses anomalies et les conduites à tenir.

Dans une *deuxième partie* sont étudiés les aspects psychologiques. L'adolescence en tant que phénomène psychique présente un intérêt primordial généralement méconnu, tant sous l'angle individuel que collectif. Les conséquences pratiques sont largement développées.

La partie la plus volumineuse de l'ouvrage est la *troisième,* véritable précis de pathologie, conçu en prenant comme point de départ la découverte d'une anomalie lors de l'examen systématique d'un adolescent et en conduisant ce dépistage jusqu'à ses conclusions, notamment en ce qui concerne la mise au travail. Sont ainsi passés en revue: l'appareil cardiovasculaire, l'appareil respiratoire, la découverte d'une protéinurie, la découverte d'une méliturie, la découverte d'une anomalie hématologique, celle d'une anomalie dermatologique, les anomalies dento-maxillo-faciales, les anomalies orthopédiques, les anomalies sensorielles, enfin quelques problèmes neurologiques.

Une quatrième partie examine dans le même esprit les diverses catégories d'adolescents handicapés: infirmes moteurs, infirmes sensoriels, épileptiques, débiles mentaux éducables, caractériels et inaptés sociaux.

Dans la *dernière partie* sont regroupées des questions particulières à la médecine collective des adolescents et notamment à la médecine du travail. Elles sont divisées comme suit: surveillance médicale, législation du travail, orientation professionnelle, vaccination, hygiène alimentaire des adolescents, importance de l'accueil au travail, prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, prévention de l'alcoolisme, les risques et bienfaits des loisirs, l'éducation physique et les sports.

Ce volume de plus de 600 pages, illustré d'une centaine de figures et tableaux, est enrichi de références bibliographiques au nombre de 580, groupées en 33 rubriques.

Il doit constituer un instrument de travail précieux pour tous ceux qui ont à répondre aux multiples questions posées par la tutelle sanitaire de l'adolescence (pédiatres, médecins du travail, conseillers d'O.P., centres d'apprentissage, Mouvements de Jeunes, Services Sociaux, Education Physique, etc.), à l'heure où l'intérêt qui s'attache aux jeunes n'a pas besoin d'être souligné.

Groupe d'étude de la maladie de Chagas. Rapport. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1960, No 202; 22 pages. Prix: $0.30. Publié également en anglais et en espagnol.

On peut évaluer à 7 millions au moins le nombre de personnes qui sont actuellement atteintes de la maladie de Chagas. Telle est la conclusion à laquelle est parvenue, en se fondant sur des estimations prudentes, le Groupe réuni par l'OMS pour étudier cette affection. Le rapport de ce Groupe traite de tous les aspects connus de la question et contient des recommandations relatives aux différents points qui restent à élucider.

Trypanosoma cruzi est transmis à l'homme par diverses espèces de triatomes vivant dans les habitations humaines ou dans leur voisinage. Le principal réservoir de parasites est constitué par des animaux domestiques. *T. cruzi* prolifère dans les cellules du tissu mésenchymateux et détermine des symptômes très variés. La maladie revêt tantôt une forme aiguë, tantôt une forme chronique; la forme

quand la congestion des voies respiratoires
est accompagnée d'une
toux
inutile et épuisante

Le Novahistex-DH et le Novahistine-DH soulagent rapidement les malades atteints de rhumes, sinusite et rhinite avec toux agaçante et qui empêche de dormir. L'association d'un sympathicomimétique, le phényléphrine, avec un antihistaminique, procure un soulagement plus marqué que l'un ou l'autre employé séparément. Une quantité adéquate de dihydrocodéinone permet le contrôle de la toux sans la supprimer complètement.

Pour les adultes, une cuillerée à thé de Novahistex-DH procure 20.0 mg. de phényléphrine HCl, 2.0 mg. de diphénylpyraline HCl et 5.0 mg. de bitartrate de dihydrocodéinone.

Pour les enfants, une cuillerée à thé de Novahistine-DH procure 10.0 mg. de phényléphrine HCl, 12.5 mg. de maléate de phéniramine et 1.66 mg. de bitartrate de dihydrocodéinone.

PM PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED • DON MILLS, ONTARIO

Novahistex DH
(POUR ADULTES)

Novahistine DH
(POUR ENFANTS)

aiguë est particulièrement fréquente chez les enfants. Le cœur est souvent atteint; il peut aussi y avoir des troubles de l'appareil digestif et, dans les cas graves, du système nerveux. Le taux de mortalité signalé pour la forme aiguë est d'environ 10%. Le tableau clinique n'étant pas en général très caractéristique, le diagnostic doit se fonder sur des examens complémentaires (électrocardiographiques, radiologiques, hématologiques), sur la recherche de *T. cruzi* dans le sang et sur la réaction de séro-précipitation dans les cas aigus ou de fixation du complément dans les cas chroniques.

La lutte contre la maladie de Chagas exige tout un ensemble de mesures: amélioration des conditions de logement, pulvérisations d'insecticides (HCH et dieldrine), éducation sanitaire de la population, etc.

Le rapport du Groupe présente des recommandations touchant les problèmes dont l'étude est le plus nécessaire; il note en particulier l'importance de la coopération internationale dans la lutte contre la maladie de Chagas.

Normes pour les substances biologiques: 6. Normes générales relatives à la stérilité des substances biologiques, Rapport d'un Groupe d'étude. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1960, No 200; 32 pages. Prix: $0.30. Publié également en anglais et en espagnol.

Ce rapport est le quatrième d'une série proposant pour les substances biologiques des normes que des groupes d'étude de l'OMS recommandent en vue de leur adoption sur le plan international. Les rapports précédents contenaient des normes générales pour les établissements producteurs et les laboratoires de contrôle, ainsi que des normes particulières à quatre vaccins. Il y était bien entendu question des épreuves servant au contrôle de la stérilité, mais le rapport qui vient de paraître énonce des normes applicables à toutes les préparations biologiques importantes pour lesquelles la stérilité est une exigence absolue. Dans le cas des vaccins à base de virus inactivés et vivants, il est habituel de prévoir des épreuves spécifiques pour la détection des contaminants viraux. Etant donné l'importance croissante de la question, le Groupe d'étude a cependant cherché à formuler des recommandations de caractère général concernant cet aspect du contrôle de la stérilité.

Comme les précédents rapports, celui-ci est divisé en deux parties: la première contient un résumé des considérations générales du Groupe et certaines recommandations sur les études à entreprendre, la seconde comprend les normes proprement dites. Celles-ci sont présentées de la même manière que dans les rapports précédents, des notes explicatives et des précisions figurent en petits caractères. Cette présentation doit permettre aux autorités des divers pays qui jugeraient les normes appropriées à leurs besoins de les adopter telles quelles. Un appendice donne les formules et les techniques de préparation de quelques milieux de culture couramment utilisés pour les épreuves de stérilité dans divers laboratoires de contrôle.

Répertoire mondial des centres de traitement pour maladies vénériennes dans les ports, 2e édition. O. M. S., 1961; 164 pages. Prix: $1.75. Publication bilingue (en anglais et en français).

Dans cette deuxième édition du « Répertoire mondial des centres de traitement pour maladies vénériennes dans les ports », publiée par l'OMS, on trouvera la sixième liste des centres où les marins de commerce et bateliers atteints de maladies vénériennes peuvent se faire traiter dans les ports du monde entier. Les trois premières listes avaient été publiées par l'Office international d'Hygiène publique en 1933, 1935 et 1939 respectivement et les deux autres par l'OMS en 1951 et en 1959. Ces listes sont publiées en application des dispositions de l'Arrangement international de Bruxelles de 1924, aux termes duquel les signataires s'engagent à assurer gratuitement aux marins de commerce et bateliers de toutes nationalités les soins médicaux nécessaires ainsi que la fourniture des médicaments et, si besoin est, l'hospitalisation. Un certain nombre de pays qui ne sont pas parties à l'Arrangement se sont également engagés à fournir les mêmes facilités, en partie ou en totalité, soit gratuitement, soit contre paiement partiel ou intégral par la compagnie de navigation, l'agent maritime ou le marin lui-même.

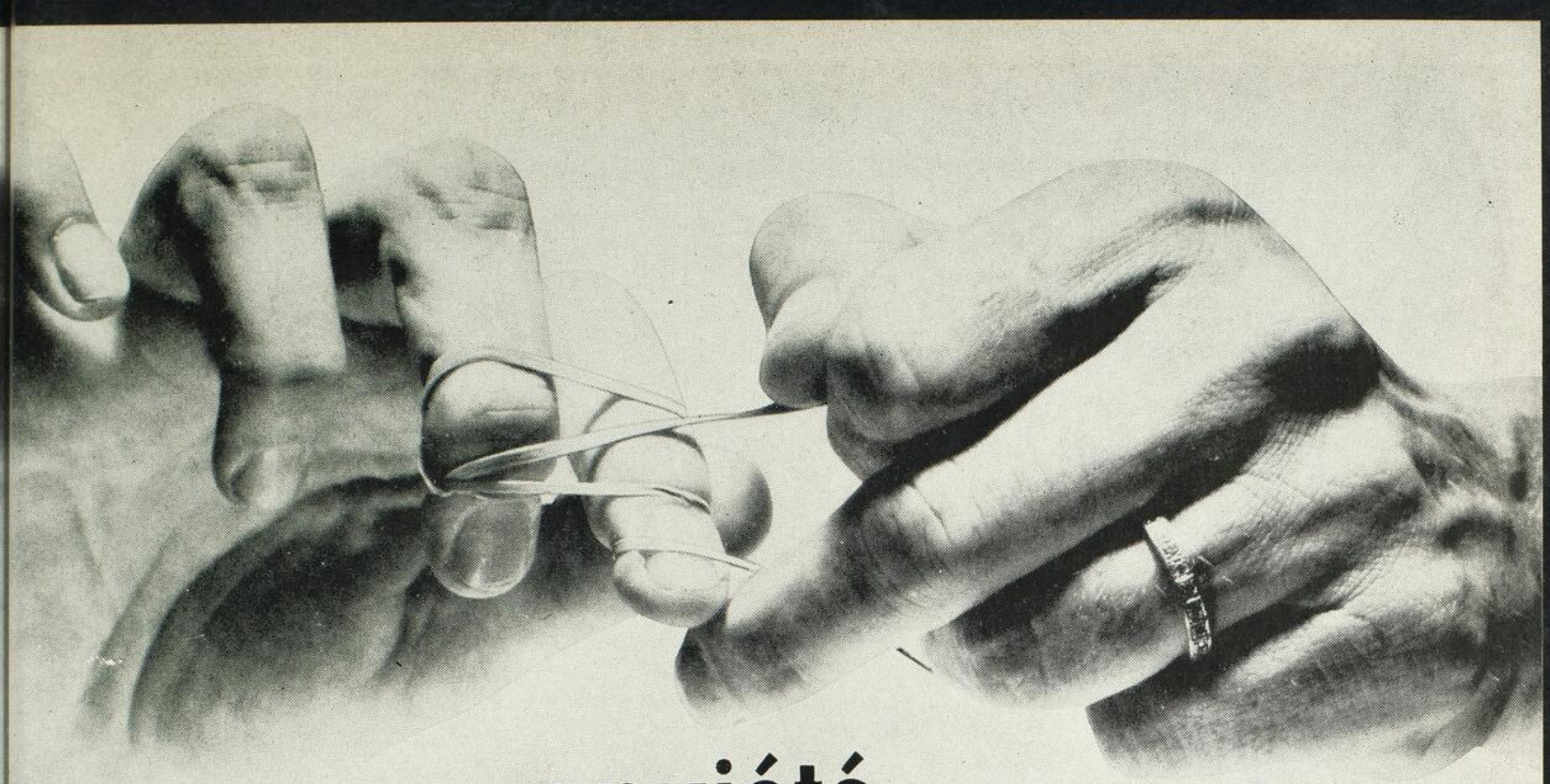
Ce répertoire s'adresse surtout aux commandants de navires de commerce, aux propriétaires d'embarcations fluviales et aux services sanitaires des ports. La partie principale donne, dans l'ordre alphabétique des pays ou territoires et, subsidiairement, des ports, les noms et adresses des centres de traitement, avec l'indication des jours et heures de consultation et du genre de services offerts — y compris, le cas échéant, l'hospitalisation —, en spécifiant si le traitement est gratuit ou non. Une autre partie reproduit le texte de l'Arrangement de Bruxelles (texte original français, accompagné de traductions en anglais et en espagnol), ainsi que la liste des pays et territoires qui y ont adhéré et de ceux qui, sans être parties à l'Arrangement, appliquent ses dispositions à titre officieux.

Comme suite aux recommandations de la Treizième Assemblée mondiale de la Santé (1960), un certain nombre de sections nouvelles intéressant l'application future de l'Arrangement ont été ajoutées à cette deuxième édition: a) définitions des incidences techniques de certains articles de l'Arrangement, à la lumière des progrès médicaux; b) normes minimums pour la formation du personnel médical nécessaire et pour l'équipement à prévoir dans les centres portuaires et à bord des navires; c) système permettant d'évaluer l'utilité et le fonctionnement de l'Arrangement. En outre, le répertoire contient un modèle revisé et simplifié du carnet individuel à délivrer à chaque marin qui se présente dans un centre pour y être traité et une liste des numéros de code à utiliser pour l'inscription du diagnostic dans ce carnet.

Ce répertoire, établi et mis à jour d'après les renseignements fournis par la plupart des pays intéressés, est le fruit d'une coopération internationale qui a grandement facilité et continuera de faciliter la lutte contre les maladies vénériennes.

Deuxième Conférence africaine sur la Bilharziose. Rapport. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1960, No 204; 44 pages. Prix: $0.30. Publié également en anglais et en espagnol.

Alors que le développement économique abaisse généralement la fréquence des maladies, l'amélioration du réseau d'irrigation dans de nombreux pays a eu pour conséquence la propagation de la bilharziose. Les moyens de faire face à cette menace grandissante ont été examinés par la Deuxième Conférence africaine de la Bilharziose,



anxiété et tension

valeur de l'EQUANIL comme moyen de détendre l'esprit et le muscle a été gement démontrée. Près de 1,000 articles ont été publiés qui témoignent son efficacité.

EQUANIL est indiqué chez les malades qui éprouvent des troubles physiques émotifs modérément graves et qui se manifestent par:

- de l'anxiété simple
- une symptomatologie qui s'observe chez des malades traités médicalement ou des opérés
- des spasmes musculaires, dans des troubles de l'appareil locomoteur, notamment dans des affections rhumatismales

EQUANIL n'entraîne pas de symptômes extra-pyramidaux, ni d'ataxie. La somnolence ne se produit qu'exceptionnellement et les réactions allergiques sont rement observées. L'acuité mentale et physique ne sont pas notablement altérées.

ÉSENTATION

QUANIL en comprimés—à 400 mg., comprimés ordinaires blancs, ables, en flacons de 50 et de 500 comprimés.

YSEALS EQUANIL en comprimés — à 200 mg. (rose) et à 400 . (jaune), en flacons de 50 et de 500 comprimés.

s WYSEALS EQUANIL sont des comprimés spécialement en- és qui ne portent aucune marque distinctive. Ils s'avalent ilement au simple contact de la langue.

