



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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT :

326 est, boulevard Saint-Joseph,
Montréal.

LIPOTROPE

MAINTENANT AVEC VITAMINE B₁₂
(1 mcg. par comprimé)

la formule lipotropique la plus complète, la plus concentrée et aussi
la plus économique
se prescrit en gériatrie sous le nom de

LIPOTROPE GÉRIATRIQUE

Goût très agréable — Flacons de 12 onces

Dose moyenne: 3 à 4 cuillerées à dessert par jour au début
ou à la fin des repas, pur ou dans un breuvage.

350, rue Le Moyne,

MONTRÉAL 1





Les chercheurs des laboratoires Rhône-Poulenc de France qui avaient découvert le **DIPARCOL** ont mis également au point un nouvel anti-parkinsonien de synthèse dont les propriétés parasympholytiques (ganglioplégiques) s'avèrent encore plus nettes: le **PARSITAN** (appelé autrefois Parsidol).
le **PARSITAN** (3356 R.P.) — chlorhydrate de (diéthylamino 2'-méthyl 2') éthyl 1' N-dibenzoparathiazine — possède en outre une action sympatholytique, spasmolytique et anti-acétylcholinique.

le **PARSITAN** est indiqué dans le traitement symptomatique de la maladie de Parkinson post-encéphalitique et sénile et ses divers symptômes; il agit particulièrement sur la rigidité de fixation et le tremblement.

le **PARSITAN** s'administre par voie buccale à dose variable, selon les sujets et le degré d'intensité de la maladie. On peut le donner en alternance ou en association avec le **DIPARCOL**.

COMPRIMÉS à 10 et à 50 mg.

Littérature et échantillons sur demande

Poulenc

Limitée



MONTRÉAL

BULLETIN

PREMIÈRE CONFÉRENCE MONDIALE SUR L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

LONDRES, 22 AU 29 AOÛT 1953

La première conférence mondiale sur l'enseignement médical organisée par l'Association Médicale Mondiale, en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé, le Conseil des Organisations Internationales des sciences médicales et l'Association internationale des Universités, a connu un succès extraordinaire et dépassé toutes les prévisions en assistance et en intérêt suscité.

Plus de 600 délégués, représentant 52 pays et 92 Universités ont suivi les délibérations des quatre sections d'étude et ont participé aux discussions ouvertes. L'assistance aux séances plénières d'ouverture et de clôture a dépassé à certains moments plus de 1 000 auditeurs.

Cette première initiative d'une étude mondiale sur l'enseignement médical ne pouvait évidemment couvrir tous les aspects d'un problème aussi complexe. Seuls quelques points des plus controversés de l'enseignement universitaire ont fait l'objet des débats.

La première section portait sur les « Conditions d'entrée aux Ecoles de Médecine ». Question brûlante d'intérêt où les esprits sont aussi partagés que les méthodes de sélection des étudiants, eu égard à la pléthore des candidats.

La deuxième section visait « Les Buts et le Contenu du Curriculum Médical ». Ici les orateurs en discussion se sont mis d'accord avec les rapporteurs, qu'il s'agit d'abord de former des médecins de pratique générale et d'encourager les étudiants à poursuivre cette carrière.

La troisième section était consacrée à l'étude des « Techniques de l'Enseignement Médical ». Les nouvelles découvertes visuelles ne supplanteront jamais la théorie, la pratique et la clinique, mais elles seront utilisées à bon escient pour favoriser la meilleure compréhension de certains problèmes difficiles à exposer.

La quatrième section portait sur la « Médecine Sociale et Préventive », branche relativement neuve de la médecine où la voie à

suivre est difficile à déterminer d'une façon absolue puisque l'accord n'est pas encore unanime sur la définition exacte du terme « Médecine Sociale », qu'il ne faut pas confondre avec « Médecine Socialisée ».

La séance plénière d'ouverture a permis un exposé brillant des problèmes qui s'offrent à l'attention des éducateurs en général et particulièrement de ceux qui enseignent la médecine.

Les deux séances plénières de clôture ont permis aux vice-présidents, nommément présidents de section, et aux rapporteurs de présenter un résumé des débats aux auditeurs qui n'avaient pu évidemment se trouver à toutes les réunions simultanées. Ils ont accompli leur tâche avec brio.

Il est trop tôt pour réaliser toute la portée d'une telle conférence. Le rapport très complet qui sera publié d'ici cinq à six mois, sera lu avec intérêt par tous ceux qui s'intéressent à cette question. Il comprendra, en plus du texte intégral des rapporteurs dans la langue originale, les discussions qui ont subi l'enregistrement sur fil aimanté. Un résumé dans les deux autres langues officielles suivra chaque texte. Le français, l'anglais et l'espagnol étaient reconnus.

Nous aurons l'occasion de reparler de cette Conférence ici même.

Au terme de ces Assises, il est juste de féliciter l'Association Médicale Mondiale de son initiative. Elle a su s'entourer de collaborateurs précieux que cette question intéresse. Tous ont manifesté leur enthousiasme pour la tenue d'autres conférences en complément de cette première. Il a été question de la possibilité d'aborder le sujet des spécialités, des cours post-scolaires, etc. L'avenir dira toutes les initiatives qu'une telle entreprise aura déclenché.

Mentionnons en terminant quelques noms de médecins de chez-nous que nous avons rencontrés: de l'Université Laval de Québec, le docteur Petitclerc, de l'Université de Montréal, le docteur Bonin, doyen de la Faculté de Médecine, de l'Université d'Ottawa, le docteur Richard, doyen de la Faculté de Médecine, qui a présenté une communication sur la sélection des étudiants. Les Universités McGill, Western, Toronto et Colombie-Britannique étaient également représentées.

GERIN-LAJOIE.

LE PYROSIS DE LA FEMME ENCEINTE — SES RAPPORTS AVEC LA HERNIE DU HIATUS ŒSOPHAGIEN

P. HILLEMAND, R. VIGUIE, J. VILLARD (de Paris) et R. DELISLE (de Chicoutimi).

Le pyrosis de la femme enceinte est un symptôme banal, il ne retient pas, le plus souvent, l'attention du médecin, qui se contente de prescrire une médication alcaline dont l'effet est nul ou très transitoire, sauf dans certains cas, en apparence inexplicables où son intensité est extrême.

Mais ce symptôme nous paraît en réalité soulever des problèmes pathogéniques fort intéressants, en particulier dans ses rapports avec la hernie diaphragmatique.

Son expression clinique est variable, il survient soit précocement et fait partie de la série des troubles neurosympathiques du début de la gestation, et il est habituel de le voir disparaître vers le troisième mois; il semble, là, être la traduction d'une hyperacidité plus ou moins accentuée.

Mais, dans d'autres cas, beaucoup plus rares, il apparaît dans la seconde moitié de la grossesse et se prolonge jusqu'à la fin de celle-ci pour disparaître ou diminuer après l'accouchement. Ce pyrosis est parfois extrêmement douloureux; les douleurs, très pénibles, ont une irradiation ascendante, elles sont surtout nocturnes et s'accompagnent parfois de rejets acides.

Ces phénomènes sont, en apparence, d'autant plus surprenants qu'on ne note, à ce stade, aucun des symptômes du cortège neurosympathique du début de la gestation.

Il fallait donc trouver à ces manifestations une étiologie capable d'expliquer leur persistance, leurs irradiations ascendantes, leur apparition tardive et leur survenue en décubitus ou en procubitus.

Or, l'un de nous, interrogeant l'une de ses malades, particulièrement gênée, au cours de sa grossesse, par un pyrosis très pénible et par des brûlures épigastriques, fut frappé d'y retrouver les symptômes qu'il avait appris à

attribuer à la hernie diaphragmatique, avec reflux œsophagien. Il porta chez cette jeune femme le diagnostic clinique de hernie diaphragmatique, avec reflux, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen radiologique. Nous en avons recueilli, depuis, d'autres observations et nos constatations permettent d'affirmer que les phénomènes tardifs de pyrosis chez la femme enceinte sont dus à une hernie diaphragmatique accompagnée de reflux œsophagien.

Voici nos observations:

Observation 1.

Madame R..., primipare, présente, jusqu'au troisième mois, une grossesse sans histoire. A partir du sixième mois, survient un pyrosis ressenti par la malade, sans horaire précis, plusieurs fois par jour. Ce pyrosis augmente d'intensité, jusqu'au terme et disparaît après l'accouchement.

Un an plus tard, nouvelle grossesse. La malade, durant les trois premiers mois, ne ressent aucun trouble. Le pyrosis réapparaît au sixième mois, avec une intensité telle qu'il entraîne l'insomnie. Son état général devenant de plus en plus précaire, la patiente, après de multiples tentatives thérapeutiques infructueuses, vient consulter le docteur Hillemand. Celui-ci, après avoir éliminé tout signe d'organicité sur des clichés antérieurs et constatant que la douleur s'accroissait, le corps fléchi en avant et lors du décubitus dorsal, porte le diagnostic de hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien. Une radiographie, faite par le docteur Bernard, confirme le diagnostic et l'existence d'un reflux important. La sédation des troubles apparaît avec le post-partum mais des clichés faits trois mois après l'accouchement montrent la persistance de la hernie, cette fois avec un cardia parfaitement continent.

Observation 2.

Madame N..., jeune femme de 24 ans, sans passé digestif, vient consulter le docteur Viguié au sixième mois de sa grossesse car, depuis deux mois, elle souffre de violentes brûlures épigastriques à irradiations hautes vers les mastoïdes. Elle se plaint, en outre, de sensation de pesanteur rétro-sternale lors de la flexion en avant. Devant un tel tableau, le docteur Viguié pose le diagnostic de hernie diaphragmatique qui est confirmé par l'examen radiologique.

Observation 3.

Madame D..., 28 ans, primipare sans antécédents gastriques, se plaint, depuis le quatrième mois de sa grossesse, d'un violent pyrosis, dont l'intensité n'a fait que croître jusqu'au cinquième mois, date à laquelle elle vient consulter. Ce pyrosis ne présente pas d'horaire fixe et ne s'accompagne pas de phtuie. Devant l'apparition de cette brûlure à une époque où les phénomènes dits sympathiques de la grossesse ont disparu, une radiographie est demandée: elle montre une hernie diaphragmatique accompagnée d'un reflux important.

Observation 4.

Madame B..., 24 ans, commence à souffrir, au troisième mois d'une grossesse, de douleurs très violentes sans horaire fixe, qui augmentent d'intensité quand elle se penche en avant. Ces douleurs rétro-sternales très pénibles s'accompagnent de brûlures très pénibles à irradiations ascendantes, calmées par la station debout. Un examen radiologique ne montre rien d'anormal, les phénomènes s'accroissent avec l'évolution de la grossesse. Ils diminuent sans disparaître après l'accouchement. La malade est vue alors, le diagnostic de hernie diaphragmatique avec reflux est posé et confirmé radiologiquement.

Observation 5.

Madame M..., 60 ans, mariée à 17 ans, présente, vers les troisième et quatrième mois de sa grossesse, des douleurs qui deviennent

atroces avec brûlures à irradiations très hautes. Ces phénomènes persistent après l'accouchement mais avec une intensité moindre. Les mêmes douleurs persistent, réapparaissent au troisième mois de deux autres grossesses; la malade souffre le martyr.

Depuis son dernier accouchement, les douleurs réapparaissent quand elle se penche en avant, lors des efforts de défécation. La malade a été radiographiée de multiples fois et, devant la négativité des examens, elle est considérée comme une névropathe. Son histoire nous fait évoquer le diagnostic clinique de hernie diaphragmatique. Ce dernier est confirmé par l'examen radiologique qui montre en plus un reflux considérable.

* * *

Si nous en croyons les travaux classiques, la hernie diaphragmatique est très rare chez la femme enceinte et son pronostic est grave. Mais tous ces cas concernent de volumineuses hernies ou congénitales ou traumatiques.

Très peu de travaux ont été consacrés à ce sujet qui, à notre connaissance, n'a pas été étudié jusqu'ici dans les pays de langue française¹. A l'étranger, citons le mémoire de Ringler et Eneboe, portant sur 195 femmes enceintes et notant 21 hernies diaphragmatiques dont 4 chez 79 primipares de leur statistique.

Nous citerons encore les travaux de Schneff et de Pennam.

Mais, dans nos observations, il ne s'agit pas de hernies importantes, mais de ces petites hernies de l'hiatus, hernie par glissement dont nous avons récemment, en dehors de la gestation, et aussi, chez l'homme, souligné l'extrême fréquence en pathologie digestive.

Elles s'extériorisent par un syndrome d'une si grande netteté que l'on peut à coup sûr affirmer *cliniquement* leur existence. Leur signe majeur est la douleur, douleur sans horaire variable aussi bien dans ses manifestations que dans son intensité. Cette douleur possède

1. Postérieurement à notre première communication du 6 mars 1953, est parue la thèse de Garcey-Nicolas (mars 1953) qui renferme en tout point nos travaux.

un caractère essentiel: c'est une *douleur provoquée*, elle apparaît, en effet, au cours de toutes les manœuvres qui tendent à augmenter la pression abdominale, en particulier lorsque la malade se penche en avant (signe que nous appelons signe du lacet de soulier), ou lorsqu'il contracte les muscles de l'abdomen, ou au cours des efforts de défécation, ou même lorsqu'il est simplement couché sur le ventre.

Cette douleur a une irradiation ascendante. Lorsque la hernie s'accompagne de reflux œsophagien, s'associent à la douleur des brûlures œsophagiennes, irradiant vers le haut, donnant parfois lieu à des sensations douloureuses au niveau des maxillaires ou mieux des oreilles, irradiation que l'on taxe à tort de pithiatisme. Ces brûlures rétro-sternales sont fréquentes en décubitus dorsal ou latéral droit, mais surtout marquées en procubitus, elles s'atténuent en station debout.

C'est cette association de douleur et de pyrosis, symptômes habituels de la hernie diaphragmatique avec reflux, qui nous a permis de penser que c'était la cause, des phénomènes apparaissant tardivement chez la femme enceinte.

S'il est permis, et nous insistons sur ce fait de porter le diagnostic cliniquement, c'est l'examen radiologique qui viendra le confirmer. L'examen radiologique devra être fait avec certaines précautions: après avoir fait ingérer la gélobarine et laver l'œsophage avec une gorgée d'eau pour le débarrasser de la substance opaque, la malade est examinée en procubitus. Il est inutile chez la femme enceinte d'avoir recours à une compression instrumentale.

On voit alors apparaître, d'une part, l'image en brioche, sus-diaphragmatique, communiquant avec l'estomac par un large canal, au niveau duquel on constate l'existence des plis gastriques et le reflux de la substance opaque qui remplit tout l'œsophage et qui remonte souvent jusqu'au pharynx.

L'évolution de la hernie de la femme enceinte est variable.

Après l'accouchement, la hernie peut disparaître. Il en était ainsi chez les sujets examinés par Ringler et Enoboe, puisque trois fois seulement chez 10 malades réexaminées ils trouvèrent à nouveau la hernie.

Après l'accouchement, la hernie persiste; il en était ainsi dans nos observations. Signalons que ces femmes présentèrent toutefois une nette amélioration de leurs symptômes, mais que l'examen radiologique montra la persistance de l'image pathologique.

La multiparité, enfin, semble aggraver l'importance de la hernie.

Mais la hernie diaphragmatique, au cours de la grossesse, tire son intérêt des conditions physiologiques spéciales dues à la gestation qui semblent expliquer son apparition.

Pour qu'une hernie hiatale se produise, deux facteurs en effet sont indispensables:

- une augmentation de la pression intra-abdominale,
- une dilatation de l'orifice œsophagien.

L'utérus gravide augmente, cela est évident, la *pression intra-abdominale*; il joue en quelque sorte le rôle du coussinet compresseur dont on se sert radiologiquement pour faire apparaître la hernie.

Par ailleurs, depuis les travaux de Raulot-Lapointe et de Thomas, on sait qu'à partir du sixième mois, sauf chez la bréviligne, l'estomac bascule d'avant en arrière, de bas en haut et de gauche à droite; il est donc repoussé, comprimé contre le diaphragme.

D'autre part, pendant la grossesse, le diaphragme s'élève. Steward a montré que l'élévation des deux coupes était due, non seulement au refoulement des viscères abdominaux, mais encore à des modifications dans le tonus du muscle diaphragmatique.

Ce phénomène se complète par une distension de la membrane œsophagénique dont la dehiscence, associée aux facteurs que nous venons de signaler, provoque une élévation du cardia et la formation d'une hernie.

Le *relâchement de l'hiatus œsophagien* peut reconnaître des causes multiples, encore très mal connues. On a invoqué une hypotonie

tissulaire, d'origine gravidique, ce phénomène expliquerait des faits comparables ou voisins; relâchement physiologique de la symphyse, pieds plats de la femme enceinte, varices, distension des voies urinaires, existence d'un dolicho mega estomac; etc., au cours de la gravidité.

Donc, lors de la grossesse, il existerait une hypotonie indiscutable de la fibre musculaire lisse ou striée.

De nombreuses théories tentent d'expliquer ce comportement; on a incriminé:

- la modification de la dynamique circulatoire et de la masse sanguine,
- l'augmentation du métabolisme basal, qui provoquerait *des douleurs du système neuro-végétatif*, dans le sens sympathico pour les uns, vagotoniques pour les autres, et il est permis de se demander si ce bouleversement neuro-végétatif ne joue pas un rôle dans les modifications du tonus.

Ces derniers seraient pour d'autres en rapport avec des *modifications humorales physico-*

chimiques: pertes importantes de calcium, élimination accrue du potassium; cette hypocalcémie ou hypokaliémie provoqueraient une baisse du tonus.

Il faut en rapprocher l'hyperhydratation des tissus qui provoquerait une distension de ceux-ci.

Mais, pour la grande majorité des auteurs, le trouble du tonus serait dû à un facteur endocrinien.

Reynolds, Von Arvey ont incriminé la progestérone et les gonado stimuline; d'autres accusent la foliculine, les œstrogènes.

Hisard a isolé, chez les cobayes, une hormone d'origine placentaire, la relaxine, qui agirait sur la symphyse pubienne.

Nous sommes frappés de la fréquence de la hernie diaphragmatique après la ménopause, et chez des insuffisants thyroïdiens.

On voit donc l'extrême complexité de ce problème. Mais il nous a paru intéressant d'insister sur ces phénomènes survenant chez la femme enceinte, dont on connaît mal les modifications endocriniennes.

LA PYODERMITE — MODE DE PRÉVENTION PAR LE LAVAGE QUOTIDIEN DE LA PEAU AU CHLORURE DE BENZALKONIUM

Norbert VÉZINA, M.D. et Hubert MARTEL, B.Pharm.¹ (Montréal).

I — INTRODUCTION

Le staphylocoque, habituellement considéré comme un saprophyte banal de la peau, s'est manifesté, depuis quelques années, par une activité pathogène des plus inquiétantes. En effet, et il n'y a pas tellement longtemps, la plupart des pouponnières de nos hôpitaux étaient aux prises avec la pyodermite du nouveau-né. Par la fréquence et la malignité de ses attaques, le staphylocoque semblait, à un certain moment, vouloir lancer un véritable défi à l'astuce des meilleurs médecins. Présentement, la situation paraît être sous contrôle, un peu partout, et nous voyons de moins en moins de ces nourrissons à la tête, ou au siège, farçis de furoncles.

Cette accalmie ne doit pas cependant nous inciter à relâcher notre vigilance; il faut toujours redouter les virevoltes capricieuses de ce qu'on a appelé le « Génie épidémique ».

D'aucuns, cependant, semblent encore envisager la question comme une entité négligeable, affirmant volontiers qu'il s'agit là d'infections en somme superficielles, quelque peu ennuyeuses, mais sans gravité. C'est ainsi qu'à la sortie de l'hôpital, par exemple, en remettant un bébé à sa mère, on expliquera sommairement à celle-ci que son enfant présente bien, ici ou là, « quelques petits boutons », mais qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Et la mère s'en va, rassurée, berçant son petit, et se berçant elle-même dans l'euphorie d'un sentiment bien illusoire de sécurité. On ne tarde souvent pas à la voir revenir, parce que les innocents « petits boutons » ont pris une tournure maintes fois catastrophique: apparition d'une dermite exfoliative mortelle, par exemple, ou extension du processus de suppura-

tion vers le tissu osseux, ou vers les méninges.

Témoin aussi ce père de famille, qui vivait en contact avec son enfant atteint de pyodermite. Un beau matin, notre homme s'éveillait avec un furoncle dans le nez, dont il mourait en moins de 48 heures...

A la clinique BCG de Montréal, les infections staphylococciques de la peau se sont avérées, durant longtemps, si fréquentes, et si difficiles à contrôler, que nous en parlions comme de notre « bête noire ».

On sait que cette institution, disposant de cent lits, recueille, dès leur naissance, des bébés issus de parents tuberculeux. Les nourrissons font à la clinique un séjour durant en moyenne trois mois, ou un peu plus, dans quelques cas, après quoi, ils sont remis à leur milieu familial. A quelques exceptions près, tous les bébés admis au BCG ont vu le jour dans un hôpital.

Il va de soi, durant la période où la pyodermite sévissait, à l'état épidémique, dans les pouponnières de presque tous les hôpitaux de la ville, de la banlieue ou de l'extérieur, qu'un fort pourcentage de nouveau-nés étaient déjà contaminés au moment de leur admission au BCG. A l'instar de plusieurs autres institutions spécialisées dans le soin des nourrissons, nous avons dû faire face à la musique.

En dépit des plus rigoureuses précautions aseptiques et d'une impeccable technique (« boxing » judicieux autour de chaque lit, port de la blouse, des gants, du masque, isolement immédiat des nouveaux arrivants, stérilisation de tout le linge lavable, etc.) nous nous sommes trouvés en état d'alerte perpétuelle.

Intrigués par des échecs répétés, nous nous sommes finalement mis à la recherche d'un moyen à la fois efficace, commode et inoffen-

¹ Conseiller technique chez Merck Company Ltd., Montréal.

infections de la peau déjà existantes, car les lésions contiennent du pus et du sang, donc des protéines.

3 — Les détergents *non-ioniques*, soumis à l'électrolyse, ne s'ionisent pas. Leurs molécules, électriquement neutres, agissent comme un tout.

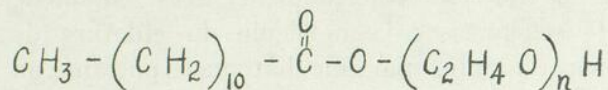


Fig. 3. — Mono-laurate du polyéthylène glycol, du type du Glycaïd: exemple de détergent non-ionique.

Les détergents non-ioniques n'ont aucune activité germicide ou désinfectante.

III — LES COMPOSÉS D'AMMONIUM QUATERNAIRE: DÉTERGENTS CATIONIQUES

De tous les détergents destructeurs des microorganismes, les plus puissants sont les cationiques. Ils sont actifs contre les organismes Gram positifs, aussi bien que les Gram négatifs, contrairement aux détergents anioniques qui visent surtout les Gram positifs.

Les détergents cationiques, inhibant le métabolisme des bactéries à des concentrations variant de 1:3 000 à 1:60 000, sont neutres, stables en solution, non irritants pour les plaies et relativement non toxiques pour les tissus. La forte activité de surface qu'ils exercent, facilite leur pénétration. Chimiquement, les détergents cationiques sont des sels d'ammonium quaternaire. Ce sont des bromures ou des chlorures d'ammonium dans lesquels les quatre atomes d'hydrogène ont été remplacés par différents radicaux organiques, de sorte que la molécule contienne une longue chaîne d'hydrocarbures dans l'ion actif, le cation.

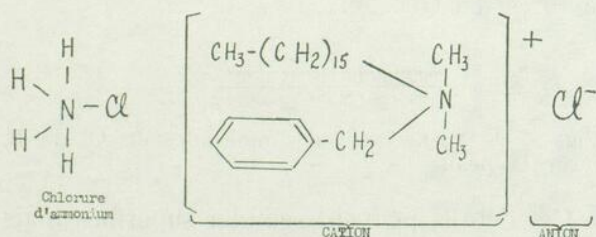
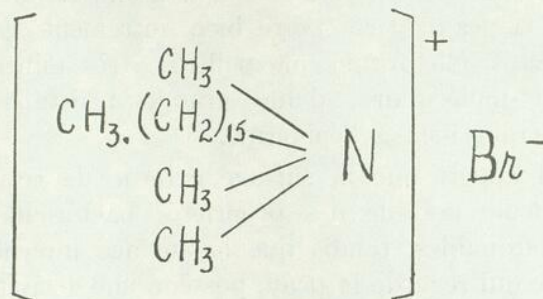


Fig. 4. — Les détergents cationiques sont des sels d'ammonium quaternaire. Exemple: le chlorure de benzalkonium.

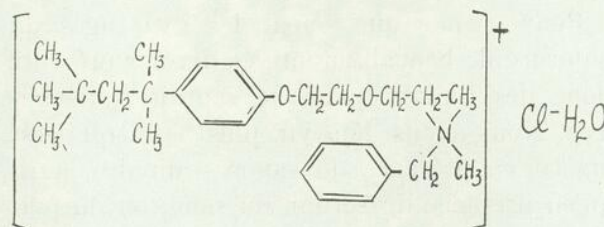
Parmi les cationiques les plus employés, sont:

a) le chlorure de benzalkonium U.S.P. (Zéphiran, Winthrop).

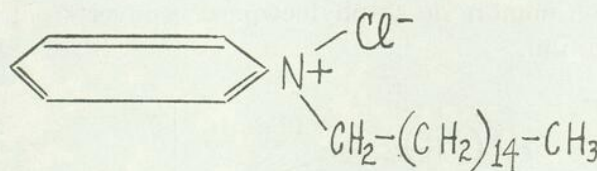
b) le bromure de cétrimide B.P. (Cétavlon, Ayerst):



c) le chlorure de benzethonium N.N.R. (Phémérol, Parke & Davis):

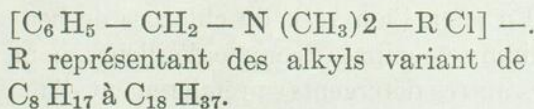


d) le chlorure de cétylpyridium N.N.R. (Ceepryn, Merrell):



IV — MODE D'ACTION SUR LA PEAU, DU CHLORURE DE BENZALKONIUM

Le produit qu'on désigne sous le nom de chlorure de benzalkonium est, en réalité, composé, comme on le rencontre dans le commerce, d'un mélange de plusieurs chlorures d'alkyl-diméthyl-benzyl ammonium, de formule générale.



Comme les autres détergents, il possède peu d'activité sporicide. *In vitro*, il tue le staphylocoque doré à 20°C. à la concentration de 1:20 000, et à 37°C. à la concentration de 1:70 000.

Cependant, il ne faudrait pas trop se laisser impressionner par cette activité *in vitro*. Une solution de chlorure de benzalkonium, étendue sur la peau, se comporte bien autrement. En séchant, elle forme une pellicule très mince, mono-moléculaire, d'une grande résistance, adhérant bien à l'épiderme.

Il appert que la surface externe de cette pellicule possède des propriétés bactéricides remarquables, tandis que la surface interne, celle qui regarde la peau, possède une activité antiseptique beaucoup moins marquée. Si bien, qu'un certain nombre de bactéries emprisonnées sous cette chlamyde d'ammonium quaternaire, peuvent demeurer viables.

Pour grands que soient les avantages du chlorure de benzalkonium, ce dernier présente donc des limites qu'on ne saurait sous-estimer. Nous avons déjà vu, plus haut, qu'il est inactif en présence du savon ordinaire, ainsi qu'en présence du sérum, du sang, ou du pus. Une autre particularité vient encore diminuer son prestige: quand il se solidifie en un film d'épaisseur microscopique à la surface de l'épiderme, il s'avère incapable de détruire un bon nombre de staphylocoques recouverts par ce film.

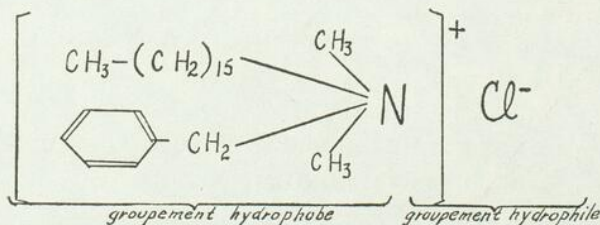


Fig. 5. — Situation des portions hydrophobe et hydrophile dans la molécule du chlorure de benzalkonium.

Ceci s'explique par la propriété que possède la molécule du détergent de s'orienter d'une façon bien déterminée à la périphérie de la peau. En effet, l'ion actif du chlorure de benzalkonium se compose (comme d'ailleurs, pour tous les autres détergents) premièrement d'une

longue chaîne d'hydrocarbures hydrophobe, et deuxièmement, d'un groupement atomique, plus petit, hydrophile.

Les groupements hydrophobe et hydrophile d'un détergent peuvent être comparés à deux pôles qui s'opposent, comme les charges contraires des extrémités d'une aiguille aimantée. Pour illustrer ce phénomène, il est commode de schématiser la molécule du chlorure de benzalkonium par un bâtonnet portant un renflement à l'un de ses bouts. Le bout renflé représente la portion hydrophile, tandis que l'autre indique le groupement hydrophobe.

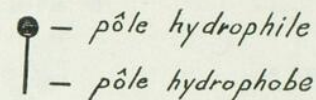


Fig. 6. — Schéma d'une molécule de détergent (v.g. le C. de B.), avec ses deux pôles hydrophobe et hydrophile.

A la surface d'une solution aqueuse de chlorure de benzalkonium, les molécules de ce dernier se disposent d'une façon toujours la même; l'extrémité hydrophile étant attirée vers l'eau, alors que l'autre extrémité, hydrophobe, s'oriente en sens opposé.

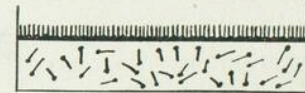


Fig. 7. — Agencement des molécules du C. de B. à la surface d'une solution aqueuse.

A la surface de la peau, le contraire se produit. Comme l'extrémité hydrophobe est attirée par les lipides de la peau, les molécules du détergent, pressées les unes contre les autres, se disposent avec ordre sur l'épiderme à la façon des soldats d'un escadron, bien debout sur leurs pieds, retenus dans cette position par la force d'attraction.

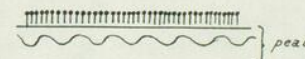


Fig. 8. — Agencement des molécules du C. de B. sur la peau.

Ces détails peuvent sembler superflus, mais si pour prévenir la pyodermites, on a décidé d'employer le chlorure de benzalkonium, il est

essentiel d'en bien connaître le comportement. Quand on sait que les molécules du détergent, à cause de leur polarité, s'orientent dans un sens plutôt que dans l'autre, on comprend, du même coup, pourquoi des staphylocoques de la peau peuvent rester viables, alors même qu'une couche de benzalkonium les recouvre. En cette occurrence, seules seront détruites efficacement les bactéries qui parviendront à entrer en contact avec le pôle hydrophile de l'agent antiseptique. L'action bactéricide des composés d'ammonium quaternaire devient très aléatoire, si les microorganismes qui contaminent la peau sont réduits à rester en présence de l'extrémité hydrophobe de la molécule du désinfectant.

A la lumière de ces faits, il n'y aura pas lieu de s'étonner de voir apparaître, parfois, des lésions de pyodermite chez un nourrisson qu'on lave, pourtant, depuis quelque temps, avec une solution de chlorure de benzalkonium. Cependant, la face externe de la pellicule que forme cette solution, en séchant, oppose une cuirasse tellement sûre contre les staphylocoques qui viennent s'y buter, qu'à la longue, le jeu en vaut la chandelle. En effet, au point de vue pratique, l'expérience nous a prouvé que le nourrisson ainsi protégé finit toujours par se débarrasser définitivement de sa pyodermite.

Le mécanisme de destruction des bactéries par les composés d'ammonium quaternaire a été étudié avec soin. Dans une première phase, le produit est absorbé sur la surface du microbe. Dans ces conditions, l'organisme, bien que vivant, ne peut se multiplier, même en milieu de culture. Ceci est une période de bactériostase que l'on obtient à de faibles concentrations de désinfectant. Pendant cette période, la paroi des cellules bactériennes est endommagée de telle sorte que l'acide glutamique et la lysine s'en échappent. (1). Le dégât causé à la membrane de la cellule bactérienne a été photographié au microscope électronique, (2). A moins que la couche absorbée ne soit lavée ou détruite, l'organisme meurt. Ainsi, dans les conditions ordinaires, la réaction est irréversible. (3)

V — TECHNIQUE DU BAIN AU CHLORURE DE BENZALKONIUM (Détergicide)

La solution utilisée pour le bain des bébés est préparée à partir du produit connu dans le commerce sous le nom de Détergicide (Brent Laboratories).

On peut se procurer le Détergicide sous forme d'une solution concentrée dont la composition est la suivante:

Chlorure de benzalkonium (U.S.A.)	... 43,7%
Agent détergent non-ionique 11,7%
Ingrédients inertes q. s.

Nous avons choisi ce produit à cause de sa haute teneur en chlorure de benzalkonium (détergent cationique), et aussi, parce que son action nettoyante se trouve renforcée par la présence d'un second agent détergent non-ionique, ce dernier n'exhibant aucune vertu désinfectante cependant.

Deux cuillerées à thé de la solution concentrée, ajoutées à un gallon (160 oz.) d'eau, (eau du robinet) donnent une solution à 1: 1000. Le Détergicide, à 1: 1000, appliqué sur la peau, ne cause habituellement aucune irritation. Cependant, il n'est pas nécessaire d'employer une telle concentration, puisqu'une solution 1: 5000, mise en présence du staphylocoque doré peut détruire, en une minute, 99,5% de ces organismes.

Après quelques essais préliminaires, il fut décidé d'employer une solution à 1: 1333 — (1½ c. à thé de Détergicide dans 1 gallon d'eau). Ainsi dilué, le Détergicide offre un pouvoir bactéricide considérable dans les limites énoncées plus haut. Pour le bain quotidien des bébés, cette solution à 1: 1333 mise à l'épreuve durant plusieurs mois, chez des centaines de sujets, s'est montrée aussi inoffensive, peut-être même moins irritante que le savon ordinaire.

Une fois préparée, la solution de Détergicide 1: 1333 a l'aspect d'une eau limpide. Si on y plonge les mains, on note qu'elle mousse très peu mais qu'elle nettoie fort bien. Chaque bébé est lavé à son lit, une fois par jour, et ce, dès sa naissance. La solution de Détergicide 1: 1333 ne sert qu'une fois pour le même bébé. Toute la superficie de la peau et du

cuir chevelu est recouverte de la solution avec une serviette douce, en exerçant une légère friction. Au niveau des muqueuses génitale et anale, on n'applique que de l'eau. Il faut également éviter l'action irritante de la préparation sur la conjonctive de l'œil. Une fois le bain terminé, la peau n'est pas asséchée; on remet à l'enfant ses vêtements, pas de poudre de talc, pas d'application d'huile d'aucune sorte.

On remarquera l'extrême simplicité de la méthode. Ce qu'il faut: un petit bassin contenant la solution de Détergicide, et une débarbouillette, un point, c'est tout.

En dehors de bain quotidien, la même solution sert à nettoyer le siège au moment de changer la couche, ou le visage, au besoin, par exemple après les boires ou les repas.

Dans les rares cas, où il survient des lésions de pyodermite, malgré le lavage au Détergicide, voici comment nous procédons: s'il s'agit de lésions superficielles, genre impetigo ou pemphigus, la pustule, ou la bulle, est ouverte sitôt formée, par une friction énergique à l'aide d'un tampon de coton hydrophile. On se débarrasse ainsi de la pellicule épidermique qui formait le toit de la vésicule, et il nous reste une exulcération suintante, de couleur jambonnée. Cette surface dénudée est badigeonnée plusieurs fois par jour, avec la teinture de merthiolate 1: 1000 (Lilly), en ayant soin d'étendre ce badigeonnage sur une bonne aire de l'épiderme entourant la lésion. Les croûtes qui peuvent se former par la suite, doivent être ramollies, et enlevées, avant de faire d'autres applications de merthiolate.

S'il s'agit d'infections plus profondes, (v.g. furoncles) pas de pansements humides, pas de cataplasmes, pas de pommades, quelque soit la valeur antibiotique de ces dernières, et gare surtout aux diachylons. Tout ceci, pansements, cataplasmes, pommades, diachylons, qu'il faut, à un moment, enlever, ne peuvent que macérer l'épiderme, et ainsi créer des portes d'entrée aux staphylocoques, toujours aux aguets.

D'ailleurs, une lésion de pyodermite a un commencement, un milieu et une fin, quoi

qu'on fasse. Ce qui importe, c'est qu'il ne s'en produise pas d'autres. La guérison, ça va, mais la prévention, voilà qui est autrement difficile.