Ordonnance obligatoire
*Marque déposée

Equanil*

MÉPROBAMATE

Wyeth

*Marque Déposée

WALKERVILLE, ONTARIO

réunie par l'OMS et la Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara (CCTA) à Lourenço-Marques du 30 mars au 8 avril 1960. Le rapport qui vient de paraître représente une mise au point générale de la question de la lutte contre la bilharziose en Afrique, où « les difficultés actuelles tiennent aux obstacles qui entravent la mobilisation des compétences et des ressources, plutôt qu'à une incertitude sur les méthodes ».

Le dépistage des cas, en vue d'établir la fréquence globale, est compliqué par la nature chronique de la maladie, qui à sa phase aiguë n'est reconnue que si elle entraîne une période d'incapacité de travail. Des trois phases décrites dans le rapport, la dernière, celle des phénomènes pathologiques irréversibles et des séquelles, a été estimé comme primordiale pour la santé publique et la vie socio-économique. L'attention est également attirée sur l'atteinte pulmonaire dans les infections à *S. haematobium* et sur la possibilité de trouver des oeufs dans les expectorations des malades. Des méthodes d'évaluation de la fréquence globale ont été passées en revue et l'avantage de certaines d'entre elles souligné.

Les différentes qualités des molluscicides classiques (sulfate de cuivre, pentachlorophénates) ainsi que celles des plus récents (Bayer 73, I.C.I. 24223 et de l'Aqualine) sont étudiées et l'emploi de ces substances dans les territoires africains discuté. L'utilisation de l'eau et du sol, les techniques agricoles dans leurs rapports avec la transmission et la propagation de la bilharziose sont longuement traitées. Certains pays de la Région africaine ont promulgué des textes législatifs visant la lutte contre les maladies infectieuses. Le rapport en donne un exemple qui pourrait être modifié et adapté aux conditions sanitaires et économiques locales. Une étude est faite des méthodes d'irrigation et de culture, de contrôle des cours d'eau, des étangs et des réservoirs. La récupération des eaux de pluie, trop souvent négligée, a été également mentionnée.

Les mesures appliquées en vue d'établir les meilleurs plans d'irrigation seraient heureusement complétées par la construction de ponts et par l'aménagement de lavoirs salubres et de lieux de baignade, en vue de réduire les risques d'exposition des enfants à la maladie. L'efficacité de ces différents moyens serait accrue par l'application d'un programme d'éducation sanitaire destiné à faire comprendre les dangers que présentent les eaux naturelles. Ces divers sujets sont discutés dans le rapport.

Programme d'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1960, No 199; 52 pages. Prix: $0.60. Publié également en anglais et en espagnol.

L'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères se propose de donner à des infirmières appartenant à divers milieux les moyens d'adapter leur activité aux besoins sanitaires changeants des collectivités où elles exerceront.

A la faveur de stages d'études à l'étranger, l'infirmière se familiarise avec d'autres conditions de vie que celles de son pays d'origine, se pénètre d'autres cultures, voit sa profession sous un jour nouveau, en un mot, élargit ses horizons; pour le pays d'origine, ce système a pour avantages de faciliter la diffusion des connaissances et de fournir des cadres à ses services infirmiers.

Le rapport de la Conférence inter-régionale sur les programmes d'enseignement infirmier supérieur, qui s'est tenue à Genève en octobre 1959 sous les auspices de l'OMS, traite en détail de l'organisation de ces voyages d'études à divers points de vue: préparation de l'étudiante à son séjour; sélection des pays et des établissements de stage; institution de contacts personnels entre les directeurs de ces établissements, les administrateurs des programmes de bourses et les bénéficiaires; échanges de vues préalables au séjour à l'étranger; problème que doit résoudre l'étudiante pendant ce séjour; difficultés de réadaptation que la bénéficiaire peut éprouver à son retour dans son pays. Bien qu'il traite uniquement de l'enseignement infirmier supérieur à l'étranger, ce rapport a une portée générale et pourra être utile pour l'organisation d'autres activités d'enseignement.

L'Union Médicale du Canada en 1892

L'ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE DU BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE

Mai 1892.

Le 11 mai, le *Bureau provincial de Médecine* s'est réuni à Montréal, sous la présidence de M. le docteur J.-B. Gibson, vice-président du Collège.

Trois questions ont surtout occupé l'attention du Bureau:

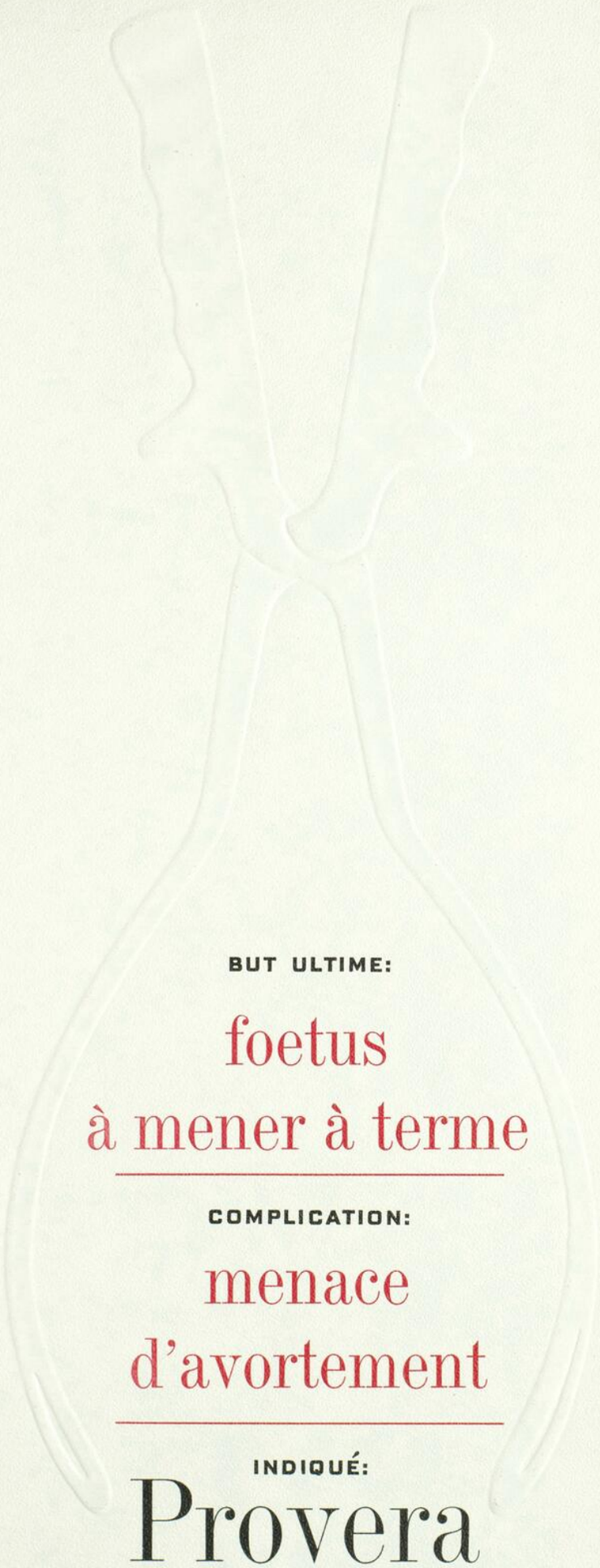
1° — La réciprocité de brevets et de licences avec les autres provinces et l'étranger;

2° — La question des examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine;

3° — La question d'un Bureau central d'examinateurs.

Jusqu'à aujourd'hui, le Bureau, plein de bénigne mansuétude et d'affable courtoisie, s'était refusé à se rendre au désir maintes fois exprimé par la profession, à savoir: de refuser d'accorder la licence provinciale aux porteurs de brevets des provinces étrangères, alors que dans ces mêmes provinces on refusait d'accorder la même faveur aux porteurs de brevets obtenus dans la province de Québec. La coutume avait prévalu d'accorder le bénéfice de la licence à tout venant, aux brevets d'Ontario en particulier, et cependant nos brevetés à nous se voyaient impitoyablement refuser semblable privilège par la province soeur. A l'assemblée dont nous parlons, dix-sept docteurs en médecine brevetés d'Ontario ont obtenu la licence de Québec, tout comme s'ils eussent été admis à l'étude de la médecine par *notre* bureau d'examinateurs.

Il fallait faire cesser cet abus. MM. les Drs Dagenais, Chevrefils et Beausoleil ont revendiqué l'honneur du Bureau et protégé les intérêts de la profession, et c'est à la satisfaction générale qu'il a été résolu que *désormais aucune licence ne sera accordée aux porteurs de brevets venant d'une province où le brevet de la nôtre n'est pas accepté en retour*. En d'autres termes, nous nous en tiendrons à



Le Provera n'a pas donné lieu à des réactions secondaires notables.

Il est présenté sous une forme per os commode.

Il est quatre fois plus actif que tout autre produit lutéinique, d'après l'essai biologique sur le sujet castré.

Le Provera est efficace à faible dose, d'où une économie sensible.

Le Provera est le seul agent progestatif existant dans le commerce qui parvienne à mener la gestation à terme chez les animaux ovariectomisés soumis à des expériences critiques.

BUT ULTIME:

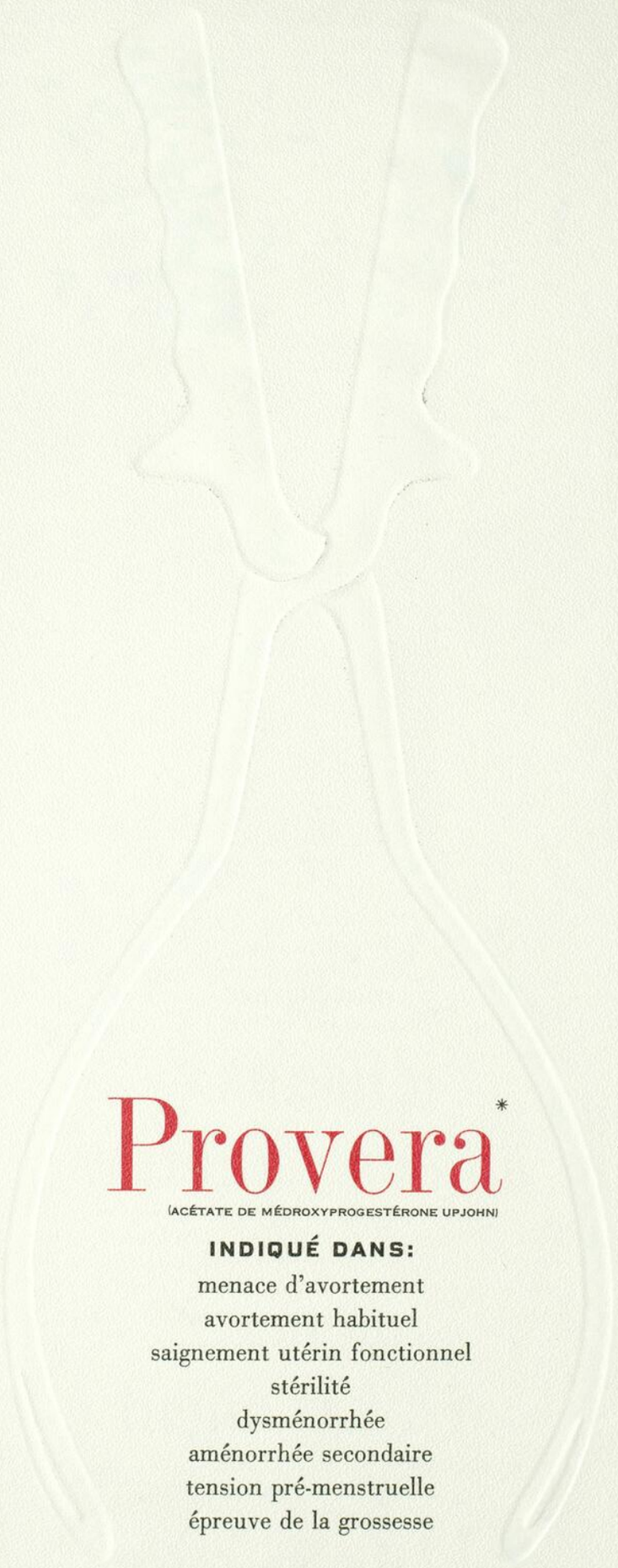
foetus à mener à terme

COMPLICATION:

menace d'avortement

INDIQUÉ:

Provera



Provera*

(ACÉTATE DE MÉDROXYPROGESTÉRONE UPJOHN)

INDIQUÉ DANS:

menace d'avortement
avortement habituel
saignement utérin fonctionnel
stérilité
dysménorrhée
aménorrhée secondaire
tension pré-menstruelle
épreuve de la grossesse

QUEL QUE SOIT LE CRITÈRE D'ÉVALUATION ADOPTÉ, PROVERA EST TRÈS SUPÉRIEUR AUX ANCIENS AGENTS PROGESTATIFS

Activité:
4 fois plus actif que le noréthindrone chez la femme castrée

Spécificité:
exclusivement progestatif: pas d'effets androgènes ou oestrogènes notables

Efficacité:
provoque une modification lutéinique totale de l'endomètre

Tolérance:
on n'a rapporté aucune réaction secondaire fâcheuse

POSOLOGIE:
De 2.5 mg à 10 mg par jour

PRÉSENTATION:
comprimé à 5 mg sécable, en flacons de 24 et de 100 comprimés

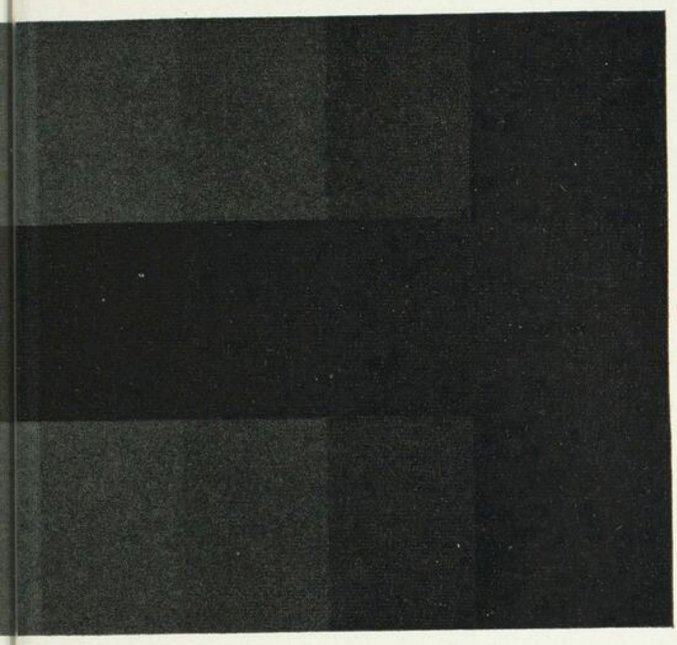
*MARQUE DE COMMERCE

Upjohn

Tandéaril® Geigy

En chirurgie
Tandéaril modifie et diminue la douleur et l'enflure post-opératoire. Associé aux antibiotiques, et à un drainage si nécessaire, Tandéaril contrôle l'inflammation associée aux infections post-opératoires.

En médecine
Tandéaril est indiqué dans une variété d'affections aiguës et chroniques où le processus inflammatoire n'est pas spécifique.
Contrôle les symptômes
d'arthrite
d'inflammation péri-articulaire
inflammation vasculaire



En chirurgie et en médecine

nouvel agent anti-inflammatoire non-hormonal

Pharmacologie
Chez l'animal, on a démontré que Tandéaril inhibe ou supprime les lésions inflammatoires expérimentalement provoquées.[1]
Au moyen du granulome expérimental du rat, selon la technique de Selye, Tandéaril a une intense action anti-exsudative et empêche la formation du tissu de granulation inflammatoire. Chez l'homme, ces propriétés ont été illustrées dans un grand nombre d'indications où l'inflammation joue un rôle.
Contrairement aux autres agents anti-inflammatoires, Tandéaril n'est ni un enzyme protéolytique ni un corticostéroïde et n'affecte pas l'axe hypophyse-cortico-surrénale.
Pour de plus amples renseignements au sujet de la posologie, des effets secondaires et des contre-indications, voir la brochure de base ou consultez votre représentant Geigy.

Disponibilité
Tandéaril, monohydrate de la 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butyl pyrazolidine, dragées (brunes) dosées à 100 mg.
Flacons de 50 et 500.

1. Wilhelmi, G.: Arzneim. Forsch. 10:129-133, février 1960.

Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
2626 Bates Road
Montréal 26, Canada

L-1518F

la stricte réciprocité. Si on ne nous accorde rien, nous n'accorderons rien. Il faut ajouter cependant que l'on nous fait espérer une solution favorable et prochaine à cette question. Ontario, la seule province qui nous ostracise ainsi, serait disposée à revenir à de meilleurs sentiments. Qui vivra verra.

Maintenant, le Bureau doit-il continuer à donner gracieusement la licence provinciale aux porteurs de diplômes des universités étrangères? C'est ce qui s'est presque toujours fait, bien que le Bureau eût le droit de soumettre ces gradués à l'épreuve d'un examen. Mais allez donc parler d'examen à un L.R.C.P., à un M.R.C.S. ou à un Docteur en médecine de la Faculté de Paris?

Il fallait être courtois, et gracieux, et dire au nouvel arrivé:

Vous nous faites M. le docteur,
En nous venant beaucoup d'honneur.

La licence était accordée, et vogue la galère!

Pendant ce temps-là, les médecins se plaignaient de l'encombrement de la profession, et nombre de nos jeunes gradués prenaient le chemin des Etats-Unis, vu le peu de chance qu'on leur laissait de gagner leur vie dans leur propre pays.

Heureusement, la réaction commence à se faire, et cet abus va prendre fin. Si la profession est tellement encombrée dans notre province qu'elle soit obligée de se déverser un peu sur la république voisine et les provinces soeurs, il est parfaitement inutile d'accepter ici les gradués des universités étrangères. C'est ce qu'a compris le Bureau. Aussi a-t-il refusé l'octroi de la licence provinciale à trois candidats porteurs de diplômes étrangers.

Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine ont été signalés, cette année, par deux incidents assez graves et le Bureau a dû s'en occuper sérieusement. D'abord plusieurs des questions *écrites* ont été connues à l'avance, ce qui a dû faciliter singulièrement le travail des candidats. En outre, il y a eu *substitution* des candidiats eux-mêmes. Certains individus vendent très volontiers leurs services aux aspirants à l'étude et subissent pour eux et en leurs nom et qualité l'épreuve de l'examen. Ce dernier abus existe depuis longtemps, dit-on, et il est des sujets qui le pratiquent depuis plusieurs années, se faisant par là d'assez jolis revenus.

Cette fois la fraude a été découverte à temps. Les noms sont connus, non seulement de ceux qui se sont fait ainsi remplacer, mais aussi de ceux qui ont joué le rôle de substituts, et le Bureau va tenir une enquête. En attendant, le rapport des examinateurs reste sur la table et ne sera adopté, ou modifié, ou même rejeté (ce qui est fort possible), qu'après l'enquête du Bureau.

La grosse question de la journée a été celle du Bureau central d'examinateurs pour l'admission à la pratique de la médecine. Aurons-nous ce Bureau central? Le Bureau l'a décidé et a fait insérer une clause *ad hoc* dans le projet d'amendements qu'il présente actuellement à la législature.

Le projet de création de ce Bureau central passera-t-il d'emblée au parlement? Nous croyons savoir que les Universités et les Facultés de médecine ne voient pas le projet d'un oeil favorable. Jalouses de leurs privilèges, elles se résoudront difficilement à voir leurs diplômés et gradués soumis à une nouvelle épreuve.

Pour nous, nous avons déjà, à plusieurs reprises, exprimé à ce sujet notre manière de voir. Nous reconnaissons au Bureau central quelques avantages sérieux: celui de rendre plus difficile l'accès d'une profession déjà fort encombrée; celui de nous protéger contre l'envahissement de médecins étrangers, surtout ceux d'Ontario; celui de contrôler efficacement les examens des Facultés. Mais il ne faut pas se dissimuler que, pour être réellement utile et efficace dans ses résultats, le Bureau central devra être composé d'examinateurs absolument compétents, choisis, pour la plupart dans le personnel de nos Facultés de médecine. D'après les amendements projetés, il serait composé de 20 membres, dont huit représenteraient les quatre facultés de médecine: McGill, Laval à Québec, Laval à Montréal (Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal) et Bishop. Nous croyons ce nombre insuffisant, aussi nous permettons-nous de suggérer à ceux qui sont chargés de voir à la rédaction définitive du *Bill*, de composer les jurys d'examen de façon à accorder une très large part dans la représentation professionnelle aux professeurs des Facultés. En un mot, il nous faut un Bureau central absolument sérieux et compétent à examiner les élèves sur toutes les matières de l'enseignement. En dehors de ces conditions, nous n'en verrions pas la nécessité.

Conformément à un amendement suggéré par M. le docteur Guay, tout candidat se présentant devant le Bureau central pour la licence, devra être porteur d'un diplôme de Docteur en médecine de l'une ou l'autre des Universités et Facultés de médecine incorporées et reconnues par le Bureau de médecine. De la sorte, l'examen subi par l'élève devant le Bureau central aura toujours été précédé de l'examen devant les Facultés. Avec cette restriction, que nous avons lieu de croire très judicieuse, les Facultés accepteront peut-être plus facilement l'idée qui a présidé à la création du Bureau central.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

CELESTONE

Schering annonce l'introduction de *Celestone* (betaméthasone), un résultat probant issu des recherches intenses de Schering dans le domaine des corticostéroïdes.

A date, les rapports cliniques ont démontré que la puissance et la propriété anti-inflammatoire de *Celestone* sont plus grandes que celles de tous ses prédécesseurs. Il a été de plus démontré que le faible dosage (en terme de milligramme) requis pour procurer une réponse thérapeutique adéquate maintient les effets secondaires indésirables à un niveau plus bas que celui de tout autre corticostéroïde — un avantage particulièrement important pour les patients de plus de 40 ans chez qui les effets secondaires sont souvent des obstacles à la thérapie.

Celestone offre trois avantages majeurs: Efficacité — les comprimés de 0.5 mg. rendent possible un traitement efficace à faible dosage; Tolérance — mesure additionnelle de sécurité prouvée par une plus faible incidence d'effets

ENFIN: une solution assurée au "problème le plus courant en gynécologie".

« La vulvo-vaginite, causée par le Trichomonas vaginalis, le candida albicans, l'hœmophilus vaginalis ou autres bactéries, demeure toujours le problème le plus épineux en gynécologie... les infections chroniques ou d'origine mixte sont souvent extrêmement difficiles à guérir. » Sur 75 patientes atteintes de vulvo-vaginite causée par un ou plusieurs de ces microbes pathogènes, le Tricofuron Amélioré a soulagé les symptômes chez 70 patientes; la majorité présentaient des infections graves et chroniques d'autres traitements antécédents n'avaient pu soulager. « Dans 56 cas, une guérison permanente fut obtenue selon les rapports cliniques et de laboratoire...»

Ensey, J.E.: Am. J. Obst. 77:155, 1959.

TRICOFURON

Amélioré

Soulagement rapide de la démangeaison, des brûlements, de l'odeur désagréable et de la leucorrhée.

Détruit le Trichomonas vaginalis, le Candida (Monilia) albicans, l'Hœmophilus vaginalis. Produit souvent des guérisons, en clinique et sur cultures, là où d'autres échouent. Ni irritant et agréable au point de vue esthétique.

Soulagement durable en deux étapes:

1. Poudre pour insufflation hebdomadaire au bureau. Micofur®, marque du nifuroxime, à 0.5% et Furoxone®, marque du furazolidone, à 0.1% dans une base miscible à l'eau.

2. Suppositoires pour un traitement continu à domicile, matin et soir pendant la première semaine, puis chaque soir par la suite — surtout pendant la période menstruelle. Micofur 0.375% et Furoxone 0.25% dans une base miscible à l'eau.

Pour un traitement plus pratique et plus économique, Rx le nouveau format de 24 suppositoires avec applicateur.

NITROFURANS — une catégorie unique d'antimicrobiens.

AUSTIN LABORATORIES LIMITED

Guelph Austin Canada

WINNIPEG — CALGARY — VANCOUVER

Usagers exclusifs de la marque de fabrique TRICOFURON
de Norwich Pharmacal Company Limited,
division Eaton Laboratories.

secondaires indésirables; Economie — le coût du traitement est beaucoup plus économique que celui de tout autre dérivé de la prednisolone. De plus, les traitements à court terme avec *Celestone* contribueront à une plus grande économie.

Célestone est présenté sous forme de comprimés rainurés de 0.5 mg. en flacons de 30 et de 100.

FORHISTAL

Forhistal est le maléate de dimethpyrindène, nouvel agent anti-allergique et antiprurigineux dont l'activité s'exerce, à faible doses, dans une grande variété d'affections allergiques, accompagnées ou non de prurit. Forhistal procure un soulagement symptomatique net à moyen à plus de 8 patients sur 10, y compris ceux réfractaires à d'autres thérapies anti-allergiques. Il est bien toléré — dans plus de 9 cas sur 10, son administration n'est suivie d'aucun effet secondaire — et il est également facilement accepté par l'ensemble des patients, car il ne possède ni goût désagréable, ni action anesthésique locale.

Indications: Allergies respiratoires: rhinite périodique et apériodique, rhinite vasomotrice, asthme bronchique, etc. Allergies oculaires, surtout dans le rhume des foins. Dermatoses allergiques: urticaire, œdème angioneurotique, dermatite médicamenteuse. Dermatoses prurigineuses: comme adjuvant du traitement antiprurigineux de la dermatite atopique et de contact, etc.

Posologie: Adultes et enfants de plus de 6 ans: Comprimés — 1 ou 2 comprimés 1 à 3 fois par jour. Lontabs — 1 Lontab matin et soir. Sirop — 1 ou 2 cuillerées à thé 1 à 3 fois par jour.

Enfants jusqu'à 6 ans: Gouttes pour enfants — 0.25 mg. (0.3 ml.) à 0.5 mg (0.6 ml.) 2 ou 3 fois par jour.

Effets secondaires: Une sédation ou somnolence, d'intensité variable, est la principale réaction secondaire des patients à Forhistal. D'autres phénomènes secondaires tels que: sécheresse de la bouche, malaises gastro-intestinaux, nausées ou diarrhée, stimulation excessive, insomnie ou irritabilité, vertige, céphalées, troubles de la vessie et énurèse, sont susceptibles de se manifester, quoique dans de très rares cas.

Présentations: Comprimés à 1 mg. (orange pâle, sécables); flacons de 100 et 500.

Lontabs à 2.5 mg. (orange); flacons de 100 et 500.

Sirop (rose), dosé à 1 mg. par cuillerée à thé; flacons de 16 oz. fl.

Gouttes pour enfants (roses) dosées à 0.5 mg. par 0.6 ml.; flacons de 30 ml. accompagnés d'un compte-gouttes gradué à 0.3 et 0.6 ml.

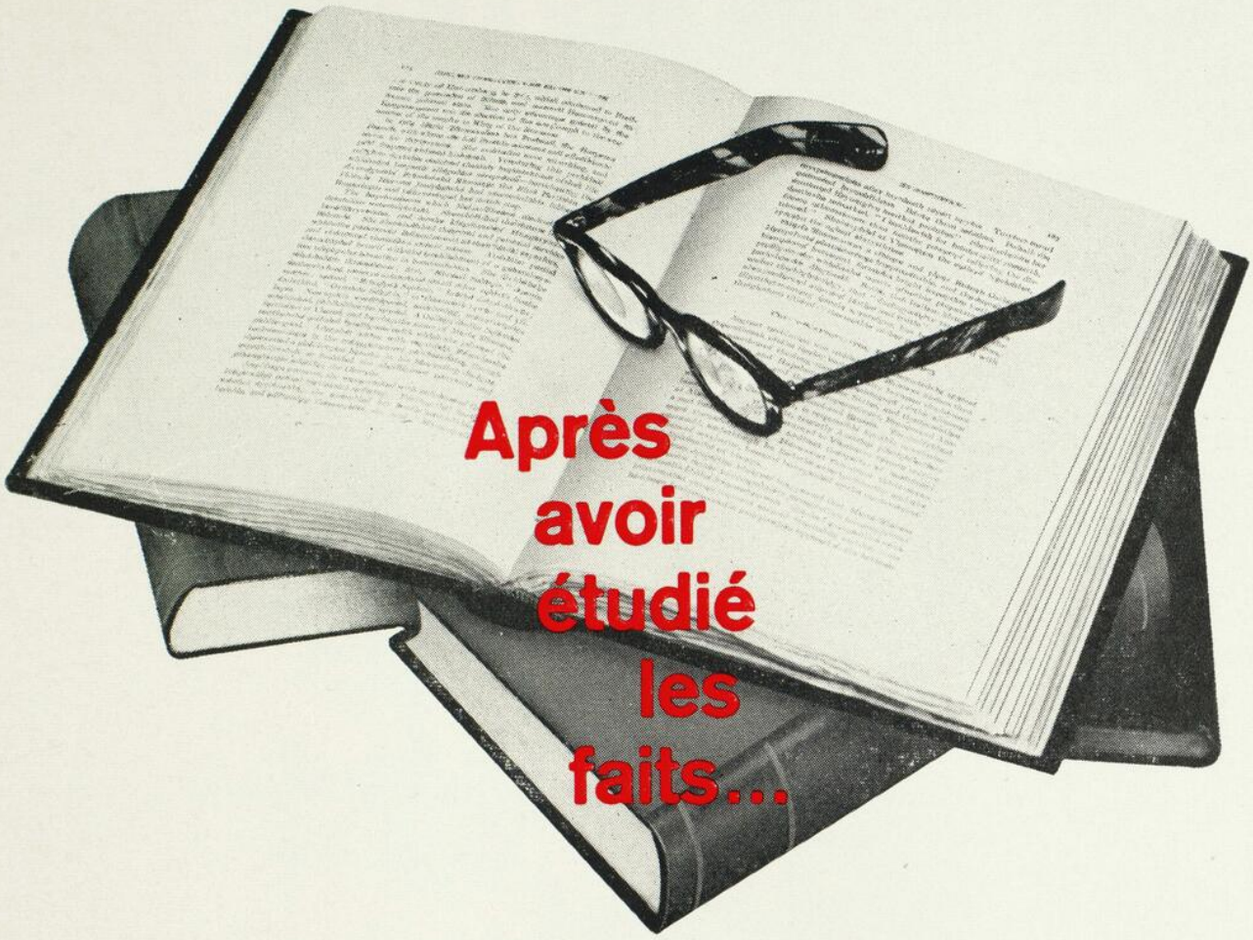
DECASERPYL

Composition: Chaque comprimé renferme 10 mg. de 10-Méthoxyde-Serpidine.