Quand un furoncle s'ouvre et que du pus commence à s'en échapper, cette région hautement contaminée, est lavée, plus ou moins souvent, selon l'intensité de la suppuration, à l'aide de tampons d'ouate trempés dans la solution diluée de Détergicide. Si l'écoulement du pus est abondant, on doit empêcher la dissémination de ce matériel virulent, en le recueillant dans un pansement sec de gaze stérilisée, tenue en place par n'importe quel moyen, sauf avec des bandes de diachylon. Il importe de changer fréquemment ce pansement pour qu'il n'ait pas le temps d'attendrir l'épiderme sous-jacent. Après le nettoyage au Détergicide, la peau est asséchée sans friction, puis application de merthiolate, sur la lésion même, et sur une large étendue débordant la lésion.

L'adjonction d'une teinture désinfectante au chlorure de benzalkonium n'est pas superflue. On se rappelle que l'action antiseptique des composés d'ammonium quaternaire se trouve fortement diminuée, quand ces derniers entrent en contact avec les protéines de pus.

De tous les antiseptiques mercuriels, le merthiolate est celui qui semble offrir le plus de sécurité.

En effet, les organo-mercuriels, (tel que le merthiolate, le metaphen et le mercurochrome) agissent principalement en se combinant avec les groupements thiols ($R-SH$) de diverses protéines et enzymes. Les protéines de l'hôte, aussi bien que celles des parasites, sont affectées. La réaction avec les protéines de l'hôte, (protéines tissulaires, et protéines du sérum) rend les mercuriels beaucoup moins actifs contre les pathogènes. Rapkins, en 1931, et plus récemment Fildes (4) montrèrent que ces composés réagissent avec certains thiols, d'où résultent des substances inactives. Ce sont de lents bactériostatiques; et, les bactéries traitées par ces antiseptiques, mis en présence des thiols, récupèrent leur virulence. La présence de glutathion (acides aminés possédant fon-

tion thiol) dans tous les tissus est de première importance. Si un tissu pathogène, traité aux mercuriels, est injecté par voie parentérale, il peut revivre et redevenir infectieux. Le merthiolate, de tous ces composés, semble le moins affecté par le sérum, ne perdant que 20% de son activité, *in vitro*; vraisemblablement à cause de son groupement thio. (5)

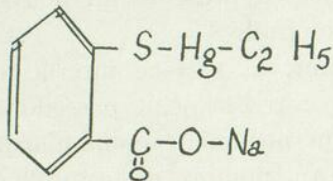


Fig. 9. — Formule du merthiolate.

Le merthiolate est bactériostatique pour les bactéries non-sporulées, fungistatique, et relativement non irritant; son action est prolongée.

VI — RÉSULTATS CLINIQUES

Le lavage quotidien de la peau avec une solution diluée de chlorure de benzalkonium, nous a permis d'éliminer, peu à peu, et presque complètement, la pyodermite chez les nourrissons de la clinique B.C.G.

En jetant un coup d'œil sur le graphique reproduit ci-dessous, on y voit que la courbe indiquant la fréquence des infections cutanées a subi une chute importante après la généralisation du bain au Détergicide, vers le milieu de septembre 1952.

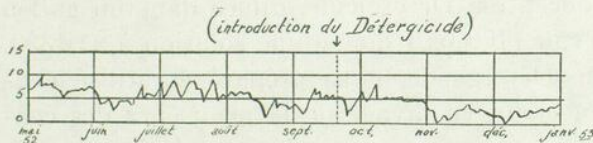


Fig. 10. — Graphique condensé indiquant la fréquence de la pyodermite de mai 1952 à janv. 1953.

En ordonnée: nombre de cas. — En abscisse: les jours.

On notera toutefois que cette diminution de la pyodermite s'est accomplie lentement; ce n'est qu'à partir du début de novembre 1952, que la courbe s'aplatit définitivement pour demeurer telle par la suite, tout le mois de novembre et décembre.

Ce graphique, cependant, ne donne pas un compte exact de la situation. Il renseigne exclusivement sur la quantité, sur le nombre de cas, mais ne fournit aucune idée sur le caractère plus ou moins sérieux des lésions.

La pyodermite, avant l'adoption du Détergicide, se manifestait surtout par une furonculose luxuriante, profonde et des plus dévastatrices, alors qu'après, les rares infections cutanées qui parvenaient quand même à éclore, se traduisaient par des lésions bénignes, superficielles et peu nombreuses. Par exemple, tel jour de janvier, un bébé présentant une seule pustulette, disons dans l'aîne, lui permettait de figurer dans le graphique comme un cas de pyodermite.

L'efficacité indubitable du bain au chlorure de benzalkonium pour prévenir la pyodermite chez les nourrissons, ne doit pas cependant nous inciter à négliger d'autres facteurs de prophylaxie aussi importants les uns que les autres. Ainsi, l'application d'une technique d'asepsie, aussi rigoureuse que possible, restera toujours la clé maîtresse pour éviter, dans une pouponnière, la dissémination des infections staphylococciques de la peau.

Un autre point sur lequel nous avons toujours beaucoup insisté, c'est d'empêcher, à tout prix, que l'enfant n'ait trop chaud. La transpiration, comme les pansements humides, joue un rôle des plus nocifs en favorisant l'implantation des staphylocoques dans la profondeur de l'épiderme. Rien ne sert de laver un nourrisson au Détergicide, si on le fait coucher dans une bassinet qui a toutes les propriétés d'une étuve.

VII — CHLORURE DE BENZALKONIUM VS PHISOHEX

Nos investigations cliniques sur l'emploi du benzalkonium, pour le bain des nourrissons, étaient en cours depuis quelques semaines, quand nous avons entendu parler des résultats obtenus par Farquharson et al., qui, simultanément, poursuivaient, dans le même sens, des recherches avec les pHisoHex, de Winthrop (6).

Le pHisoHex est une émulsion contenant un détergent anionique — le pHisoderm. (le p-octyl-phénoxy-éthony-éthyl sulfonate de sodium), et 3% d'hexachlorophène, N.N.R.

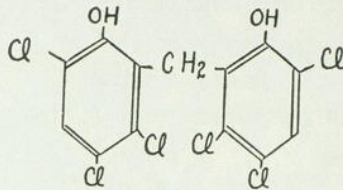


Fig. 11. — Formule de l'hexachlorophène.

Le tableau suivant indique la fréquence des infections cutanées avant et après l'introduction de pHisoHex dans les pouponnières du Toronto East General and Orthopaedic Hospital:

	Nombre d'admissions	Cas de pyo.	% de pyo.
du 1er fév. 1950, au 14 juillet 1950	1 178	77	6,54
du 15 juillet 1950 au 31 décembre 1951	4 293	27	0,63

Il faut noter que le pHisoHex doit surtout ses propriétés antiseptiques à l'hexachlorophène qu'il contient, alors que le détergent anionique qui s'y trouve semble jouer un rôle bien secondaire. (7) La grande efficacité de pHisoHex est indéniable dans la prévention de la pyodermites. Cependant, comparée à l'élégance et à la simplicité du bain au Détergicide, la technique de l'antiseptie de la peau à l'aide d'une émulsion telle que le pHisoHex apparaît plus encombrante et plus laborieuse. En outre, le pHisoHex, comme il nous a été donné de le constater, a provoqué parfois chez le nouveau-né, une dermatite de contact quelques jours seulement après le début de son application.

Cependant, le Détergicide, convenablement dilué, n'a jamais donné lieu à aucun incident cutané désagréable, chez des centaines de nourrissons, qu'on avait pourtant lavés, à tous les jours, avec cette préparation, et ce, durant presque un an.

VIII — RÉSUMÉ ET CONCLUSION

A l'aide des différents antibiotiques actuellement à notre disposition, il est relativement

facile de guérir des lésions de pyodermites déjà existantes. Le point crucial du problème, cependant, n'est pas là; il consiste essentiellement à éviter les récidives.

Une solution diluée de chlorure de benzalkonium, appliquée en couche mince sur la peau, forme, en séchant, un film très résistant d'une épaisseur mono-moléculaire, et dont la surface externe présente un pouvoir bactéricide considérable.

Cependant, la surface interne de ce film, celle qui regarde la peau, possède une activité antiseptique beaucoup moins marquée, si bien qu'un certain nombre de staphylocoques emprisonnés sous cette couche de chlorure de benzalkonium peuvent rester viables.

Dans une institution où la pyodermites sévissait à l'état épidémique depuis plusieurs mois, parmi une centaine de bébés, dont l'âge variait de 0 à 3 ou 4 mois, il fut décidé de remplacer le bain ordinaire (à l'eau et au savon), par un lavage quotidien de toute la superficie cutanée, et du cuir chevelu, avec une solution diluée de chlorure de benzalkonium.

La solution employée pour le bain des bébés fut préparée à partir du produit connu sous le nom de Détergicide (Brent Laboratories).

La solution concentrée Détergicide, telle qu'on la trouve dans le commerce, contient 43.7% de chlorure de benzalkonium, et 11.7% d'un détergent non ionique.

Une cuillerée et demie de cette solution concentrée Détergicide, diluée dans un gallon d'eau (160 oz.) donne une solution à 1:1333. Le Détergicide, ainsi préparé et utilisé chaque jour, en lavage de la peau chez des centaines de nourrissons, durant plusieurs mois, n'a jamais donné lieu à aucun incident cutané désagréable.

Le bain quotidien au Détergicide nous a permis d'éliminer, peu à peu, la pyodermites chez les nouveau-nés et les nourrissons de l'institution dont nous avons parlé tantôt.

L'efficacité indubitable du Détergicide pour prévenir les infections staphylococciques de la peau ne doit pas cependant nous inciter à négliger d'autres facteurs de prophylaxie aussi

importants les uns que les autres, comme, par exemple, l'application d'une technique adéquate, la désinfection de tout le linge lavable, ou le fait d'empêcher la macération de l'épiderme par la transpiration.

Le bain au chlorure de benzalkonium, qu'on nous permette d'insister encore une fois sur ce point, ne doit pas être considéré comme un moyen de guérir la pyodermite, mais doit plutôt être regardé comme un moyen d'empêcher les récurrences chez les sujets (enfants ou adultes) qui en ont déjà fait, et comme un facteur capable de protéger les individus en contact. Chez ces derniers, le bain doit être continué quotidiennement aussi longtemps que le danger de contamination persiste. Les malades présentant déjà des lésions doivent être lavés, tous les jours, avec la solution de C. de B., durant plusieurs mois, (au moins 6 mois) après la disparition de la dernière pustule.

Compris dans ce sens, le bain de Détergicide peut être d'un très grand secours pour mettre fin à une épidémie de pyodermite sus-

ceptible d'éclater à n'importe quel moment, partout où se trouvent des nouveau-nés, des nourrissons, ou des enfants plus âgés, groupés sous le même toit.

Il serait également souhaitable d'adopter, dans un but de prévention, ce mode d'antisepsie de la peau, dans toutes les institutions hébergeant des nourrissons, alors même que la pyodermite y est complètement absente. La solution diluée de Détergicide nettoie très bien, n'est pas irritante, ne coûte pas beaucoup plus cher que le savon et offre tellement de sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) GALE et TAYLOR: *J. Gen. Microbiol.*, **1**: 77, 1947.
- (2) MITCHEL et CROW: *ibid*, **1**: 85, 1947.
- (3) BERRY: *J. Pharm. Pharmacol.*, **3**: 696, 1951.
- (4) FILDES: *Brit. J. Exptl. Path.*, **21**: 67, 1940.
- (5) BREWER: *Am. J. Pub. Health*, **33**: 261, 1943.
- (6) FARQUHARSON, PENNY, EDWARDS et BARR: *J. Can. Med. Ass.*, **67**: 247, 1952.
- (7) Council on Pharmacy and Chemistry: *J. A. M. A.*, **145**: 563, 1951.

RECUEIL DE FAITS

LA TUBERCULOSE FLORIDE MÉCONNUE

Albert LeSAGE,
de Montréal.

J'ai eu l'occasion d'observer, à distance, un autre cas de tuberculose floride méconnue, chez une jeune personne, décédée aujourd'hui, et auquel je joins trois autres cas semblables observés autrefois. J'ai pensé que cela pourrait être utile, car les signes précoces ou tardifs se présentent tous de la même manière.

Il s'agit de faiblesse, attribuée à un *surmenage* quelconque, qu'on traite par le repos et les toniques. Mais l'état général ne s'améliore guère.

Les menstruations sont irrégulières et moins abondantes.

La tension artérielle, basse dans ces cas, est d'un mauvais augure si elle persiste. Les caprices de l'appétit, s'ils se prolongent, s'accompagnent d'une perte de poids inquiétante.

Les indigestions répétées, sans motifs sérieux, s'ajoutent aux signes précédents.

L'hypochromie apparaît; la contagion est fréquente et toujours ancienne. Si on poursuit son enquête, tous ces symptômes réunis constituent un diagnostic qui se précise. Bientôt, apparaissent la fièvre, après un exercice et une marche prolongés; puis, une *petite toux* sèche et tenace; bientôt elle devient séreuse et purulente.

La radiographie, à cette date, décèle des voiles à l'un des sommets.

Bref, la lésion existe (voir radio...). On cherche, on s'agite, le mal empire, il est trop tard.

Je voudrais, si on lit ce communiqué, qu'on y pense plus tôt et plus souvent, car c'est le praticien qui doit, le premier, s'en occuper, avec ou sans le concours d'un autre. Mais, en ce siècle de spécialités à outrance!... le drame poursuit son œuvre et la fin arrive

malgré tout et malgré tous!... Mais n'insistons pas. Tel est l'esprit de notre temps!...

Nous avons cru que la publication de pareils documents pourrait suggérer certaines initiatives dans l'intérêt commun.

Voici donc des faits dépourvus de toute autre considération qui démontre le bien fondé de ce que je viens de dire...

Observation 1.

I — Le 16 novembre, une jeune fille de 24 ans venait me consulter au sujet de troubles dyspeptiques et de malaises généraux dont on ne pouvait pas préciser la cause, mais qui remontaient à une typhoïde ayant évolué durant le cours du mois d'août précédent.

Aspect. — Grande, élégante, vive, elle produit une première impression favorable: cheveux noirs et abondants, haute en couleur, yeux bruns et brillants, dents saines, lèvres roses et sans fard. Elle jouit d'une bonne santé, si l'apparence seule compte.

Elle ajoute quelques détails intéressants.

— J'ai maigri, dit-elle, depuis quelques semaines; chaque soir ma température atteint 99, même 100.

— Souvent, à la fin de la journée, je me sens lasse; j'essaie de faire un effort, mais bientôt mon courage s'éteint.

— J'ai habité aux Etats-Unis où j'enseignais.

— En août, j'ai fait une typhoïde, « anormale », dit-on: température peu élevée, pouls rapide, pas de diarrhée, pas de délire, quelque chose qui ressemblait à une fièvre interminable. C'est depuis cette époque que mon énergie s'effrite malgré moi. Je voudrais lutter, je ne puis.

— Je voudrais un bon tonique.

— Je ne tousse pas, mais le pouls s'agite au moindre effort et ma respiration s'accélère. Tout se calme par le repos.

— Mon appétit a disparu, mon intestin est paresseux, mes menstruations sont moins abondantes et moins prolongées. Je n'ai jamais toussé ni craché.

— Dans votre entourage, mademoiselle, repris-je, pas de compagne ni d'amie souffrant d'une maladie quelconque?

— Si! docteur, j'ai fréquenté durant quelques mois une jeune fille anémique qui a disparu dans une maison de santé, sanatorium ou autre: *tuberculose probable*, m'a-t-on dit, depuis.

— Viviez-vous dans l'intimité?

— Comme deux amies, docteur; chambre à part, mais contacts fréquents, conversations prolongées, même emploi.

— Elle toussait?

— Peu.

Examen. — Amaigrissement. Le tissu cellulo-adipeux a fondu, les muscles sont plutôt grêles. Les membres sont effilés.

Le thorax est légèrement aplati. La course respiratoire est diminuée.

La saillie des clavicules n'est pas très prononcée.

Poumon droit, en avant: submatité au sommet; très légère augmentation des vibrations.

À l'auscultation: inspiration rude et saccadée; expiration prolongée; transsonance de la voix.

En arrière, même côté, submatité dans la fosse sus-épineuse, quelques frottements à l'inspiration; on les entend, aussi, plus bas.

Dans toute la hauteur de ce poumon, le murmure vésiculaire et la sonorité sont disparus. Respiration rude, en saccades.

On y entend des frottements jusqu'à la base.

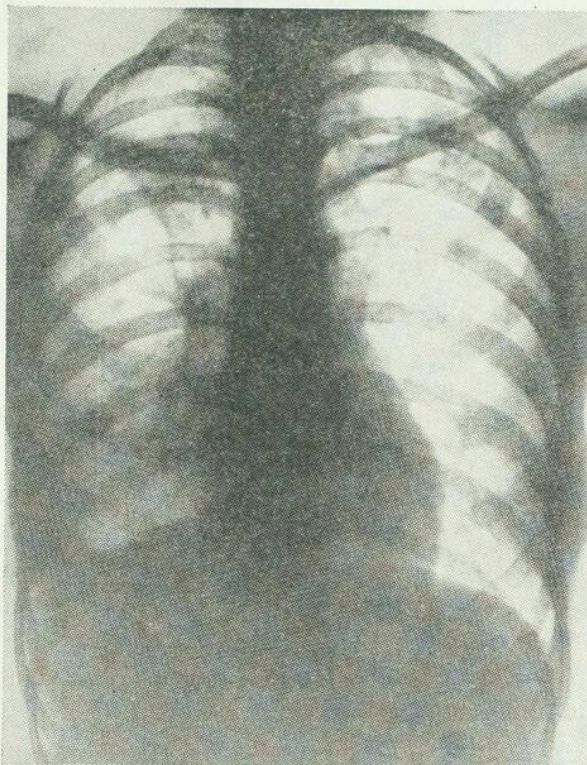
Le signe du trapèze est positif. La zone d'alarme, de Sergent, est à peine ébauchée.

Température, 100°; Pouls, 100.

Poumon gauche: peu de signes, à part une respiration rude, saccadée et affaiblie.

En présence de ces signes le diagnostic de *corticopleurite* s'imposait. Nous demandons une radiographie. Voici la plaque. « Nuages nombreux dans toute la hauteur du poumon droit, surtout dans la moitié inférieure. Le sommet gauche et le premier espace intercostal gauche révèlent des nuages denses. La partie inférieure est claire. »

Commentaires. Cet exemple démontre que la tuberculose peut évoluer surnoisement en empruntant le masque d'une bonne santé; que



OBS. I — Malade vue de face — Poumon droit nuageux et sombre — Poumon gauche nuageux au sommet et vers le 1er espace (sissurite). — Asynergie très prononcée des diaphragmes.

la contagion, si discrète soit-elle, existe toujours à l'origine; qu'elle emprunte quelquefois le syndrome de la typhoïde, comme ici.

Ne croyez-vous pas que cette jeune fille a fait une *typho-bacillose* plutôt qu'une typhoïde — qu'il est possible de dépister cette affection grave si l'on prend la peine d'examiner systématiquement tous les malades qui nous consultent; que la radiographie peut, dans la plupart des cas, nous rendre de grands services *pourvu que la clinique lui trace la voie; que tout médecin doit être en mesure, aujourd'hui, de faire un diagnostic précoce de tuberculose pulmonaire, sans attendre l'avis, utile mais souvent tardif, d'un pseudo-spécialiste en la matière?*

Les troubles dyspeptiques chez les sujets jeunes, les fièvres dites « de croissance » chez

les adolescents, les états anémiques, la pâleur, l'amaigrissement, l'inaptitude au travail intellectuel, l'insomnie, l'agitation, le rêve, la classique et trompeuse neurasthénie, les interminables « *fièvres lentes* » à rechutes, qui s'effilochent; les petites toux en écho durant la nuit; toutes ces symphonies de symptômes qui se soudent, si on en suit la trame, doivent éveiller l'attention du médecin averti.

Mais...

Observation 2.

Jeune fille de 22 ans, institutrice, amie de la précédente, souffre de troubles dyspeptiques depuis un an.

Typhoïde dans le bas âge, aucune autre maladie.

Elle apprend que son amie a consulté un médecin; que ses poumons sont malades et qu'elle fait une cure de repos et d'aération. La crainte s'empare d'elle, elle entre dans mon cabinet.

Aspect: Grande, fortement constituée, bonne mine.

Cependant, elle est pâle, ses lèvres sont presque décolorées. Son œil est humide. Son attitude révèle l'anxiété. Elle mange peu, digère mal.

Elle souffre de dysménorrhée et de ménorrhagies.

Toux matutinale, surexcitation, émotivité.

La classe la fatigue beaucoup.

J'ai dans ma classe 58 petits garçons, dit-elle, je parle toute la journée. C'est très fatigant.

Examen: Poumon droit: tonalité plus élevée dans la fosse sousclaviculaire: respiration affaiblie, inspiration saccadée, presque rude, expiration prolongée.

En arrière, même côté, affaiblissement marqué de la respiration, expiration prolongée. Aucun râle, ni frottement.

La zone douloureuse est muette.

Poumon gauche: Inspiration saccadée, expiration prolongée.

Le médiastin droit est nettement moins sonore et plus faible que le gauche.

Légère tachycardie: 100 au repos; 120 après une marche.

Température 99° à 3 heures p.m. dans mon cabinet. Réflexes rotuliens et autres exagérés.

Abdomen: nil.

La radiographie est plus estompée que l'autre. Le mérite du diagnostic, ici, revient à la clinique.

« La partie externe du poumon droit est voilée. Le médiastin postérieur droit n'est pas suffisamment clair. »

— La pâleur, la fatigabilité, l'inappétence, l'émotivité, les troubles respiratoires et cardiaques, la température nous justifient de penser à une bacillose en train de germer et sur le point d'évoluer plus largement.

Quitter l'enseignement, aller faire une cure de repos dans un endroit approprié, voilà une première solution.

Observation 3.

Celle-ci est encore plus significative.

— Jeune fille de 29 ans. Employée depuis deux ans à la compagnie de téléphone.

Elle est admise d'urgence à l'hôpital, au mois d'octobre, pour des douleurs aiguës dans l'hypocondre gauche et l'abdomen. Les nausées, les vomissements, alimentaires puis bilieux, se succèdent sans répit et empêchent toute alimentation. Les liquides sont rejetés aussitôt absorbés.

A l'examen sommaire, fait le premier jour, nous confirmons le diagnostic de gastrite aiguë.

Le traitement approprié fait disparaître les troubles.

Mais la fièvre persiste!...

Nous complétons notre examen.

Radiographie: Sommet gris, pommelé, dense. Epais ruban de sclérose interlobaire délimitant nettement le lobe supérieur des deux autres.

Médiastin sombre à la radioscopie et gris à la radiographie.

Signes de péribronchite.

L'amplitude respiratoire est très diminuée. Comparez la hauteur des diaphragmes, le droit s'abaissant beaucoup moins que le gauche.

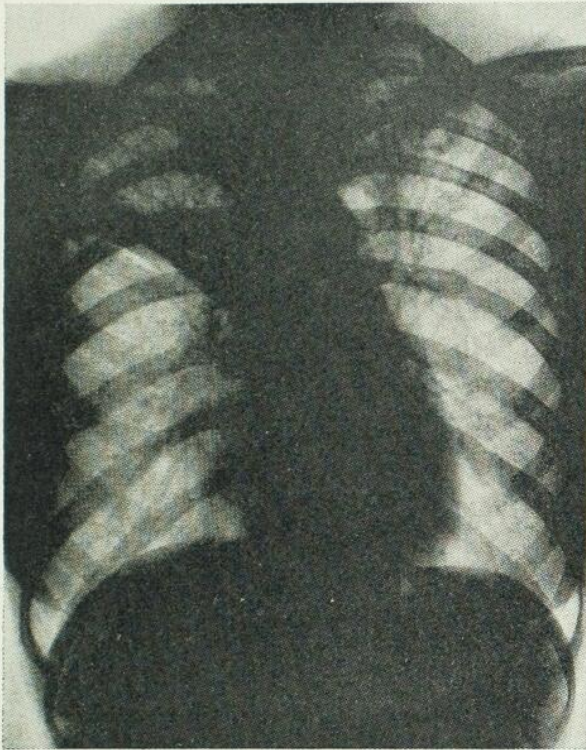
Lobite supérieure droite.

Poumon gauche: Signes plus estompés mais équivalents.

Toux, expectoration, présence de nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

Bronchites fréquentes depuis cinq ans, typhoïde et rougeole dans le passé.

Voici une jeune fille tuberculeuse, *méconnue!* qui travaille dans un bureau public. Elle tousse et crache. Durant quelques heures, chaque jour, elle passe son récepteur à sa compagne!...



OBS. III — Vue de face — Lobectomie supérieure droite, sissurite. Asynergie des diahragmes. (Voir détails dans le texte.)

Et que d'autres!...

Elle y serait probablement encore n'eût été sa gastrite aiguë.

Nous l'aurions méconnue, nous-même, si, hypnotisé par l'estomac, nous avions négligé

de pratiquer l'examen méthodique de tous les autres organes.

Ce qui importe, dans ces cas, c'est le diagnostic précoce.

Nous y parviendrons en pratiquant l'examen méthodique de chaque malade, quel que soit son aspect extérieur.

Combien d'enfants sont contaminés par leurs professeurs, qui l'ignorent durant de longues années, mais qui en souffrent à des titres divers en attendant que le mal éclate au grand jour.

— Trop tard!...

Combien de professeurs, hommes ou femmes, succombent à la tâche en semant la maladie et la mort, qui auraient pu guérir et vivre?

— Mais que faire pour ces malades sinon les dépister et les isoler si possible!

Nous avons des dispensaires qui dépistent la tuberculose, mais nous renvoyons souvent ces tuberculeux dans leurs familles où ils poursuivent leur œuvre de dissémination et de mort.

Nous avons des congrès, nous discutons, nous passons des résolutions... mais nos tuberculeux meurent malgré le taux très abaissé, de la mortalité? Voici quelques points d'interrogation?

— On les pose malgré la lutte entreprise et menée avec clairvoyance.

— *Ne parlons pas du traitement mais plutôt du diagnostic précoce et de l'isolement...*

ASSOCIATION NOSOLOGIQUE PLUTÔT RARE

Guy MARCOUX (Québec).

Dans les ouvrages que j'ai parcourus, dans les articles que j'ai lus, je n'ai jamais rencontré la description clinique que je veux rapporter ici.

Observation

Il s'agit d'un patient masculin de race blanche, A. L..., âgé de 45 ans, qui se présente au cabinet de consultation, le 28 janvier 1953. Petit, de courte taille, l'œil triste sous ses verres de prothèse, notre homme se plaint d'épuisement extrême et de faiblesse musculaire marquée, dont il se dit accablé depuis 5 à 6 mois. En même temps qu'il voyait son appétit diminuer, il nota du tremblement de ses mains. Favorisé d'une bonne constitution malgré sa frêle corpulence, il fut épargné de toute maladie importante et il ne visita l'hôpital qu'une fois, en 1941, pour appendicectomie et herniotomie droite. Il me raconta que deux de ses sœurs sont mortes de méningite dans le jeune âge, et qu'une autre est morte diabétique, après un séjour de 6 mois dans une clinique psychiatrique. Dans son passé vénérien, une seule tache au tableau: gonorrhée vers l'âge de 16 ou 17 ans, mais un traitement approprié a empêché toute séquelle.

La larme à l'œil et d'une voix assez ferme, il me dit être très nerveux, jongleur, rempli de problèmes; cela le fatigue considérablement et l'empêche souvent de dormir. Il me mentionne que, à 3 ou 4 reprises, il était réveillé, la nuit, par des « crises d'oppression » respiratoire, mais que cela se calmait lorsque son médecin lui donnait une injection. Il boit beaucoup, environ 25 grands verres de liquide par 24 heures, présente de la polyurie, pollakiurie et mictions impérieuses. Peintre de métier depuis quinze ans, notre patient a abandonné le travail à cause de sa faiblesse et, pour gagner la vie de ce foyer sans enfant, l'épouse doit travailler tous les jours.

A l'examen, je note des pupilles en myosis, réagissant très faiblement à la lumière. La bouche est sèche, la langue épaisse et quelques dents sont cariées. La gorge, le cœur et les poumons n'offrent rien de particulier. Le pouls est à 80 et la tension artérielle de 125/90. L'abdomen ne montre aucun signe pathologique important.

La force musculaire des deux mains est fortement réduite; le membre supérieur gauche présente un tremblement statique évident ainsi que le phénomène de la « roue dentée ». Les réflexes ostéo-tendineux semblent normaux sauf les deux rotuliens qui sont très vifs mais symétriques. Pas de clonus, ni d'Hoffman, ni de Babinski.

Un examen sommaire révèle que l'hémoglobine est aux environs de 80%. L'analyse des urines me permet de faire les constatations suivantes:

Urines acides. Densité: 1 030.

Albumine: absence.

Sang: absence (« Hematest »).

Sucre: +++++ (« Galatest »).

Acétone: +++++ (« Acetone Test »).

A la suite de ces constatations, je fais un diagnostic probable de diabète sucré et, pour raisons économiques, je réfère le patient à un dispensaire pour une glycémie et pour un B. W. de routine. Comme traitement « d'attente », je lui prescris un régime hypoglycémique, un tonique à base de glycérophosphates et un autre à base d'acides aminés et de vitamines (sans glucose, bien entendu); sans oublier le phénobarbital pour calmer sa très forte tension nerveuse.

N'ayant reçu aucun rapport des analyses faites à l'hôpital, je m'informe et j'apprends que le patient ne s'est jamais présenté, sous prétexte que « cela allait « bien bien ».

Mais voilà qu'à 4.30 heures du matin, le 22 février, je suis appelé d'urgence au chevet de notre homme; on me dit qu'il est incons-

Mois	Jours	Glucides	Protides	Lipides	Calories	Insuline	Glycosurie	Glycémie	Acidose	Légal	Gerhardt	Liquides ingérés	Liquides éliminés	Poids
Fév	22					75		0.82						
	23	125	70	50	1330		1.59	1.80	1.69	+	+	360	450	
	24	125	70	50	1330		48.00	2.38	3.03	++	+	600		103
	25	125	70	50	1330		48.00	2.00	1.36	+	-	1550	800	
	26	125	70	50	1330			2.10				1000	1000	101
	27	85	48	42	910		39.98	1.80		++	+	360	550	100
	28	125	70	50	1330		48.00	1.82	4.36	+	++	1010	1500	99
Mars	1	188	80	62	1630	50u						1030	1000	99
	2	200	90	70	1790	50u	1.26	0.80	1.56	+	+	950	950	101
	3	200	90	70	1790	50u						1030	500	101
	4	188	89	70	1738	40u	34.27	0.94	0.63	-	-	1000	650	100½
	5	122	60	52	1186	15u	2.90	1.08	0.69	-	-	1250	900	99½
	6	200	90	70	1790	40u						1550		100
	7	200	90	70	1790	40u		0.75				1050	350	100
	8	200	84	66	1730	40u	30.00		0.49	-	-	1400	1600	102
	9	200	90	70	1790	40u	2.00	0.90	0.89	-	-	1775	1800	100½
	10	200	90	70	1790	40u						1350	700	100
	11	200	90	70	1790	50u	10.41	0.70	1.13	-	-	1150	550	101
	12	191	79	67	1683	50u						1400	1000	101
	13	200	90	70	1790	40u	2.94	0.84	1.03	-	-	1600	1650	104
	14	200	90	70	1790	40u	6.72		0.69	-	-	1750	2000	101
	15	200	90	70	1790	0						2100	1650	100½
	16	200	90	70	1790	40u		1.12				1150	1050	100½
	17	200	90	70	1790	40u						1450	2200	101
	18					40u	0.86	0.78	0.66	-	-			102½

cient depuis vingt minutes. A mon arrivée, je trouve que le patient semble véritablement inconscient. La respiration est du type Kussmaul, avec périodes d'apnée allant jusqu'à 60 secondes. Lors de chaque inspiration, le patient sursaute dans son lit, pousse un grand cri et dit: « Eh! que je suis malade! » La température rectale est de 99,2 degrés F., le pouls est à 82 et la tension artérielle de 140/85. Les globes oculaires sont mous, la peau et les muqueuses sont déshydratées. Mais les périodes d'agitation sont extraordinaires et ressemblent étrangement à des crises de choc hypoglycémique. Je réussis à faire une prise d'urines, et l'examen révèle une très grande quantité de glucose et d'acétone (++++). Je me décide donc à donner d'emblée 50 unités d'Insuline Toronto ordinaire par voie sous-cutanée. Au bout de quelque temps, le patient reprend conscience et réussit à s'habiller et à se rendre à ma voiture pour prendre le chemin de l'hôpital. A son arrivée à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, le patient redevient comateux et, après administration de 25 unités d'Insuline, il recouvre conscience. Aux questions qui lui sont posées, il répond de façon euphorique. La glycémie est de 0,82 Gm. par mille ce qui, bien entendu, n'est pas sans poser tout un problème diagnostique. Une glycémie de contrôle donne 0,70 Gm.

Sous les soins du docteur Maurice Turcotte, le patient fut un véritable casse-tête; le diabète fut très difficilement contrôlable. Mais la lumière ne se fit vraiment que le jour où le Kahn fut connu: positif à la dilution de 1:256. L'examen microscopique et chimique du liquide céphalo-rachidien ainsi que le Wassermann ++++ à la dilution de 1:32 ne laissa plus aucun doute sur la spécificité de notre patient, d'autant plus que la réaction

de l'or colloïdal donnait une courbe de type P. G.

Le traitement antiluétique fut institué par le docteur Maurice Beaudry et consista en injections de salicylate de bismuth et de pénicilline huileuse.

Le tableau ci-joint fait voir l'évolution capricieuse du diabète.

Après plus de trois semaines d'hospitalisation, le patient est référé à la Clinique psychiatrique Roy-Rousseau à cause de son état dépressif et de ses moments d'excitation. A sa sortie de la Clinique Roy-Rousseau, le 2 mai 1953, son état fut qualifié de « stationnaire » après administration de 10 000 000 d'unités de pénicilline, 12 injections de Stovarsol et 4 de Néo-Luatol.

* * *

Nous avons cru intéressant de rapporter cette observation où, une fois de plus, est démontré l'importance d'un examen complet, tant du point de vue de la clinique pure que du point de vue des examens de laboratoire. Quant à la question de l'association de diabète et de syphilis, les discussions pourraient se prolonger à l'infini et il reste toujours à savoir si le diabète serait bel et bien dû à la syphilis du pancréas, surtout dans les portions des îlots de Langherans. D'après l'évolution de notre malade, il semble permis d'en douter.

Mais ce qui semble encore plus rare c'est la coïncidence d'un coma diabétique chez un sujet atteint de paralysie générale.

Nous voulons remercier M. le professeur Henri Laliberté, chef du service de Médecine de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, de nous avoir accordé la permission de rapporter cette observation.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

TECHNIQUE D'OSTÉOTOMIE VERTÉBRALE DE REDRESSEMENT¹ SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE

Maurice FORTIER et Henri HÉBERT,

Service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville (Montréal)

Le but de cette communication est de montrer le résultat d'un cas d'ostéotomie vertébrale, obtenu grâce à une technique opératoire introduite par Smith Petersen en 1945 et mise à point récemment par J. Crawford Adams, et grâce à des soins postopératoires particuliers pour prévenir des complications graves.

Le patient que nous présentons, jeune homme de 26 ans, admis à l'hôpital à la fin d'avril 1952, souffrait de Spondylose Rhizomélique et consultait pour correction d'une déformation marquée de son rachis en cyphose, installée graduellement durant les cinq dernières années. Depuis deux ans environ les douleurs avaient presque cessé, mais la déformation le rendait très infirme et voué à une vie misérable, sans espoir d'obtenir un emploi.

EXAMEN PHYSIQUE À L'ADMISSION

Le tronc était déformé en flexion extrême, fixe (fig. 1). Les mouvements de la colonne cervicale étaient tous limités des deux tiers

de leur course normale. Les segments thoracique et lombaire étaient fixés en forme d'arc de cercle à rayon d'environ trois pieds. Les hanches étaient légèrement fléchies sur le bassin, leur extension complète limitée de 15 à 20 degrés, leur flexion à 90 degrés et les autres mouvements nuls. L'abdomen était fortement retracté, avec gros plis cutanés profonds transversaux. Les radiographies (fig. 2) montraient une calcification des ligaments vertébraux et une ankylose des articulations apophysaires de toute la colonne dorso-lombo-sacrée et des articulations sacro-iliaques.

En face du problème du traitement, dont le seul à envisager était le redressement chirurgical, nous étions peu enthousiasmés des techniques connues et employées à date. Au nombre de deux, nous les considérions comme



Fig. 1-a. — Attitude debout, avant opération. Fig. 1-b. — Attitude assis, avant opération.