Indication: Hypertension essentielle non compliquée, ou avec complications cardiaques; hypertension d'origine rénale; hypertension pendant la grossesse.

*Posologie*s Traitement initial: 1 comprimé trois fois par jour. Selon les résultats obtenus, diminuer progressivement sans jamais descendre au-dessous de 15 mg. par jour, ou augmenter par palier de 10 ou 15 mg. pour atteindre 40 à 60 mg. par jour.

La dose quotidienne doit être fractionnée en trois prises régulièrement espacées, absorbée une demi-heure avant les repas. *(Roussel Ltée — Auglo-French Drug Ltée)*



C'est faire preuve de jugement que de commencer avec

DIABINESE

CHLORPROPAMIDE

le plus favorable des anti-diabétiques oraux

En clinique, il est devenu courant de constater que le chlorpropamide (DIABINÈSE) permet une régulation efficace de la glycémie dans le cas où le tolbutamide a cessé d'agir. Par contre, si le chlorpropamide a échoué, les autres sulfonylurées s'avèrent généralement inactifs.

N'est-ce donc pas faire preuve d'un jugement clinique sain que de commencer le traitement avec le Diabinèse?

1 Danowski, T. S. et Mateer, F. M.: Ann. New York Acad. Sc. 74:971, 30 mars 1959.

Littérature professionnelle sur demande.

Là où d'autres traitements oraux ont échoué...

"Des malades qui ne répondaient plus bien au tolbutamide, 64% ont pu être traités avec succès au chlorpropamide".

[2]Sugar, S. J. N., Thomas, L. J. et Tatlier, S.: Ann. New York Acad. Sc. 74:625, 1959.

PRÉSENTATION:
comprimés sécables de 250 mg en flacons de 30 et de 100 comprimés sécables de 100 mg en flacons de 100.

560P Pfizer **PFIZER CANADA**/DIVISION DE PFIZER CORP.—5330, AVENUE ROYALMOUNT, MONTREAL, P.Q.

l'adolescence—époque de transition

C'est au moment où une jeune fille n'est plus une enfant, sans être encore une femme—au début de l'adolescence—que vos conseils spéciaux lui sont nécessaires. Quelques conseils donnés à une jeune fille au moment de la puberté peuvent calmer ses appréhensions et la préparer à accepter toutes les transitions importantes du cycle physiologique de la femme. Si vous conseillez à une adolescente l'emploi de Tampax—la méthode moderne de protection par tampons—vous la rassurez en lui offrant une méthode d'hygiène menstruelle sûre, complète et discrète.

Tampax ne cause pas de frottement ni d'irritation—il est scientifiquement conçu suivant la conformation de la femme. Il ne cause pas d'érosion et n'obstrue pas le flux menstruel. Comme Tampax procure une protection *interne*, il ne favorise pas la formation d'odeur et n'établit pas de voie d'entrée pour les bactéries pathogènes. Par contre, Tampax est facile à utiliser, et il est facile de s'en débarrasser. Et comme de nombreuses preuves cliniques confirment que la virginité ne constitue pas une contre-indication à son emploi, Tampax convient à tout âge, pendant toute la durée des menstruations. Les jeunes filles apprécient tout spécialement Tampax pendant les heures de gymnastique et de natation. Il n'y a rien qui les gêne dans leurs activités ou qui soit une cause d'embarras. Plus tard, elles apprécient Tampax parce qu'il donne une assurance parfaite en société, même pendant "certains jours du mois". Tampax est disponible en trois degrés d'absorption, pour correspondre aux diverses exigences.

Pourquoi ne pas suggérer l'emploi de Tampax aux adolescentes? Sa grande simplicité d'emploi et sa sécurité sous tous les rapports sont ses caractéristiques principales—qu'elles ne manqueront pas d'apprécier maintenant et pendant les années à venir. Canadian Tampax Corporation Limited, Barrie, Ontario.

quand l'objectif est une diminution de poids

PRÉLUDINE®

accorde beaucoup d'avantages remarquables

Perte pondérale satisfaisante
Incidence peu élevée d'effets secondaires
Traitement facilité dans les cas compliqués
Régime moins rigoureux

Posologie et disponibilité
Préludine® comprimés
Un comprimé (25 mg.) 2 à 3 fois par jour une heure avant les repas.
Préludine Endurettes®
Un comprimé (75 mg.) de Préludine Endurettes pris au lever

INGELHEIM
PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
distribués par
Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal

L-1479F

PROVINCE DE QUÉBEC

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ATTRIBUTIONS :

Section 1, Article 3.

Les attributions, devoirs et pouvoirs du Ministre de la Santé sont de surveiller **l'administration** ou l'application, suivant le cas, des lois qui se rattachent aux objets suivants:

a) L'hygiène et la santé publique;

b) L'assistance publique;

c) Les aliénés;

d) Les hôpitaux publics et privés.

LOI TOUCHANT LES HÔPITAUX PRIVÉS

Section 11, Article 3.

Nulle personne ne peut exploiter ou diriger un hôpital privé à moins d'avoir obtenu au préalable une licence à cette fin.

Cette licence est accordée par le trésorier de la Province, sur recommandation du Ministre de la Santé et sur requête, telle que prescrite par l'article 4, accompagnée de la remise d'un droit de cinq dollars et d'un rapport d'inspection de l'hôpital privé, signé par le Ministère de la Santé, attestant que les dispositions de la présente loi, les règlements adoptés en vertu d'icelle et les règlements provinciaux d'hygiène ont été observés par la personne requérante.

RÈGLEMENTS PROVINCIAUX D'HYGIÈNE

Chapitre X, Article 1.

Les établissements hospitaliers

Les mots "établissements hospitaliers", pour les fins du présent chapitre, signifient et désignent tout hôpital public, hôpital privé, hôpital pour tuberculeux, sanatorium, asile d'aliénés, maternité, hospice, maison de santé ou de bienfaisance et toute institution dans laquelle on recueille, traite ou héberge, moyennant rémunération, des malades, des femmes enceintes, des vieillards, des invalides, des orphelins ou des enfants en bas âge.

Article 15.

Toute personne, compagnie ou corporation, voulant opérer un établissement hospitalier, doit en soumettre les plans et devis au Ministre, pour approbation préalable à la construction ou opération.

Le ministère de la Santé de la Province de Québec

Hon. Alphonse COUTURIER, m.d.,
ministre

Jean GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

Pour d'excellents résultats cliniques

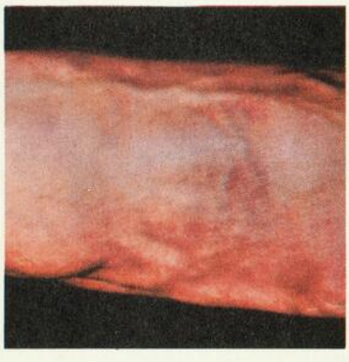
Veriderm* Medrol**

pour les dermatoses non-infectées

Veriderm Neo-Medrol*

pour les dermatoses infectées

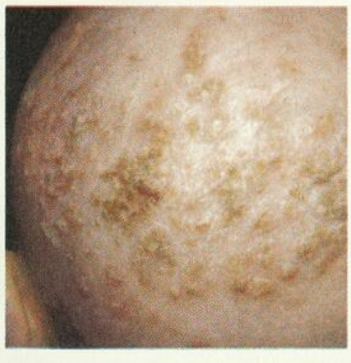
Veriderm Medrol



Avant traitement
Névrodermite de la cheville accompagnée d'éruptions et de plaques étendues d'érythème induré et squameux.

Après traitement
Guérison après trois semaines de traitement au Veriderm Medrol, 0.25%.

Veriderm Neo-Medrol



Avant traitement
Dermatite atopique infectée intéressant une grande partie de la tête.

Après traitement
Guérison après deux semaines de traitement au Veriderm Neo-Medrol, 0.25%.

Le Veriderm, par sa composition et son action en clinique, se rapproche beaucoup des lipides cutanés. Il adoucit la peau, adhère aussi bien aux lésions suintantes qu'aux lésions sèches et ne laisse pas de traces inesthétiques.

L'acétate de Medrol est, d'après plusieurs cliniciens, le corticostéroïde topique idéal. Il donne d'excellents résultats en dermatologie grâce à la rapidité et à l'efficacité de son action.

La Néomycine (qui figure dans le Veriderm Neo-Medrol) est sans égal pour traiter et prévenir les infections cutanées secondaires.

Le Veriderm Medrol est conditionné en tubes de 5 et de 15 grammes, renfermant 0.25% d'acétate de Médrol (méthylprednisolone) dans le Veriderm, excipients reproduisant les lipides cutanés.

Le Veriderm Neo-Medrol est conditionné en tubes de 5 et de 15 grammes, renfermant 0.25% d'acétate de Medrol (méthylprednisolone) avec 0.5% de sulfate de néomycine dans le Veriderm, excipient reproduisant les lipides cutanés.

Upjohn

*MARQUE DÉPOSÉE **MARQUE DE COMMERCE

C.Q.F.D.

La méthode de traitement idéale de l'infection devrait comporter la détermination de la sensibilité des germes aux antibiotiques préalablement au choix définitif de l'antibiotique, mais cette méthode est loin d'être toujours réalisable en pratique. De nombreux médecins ont choisi de prescrire en premier lieu l'Albamycin T en raison de son caractère logique et ont persisté dans cette voie en s'appuyant sur les succès cliniques qu'elle leur a donnés. Une étude bactériologique approfondie vient de démontrer la sagesse de leur choix. Dix hôpitaux canadiens indépendants, totalisant 3202 lits et d'une capacité moyenne de 320 lits, ont accepté de procéder à un travail de vérification courante de la sensibilité bactérienne. La compilation de leurs résultats montre que l'Albamycin T est nettement supérieure aux quatre autres antibiotiques qui ont été essayés.

SENSIBILITE GLOBALE AUX ANTIBIOTIQUES DANS 10 HOPITAUX CANADIENS

ALBAMYCIN T (2546 souches)	85.8%
CHLORAMPHÉNICOL (2545 souches)	72.5%
ERYTHROMYCINE (1579 souches)	66.9%
TÉTRACYCLINE (2247 souches)	64.3%
NOVOBIOCINE (1856 souches)	62.8%

Les laboratoires des dix hôpitaux en question ont déterminé la sensibilité par la méthode classique des disques. Les disques utilisés étaient identiques à ceux qu'employait couramment le laboratoire avant d'entreprendre l'essai, chaque disque étant imprégné de la concentration suivante d'antibiotique:

ALBAMYCIN T	15 mcg de tétracycline 15 mcg de novobiocine
CHLORAMPHÉNICOL	30 mcg
ERYTHROMYCINE	15 mcg
NOVOBIOCINE	30 mcg
TÉTRACYCLINE	30 mcg

Upjohn

SENSIBILITE DES DIVERSES SOUCHES BACTERIENNES

	Chloramphénicol	Erythromycine	Novobiocine	Tétracycline	Albamycin T
Staphylocoque pyogène	77.7%	75.8%	95.3%	67.6%	99.1%
Escherichia coli	70.5%	12.1%	14.2%	69.7%	77.2%
Groupe des streptocoques	85.3%	95.6%	91.5%	86.0%	95.7%
Groupe des Proteus	66.7%	†	51.5%	24.0%	74.1%
Groupe des pseudomonas	37.9%	5.6%*	5.0%	29.0%	55.1%
Aerobacter aerogenes	61.5%	26.3%*	24.6%	67.6%	80.8%
Diplococcus pneumoniae	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Klebsiella pneumoniae	57.1%	†	37.0%	62.5%	84.8%
Hemophilus influenzae	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Divers **	82.5%	69.6%	42.1%	72.7%	81.0%

*Deux hôpitaux seulement ont essayé l'érythromycine **Souches diverses—N. gonorrhoea, E. freundii, E. intermedia, groupe des paracolobacteria, groupe des achromobacter, groupe des pasteurella, N. meningiditis, Micrococcus urea, B. muco-capidatus, B. arthrocoides
†Pas essayé

Albamycin* T

NOVOBIOCINE/TÉTRACYCLINE

Granulé aromatisé - présenté en flacons de 40 et de 60 c.c. (après solubilisation). Comprimés - présentés en flacons de 16 et de 100 comprimés.

*MARQUE DÉPOSÉE

Shakespeare n'entendait probablement pas grand chose aux médicaments, mais, chose certaine, il connaissait la nature humaine. Nous réagissons presque tous avec scepticisme quand on nous présente quelque chose—et les médicaments n'y font pas exception—paré du plumage chatoyant des superlatifs. Nous croyons cependant que le Medrol est le stéroïde le plus sûr et le plus efficace qui soit et, pour confirmer cette affirmation, nous disposons de documents cliniques sérieux. Sans autre exagération de notre part, nous vous demanderions simplement de prescrire une des nombreuses formes de Medrol. Une fois votre opinion faite, vous renchérirez peut-être à notre place ajoutant même quelques superlatifs de votre cru.

pour couvrir vos besoins en matière de cortico-thérapie

PAR VOIE ORALE

Medrol en comprimés

(méthylprednisolone)

Comprimes à 2 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.
Comprimés à 4 mg. en flacons de 30, de 100 et de 500 comprimés.

Medrol Medules

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

Medroxine

Un comprimé renferme:
Medrol, 2 mg. etchlorhydrate d'Orthoxine (méthoxyphénamine), 75 mg.
en flacons de 30 et de 100 comprimés.

PAR VOIE PARENTÉRAL

Depo-Medrol

Suspension aqueuse stérile acétate de Medrol, 40 mg. par c.c. en flacon-ampoule de 1 c.c. et de 5 c.c.

COMME TOPIQUE

Veriderm Medrol à 0.25%

tubes de 5 et de 15 Gm. renfermant 0.25% d'acétate de Medrol dans un excipient lipidique.

Veriderm Neo-Medrol à 0.25%

dans les dermatoses infectées

tubes de 5 et de 15 Gm. renfermant 0.25% d'acétate de Medrol et 0.5% de sulfate de néomycine dans un excipient lipidique

Upjohn À L'AVANT GARDE DES RECHERCHES SUR LES CORTICOSTÉROÏDES

The Upjohn Company of Canada • Don Mills (Toronto), Ontario

MARQUE DE COMMERCE: DEPO • MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, MEDULES, MEDROXINE, NEO-MEDROL, ORTHOXINE, VERIDERM

Quelques secondes suffiront pour acheminer votre patient vers la guérison . . .

LE PHOSPHATE DE

Decadron*

INJECTABLE

(21-phosphate de dexaméthasone)

VA DROIT AU BUT...

les avantages des corticostéroïdes
et est destiné à l'emploi immédiat dans la chirurgie d'urgence, le choc, les états allergiques présentant un caractère d'urgence, le status asthmaticus, les traumas physiques, certaines infections foudroyantes, les réactions transfusionnelles, l'arthrite rhumatoide et son cortège d'infirmités.

Il s'administre par voie intraveineuse, intramusculaire ou intra-articulaire (sauf dans les articulations intervertébrales) et produit en quelques minutes un effet thérapeutique d'un ordre exceptionnel.

Posologie courante: 4 mg. à 20 mg. selon les indications de chaque cas particulier.

Présentation: Fioles de 2 cc. et de 5 cc., un centimètre cube renfermant 4 mg. de dexaméthasone sous la forme de sel bisodique.

MSD

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

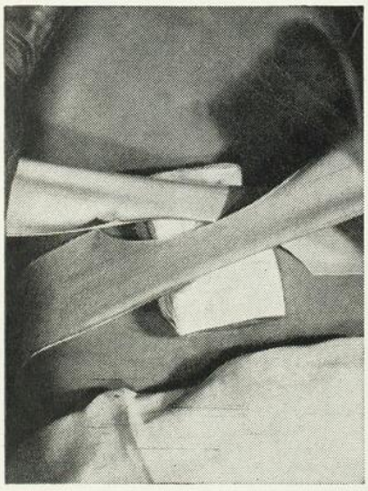
*Marque de commerce

Elastoplast

MARQUE DÉPOSÉE

en toute occasion

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



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

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

Le DIACHYLON ELASTOPLAST protège et maintient immobile ce pouce foulé.

Bandages adhésifs élastiques Elastoplast — poreux

Pansements Elastoplast — en tissu poreux ou hydrofuge

Pansements Elastoplast Airstrip — en plastique perméable à l'air

Diachylons Elastoplast — en tissu ou hydrofuge

S&N SMITH & NEPHEW, LIMITED

5640, RUE PARÉ, MONTRÉAL 9, QUÉ.

POUR CALMER
l'agitation et l'apathie
SANS EFFET ADVERSE
EMPLOYEZ

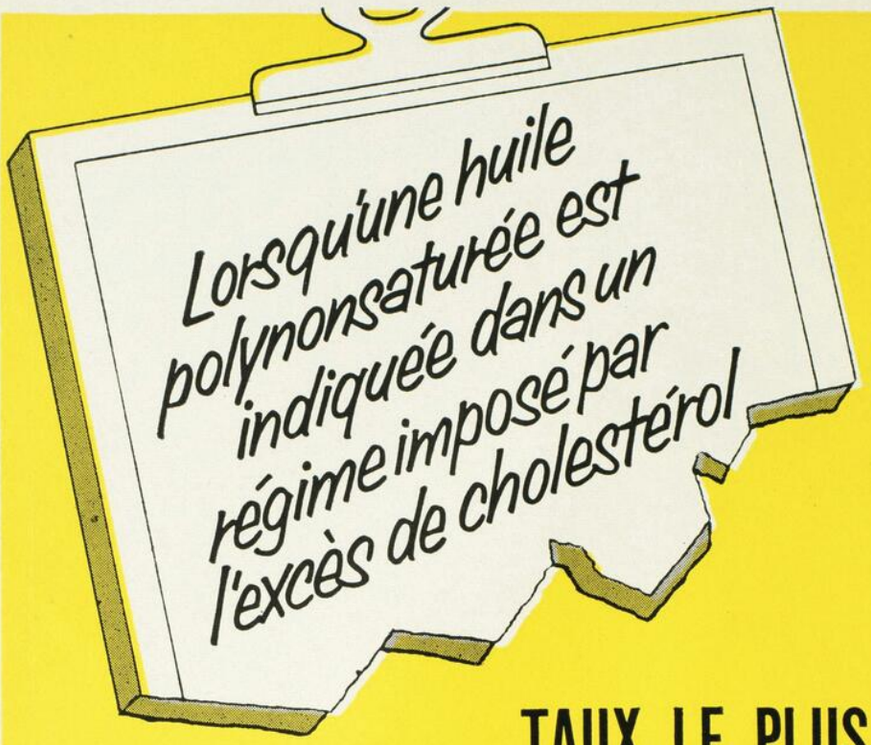
Permitil

EN COMPRIMÉS DE 0.25 mg. FLUPHÉNAZINE

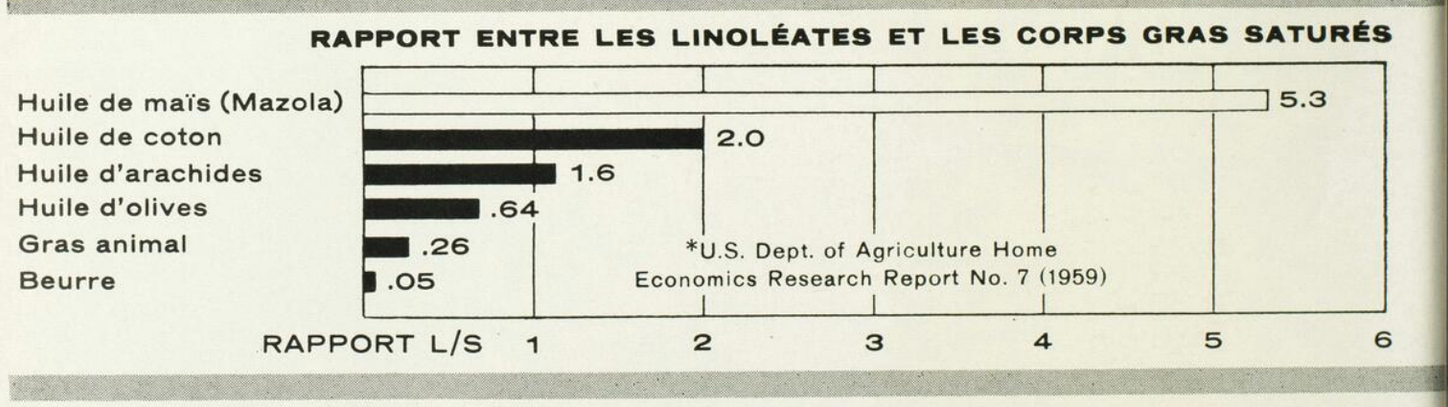
Procure un soulagement plus complet et de plus longue durée • ne provoque ni action dépressive, ni diminution de la vigilance • efficace à un faible dosage sans précédent • action de longue durée avec une posologie bi-quotidienne • incidence très faible d'effets secondaires • de grande utilité dans une variété de troubles émotionnels.

Produit de:
WHITE LABORATORIES, INC.
KENILWORTH, N.J.

Fabriqué et distribué par:
SCHERING CORPORATION LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC



DE TOUTES LES HUILES COMESTIBLES, C'EST L'HUILE DE MAÏS PURE QUI A LE TAUX LE PLUS ÉLEVÉ DE LINOLÉATE PAR RAPPORT AUX GLYCÉRIDES D'ACIDES GRAS SATURÉS



Les huiles végétales *ne sont pas toutes pareilles.* Chacune a ses caractéristiques propres, c'est-à-dire que chacune contient une certaine quantité de glycérides polynonsaturés d'acide linoléique dont l'activité peut abaisser le taux de cholestérol dans le sérum, et des glycérides d'acides gras saturés qui peuvent avoir une action contraire. Cette proportion peut être exprimée par le rapport L/S (voir tableau).

En établissant un régime alimentaire pour les malades atteints d'hypercholestérolémie il est souhaitable de remplacer une importante partie des corps gras du type le plus saturé, dont le rapport L/S est bas, par des huiles ayant une haute teneur en linoléate et un rapport L/S élevé. Il faudra prévoir une alimentation équilibrée comprenant une quantité appréciable de viande maigre, de volaille et de poisson. Ces produits sont généralement mieux tolérés par les malades que les régimes plus rigoureux, imposant la quasi-suppression des corps gras, généralement prescrits dans les cas d'hypercholestérolémie.

Le rapport L/S de l'huile de maïs pure est *considérablement plus élèvé que celui de toute autre huile comestible sur le marché.*

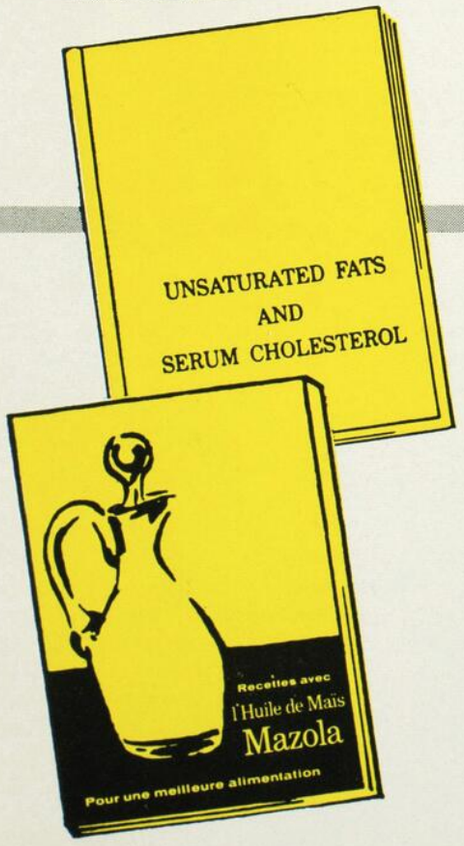
Lorsqu'il s'agit d'établir un régime dans les cas d'hypercholestérolémie on prescrit de préférence l'huile de maïs Mazola. Elle se vend partout à un prix raisonnable et elle est bien acceptée par le malade.

L'huile Mazola est une huile de maïs pure

COMPOSITION DE L'HUILE MAZOLA

	GRAMMES PAR 100 GRAMMES	GRAMMES PAR C. À TABLE
Glycérides d'acides gras non saturés, total	85 (82-87)	11
linoléates	54 (52-56)	7
saturés, total	11 (9-12)	1.4
Sitostérols naturels	1 (0.9-1.3)	0.14
Tocophérols naturels	environ 0.1	0.015
Cholestérol	aucun	aucun
Sel (chlorure de sodium)	aucun	aucun

Calories—125 par c. à table



Documentation gratuite

THE CANADA STARCH COMPANY LIMITED,
Dept. M—1940, Edifice Sun Life,
Montréal, (Qué.)

Veuillez, s'il vous plaît, m'envoyer un exemplaire gratuit de:

"UNSATURATED FATS AND SERUM CHOLESTEROL" ☐
(Quantité limitée—un seul exemplaire par personne)

"RECETTES AVEC L'HUILE DE MAÏS MAZOLA POUR UNE MEILLEURE ALIMENTATION" ☐

Docteur.....

Adresse.....

Ville..... Province.....

NOUVEAU *Analgésique Anti-rhumatismal*

PLANOLAR*

dans l'Arthrite rhumatoïde

Le Planolar associe l'activité anti-inflammatoire et l'action anti-rhumatismale cumulative du Plaquenil* à l'effet analgésique rapide de l'acide acétylsalicylique.

Chaque comprimé contient:

Plaquenil	**60 mg**
Acide acétylsalicylique	**300 mg (5 grains)**

Le Plaquenil "... l'antipaludique de choix dans le traitement des troubles du tissu conjonctif..."[1]

L'acide acétylsalicylique appartient "au groupe des médicaments les plus utiles dans l'arthrite rhumatoïde."[2]

ÉCRIVEZ

Pour obtenir des renseignements d'étaillés (essais cliniques, effets secondaires, précautions, etc.).

PRÉSENTATION: Flacons de 100 comprimés.

Winthrop LABORATORIES OF CANADA LTD. AURORA, ONTARIO

*Marque déposée

POSOLOGIE: Adultes: 2 comprimés deux ou trois fois par jour. Après deux ou trois mois de traitement, il se peut que le malade n'ait plus besoin de l'effet additif de l'acide acétylsalicylique. On peut alors lui instituer un traitement d'entretien au Plaquenil, à raison de 200 à 400 mg. par jour.

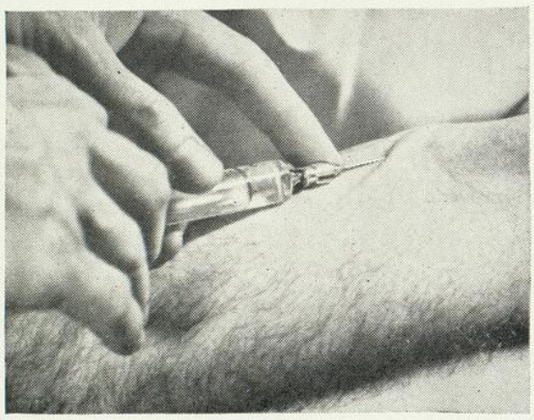
RÉFÉRENCES:

1. Scherbel, A. L., Schuchter, S. L., et Harrison, J. W.: Cleveland Clin. Quart. 24:98, avril, 1957.
2. Waine, Hans: Arthritis, rheumatoid, in Conn, H. F. Current Therapy, 1959, Philadelphie. W.B. Saunders Co., 1959, p. 565.

effet hypertensif uniforme et continu

ARAMINE*

(bitartrate de métaraminol)



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

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

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

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

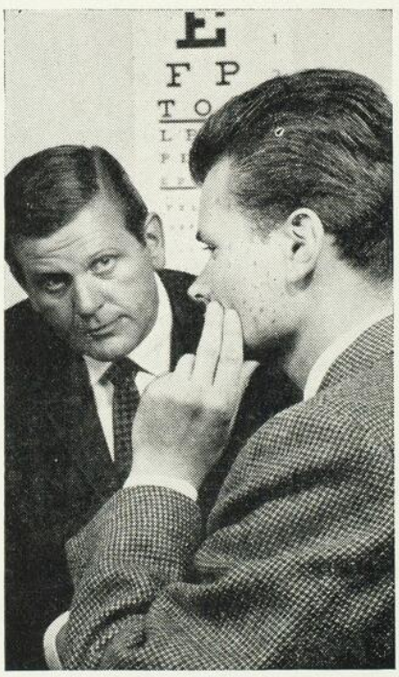
*Marque de commerce MSD

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

Quand le régime d'une personne souffrant d'acné indique "pas de thé ni de café"

le Postum

est un remplaçant non stimulant et satisfaisant



Lorsqu'il faut éliminer le thé, le café et les breuvages gazeux d'un régime pour aider à soulager certaines affections de la peau, le Postum est souvent un remplaçant agréable. Le Postum est non stimulant, il élimine donc un des facteurs qui contribuent aux lésions cutanées.

Le Postum instantané ne contient pas de caféine, de théobromine, de théophylline ou de tanin—les purines qui rendent plusieurs breuvages indésirables pour la personne souffrant de lésions et d'éruptions cutanées. Le Postum est fait de blé, de son et de mélasse. Chaque tasse de breuvage contient 10 mg. de sodium et 13 calories.

Le Postum est offert à vos clients dans les marchés alimentaires d'un bout à l'autre du Canada.

instant POSTUM CEREAL BEVERAGE

POSTUM INSTANTANÉ

Pour recevoir sa snobligation un échantillon médical, écrivez à: Postum Instantané, General Foods, Limited, Box UM 370, Cobourg, Ontario.