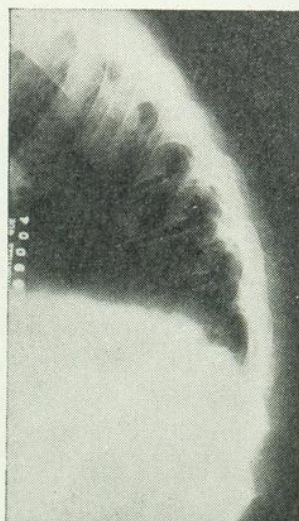


Fig. 2-a. — Profil du segment vertébral dorsal, avant opération. Fig. 2-b. — Segment lombaire, avant opération.

1. Travail présenté à une séance de la Société Provinciale d'Orthopédie et de Traumatologie, à l'hôpital du Sacré-Cœur, le 20 décembre 1952.

pleines de risques et dangereuses. La première, la position ventrale sur une table d'opération fermée en flexion, comporte l'inconvénient de mauvaises conditions respiratoires pour le patient, et le danger de fracture cervicale quand la table est redressée pour corriger la déviation. La seconde, la position latérale, la correction en hyperextension étant faite ma-



Fig. 2-c. — Segment lombo-sacré. Soudure des sacro-iliaques.

nuellement, est dangereuse à cause de la difficulté du contrôle des manipulations et du danger de contamination de la plaie qui sert de point de pression pour la correction.

Dans l'intervalle, alors que nous étions préoccupés par ce problème de technique opératoire, nous avons eu la bonne fortune de trouver dans le numéro de mai 1952 du *Journal of Bone and Joint Surgery*, volume anglais, un travail du docteur J. Crawford Adams, de London, England, où il décrivait une technique qui nous parut très ingénieuse et que nous décidâmes d'adopter. L'originalité de cette technique consiste en l'usage d'un

appareil que nous avons fait construire à l'hôpital, tel que la photo publiée par l'auteur nous la montrait. Il est formé d'une plateforme divisée en deux (fig. 3), dont les deux moitiés pivotent sur un support transversal. Leur mouvement est contrôlé par une vis puissante avec un travers de 18 pouces qui donne une course de mouvement d'au delà cent degrés entre les deux. Trois points de pression sont établis par des tiges verticales. Les deux antérieures se font par l'appui d'une tige sur le manubrium sterni et d'une autre sur la symphyse pubienne. Le point de pression postérieur se fait par deux tiges jumelles vissées dans des supports, une sur chaque moitié de la plateforme.

TECHNIQUE

Installation du patient.

Le patient est installé en décubitus latéral gauche sur l'appareil à extension placé sur la table d'opération. Sa position est ajustée de telle sorte que le champ de l'incision correspond à l'espace entre les points de contact des tiges jumelles postérieures. Les deux tiges antérieures sont fixées en position de contact avec le manubrium sterni et la symphyse pubienne respectivement. Les tiges postérieures sont enlevées et envoyées à la stérilisation.

Réséction du coin osseux vertébral.

A travers une incision longitudinale médiane, les épineuses de quatre vertèbres sont exposées, deux au-dessus et deux au-dessous du niveau choisi pour la correction (entre L. 1 et L. 2 pour notre cas). La moitié inférieure de la deuxième épineuse et la moitié supérieure de la troisième sont réséquées. Le ligament jaune est enlevé de même qu'une partie des lames qui doivent être réséquées. Quand la méninge a été bien exposée et réclinée, les masses latérales d'os comprenant de chaque côté les apophyses articulaires supérieures et inférieures et leurs articulations sont identifiées. Un petit écarteur à extrémité fortement recourbée de préférence celui de

Trethowan, est passé à travers le trou de conjugaison de dedans en dehors, c'est-à-dire du canal médullaire vers l'extérieur. Un second écarteur de même forme, est introduit dans le même trou de dehors en dedans. Avec un

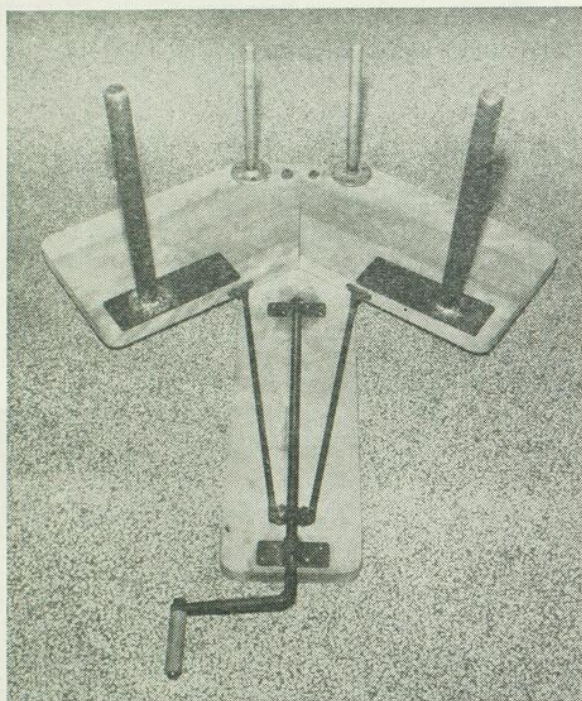


Fig. 3-a. — Appareil Adams, fermé.

ostéotome mince, tranchant, on enlève un bloc triangulaire d'os taillé de façon telle que son sommet ou l'angle antérieur de réunion de ses surfaces de taille corresponde à l'espace entre le rebord postérieur correspondant des deux corps vertébraux (fig. 4). Les racines et la moelle sont protégées du traumatisme par traction sur les écarteurs durant le processus d'ostéotomie et d'enlèvement d'os. La résection étant complétée des deux côtés, l'espace vide en forme de coin est taillé, redressé, de telle sorte que le contact des surfaces rapprochées soit parfait quand l'espace aura été fermé par extension de la colonne (fig. 4).

Manœuvres d'hyperextension.

Les tiges postérieures de l'appareil, rapportées de la stérilisation sont vissées par le chirurgien dans leur support. Elles se trouvent à faire contact aux extrémités de l'incision

et ainsi l'axe du mouvement de l'appareil coïncide automatiquement avec le mouvement correcteur de la colonne. La fermeture de l'espace vertébral en coin est effectuée lentement par un assistant qui tourne la grande vis de l'appareil. Le chirurgien ainsi peut surveiller de visu, la fermeture de l'espace et corriger au besoin tout défaut de coaptation des surfaces. Quand l'espace est parfaitement fermé on peut simplement déposer de chaque côté, le long de la ligne de contact, de petits greffons osseux et suturer les tissus mous. Dans notre cas, nous avons fixé ensemble la partie restante des deux épineuses adjacentes par un fil d'acier encerclant leur base.

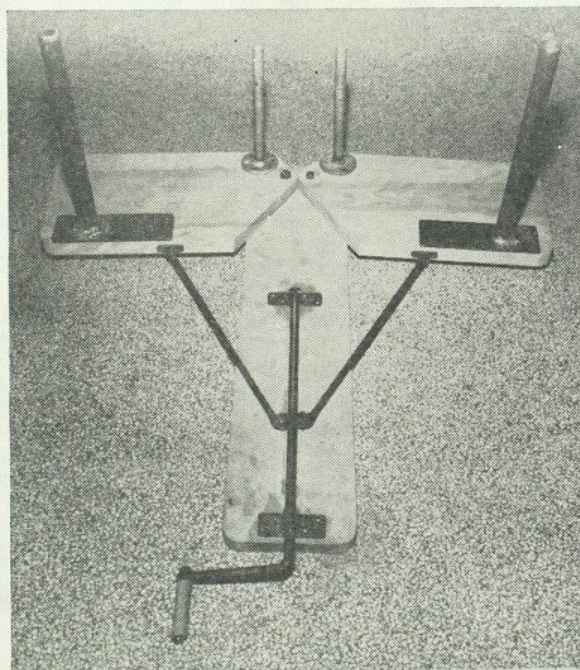


Fig. 3-b. — Appareil Adams, ouvert, pour hyperextension.

TRAITEMENT POSTOPÉRATOIRE

Les tiges postérieures sont enlevées et une gouttière plâtrée postérieure est fabriquée. Quand elle a durci, le patient est tourné sur le dos dans cette gouttière et une gouttière antérieure est aussi fabriquée. Le patient est ensuite installé sur un lit Strycker. Durant les six jours qui suivirent l'opération, le patient reçut 3 000 cc. de liquides par voie

intraveineuse. Un tube Levine fut maintenu dans son estomac durant ces six jours. Durant les premières douze heures qui suivirent l'opération, le patient ne voulut pas être tourné en décubitus ventral, mais il réalisa vite,

en faisant fonctionner lui-même au besoin la pompe à succion. Le sixième jour après l'opération, le tube fut enlevé et le patient commença à manger. Aucun incident particulier ne survint à partir de ce moment. Le patient fut tenu au lit dans sa gouttière pendant trois mois. Il fut ensuite mis debout dans un corset plâtré, remplacé deux mois plus tard par un appareil Taylor.



Fig. 4. — Reproduction de schémas du Docteur J.C. Adams: *The J. of Bone and Joint Surg.*, British Vol., mai 1952, p. 230. — a) Taille correcte du coin vertébral postérieur. En hyperextension, les corps vertébraux demeurent en contact à leur bord postérieur. Fig. 4-b: Taille incorrecte du coin vertébral postérieur. En hyperextension, les corps sont éloignés et la moelle est tirillée.

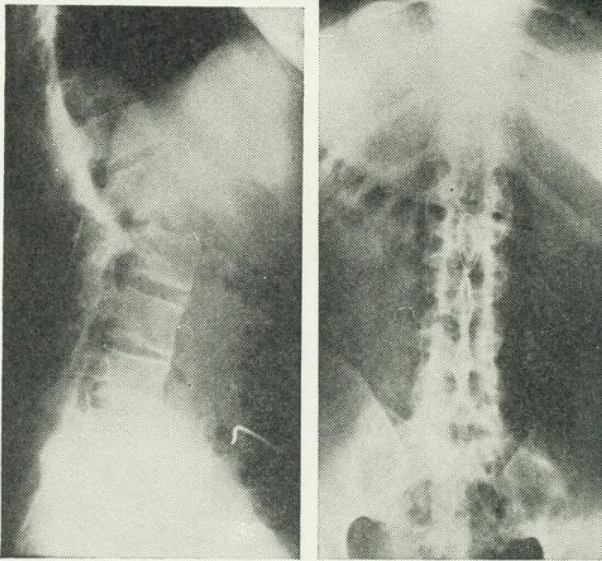


Fig. 5-a. — Radio de profil après opération, montrant le degré de correction et la solidité de la fusion du foyer d'ostéotomie. Fig. 5-b. — Radio de face après opération.

ensuite, qu'il était beaucoup mieux en cette position. On continua durant plusieurs jours à alterner au gré du patient entre la position dorsale et la position ventrale. On lui permit de boire mais les liquides étaient drainés par le tube. Le quatrième jour, il présenta des nausées fréquentes qu'il parvint à contrôler

RÉSULTAT

Les radiographies et les photos du malade (fig. 5 et fig. 6) montrent le résultat obtenu. Sur la radiographie de profil, on voit que

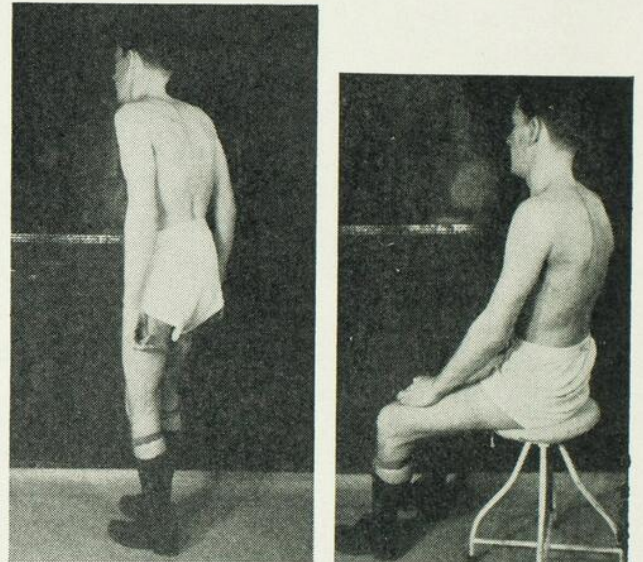


Fig. 6-a. — Attitude debout, après opération. Fig. 6-b. — Attitude assis, après opération.

l'angle de la correction obtenue est d'environ 65 degrés. La fusion du foyer d'ostéotomie paraît solide. La comparaison des photos avant et après l'opération, permet d'apprécier la différence frappante dans l'attitude de maintien du tronc, qui est maintenant en rectitude presque complète.

Conclusions

La technique d'Adams que nous venons de décrire et d'illustrer, a apporté à l'ostéotomie vertébrale une précision et une sécurité de valeur indiscutable. L'appareil de redressement tel que construit est essentiel pour les

corrections importantes et permet d'obtenir d'un seul coup, avec danger minime, un degré de correction remarquable, de l'ordre de 65 à 75 degrés. Un point important de la technique chirurgicale est la taille précise de l'espace en coin, de façon à ce que l'angle antérieur du coin corresponde bien au centre de l'espace intervertébral, et que les surfaces de taille s'adaptent parfaitement à plat. Ces conditions sont nécessaires pour prévenir l'écartement et le glissement des corps vertébraux l'un par rapport à l'autre au moment de la manœuvre d'hyperextension (fig. 4-b) et de ce fait éviter les tiraillements, coudures, ou autres traumatismes de la moelle épinière. Un dernier point à signaler est l'efficacité des traitements postopératoires pour prévenir les complications si redoutables que sont la dilatation aiguë de l'estomac et l'iléus paralytique. Le plâtre bivalve et le lit Stryker, permettant d'alterner la position ventrale et dorsale; l'as-

piration des liquides et sécrétions gastriques au moyen du tube Levine et de la pompe automatique; et l'administration intraveineuse de grandes quantités de liquide, sont les facteurs principaux de la prévention ou de l'atténuation de ces complications.

BIBLIOGRAPHIE

- J. Crawford ADAMS: Technique, dangers and safeguards in osteotomy of the spine. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, Brit. Volume, 34: 226 (mai) 1952.
- HOWORTH: Arthritis — Spondylitis Thizomelique. *Textbook of Orthopaedics*. Section III, No 16, p. 658.
- J. Albert KEY: Joint infection and arthritis. — *Surgical Treatment of the Motor-Skeletal System*. Bancroft and Murray. Section 5, No 15, Part L, p. 420.
- COLONNA: Chronic Arthritis — Spinal form. *Regional Orthopaedic Surgery*, Chap. 3, p. 68.
- Sir Harry PLATT: Chronic Arthritis — Ankylosing Spondylitis. — *Modern Trends in Orthopaedics*. Chap. 7, p. 174.
-

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 82, No 10, Montréal, octobre 1953

**LES CANCÉREUX, CES
MÉCONNUS**

Bien des gens, même très instruits, croient qu'à partir du moment où une personne est trouvée porteuse d'un cancer, il n'y a plus rien à faire pour elle. D'aucuns admettent que certains cancers diagnostiqués à leur début, peuvent être guéris par la chirurgie; mais ils demeurent convaincus que tout traitement est inutile lorsque le cancer a atteint un stade plus avancé. Ce sont là des opinions erronées, qu'il faut à tout prix rectifier pour le grand bien des cancéreux.

Il y a de par le monde, des milliers et des milliers de cancéreux qui ont été guéris de leur mal; de nombreuses publications en font foi. D'ailleurs, quel médecin n'a pas dans sa clientèle des patients qui ont été guéris d'un cancer confirmé et quelle personne n'a pas un parent qui a été guéri d'un cancer, ou du moins n'a pas entendu parler d'une connaissance qui a été opérée avec succès d'un cancer. Certes, il y a plus de personnes qui meurent du cancer, qu'il y en a qui en guérissent. Mais la plupart des cancéreux tirent grand profit à se faire traiter, quel que soit le stade de leur maladie.

Les opinions sont encore partagées sur le meilleur mode de traitement des

cancers. Nous pensons que la thérapeutique des cancers doit tenir compte de leur stade clinique, de leur nature histologique et de leur localisation anatomique. Le cancer est curable par divers procédés thérapeutiques, et c'est cela l'essentiel que doivent savoir les profanes. Il existe encore hélas! une foule de gens qui abandonnent à un triste sort ceux qui sont atteints de cancer sous le prétexte qu'ils sont incurables et qu'ils ne peuvent bénéficier d'aucun traitement. C'est le devoir des médecins de se faire les propagandistes auprès de la population, pour lui inculquer les notions de « curabilité de certains cancers » et « d'atténuation ou de disparition des manifestations cliniques de la plupart des cancers sous l'action de divers procédés thérapeutiques ».

Evidemment, il y a moins de 25% des cas de cancer qui sont opérables au moment de la première consultation du malade et, de ce nombre moins de 35% resteront guéris après l'opération. Mais la chirurgie, n'est pas le seul procédé thérapeutique efficace pour la guérison et le soulagement des cancéreux. Je dirai même qu'elle n'est pas l'arme la plus importante dans l'arsenal thérapeutique du cancer. En effet, parmi les 25% de cas opérables, il y a une bonne proportion de cas qui bénéficient davantage des radiations ou de l'association des radiations à la chirurgie, que de la chirurgie seule; de plus, des 65% de récidives post-opératoires, la grande majorité retirent plus de bienfaits des radiations que de la chirurgie; enfin, les 75% de cas non opérables retirent, pour la plus grande partie, des avantages fort appréciables de la radiothérapie, tandis qu'ils en retirent beaucoup moins de la chirurgie.

Cancers opérables

Il ne peut être question dans ce court exposé, de faire la discrimination des cas opérables qui relèvent de la chirurgie, de ceux qui relèvent des radiations, ou de l'association de la chirurgie et des radiations. Disons cependant que les cancers opérables du larynx non localisés aux cordes, les cancers du poumon, ceux du tube digestif et de ses annexes, ceux de l'arbre urinaire, de l'ovaire et ceux des os sont indiscutablement du domaine de la chirurgie. Par ailleurs, les cancers du larynx localisés à la corde, ceux de la lèvre inférieure, ceux du limbe de l'œil, ceux de la peau, ceux du médiastin (lymphôme), ceux du sang (leucémie, polyglobulie) et ceux du col utérin, appartiennent plutôt à notre avis, au domaine de la radiothérapie. Enfin les cancers opérables du sein, ceux du corps utérin, ceux du testicule (seminôme), ceux du système reticulo-endothélial (Hodgkin) et ceux de la parotide (tumeur mixte), bénéficient davantage croyons-nous de l'association Chirurgie-Radiothérapie, ou Radiothérapie-Chirurgie.

Point n'est besoin de dire que tous les cancers opérables, fussent-ils de leur nature habituellement incurables, ou aient-ils une évolution clinique qui les vouent à l'incurabilité, doivent être irradiés à doses curatives. Car, on a parfois des résultats surprenants, quand ce ne sont pas des guérisons permanentes, à la suite de traitements radiothérapeutiques intenses.

Récidives et métastases cancéreuses

Il y a des récidives et des métastases qui peuvent être traitées avantageusement et d'autres qui doivent être traitées par la Chirurgie. Mais les Radia-

tions restent d'emblée la thérapeutique de beaucoup la plus importante dans ces cas. Les récidives des cancers du sein, du larynx et de l'amygdale ainsi que les métastases osseuses des cancers du sein ou de la prostate, les métastases pulmonaires des lympho-sarcomes, les métastases rétropéritonéales des seminômes, pour ne mentionner que celles-là, sont l'apanage des radiations. Sous leur influence, les ulcérations regressent parfois jusqu'à la cicatrisation, les lésions bourgeonnantes et odorantes s'abrasent et se détergent, les douleurs sont habituellement soulagées, la toux et la dyspnée sont très souvent supprimées, les hémorragies sont ordinairement arrêtées, le poids augmente progressivement, les forces reviennent assez rapidement et le patient jouit souvent d'une santé améliorée qui équivaut pour lui à une guérison. Il y a même des lésions osseuses métastatiques et des fractures qui se réparent, se calcifient et permettent aux malades de reprendre leurs activités coutumières. De tels résultats, bien que transitoires et souvent de courte durée, sont loin d'être négligeables.

Le patient qui souffre, qui saigne, qui est asthénique et dont le cancer dégage une odeur nauséabonde, apprécie grandement une thérapeutique qui le ramène à un état de santé presque normal. Ce qui intéresse le cancéreux, ce ne sont pas les statistiques de survie après 5 ou 10 ans, mais les bienfaits apportés par le traitement. Aussi faut-il éviter soigneusement d'instituer un traitement susceptible d'empirer l'état du patient comme le serait parfois un traitement donné à doses curatives. Il faut faire un traitement qui ait une certaine efficacité tout en tenant compte de l'état général du patient, de son âge, de l'é-

tendue de sa lésion et des réactions de sa peau.

La radiothérapie, comme d'ailleurs toute autre thérapeutique, ne doit pas être administrée suivant des règles mathématiques; elle doit être adaptée aux besoins individuels de chaque patient et doit varier avec ses réactions générales ou locales. Administrée comme il convient, cette thérapeutique permet à bon nombre de patients souffrant de récidives ou de métastases post-opératoires, de continuer à remplir leurs occupations habituelles pendant des périodes parfois très longues, sans être incommodés par leur mal.

La Radiothérapie palliative qui prolonge la vie du cancéreux dans des conditions à peu près normales, est une thérapeutique précieuse dont les statistiques usuelles ne nous permettent pas d'apprécier la valeur. Il en est de même de la chirurgie palliative, de l'hormonothérapie, du gaz moutarde, des antibiotiques, des hypnotiques, des sédatifs et des narcotiques.

Cancers inopérables

Ce sont ceux pour lesquels la chirurgie n'est pas indiquée lors du premier examen du malade. Cela ne veut pas dire que les patients porteurs d'un cancer inopérable aient un mauvais état général, ni même qu'ils soient incurables. Car, on peut trouver un cancer bronchogénique ou un cancer du tube digestif inopérable chez un patient en excellente santé, et l'on peut guérir un cancer du col utérin déclaré inopérable. Il ne faut pas confondre cancer inopérable avec cancer incurable. Aussi, chaque fois que l'on est en présence d'un cancéreux inopérable non traité antérieurement, faut-il instituer un traitement radiothérapique, même si

le cas du patient paraît être désespéré. Car tous les radiothérapeutes ont eu des surprises thérapeutiques et bien des patients ont éprouvé des améliorations ou des soulagements tout à fait inespérés, à la suite d'un traitement par radium ou par rayons X ou par radioisotopes. Il ne faut jamais oublier que la radiosensibilité histologique d'une tumeur est loin d'être toujours confirmée par les résultats cliniques. A notre avis, certains cancéreux inopérables semblent être traités avec trop d'indifférence. Il est temps de réagir contre une telle attitude.

Cancers incurables

Les cancers incurables n'appartiennent pas tous à la même catégorie. Il y a les cancers considérés incurables lors du premier examen; il y a les cancers étiquetés incurables lorsqu'ils ont récidivé ou métastasé à la suite d'une opération; et il y a les cancers confirmés incurables après avoir résisté à tous les traitements chirurgicaux et radiothérapiques.

La conduite à tenir vis-à-vis les différentes catégories de cancers n'est pas la même. Mais il y a des principes généraux qui s'appliquent à toutes les catégories de cancéreux incurables. Dès qu'on a étiqueté un patient: « cancéreux incurable », il ne faut pas croire que ce patient n'a plus qu'à se retirer chez soi, à régler ses affaires, à mettre son âme en paix avec Dieu et à attendre la mort. Il y a un grand nombre de patients incurables: cardiaques, rénaux, rhumatisants, tuberculeux, psychopathes, etc, etc... qui reçoivent des attentions spéciales des pouvoirs publics et des soins particuliers de certains grou-

pes de médecins. Pourquoi n'en serait-il pas de même des cancéreux incurables? Leur sort est-il moins pénible que celui des autres incurables et leur angoisse est-elle moins grande? Non! La sympathie du médecin n'est pas moins nécessaire aux incurables cancéreux qu'aux autres incurables, et les traitements médicamenteux, psychiques ou radiothérapiques ne sont pas moins utiles aux cancéreux incurables qu'aux autres incurables. Il semble même que ce soit le contraire.

Bon nombre de cancéreux incurables requièrent des soins et des traitements qui ne peuvent pas être donnés à domicile. D'où le besoin pour les cancéreux incurables, d'institutions semblables à celles qui existent déjà pour les autres catégories d'incurables.

Les cancéreux incurables non hospitalisés ne peuvent bénéficier des traitements radiothérapiques (Rayons X, Radium, Radioisotopes) palliatifs qui occupent une place très élevée, pour ne pas dire la place la plus importante dans l'arsenal thérapeutique qui leur est destiné. Ils ne peuvent bénéficier non plus de la neuro-chirurgie, ni de la chirurgie palliative parfois urgente. Et s'ils sont indigents et retenus dans leur taudis, ils sont souvent privés de traitements qui leur seraient bienfaisants: hormonothérapie œstrogénique pour

les métastases dans les tissus mous des patients âgés; hormonothérapie androgénique pour les métastases dans les os; antibiotiques pour les cancers infectés; coagulants pour les cancers ulcérés et saignants; reconstituants pour les grands anémiés; irrigations pour le détergement des plaies sanieuses et nauséabondes et des cancers intra-cavitaires; hypnotiques, sédatifs et narcotiques pour les cancers très souffrants; désodorisants et désinfectants pour les cancers nécrosés; enfin attentions charitables, réconfort moral, secours religieux et milieu sympathique pour tous les cancéreux incurables déshérités socialement, moralement, religieusement et familialement.

Si le problème des cancéreux est surtout un problème radiologique et chirurgical, il n'en comporte pas moins des aspects sociaux et humains très importants. Il faudrait que les autorités civiles, médicales, religieuses et sociales s'intéressent davantage au sort des cancéreux, surtout à celui des incurables indigents, et que les compagnies d'assurance-santé défraient le coût des traitements radiothérapiques, qui sont à la fois les plus importants et les plus dispendieux dont aient besoin les cancéreux.

Origène DUFRESNE.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LES MALADIES CHRONIQUES OU MALADIES PROLONGÉES PROBLÈME MÉDICAL ET SOCIAL

E. LAURENDEAU,

Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci (Montréal).

La science médicale et la société subissent l'assaut redoutable des maladies chroniques, plus proprement appelées maladies prolongées (1). Pour la médecine, c'est le scrutage biologique de l'involution cellulaire et des métabolismes intracellulaires. Quant à la société, elle voit retomber sur ses épaules un fardeau de plus en plus onéreux: l'augmentation du nombre des invalides, due à la prolongation de la moyenne de la vie.

Les statistiques éclairent ce tableau de demain (2):

Durée moyenne de la vie, en 1900: 47 ans.

Durée moyenne de la vie, en 1950: 67 ans, pour les hommes et 71 ans pour les femmes.

Décès, en 1945 (3): 82% attribués aux maladies chroniques. A 70 ans: 50 individus sur 1 000 sont invalides.

Dans 25 ans, la moyenne de la vie sera augmentée davantage, grâce, surtout, aux antibiotiques; mais le nombre d'invalides, par maladies prolongées, sera proportionnel. Cette marée montante pourrait ébranler les cadres de la société, dont une partie travaille pour faire vivre l'autre partie, rendue invalide... La science médicale se doit de ne pas faillir à cette lourde tâche; elle se doit de scruter davantage les phénomènes chimico-biologiques de la cellule humaine. La société, de même, ne peut refuser d'envisager ce problème de demain.

Par maladie prolongée, on sous-entend une maladie dont l'évolution, à l'encontre de la maladie aiguë, ne tend pas naturellement vers la guérison; le stade de récupération est lent ou bien imprégné du caractère involutif cellulaire; l'échéance sera alors fatale, dans un temps plus ou moins long, et elle sera intercalée d'une période d'invalidité.

Le plus grand nombre de ces maladies chroniques est étayé sur l'arbre vasculaire: artério-sclérose et athérosclérose, avec séquelles cérébrales (les hémiplegies, les démences séniles, les Parkinsons); séquelles cardio-vasculaires (hypertension, thromboses coronariennes, insuffisances cardiaques et néphrites); séquelles périphériques (endartérites oblitérantes). En 1951, 51% des décès étaient d'origine cardio-vasculaire; 40% des admissions dans les asiles d'aliénés (4) étaient dues à l'artério-sclérose. Viennent ensuite les maladies de la nutrition: diabète, obésité, anémie, cirrhose, rhumatisme; les maladies pulmonaires: asthme, bronchite chronique, emphysème, bacillose; puis les maladies néoplasiques et les déficiences neuro-endocriniennes.

C'est ce vaste problème qui se pose à la sagacité de la science médicale. Préservé du drame aigu — par l'apport des antibiotiques et du perfectionnement de la chirurgie — l'homme se voit menacé de la sénescence et de l'invalidité. Cette angoisse, cette peur accable l'humanité, comme, autrefois, la hantise des grandes épidémies. Aussi, la science médicale se doit à ce problème, pour faire briller une lueur d'espérance. Même si l'échéance sera toujours fatale, elle doit lutter pour retarder cette échéance, et tenter, à la fois, de minimiser les séquelles des maladies chroniques et de réhabiliter l'invalides. Les données les plus objectives de ce problème reviennent, actuellement, à la médecine préventive — à base d'hygiène de la vie — qui enseigne à l'individu qu'il doit coopérer au capital santé. Car la santé n'est pas tant un héritage qu'un privilège.

Le diagnostic des maladies prolongées est difficile tant à cause de leur caractère insidieux

que par l'absence de test de laboratoire. Le début est souvent silencieux, induit par des facteurs variés et multiples; puis, évoluant avec une tendance à la progression, il y aura plusieurs désordres superposés, chez le malade. La clinique nous renseigne sur des symptômes précurseurs de la sénescence, mais ils avoisinent avec ceux du syndrome de la fatigue. Les tests de laboratoire, employés d'une façon routinière, nous induisent en erreur, car, chez le vieillard ou le sénescant, les constantes de laboratoire sont dans un état d'équilibre instable. On voit fréquemment les normes d'une azotémie, d'une glycémie ou d'une cytologie, ainsi que d'un électrocardiogramme, devenir anormales au moindre choc d'une maladie aiguë ou d'un trauma. Les tests physiologiques nous renseignent mieux: tels les courbes de tolérance, le P.S.P., le tracé du cœur après effort et les artériographies. Mais il reste à rendre plus utilisables les tests indiquant l'état de *stress* de l'organisme, ainsi que de sa déficience hormonale, puis à faire déceler par le laboratoire le début ou la prédisposition d'une artério-sclérose précoce. Dans ce domaine, rien encore de précis: le taux du cholestérol n'a aucune valeur; le rapport cholestérol/phospholipide présente trop de variation; la lipoprotéine géante paraît être une théorie séduisante, pour le moment, de même que les états de floculation des lipides du sang. La thérapie reste empirique en présence d'un diagnostic imprécis et de l'ignorance des facteurs étiologiques de la sclérose, de l'athérome, des thromboses, des néoplasies et des dégénérescences glandulaires. La recherche de ces facteurs étiologiques devra être guidée par des comités organisés et devra puiser, dans les centres universitaires, ses meilleures directives. C'est dire que les subventions, dans ces centres, doivent être à l'échelle du problème.

Mais au cours de cette lutte contre la sénescence, le nombre des invalides sera proportionnel à la prolongation de la vie. Si la science médicale doit s'efforcer de minimiser les séquelles et de réhabiliter le chronique

aux mouvements fonctionnels, il incombe à la société de réinstaller ce déficient dans ses cadres. Cette obligation prend un caractère d'autant plus impérieux qu'elle inclut, pour la société, une charge qui pourra prendre des allures catastrophiques; en effet, il est établi que, vers 1970, 15 pour cent de la population sera âgée de plus de 60 ans.

Aux multiples aspects de la réhabilitation d'un chronique, il en est un très simple: il faut motiver cette réhabilitation, chez le malade. Dans la classe bourgeoise, la solution est facile; mais, dans la classe laborieuse (la plus nombreuse), soit le collet blanc et l'ouvrier, un chronique partiellement rétabli refusera de quitter un gîte — assuré par l'Etat — pour retourner dans les engrenages de la société moderne: concurrence effrénée, foyers exigus, surpeuplés et tonitruants, misère des intempéries et du transport. Il ne faut pas trop compter sur l'esprit de martyr, mais envisager le problème tel qu'il se présente: le chronique se sent inhabile à reprendre sa vie active; d'un autre côté, il a goûté à la sécurité et au repos, dans les institutions pour maladies prolongées. De là, peut-être, un danger à rendre ces lieux trop agréables; mais qui oserait arrêter ces courants de la bienfaisance humaine?

Il faut chercher d'autres solutions. D'une part, la société peut contribuer à réadapter ces malades, en rendant la production plus humaine: travail partiel ou rémunéré à la pièce, facilités de transport et congés de maladie. Cette évolution sociale est déjà mise en application dans certaines usines; sa généralisation sera le fruit de l'humanisation de la production. D'autre part, autour d'un centre pour maladies chroniques ou prolongées, il faudrait une unité complète. D'abord l'hôpital, où le malade reçoit tous les traitements que requiert son état, en tenant compte du facteur temps nécessaire à sa réhabilitation. Si cette phase a été rendue possible, la réadaptation du mouvement et de l'effort doit être faite sous surveillance médicale. Puis, dans un voisinage plus ou moins immédiat de

cet hôpital, une autre unité ou annexe plus vaste, mais à coût de revient moindre, où seront dirigés à la fois l'incurable et le réhabilité qui doit se réadapter à la vie. Autour de cette annexe, avec l'aide de l'industrie, ériger des ateliers, des centres de culture, de jardinage et d'élevage. Dans cette atmosphère, le chronique pourrait apprendre un autre métier. Plus tard, dans ce véritable village, construire des maisons de pension où le réhabilité recouvrira sa liberté, le confort et sa condition d'homme qui pourvoit à sa subsistance. C'est la gradation de la réhabilitation, de l'effort et de la liberté; et peu importe que le résultat dure une ou quelques années. Le projet peut paraître utopique, mais pire serait l'erreur de laisser croire que toute maladie devient une source de satisfaction et de profit, qu'elle nous soustrait à la grande loi du travail et nous permet, sous l'égide de l'Etat, de mijoter une petite vie atrophiante et stérile. C'est, en somme, comprendre le problème du chronique: son état, ses déficiences, sa phobie de la société moderne; et de motiver sa réhabilitation à la vie active et féconde. Ce résultat, il nous est fréquemment donné de le constater à l'hôpital Notre-Dame-de-la-Merci, où des malades réhabilités, adaptés à d'autres moyens de subsistance, retournent à la vie active ou dans les cadres de la société. Généralement, l'homme, même handicapé, désire sa liberté, son indépendance

et le moyen de pourvoir à sa subsistance et à celle des siens.

En résumé: les maladies prolongées présentent un vaste problème à la science médicale et à la société. La science médicale ne doit pas faillir à sa tâche; mais elle sera d'autant plus en mesure d'y répondre qu'elle sera équipée de centres de recherche, surtout universitaires, largement subventionnés par les gouvernants, les sociétés d'assurance et de bienfaisance. La société doit aussi contribuer au retour des chroniques, à la vie active. L'institution pour maladies prolongées doit inclure l'hôpital et les centres de réhabilitation et de réadaptation à la vie. Quant à l'individu, il doit coopérer au capital santé, s'initier à la médecine préventive, et mériter ce privilège qu'est la santé, car jamais la santé ne pourra être l'enjeu d'un programme de socialisation.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) E. LAURENDEAU: Les chroniques et l'hôpital Notre-Dame-de-la-Merci. *L'Union Médicale du Canada*, 78: 1328 (nov.) 1949.
- (2) Ed. J. STERGLITZ: Chronic illness and senescence, *J. A. M. A.*, 150: 481 (oct.) 1952.
- (3) *Dublin LI Statistical Bulletin*, No 29. N. Y. Metropolitan Life Ins. Co., juillet 1948, p. 9.
- (4) The problem of the aged patient in the public psychiatric hospital. Report 14: Taketan Kan. *Committee on hospital group for the advancement of psychiatry*. Août 1950.

RÉALISATIONS SANITAIRES AU CANADA ¹

L'hon. Paul MARTIN,

Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

1. — QUATRE DÉFIS LANCÉS À LA MÉDECINE CANADIENNE

Lorsque, en 1948, je portais la parole devant les membres de l'Association médicale canadienne, le premier ministre d'alors, aujourd'hui défunt, venait de proclamer le Programme national d'hygiène du Canada. J'avais profité de l'occasion pour insister auprès des médecins canadiens sur la grande importance, pour eux, des nouvelles subventions fédérales à l'hygiène. A Halifax, deux ans plus tard, je me suis efforcé de jeter un coup d'œil vers l'avenir, de prévoir dans quelles directions s'orienterait demain le progrès sanitaire au Canada et, en même temps, d'indiquer le rôle de plus en plus important que le médecin serait appelé à jeter dans les domaines de la prophylaxie et de l'hygiène publique.

J'ai cru qu'il conviendrait aujourd'hui d'examiner le Programme national d'hygiène dans la perspective qu'offrent ses cinq premières années d'application, afin de constater le chemin parcouru et d'évaluer quelques-unes de ses implications en ce qui regarde les médecins de ce pays. Mais, auparavant, qu'il me soit permis de dire un mot sur certains problèmes auxquels la profession médicale canadienne doit faire face à l'heure actuelle.

Il existe, me semble-t-il, quatre problèmes dont la solution exige la plus étroite collaboration entre les gouvernements, les agences bénévoles, les associations professionnelles et les médecins privés eux-mêmes. Voici les défis lancés aujourd'hui à la médecine canadienne:

1. maintenir, dans l'exercice de ses fonctions, les hautes normes qui ont valu à la

profession médicale canadienne une réputation universelle;

2. fournir à chaque médecin les moyens et les services dont il a besoin pour servir ses clients le plus efficacement possible;
3. préserver la liberté professionnelle;
4. faire en sorte que nul obstacle ne vienne barrer la route entre le médecin et le client.

Permettez-moi de m'étendre brièvement sur chacun de ces problèmes.

1. *Hautes normes d'exercice.*

Dans la profession médicale, comme dans les autres professions, le maintien d'une haute norme d'exercice constitue un problème qui se pose constamment. Contrairement à celui de la plupart des professions, le but définitif de la médecine, c'est de servir: les rapports entre le médecin et le malade sont basés sur la confiance plutôt que sur quelque contrat ou entente portant des signatures. C'est là un problème qui ne saurait être réglé — et il l'est d'une façon admirable — que par la profession elle-même, par l'intermédiaire de ses associations professionnelles, de ses écoles de médecine et des efforts de chaque médecin en particulier.

La profession médicale canadienne s'est acquise une réputation fort enviable sous le rapport de l'éthique professionnelle, de l'art du traitement et du dévouement. Les médecins de ce pays, j'en ai la certitude, résisteront toujours aux pressions qui seront faites du dedans ou du dehors pour altérer les hautes normes d'enseignement et d'exercice de la médecine qu'ils ont établies depuis si longtemps.

2. *Moyens à fournir.*

L'établissement des moyens et des services qui permettront au médecin d'accorder à ses clients le genre de traitement que sa for-

1. Traduction d'une causerie prononcée à la réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne, à l'hôtel Royal Alexandra, Winnipeg (Manitoba), à midi et demi (h.a.c.), le vendredi 19 juin 1953.

mation lui permet d'administrer, constitue un deuxième problème. A la suite des progrès de la médecine, le médecin compte de plus en plus, pour l'assister dans son travail, sur les aménagements et les services des hôpitaux, des laboratoires, de diagnostic et autres.

C'est là un domaine où les gouvernements peuvent aider — d'une manière très tangible et concrète. Et les gouvernements fournissent une aide très importante. Depuis l'inauguration du Programme national d'hygiène, les 100 millions de dollars, en chiffres ronds, que le Gouvernement fédéral a dépensés afin d'assister des projets sanitaires provinciaux et locaux, constituent un placement direct dans la santé de la population canadienne. Mais ces millions ont également consolidé, et d'une manière incommensurable, les services auxquels le médecin privé, dans l'exercice de sa profession, est obligé de recourir. Je donnerai des exemples à ce sujet un peu plus tard.

3. Liberté professionnelle.

L'un des traits caractéristiques de la démocratie, c'est la mesure de liberté professionnelle qu'elle rend possible. Ici au Canada, je suis fier de le dire, nos médecins, nos dentistes, nos avocats et nos autres professionnels ne sont pas gênés par des restrictions rigides imposées par l'Etat, autres que les sauvegardes normales sociales qui intéressent et protègent tout citoyen.

Je puis vous assurer que le Gouvernement actuel n'entreprendra jamais rien qui soit de nature à étouffer ou à détruire la liberté du médecin. Les seules limitations imposées à la liberté professionnelle sont ces considérations morales dictées par la conscience et par la tradition professionnelle, et que chaque médecin, à l'instar d'Hippocrate, accepte comme faisant partie de sa responsabilité.

4. Rapports entre médecin et client.

Le quatrième problème se pose ainsi: la profession médicale doit faire en sorte de ne pas permettre qu'on élève des obstacles entre le médecin et le malade. Il est naturel que les médecins ne tiennent pas à ce que quoi

que ce soit, dans notre société en évolution, vienne s'interposer entre eux et les bons soins à donner à leurs malades. C'est avec raison qu'ils insistent pour que nul changement dans notre système de soins de santé ne vienne déranger les rapports traditionnels entre le médecin et ses clients.

Mais tout le monde constate que les services médicaux, à mesure qu'ils s'améliorent, deviennent de plus en plus coûteux. Plus les soins médicaux s'améliorent, plus leur coût dépasse les moyens des familles à revenu modique.

Nous ne voulons pas voir de barrières s'interposer entre le médecin et le malade, car il n'en résulterait qu'une diminution de la compétence du médecin, et le malade finirait inévitablement par en souffrir. Mais nous ne pouvons pas non plus nous cacher qu'il existe déjà une telle barrière, soit l'incapacité croissante de nombreuses familles à se procurer les soins médicaux dont elles ont besoin.

L'élaboration d'une méthode de répartition des frais de maladie d'une façon équitable et sensée qui s'accorde avec nos traditions constitutionnelles et professionnelles est une question que le Gouvernement étudie constamment et avec soin. A mon sens, c'est un problème auquel devraient s'intéresser tous les membres de la profession médicale, car, dans toutes les questions d'hygiène, le médecin devrait être à la tête des artisans du progrès. Il est réconfortant de savoir que l'Association médicale canadienne accorde à ces questions primordiales toute l'attention que, de toute évidence, elles méritent.

2. — LES SUBVENTIONS FÉDÉRALES AMÉLIORENT LES AMÉNAGEMENTS SANITAIRES

Je faisais allusion, il y a un instant, à l'importance qu'il y a de donner de l'expansion aux services et aux aménagements sanitaires, de façon que les médecins puissent, le plus possible, mettre à profit leur habileté et leurs connaissances professionnelles. Les gouvernements provinciaux, les organismes de bienfai-

sance et les praticiens eux-mêmes ont déjà beaucoup accompli dans ce sens. Afin de renforcer ces efforts, l'un des principaux buts du Programme national d'hygiène du Gouvernement fédéral a été de faire en sorte que le médecin puisse servir ses malades le plus efficacement possible.

Sous l'impulsion des subventions fédérales à l'hygiène, le Canada a accompli plus de progrès depuis cinq ans, qu'en toute autre période de son histoire, dans l'amélioration de ses services de santé. En stimulant, par le moyen de contributions, l'érection de nouveaux hôpitaux; en établissant de nouvelles cliniques et de nouveaux services; en facilitant la formation d'hygiénistes spécialisés; en fournissant aux départements d'hygiène provinciaux et locaux les moyens d'employer du personnel professionnel requis; et en accélérant les travaux de recherches, nous nous sommes efforcés de combler les lacunes des programmes existants et de multiplier les services de santé dans tout le pays et sur une base plus équitable. Permettez-moi de vous donner quelques exemples d'avantages directs que ce programme fédéral a valus à la profession médicale.

a) *Accroissement des aménagements hospitaliers.*

Parmi les conséquences du Programme national d'hygiène, peut-être la plus spectaculaire et la plus facile à apprécier a été le fort élan qu'il a donné à la construction d'hôpitaux. Point n'est besoin de souligner l'importance d'aménagements hospitaliers suffisants pour le praticien, en particulier dans les régions les moins peuplées. Dans l'exercice moderne de la médecine, les talents spéciaux du médecin ne peuvent se faire pleinement valoir en l'absence de services hospitaliers appropriés.

Depuis 1948, les deniers fédéraux dépensés ou affectés à divers projets approuvés, en vertu de la Subvention à la construction d'hôpitaux, ont presque atteint la somme de 57 millions. Cette somme correspond à un ac-

croissement des aménagements d'hospitalisation, s'établissant à près de 47 000 lits; de 5 900 couchettes additionnelles pour enfants; et de 5 700 lits supplémentaires dans des résidences d'infirmières. Vu l'importance grandissante accordée à la médecine préventive, la remarquable expansion donnée aux services de laboratoire et aux cliniques des hôpitaux par le moyen de subventions, intéresse tout particulièrement les médecins. On se rappellera que ce n'est pas simplement un programme fédéral, mais plutôt une grande entreprise en collaboration. La contribution fédérale n'a servi qu'à renforcer et à appuyer les efforts et les initiatives des provinces et des municipalités.

b) *Grande multiplication des travaux de recherche en médecine et en hygiène publique.*

Pour régler définitivement nombre de ses problèmes, le praticien doit attendre les progrès de la recherche. Des hommes tels que Banting, Best, Collip, Selyé et bien d'autres savants canadiens de la médecine se sont acquis une renommée mondiale par leurs travaux de recherche. Bien que les grandes fondations de recherche, les gouvernements provinciaux, l'industrie privée, les organismes sanitaires bénévoles et les universités aient produit, d'année en année, d'impressionnantes réalisations, le fait saillant de la recherche en hygiène publique, de nos jours, c'est la considération et l'appui croissants que lui accorde le Gouvernement fédéral.

Depuis quelques années déjà, un certain nombre d'organismes fédéraux, y compris le Conseil national des recherches, l'Office des recherches de la défense et le ministère des Affaires des anciens combattants, ont fait preuve de beaucoup d'activité dans ce domaine.

Au cours des cinq dernières années, les travaux de recherche se sont multipliés de façon remarquable dans plusieurs branches de la médecine et de l'hygiène publique, grâce aux fonds supplémentaires accordés à cette fin

par le Programme national d'hygiène et en provenance d'autres sources fédérales. Ce programme a permis d'appuyer plus de 200 importants projets de recherche en hygiène présentement en cours. D'importantes études ont porté sur les propriétés, l'utilisation et la production de l'ACTH et de la cortisone. D'autres projets dignes d'attention comprennent une étude de la préparation de gammaglobuline pour le traitement de la poliomyélite et un certain nombre de travaux sur la cause et le traitement de la tuberculose, du cancer et des maladies mentales. Plusieurs de ces travaux de recherche servent aussi utilement à des fins d'enseignement.

L'appui global accordé par les organismes fédéraux aux initiatives de recherche du Canada en matière d'hygiène atteint maintenant la somme de trois millions de dollars par année.

c) Services spéciaux de santé.

Afin de résoudre certains problèmes sanitaires spéciaux, tels que le cancer, la tuberculose et les maladies mentales, le Programme national d'hygiène a contribué à l'établissement de nouveaux services et à l'expansion des services déjà existants. Ayant maintenant à sa disposition de meilleures facilités de diagnostic, de traitement et de réadaptation dans ces domaines spécialisés, le praticien peut travailler avec plus de confiance que jamais auparavant. Ces services facilitent le contact précoce entre le médecin et le malade, alors que le traitement et la guérison ont le plus de chances d'être couronnés de succès.

Ainsi, des deniers fédéraux au montant de plus de \$7,800,000 ont déjà été affectés à la lutte contre le cancer. Comme il s'agissait d'une subvention bilatérale, les provinces en ont dépensé autant et même plus.

Pour lutter contre la tuberculose, on a organisé 21 nouvelles cliniques mobiles et, dans tout le pays, un programme d'examen radiographiques des poumons lors de l'admission à l'hôpital, afin de découvrir les cas au début, alors qu'ils sont encore curables. Pour ce qui précède et afin de fournir une plus

grande quantité de matériel scientifique et d'aménagements de chirurgie, et en vue d'appuyer la réadaptation, une somme de \$5,560,000 a été dépensée. L'immunisation au B.C.G. de 500 000 enfants; la dépense de plus de \$2,270,000 affectés aux drogues et aux traitements; l'amélioration des soins au sanatorium, ont tous été des facteurs d'importance capitale qui ont aidé à faire baisser le taux de mortalité par tuberculose au Canada, taux qui a été réduit de moitié depuis cinq ans.

Dans le domaine de l'hygiène mentale, tous les horizons se sont sensiblement élargis depuis cinq ans. Dans ce domaine encore, il y a maintenant 77 cliniques d'hygiène mentale au Canada, dont la plupart sont appuyées en tout ou en partie par la subvention fédérale à l'hygiène mentale. En 1948, il n'y avait que 17 de ces cliniques au pays. On a formé un grand nombre de préposés à l'hygiène mentale. Dans chaque province, on a amélioré le soin et le traitement donnés dans les hôpitaux pour affections mentales.

Le Programme national d'hygiène a contribué pour une grande part à faire de quelques-uns des établissements pour affections mentales au Canada des modèles du genre sur le continent. *Ainsi, des subventions fédérales dépassant le demi-million de dollars ont été approuvées à l'égard de l'hôpital pour affections mentales de Selkirk, dans cette province, hôpital qui a mérité tout dernièrement la plus haute citation que pouvait décerner l'American Psychiatric Association à l'égard de réalisations, dans le domaine du service des hôpitaux pour affections mentales.*

3. — NOUVELLE SUBVENTION AUX SERVICES DE LABORATOIRE ET DE RADIOLOGIE

Les praticiens de tout le Canada ont appris avec grand intérêt la nouvelle de la subvention aux services de laboratoire et de radiologie, que j'ai annoncée le mois dernier comme partie d'une triple expansion du Programme national d'hygiène. Le but de cette nouvelle subvention est de fournir aux provinces un plus grand appui dans le développement de leurs aména-

gements et services, afin d'aider les médecins à poser un diagnostic prompt et exact de la maladie et des mauvais états de santé.

Je n'ai pas besoin de répéter aux membres de ce groupe l'importance qu'il y a de fournir de plus grands aménagements de radiologie, de laboratoire et autres services diagnostiques, afin que les praticiens soient en mesure de se rendre le plus utiles aux gens qui sont confiés à leurs soins. Chaque médecin sait bien que bon nombre de ces aménagements spécialisés sont coûteux et d'une nature hautement technique, et qu'ils ne peuvent pas aisément être fournis par le praticien lui-même.

Un problème de vieille date qui a déjà confronté chaque médecin, c'est la nécessité de trouver une place dans un hôpital pour un client dont l'état ne réclame pas l'hospitalisation, simplement parce qu'il n'y a pas ailleurs d'aménagements pour établir le diagnostic. Nous entretenons l'espoir que cette subvention aidera à multiplier les aménagements et services de laboratoire et de radiologie pour le diagnostic de la maladie, hors de l'hôpital ou dans les cliniques hospitalières pour malades externes. De la sorte, cette subvention sera hautement utile tant au médecin qu'au client.

La Subvention aux services de radiologie et de laboratoire a un autre objectif qui consiste à favoriser une meilleure répartition des médecins, des spécialistes et d'autres préposés aux soins médicaux dans tout le pays. J'ai la conviction que tous les membres de l'Association médicale du Canada se rendent compte que l'une des principales raisons pour lesquelles il n'y a pas plus de médecins qui s'établissent dans certaines régions du Canada, c'est qu'on y manque souvent d'aménagements pour exercer le genre de médecine qui s'enseigne de nos jours dans les écoles de médecine. La seule façon de remédier à cet état de choses consiste à accroître judicieusement les aménagements et services de laboratoire, de radiologie et autres moyens de diagnostic, afin de compléter ceux dont disposent déjà les petits hôpitaux.

Je me permets de souligner à nouveau l'importance qu'il y a de maintenir, dans toutes ces initiatives, les relations personnelles entre médecin et client. Pas plus cette nouvelle subvention que tout autre plan fédéral d'hygiène ne comporte l'idée d'enrégimenter ou de centraliser les services privés de soins médicaux. *La fin réelle de cette subvention consiste à permettre au médecin privé de mieux servir ses clients.* Si elle y réussit, la subvention contribuera à mettre à la portée de toute la population du Canada les plus récentes techniques de la science médicale.

4. — RÔLE DE PREMIER PLAN DE LA PROFESSION MÉDICALE

Le Programme national d'hygiène a eu pour effet de poser des bases stables au progrès de l'avenir. Grâce à ces subventions, nous nous sommes mieux renseignés sur nos besoins sanitaires; nous avons accru nos aménagements et notre matériel sanitaires; nous avons pu embaucher des milliers de nouveaux préposés à la santé dont nous avons grand besoin et assurer une formation à des milliers d'autres; et nous avons grandement accéléré le travail de recherche. Toutes ces initiatives intéressent le médecin et étendent de façon notable l'envergure de son champ d'action.

Bien que l'initiative gouvernementale ait son importance, une bonne part du mérite pour le progrès sans précédent réalisé ces dernières années dans le domaine de l'hygiène doit être accordée sans hésitation à l'éminente profession médicale du Canada. Nos services sanitaires reposent solidement sur les bases que les médecins et les membres des autres professions du domaine de l'hygiène ont si fermement établies. Les gouvernements ont fourni l'appui nécessaire dans certaines sphères d'activité, mais ils ne peuvent jamais se substituer à l'enthousiasme et à la compétence de l'initiative sanitaire privée.

La fin de tout programme gouvernemental d'hygiène devrait consister à appuyer, et non à supplanter, le travail des personnes dont relève l'hygiène de la façon la plus immédiate.

En contribuant à assurer un meilleur état de santé à ses citoyens, tout gouvernement doit demander à la profession médicale de fournir les chefs de file. Sans votre confiance et votre collaboration, il n'est pas de nouveau programme d'hygiène qui ait des chances de succès. Je suis heureux d'ajouter que, dès le début, l'Association médicale canadienne, ses diverses divisions spéciales, et chacun des membres de la profession médicale du Canada nous ont accordé la plus entière et la plus amicale collaboration. *Et c'est tout naturel, car il n'y a pas de raison pour qu'il y ait divergence d'opinion entre deux groupes qui cherchent à atteindre le même objectif, soit d'assurer à la population du Canada les meilleurs soins médicaux possible.*

Nous entendons beaucoup parler de ce qui s'est fait ou se fait présentement ailleurs dans le domaine de l'hygiène. Maintenant, d'autres pays commencent à entendre parler de ce que nous accomplissons au Canada! A la Chambre des communes, j'ai récemment cité une éminente autorité médicale des Etats-Unis, le docteur J. H. Means, professeur de médecine à l'université Harvard depuis plusieurs années. Voici un commentaire qu'il faisait dans le périodique *The Atlantic Monthly*, sur la récente expansion de notre programme fédéral d'hygiène:

« Il semble que la recherche, à l'échelle nationale, de meilleurs moyens de mettre la bonne santé à la portée de tout le monde, surtout en ce qui regarde le rôle à jouer par le gouvernement, se manifeste beaucoup plus au Canada que dans notre pays. »

5. — L'ÉVOLUTION DU PROGRÈS SANITAIRE AU CANADA

En ce qui regarde notre organisation sanitaire, le Canada n'a pas cherché à copier quelque autre pays. Nous étudions les programmes des autres pays; nous bénéficions de leur expérience; nous essayons d'éviter leurs erreurs. Mais, en dernière analyse, nous devons tracer notre propre chemin, à la lumière de nos conditions et besoins particuliers.

Ce à quoi nous tendons, c'est d'édifier un

solide réseau de services sanitaires qui préserveront les rapports traditionnels entre médecins et malades; qui permettront aux individus d'arrêter leur choix avec le plus de liberté possible, et qui maintiendront l'équilibre constitutionnel des obligations gouvernementales. Il va sans dire que nous devons toujours tenir compte de l'aptitude des individus et de la nation à se charger d'un nouveau fardeau.

Le développement de notre programme d'hygiène s'est poursuivi graduellement, avec le sens des responsabilités, toujours en deçà des limites de nos moyens. Il est vrai que l'on rencontre certaines gens qui voudraient nous précipiter la tête la première à la poursuite de programmes téméraires et irréfléchis, sans se soucier aucunement des vues de la profession médicale ni des vœux exprimés par les gouvernements provinciaux. *A mon avis, la manière dont nous avons abordé ce problème, c'est-à-dire d'une façon raisonnable et sensée, non seulement tient compte de nos traditions, de nos coutumes et de nos moyens financiers, mais elle apparaîtra à la longue comme la ligne de conduite la plus sage.*

Je suis sûr que, dans les années à venir, quand nous jetterons un coup d'œil en arrière sur le développement du Programme national d'hygiène du Canada, quand les difficultés et les obstacles auront presque tous été surmontés, que les meilleurs soins de santé seront plus facilement accessibles à tous, nous reconnaitrons la sagesse dont nous avons fait preuve, au Canada, en abordant ce problème avec persévérance, esprit de suite et dynamisme. Le Canada a profité de l'expérience des pays qu'un enthousiasme irréfléchi, une élaboration incomplète ou même l'opportunisme politique ont induits à prendre, dans le domaine sanitaire, des mesures précipitées et insuffisamment mûries. Par-dessus tout, nous voulons maintenir bien vivantes en ce pays les valeurs immatérielles qui assurent le progrès de la médecine, à savoir la liberté professionnelle, de hautes normes de compétence et le penchant infailible qui porte le médecin à servir d'une façon désintéressée.

LA SANTÉ DE L'ÉCOLIER¹

G. CHAREST, M.P.H.,

Surintendant, Division des maladies contagieuses,
Service de Santé de Montréal.

En ce qui concerne les nouveaux venus à l'école, il faut d'abord qu'ils soient vaccinés contre la variole. Cette vaccination est obligatoire dans la province de Québec et ici même à Montréal, le règlement no 324 est encore plus explicite à ce sujet et oblige, en plus des parents, les directeurs et directrices des écoles, collèges et couvents, à exiger avant l'admission de tout nouvel élève qu'il soit pourvu d'un certificat de vaccination efficace.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les bienfaits d'une telle mesure car il y a déjà 35 ans que le dernier décès dû à cette maladie a été enregistré à Montréal. La variole a donc été bannie et tenue en échec mais cela grâce à une surveillance vigilante et à l'application rigoureuse de la législation.

Notre tâche est cependant facilitée par la compréhension toujours plus grande témoignée par les parents eux-mêmes.

Durant le mois d'août, les consultations municipales sont ouvertes à cette fin, soit l'avant-midi ou l'après-midi: une liste détaillée de l'endroit de chacune des consultations et des heures de bureau est publiée dans les journaux.

De plus, les médecins praticiens sont toujours à la disposition des parents pour pratiquer la vaccination contre la variole car le vaccin est fourni par le Service de santé et ils peuvent s'en procurer dans les neuf centres sanitaires de même qu'au bureau de la division des maladies contagieuses, dans l'annexe de l'hôtel de ville, 775 rue Gosford.

Il est également recommandé lors de l'entrée à l'école de ces nouveaux venus, de leur faire donner une dose de rappel du vaccin contre la diphtérie et la coqueluche. Cela suppose évidemment qu'ils ont été immunisés précé-

demment en bas âge et qu'ils ont reçu les trois injections recommandées pour les protéger contre ces maladies.

L'enfant peut donc recevoir la dose de rappel contre la diphtérie et la coqueluche en même temps qu'il est vacciné contre la variole c'est-à-dire durant la même visite soit à la consultation, soit chez le médecin praticien car la réaction vaccinale ne commence à se produire que vers le cinquième jour après l'inoculation, alors que la dose de rappel est ordinairement inoffensive ou ne donne qu'une réaction légère dans les 24 premières heures.

Il y a cependant un certain nombre d'enfants qui arrivent à l'école, sans avoir été immunisés et c'est parmi eux que surviennent des cas de diphtérie souvent mortels: quelques parents s'opposent, prétextant qu'eux-mêmes n'ayant pas été immunisés durant leur enfance, ils n'ont pas contracté la maladie. C'est un risque grave qu'ils laissent peser sur la vie de leurs enfants car la diphtérie frappe ses victimes dans tous les milieux et davantage dans les endroits surpeuplés. Il faut donc que ces enfants non protégés reçoivent les trois injections contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos et cela le plus tôt possible.

Depuis le début de l'année 1953, seulement 3 cas de diphtérie ont été rapportés à la division des maladies contagieuses et il n'est survenu aucun décès à date. Il est à espérer que, pour la première fois, nous pourrions réaliser l'objectif convoité depuis si longtemps d'avoir une absence complète de mortalité par diphtérie durant une année entière: il y aura 25 ans le mois prochain que la prévention de la diphtérie par l'emploi de l'anatoxine de Ramon a été préconisée et appliquée par le Service de santé de la Ville de Montréal.

Le vaccin contre la coqueluche n'a été employé que depuis le mois de septembre 1944, mais son emploi ne nécessite pas d'injections

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers au Quart d'heure de Concordia », au poste CKAC, le mardi 11 août 1953, à 10.30 p.m.

supplémentaires car il est associé à celui de la diphtérie.

Cette année, il y eut à date 674 cas de coqueluche rapportés et 5 décès comparativement à 737 cas et 1 seul décès durant la même période en 1952.

La coqueluche n'a pas la même gravité chez l'enfant d'âge scolaire que chez le nourrisson car 70% des décès surviennent avant l'âge d'un an mais cependant la durée de la maladie qui est de 4 à 6 semaines et la coïncidence d'une grippe ou bronchite aiguë durant les mois d'hiver nécessitent souvent une longue convalescence. Enfin, depuis le mois de juin 1951, le Service de santé emploie le vaccin trivalent qui contient en plus, un troisième produit biologique qui a été ajouté au vaccin combiné, diphtérie et coqueluche, et protège contre le tétanos.

Pendant cette visite que j'ai mentionnée précédemment, les futurs élèves peuvent subir un examen physique complet.

La présence de la mère ou du père rassure l'enfant et l'un ou l'autre peut fournir les renseignements nécessaires à la préparation par l'infirmière, de la carte médicale scolaire du futur élève, tels l'énumération des maladies contagieuses que l'enfant a déjà contractées dans le passé, les maladies ou opérations chirurgicales qu'il a subies, ses habitudes alimentaires etc.

Cette formalité une fois remplie, le nouvel élève est pesé et mesuré. Il est ensuite amené au médecin qui procède à l'examen du squelette, de la dentition, de l'ouïe et de la vue. Le médecin complète son examen par l'inspection des amygdales, de la perméabilité nasale et par l'auscultation du cœur et des poumons.

Les parents se rendront donc compte des déficiences ou défauts physiques que le médecin pourra déceler lors de cet examen.

Si l'enfant souffre de carie dentaire qui est si fréquente à cet âge, les parents pourront voir le dentiste ou le conduire à une clinique municipale dentaire.

Si l'enfant souffre de dénutrition ou d'obésité, de troubles de l'audition, de la vue, de la

stature etc., les parents devront consulter leur médecin de famille ou amener l'enfant à la clinique d'un hôpital.

D'autres défauts physiques, tels l'hypertrophie des amygdales et les végétations adénoïdes, doivent être traités immédiatement afin que l'enfant puisse faire sa convalescence durant les vacances qui s'achèvent.

Quant aux élèves qui retournent à l'école et qui ont subi leur examen physique durant l'année scolaire, les parents ont reçu un feuillet ou avis médical indiquant quels sont les défauts physiques qu'ils doivent faire corriger. Une infirmière du Service de santé s'est présentée au domicile de ces parents pour leur expliquer quels sont les défauts physiques les plus importants dont souffre leur enfant.

Il ne me reste plus qu'à vous mentionner que le Service de santé en collaboration avec l'Institut de Microbiologie de l'Université de Montréal, a entrepris depuis quelques mois, la vaccination contre la tuberculose par le BCG chez les écoliers de Montréal. Après avoir débuté dans les districts Maisonneuve et Rosemont, le travail sera complété dans ce dernier district après l'ouverture des classes et continué dans d'autres districts.

Le Service de santé demande aux parents de signer et de retourner la formule de consentement que l'élève apportera à la maison afin que l'équipe volante formée à cette fin puisse procéder sans retard et que la vaccination contre la tuberculose de tous les élèves des écoles primaires soit complétée avant la fin de l'année scolaire 1954-55.

Cette vaccination est pratiquée d'une manière presque identique à la vaccination anti-variolique en introduisant à travers la peau par de légères scarifications dans la région lombaire, une certaine quantité de vaccin contenant le bacille de Calmette-Guérin; une épreuve préliminaire doit établir si l'enfant réagit négativement vis-à-vis le BCG ou à la tuberculine elle-même.

Cette initiative a pour but de combattre la tuberculose avec tous les moyens mis à notre disposition: vaccination par le BCG, dépistage précoce par les radiographies de toute la

population, traitement des malades et isolement des contagieux en milieu sanatorial.

Les progrès réalisés depuis les 15 dernières années à Montréal dans la lutte contre la tuberculose alors que le taux de mortalité par cette maladie est passé de 74,8 à 23,4 par 100 000 de population, représentent une diminution de 69% dans le nombre des décès.

Ces succès doivent nous inciter à redoubler d'efforts afin d'atteindre les mêmes résultats déjà obtenus dans d'autres villes du continent nord-américain.

D'autre part, les vaccins que j'ai énumérés préservent les enfants contre les maladies contagieuses les plus graves mais certaines autres contre lesquelles nous n'avons aucun agent

de prévention, sévissent encore à l'état endémique dans les agglomérations d'enfants surtout d'âge scolaire.

C'est pourquoi j'aurai à vous entretenir bientôt d'un autre aspect du programme médical scolaire, celui du contrôle des maladies contagieuses à l'école.

Il faut donc retenir que la santé de vos enfants dépend d'un nombre de facteurs tout aussi importants les uns que les autres, tels la prévention des maladies contagieuses majeures, la correction des défauts physiques pour atteindre à un degré complet de développement physique, l'alimentation qui est à la base d'une nutrition et d'une croissance normale, enfin la résistance naturelle à la maladie sous toutes ses formes.

VARIÉTÉS

LES RAPPORTS DE LA NEUROLOGIE ET DE LA PSYCHIATRIE

ÉTUDE HISTORIQUE

Henry HECAEN (Paris)

Il peut paraître assez futile actuellement de revenir sur les grands courants d'opinion qui ont marqué les modes de pensée en neurologie et en psychiatrie depuis que ces deux sciences ont acquis droits de cité au cours du XIX^e siècle. Les apports actuels de la neurophysiologie comme ceux de l'électroencéphalographie et de la neuro-chirurgie, le développement de la médecine psychosomatique, l'élaboration de conceptions telles que celles de l'adaptation de Selye ou la cybernétique de Wiener et McCulloch mettent en évidence le verbalisme des thèses et discussions antérieures. Nous croyons cependant qu'il peut être fructueux de remettre en mémoire les opinions soutenues par nos prédécesseurs, de tenter de montrer comment sur le problème des rapports de la neurologie et de la psychiatrie c'est-à-dire en fait sur le plan médical celui des rapports du physique et du moral, ont évolué les idées. Les grands courants de pensée peuvent se retrouver jusqu'à un certain point dans les positions actuelles, et leur étude en dehors de leur intérêt historique intrinsèque peut permettre d'envisager de nouvelles démarches, d'éviter des interprétations imprudentes ou des généralisations hâtives de faits pourtant exacts.

Nous tenterons donc, non pas naturellement un historique complet de la question mais l'exposé de quelques-unes des opinions des anciens auteurs. La période moderne sera évoquée par le sommaire des trois grandes conceptions du fonctionnement général du système nerveux et de ses troubles, je veux parler des systèmes de H. Jackson, Von Monakow et de Goldstein. Nous évoquerons ensuite la

thèse organo-dynamiste de Henri Ey sans y insister longuement puisque cet auteur l'a certainement développé déjà devant nous. Enfin pour terminer nous rappellerons brièvement les discussions que nous poursuivons avec lui sur ce sujet.

Si on suit d'un point de vue historique la genèse de la neurologie et de la psychiatrie en tant qu'entités médicales on se rend compte que les limites entre ces deux sciences ont été depuis toujours mal définies.

Si au début du XIX^e siècle la question des rapports du physique et du moral est à la base de toutes les discussions, le problème de la folie est le plus souvent posé sous l'angle médical, c'est-à-dire sous la forme des rapports des troubles de l'esprit avec les modifications de l'organisme. On invoque soit un mécanisme extracentral en parlant de « folies sympathiques » (le cerveau n'est jamais affecté par les passions, dit Bichat), soit un mécanisme cérébral. Depuis Gall on tend à admettre que toutes les fonctions psychiques ont un même siège, le cerveau. Mais tandis que pour les localisationnistes « les circonvolutions doivent être reconnue pour les parties où s'exercent les instincts, les sentiments et les penchants, les talents, les qualités affectives et générales, les formes morales et intellectuelles » (Gall), pour d'autres, avec Flourens, les perturbations de l'intelligence ne répondent pas à des lésions de certains points déterminés du cerveau.

A partir de cette époque, grâce aux études expérimentales et à certaines données anatomiques, le système nerveux est conçu comme un centre de régulation des fonctions essentielles de l'organisme. Flourens admet trois

propriétés distinctes du système nerveux, l'une de percevoir et de vouloir: l'intelligence, l'autre de recevoir et de transmettre des impressions: la sensibilité; la troisième d'exciter immédiatement la contraction musculaire: l'excitabilité.

Nous pourrions croire que du fait de cette division le cadre de ces deux sciences, la neurologie et la psychiatrie, paraisse nettement défini: la neurologie répondant aux modifications du mouvement et de la sensibilité; la psychiatrie répondant aux troubles de l'intelligence. En réalité, déjà Esquirol dans la définition de la folie décrit celle-ci comme une affection cérébrale ordinairement chronique sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence, et de la volonté. Moreau de Tours abordant les rapports de la folie et des autres affections du système nerveux admet que, sous quelque rapport qu'on les considère au point de vue lésionnel, la folie et l'idiotie ne diffèrent en rien des autres affections du système nerveux, bien que d'ailleurs, ajoute cet auteur, « nous admettions qu'il n'y a aucun rapprochement à faire quant à la nature des fonctions troublées ». Voici comment nous croyons pouvoir exprimer les tendances de Moreau de Tours sur les problèmes qui vont nous occuper ici.

1) *Unité du lésionnel et du fonctionnel* — Au point de vue des conditions anatomo-pathologiques, la folie ne diffère en rien des maladies ordinaires. Le fond primordial de la folie réside essentiellement dans une lésion dynamique non fixe, qui, par la persistance, la durée ou la violence de son action finit le plus souvent par donner lieu à un désordre moléculaire fixe, à des lésions matérielles susceptibles d'être vérifiées sur le cadavre.

2) *Caractère basal essentiel de la folie* — Pour Moreau de Tours chez le maniaque comme chez le monomaniac, les idées ont un caractère morbide identique; en effet, ce caractère, elles le tirent de l'empire absolu qu'elles exercent sur le malade, ou pour tenir un langage plus précis, de la transformation du moi, de l'état de rêve auquel elles appar-

tiennent. Que ces idées soient plus ou moins nombreuses ou renfermées dans un cercle plus ou moins étroit, qu'elles se succèdent avec rapidité ou bien qu'elles persistent, tenaces et exclusives, peut faire varier à l'infini leur manifestation extérieure, mais ne change rien à leur nature intrinsèque.

3) *Le caractère unitaire des troubles nerveux* — « Dans les troubles fonctionnels du cerveau, je ne comprends pas, écrit cet auteur, que l'on puisse voir autre chose que des manifestations pathologiques, variées comme le sont elles-mêmes les diverses fonctions de cet organe, mais qui se confondent toutes à leur origine comme les branches d'un arbre à leur tronc commun ». Moreau de Tours déclare encore « un point sur lequel nous voulons appeler l'attention, c'est cette alternative continue de phénomènes purement nerveux (douleurs névralgiques, spasmes, contractions musculaires) et des troubles intellectuels. Il y a là une preuve, bien faite pour dessiller les yeux de moins clairvoyants, de l'inévitable solidarité qui relie les diverses parties du système nerveux, quelque soit l'ordre de fonctions qui leur a été départi: fonctions intellectuelles, sensibilité, motilité, toutes peuvent être atteintes, troublées, perverties, exaltées, amoindries par une seule cause morbide ».

4) *Le caractère global du fonctionnement de l'organisme* — Moreau de Tours se révolte contre les gens qui se croient fondés à dire: ceci est du corps, ceci est de l'esprit et tracer arbitrairement le cercle, en marquer les limites dans lesquelles l'une et l'autre substance, la matérielle et la spirituelle, doivent agir. « N'est-il pas évident, dit Moreau de Tours, que tout être ayant vie, que le premier de tous les êtres créés, l'homme, nous appartient à nous physiologistes bien mieux qu'à vous philosophes; à nous qui l'étudions dans son entier, dans son tout, un et indivisible, qu'à vous qui ne vous attachez qu'à l'un des côtés de l'être humain, à l'une de ses parties, partie que vous devez désespérer de bien connaître jamais, attendu qu'elle n'a d'existence po-

sitive, nous voulons dire saisissable, intelligible, que par sa réunion au tout ».