0713F

Agréables au goût—convenant aux patients de tout âge†

CREMOMYCIN*

(SULFASUXIDINE* et néomycine en suspension avec kaolin et pectine)

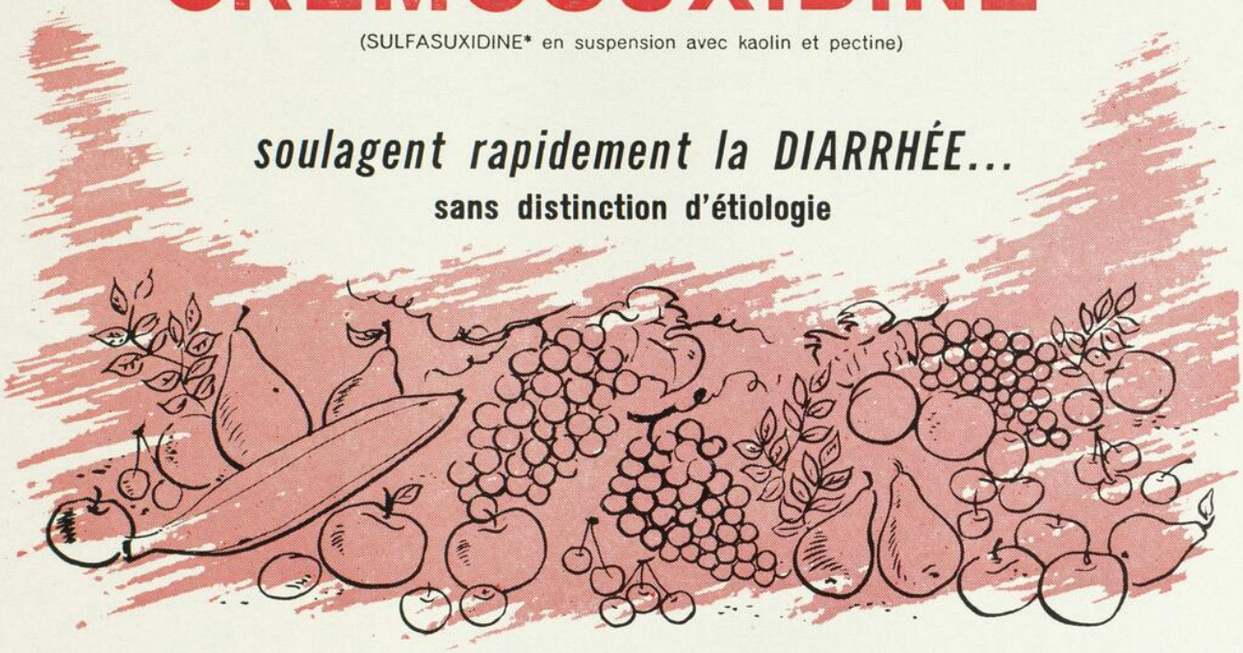
et

CREMOSUXIDINE*

(SULFASUXIDINE* en suspension avec kaolin et pectine)

soulagent rapidement la DIARRHÉE...

sans distinction d'étiologie



Toutes deux sont dotées de l'effet désintoxicant rapide de la pectine, de l'activité adsorbante du kaolin et des propriétés bactériostatiques de la SULFASUXIDINE. Le choix se portera sur CREMOSUXIDINE ou sur CREMOMYCIN, selon les symptômes du patient:

• en présence d'une étiologie confuse mais qu'on croit associée, par exemple, à la diète ou à l'eau, CREMOSUXIDINE, à la saveur de chocolat et de menthe, sera prescrite avec profit.

• si les symptômes semblent attribuables à des toxines bactériennes, la CREMOMYCIN, à la saveur de fruit, est tout indiquée en vue d'un prompt effet bactéricide.

CREMOMYCIN et CREMOSUXIDINE raffermissent toutes deux les selles molles et désintoxiquent les matières putréfactives, soulageant ainsi l'irritation des muqueuses.

† Dans le cas de nourrissons, les suspensions CREMOMYCIN et CREMOSUXIDINE peuvent s'ajouter à la formule du biberon, leurs fines particules passant aisément par une tétine de caoutchouc ordinaire.

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

*Marques de commerce

point de départ d'un contrôle
individuel de l'allergie au lait de vache

MULL-SOY

LIQUIDE OU EN POUDRE

Les problèmes cliniques causés par l'allergie alimentaire soulignent la nécessité d'un contrôle individuel et font ressortir les désavantages d'une formule "rigide". Mull-Soy, cependant, offre toutes les possibilités de contrôle du lait évaporé et s'utilise de la même façon.

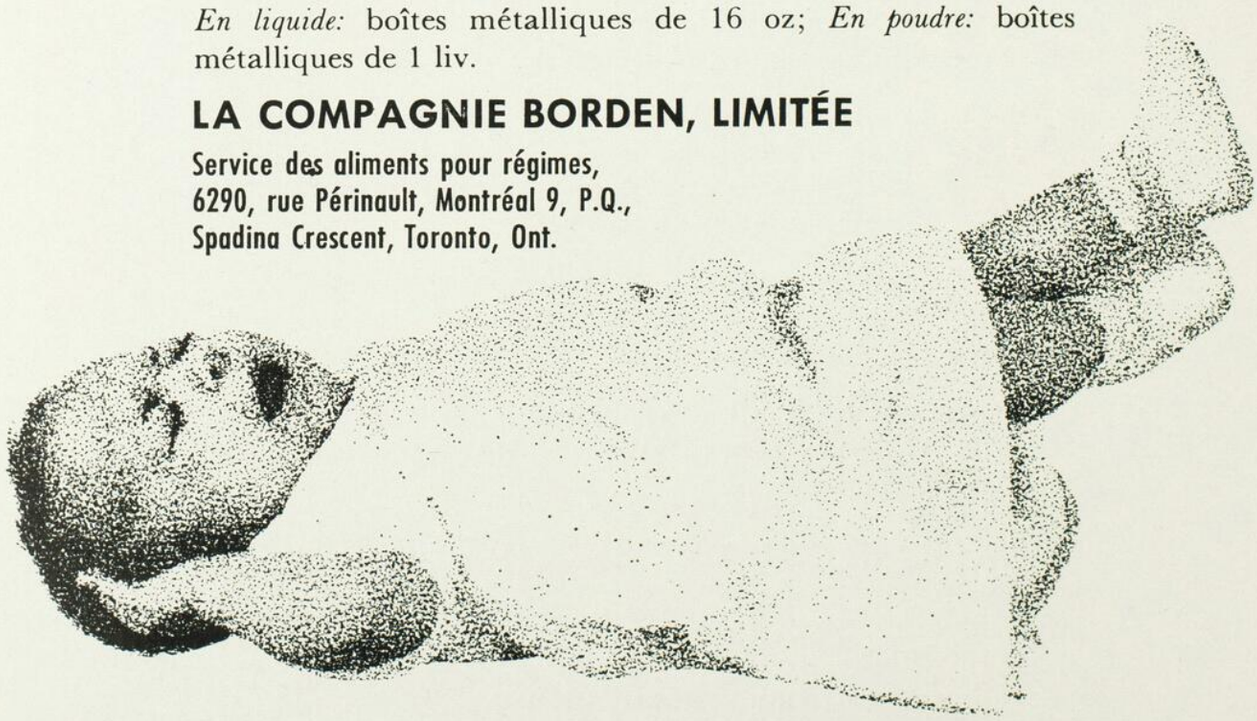
La nature et la quantité des hydrates de carbone, ainsi que leur degré de dilution, peuvent donc ainsi s'adapter à chaque cas particulier. Mull-Soy renferme également des protéines facilement assimilables qui aident à la croissance, ainsi que des matières grasses riches en acide linoléique et en autres acides gras non-saturés. Par ailleurs, Mull-Soy constitue une protection fiable contre les symptômes habituels de l'allergie au lait, tels que l'eczéma, l'asthme, la rhinite persistante, l'irritabilité, la colique, la diarrhée, les vomissements (pylorospasme) et l'enchifrènement.

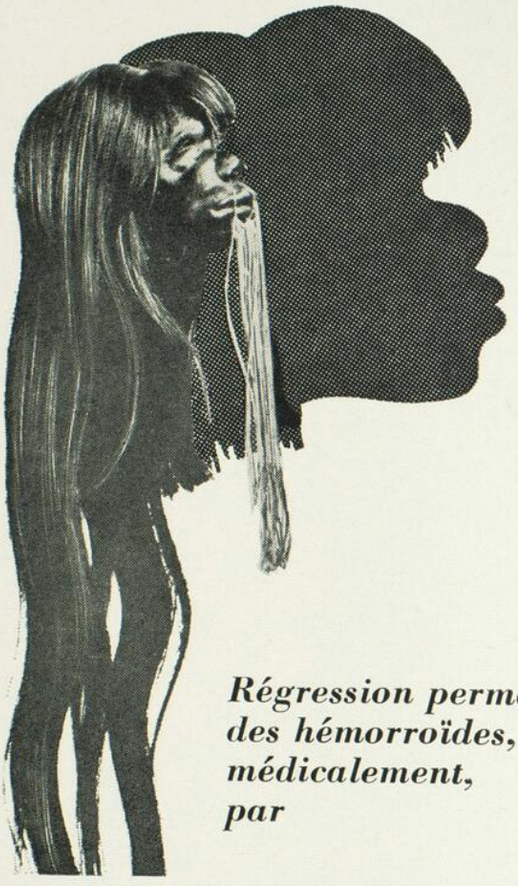
D'autres éléments essentiels à la nutrition, tels que les vitamines A, D, C, et le groupe des vitamines B, ainsi que du fer, peuvent s'ajouter au régime, au gré du médecin.

En liquide: boîtes métalliques de 16 oz; *En poudre:* boîtes métalliques de 1 liv.

LA COMPAGNIE BORDEN, LIMITÉE

Service des aliments pour régimes,
6290, rue Périnault, Montréal 9, P.Q.,
Spadina Crescent, Toronto, Ont.





Régression permanente des hémorroïdes, médicalement, par

ALCOS-ANAL

Alcos Anal permet au médecin de procurer un soulagement des symptômes au tout début du traitement . . . ainsi qu'une régression permanente des hémorroïdes après une application prolongée.

Une action sclérosante, autrefois obtenue seulement par injection, l'est maintenant par un suppositoire ou un onguent grâce à ce traitement moins rapide, mais moins douloureux.

L'action sclérosante permet la croissance de fibres collagènes à l'intérieur de la paroi vasculaire et des nodules amenant une contraction et la formation de cicatrices qui préviendront les rechutes.

Présenté sous forme de suppositoires et d'onguent, à prix modique.

Chaque suppositoire Alcos-Anal renferme:

Sels sodiques d'acides gras non saturés, purifiés	11.0%
Chlorothymol (antiseptique)	0.035%
Para-amino benzoate d'éthyle (analgésique)	5.0%

Echantillons et renseignements sur demande.

BELL bc CRAIG
TORONTO 2B

'61 '62 '63 '64 '65 '66

Plus d'années utiles grâce à la thérapie anticoagulante de

WARNERIN

(Warfarin sodique)

ANTICOAGULANT

Des régimes continus de thérapie anticoagulante sont maintenant d'usage courant, sans tenir compte de la période attendue durant laquelle les antagonistes de la coagulation peuvent être nécessaires. Il est généralement admis que les taux de mortalité par suite d'infarctus myocardique ont été réduits jusqu'à 50% en mettant les patients au régime à long terme d'anticoagulants oraux.

Quand une action à la fois rapide et prolongée est indiquée, l'Héparine, l'anticoagulant naturel, (et le plus rapide) peut être administrée par injection intraveineuse ou intramusculaire, suivie par l'administration orale d'un dérivé de coumarine pour l'entretien de l'hypoprothrombinémie.

Les médicaments de coumarine sont efficaces par voie orale. La Warfarin sodique est le seul médicament de ce groupe qui peut être administré parentérallement.
La différence capitale entre les coumarines individuelles, consiste dans le temps nécessaire à produire l'hypoprothrombinémie, et dans le dosage nécessaire à procurer une thérapie d'entretien satisfaisante.

Warnerin (Warfarin sodique) offre une élévation rapide et efficace du temps de prothrombine (18 à 36 heures) et un petit dosage d'entretien prévisible. — 5 à 12,5 mg par jour.

Warnerin répond à la thérapie de vitamine K dans l'hémorragie et dans les temps de prothrombine anormalement élevés sans hémorragie.

Warnerin est d'un coût modique pour la thérapie à long terme. Livraison en comprimés verts de 5 mg, jaunes de 10 mg, roses de 25 mg . . . en flacons de 25 et de 100. Injectable: 75 mg en une fiole stérile à bouchon de caoutchouc.

WARNER CHILCOTT
TORONTO, ONTARIO

Fabricants de
PERITRATE • PROLOID
TEDRAL • NARDIL
MANDELAMINE

WA 61-13F

Exigez Carnation . . .

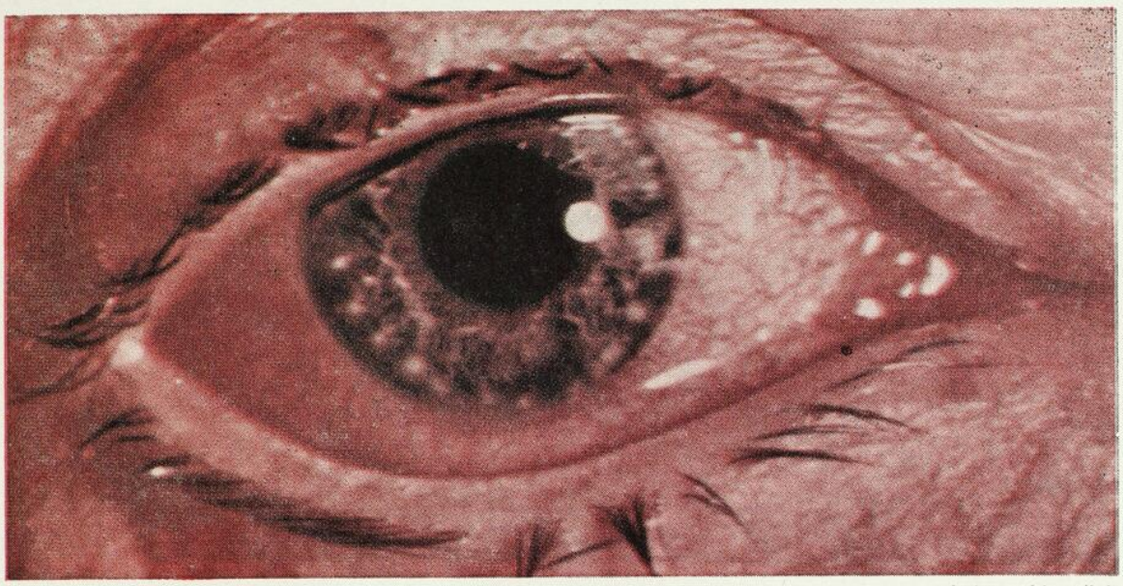
si vous voulez donner à bébé un lait vraiment complet. Un rigoureux contrôle de la qualité garantit la présence dans le lait Carnation de tous les éléments nutritifs reconnus. Une double stérilisation vous assure une sécurité totale. Les hôpitaux emploient plus de Carnation dans leurs formules que toutes les autres marques de lait réunies.

Exigez Morning . . .

le lait évaporé partiellement écrémé pour les formules à faible teneur en corps gras. La quantité de gras dans ce lait a été réduite à 4%. Et il est économique: il vous épargne jusqu'à 25% du prix des autres marques de lait évaporé partiellement écrémé. Le lait Morning porte la garantie Carnation.