Par contre vers la même époque, Marcé reprenant la classification de Cullen, divise les affections du système nerveux en deux classes: 1°) celles qui reconnaissent pour point de départ un changement matériel dans la structure de l'encéphale et de ses dépendances; 2°) celles qui ne s'accompagnent d'aucune lésion organique appréciable: les névroses. La folie appartient à la fois à ces deux classes.

Voici donc à peu près les tendances psychiatriques de cette époque et comment on conçoit les bases de la psychiatrie, quel est son cadre, quelles sont ses limites. La psychiatrie se différencie des autres sciences par son contenu. Elle s'intègre dans le cadre des affections du système nerveux. Dans les affections de ce système on distingue déjà les troubles par lésion en foyer des troubles sans lésion appréciable. Comme méthode d'étude on emploie soit une méthode anatomo-clinique encore à l'état d'ébauche soit, et le plus souvent conjointement, une méthode d'étude psychologique.

La tendance nosologique se base en partie sur les troubles des qualités de l'âme et dissocie à plaisir, les troubles des qualités élémentaires de l'activité psychique. Mais rapidement contre les classifications simplistes des monomanies se soulèvent la plupart des auteurs.

La *psychiatrie* en tant que science indépendante se sépare du cadre de la médecine générale assez rapidement: 1°) par les caractères particuliers du sujet qu'elle aborde; 2°) pour des raisons d'assistance.

La *neurologie* ne devient une branche à part de la médecine que plus tardivement. On peut dire que ce sont les travaux de Charcot, Vulpian, Westphal et Duchene de Boulogne, qui lui donneront son autonomie. C'est par des méthodes nouvelles, physiologiques, électrologiques, anatomo-pathologiques que vont se créer des cadres nosologiques. Ce sont ces cadres qui vont créer de nouveaux systèmes et c'est par eux que, donnant une valeur de

causalité au symptôme par rapport à la lésion, créant une dépendance entre le système anatomique et la fonction, la neurologie deviendra une science claire, précise, quasi physico-mathématique, une des branches les plus homogènes de la médecine. Dans la pathologie spinale par exemple, Charcot admet tout un groupe d'affections élémentaires dont la combinaison produit les formes complètes; celles-ci pouvant être à leur tour, à l'aide de l'analyse clinique, décomposées en leurs éléments constituants. Si la neurologie est faite surtout de cadres anatomo-cliniques définis, statiques et souvent irréversibles, le neurologue de cette époque est loin de se désintéresser des modifications dynamiques comme les appelle Charcot. Les mêmes lois physiologiques doivent s'appliquer pour lui aux névroses, manifestations dynamiques et aux maladies organiques. Le neurologue se désintéresse de la genèse des symptômes pour en chercher la cause. C'est moins la structure et le déroulement du syndrome que la séparation en organique et fonctionnel qui est l'objet de ses préoccupations. Ce ne sont point les rapports du physique et du moral qui constituent pour lui un problème mais la séparation du physique et du moral. La séméiologie deviendra avec Babinski une étude objective des phénomènes. L'objectif n'est pas seulement l'opposé du subjectif, ou même l'ennemi, mais aussi il prend dans la nouvelle séméiologie un caractère statistique de sa valeur de fixité. Le symptôme devient un signe et sa signification égale lésion.

C'est pour cela que ce qui sort des cadres de la clinique objective, ce qui est variable et réversible devient sujet de méfiance. Ce qui échappe à ses cadres porte atteinte au besoin de clarté et de précision du neurologue, ce n'est point de l'organique, ce n'est point de l'organisé, c'est en un mot du psychique. La neurologie arrive par ce procédé à une impasse, les cadres deviennent tellement fixes qu'ils fixent la neurologie. On fait du figlage à l'extérieur d'un édifice dont on ne connaît pas encore la structuration.

Cette structuration est cependant définie en tant que plan dans les travaux de Jackson et sera exprimée dans les données de la physiologie de l'intégration de Scherrington ainsi que dans les développements cliniques de Head, de Von Monakow et Mourgue.

Mais avant d'envisager ces grandes synthèses, voyons comment sont envisagés les problèmes des rapports du physique et du moral sous l'angle précis des rapports de la neurologie et de la psychiatrie. Nous choisirons arbitrairement quelques auteurs qui nous paraissent caractéristiques de l'ambiance particulière et des tendances de leur époque; pour ne point trahir leurs pensées nous suivons d'aussi près que possible leur texte même.

Toulouse, Vaschide et Pieron font une séparation nette entre les phénomènes physiologiques et psychiques. Ces auteurs écrivent « de même qu'un phénomène physiologique est différent d'un phénomène physico-chimique par un élément irréductible: la vie, de même un phénomène psychologique est caractérisé par un autre élément irréductible la conscience. Un phénomène physiologique est un phénomène physico-chimique avec en plus: la vie, un phénomène psychique est un phénomène physiologique avec en plus la conscience ».

Cette séparation est tellement irréductible que, d'après Jaspers, malgré l'union intime indéniable du corps et de l'âme, l'étude des fonctions physiologiques et physiques ne se rencontre jamais. « Tout se passe, d'après cet auteur, comme si on explorait de deux côtés un continent inconnu, mais les explorateurs ne se rencontrent jamais, ils demeurent séparés par une large étendue impénétrable ».

Grasset se révolte contre la tendance de ceux qui parquent les aliénistes et les neurologistes « dans des domaines isolés, séparés par une haute muraille, sans autre ouverture que quelques meurtrières, et par un large fossé sur lequel aucun pont ne permettrait le rapprochement et la collaboration de ces voisins méfiants, qui étaient presque tentés de se considérer comme des rivaux ». Il ne nie pas qu'il n'y ait une différence entre ces deux sciences,

mais c'est la différence qu'il y a entre deux chapitres du même livre, entre deux branches du même arbre, entre deux aspects d'une même grande science. Le système nerveux est *un*, et l'étude de son fonctionnement et de ses détraquements forment l'objet commun et unique de la psychiatrie et de la neurologie. En tant qu'objet d'étude, cet auteur sépare la neurologie de la psychiatrie. L'objet de la psychiatrie est l'étude des maladies mentales, c'est-à-dire d'une partie de maladies psychiques, de celles qui frappent le psychisme supérieur. (Nous savons que cet auteur admet une hiérarchie des centres psychiques: les centres automatiques inférieurs (polygone d'association des activités psychiques réflexes) et les centres supérieurs — centre o — foyer des convergences des associations qui relie la base du polygone de l'automatisme à la personnalité mentale supérieure). L'activité psychique comprend tous les actes corticaux dans lesquels entre de la pensée, de l'intellectualité, du psychisme à un degré quelconque. L'activité mentale de nature plus élevée, ne comprend que les phénomènes psychiques supérieurs. Tout ce qui est mental est psychique. Tout ce qui est psychique n'est pas nécessairement mental. Nous voyons que cette conception de Grasset, quoique floue quant aux termes et imprécise quant aux cadres, tend à séparer les phénomènes élémentaires des phénomènes de synthèse et admet une hiérarchie de niveau.

Dans l'œuvre de P. Janet s'est affirmée, particulièrement à partir des problèmes des rapports des névroses et des maladies organiques, une conception fortement hiérarchisée des fonctions nerveuses. Dans son livre sur la névrose, P. Janet entreprenant de répondre à la question « qu'est-ce qu'une névrose » souligne d'abord l'inexactitude des réponses qui ont été jusque là suggérées. Ce groupe de maladies, fait-il remarquer d'abord, fut pendant longtemps le tiroir commode pour y classer les faits ayant un caractère d'extraordinaire et d'incompréhensible. Puis on tendit à trouver l'unité de ce groupe d'affections du système nerveux dans l'absence de lésions anatomi-

quement appréciables et P. Janet d'insister sur ce que « déclarer que l'unité de la classe des névroses ne repose que sur notre ignorance de la lésion c'est admettre en réalité que cette unité n'existe pas et que ce groupement de symptômes dépend uniquement du hasard, d'une ignorance égale pour tous ».

Cette unité, d'autres pensent la trouver, notamment Dubois de Berne, dans l'intervention de l'esprit, des représentations mentales dans tous leurs symptômes. Mais, tout en reconnaissant la grande valeur de cette définition des phénomènes névrotiques, P. Janet précise que l'isolement des névroses ne peut se faire totalement sur cette base car dans bien d'autres maladies les phénomènes psychologiques jouent un grand rôle; d'autre part il se refuse à suivre Dubois lorsque celui-ci croit pouvoir spécifier le caractère des névroses par la priorité des troubles psychologiques qui créeraient secondairement les désordres fonctionnels.

Après cet exposé critique des théories envisagées, P. Janet présente ensuite sa propre conception. Elle postule un mode de penser non anatomique mais psychologique. Nous devons « avoir toujours présent à l'esprit la considération des fonctions beaucoup plus que la considération des organes », car les troubles névropathiques portent toujours sur des fonctions, sur des systèmes d'opérations et non pas isolément sur un organe ».

Mais dans ces fonctions Janet reconnaît la nécessité de distinguer « diverses parties hiérarchiquement superposées ». Les fonctions très anciennes contiennent des parties très faciles, assurées par des organes distincts et spécialisés, mais dans toute fonction existent des parties supérieures qui consistent dans l'adaptation de ces fonctions à des circonstances plus récentes. Enfin il reconnaît à chaque fonction une partie encore plus élevée « c'est celle qui consiste dans son adaptation à la circonstance particulière qui existe au moment présent, au moment où nous devons l'employer, dans l'adaptation plus ou moins complète à l'ensemble des phénomènes extérieurs et intérieurs dans lesquels nous sommes pla-

cés à ce moment même » et P. Janet d'insister sur ce que cette partie toute supérieure de chaque fonction, à l'encontre des parties inférieures stabilisées depuis longtemps, se transforme incessamment. « Dans les parties qui président à ces actes (opération de volonté présente, perception de la réalité changeante, formation des croyances), le cerveau ne fonctionne pas seulement comme le cœur qui se borne à mettre en œuvre un organe déjà construit, il se forme lui-même continuellement. Jusqu'au dernier jour de la vie le cerveau continue l'évolution embryonnaire, et la conscience manifeste de cette évolution ». Et Janet conclut: « les névroses sont des troubles ou des arrêts de cette évolution ». Puisqu'elles portent sur la partie supérieure des fonctions, on ne s'étonnera pas de ne pas trouver de lésion dans un organe déterminé, les parties stabilisées de la fonction sont intactes, ce qui est perturbé c'est son développement. Le symptôme névrotique reste un fait biologique qui ne peut se produire sans modifications de l'activité cérébrale mais celles-ci ne résultent pas de lésions d'une zone précise du système nerveux mais sont déterminées par des « lésions portant souvent sur des organes éloignés et déterminant par contre-coup l'arrêt de l'évolution de la fonction ».

Henri Ey en 1938 analysant l'œuvre de P. Janet sur ce point, précise qu'on peut admettre qu'une telle conception des névroses par rapport aux maladies dites organiques rejoint celle de H. Jackson des dissolutions locales et uniformes des fonctions nerveuses. Certes l'organicisme foncier est le même, ainsi que la notion de fonctions hiérarchisées, mais il est à remarquer que Janet insiste aussi sur le fait que les névroses, troubles de l'évolution des fonctions sans détérioration de leurs parties anciennes se distinguent des troubles psychologiques non névropathiques où existe cette détérioration des mécanismes psychologiques anciennement organisés et assez stables. La distinction de Janet ne porte donc pas entre neurologie et psychiatrie mais bien entre névroses d'une part et démences et faits neurologiques d'autre part.

Le point de vue ontogénique de l'évolution des fonctions se trouve dans la conception de Dupré. D'après cet auteur, l'édifice psychique représente bien, de sa base au sommet, une œuvre continue et un système dont toutes les parties sont étroitement solidaires. Comme tous les monuments, l'édifice psychique ne doit son équilibre qu'à la stabilité de ses fondations représentées par les principaux centres cérébraux, et son existence même, qu'aux matériaux issus du sol sur lequel il repose. Le sol en l'espèce est l'organisme, dont l'encéphale n'est que la représentation résumée, condensée et hiérarchisée.

La fusion de ces énergies sensitivo-motrices, sensorielles, cénesthésiques, a pour résultat des combinaisons d'images, de représentations et de tendances qui s'organisent en états intellectuels affectifs et moteurs de plus en plus complexes. De la réaction réciproque des uns sur les autres de ces produits déjà très élevés de l'activité cérébrale, résultent les idées, les sentiments et les actes; enfin, le langage, en substituant la notion symbolique à la représentation concrète des états psychiques, en facilitant la fixation, le jeu réciproque, l'échange et la combinaison des processus psychiques, en introduisant l'abstraction dans l'activité mentale est intervenu au cours du développement psychogénétique à la fois comme le résultat d'une évolution mentale déjà très avancée, et comme l'instrument du progrès indéfini de la pensée.

L'inégalité du développement ontogénique des divers étages anatomo-physiologiques de l'encéphale est une des raisons qui avec tant d'autres, expliquent pourquoi, comparée à l'anatomie neurologique proprement dite, l'anatomie psychologique soit si pauvre en documents et si incertaine dans ses conclusions. Les territoires cérébraux dévolus aux fonctions sensitivo-motrices et sensorielles sont en raison même de leur ancienneté fonctionnelle fixes et comme stéréotypés dans le siège anatomique et les connections physiologiques de leur activité. Si cette spécialisation est relativement récente, comme pour les zones du langage comparées

aux zones de l'activité motrice et sensorielle, les localisations sont déjà moins fixes et moins nettement arrêtées. Si l'on s'élève encore dans la hiérarchie des fonctions cérébrales supérieures, on aborde un ordre d'activité plus élevée, tardivement apparue dans l'évolution fonctionnelle du cerveau et par conséquent d'organisation récente, celui des opérations psychiques les plus hautes et les plus complexes de la vie affective et intellectuelle. La fonction est encore trop récente dans le temps pour s'être constitué un organe dans l'espace.

Le psychique, produit de synthèse, naît de l'association synergique d'activités cérébrales, d'ailleurs inégales mais multiples; aucune de ses composantes n'est indispensable à l'intégrité de la résultante. Toute atteinte à l'un des éléments originels de ce complexus, trouble et diminue l'activité psychique, dans une mesure proportionnelle à l'étendue de la lésion et à l'importance du centre lésé. Comme la lumière blanche dans le spectre, comme la symphonie dans un orchestre, l'intelligence dans l'encéphale a ses origines et son siège partout, et son centre nulle part.

Nous voyons donc qu'ici et là ces questions avaient été l'objet de réflexions des cliniciens mais ce n'est que dans les vastes systèmes de Hughlings Jackson, de Von Monakow et Mourgue, de Golstein, que les rapports de la neurologie et de la psychiatrie seront abordés dans toute leur ampleur au sein d'une théorie complète du fonctionnement du système nerveux.

C'est surtout dans ses conférences de 1884 que H. Jackson aborde ce problème. Se défendant des critiques de matérialisme qui ont été faites à la doctrine Spencérienne, il dit avec Spencer qu'il existe un parallélisme entre une certaine évolution physique et l'évolution psychique correspondante. Si quelqu'un, dit Jackson, désire être entièrement matérialiste en ce qui concerne la matière, le système nerveux, qu'il ne soit pas matérialiste en ce qui concerne l'esprit, lequel n'a rien de matériel. L'homme possède un esprit et un corps. Au point de vue physique l'homme est un méca-

nisme sensorio-moteur. Les symptômes mentaux d'une maladie de l'hémisphère sont (du côté physique) semblables fondamentalement à l'hémiplégie, à la chorée et aux convulsions. Ils sont tous en rapport avec un déficit ou un déroulement désordonné sensorio-moteur. Traitant des rapports entre la conscience et les états nerveux, Jackson établit 1°) que les états de conscience (ou états mentaux) sont entièrement différents des états nerveux; 2°) que ces deux états se produisent simultanément, pour chaque état mental, il existe un état nerveux correspondant; 3°) que, quoique les deux états se produisent parallèlement, il n'existe entre les deux, aucune interférence.

Ainsi l'image visuelle, état purement mental, se produit parallèlement aux activités des chaînons les plus haut situés de la chaîne physique. Se développant en même temps, et non grâce à ces activités, l'image visuelle peut être considérée comme en dehors de ces chaînons.

Il soutient aussi que les états matériels ne peuvent s'expliquer par les états psychiques. Il développe cette idée dans la démonstration de l'origine paralytique de l'immobilité post-épileptique. Celle-ci n'est pas due d'après Jackson à la perte de la conscience, mais comme il attribue ce qui est physique au physique elle est due à une paralysie totale. Le point de vue de l'évolution permet cependant de classer les affections du système nerveux dans une série allant depuis l'atrophie musculaire progressive jusqu'à l'aliénation mentale. Si nous considérons, dit Jackson, l'aliénation mentale comme une simple série de phénomènes mentaux, il serait absurde de la comparer à l'atrophie musculaire progressive, laquelle représente simplement une série de phénomènes physiques. Mais on ne trouve aucune difficulté si nous acceptons l'aliénation mentale comme une maladie des centres les plus élevés se révélant par une série de phénomènes mentaux. A l'échelon le plus bas nous trouverons l'atrophie musculaire, à l'échelle le plus élevé les troubles des organes du psychique (base physique de la conscience).

Les thèses de Jackson témoignent donc d'un

organicisme foncier, mais nettement dualiste du fait de sa doctrine de la concomitance dans les rapports du physique et du moral. Les critiques de Von Monakow et Mourgue à la théorie de Jackson sont importantes. Tout en admettant le principe de l'intégration en portant cependant certaines restrictions sur la désintégration étagée pure, ces auteurs reprochent à la doctrine Jacksonienne de ne pas faire la différence entre les appareils à exécution immédiate (segment dit métamétrique) et ceux destinés à l'élaboration des excitations dans le temps (cortex). En outre, dans le jacksonisme le problème de l'instinct n'est pas suffisamment mis en valeur. Jackson néglige également la lutte qu'engage l'organisme pour réparer le dommage qui vient de lui être causé. Von Monakow et Mourgue soulignent au contraire l'importance de ce processus qu'ils nomment « Syneidesis ». Ces mêmes auteurs s'élèvent contre le dualisme de Jackson et par la notion de « Hormé » matrice des instincts, indissolublement lié au protoplasme vivant donnent à leur doctrine un visage essentiellement moniste, quoique résolument vitaliste.

Pour Golstein l'organisme doit être considéré comme un réseau ininterrompu qui fonctionne toujours comme un tout. Si les réactions à un stimulus paraissent liées au fonctionnement de certaines régions, il n'y a là qu'apparence. L'organisme est modifié en totalité, mais « la distribution de l'excitation varie avec les opérations dont il s'agit chaque fois » et les effets apparaissent plus nettement dans tel ou tel domaine. Il existe aussi un « processus dominant » dans ces régions privilégiées tandis que dans les autres zones s'accomplit le processus d'arrière plan » qui lui donne sa tonalité générale. La tâche de l'organisme devant toute stimulation sera d'orienter l'excitation de telle sorte que la « figure » créée par le processus dominant se détache du « fond », résultat de l'activité du reste de l'organisme. Que survienne la maladie, la différenciation du fond et de la figure va disparaître en premier lieu tandis que persisteront des réactions plus globales qui peuvent s'accom-

plir malgré la « dédifférenciation figure-fond ». Les réactions aux excitations montreront la perte des attitudes supérieures qui réclament cette différenciation; aussi les réactions seront-elles plus soumises aux situations extérieures, moins libres.

Mais, dit Goldstein, le siège chaque fois différent de la lésion corticale conduit à des tableaux cliniques différents, parce que les diverses régions de l'activité sont plus ou moins touchées par le processus de dédifférenciation; chaque localisation entraîne une diminution plus ou moins grande de la fonction fondamentale de différenciation, tant en général que spécialement, selon la situation du foyer pour des opérations liées à telle matière déterminée ». Il faudra aussi se souvenir, pour comprendre les symptômes présentés par les blessés cérébraux, que la maladie, si elle peut diminuer la quantité d'énergie nerveuse disponible totale, augmente surtout la dépense d'énergie dans une fonction donnée. Aussi, beaucoup de troubles apparaissent-ils parce qu'une consommation trop importante d'énergie a été nécessaire pour une tâche. Ce sont les fonctions les plus nécessaires à l'organisme qui seront maintenues aux dépens des autres. Pour atteindre son but, l'organisme utilisera les voies les plus courtes possibles et réclamant une moindre dépense d'énergie; il se créera un milieu rétréci par rapport au milieu normal afin d'éviter les réactions fausses aux demandes du milieu. L'organisme tente ainsi d'éviter l'échec qui déterminerait des « réactions catastrophiques » qui le paralyseraient pour un certain temps, jusque dans les opérations qu'il était encore capable d'exécuter. Même en cas de réaction correcte, on doit se souvenir que le sujet peut n'avoir abouti à la solution que par des voies inhabituelles, des « détours » qui traduiront eux aussi la modification générale de son comportement.

*
* *
*

Après cette esquisse rapide des positions centrales de ces trois grandes synthèses biologiques, il nous faut envisager avec plus de dé-

tails comment se posent les rapports de la neurologie et de la psychiatrie, aspect du problème qui nous préoccupe surtout ici.

Jackson distingue deux grands groupes de dissolution, les dissolutions locales et les dissolutions générales. « Dans la dissolution générale tout le système nerveux souffre une répression comparativement uniforme. Dans ces cas tout le système nerveux est réduit dans l'ensemble mais tous les centres ne seront pas également affectés. Un agent nocif comme l'alcool s'étend après son entrée dans toutes les parties du système nerveux. Mais les centres supérieurs cèdent les premiers parce qu'ils sont les moins organisés; les centres moyens résistent plus longtemps grâce à leur plus grande organisation. Les centres les plus bas, encore plus organisés, résistent au maximum. Si les centres les plus bas, de la respiration et de la circulation, ne résistaient pas beaucoup plus que les centres élevés, la mort par l'alcool serait plus fréquente ». Quoique dans ses études ultérieures H. Jackson ne s'occupe presque essentiellement que des centres supérieurs lorsqu'il parle de dissolution uniforme, nous voyons qu'il envisage les centres inférieurs et moyens. D'ailleurs lorsqu'il étudie les niveaux de dissolution au cours de l'épilepsie il en admet différents degrés, dans lesquels sont intégrés les troubles moteurs et psychiques. Dans le premier degré, il existe un trouble de la conscience, avec une certaine idéation indiquant une activité de la seconde couche, le tout présentant une analogie avec le rêve. Dans le deuxième degré de profondeur, il existe une perte de la conscience avec activité automatique qui indique une activité de la troisième couche, équivalent du rêve somnambulique. Dans le troisième degré de profondeur on aura le coma avec conservation de la quatrième couche des opérations vitales. Il admet dans tous ces degrés de dissolution un certain degré de paralysie: dans la dissolution du premier niveau, un léger degré de paralysie étendue superficiellement qu'il appelle faiblesse; dans le deuxième degré de dissolution caractérisé par une perte de la conscience une

paralysie de plus « grande épaisseur » et diffuse, mais à cause de l'activité du troisième niveau, certains mouvements de toutes les parties du corps peuvent être excessifs. Dans le coma post-épileptique l'immobilité du malade est interprétée comme une paralysie profonde.

Jackson, puisqu'il admet lui-même: 1°) que les centres les plus élevés sont sensorio-moteurs; 2°) que les affections négatives de la conscience impliquent des états négatifs des centres les plus élevés; 3°) qu'il existe un certain défaut de conscience dans tout cas d'aliénation, devrait défendre l'opinion que dans tous les cas d'aliénation il existe un certain degré, même s'il est léger, de paralysie universelle ou amplement étendue, sensorielle, motrice ou mixte. Cette proposition qui découle des deux premières, il la défend en effet, quoiqu'il ne puisse pas la démontrer dans tous les cas. Il est probable que les degrés les moins marqués d'affection négative de la conscience et les degrés les moins marqués de paralysie se trouvent dans les cas d'aliénation dont l'élément positif est très compliqué, c'est à-dire du côté physique quand la dissolution est peu profonde et très haut le niveau d'évolution conservé. Pour prendre un exemple, la léthargie de certaines démences n'est pas expliquée par cet auteur par un état mental négatif, mais par une paralysie.

D'après ce que nous venons d'exposer des idées de Jackson, nous ne croyons pas qu'il faille déduire que la dissolution uniforme soit une dissolution essentielle aux processus psychiques. Mais on peut dire que les troubles psychiques sont toujours en rapport avec une dissolution globale. Les quelques notes dans lesquelles Jackson parle de dissolutions locales comme étant à la base des troubles mentaux ne cadrent pas comme l'indique Ey avec l'ensemble de sa théorie.

Différentes des dissolutions générales, sont les dissolutions locales. Dans celles-ci la régression de l'évolution est locale. Elle peut se porter soit sur les éléments sensorio-moteurs, soit même sur les centres les plus élevés.

Lorsqu'on envisage la théorie de l'évolution-dissolution selon son critère physique, il n'existe pas de différences qualitatives de diverses fonctions mais on découvre seulement des différences de degrés de dissolution. La théorie de la concomitance ajoutée par Jackson à la théorie évolutionniste fait la différence qualitative des fonctions psychiques et neurologiques mais les différents aspects de la dissolution ne peuvent reconnaître à notre avis que des degrés dans lesquels les dysfonctions neurologiques et psychiatriques apparaissent intriquées comme leur évolution l'a été. Nous croyons que dans la théorie Jacksonienne le point essentiel est la mise en évidence des niveaux de désintégration et la mise en valeur du caractère de dissolution générale du processus psychiatrique s'opposant aux anciennes théories du dysfonctionnement des qualités élémentaires. Par contre, nous croyons que la différence entre dissolution globale (uniquement trouble psychiatrique) et dissolution locale (trouble neurologique) n'est pas mise en évidence par cet auteur d'une manière absolue et n'est pas nécessaire à la compréhension de son système.

Voyons maintenant le point de vue de Von Monakow et Mourgue. D'après ces auteurs le point central de l'étude de l'intégration et de la désintégration demeure la conception de l'instinct. Celle-ci à son tour est subordonnée à la distinction de l'hétérogénéité primitive de la sphère de l'orientation et de la causalité, et de celle de l'interoceptivité ou des instincts primitifs. Les phénomènes morbides du système nerveux sont étudiés dans deux grandes catégories: 1° *les troubles morphologiques* en rapport avec les lésions entraînant une solution de continuité de la substance nerveuse et correspondant à une atteinte de la sphère de l'orientation et de la causalité; 2° *les troubles sécrétoires* en rapport avec des troubles humoraux et répondant à l'atteinte de la sphère des instincts.

Mais en réalité il n'existe entre ces deux catégories qu'une indépendance relative. Au cours des troubles morphologiques le facteur

instinctif en modifie continuellement l'aspect. Et dans les troubles psychiques survenant « chez les organiques » on assiste à une désintégration de la sphère de l'orientation et de la causalité allant de pair avec une désintégration d'un genre tout spécial au niveau de la sphère des instincts. Si l'instinct paraît séparer partiellement ces catégories, nous savons que pour Von Monakow, on trouve à la base de toute l'activité vitale comme force active, la matrice des instincts ou « Hormé ».

Pour Von Monakow et Mourgue le passage d'une étape d'évolution à une autre n'implique pas seulement certaines différences quantitatives, mais constitue en même temps le passage d'un ordre de valeurs biologiques à un autre ordre. C'est ainsi qu'ils font une différence entre les appareils destinés à l'exécution immédiate et ceux destinés à l'élaboration des excitations dans le temps (cortex) ... Cette notion de valeur s'applique aussi bien pour la sphère de l'orientation que pour la sphère des instincts.

Dans la structure de beaucoup de symptômes psychiques, on reconnaît des processus qui sans hésitation peuvent être rangés dans le schéma généralement valable pour les lésions de la substance nerveuse. C'est dans ces cas, disent Von Monakow et Mourgue, que la polarisation de l'instinct de conservation, faisant irruption dans la sphère de l'orientation et de la causalité joue ici le rôle essentiel dans la pathophysiologie des symptômes.

Voici comment ils expliquent, par exemple, les différences entre les mouvements choréo-athétosiques et certains troubles qu'on retrouve dans la schizophrénie. La différence essentielle entre ces troubles locaux d'innervation centrale et ceux de la schizophrénie réside dans ce que la désintégration se produit dans ces deux cas à des niveaux différents. Dans la schizophrénie elle affecte des fonctions plus élevées qui représentent des phases évolutives plus tardives, et qui dépendent de systèmes fonctionnant dans le temps de façon successive et rythmique, tandis que les automatismes kinétiques jouent dans le présent immé-

diat. Dans ces derniers il s'agit d'ordres d'innervations relativement simples et dans la schizophrénie d'innervations successives et progressives s'étendant sur un niveau plus élevé et surtout plus chargé de valeurs. Les deux formes sont l'expression de la hormé individuelle et, de façon semblable quoique dans un sens différent, servent à la réalisation de l'instinct. Dans les deux syndromes il s'agit en première ligne, d'une lutte contre les insultes pathologiques à l'intérieur de la sphère des instincts primitifs: ceux-ci au sens biologique du mot (produits de la hormé) sont l'objet d'une régression jusqu'aux phases embryonnaires les plus primitives où ils deviennent instincts cellulaires et organiques (dans l'athétose et la chorée) et se transforment peu à peu en instincts de tout l'individu (lutte de l'instinct personnel et collectif dans la schizophrénie).

Nous voyons d'après cet exemple le caractère unitaire de l'explication des deux phénomènes considérés par certains comme dissemblables. Les différences dépendent du niveau de désintégration et de la valeur qu'acquiert ce niveau au cours de l'évolution. Ils sont unis par contre, par le caractère de lutte contre les agressions qui viennent les troubler, par le fait qu'ils sont tous deux l'expression de la hormé individuelle.

Pour Kurt Goldstein les mêmes lois sont valables pour toutes les parties du système nerveux. Tous les processus du système nerveux même les phénomènes psychiques, doivent être compris d'après les principes des lois physiques sans que pour cela on doive expliquer les phénomènes psychiques par des processus physiques. Appliquant les thèses de la Gestaltthéorie, il tend à établir l'identité de structure de ce qui se passe dans les phénomènes matériels et les phénomènes psychiques, sans que cela implique une relation causale entre ces deux séries de phénomènes. Dans toute modification il s'agit d'une réaction globale de l'organisme tantôt en rapport avec « quelque chose » que nous appelons psychique, tantôt avec « quelque chose » que nous appelons phy-

sique. C'est nous qui divisons artificiellement les phénomènes organiques en phénomènes psychologiques et physiologiques.

Nous avons vu que, pour cet auteur, les processus globaux sont affectés par toute lésion focale. Le symptôme dit local répond seulement à la tonalité spéciale du trouble général, à la nuance qualitative si l'on veut, mais la spécificité du trouble est à rechercher dans la réaction de l'organisme dans son ensemble.

Comme caractères particuliers de ce système de Goldstein, il faut surtout retenir dans le sens de notre exposé la nécessité de reconnaître une modification fonctionnelle globale dans tous les champs de performance en cas de lésion cérébrale même dite localisée. Le fait neurologique agnosie, aphasie, apraxie, ne peut être considéré comme isolé, il ne représente que le trouble de premier plan, la figure, mais l'arrière fond, les autres performances sont également atteintes.

De la démence à la perte du comportement catégoriel résultat de la lésion focale, de la réaction catastrophique du traumatisé crânien devant une tâche supérieure à ses possibilités, à l'angoisse névrotique, nous ne rencontrons que des différences de degré.

A l'encontre des thèses monakowiennes, le système de Goldstein par contre ne fournit aucune vue génétique de l'organisme, et n'accorde concurremment aucune prédominance au rôle de l'instinct dans la vie de cet organisme.

Dans le cadre de sa thèse organo-dynamiste, Henri Ey a longuement discuté les positions respectives de la neurologie et de la psychiatrie. Pour être en accord avec son système, il se devait de postuler une hétérogénéité de nature entre les deux séries de phénomènes, psychiatriques et neurologiques.

Le fait psychiatrique par définition malgré quelque aspect « isolé » qu'il puisse avoir, traduit un trouble général de la personnalité tandis que le fait neurologique, résultat d'une lésion localisée, ne peut altérer cette personnalité. D'un côté s'inscrit une personnalité résultant des fonctions de synthèse qui ne pourra donc par définition être troublée que globa-

lement, et de l'autre des instruments dont la mise hors d'action gênera cette personnalité sans la modifier.

Ainsi Ey décrit-il, dans le genre pathologie nerveuse, deux espèces distinctes à la fois sur le plan structural et clinique, correspondant chacune à une pathogénie différente. Le fait neurologique n'est qu'un accident dans la conscience du sujet, le fait psychiatrique est une modification d'ensemble de la vie psychique.

Les *troubles neurologiques* sont des désintégrations fonctionnelles *partielles*, c'est-à-dire laissant intactes les autres fonctions, *basales*, c'est-à-dire que ne touchant que les fonctions primitives et élémentaires, elles laissent intacte l'édifice fonctionnel global et supérieur. Leur valeur localisatrice est grande.

Les *troubles psychotiques* sont des dissolutions *globales*, c'est-à-dire troublant le comportement général de l'individu, et *apicales* en ce sens qu'elles décapitent l'architecture fonctionnelle, l'effondrement d'un niveau supérieur permettant l'apparition des niveaux inférieurs. Leur valeur localisatrice est quasi nulle. Elles répondent cependant, par définition encore, sa thèse excluant également toute psychogénèse, à des conditions organiques à définir mais toujours diffuses.

Nous terminerons notre exposé en portant quelques critiques à la thèse de Henry Ey, thèse que nous avons cru inutile d'exposer plus longuement devant vous. Ces critiques nous permettront d'évoquer rapidement notre propre position.

La thèse de Ey très féconde par la nécessité qu'elle implique d'une part d'analyse structurale du tableau psychiatrique et d'autre part, de recherches sur le déterminisme organique du trouble (conditions lésionnelles, humorales, physiochimiques, héréditaires...) affronte par son caractère tranché la critique des faits.

Déclarer qu'un trouble neurologique « n'altère pas en soi la conscience, le jugement ou l'activité sociale du sujet », s'oppose aux constatations cliniques les plus usuelles du comportement d'un aphasique, d'un agnosique ou d'un apraxique. Il n'est nul besoin de déve-

lopper ceci; il suffit de se rappeler comment le sujet, dont un des moyens d'expression ou de connaissance a été altéré, s'adapte à ce déficit en se créant un milieu réduit ou en modifiant ses modes d'appréhension du monde. Un exemple, rappelé brièvement, tiré de notre expérience nous paraît illustrer clairement l'impossibilité d'envisager le trouble comme purement isolé et sans répercussion sur la personnalité. Nous avons pu en effet étudier longuement plusieurs sujets chez qui le docteur David avait amputé le lobe occipital dominant. Nous avons pu constater que la totale alexie post-opératoire disparaissait en quelques semaines ou quelques mois, le sujet parvenant à lire, tout au moins suffisamment pour la vie ordinaire. Le sujet privé de lobe occipital développe d'ailleurs cette capacité de façon substitutive, épelant ou lisant à mi-voix avant de réaliser la signification; il n'est jamais tenté de recourir de lui-même à la lecture qui perd pour lui toute attirance. Mais le fait essentiel ici nous paraît la régression de tout le comportement malgré cette apparente réorganisation. En effet, aucun de nos sujets n'a pu reprendre son ancienne activité sociale: l'employé de bureau est devenu manœuvre, le clerc de notaire se contente de « bricoler », l'ouvrier spécialisé lui aussi ne peut reprendre son activité pré-opératoire et devient simple manœuvre. D'autre part, les familles signalent très souvent des modifications caractérielles importantes.

Que l'aphasie, l'agnosie ou l'apraxie ne représente qu'une simple « gêne » pour la personnalité du sujet qui vit ce trouble, paraît aussi difficile à soutenir, nous semble-t-il, que d'envisager isolément la phobie du psychasthénique ou même la coenestopathie localisée de l'hypocondriaque. Récemment Guiraud, dans sa psychiatrie générale développe une théorie du monisme à double aspect. Il admet des objections à la thèse de H. Ey et souligne particulièrement comment une obsession ou une phobie peut n'être qu'un accident de la vie du malade. « C'est un simple fragment de la vie infantile qui n'est pas intégré au psy-

chisme adulte ». Le jaloux non délirant ajoute-t-il, normal pour H. Ey, montre des troubles du jugement beaucoup plus accusés que l'obsédé. Pour Guiraud la psychiatrie de H. Ey n'est au fond que celle de l'aliénation mentale, de la folie traditionnelle, car cet auteur élimine de son étude aussi bien le côté d'aspect neurologique que les états passionnels ou toutes autres difficultés d'intégration sociale considérées par lui comme simples variations du normal.

Envisageons d'autre part la démence sénile ou paralytique, dissolution globale par excellence. Elle répond à des lésions diffuses mais pouvant intéresser de manière nette des régions à valeur localisatrice reconnue et ceci sans apparemment causer de symptômes focaux. Par contre certaines démences pré-seniles, certaines P. G. type Lissauer avec des lésions également diffuses mais à renforcement focal, comportent des éléments aphaso-agnosio-apraxiques dans leur symptomatologie. S'agit-il de deux phénomènes à étudier séparément l'un par le psychiatre, l'autre par le neurologue.

Pourquoi invoquer la coexistence de deux types de dissolutions, des formes mixtes comme le fait H. Ey pour rendre compte de tout état clinique susceptible de constituer une forme de transition entre fait psychiatrique et fait neurologique.

Guiraud, à l'inverse, suggère même que dans certaines démences type Pick ou Alzheimer, la juxtaposition des déficits capacitaires peut avoir pour conséquence la perte de la lucidité et l'inconscience de la maladie.

H. Ey nous reprochant à Ajuriaguerra et à moi de ne s'intéresser qu'aux faits dits par lui atypiques, déclare qu'ils ne doivent être considérés que comme des « juxtapositions contingentes » d'effets structurellement différents du processus cérébral générateur des uns et des autres. Cette atypicité nous paraît au contraire présenter une très grande valeur. Elle ne se rencontre que lorsque la proportion des deux ordres de troubles s'équilibre en quelque sorte, elle révèle leur intime liaison tandis

que dans les cas typiques un des aspects par sa prévalence masque l'autre. Fait neurologique et fait psychiatrique ne représentent selon la formule gestaltiste que figure et fond et ce sont ces rapports entre figure et fond qui expriment les rapports de la neurologie et de la psychiatrie. Tantôt la figure domine et tantôt le fond; plus rarement les deux composantes s'équilibrent, ce sont alors comme devant ces images instables de la psychologie expérimentale nos propres dispositions qui nous entraînent à classer le fait observé comme relevant de l'une ou de l'autre de ces disciplines.

Sur le plan évolutif enfin comment pourrions-nous envisager la naissance de ces appareils de synthèse radicalement séparés des appareils d'exécution. Les travaux d'embryologie expérimentale tels que ceux de Coghill, les recherches de Minkowski sur le fœtus humain nous montrent un processus unitaire s'exerçant dès les premiers degrés de l'échelle phylogénétique ou ontogénétique. Ces travaux nous montrent aussi comment on peut saisir la présence d'une intentionnalité à partir des premières démarches de l'être vivant. Cette intentionnalité que même des Behavioristes comme Kantor ou Tolman sont amenés à reconnaître, que Sherrington admettait au soir de sa vie lorsqu'il abandonnait l'activité réflexe en tant que condition suffisante de l'intégration, cette intentionnalité peut garder son sens vitaliste comme dans la conception hormique de Von Monakow ou bien trouver son explication sur un mode quasi mécaniste. Le *self-centering* n'est par exemple pour Lashley que la traduction de l'influence mutuelle des parties dans un système très complexe dépendant de conditions physico-chimiques à déterminer.

Ainsi les appareils d'intégration ne peuvent être envisagés indépendamment des appareils de synthèse puisque dès les premiers balbutiements du système nerveux, ils leur sont intimement mêlés. Comment, nous rétorquera-t-on alors, peut-il exister des localisations, les résultats des expériences de Lashley devraient donc s'appliquer à la pathologie humaine. Il

nous paraît que les thèses de Von Monakow et Mourgue nous répondent en ce sens en nous expliquant comment s'accomplit une certaine localisation, l'unité pouvant cependant être retrouvée à tous les niveaux. Comme nous l'avons déjà vu le passage d'une étape d'évolution à une autre n'implique pas seulement certaines différences quantitatives, mais constitue en même temps le passage d'un ordre de valeur biologique à un autre ordre.

Cette conception de l'intégration et de ses troubles interdit évidemment tout essai de localisation de processus possédant un sens biologique aussi accusé que celui qui caractérise les fonctions. Pour Von Monakow et Mourgue, le fait de vouloir localiser spatialement un processus se déroulant dans le temps est une contradiction *in adjecto*. Ces mêmes auteurs apportant certaines restrictions à la thèse jacksonienne de la désintégration étagée pure, jugent préférable d'admettre une désintégration « en briques ». La désintégration, écrivent-ils en effet, ce n'est pas l'inverse pur et simple de l'intégration mais une régression partielle à quelques-unes de ces briques qui constituent les premières étapes de l'intégration ».

Von Monakow et Mourgue, critiquent la confusion trop souvent faite entre la localisation d'un symptôme et la localisation d'une fonction. Pour cette dernière, qui se passe dans le temps, il ne s'agit que de *localisation chronogène*, car il n'y a pas deux séries de phénomènes qui se déroulent de façon identique puisque le passé modifie sans cesse l'avenir. Dans le système nerveux « il s'agit non de phénomènes se renouvelant mécaniquement à intervalles réguliers mais d'ondes diverses dont chacune a une période spécifique et qui s'influencent réciproquement avec un synchronisme donné pour chaque espèce de synapse ».

Ainsi dans cette perspective s'expliquent et la localisation des symptômes et l'impossibilité d'enfermer dans une structure une fonction qui se déroule dans le temps et qui ne saurait être isolée de la personnalité qui l'exerce.

*

* *

Nous admettons certes la valeur sur le plan pratique celui du jardinier, selon l'expression de Jackson, d'une distinction entre neurologie et psychiatrie, mais il ne faut pas nous dissimuler que sous une apparente commodité nous méconnaissions ainsi la complexité des phénomènes vivants. De même que ce n'est que par pur artifice d'examen que le psychiatre peut envisager l'individu isolé de son milieu, de même le neurologue étudiant les troubles du langage, du geste ou de la perception, ne peut négliger par delà les symptômes que son examen analytique lui fait appréhender, par delà les localisations que lui révèle l'anatomo-pathologie, comment les fonctions se sont intégrées à la personnalité totale du patient, com-

ment l'être vivant tente de s'adapter au déficit qui l'a frappé et quelles sont les voies de cette réorganisation.

Tout ceci une fois de plus nous conduit donc à une vue totalitaire de l'organisme et de son fonctionnement rendant difficile d'admettre que l'altération d'une zone à valeur fonctionnelle ne retentisse pas sur ces fonctions énergétiques, celles-ci ne pouvant en définitive que résulter du fonctionnement global du système nerveux. Les fonctions dites énergétiques ont au cours de l'intégration été trop intimement liées aux fonctions instrumentales pour que la destruction de ces dernières ne puisse que les « gêner » et ne constitue dans la vie du sujet qu'un accident et non un événement.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

QUELQUES MÉDICATIONS RÉCENTES EN NEURO-PSYCHIATRIE¹

Roma AMYOT (Montréal).

CURARE ET MYANÉSINE

Le prototype des relaxants, des hypotonisants ou curarisants est forcément le *curare*. Son action est connue depuis les expériences de Claude Bernard. Il produit la paralysie par blocage de l'influx à la jonction myoneurale.

C'est surtout depuis 1940 qu'il sert communément en pratique médicale avec Bennett qui l'employa pour diminuer la violence des convulsions musculaires au cours de l'électrochoc et ainsi prévenir des complications d'ordre mécanique.

La *myanésine* est un éther de la glycérine. Elle fut étudiée et employée par les auteurs anglais en 1944. Elle est plus connue en Amérique sous le nom breveté de « Tolsérol ». Elle exerce une action dépressive sur la moelle et probablement aussi sur le tronc cérébral et les noyaux gris centraux. Elle n'est pas réellement un curarisant de synthèse; elle est plus exactement un relaxant de synthèse.

En injection intraveineuse à 2%, son action est fugace mais réelle sur le tonus musculaire qu'elle décroît, sans provoquer de paralysie, contrairement au curare, et en déterminant de l'euphorie et une sensation de détente.

Ces deux substances ont des indications à peu près similaires qui visent à combattre le spasme musculaire. Elles ont contre elles la fugacité de leur action par voie parentérale surtout intraveineuse, et la faible intensité de leur activité soit par la voie sub-linguale pour le curare et digestive pour la myanésine. Le curare par voie intraveineuse sert à vaincre

la vigueur des convulsions de l'électro-choc et dans le traitement du tétanos. Le curare sublingual, un curare retard en injection intramusculaire, la myanésine par voie orale sont employés contre la spasticité de certains syndromes neurologiques, contre le spasme musculaire qui accompagne les arthrites, les luxations, les lombo-sciatalgies, les bursites, les péri-arthrites. On le conseille aussi dans les tremblements et les dyskinésies. Les résultats obtenus n'ont rien de sensationnel. Le tremblement alcoolique est réellement amélioré par la myanésine. Elle est peu active dans le syndrome parkinsonien.

Dans les états de tension nerveuse, elle pourrait éventuellement diminuer l'angoisse, favoriser la détente et le sommeil.

LES AMINES PSYCHOTONIQUES

Les amines sympathomimétiques sont aussi appelés amines psychotoniques. Ce sont l'éphédrine, mais surtout l'amphétamine ou benzédrine et la méthylamphétamine (mieux connue par les dénominations brevetées de méthédrine, dexédrine et désoxine).

Elles produisent, surtout l'amphétamine et la méthylamphétamine, une stimulation psychique: d'abord sur l'affectivité en provoquant de l'euphorie, en augmentant l'appétence au travail et l'activité, également sur l'intelligence en intensifiant son rendement. Leur action physique s'effectue en diminuant la fatigue et améliorant les performances physiques.

Elles exercent leur influence stimulante plus particulièrement sur l'hypothalamus.

Elles servent dans la narcolepsie; dans la

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1953.

somnolence de certains syndromes neuro-psy-chiatriques comme les séquelles d'encéphalite; dans le coma barbiturique à doses élevées et fréquentes par voie intraveineuse; dans les troubles caractériels, l'instabilité et la turbulence de certains enfants surtout les débiles et les épileptiques; dans l'épilepsie, de type morphéique, qui se manifeste au cours du sommeil; dans certaines énurésies. Elles sont d'une certaine utilité dans les psycho-névroses de forme neurasthénique ou dépressive pour combattre l'inappétence, la lassitude et la fatigabilité. Il est approprié dans certains de ces cas, d'associer de petites doses de barbituriques aux amphétamines afin de prévenir la fébrilité d'où résulterait de l'anxiété et de l'insomnie.

L'ACIDE GLUTAMIQUE

L'acide glutamique est un acide aminé. On admet maintenant qu'il est nécessaire à la bonne nutrition du cerveau et à son développement.

On s'en sert d'abord pour traiter l'épilepsie, surtout le petit mal, chez les enfants en acidifiant le milieu en contact avec les cellules cérébrales.

On s'aperçut bientôt que, chez des oligophrènes épileptiques, traités de la sorte, le quotient intellectuel montrait une amélioration réelle. Il en résulta que l'on traite maintenant avec un succès relatif, mais parfois satisfaisant, l'oligophrénie par l'acide glutamique à des doses de 8 à 24 grammes par jour.

L'HYDRAZIDE DE L'ACIDE ISO-NICOTINIQUE

L'hydrazide de l'acide iso-nicotinique a obtenu une faveur foudroyante dans la cure de la tuberculose. On a remarqué que cette substance, rapidement et avant même qu'apparaisse une influence concrète sur les lésions tuberculeuses, produisait de l'euphorie, une sensation de bien-être physique et stimulait l'appétit. De telle sorte que les malades prenaient du poids et présentaient un aspect physique incontestablement avantageux. Si

on l'administrait à des malades anorexiques, amaigris, fatigués et déprimés, à des sujets à psycho-névrose dépressive? L'expérience a été tentée avec un certain succès. A tout événement, il n'est pas déraisonnable que l'on prescrive l'hydrazide de l'acide iso-nicotinique quand on désire stimuler le potentiel psycho-moteur, l'humeur et l'inappétence de certains névrotiques.

LA CURE DE SOMMEIL

La cure de sommeil des maladies mentales date de 1922 et a été recommandée par Klaesi. Tombée en désuétude, elle fut reprise et systématisée par les médecins russes. Appliquant la conception des réflexes conditionnels de Pavlov, qui s'organisent dans le cortex cérébral, ils prétendent obtenir par le sommeil prolongé le repos des cellules corticales et désembrayer ainsi des réflexes conditionnels pathologiques qui seraient le substratum d'un grand nombre d'affections mentales et psycho-somatiques.

Ces malades, placés dans une pièce insonorisée, sont soumis à un sommeil provoqué d'une durée de 18 heures sur 24 d'un jour, pendant environ 15 jours. Cette cure n'est pas sans danger. Elle doit être surveillée étroitement et appliquée avec méthode.

Elle serait profitable à des malades excités, agités et anxieux. Des schizophrènes, des délirants hallucinés et certaines psycho-névroses anxieuses, avec ou sans obsessions, qui ont résisté aux thérapeutiques usuelles, pourraient bénéficier de ce traitement.

D'autre part, les médecins russes soumettent à cette cure de sommeil toute une série d'affections à mécanisme psycho-somatique dont la viciation fondamentale résiderait selon eux dans l'organisation corticale de réflexes conditionnels pathogènes.

LES AMINES DE LA PHÉNOTHIAZINE

Les chimistes français ont récemment synthétisé toute une série d'amines dérivés de la phénothiazine. Certains de ces produits

comme le Diparcol et le Parsidol ont une action anti-parkinsonnienne réelle. D'autres comme le Phénergan et le Multargan possèdent une action anti-histaminique. Tous paraissent potentialiser l'influence des anesthésiques généraux. Un dernier venu dans cette série est le 4560 R. P. ou Largaetil. Il paraît exercer une activité réelle sur le système nerveux et d'application utile en pratique neuro-psychiatrique. Il est vagolytique, surtout sympatholytique, spasmolytique et sédatif. Il semble agir surtout sur l'hypothalamus. Il est neuroplégique et on l'a même désigné par le terme de psychoplégique pour exprimer son action dissolvante sur l'anxiété et la détente nerveuse qu'on obtiendrait de son usage. Jusqu'à date, il fut employé en France avec succès dans les syndromes confusionnels ou maniaques. Quoi qu'il en soit, il est trop tôt pour se prononcer sur son utilité réelle, mais il laisse espérer que son pouvoir potentialisateur sur les anesthésiques, les analgésiques et les hypnotiques de même que son action neuroplégique pourront en faire un médicament utile dans des syndromes psychiatriques où une action sédatrice et sympatholytique est requise, dans les cas où on désire obtenir de l'indifférence aux souffrances morales et même physiques.

SUR LES ACCIDENTS VASCULAIRES AU CERVEAU

Les accidents vasculaires aigus au cerveau — nous voulons parler de l'embolie, de la thrombose et de l'hémorragie cérébrales — sont toujours une cause de perplexité pour le médecin.

Dans les cas de ramollissement par thrombose et embolie, on a tendance à provoquer de la vaso-dilatation cérébrale, que ce soit pour vaincre un vaso-spasme que l'on croit actuel, pour en prévenir la récurrence ou améliorer la circulation dans le territoire adjacent. L'acide nicotinique parentérale ou *per os*, l'histamine en perfusion intraveineuse, la papavérine, le blocage stellaire, sont parmi les moyens les plus conseillés. Certains résultats heureux ont pu être obtenus, mais à condition d'intervenir précocement. Cependant, on ne doit pas oublier le rôle pathogénique des accidents cardiovasculaires et des chutes de tension artérielle pour expliquer des accidents cérébraux plus ou moins passagers que l'on pourrait mettre *a priori* sur le compte du vaso-spasme.

Les méthoniums, qui sont des ganglioplégiques et des hypotenseurs actifs, ont été employés en chirurgie et tout particulièrement en chirurgie nerveuse pour diminuer la spoliation sanguine peropératoire. On les a utilisés également contre l'œdème cérébral qui complique les opérations sur le cerveau, dans les syndromes neurologiques immédiats qui suivent les traumatismes crâniens et dans le ramollissement cérébral. Dans l'hémorragie cérébrale, les méthoniums pourraient servir en abaissant la pression et conséquemment en limitant l'épanchement sanguin dans le cerveau.

Mais cette thérapeutique est encore dans la phase expérimentale et doit laisser à l'expérience et au temps le soin de nous renseigner sur la valeur pratique et réelle d'une thérapeutique délicate, incontestablement active, mais éventuellement dangereuse.

MÉTABOLISME BASAL SIGNIFICATION — INTERPRÉTATION

Réal DORÉ,

Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Le métabolisme basal est un test de laboratoire dont le résultat, dans 25 pour cent des cas de goitre, ne concorde pas avec l'état clinique du patient en cause.

Il est imprudent de baser un diagnostic d'euthyroïdie ou d'hypo ou d'hyperfonction glandulaire sur le chiffre fourni par cette épreuve de laboratoire.

L'euthyroïdie n'exclue pas la cancérisation de la glande thyroïde.

Les syndromes cliniques doivent primer tout autre test.

Pratiqué en série, c'est l'idéal, quand le résultat obtenu concorde avec la clinique qu'on peut en tenir compte pour évaluer le degré fonctionnel de la glande thyroïde.

Mais, pourquoi le métabolisme basal ne représente pas 100 pour cent le degré de l'activité de la glande thyroïde?

C'est ce à quoi je vais essayer de répondre.

DÉFINITIONS DU MÉTABOLISME BASAL

1. Le métabolisme basal détermine le nombre de calories dégagées par mc. de la surface, par heure, chez un individu à jeun et au repos. En d'autres termes: il exprime l'activité minima essentielle organique. (Dr R. Beaulieu)

2. Le métabolisme basal (metaballein: transformer) veut dire: transformations chimiques et biologiques qui s'accomplissent dans l'organisme et qui constituent l'acte de la nutrition. (Dictionnaire des Termes Techniques)

3. Le métabolisme basal représente le résultat final de tous les processus d'oxydation. (*Endocrinology*, octobre 1952, p. 1273)

La courbe du métabolisme ne constitue pas un caractère propre à la fonction thyroïdienne. Cette courbe est modifiée par de nombreux

états pathologiques. Il ne faut donc pas attribuer exclusivement à la fonction thyroïdienne les variations que cette courbe peut présenter.

Le métabolisme de base doit être pratiqué dans des conditions spéciales:

1. L'individu doit être à jeun;
2. A l'état de repos complet physiquement et psychologiquement.

Toutes émotions ou fatigues physiques provoquent la libération d'adrénaline d'où augmentation du métabolisme.

« Si le patient sait que ce test décidera de l'opération, son métabolisme ne sera pas de base. »

(*Thyroid and Its Diseases*. Means, 1948, p. 157.)

Tous états au cours desquels le métabolisme basal est augmenté.

Fièvre, quelle qu'en soit la cause.

Acromégalie, due à un excès d'hormone thyroïdienne. Moyenne du métabolisme: plus 14 pour cent.

Leucémie de toutes variétés.

Anémie.

Hypertension.

Hypertension par présence d'une tumeur phéochromocytome de la surrénale.

Erhytrémie.

Tumeur surrénale en hyperfonction.

Congestion par défaillance cardiaque.

(*Thyroid and Its Diseases*. Means, 1948)

Obésité.

(*Trans. of the Amer. Goiter Association*, 1941)

Grossesse.

Menstruations.

Certains cancers.

Goitre aberrant ou plongeant toxique.

Thyroïdite aiguë ou subaiguë.

Thyroïdite de Riedel.

Asthénie neuro-circulatoire.

Ménopause.

Catarrhe, amygdalite, tuberculose, sinusite.
Paralysie agitante.
Mélancolie.
Macroglossie.
Appendicite chronique.

(*Trans. of the Amer. Goiter Assoc.*, 1940, p. 82-83)

Cas limites.

Syndrome hyperthyroïdien fruste:

1. La tachycardie est constante dans l'hyperthyroïdie même fruste;

2. L'hyperthyroïdien a toujours chaud. Aucune alternative de sensation de froid ou de chaleur;

3. La peau sèche est rarement vue dans l'hyperthyroïdie;

4. Dans l'hyperthyroïdie, il y a perte de poids tout en conservant un bon appétit;

5. Pas de paroxysme de nervosité dans l'hyperthyroïdie, le comportement nerveux étant toujours le même;

6. Dans l'hyperthyroïdie, les lobes thyroïdiens sont toujours un peu augmentés de volume et la consistance est plutôt ferme;

7. Le métabolisme basal n'est pas un criterium absolu;

8. Le pouls, un peu rapide et bondissant, sans rémission, est un symptôme de l'hyperthyroïdie;

9. L'iode sanguin est un test peu sûr dans l'hyperthyroïdie;

10. Si l'iode améliore le syndrome hyperthyroïdien, ce fait est en faveur de l'hyperthyroïdie;

11. Dans le cas limite, ne pas prescrire immédiatement de l'iode. Il faut observer le patient quelque temps et rechercher toute autre cause susceptible de produire les symptômes présentés par le patient en cause.

(*Trans. of the Amer. Goiter Ass.*, 1940, p. 83)

Certains états cliniques ont un métabolisme bas, la glande thyroïde n'étant pas en cause.

1. Etat de dénutrition;

2. Hypopituitarisme;

3. Hyposurrénalie;

4. Maladie de Froelich;

5. Maladie de Simmond;

6. Maladie d'Addison (insuffisance corticale);

(*Thyroid and Its Diseases*. Means, 1948, p. 151-158)

7. Néphrite lipoïdique.

(*Trans. Amer. Goiter Ass.*, 1941, p. 32)

Faits divers.

1. L'iodothérapie prolongée baisse le métabolisme, le patient restant quand même toxique.

(Means, 1948)

2. Quelques goitreux toxiques ont un seuil d'oxydation bas.

(*Trans. Amer. Goiter Ass.*, 1938, page 519)

3. Le métabolisme basal doit être en rapport avec le degré de toxicité clinique. Si non, il faut avoir recours à d'autres tests pour déterminer l'activité fonctionnelle de la glande thyroïde (cholestérol sanguin, PBI, 1131).

(*Trans. Amer. Goiter Ass.*, 1938, page 318)

4. Hertzler a dit, avec raison: *Do not let a can on a tripod do all your thinking*. Il qualifie aussi l'appareil: *Tin can test*.

(*Trans. Amer. Goiter Association*, 1938)

5. Certains chercheurs pensent que l'hyperthyroïdie apparaît graduellement de telle sorte que l'absorption du produit toxique est lente et, avec le temps, le patient développe une immunité vis-à-vis de cette toxine, ce qui prévient la hausse du métabolisme basal chez un hyperthyroïdien.

(*Trans. Amer. Goiter Association*, 1938)

6. Deux auteurs allemands, Herzfeld et Blum, ont isolé une substance qu'ils appellent « catéchin ». Cette hormone aurait des propriétés antithyroïdiennes.

(*Trans. Amer. Goiter Association*, 1938)

7. Il y a quelques années, le docteur G. Baril, de Montréal, a démontré, avec de très nombreux métabolismes pratiqués en série, qu'il y a rémission et involution temporaires chez les hyperthyroïdiens, dues à l'iodothérapie.

8. Le docteur Frank Lahey a décrit une forme clinique de goitre toxique qu'il appelle « Apathetic Hyperthyroidism » avec un méta-

bolisme de moins 15% ou moins encore. Ces cas sont d'une manipulation dangereuse. Chez ceux-ci, y a-t-il un seuil d'oxydation bas? ou s'agirait-il d'une certaine immunité acquise avec le temps?

9. Dans la dernière édition de *Cleveland Clinic Quarterly*, avril 1953, apparaît un travail publié par le docteur P. G. Skellern, travail intitulé: « Etiology, Diagnosis and Treatment of Thyroid Failure ». Ce travail est à lire. Il prouve, une fois de plus, que le métabolisme basal n'exprime pas toujours le degré fonctionnel de la glande thyroïde.

Conclusions.

De tout ce qui précède, on peut conclure que le métabolisme basal, pratiqué en série, doit être en rapport avec le syndrome thyroïdien présenté par le patient. Si non, il ne faut pas en tenir compte pour poser un diagnostic de goitre.

Si tout syndrome thyroïdien est absent, quel que soit le métabolisme, la glande thyroïde étant normale de volume et de consistance, il faut chercher toutes autres causes, et elles sont nombreuses, capables de modifier ce test.

Au cours du test, certaines erreurs techniques peuvent se glisser: appareil défectueux, masque mal ou insuffisamment appliqué, fuite de O₂, etc. La technicienne doit prévoir ces défauts techniques et y remédier, le cas échéant.

Ne pas oublier que, chez les goitreux, toxiques ou non, le métabolisme basal, dans 25 pour cent des cas, ne concorde pas avec l'état clinique des patients.

Un métabolisme basal normal n'exclue pas non plus la transformation maligne d'un goitre préexistant. De nombreuses observations personnelles prouvent que ce fait est exact.

LES NOUVEAUX ANTIBIOTIQUES¹

André LEDUC,

Médecin bactériologiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

La thérapeutique médicale n'a jamais été aussi favorisée qu'en ces dix dernières années, soit depuis l'avènement des antibiotiques.

D'usage courant, nous avons déjà la Pénicilline, la Streptomycine, l'Auréomycine, la Terramycine, la Chloromycétine et, enfin, la Bacitracine qui est un résidu de filtration du Bacille Subtilis; l'impossibilité actuelle de purifier ce dernier produit ne nous permet pas encore de l'employer sans danger, comme traitement général, à cause des complications

néphrotoxiques qu'il provoque. Son usage est donc limité à l'application topique dans les infections dues aux cocci gram positif.

Depuis un couple d'années, de nouveaux produits ont franchi le seuil expérimental, pour venir augmenter l'arsenal thérapeutique de la profession médicale.

Ce sont:

les esthers de la Pénicilline,
la Néomycine,
la Polymyxine B,
l'Erythromycine.

1. Communication faite le 26 mai 1953 aux « Journées médicales » organisées par la Société Médicale de Montréal.

ESTHERS DE LA PÉNICILLINE

Les esthers de la Pénicilline, connus dans le commerce sous le nom de Néo-Pénil et d'Estopen, ont, depuis quelque temps, obtenu la faveur des phtysiologues, par leur affinité particulière et bien marquée pour le tissu pulmonaire.

Les concentrations de Pénicilline dans les expectorations, après injections intramusculaires d'esthers de Pénicilline, sont trois ou quatre fois plus élevées qu'après des injections, aux mêmes doses, de solutions aqueuses procainées ou des sels solubles de la Pénicilline G.

Ces esthers de Pénicilline, aux doses moyennes de 500 000 unités par jour, sont donc particulièrement indiquées dans toutes les infections pulmonaires dont la cause étiologique est un organisme gram positif pénicillino-sensible.

NÉOMYCINE

Le sulfate de Néomycine, provenant de cultures de *Streptomyces fradiae*, est un antibiotique actif *in vitro* contre les organismes gram négatif et, particulièrement, contre les différentes variétés de *Proteus*.

Les essais de laboratoires ont aussi démontré un pouvoir bactéricide contre le bacille de Koch. Il provoque peu de résistance et diffuse assez bien à travers les tissus; il n'est cependant pas absorbé au niveau de l'intestin, d'où l'inefficacité du traitement par voie orale.

Malheureusement, ce produit, par suite des complications ototoxiques et néphrotoxiques graves qu'il provoque, est limité à l'application topique, dans les infections des muqueuses et de la peau dues aux organismes qui lui sont démontrés sensibles, par l'antibiogramme.

POLYMYXINE B²

Le sulfate de Polymyxine B, connu sous le nom d'Aérosporine, est extrait du bacille *polymyxa* ou bacille *aerosporus*.

Nous avons fait, au laboratoire de bactériologie de l'hôpital Notre-Dame, au delà de 350 épreuves de sensibilité et de résistance avec ce produit; nous avons constaté qu'il avait un pouvoir bactéricide marqué sur le *Pseudomonas aeruginosa* ou pyocyanique qui est, en général, résistant à tous les autres antibiotiques. Cette sensibilité à la Polymyxine B a d'autant plus de valeur que le Pyocyanique est la cause de la majorité des otites chroniques, de nombreuses cystites, d'infections secondaires postopératoires et, quelques fois, de méningites d'apparence tuberculeuse.

La Polymyxine agit aussi sur le *Colibacille*, les *Paracolobactrum*, les *Salmonella*, les *Shigella* et le *Klebsiella pneumoniae*, à des degrés plus ou moins marqués d'efficacité.

Seuls, parmi les bacilles gram négatif que l'on rencontre ordinairement, lui résistent les *Proteus* dont aucune souche ne s'est montrée sensible. Il n'a, de plus, aucune action sur les cocci gram positif tels les *Staphylocoques*, les *Streptocoques* et le *Pneumocoque*.

La Polymyxine s'administre par voie intramusculaire à la dose de 2mg. par jour et par kilog. de poids et, aussi, par voie intrarachidienne à la dose de 5 mg. par jour.

Malheureusement, les effets secondaires consécutifs aux injections intramusculaires, telle la douleur au point d'innoculation même avec addition de procaine à la solution et les complications neurotoxiques, sous forme de fourmillements, d'engourdissements et de confusion mentale assez sérieuse, ont nécessité l'arrêt du traitement chez plusieurs patients. Ces complications secondaires furent cependant passagères et réversibles; elles disparurent avec la cessation du médicament.

Nous n'avons tout de même pu confirmer nos résultats de laboratoire par la clinique, à cause de l'interruption du traitement dans presque tous les cas où il fut essayé.

ERYTHROMYCINE

Enfin, nous avons étudié l'Erythromycine, provenant du *Streptomyces erythreus*, pour en éprouver la valeur bactériostatique et bac-

2. L'Aérosporine fut gracieusement fournie par la maison Burroughs Wellcome Company.

téricide vis-à-vis des souches d'organismes pathogènes isolées, des différents cas d'infection.

392 antibiogrammes ont été faits avec ce produit. Nous avons constaté qu'il agissait surtout sur les cocci gram positif, et que son action était à peu près nulle contre les bacilles gram négatif, aux doses thérapeutiques ordinaires. Cette résistance des bacilles gram négatif explique l'absence de complications toxiques gastro-intestinales, après administration orale.

Nos résultats ont démontré que, sur 305 souches de Staphylocoques pyogènes dont 60 pour cent étaient pénicillino-résistantes, il n'y avait que 1,7 pour cent de ces souches résistantes à l'Erythromycine. Cet antibiotique agit aussi sur le Pneumocoque et le Streptocoque hémolytique dont la totalité des souches furent inhibées par des concentrations moyennes, proportionnelles aux doses thérapeutiques. Les Streptocoques viridans et faecalis se sont montrés plus résistants, particulièrement l'entérocoque dont seulement 50 pour cent des souches furent affectées.

L'absorption de l'Erythromycine se fait au niveau de l'intestin et diffuse facilement dans les tissus sauf, peut-être, à travers les méninges où cette action est plus lente.

Les résultats cliniques qu'on nous a rapportés ont confirmé, dans tous les cas, les

constatations que nous avons réalisées au laboratoire.

Nous pouvons donc conclure que l'Erythromycine est l'antibiotique de choix, dans le traitement de la furonculose et de la majorité des pyodermites infectieuses dont 95 pour cent sont à Staphylocoques pyogènes, souvent résistants à la Pénicilline et 4 pour cent à Streptocoques hémolytiques. On doit enfin considérer son emploi dans les endocardites et les septicémies, selon les résultats fournis par les épreuves de sensibilité et de résistance.

Si l'on veut éviter les échecs avec cet antibiotique, il faut se rappeler que les doses inférieures à 1 gm. 2 par jour, soit 300 mg. aux six heures, ne peuvent donner des résultats satisfaisants.

Nous avons donc, maintenant, à notre disposition, au delà d'une dizaine d'antibiotiques qui ne peuvent être utilisés indifféremment. Leur action est spécifique envers chaque organisme dont la susceptibilité peut varier d'une souche à l'autre. Seules, les épreuves de sensibilité et de résistance, après isolement de l'agent étiologique infectieux, peuvent guider le médecin, dans le choix du traitement approprié.

Il est d'ailleurs aussi important, pour le clinicien, de savoir les possibilités et les limites du laboratoire que, pour le bactériologiste, de connaître les difficultés et les problèmes de la clinique.

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

Robert H. FURMAN. — **La péricardite aiguë non spécifique.** (*Acute non specific pericarditis.*) "Amer. Practitioner", 3: 869 (novembre) 1952.

On entend par non spécifique, l'absence d'une étiologie connue telle: rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, infarctus du myocarde, etc. On a commencé à parler de ce genre de péricardite en 1942, alors que Barnes et Buschel en rapportèrent 14 cas.

Cette péricardite débute généralement par une douleur assez subite et intense à la région précordiale, rétro-sternale et parfois épigastrique avec irradiation au cou et à l'épaule gauche. Par la suite, peuvent persister de vagues malaises aux régions sus-mentionnées. Cette douleur prend souvent le caractère d'une douleur pleurétique quelques heures après son apparition et est de plus liée aux mouvements du thorax. Le malade se sent souvent plus à son aise en position assise.

Il peut présenter, en plus de sa douleur, des frissons, de la fièvre et parfois de la dyspnée.

Si on a la chance de l'examiner au début, on constatera la présence d'un frottement péricardique qui peut cependant n'apparaître que beaucoup plus tard. Il est en général de très courte durée.

A la radiographie, on verra parfois une silhouette cardiaque augmentée de volume avec une dynamique satisfaisante.

Enfin, et surtout, l'électrocardiogramme nous permettra souvent de poser le diagnostic de péricardite par la présence de segments ST

surélevés et d'ondes T grandes et plus pointues au début puis évoluant vers l'aplatissement et l'inversion, tandis que le ST tend à revenir isoélectrique. En aucun temps y a-t-il une onde α .

L'auteur prétend que contrairement à ce que l'on voit dans un infarctus, le segment ST surélevé, au lieu d'être convexe, est droit ou concave.

Ces malades, le plus souvent, évoluent vers la guérison habituellement rapidement avec un retour à la normale de l'E.C.G.

Le pronostic serait bénin, quoique dans certains cas, il persisterait des signes d'atteinte myocardique.

En fait de traitement, on préconise l'aspirine, le repos et les antibiotiques tels auréomycine, terramycine, quoiqu'on ne puisse apprécier la valeur de ces derniers dans ce genre de péricardite.

L'auteur déconseille la ponction du péricarde sauf s'il y a tamponnade, ce qui est très rare, ou que l'on soupçonne une péricardite tuberculeuse par exemple.

Léandre DÉCARIE.

W. H. HALL et S. FINEGOLD. — **Etude de 23 cas de syndrome de Reiter.** (*A Study of 23 cases of Reiter Syndrome.*) "Ann. Int. Med.", 38: 533 (mars) 1953.

Les auteurs ont étudié le syndrome de Reiter chez 23 jeunes adultes de sexe masculin. Les malades furent suivis de près cliniquement et, à l'aide du laboratoire de bactériologie où systématiquement on pratique des cultures des exsudats uréthraux, des effusions articulaires, du sang et des matières fécales. Des épreuves sérologiques (séro-diagnostic de Widal et Wasserman) et la gono-réaction furent pratiquées de routine.

Tous les malades présentaient les signes suivants: fièvre, urétrite, conjonctivite, arthrite et lésions de la peau et ou des muqueuses. La moyenne d'âge était de 31 ans (de 21 à 41).

Les auteurs décrivent les lésions cutanéomuqueuses comme assez spécifiques et siégeant le plus souvent au niveau des organes génitaux et rarement au niveau de la cavité buccale. Cinq malades présentèrent des troubles trophiques au niveau des ongles des mains et des pieds. La plupart des malades présentait une anémie hypochrome d'intensité variable, une leucocytose avec prédominance de neutrophiles, une sédimentation globulaire élevée. Pyurie chez tous les malades sauf un. Les cultures de sang furent toutes négatives, les exsudats urétraux et prostatiques de même que les effusions articulaires ne révélèrent aucun organisme spécifique. Le Wasserman et la gono-réaction furent négatives chez tous les malades. Plusieurs agents thérapeutiques furent employés sans résultat: sulfadiazine, pénicilline, auréomycine et chloramphenicol à doses adéquates pour le traitement d'autres types d'infection. La streptomycine, une légère amélioration chez quatre malades. La cortisone et l'ACTH ne produisent que des rémissions incomplètes et temporaires. Les auteurs insistent sur le fait que le syndrome de Reiter doit être fortement soupçonné chez tout jeune adulte de sexe masculin qui se présente avec une arthrite aiguë d'une des grosses articulations, associée à des éruptions cutanées ou muqueuses du type décrit par les auteurs même en l'absence de conjonctivite et/ou d'urétrite. Ils concluent que cette maladie doit être considérée comme d'origine vénérienne. Il semble actuellement que les mesures thérapeutiques les plus efficaces soient le repos au lit, la diète hypercalorique, les salicylates et la radiothérapie. Tous les malades étudiés dans cet article guérirent avec un minimum de séquelles articulaires mais leur convalescence fut ordinairement prolongée et les rechutes fréquentes.