581F

Les meilleurs laits pour l'alimentation au biberon



conjonctivite aiguë avant traitement

photographies cliniques

solution véritable—destinée au soulagement rapide de l'inflammation

SOLUTION OPHTALMO-AURICULAIRE 0.1%

NeoDecadron*

(21-phosphate de dexaméthasone et sulfate de néomycine)

INDICATIONS: Trauma—mécanique, chimique ou thermique; inflammation de la conjonctive, de la cornée ou de l'uvée antérieure; allergie; blépharite.

AVERTISSEMENT: Les stéroïdes sont contre-indiqués en présence de tuberculose ou d'herpes simplex.

NeoDECADRON est aussi en vente sous forme d'onguent ophtalmo-auriculaire (0.05%).

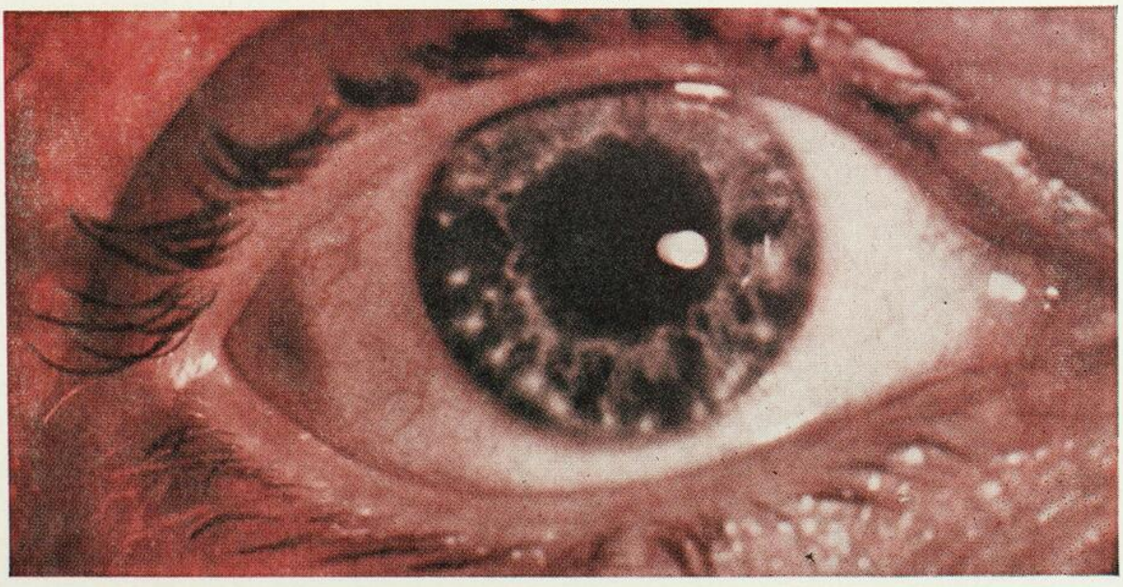
PRÉSENTATION: Solution ophtalmo-auriculaire 0.1% en flacons de 5 cc. avec compte-gouttes. Onguent ophtalmo-auriculaire (0.05%) en tubes de 3.5 Gm.

◆ activité stéroïdienne sans égale ◆ solution véritable conçue en vue d'une efficacité supérieure...assurant une concentration optima au siège même de la lésion ◆ traitement qui soulage le patient de façon remarquable et qui est exempt de particules irritantes ◆ activité antimicrobienne rapide et étendue.

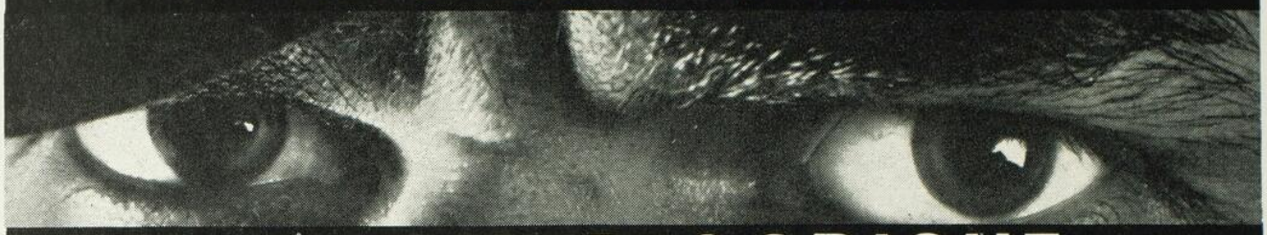
MSD MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 30, QUÉ.

*Marque de commerce

4 jours après traitement



POUR LES MALADIES OCULAIRES
INTERNES OU EXTERNES



SULAMYD SODIQUE

Marque de sulfacétamide sodique, U.S.P.

Solution Ophtalmique 30%. Pour combattre les infections aiguës et prévenir l'infection après un traumatisme oculaire.

Onguent Ophtalmique 10%. Pour emploi nocturne et pour le traitement des orgelets et infections de la paupière.

Solution Ophtalmique 10% avec Méthylcellulose 0.5%. Utile comme prophylaxie et traitement des infections oculaires. La plus grande viscosité garde la solution en contact avec la conjonctive.

METIMYD

La Suspension Ophtalmique associe Meticortelone pour une action stéroïdique accrue et Sulamyd Sodique pour un traitement antibactérien de grande envergure.

L'Onguent avec Néomycine associe Meticortelone au Sulamyd Sodique et au sulfate de néomycine . . . lorsqu'une plus grande action antibactérienne est requise.

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

Le Cognac de l'amitié

MARTELL

★★★

Le cognac le plus demandé au monde

Depuis 1715, les hôtes accueillants offrent du Martell

MIS EN BOUTEILLE À COGNAC, FRANCE.

PHENAT

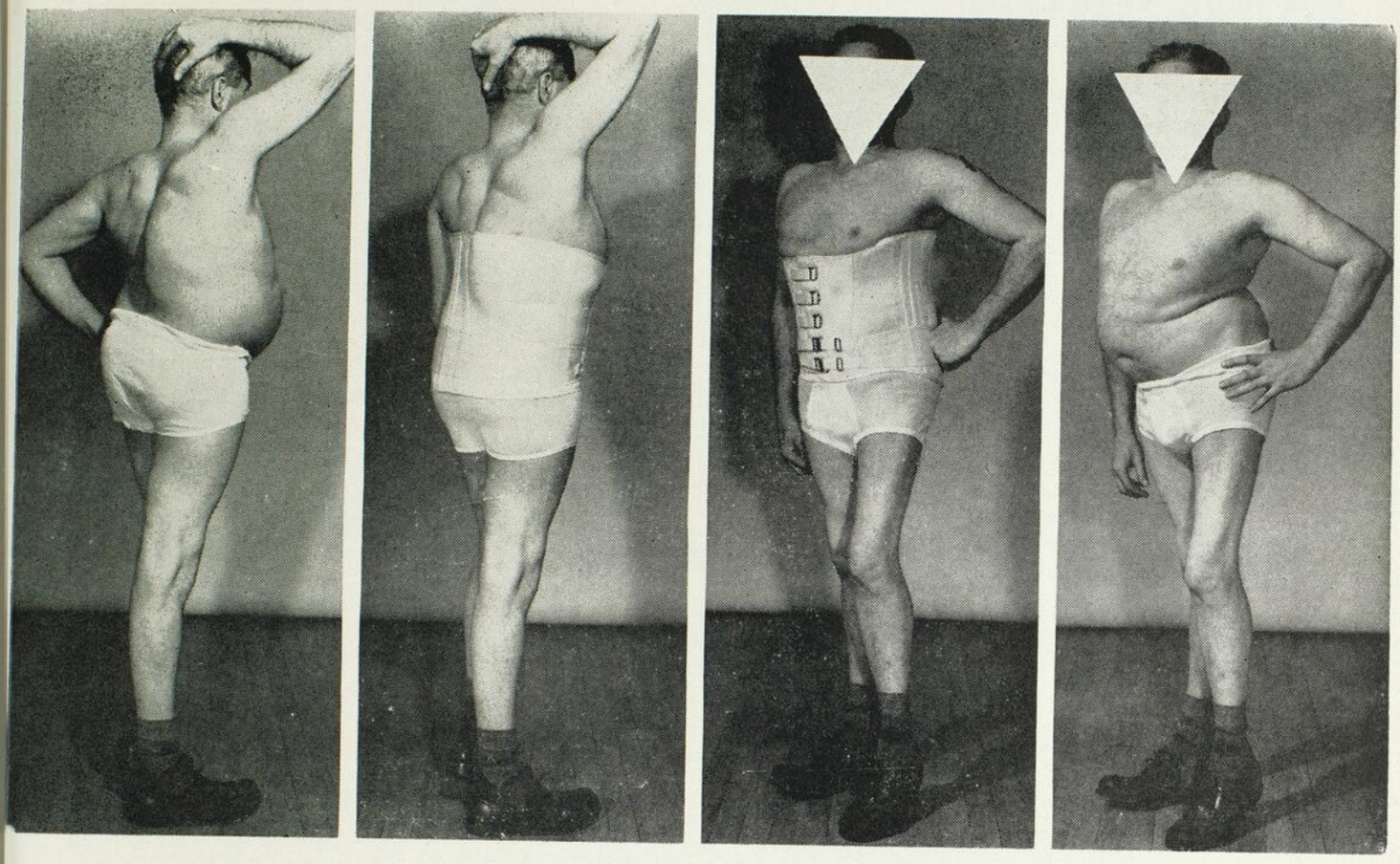
sédatif et antispasmodique pour les bébés et les enfants

Dosage rationnel de phénobarbital sodique et de méthylbromure d'homatropine sous forme de comprimé stable, très soluble, et d'un usage facile. "Mistura Atropine Co." est instable.

Présenté en 3 forces, identifiables par la couleur du comprimé: 1/8 gr. (jaune), 1/6 gr (vert), 1/4 gr. (rose), avec méthylbromure d'homatropine.

FLACONS DE 100 COMPRIMÉS

BELL bc CRAIG
TORONTO 2B



il n'y a pas de cas trop difficile pour le

Dessin Individuel Spencer

Voici pourquoi : Le malade n'est pas "ajusté" à un Support Spencer — le Spencer est dessiné individuellement pour répondre aux besoins du malade. Il n'y a pas de cas trop difficile pour les modelistes de Spencer, parce que chaque section de chaque Spencer est modelée, taillée et faite pour répondre aux indications médicales!

Le malade ci-dessus, qui est âgé de 47 ans, mesure 5′ 8″, pèse 144 livres, fut atteint de poliomyélite à l'âge de 18 mois. Il a porté des supports dorsaux toute sa vie. Avant d'avoir son Spencer il les trouvait "lourds, encombrants et peu confortables". (Seul un support de dessin individuel est capable de soutenir ses difformités.) Marié et père de famille, cet homme, machiniste de métier, doit travailler régulièrement et il dit que son confortable Spencer lui "aide à rester au poste".

Remarquer comme son Support Spencer ajuste bien ! La bande pelvienne extérieure aide à donner le maximum d'immobilisation au bassin et augmente le degré de relèvement abdominal. La tension du support du dos fermement placée sur le bassin et le support de l'abdomen effectué de bas en haut et en arrière *s'allient* pour améliorer l'attitude de maintien et l'activité corporelle. Quel que soit le support dont vos malades ont besoin, prescrivez les Spencers avec confiance pour hommes, femmes et enfants.

Adresser le coupon ci-contre — ou *téléphoner* à une Corsetière Spencer (voir pages jaunes sous Corsets) pour renseignements.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,
Rock Island, P. Q.

Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.
Angleterre: Spencer, Ltd., Banbury, Oxon.

☐ Envoyez-moi le nom de la Corsetière Spencer la plus rapprochée.

☐ J'aimerais avoir une démonstration des avantages et caractéristiques Spencer dans mes bureaux.

Nom ..... M.D.

Adresse .....

.....151-5-61

SPENCER

le support dessiné individuellement

À TOUT ÂGE DANS L'ANÉMIE FERRIPRIVE

MOL-IRON

(sulfate ferreux et oxyde de molybdène)

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

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

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

CONDITIONNEMENT:

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

**Bibliographie complète sur demande.*

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

Fabriqué et distribué par:
SCHERING CORPORATION LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC

Schering Corp. D-688
"Mol-Iron"
Ad. No. 61-1-1
½ page 1 color in
Modern Medicine, L'Union Medicale, C.M.A.J.
G. R. SAUVIAT & ASSOCIATES

BETAGENE

FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs: BETAGENE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE ET B_{12}

comprimés: BETAGENE ET FOIE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE SUPER

injectables: BETAGENE (10cc.)
BETAGENE ET B_{12} (10cc.)

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

POUR TRAITER AU BUREAU
OU A L'HÔPITAL

la gamme des troubles psychiques des plus légers aux plus graves.

mellaril*

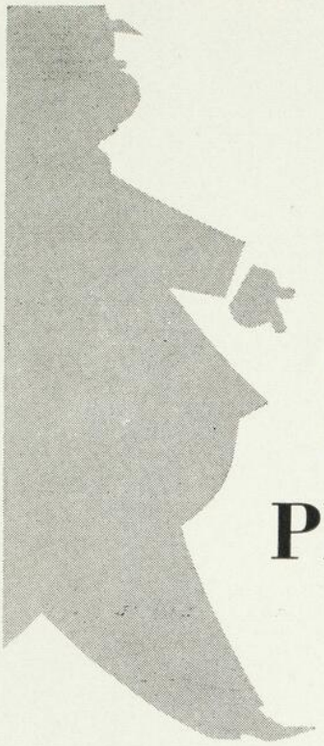
thioridazine

POSOLOGIE GÉNÉRALE	MOYENNE	LIMITES
Psycho-névrose traitée au bureau	10 mg. t.i.d. 25 mg. b.i.d.	(30-75 mg.) (75 mg.)
Psychoses—malades non hospitalisés	25 mg. t.i.d.	(75-200 mg.)
Psychoses—malades hospitalisés	100 mg. t.i.d.	(200-800 mg.)
Troubles du comportement chez l'enfant	10 mg. b.i.d.	(20-40 mg.)

*Mellaril—tranquillisant à champ d'action élargi et pratiquement dépourvu de tout effet secondaire.
CONDITIONNEMENT: Dragées de 10 mg., 25 mg. et 100 mg.

SANDOZ

SANDOZ PHARMACEUTICALS DORVAL, P.Q.



une thérapeutique
plus souple
dans le contrôle
du poids

la famille

PROBESE

Probèse, l'ordonnance anorexigène préférée, offre aux sujets trop gras une gamme étendue de régimes, grâce au choix de ses médicaments de base: sulfate d'amphétamine — ou chlorhydrate de phenmetrazine, anorexigène idéal dans les cas où l'amphétamine n'est pas recommandée — en association avec de la thyroïde, qui stimule légèrement le métabolisme, de l'atropine qui accroît l'effet antispasmodique et augmente le contrôle de la stimulation centrale, plus du phénobarbital dans le comprimé du soir.

PROBESE A.B.C. Trois comprimés de couleur, dont les formules répondent aux besoins du sujet, au moment de l'absorption. Posologie: 3 c. par jour — en 48 et en 300.

PROBESE T.D. (Timed disintegration — désagrégation réglée). Capsules à dose quotidienne unique dont les effets de répression sur l'appétit sont prévisibles pour 10 à 12 heures, à raison d'une seule capsule avant le petit déjeuner. En 30 et en 500.