Gilles GOSSELIN.

Lawrence BERMAN. — **Lymphomes malins: classification et rapport avec les leucémies.** (*Malignant lymphomas: Their classification and relation to leukemia.*) "Blood", 8: 195 (mars) 1953.

A cause des différentes techniques utilisées par les pathologistes dans l'étude des lym-

phomes malins, cette question semble actuellement très confuse. L'auteur attribue certaines divergences d'opinion quant au diagnostic, à l'interprétation et à la classification des lymphomes au fait que les pathologistes d'une part semble préférer les sections de tissus fixés et que l'hématologiste, d'autre part, utilise plus fréquemment les seuls frottis de cellule. L'auteur cherche à démontrer combien il est préférable d'examiner à la fois les sections et les frottis. Il décrit aussi les grands avantages des *imprint* de moelle osseuse, de rate et de ganglion. Il propose une classification simple des lymphomes basée sur la prédominance de certaine cellule: cellule réticulaire, lymphoblaste et lymphocyte.

1. Type réticulaire;
2. Type lymphoblastique;
3. Type lymphocytaire;
4. Type mixte: a) type Hodgkin;
b) type folliculaire.

Lymphoblastome de type réticulaire. Les cellules prédominantes sont de grand diamètre et contiennent un noyau oval ou lobulé avec un énorme nucléole pathologique. Cette forme est le plus souvent aleucémique mais, dans de rares cas, les vastes cellules indifférenciées envahissent le sang périphérique: réticulo-endothéliose leucémique.

Lymphoblastome de type lymphoblastique. Si l'hyperplasie intéresse principalement les lymphoblastes, c'est-à-dire les cellules qui sont les intermédiaires entre les cellules réticulaires et les lymphocytes différenciés (autrefois désigné sous le nom de lymphosarcome).

Lymphoblastome de type lymphocytaire: composé presque exclusivement de petits lymphocytes différenciés. Cette forme est souvent associée à la leucémie lymphocytaire chronique.

Type mixte: a) *Hodgkin.* La maladie d'Hodgkin tombe dans cette catégorie mixte parce que son image morphologique est caractérisée par la présence conjointe de cellules réticulaires et de diverses sortes de lymphocytes. L'auteur décrit trois formes spéciales au Hodgkin: 1. le *paragranulome* où la cellule anormale prédominante est la cellule ré-

ticulaire contenant un ou plusieurs noyaux ovales et pâles où sont inclus des nucléoles grossièrement anormaux. On y note, de plus, quelques éosinophiles plasmocytes et fibroblastes. Les autres cellules sont de type lymphocytaire. 2. *Le granulome* à cause de sa ressemblance avec les tissus qui sont le siège d'infection chronique telle tuberculose, brucellose, syphilis. 3. *Le sarcome hodgkinien* où les lésions sont principalement constituées de cellules réticulaires pathologiques et de formations géantes de type Reed-Sternberg.

b) *Lymphoblastome folliculaire* où l'hyperplasie intéresse deux types de cellules, les petits lymphocytes différenciés et les lymphoblastes. Les lésions se présentent sous la forme de nodules multiples qui ressemblent énormément à des follicules et dont la partie centrale est composée de lymphoblastes et la périphérie de lymphocytes.

Gilles GOSSELIN.

PHTISIOLOGIE

MOUNIER, KUHN et IMBERT. — **Manifestations ganglio-bronchiques au cours de la vaccination par le BCG. Constatations endoscopiques.** "Revue de la Tuberculose", 15: 1105 (décembre) 1951.

Ces observations portent sur 800 sujets hospitalisés dont les âges varient entre 10 et 15 ans. La date des vaccinations par scarification remonte à deux ans et demi. Les auteurs ont observé les faits suivants à la suite de la vaccination par le BCG. Vingt et un cas ont eu un envahissement nodulaire aux poumons et aux ganglions; mais douze de ces enfants n'étaient isolés que depuis 2 à 8 mois; quatre depuis 1 à 2 mois, tandis que quatre derniers ne l'avaient été aucunement.

On a noté chez 13 autres cas une adénopathie médiastinale; chez cinq, une atélectasie partielle; chez deux, une atélectasie totale. Une adénopathie cervicale axillaire s'était associée chez 3 patients. La bronchoscopie a confirmé les images radiologiques pathologiques chez 5 cas. Quatorze enfants

ont présenté des anomalies pulmonaires évidentes, constatées simplement par la radioscopie de routine. Enfin, chez sept malades, on a constaté des symptômes de troubles respiratoires localisés à l'arbre supérieur de ce système.

La plupart de ces manifestations sont survenues environ 40 jours après avoir pratiqué la vaccination. On a vu chez 4 patients apparaître ces troubles après 3 ou 4 mois. A noter que tous ces noyaux lymphatiques et ces changements pulmonaires ont été bénins et ont regressé rapidement.

On n'a jamais été capable d'identifier exactement l'agent causal de ces manifestations. Peut-être que ces sujets auraient été vaccinés à la période anti-allergique. Il y a cependant accord pour dire que ces manifestations sont dues au BCG (bécégite toujours bénigne). Mais il faut admettre que ces opinions varient selon les pays, selon les auteurs. Pourquoi? Parce que l'activité et la puissance du vaccin varient selon les pays. La technique et les doses ne sont pas encore standardisées. Telles sont les causes qui expliqueraient ces opinions diverses. En conclusion, laissons parler les auteurs: « Il n'est plus permis d'opposer aux incidents du BCG un négativisme systématique ou un scepticisme stérile. Il vaut mieux (ces manifestations post-vaccinales) les faire connaître, tout en nous instruisant de leur rareté et de leur constante bénignité.

« A l'heure où l'on a demandé aux médecins de France de généraliser la vaccination BCG, il ne faudrait pas qu'ils risquent d'être déroutés et parfois inquiétés devant une manifestation radiologique anormale, alors que la connaissance préalable de faits semblables leur permettrait d'en prédire le pronostic favorable. »

Que chacun de nous s'efforce d'apporter des arguments sérieux pouvant favoriser ou décourager cette vaccination. A la suite d'autres pays, peut-être serons-nous un jour appelés à donner notre opinion sur un sujet d'une aussi brûlante actualité.

Paul-René ARCHAMBAULT.

M. BARIETY, P. CHOUBRAC, C. GUERIN, P. THIBAUT. — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'isoniazide.** "La Revue du Praticien", 3: 129 (21 janv.) 1953.

Il s'agit d'un rapport des résultats obtenus par l'isoniazide pour traiter 150 malades de tuberculose pulmonaire. Les auteurs sont tous frappés par l'activité évidente de l'isoniazide sur la culture de B. K. quel que soit l'animal choisi.

D'après leurs expériences, les A. estiment que l'association avec les autres antibiotiques aide à combattre la résistance.

Le P.A.S. en perfusion veineuse associé à l'isoniazide semble devenir la règle générale. Même si la streptomycine demeure encore l'antibiotique majeur, les A. sont portés à la réserver pour plus tard.

L'isoniazide est très peu toxique, elle s'élimine rapidement par le rein; c'est pourquoi on doit la donner par doses fractionnées tout au cours de la journée. La durée du traitement varie entre deux à quatre mois et parfois plus. Les résultats cliniques, quoique provisoires (le recul du temps manque), sont les suivants:

1. L'état général (fièvre, poids) est remarquablement amélioré.
2. Les symptômes fonctionnels très influencés (toux et crachats).
3. Quant aux signes radiologiques, les A. notent des améliorations modérées dans la moitié des cas, des améliorations importantes dans vingt-cinq pour cent des cas et, enfin, chez les anciens malades, il y a quinze pour cent d'amélioration.

Chez les malades où les lésions sont nodulaires avec des opacités denses et homogènes, chez les porteurs de cavités, surtout si elles sont jeunes, l'isoniazide favorise une action efficace. A noter que chez plus d'un tiers des cas de tuberculose, l'action de ce médicament est nulle.

L'isoniazide est d'un secours précieux pour la préparation de certains malades à la colapsothérapie qui demeure toujours le moyen idéal de guérison des formes excavées.

Les A., après avoir remarqué l'efficacité de

l'isoniazide dans la tuberculose méningée, nous mettent en garde contre cette prétendue « drogue miracle ». Et c'est très juste.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

Charles SCHUMAN et Henry G. SIMMONS. — **Asthme cardiaque: sa pathogénie et sa réponse à l'aminophylline.** (*Cardiac asthma: its pathogenesis and response to aminophylline.*) "Annals of Int. Med.", 36: 864 (mars) 1952.

Les auteurs ont étudié 75 cas. Un diagnostic d'asthme bronchique fut porté chez 30 patients, et d'asthme cardiaque chez 35. Les autres 10 cas furent considérés comme ayant un mélange d'asthme cardiaque et bronchique. Dans tous ces cas, les auteurs ont déterminé le temps de circulation « bras-langue » et « bras-poumons » le plus vite possible après l'arrivée du patient à l'hôpital. Pour le temps de circulation « bras-langue », 3 cc. de Dycholium furent administrés par voie intraveineuse et le temps fut jugé par l'apparition d'un goût amer dans la bouche. Le temps de circulation « bras-poumons » fut déterminé par l'injection à travers la même aiguille de 2 cc. d'une quantité égale de soluté physiologique et éther. La senteur de l'éther dans l'expiration du patient permettait de juger ce dernier test. Dans pratiquement tous les cas d'asthme bronchique, les temps de circulation donnèrent des résultats normaux, c'est-à-dire en dedans de 8 secondes pour le temps de circulation « bras-poumons » et en 14 secondes pour le temps de circulation « bras-langue ». Par ailleurs, tous les cas d'asthme cardiaque montrèrent des temps de circulation qui dépassaient la normale. Sur la base du temps de circulation, 5 des 10 patients qui présentaient cliniquement un mélange d'asthme bronchique et d'asthme cardiaque furent diagnostiqués dans le groupe d'asthme allergique et 4 furent classifiés dans le groupe d'asthme cardiaque. L'administration d'Aminophylline: intraveineuse: 7½ grains dans 20 cc. de soluté physiologique suivit immédiatement la détermination des temps de circu-

lation. Des 30 cas diagnostiqués d'asthme bronchique, la dyspnée fut améliorée dans tous les cas quoique de façon modérée dans 4. Le groupe d'asthme cardiaque ne fut, en général, pas du tout amélioré par l'Aminophylline. La réponse du groupe mixte est significative. Les 5 patients à classer comme étant des asthmes allergiques sur la base du temps de circulation furent améliorés par l'Aminophylline. Les 4 patients classifiés comme asthme cardiaque ne donnèrent pas de réponse à l'administration intraveineuse d'Aminophylline.

L'auteur fait ensuite une brève étude de la pathologie différentielle de l'asthme cardiaque et de l'asthme allergique. La morphine soulage l'asthme cardiaque alors qu'elle est dangereuse dans l'asthme bronchique ce qui est en faveur d'un mécanisme différent pour ces deux types d'asthme.

Paul DAVID.

Maurice CAMBLE et S. SUZMAN. — **Transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire.** (*Transposition of the aorta and pulmonary artery.*) "Circulation", 4: 329 (sept.) 1951.

Lorsqu'on examine des enfants cyanosés avec une maladie cardiaque congénitale aux rayons X, la plupart montre une concavité de l'arc moyen et des champs pulmonaires mal irrigués avec des artères pulmonaires non pulsatiles. Cette image suggère une diminution du débit sanguin dans l'arbre vasculaire pulmonaire. Quelques cas cependant montrent des hiles denses qui vont même quelquefois en s'élargissant vers les parenchymes pulmonaires. Quelquefois les artères pulmonaires droite et gauche sont grandement élargies et dilatées avec des pulsations nettement visibles. Dans ces derniers cas, il est évident qu'on a une augmentation du débit sanguin dans l'arbre vasculaire pulmonaire. La forme de l'arc moyen est, en général, concave, mais elle peut être convexe si nous avons une dilatation marquée de l'artère pulmonaire. La cyanose indique un *shunt* de droite à gauche tandis que l'engorgement pulmonaire indique un *shunt* de gauche à droite. Nous croyons que

cette combinaison indique, en général, une transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire bien que quelquefois la transposition peut être partielle et non complète.

Abott a réuni 94 observations de transposition des gros vaisseaux et a trouvé une communication interauriculaire par le foramen ovalle dans 79 cas, une persistance du canal artériel dans 63 cas et une communication interventriculaire dans 31 cas. Quand il n'y avait pas de communication interventriculaire l'âge moyen de mort se mesurait en semaine et, même lorsque cette communication existait la durée de vie dépassait rarement 4 ans. Jusqu'à ces derniers temps, le diagnostic de cette condition était posé presque toujours à l'examen autopsique. Taussig a permis de mieux identifier cette condition pendant la vie. Le cœur augmente de volume rapidement. Une radiographie antéro-postérieure montre un pédicule vasculaire étroit. Les souffles et thrills n'ont pas beaucoup de valeur pour poser le diagnostic. Le pronostic de ces cas est très mauvais, la plupart des patients mourant en dedans de l'âge de 14 mois.

L'auteur croit cependant qu'un certain nombre de ces patients sont en assez bonne condition physique à des âges souvent avancés. Le pronostic dépend surtout de la dimension des *shunts* entre les côtés droit et gauche du cœur. Si ceux-ci sont de dimension suffisante, il n'y a pas de raison pour une détérioration rapide. Les auteurs ont choisi 25 cas où existait une irrigation pulmonaire exagérée comme exemple de transposition sur les 400 premiers patients de maladie cardiaque congénitale cyanogène qu'ils ont examinés. La pulsation des artères pulmonaires est un critère décisif. Neuf patients avaient entre 6 et 18 ans et 16 étaient âgés de 5 ans ou moins. Cinq de ces enfants sont morts. Sur le plan radiologique, le diagnostic différentiel entre transposition et complexe d'Eisenmenger est difficile.

La plupart de ces patients sont grandement incapables et peuvent à peine marcher. Cependant, les patients plus âgés sont capables d'effort physique insoupçonné. Plus le cœur

est petit et plus l'élément de pronostic semble favorable.

La cyanose était aussi sévère que dans la moyenne des cas de tétralogie de Fallot. Le *clubbing* est, en général, prononcé même chez des enfants de 2 ou 3 ans. L'incidence de la position d'accroupissement est moins fréquente que dans la tétralogie de Fallot, 1 sur 5 contre 4 sur 5. La plupart des patients qui ont une transposition ont un souffle systolique, en général, maximum dans la région pulmonaire. Huit cas n'avaient aucun souffle. Seulement 4 cas montraient des *thrills*. Un cas de ces enfants avait un souffle diastolique (chose rare dans la tétralogie de Fallot), souffle généralement maximum dans la région pulmonaire. Le signe physique le plus important est la qualité du deuxième bruit pulmonaire. Si ce deuxième bruit est fort ou dédoublé, s'il se transmet facilement à la palpation, il suggère des artères pulmonaires de grande dimension et une augmentation de la pression dans l'arbre pulmonaire.

Le cœur, dans la transposition, est presque toujours augmenté de volume dans une proportion beaucoup plus grande que dans la tétralogie de Fallot. L'élargissement du cœur est dû avant tout à une hypertrophie du ventricule droit. Aucun de ces cas n'avait la concavité extrême que l'on trouve dans la tétralogie de Fallot. Deux tiers des cas, cependant, montraient une certaine concavité du segment moyen et un tiers ont montré une convexité modérée ou grande de cet arc moyen.

L'électrocardiogramme ne montre pas de signe qui permet de faire un diagnostic différentiel entre tétralogie de Fallot et transposition des vaisseaux. Six de ces patients ont eu un cathétérisme cardiaque et sept patients une angiocardigraphie. Dans tous les cas, le cathétérisme a montré l'évidence d'une large communication de gauche à droite à travers une communication interventriculaire. Aucun n'a montré de communication interauriculaire. Dans tous les cas, la pression dans le ventricule droit était très élevée et dans les trois cas où elle put être mesurée dans l'artère pul-

monaire. L'angiocardigramme a une valeur en montrant une aorte qui provient totalement ou partiellement du ventricule droit. Les auteurs repassent en revue 9 cas.

Le diagnostic le plus difficile à faire est celui entre la transposition et le complexe d'Eisenmenger, surtout lorsqu'il existe une convexité de l'arc pulmonaire. En général cependant, dans le complexe d'Eisenmenger la cyanose est plutôt tardive et, radiologiquement, les petites branches vasculaires pulmonaires sont moins dilatées, les pulsations moins fortes et l'apparence des poumons montre moins une grande vascularisation.

Paul DAVID.

NEURO-PSYCHIATRIE

E. R. JANJIGIAN. — **Epilepsie cardiaque simulant un syndrome angineux.** (*Cardiac epilepsy simulating the anginal syndrome.*) "Amer. J. Psychiat.", 110: 34, 1953.

L'auteur rapporte le cas d'un patient mâle de 39 ans qui se plaint de crises douloureuses sous-sternales irradiant dans l'épaule et le bras gauches. Ces crises sont précipitées par l'effort, l'excitation et elles durent depuis quatre mois. Un examen sérieux, fait par un cardiologue, ne révèle rien d'anormal; les crises résistent à l'action des vaso-dilatateurs et l'E.C.G. est normal. Une pathologie psychogénique est alors soupçonnée et le patient est référé au psychiatre. L'examen psychiatrique révèle une personnalité bien équilibrée et un patient ne possédant aucun trait névrotique. L'auteur constate que chacune des crises douloureuses est précédée d'un état nauséux qui dure une ou deux secondes. Il émet alors l'hypothèse d'un aura épileptique et demande un E.E.G. qui montre l'existence d'un haut voltage et d'une activité électrique anormalement lente dans les deux hémisphères. Ces phénomènes sont plus évidents après deux minutes d'hyperventilation. Une thérapeutique au Dilantin fait disparaître les crises douloureuses tandis que l'E.E.C. devient normal.

L'auteur croit que le mécanisme d'action

serait le même que pour l'épilepsie à manifestations gastro-intestinales.

Jean-Marc BORDELEAU.

CHIRURGIE

R. S. GRINNELL. — **Résultats du traitement du carcinome du côlon et du rectum : analyse de 2,341 cas répartis sur 35 années et des survies, au bout de 5 ans, chez 1,667 opérés.** "Surgery, Gynecology and Obstetrics", **96**: 31 (janvier) 1953.

Grinnel passe en revue les résultats du traitement de 890 carcinomes du côlon et de 777 carcinomes du rectum, tous traités au Presbyterian Hospital de New-York, de 1916 à 1945 inclus.

Le taux de résectabilité pour les tumeurs du rectum s'est élevé de 50 pour cent pendant la période 1916-1920, à 92,1 pour cent pour celle de 1945-1950, tandis que la mortalité opératoire tombait de 31,3 à 5,3 pour cent pendant les mêmes périodes. Pour les tumeurs rectales, le taux de résectabilité s'est élevé de 65,7 à 83,3 pour cent, et celui de la mortalité opératoire est tombé de 40,9 à 6,7 pour cent.

Le taux absolu de survie, au bout de 5 ans, pour les carcinomes du côlon traités de 1916 à 1945 inclus, était de 27,4 pour cent et, pour les carcinomes du rectum, de 25,6 pour cent. Pendant la période de 1941-1945, il y a eu une chute du taux de survie dans les deux groupes.

Les survies de 5 ans, après résection curative du côlon étaient très comparables pour le côlon droit et pour le gauche. Les moins bons résultats étaient ceux des tumeurs de la courbure hépatique, par suite de l'extension précoce au foie et à la région duodénale. Le taux de résectabilité de ces tumeurs était également très inférieur à celui des autres segments du côlon.

Le taux de survie, au bout de 5 ans, chez les malades traités par résection curative du côlon entre 1936 et 1945 et qui survécurent à l'opération, était de 67,9% pour ceux qui n'avaient pas de métastases nodulaires dans les pièces résectées, et de 36,7% pour ceux qui en avaient. Pour les malades traités par protectomie abdomino-périnéale curative et

par protectomie périnéale, le taux était de 67,4% sans métastases, et de 34,6% avec métastases. Il n'existait pas de signes démontrant que les chances de survie furent moindres dans le plus jeune groupe, après résection curative du côlon ou résection curative abdomino-périnéale.

Le taux quinquennal de survie était de 32,1% sur 53 malades atteints de carcinome du rectum et traités par colostomie et protectomie périnéale de 1916 à 1945. Ce taux était approximativement de 13% inférieur à celui qui, pendant la même période, était consécutif à la résection abdomino-périnéale.

Bien que le taux absolu de 5 ans de survie, chez les malades atteints de cancers du gros intestin, se soit élevé au cours des 30 dernières années, du fait surtout de la hausse de la résectabilité et de la chute de la mortalité opératoire, il n'existe guère de preuve — dans la sécheresse des seuls pourcentages — d'un perfectionnement récent dans l'attaque chirurgicale sur le cancer lui-même. La chute réelle du taux de survie dans la dernière tranche de 5 années, surtout pour les cancers rectaux, suggérerait que le traitement est moins efficace qu'auparavant; mais cette baisse des survies peut être attribuée en partie aux tentatives de résections curatives pratiquées sur des tumeurs avancées, chirurgicalement incurables. L'auteur est cependant convaincu qu'il ne faut pas hésiter à continuer les sections radicales des tumeurs de curabilité douteuse.

R. C. BASSETT, C. F. LIST et L. J. LEMMEN. — **Traitement chirurgical de l'anévrisme intracrânien.** "Surgery, Gynecology and Obstetrics", **95**: 701 (décembre) 1952.

Il est démontré que le taux de mortalité par hémorragie sous-arachnoïdienne due à la rupture d'un anévrisme intracrânien atteint 60 pour cent avec le traitement dit « conservateur », qui n'est en réalité qu'une absence de traitement, tablant sur l'espoir, souvent fallacieux, d'une guérison spontanée.

Bassett et ses collaborateurs présentent leurs observations sur 73 cas d'anévrisme intracrânien traités chirurgicalement. La thé-

rapéutique rationnelle de l'anévrisme intracrânien exige un diagnostic précis; il faut connaître la localisation et la dimension de la lésion, et la présence — ou l'absence — d'hémorragie sous-arachnoïdienne, sous-durale ou intracérébelleuse. Les examens neurologiques répétés ne peuvent découvrir que les signes d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, sans moyens de localisation précise. La céphalalgie latérale, pendant la période du saignement initial, ou les troubles focaux ou unilatéraux à l'électroencéphalogramme, apportent un indice sur le côté affecté. L'examen du liquide céphalo-rachidien détermine la présence d'une hémorragie récente ou ancienne. L'angiographie cérébrale est, de beaucoup, la méthode la plus exacte et la plus sûre. Dans la série actuelle, l'angiographie a été pratiquée dans tous les cas, sauf un.

Plus récemment, l'angiographie fermée (percutanée) au diodrast est devenue la méthode de choix, mais la technique originale d'injection de produit radio-opaque dans l'artère dénudée chirurgicalement conserve sa position. En fait, la méthode ouverte peut être plus pratique quand on envisage une ligature immédiatement après l'étude angiographique.

Tous les anévrysmes vérifiés par l'angiographie ne relèvent pas du traitement chirurgical; il vaut mieux laisser de côté ceux que l'on trouve chez les malades âgés atteints d'artériosclérose avancée et d'hypertension. Le traitement chirurgical idéal doit réussir à éliminer complètement l'anévrisme de la circulation cérébrale. On peut atteindre cet objectif par attaque intracrânienne directe, soit en ligaturant le pied de l'anévrisme, soit en « prenant au piège », entre des ligatures, le segment vasculaire qui contient l'anévrisme. Malheureusement, l'abord intracrânien est souvent dangereux, car il peut sérieusement compromettre la circulation cérébelleuse. Il existe cependant une alternative thérapeutique dont l'exemple est la ligature cervicale de l'artère carotide. Ce procédé réduit le courant sanguin cérébral et la tête de pression à l'intérieur de l'anévrisme, favorisant ainsi la thrombose et la cicatrisation spontanée.

Dans les cas analysés ici, la ligature cervicale de l'artère carotide a été faite dans 29 cas, et la ligature intracervicale de la carotide avec ligature intracrânienne dans 18 cas.

Bien qu'il faille considérer chaque cas individuellement, les faits suivants ressortent: la ligature cervicale de l'artère carotide comporte un faible taux de mortalité opératoire (3,4%) et une proportion assez forte d'une hémiparésie postopératoire qui a néanmoins montré une haute incidence de rétablissement fonctionnel. Des observations à long terme sont indispensables pour déterminer le nombre de malades dont la guérison est permanente. Quand on combine la ligature cervicale et l'opération intracrânienne, la mortalité opératoire (50%) est à peu près la même que pour les cas traités par la ligature intracrânienne seuls (40%). La ligature intracrânienne offre l'avantage d'attaquer directement la lésion et de permettre une guérison permanente, avec de plus grands risques, toutefois.

Le spasme vasculaire dans le voisinage de l'anévrisme favorise la cicatrisation, mais prédispose aux complications au cours du traitement (hémiparésie).

R. R. GREENE, B. M. PECKHAM, J. T. CHUNG et collaborateurs. — **Le carcinome gravifique du col avant invasion.** "Surgery, Gynecology and Obstetrics", 96: 71 (janv.) 1953.

Une croyance à peu près universelle attribue à la grossesse des modifications spécifiques de l'épithélium du col, et l'on est presque généralement persuadé que ces « modifications » peuvent être confondues avec un carcinome du col avant la phase d'invasion. C'est pourquoi nombre de confrères croient que l'on ne peut et ne doit pas porter de diagnostic d'un carcinome cervical avant invasion chez la femme enceinte. Epperson et ses co-équipiers relatent que les lésions qui avaient été diagnostiquées comme carcinome pré-envahissant du col pendant une grossesse disparurent spontanément au terme de celle-ci; ils en concluent que c'étaient là des « modi-

fications gravidiques » et non un véritable carcinome avant la phase envahissante.

Par contre, Greene et ses collaborateurs ne partagent pas cette croyance en des altérations spécifiques de l'épithélium du col provoquées par la grossesse. Ils concèdent que les métaplasies et hyperplasies des éléments glandulaires sont plus fréquentes et plus importantes pendant la gestation que hors de celle-ci. Cependant, ces modifications ne sont pas particulières à la grossesse. Les auteurs conviennent aussi que l'épithélium squameux stratifié et superficiel du col croît rapidement pendant la grossesse et que l'on rencontre parfois un léger épaissement de la couche des cellules de base à noyaux normaux. Ils sont enfin d'avis que, dans l'absence de tous les critères d'un diagnostic de carcinome pré-envahissant, ce diagnostic ne doit pas être influencé par l'état, gravidique ou non, de la patiente. Ils sont convaincus que l'on ne peut trancher cette controverse sur le carcinome pré-envahissant chez les femmes enceintes qu'en suivant délibérément les malades qui présentent ces lésions, et en déterminant si ces dernières disparaissent au terme de la grossesse. C'est dans une étude de ce genre qu'ont été recueillies les données présentées dans cet article.

Un diagnostic de carcinome du col avant la phase envahissante fut porté, après biopsies, chez 14 femmes enceintes. Ces malades furent suivies pendant toute leur grossesse et leurs couches. La lésion persista, après le terme de la grossesse, chez 12 malades sur 14, comme en font foi les pièces biopsiques et opératoires. Les auteurs insistent sur le fait que ces lésions, à deux exceptions près (qu'elles aient été de vrais carcinomes ou non), ne constituaient pas des « modifications gravidiques », et n'ont pas disparu, mais bien subsisté après la fin de la grossesse. Dans 2 de ces 14 cas, ils n'ont pu trouver aucune anomalie après l'accouchement. La preuve incombe toujours à celui qui soutient qu'une lésion a été complètement retirée à la biopsie, ou détruite par des phénomènes inflammatoires, et n'a pu être retrouvée pour

ces raisons. Les auteurs n'affirment rien de tel. Il se peut que la lésion n'ait pas été un véritable carcinome avant invasion, mais une altération réversible. Incidemment, des biopsies des 4 quadrants ont été faites par deux fois, après l'accouchement, chez ces deux malades, qui vont encore être suivies. Chez l'une d'elles, le frottis était positif au moment de la première biopsie puerpérale (17 semaines), mais négatif au bout de 31 semaines.

GYNECOLOGIE

RITA S. FINKLER. — **L'emploi de la "Phyatromine" dans le diagnostic différentiel entre retard simple des règles et grossesse, et comme thérapeutique du retard simple des règles.** (*Phyatromine in the treatment of simple delay in menstruation and as a possible diagnostic test for pregnancy.*) "Journal of the Amer. Medical Women's Ass.", 8: 88 (mars) 1953.

L'aménorrhée, qui n'est pas due à une dysfonction endocrinienne, à des lésions organiques ou à une grossesse, disparaît par l'administration de neostigmine. D'après Hechter, les aménorrhées de ce genre seraient dues à un trouble vasculaire. En effet, les œstrogènes entraînent une libération d'acétylcholine au sein de l'utérus et l'acétylcholine, à son tour, produit une vasodilatation. S'il y a déficience d'acétylcholine et, par conséquent, vascularisation inadéquate, la menstruation n'apparaît pas. Un agent anticholinestérase, en augmentant l'action de l'acétylcholine, serait ici effectif.

A noter que l'hyperhémie utérine est sous le contrôle du parasymphatique, ce qui expliquerait la profonde influence des *stress* émotifs sur la menstruation.

L'auteur a utilisé la physostigmine associée à de l'atropine (Phyatromine) pour éviter les coliques intestinales produites par la néostigmine. Elle a expérimenté sur 57 patientes âgées de 18 à 48 ans et présentant des aménorrhées de 21 jours à 3 ans. De ces 57 patientes, 31 avaient un simple retard des règles et ont répondu à la médication. Chez celles qui ne menstruent pas après trois injections de 1

à 2 cc. pendant trois jours consécutifs (la menstruation doit apparaître dans les 96 heures après la dernière injection), on découvrit une grossesse ou un aménorrhée due à des lésions génitales ou autres, à des facteurs psychiques, à des troubles endocrinologiques graves.

A noter que dans les cas de grossesse, les injections n'entraînent pas de danger.

Lise FORTIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

E. E. MUIRHEAD, L. B. TURNER et Arthur GROLLMAN. — **Maladie cardio-vasculaire hypertensive.** (*Hypertensive Cardiovascular Disease. Nature and Pathogenesis of the Arteriolar Sclerosis Induced by Bilateral Nephrectomy as Revealed by a Study of its Tinctorial Characteristics.*) "Am. Arch. of Path.", **51**: 575 (juin) 1951.

Les propriétés tinctoriales de la sclérose artériolaire qu'on rencontre chez le chien après néphrectomie bilatérale ont été étudiées en colorant au moyen de neuf colorations différentes des segments voisins d'un même vais-

seau. Il a été noté une relation entre les lésions suraiguës ou fulminantes déjà décrites et les lésions subaiguës chroniques. Ces trois lésions se résolvent en une hyalinisation totale de la paroi vasculaire, stade final de la sclérose artériolaire. La lésion principale, dans la sclérose artériolaire, consiste en une atteinte du muscle lisse de la média des petites artères et artérioles. La sorte de lésion est déterminée par la nature du changement morphologique qui, lui, dépend de l'intensité du dommage vasculaire original. L'hyalinisation résulte de deux changements séparés: 1. nécrose du muscle lisse suivie par l'hyalinisation des restes nécrotiques du sarcoplasme, et 2. remplacement de la paroi du vaisseau par un tissu hyalinisé ressemblant à du tissu conjonctif. Les changements morphologiques des petites artères et artérioles (nécrose artériolaire et sclérose artériolaire), sont semblables aux changements qui surviennent chez l'homme au cours des différentes formes de la maladie cardiovasculaire hypertensive (« hypertension essentielle »).

J.-Roger GAREAU.

SOCIÉTÉS

"L'Union Médicale du Canada" publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 17 mars 1953

Tenue à l'Hôtel-Dieu

Présidence de M. J.-Henri Charbonneau

La vision binoculaire, ses déséquilibres et la répercussion sur l'état général.

M. Michel MATHIEU

Cette communication, présentée par le docteur Michel Mathieu, ophtalmologiste, nous montra les relations étroites de l'appareil visuel avec les groupes musculaires de la face, du cou et du dos. Après avoir expliqué la physiologie de la vision binoculaire, ses différences chez les animaux inférieurs, surtout chez les poissons, le rapporteur nous souligne les perturbations générales découlant d'une mauvaise vision binoculaire. Ces troubles sont surtout la céphalée occipitale, la tension frontale, la tension musculaire de la nuque et du cou, les maux de reins, etc. Chez quelques patients, cette mauvaise vision binoculaire peut aller jusqu'à leur donner des troubles psychiques d'instabilité, et, chez d'autres, elles pourront expliquer même la paresse. Cette éventualité, il faut la prendre avec un grain de sel..., car, les paresseux aimeraient trop ça qu'enfin on leur ait trouvé une raison pouvant expliquer leur grand défaut.

Le diagnostic radiologique des anomalies cérébro-vasculaires.

M. J.-L. LÉGER

Ce deuxième travail de la soirée traite des anomalies cérébro-vasculaires radiologiquement décelables par l'examen radiologique.

C'est le docteur Jean-Louis Léger, radiologiste de l'hôpital Notre-Dame qui en fit la présentation. Son travail consista à nous montrer les plus beaux films illustrant des cas d'anévrysme artério-veineux, d'angiomes cérébraux vus dans le service radiologique de l'hôpital; en tout, 483 cas d'angiographie ont été étudiés et, de ce nombre, on a pu diagnostiquer 26 cas d'anévrysmes. L'auteur nous explique les raisons militent en faveur d'un diagnostic d'anévrysme plutôt que d'un angiome, et il nous montre, à l'appui de ces explications, un cas qui, de prime abord, aurait pu passer pour un anévrysme, alors que c'était un cas d'angiome. Le docteur Léger eut à répondre à quelques questions sur la technique de l'angiographie, les dangers, etc.

La chloromycétine injectable.

M. Albert ROYER

Le rapporteur nous donne le compte rendu d'un travail de recherches entrepris à l'hôpital Ste-Justine, sur l'emploi de la chloromycétine injectée dans la circulation et dans le péritoine des bébés et des enfants. Plusieurs clichés illustrant les courbes de température, les cultures microbiennes et les suites cliniques de nombreux cas furent projetés sur l'écran. Les conclusions pratiques de cette série de cas, corroborées par un hématologiste, sont que l'emploi de la chloromycétine est justifiée, que c'est là un médicament qui, dans leurs mains, n'a pas démontré de résistance microbienne et que jamais ils n'ont eu de perturbations de la formule sanguine du genre d'anémie, du type aplastique. Ces conclusions, basées sur au delà de 600 cas traités à des doses très fortes, ont semblé rassurer l'auditoire sur les possibilités

de ce composé récemment dénigré par d'autres cliniciens.

Avant de clore cette intéressante séance, une mise au point fut faite par le docteur Saint-Martin, bactériologiste au Ministère de la Santé, sur la résistance des microbes aux différents antibiotiques. La résistance microbienne vis-à-vis un antibiotique est un effet du moment et ce n'est qu'un effet de quantité. Le microbe est résistant à une dose connue, mais si vous dépassez cette dose, la résistance, par le fait même, est abolie. Si deux millions d'unités de pénicilline semblent ne rien faire vis-à-vis votre microbe, donnez-en neuf millions d'unités et, de ce fait, vous aurez raison de cette résistance.

* * *

Séance du 7 avril 1953

Tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur

Présidence de M. J.-Henri Charbonneau

L'apport scientifique de cette soirée fut faite sous la forme de forum médico-chirurgical. En effet, la première équipe, composée des docteurs Paul Potvin, Roger Gariépy, André Cusson, Guy Lafond, André Derome, et sous la direction du docteur Edgar Lépine, traita du rôle du praticien dans le dépistage des malformations congénitales du squelette.

Tour à tour, l'équipe discuta des troubles orthopédiques de l'enfant, ceux qui sont secondaires à des traumatismes de la naissance et ceux qui sont d'origine congénitale. Le docteur André Derome traita des premiers et surtout des décollements épiphysaires, des paralysies obstétricales et des fractures. Le docteur André Cusson se limita aux troubles du membre supérieur, de la ceinture scapulaire et de la nuque. Il nous parla des doigts surnuméraires, de la surélévation congénitale de l'omoplate et du torticolis congénital.