PROBESE T.D. FAIBLE. Pour doses initiales ou usage pédiatrique. Contient tous les ingrédients de la capsule à dose quotidienne unique mais en quantités plus faibles.

PROBESE V.M. Même formule que Probese T.D. plus 8 vitamines et 9 minéraux, en quantités répondant aux besoins journaliers moyens.

NOTE

Dans les cas où l'amphétamine est contre-indiquée, l'anorexigène de choix est le chlorhydrate de phenmetrazine.

PROBESE P-25. Chaque comprimé contient 25 mg. de chlorhydrate de phenmetrazine. Dose quotidienne: deux à quatre comprimés.

PROBESE P-75 (Désagrégation réglée). Chaque capsule contient 75 mg. de chlorhydrate de phenmetrazine dont le pouvoir répresseur sur l'appétit s'exerce pendant toute la journée, à raison d'une seule capsule par jour.

BELL bc CRAIG
TORONTO 2B

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages
Abbott Laboratories Limited (Selsun — Pramitabs)	55 - 56
Ames Co. of Canada Ltd. (Uristix)	18
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin)	50
Anca Co. of Canada Ltd. (Kanulase)	34
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Xylocaïne HCl)	29
Austin Laboratories Ltd. (Tricofuron)	75
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Riopan)	27 - 28
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Cheloxin)	33
Bell-Craig Limited (Alcos-Anal)	97
Bell-Craig Limited (Phenat)	100
Bell-Craig Limited (Probese)	103
Borden Co. Limited (Mull-Soy)	96
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Tetrex)	5
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Staphcilline)	30
Calmic Limited (Polybactrin)	22
Canada Drug Ltd. (Betagène)	102
Canada Drug Ltd. (Paveral)	104
Canada Starch Co. (Mazola)	88
Canadian Tampax Corp. Limited (L'adolescence)	78
Carnation Milk (Le Carnation instantané)	98
Ciba Limitée (Forhistal)	**Deuxième page de la couv.**
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens)	34
Eddé, J., Limitée (Anapred)	36
Frosst, Chas. E. & Co. (Sedalka)	4
Geigy Pharmaceuticals (Dulcolax)	17
Geigy Pharmaceuticals (Hygroton)	25
Geigy Pharmaceuticals (Sterazolidine)	41
Geigy Pharmaceuticals (Tandearil)	73
Geigy Pharmaceuticals (Preludine)	79
General Foods Limited (Postum instantané)	92
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	2
Herdt & Charton, Inc. (Hormodausse)	57
Herdt & Charton, Inc. (Hyper-Prostal)	59
Herdt & Charton, Inc. (Camirol)	61
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Doxidan — Orinase)	63 - 64
Hoffmann - La Roche Limitée (Librium)	24
Horner Limited, Frank W. (Forpen)	26
Institut Albert-Prévost (Hôpital psychiatrique)	6
Lederle Laboratories (Neo-Aristoderm)	81
Lederle Laboratories (Geviral Protéinique)	65
Lederle Laboratories (Declomycine)	**Quatrième page de la couv.**
Lilly and Co. (Canada) Ltd., Eli (Darvon)	52
Maltbie Laboratories (Desenex)	48
Merck, Sharp & Dohme (Cyclex)	13
Merck, Sharp & Dohme (Diuril)	45
Merck, Sharp & Dohme (Decadron)	85

	Pages
Merck, Sharp & Dohme (Aramine)	91
Merck, Sharp & Dohme (Cremomycin)	95
Merck, Sharp & Dohme (Neo-Decadron)	99
Merrell Co., Wm. S. (Bendectin)	3
Merrell Co., Wm. S. (Mer/29)	23
Merrell Co., Wm. S. (Kevadon)	31
Merrell Co., Wm. S. (Kolantyl)	46
Ministère de la Santé de la Province de Québec (Renseignements généraux)	80
Ortho Laboratories (Sultrin)	47
Park, Davis & Co. Ltd. (Elase)	35
Pfizer Canada Limited (Diabinese)	77
Pitman-Moore of Canada Ltd. (Novahistex)	67
Poulenc Limitée (Largactil)	7 - 8
Redpath & Son (Cognac)	100
Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Exna)	49
Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Donnatal)	53
Rougier Inc. (Kerabec)	**Première page de la couv.**
Sandoz Pharmaceuticals (Mellaril)	103
Schering Corp. Limited (Sorboquel)	15
Schering Corp. Limited (Celestone)	20 - 21
Schering Corp. Limited (Metreton)	39
Schering Corp. Limited (Chlor-Tripolon)	51
Schering Corp. Limited (Permitil)	87
Schering Corp. Limited (Metimyd)	100
Searle & Co. of Canada Ltd., G. D. (Enovid)	12
Sherman Laboratories (Elixophylline)	16
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskatrol Spansule)	40
Smith & Nephew Limited (Elastoplast)	86
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Spencer)	101
Uujohn Co. Limited (Provera)	37, 38, 71, 72
Upjohn Co. Limited (Veriderm — C.Q.F.D. — Albamycin T)	81, 82, 83, 84
U. S. Vitamin Limited (Methischol)	42 - 43
Wallace Laboratories (Soma)	14
Warner-Chilcott Laboratories (Proloïd)	32
Warner-Chilcott Laboratories (Azo-Mandelamine)	44
Warner-Chilcott Laboratories (Warnerin)	97
White Laboratories, Inc. (Mol-Iron)	102
Winthrop Laboratories of Canada (Planolar)	90
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Pen-Vee Oral)	9
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equanitrate)	11
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Wyanoids)	19
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Zactirin)	54
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equanil)	69
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equanil)	93 - 94
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (B-Plex)	**Troisième page de la couv.**

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • COQUELUCHE • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

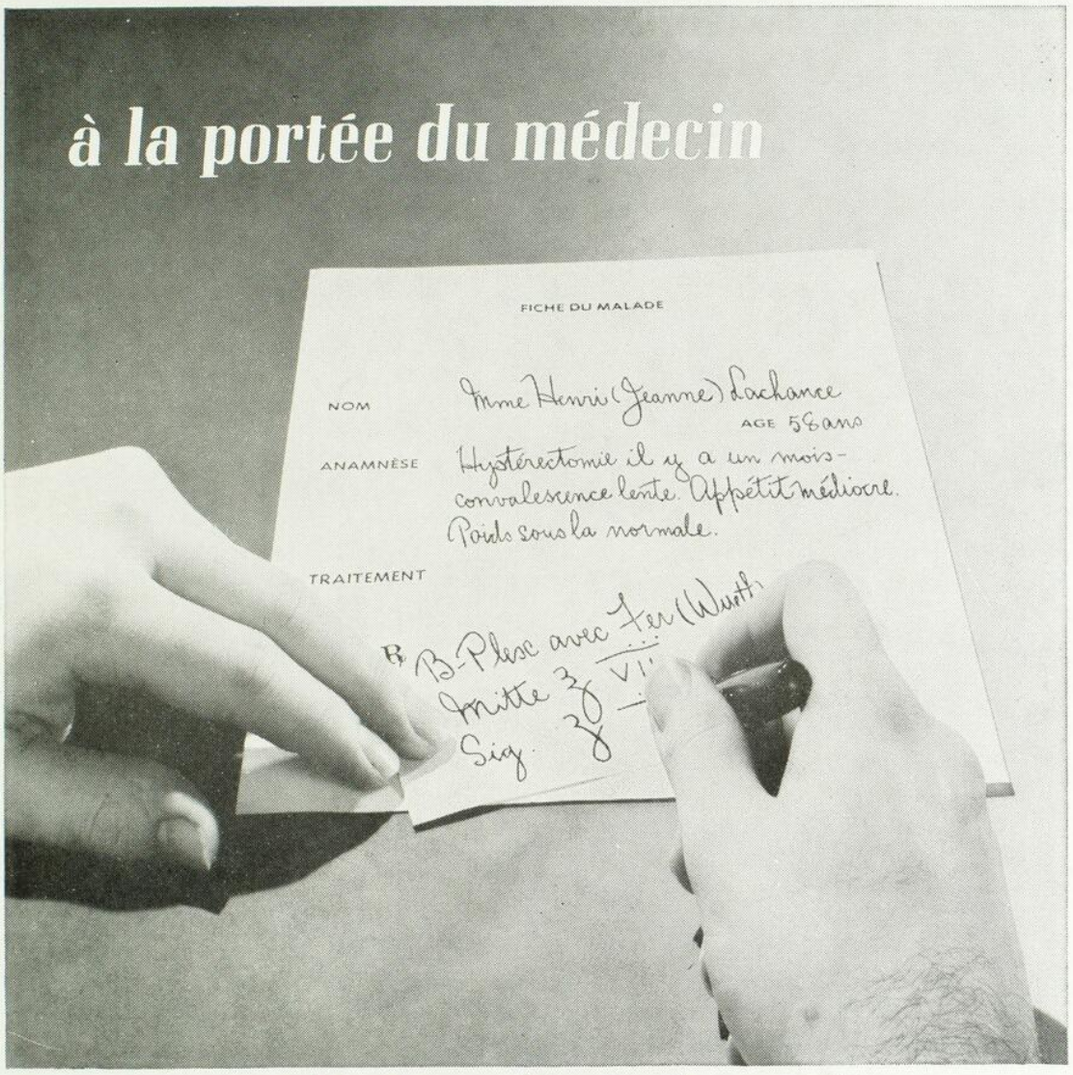
•

Littérature sur demande.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

Imprimée dans les Ateliers de la
Librairie Beauchemin Limitée, Montréal.

à la portée du médecin



une médication digne de confiance en matière de nutrition

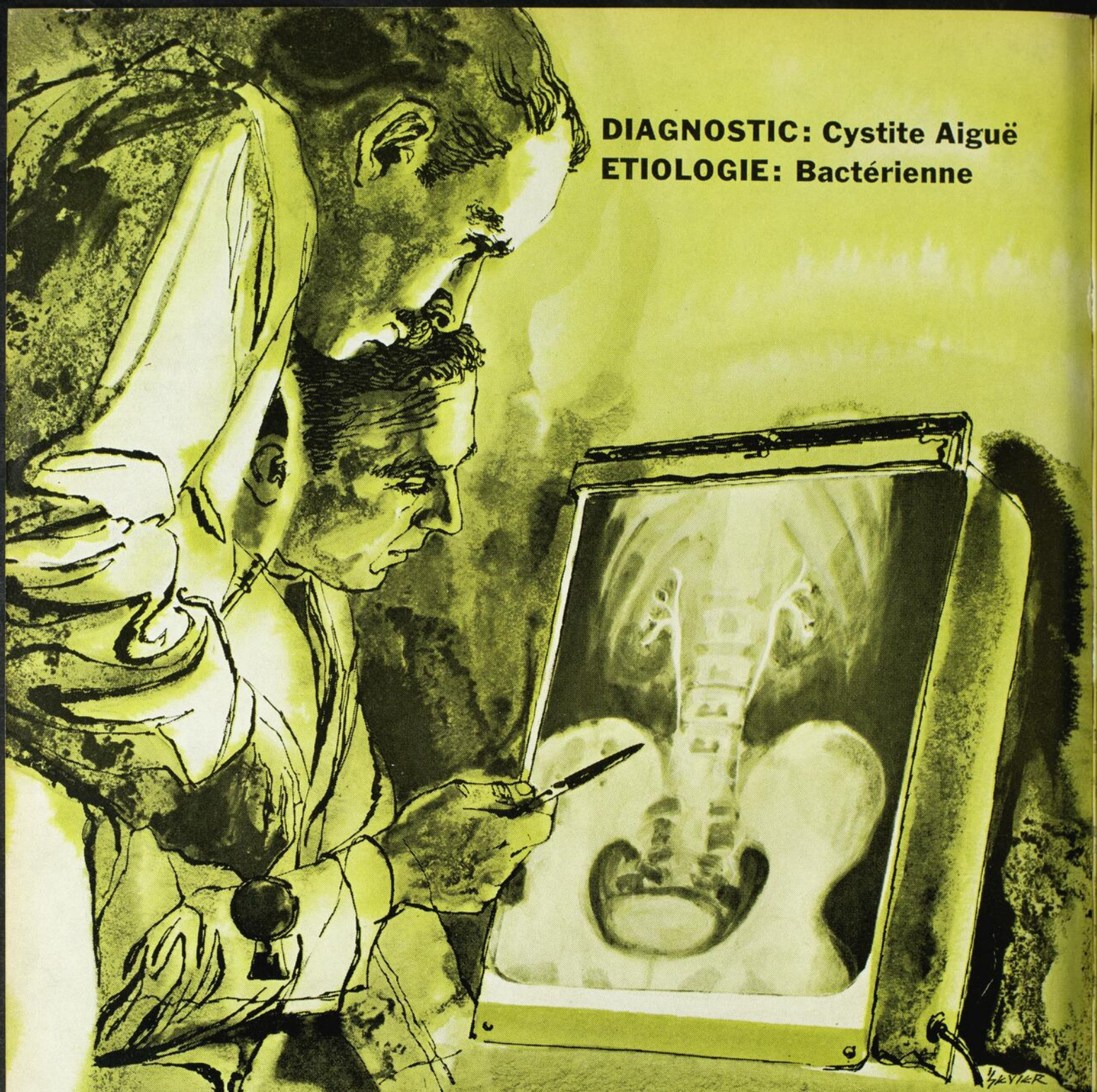
LE COMPLEXE B PROVENANT DE SOURCES NATURELLES—Le nouveau B-PLEX est exceptionnellement agréable à prendre. Doté d'un équilibre biologique par addition d'éléments vitaminiques cristallisés, il constitue une médication aux vitamines du complexe B, à la fois adéquate et complète, portant notamment sur la vitamine B_{12}, importante pour la stimulation de la croissance, la formation des éléments du sang et pour surmonter la fatigue. Dose—de 1 à 2 cuillerées à thé t.i.d.

LE COMPLEXE DES VITAMINES B AVEC SULFATE FERREUX —Extraordinairement agréable au goût, le B-PLEX avec FER est indiqué pour renforcer les régimes pauvres en éléments nutritifs des malades de tout âge. Il fournit le complexe des vitamines B, la vitamine B_{12} et le sulfate ferreux, destiné à protéger le malade contre la carence de fer d'origine alimentaire. Dose—de 1 à 2 cuillerées à thé t.i.d.

B-PLEX
Elixir au Complexe B

Wyeth
*Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

B-PLEX
avec FER
Complex des vitamines B avec sulfate ferreux



DIAGNOSTIC: Cystite Aiguë
ETIOLOGIE: Bactérienne

BESOINS THÉRAPEUTIQUES: Suppression de l'infection primitive et de la cystite qui en résulte—alimentation non irritante—augmentation de l'ingestion de liquides—drainage adéquat de la vessie.

ANTIBIOTIQUE DE CHOIX: DÉCLOMYCINE*†—parce qu'elle fournit une activité antibactérienne efficace dans les voies urinaires quelle que soit l'acidité de l'urine. La **DÉCLOMYCINE** évite l'administration parentérale ou l'alcalinisation de l'urine qui souvent sont nécessaires avec d'autres antibactériens.

*MARQUE DÉPOSÉE
†DÉMÉTHYLCHLORTÉTRACYCLINE

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*