Les troubles de la colonne vertébrale furent étudiés par le docteur Guy Lafond, qui nous entretint sur le spina bifida, les scoliozes et le syndrome de Kippel Feil, ou absence des vertèbres cervicales.

Les troubles du membre inférieur furent interprétés par le docteur Paul Potvin, qui s'attarda surtout sur les troubles de la hanche, la luxation congénitale des genoux, des pieds, tels les pieds bots, les pieds varus equinus, etc.

Quant aux troubles de croissance, lesquels se limitent exclusivement aux membres inférieurs et à la colonne vertébrale, ceux-ci furent présentés par le docteur Roger Gariépy, qui nous parla des pieds plats, des hallux valgus, des genu valgum et varum des orteils en marteau, etc. La totalité des conférenciers avaient de belles projections à nous faire voir pour illustrer leurs travaux.

Le deuxième forum, médical, composé du modérateur B.-G. Bégin, et des docteurs Vidal, Deshaies, Millet, Pilon et Laurier, nous entretinrent surtout et discutèrent de la valeur des symptômes du système respiratoire dans l'histoire du patient. Le docteur J.-L. Pilon parla de la toux, de sa pathogénie, des causes qui la provoquent et des méthodes les plus avantageuses pour la faire cesser, sinon la diminuer.

Le symptôme « dyspnée » fut exposé par le docteur J.-A. Millet. Après en avoir expliqué la pathogénie, le rapporteur situe ce symptôme dans la pathologie pulmonaire et il nous en démontre la fréquence, surtout dans l'asthme la tuberculose miliaire au début, le pneumothorax spontané, la silicose et dans certains cancers pulmonaires.

Le docteur Ruben Laurier nous entretint ensuite de l'hémoptisie qu'il considère comme un symptôme grave, sérieux, qu'on ne doit pas traiter à la légère. On devra rassurer le malade, le mettre au repos absolu, au silence, et, pour cela, empêcher les visites. A cette routine de base, on pourra y adjoindre au besoin le pneumothorax thérapeutique, le pneumopéritoine, etc. *Les douleurs thoraciques*; ce symptôme nous fut exposé par le docteur Georges Deshaies, chirurgien, qui nous parla de sa valeur dans la pneumonie, dans la pleurésie, les pneumothorax, les infarctus pulmonaires, les abcès du poumon et les tumeurs bronchiques. Il conseilla de bien examiner les

patients se plaignant de ce symptôme, afin d'éliminer la participation des autres systèmes dans la genèse de ces douleurs.

Le dernier conférencier de la soirée fut le docteur J.-A. Vidal, qui, au moyen de clichés radiologiques, nous démontra les méprises d'un diagnostic trop hâtif basé sur des examens non corroborés. Ce sont là les cas problèmes qui embêtent même le phtisiologue. Il nous montra des radiographies d'un cas présentant tous les signes radiologiques pouvant nous laisser penser à une infection bacillaire, mais chez qui les analyses de laboratoire et la clinique n'ont jamais pu signer telle impression. Ce patient fut référé à plusieurs reprises et même hospitalisé pour enquête complète, et toujours les mêmes résultats négatifs.

Le docteur Vidal nous parla ensuite du rôle du traumatisme dans le réveil d'anciennes lé-

sions tuberculeuses et il appuya cette idée d'une série de radiographies d'un jeune mineur qui s'était blessé en tombant dans la mine où il travaillait. La radiographie à l'embauchage était négative, ne montrant que des lésions cicatricielles et les clichés pris après la chute montrèrent une extension parenchymateuse à point de départ des lésions cicatricielles anciennes.

Une motion, proposée par le docteur Paul Dumas et secondée par le docteur René Roland, à l'effet que la Société s'engage à appuyer toute tentative en vue de la fluorisation de l'eau pour prévenir la carie dentaire, fut présentée à la fin de cette soirée, laquelle se termina par un délicieux goûter fourni par les religieuses de l'hôpital.

Le secrétaire des séances,
Pierre-A. TURGEON

NOUVELLES

LE DOCTEUR RENÉ ROUX, RAPPORTEUR AU CONGRÈS DU COLLÈGE INTERNA- TIONAL DES CHIRURGIENS

Le docteur René Roux, assistant professeur de chirurgie à l'Université de Montréal et chirurgien de l'Hôtel-Dieu était au nombre des rapporteurs du Congrès du Collège International des Chirurgiens, tenu à New York du 13 au 17 septembre 1953. Il parla le 16 septembre 1953 de la polypose du côlon.

DÉBUT DE LA NOUVELLE CONSTRUCTION À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Samedi, le 26 juillet 1953 eut lieu la cérémonie d'inauguration de la Nouvelle Construction à l'Hôpital Notre-Dame. La bénédiction des travaux a été faite par S. E. Mgr Conrad Chaumont; les allocutions ont été prononcées par le Ministre de la Santé, l'hon. J. H. A. Paquette, par le maire de Montréal, M. Camilien Houde, par le président du Conseil d'administration le docteur J. A. Rouleau, M. H. Dupuis, et M. Hector Racine. Près de cinq cents personnes ont assisté à la cérémonie.

CONGRÈS DE L'"INTERNATIONAL ANESTHESIA RESEARCH SOCIETY"

C'est du 26 au 29 octobre prochain qu'aura lieu au Château Frontenac, à Québec, le 28ième congrès de cette association. Un programme très élaboré de travaux scientifiques a été préparé; il y aura aussi des séances cliniques dans les principaux hôpitaux. De nombreux exhibits scientifiques et commerciaux de tous les nouveaux appareils d'anesthésie et de réanimation ne manqueront pas d'intéresser les anesthésistes.

Il y aura des activités sociales pour les Dames et un banquet auquel assisteront d'éminentes personnalités civiles et religieuses.

Le bureau de direction de cette société se compose du Dr Morris J. Nicholson de la Clinique Lahey de Boston, président, le Dr T. H. Seldon de la Clinique Mayo de Rochester, vice-président, et des Drs Harold R. Griffith de Montréal, R. J. Whitacre de Cleveland, A. William Friend de Akron, Ohio, C. J. Durshordwe de Buffalo. Le Dr Georges Cousineau de Montréal est

le président honoraire et le Dr Eugène Allard de Québec est le vice-président honoraire.

On attend plusieurs centaines d'anesthésistes du Canada, des Etats-Unis et de l'étranger pour ces importantes assises.

LE DOCTEUR JEAN SAUCIER AUX CON- GRÈS DE LISBONNE ET DE PARIS

Le docteur Jean Saucier, professeur de neurologie à l'Université de Montréal et chef du service de neurologie de l'Hôtel-Dieu vient de participer activement aux Congrès de Neurologie et de Neuro-psychiatrie qui se sont tenus en août à Lisbonne et à Paris.

CONFÉRENCES DU PROFESSEUR MARQUEZY

Le mardi, 22 septembre 1953 se tint à l'hôpital Sainte Justine une séance conjointe de la Société Médicale de Montréal et de la Société de Pédiatrie de Montréal. L'invité d'honneur était le professeur R. A. Marquezy, délégué de France au XXIIIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada qui prononça une conférence sur la pneumonie atypique grippale. Le lendemain, le 23 septembre 1953 le professeur Marquezy parla à l'hôpital Général de Verdun des "complications encéphaloméningées de la grippe chez l'enfant".

ACTIVITÉS DU SERVICE D'O.R.L. DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

L'hôpital Notre-Dame est heureux de vous faire part des activités de son service d'Oto-Rhino-Laryngologie, sous la direction du docteur Fernand Montreuil.

Tous les mercredis, il y a réunion du service de 8 à 9 heures a.m., suivie de la visite des malades hospitalisés, de 9 à 10 heures.

Le premier mercredi du mois est consacré à une séance anatomo-clinique, au cours de laquelle quelques cas sont présentés pour discussion histopathologique clinique et traitement soit chirurgical ou radiothérapique.

Le troisième mercredi, une conférence d'intérêt général pour les oto-rhino-laryngologistes est donnée.

Les autres séances comportent un résumé de la littérature courante pour les médecins résidents du service.

Tous les médecins sont cordialement invités à assister à ces réunions.

Septembre, le 30 — Journal Club.

Octobre, le 7 — Anatomo-clinique. Le 14: Journal Club. Le 21: Radiographie des mastoïdes (Dr J.-L. Léger). Le 28: Journal Club.

Novembre, le 4: Anatomo-clinique. Le 11: Journal Club. Le 18: Allergie en Oto-rhino-laryngologie (Dr J.-L. Léger). Le 25: Journal Club.

Décembre, le 2: Anatomo-clinique. Le 9: Journal Club. Le 16: Radiothérapie (Dr Michon).

Janvier 1954, le 6: Anatomo-clinique. Le 13: Journal Club. Le 20: Electrolytes (Dr Belisle). Le 27: Journal Club.

Février, le 3: Anatomo-clinique. Le 10: Journal Club. Le 17: Diètes en Oto-rhino-laryngologie (Dr C.-E. Grignon). Le 24: Journal Club.

Mars, le 3: Anatomo-clinique. Le 10: Journal Club. Le 17: Ophthalmologie (Dr J. Brault). Le 24: Orthodontie (Dr Nadeau). Le 31: Journal Club.

Avril, le 7: Anatomo-clinique. Le 14: Journal Club. Le 21: Bactériologie et antibiotiques. Le 28: Journal Club.

Mai, le 5: Anatomo-clinique. Le 12: Journal Club. Le 19: Radiothérapie: larynx (Dr Brodeur). Le 26: Journal Club.

LE DOCTEUR DANIEL BARGETON À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

La Société Médicale de Montréal a reçu à titre de conférencier d'honneur le docteur Daniel Bargeton professeur à l'Université de Paris. La conférence a eu lieu le 10 septembre 1953 à l'Hôtel-Dieu et portait pour titre: "Quelques recherches expérimentales sur le mode d'action des anti-thyroïdiens".

CHAPITRE CANADIEN DU COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS

Lors du Congrès de New York, le chapitre Canadien du Collège International des Chirurgiens a choisi son exécutif. Le docteur Appleby de Vancouver a été élu président, le docteur Fancar a été choisi comme vice-président et le docteur McAmmond de Vancouver a été nommé secrétaire.

On remarque parmi les noms des régents du Collège celui du docteur Jean-Paul Legault, de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

NOUVEAUX "FELLOWS" DU COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS

Lors de son Congrès tenu au Waldorf-Astoria de New York du 13 au 17 septembre 1953, le Collège International des Chirurgiens a procédé au choix de nouveaux membres ou "Fellows". On note parmi les initiés les docteurs Rosario Gaudry de Québec, Moïse Clermont et Fernand Gauthier de Montréal, J. M. Bécotte d'Arthabaska, Larocque d'Ottawa, L. P. Laporte de Joliette et Gagnon de Chicoutimi. Le docteur Charles Ouimet de Montréal a été nommé membre associé.

BOURSIERS EN PÉDIATRIE

Trois jeunes médecins de Montréal ont obtenu des bourses Mead Johnson & Co. pour des études post-scolaires en pédiatrie; ce sont les docteurs L.-P. Thibodeau, J.-L. Desrosiers et R. Saint-Martin. Le docteur Thibodeau est à Boston, le docteur Desrosiers à Toronto et le docteur Saint-Martin est à Paris.

ENQUÊTE AU VÉNÉZUÉLA DU DOCTEUR GUSTAVE GINGRAS

Le docteur Gustave Gingras, directeur médical du Centre de réhabilitation de Montréal, vient d'être choisi comme expert auprès de la Mission technique des Nations Unies chargée d'enquêter sur les problèmes de la réhabilitation au Venezuela. Il passera quatre semaines dans l'Amérique du Sud.

ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION DE MÉDECINE INDUSTRIELLE

Le bureau de direction de l'Association de Médecine Industrielle de la Province de Québec vient d'être choisi pour l'année courante. Il se lit comme suit: président: le docteur B. Bellemare, 1er vice-président: le docteur L. H. Roberts, 2e vice-président: le docteur Paul Guénette, secrétaire: le docteur D. C. Bews. Le docteur A. Leclerc de Québec a été nommé directeur honoraire.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

Une réunion conjointe de la Société de Phtisiologie de Montréal et du Chapitre canadien du Québec

de l'American College of Chest Physicians a eu lieu à l'Hôpital Notre-Dame, samedi le 26 septembre à 10 heures a.m.

Tumeurs thoraciques

"Aspect médical des tumeurs du médiastin", Docteur Jules Prévost, F.C.C.P. Directeur de l'enseignement clinique à l'Université de Montréal; assistant dans le Service de Médecine de l'Hôpital Notre-Dame et directeur de la Clinique des Maladies du Thorax.

En discussion: Docteur Gaétan Jarry, F.C.C.P., directeur médical de l'Institut Bruchési.

"Aspect chirurgical des tumeurs du poumon", Docteur Richard H. Overholt, F.C.C.P., directeur de l'Overholt Thoracic Clinic; diplômé de l'American Board of Surgery and Thoracic Surgery; ex-président du New England State, Chapter de l'American College of Chest Physicians.

En discussion: Docteur Ed. Gagnon, F.C.C.P., chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

congrès annuel de cet organisme. Ont également été élus: premier vice-président, le Dr Cluny Macpherson, de St-Jean, T.-N.; 2e vice-président, le Dr H. H. Hepburn, d'Edmonton; archiviste, le Dr J. F. Argue, d'Ottawa. Le président sortant de charge était le docteur Louis Roux de Montréal.

DOCTORAT HONORIFIQUE AU DOCTEUR WILDER PENFIELD

On a officiellement inauguré l'Institut Charles H. Best, un immeuble construit au coût de \$1 000 000 dans la basse ville de Toronto. Il est doté d'installations médicales destinées à accroître les recherches dans ce domaine. Avant la cérémonie, cinq grands médecins ont reçu des doctorats honorifiques de l'université de Toronto. Le Dr Wilder Penfield, éminent neurochirurgien montréalais, attaché à l'université McGill, était du nombre.

DÉLÉGUÉS À ROME

Deux professeurs de Montréal ont été choisis pour représenter leur Université respective au 16e Congrès International de Microbiologie qui s'est ouvert à Rome le 8 septembre; il s'agit du docteur E. G. D. Murray de l'Université McGill et de M. V. Fredette de l'Université de Montréal.

NOUVEAU CONSULTANT NOMMÉ À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le docteur Fernand Grégoire, directeur médical de l'Institut Lavoisier, centre clinique de physiologie cardio-respiratoire, a été nommé consultant à l'Hôtel-Dieu.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR EDMOND BARIL

On nous apprend que l'American Academy of Pediatrics a récemment élu « Fellow » le docteur Edmond Baril, pédiatre de l'Hôpital de la Miséricorde et vice-président de la Société de Pédiatrie de Montréal.

NOUVEAUX DIRECTEURS DU CONSEIL MÉDICAL

Le Dr E. A. McCusker, de Régina, a été élu président du Conseil médical du Canada, à la clôture du

LE DOCTEUR GEORGES DUMONT, PRÉ- SIDENT DE LA VIE FRANÇAISE

Le Conseil de la vie française a élu hier à la présidence le docteur Georges Dumont, de Campbellton. Le nouveau président est membre du Conseil depuis plusieurs années. Sous sa direction, cet organisme prendra une part active aux fêtes qui marqueront, en Acadie et en Louisiane, le deuxième centenaire de la dispersion des Acadiens. Le Conseil a déjà décidé de diriger vers Grand-Pré son voyage de Liaison française de 1955.

BOURSES FÉDÉRALES À 5 MÉDECINS DU QUÉBEC

Le ministère fédéral de la santé vient d'accorder à cinq médecins de la province de Québec des bourses d'études avancées sur la tuberculose. Ces médecins sont les Drs Yvon Périgny, de S.-Tite; R. Voyer et René Morissette, de Québec; Gervais Soucy, de S.-Rémi de Price et Maurice Laporte, de Cartierville.

Ces trois médecins poursuivront pendant trois ans des études sur le traitement de la tuberculose dans des hôpitaux canadiens et américains et, à la fin de leurs études, les Drs Périgny, Soucy et Voyer, feront partie du personnel médical de sanatoriums. Le Dr Morissette fera partie du personnel de la clinique antituberculeuse de Québec, et le Dr Laporte consacra tout son temps à la chirurgie thoracique à l'hôpital du Sacré-Cœur à Cartierville.

LE DOCTEUR GÉRARD FECTEAU, AU MAINE GENERAL HOSPITAL

Le docteur Gérard O. Fecteau autrefois de Biddeford, vient d'être accepté parmi le personnel du Maine General Hospital à titre d'assistant du docteur John R. Lincoln, directeur du département d'anesthésiologie. Le docteur Fecteau, qui a étudié à Montréal et à Québec, est revenu à l'été de 1953 du Japon, où il a servi pendant deux ans comme chef anesthésiste auprès du 141e Hôpital général de l'Armée.

DE RETOUR D'EUROPE

Le docteur Raymond Langevin est revenu d'Europe après avoir poursuivi durant un an ses études en chirurgie orthopédique, en France et en Angleterre. A Paris, le docteur Langevin a étudié sous la direction du professeur R. Merle d'Aubigné et des docteurs Robert et Jean Judet. En Angleterre, il a travaillé avec les professeurs Sir Reginald Watson-Jones, H. J. Seddon et John Chanley.

Le docteur Langevin sera attaché à l'Hôpital du Sacré-Cœur à Cartierville et à l'Hôpital Notre-Dame de l'Espérance à St-Laurent.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Avis concernant les spécialités.

Les Comités des Spécialistes chargés de considérer les demandes de certification se réuniront au cours du mois de décembre 1953.

Les médecins dont les études et l'entraînement postsecondaires sont terminés, voudront bien présenter leurs requêtes avant le 15 novembre, ceci permettant aux Comités concernés d'obtenir les renseignements jugés nécessaires.

Tout aspirant au certificat voudra bien noter que, conformément à nos règlements, des certificats sans examen pourront être émis jusqu'au 1er juin 1955.

Pour fins d'octroyer des certificats de compétence, le Bureau Provincial de Médecine du Québec reconnaît les spécialités suivantes:

1. Anesthésie.
2. Dermatologie et syphiligraphie.
3. Chirurgie générale.
4. Médecine interne.
5. Allergie.
6. Cardiologie.
7. Maladies pulmonaires et T. B.
8. Gastro-entérologie.

9. Neurologie et/ou psychiatrie.
10. Neuro-chirurgie.
11. Obstétrique et/ou gynécologie.
12. Ophthalmologie.
13. Urologie.
14. Chirurgie orthopédique.
15. Oto-rhino-laryngologie.
16. Pédiatrie.
17. Pathologie clinique, bactériologie et anatomie pathologique.
18. Médecine physique.
19. Chirurgie plastique et reconstructive.
20. Radiologie: diagnostique et/ou thérapeutique.
21. Chirurgie thoracique.
22. Hygiène.

Copies des Règlements et normes de formation post-universitaire ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, 1896 ouest, rue Dorchester, Montréal — FI. 5205.

Jean PAQUIN, M.D., *registraire.*

PREMIÈRE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La première assemblée générale de l'Association des Chirurgiens de la Province — Association of Surgeons of the Province of Quebec — a eu lieu samedi le 25 septembre 1953 au Pavillon Jeanne-Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Les officiers du comité provisoire ont d'abord fait rapport des activités à date de l'Association, puis il a été procédé au choix des membres du premier bureau de direction. L'élection a donné les résultats suivants: président: le docteur Edouard Desjardins, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Montréal et chirurgien de l'Hôtel-Dieu; premier vice-président: le docteur Donald Webster, professeur de chirurgie à l'Université McGill et chirurgien en chef du Royal Victoria Hospital de Montréal; 2e vice-président: le docteur François Roy, professeur de chirurgie opératoire à l'Université Laval et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec; secrétaire: le docteur Antoine Pettigrew, professeur-agrégé à l'Université Laval et chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec; trésorier: le docteur François Archambault, professeur agrégé à l'Université de Montréal et chirurgien de l'hôpital Notre-Dame; conseillers: le docteur Paul Bourgeois, professeur d'urologie à l'Université de Montréal et chef du service d'urologie de l'hôpital Notre-Dame; le docteur Philip Rowe, professeur de chirurgie et directeur du département de chirurgie de l'Université McGill, chirurgien en chef du Montreal General Hos-

pital; le docteur Calixte Favreau, professeur agrégé à l'Université de Montréal et chef du service d'orthopédie de l'hôpital Sainte-Justine; le docteur J. Avila Denoncourt, ancien président général de l'Association des médecins de langue française du Canada et chirurgien de l'hôpital St-Joseph des Trois-Rivières.

L'Association des chirurgiens de la Province de Québec—The Association of Surgeons of the Province of Quebec — entend grouper les chirurgiens généraux, les urologues, les orthopédistes, les neuro-chirurgiens, les chirurgiens plastiques, les chirurgiens thoraciques, les gynécologues et les membres d'autres spécialités chirurgicales.

NOMINATIONS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le Dr Wilbrod Bonin, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, communique, à son retour d'Europe où il a assisté à Londres au congrès de la première Conférence mondiale sur l'enseignement médical, les nominations et les promotions suivantes approuvées lors d'une récente réunion du Conseil des gouverneurs de l'Université.

Le Dr Gérard Bélanger a été nommé professeur titulaire de clinique obstétricale à l'hôpital de la Miséricorde.

Les médecins suivants ont été nommés professeurs agrégés: Dr Robert Cailloux, obstétrique; Dr Fernand Côté, psychiatrie; Dr Alfred LeRoy, obstétrique; Dr Gaston Loignon, psychiatrie; Dr Alcide Pilon, psychiatrie; Dr Germain Pinsonneault, radiologie; Dr Albert Royer, pédiatrie; Dr Julien Tétreault, obstétrique.

On annonce aussi la nomination des 13 assistants-professeurs suivants: Dr Maurice Bélisle, médecine; Dr J.-Antoine Blais, médecine; Dr Raymond Blais, oto-rhino-laryngologie; Dr Joseph Duplessis, pédiatrie; Dr Guy Fortin, anesthésiologie; Dr Louis-Joseph Gauthier, pédiatrie; Dr Paul Guertin, oto-rhino-laryngologie; Dr Simon Lauzé, anatomie pathologique; Dr Léonard Legault, anesthésiologie; Dr René Létienne, anesthésiologie; Dr Léopold Long, médecine; Dr Gaspard Morin, pédiatrie; Dr André Robert, médecine et chirurgie expérimentales.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR PAUL POLIQUIN

Le docteur Paul Poliquin, professeur de clinique chirurgicale à l'Université Laval et chef du service de chirurgie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec a été élu membre associé étranger de l'Académie Nationale de Chirurgie de Paris.

LE DOCTEUR WILBROD BONIN, DÉLÉGUÉ À LONDRES

Le docteur Wilbrod Bonin, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a assisté à Londres au Congrès de la première conférence mondiale sur l'enseignement médical. Le Congrès s'est tenu du 22 au 29 août 1953 sous les auspices de l'Association Médicale Mondiale. Le docteur Bonin était délégué de l'Université de Montréal.

ÉLECTION À LA PRÉSIDENTIE DU DOCTEUR EUGÈNE ROBILLARD

Le docteur Eugène Robillard, professeur de physiologie et directeur du département de physiologie de l'Université de Montréal vient d'être élu président de l'Association Canadienne de Physiologie. Il succède au docteur J. B. Collip.

LE DOCTEUR JEAN-PAUL BOURQUE RAPPORTEUR AU CONGRÈS DE SHAWNEE

La section du Nord-Est de l'American Urological Association a tenu son assemblée annuelle du 15 au 18 septembre 1953 au Shawnee Inn à Shawnee-on-Delaware en Pennsylvanie. Au nombre des rapporteurs à ce Congrès, on remarque le docteur Jean-Paul Bourque de l'Hôtel-Dieu de Montréal qui a présenté à la séance du 16 septembre 1953 un travail intitulé: "A new technique of prostatic adenomectomy".

CONFÉRENCE À LA MÉMOIRE DU DOCTEUR D. A. HINGSTON

Un comité a été formé à St Mary's Hospital en vue de perpétuer le souvenir du docteur Donald A. Hingston. Le moyen choisi a été d'organiser chaque année une conférence dite: *Hingston Memorial Lecture*.

La première de ces conférences aura lieu le 13 octobre 1953, à 8.30 p.m. du soir, à l'amphithéâtre de l'hôpital des Vétérans. Le docteur Claude F. Dixon de la Clinique Mayo est l'invité d'honneur et il parlera du cancer du rectum.

LE DOCTEUR JEAN ROCHE, CONFÉRENCIER DE L'INSTITUT SCIENTIFIQUE FRANCO-CANADIEN

Plusieurs conférences ont été données sous les auspices de la Faculté de Médecine de l'Université de

Montréal, par le docteur Jean Roche, professeur au Collège de France, Chaire de biochimie générale et comparée. En voici le programme:

A. Biochimie de l'iode et des hormones thyroïdiennes.

Lundi 14 septembre 1953 — L'iode chez les êtres vivants et le mécanisme de sa concentration dans divers tissus.

Mardi, 15 septembre 1953 — Les protéines iodées naturelles et les modèles chimiques de formation des hormones thyroïdiennes.

Jeudi, 17 septembre 1953 — Nature et biosynthèse des hormones thyroïdiennes.

Vendredi, 18 septembre 1953. — Hormones thyroïdiennes circulantes et mécanisme de leur sécrétion.

Lundi, 21 septembre 1953. — Métabolisme et mode d'action des hormones thyroïdiennes.

B. Les hémoglobines humaines.

Mardi, 22 septembre 1953. — Spécificité des hémoglobines et hétérogénéité du pigment respiratoire de l'adulte.

Jeudi, 24 septembre 1953 — Hémoglobines fœtales et biochimie des anémies méditerranéennes.

Vendredi, 25 septembre 1953 — Pathologie des hémoglobines et trépanocytoses (*sickle cell anemia*).

C. Problèmes d'enzymologie.

Lundi, 28 septembre 1953 — Quelques aspects de la biochimie des phosphatases.

Mardi, 29 septembre 1953 — Récents progrès de la biochimie et de la chimie physiologique de l'arginase.

**COURS DE PERFECTIONNEMENT DONNÉS
À L'HÔPITAL SAINT-LUC DE MONTRÉAL**

Le cours de perfectionnement du professeur Castaigne (de Paris) donné à l'hôpital St-Luc portera sur les perturbations circulatoires localisées et leur traitement. En voici quelques titres:

Généralités sur les circulations locales et leurs perturbations pathologiques.

L'infarctus du myocarde et les ischémies myocardiques.

Les troubles de la circulation cérébrale. 1 Les thromboses; 2 Les ruptures; 3 L'œdème cérébral; 4 Les autres aspects des troubles circulatoires céphaliques (migraines, troubles vasomoteurs, etc...).

Les troubles de la circulation rénale. 1 Les glomérulo-néphrites; 2 La nécrose corticale du rein et le problème de l'ischémie rénale aiguë; 3 Le rôle de l'ischémie rénale dans la genèse de l'hypertension; 4 Le rein cardiaque.

Les troubles de la circulation pulmonaire. 1 Les embolies et infarctus du poumon; 2 L'œdème pulmonaire; 3 Le poumon cardiaque.

Les troubles de la circulation abdominale. 1 L'infarctus du mésentère et les infarctus viscéraux; 2 L'hypertension portale; 3 Le foie cardiaque.

Les troubles circulatoire des membres. 1 Les oblitérations artérielles; 2 Les oblitérations artérielles; 3 Les oblitérations veineuses; 4 Les syndromes vasomoteurs des extrémités.

N.B.—Les dates et les heures de ces cours seront envoyées individuellement à tous les médecins de la province.

**COURS SUR LA NUTRITION PAR LE
DOCTEUR H. SIMONNET**

L'Ecole d'Hygiène, pour la septième année consecutive, reçoit, à titre de professeur invité, le docteur Henri Simonnet, B.A., D.V., D.M., D.Sc., professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort et à l'Institut national agronomique de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine (Paris) et Fellow of the Royal Society of Medicine (London).

Le docteur Simonnet donnera dix conférences à notre public médical et hygiéniste et traitera de « l'appréciation de l'état de nutrition ».

Le programme

10 sept. — Le problème posé, sa signification et sa portée; définitions, nutrition et état de nutrition, les degrés de l'état de nutrition; les fautes alimentaires en général.

17 sept. — Les signes cliniques et fonctionnels. Aspect général, stature, poids, taille. Examen de la peau et des muqueuses.

24 sept. — Les signes cliniques et fonctionnels (suite). L'appareil circulatoire, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif; signes nerveux.

1 octobre. — Les signes biologiques. Radiographie, examen du sang, fragilité capillaire, ergométrie, tests psycho-moteurs.

8 oct. — Signes biochimiques. Les taux normaux des constituants du sang et de l'urine.

15 oct. — Signes biochimiques. Signification des valeurs anormales, épreuves de charge et de saturation.

22 oct. — Symptomatologie des troubles d'origine nutritionnelle. Sous-alimentation et suralimentation; carence protidique, excès protidique; eau et sels; oligo-éléments (fer, iode).

29 oct. — Symptomatologie des troubles d'origine nutritionnelle. Les avitaminoses, les hypervitaminoses.

5 nov. — La mesure du niveau de la nutrition. Les standards de nutrition, leur signification qualitative et quantitative, les facteurs d'utilisation des aliments.

12 nov. — Technique des enquêtes, types d'enquêtes nutritionnelles.

LE 8^e CONGRÈS DE RHUMATOLOGIE

Le 8^e congrès international des maladies rhumatismales a eu lieu à Genève du 24 au 28 août. 35 nations dont l'URSS y étaient représentées. En tout, ce congrès réunit 800 personnalités du monde médical.

A cette occasion, il est bon de rappeler les efforts incessants qui, depuis la création de la Ligue internationale contre le rhumatisme, il y a quelque 25 ans, ont permis à la rhumatologie de devenir une spécialité réelle.

D'autre part, c'est à l'occasion du dernier congrès international de New-York que fut révélée la découverte de la cortisone par Hench et Kendall, qui avait permis de grands espoirs.

RAPPORT DE LA 7^e ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

La 7^e assemblée générale de l'Association médicale mondiale, dont les travaux avaient commencé le 1^{er} septembre, a terminé ses travaux.

Au cours de la dernière séance, les 550 médecins qui ont participé aux délibérations, ont adopté un rapport constatant que, malgré tous les efforts faits en vue d'une amélioration du bien-être de l'homme, l'expérience ne semble pas prouver que celui-ci en général ait acquis une meilleure santé. Les médecins ont été également d'accord pour constater que « les statistiques relatives aux divorces, aux délits commis par les personnes s'adonnant aux stupéfiants, ne sont guère encourageantes ». Plusieurs principes de sécurité sociale ont été, d'autre part, adoptés par l'assemblée:

1 — Liberté du choix par les malades en ce qui concerne leurs médecins et liberté pour les médecins de choisir leurs malades, à l'exception des cas urgents ou d'humanité.

2 — Aucune intervention de tiers entre le médecin et le malade.

3 — Lorsqu'un service médical doit être soumis à un contrôle, celui-ci sera exercé par les médecins.

4 — Le malade devrait avoir le droit de choisir son hôpital.

5 — Liberté pour le médecin de choisir son lieu de résidence et sa spécialisation.

6 — Abolition d'éventuelles restrictions en ce qui concerne l'utilisation des médicaments prescrits, sauf en cas d'abus.

7 — Une représentation appropriée de la profession médicale dans tout organisme s'occupant de soins médicaux.

8 — Le fait de faire des médecins des serviteurs salariés au service du gouvernement ou d'organismes de sécurité sociale ne pourrait que nuire à l'intérêt public.

9 — Une rémunération des services médicaux ne devrait pas dépendre directement de la position financière de l'organisation d'assurance.

10 — Tout médecin diplômé doit avoir le droit de collaborer à toute organisation de sécurité sociale ou d'assurance, et aucun médecin ne devrait être obligé contre sa volonté à collaborer à ces organisations.

11 — Une assurance obligatoire contre la maladie ne devrait couvrir que ceux qui ne sont pas à même de pourvoir personnellement à leurs soins médicaux, pour des motifs de pauvreté.

AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL SAINTE-MARIE DES TROIS-RIVIÈRES

L'hôpital Sainte-Marie que dirigent aux Trois-Rivières les RR. SS. de la Miséricorde sera considérablement agrandi. On vient de donner le contrat de construction d'une nouvelle aile au coût d'un million et demi. L'immeuble aura six étages sur 174 pieds par 54 pieds.

UN NOUVEL HÔPITAL À MAGOG

Les autorités de l'hôpital la Providence de Magog annoncent la construction prochaine d'un nouvel hôpital de 200 chambres dans cette localité. La Rév. Sœur Ste-Rose de Viterbe, des Filles de la Charité du Sacré-Cœur, supérieure de l'institution, a déclaré que l'emplacement choisi a 800 pieds de longueur, par 540 de profondeur.

LE FUTUR HÔPITAL DE LONGUEUIL

Le futur hôpital de Longueuil sera érigé sur les rues Quinn et Montenach. L'administration interne en serait confiée aux RR. SS. Trinitaires de cette même localité.

AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL SAINT-MICHEL-ARCHANGE

Les autorités de l'hôpital St-Michel Archange de Beauport viennent de décider la préparation des plans et devis de l'agrandissement de l'hôpital St-Michel Archange de Beauport. Ceci apportera à l'hôpital 2,000 lits additionnels. Le coût approximatif sera de \$7 000 000.

L'HÔPITAL DE DOLBEAU

On vient de commencer les travaux de construction de l'hôpital de Dolbeau. L'entreprise coûtera \$800 000 et la congrégation des Hospitalières de la Miséricorde de Jésus aura d'ici quelques mois 52 lits à sa disposition pour le soin des malades de cette région.



CONFÉRENCE SUR L'ALCOOL ET LE TRAFFIC ROUTIER

La 2e conférence internationale sur l'alcool et le trafic routier s'est tenu à Toronto du 9 au 12 sept. 1953. Plus de 200 rapporteurs ont participé à ces assises. La première conférence internationale eut lieu en Suède en 1950.



PRIX SAINT VINCENT

L'Académie de Médecine de Turin organise un concours pour l'attribution, aux conditions ci-après indiquées, du 1er « PRIX SAINT VINCENT » pour les Sciences Médicales, d'un montant de 7.500.000 liras, institué par la Région Autonome de la Vallée d'Aoste et par la SITAV de Saint Vincent, afin de favoriser le développement des recherches scientifiques dans le champ de la discipline médicale.

1. Le prix sera attribué à une publication ou à un groupe de publications, imprimées, traitant un sujet médical unique et représentant un progrès réel dans la connaissance de la matière étudiée, ayant été publiées après 1950 et transmises à l'Académie de Médecine de Turin, 18 rue du Po, avant le 31 décembre 1953.

2. Les travaux pourront être admis au concours, si présentés dans les langues suivantes: italien, latin, français, anglais, allemand, espagnol, portugais et russe.

3. Les publications, en 5 exemplaires, dont 2 resteront auprès de l'Académie, devront être adressées à cette dernière sous pli recommandé.

4. Les concurrents devront joindre aux publications un résumé en langue italienne ou française illustrant le sujet et les points originels et conclusifs des arguments traités.

5. Le vainqueur du concours sera désigné à Saint Vincent (Vallée d'Aoste) dans le courant du mois de Juin 1954, au cours d'une réunion organisée par l'Académie à l'occasion des Journées médicales internationales, dont la date sera fixée ultérieurement.

TRAVAUX DE RECHERCHE SUR LES ANTIBIOTIQUES

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui qu'une subvention fédérale, d'un montant supérieur à \$12, 000, aidera l'Hôpital pour enfants malades, de Toronto, à poursuivre des recherches sur les nouveaux antibiotiques et les moyens de prévenir la résistance à leur égard.

Depuis quelque temps, le développement de bactéries qui résistent aux antibiotiques cause de l'inquiétude aux médecins, déclare le ministre fédéral de la Santé. On a accumulé quantités de renseignements sur ce sujet; mais quelques-uns d'entre eux ont été compilés à la hâte et sont incomplets. Il reste encore à poursuivre beaucoup de travaux qui demanderont assez de temps, de préférence dans un hôpital où les essais de laboratoire et les essais cliniques peuvent se faire simultanément.

À l'Hôpital pour enfants malades, on a formé un groupe spécial de recherche dans les laboratoires de bactériologie clinique, sous la direction du Dr T. E. Roy, directeur de la bactériologie. Cette équipe essaie d'évaluer la sûreté et l'exactitude des diverses méthodes de laboratoire employées pour déterminer la réaction des bactéries ordinaires en présence des antibiotiques. Les chercheurs se proposent aussi d'étudier les antibiotiques, en particulier, les plus récents, afin d'en déterminer le meilleur dosage possible et de découvrir comment ces antibiotiques s'absorbent et se répartissent. Ces renseignements seront reliés aux études de laboratoire sur la sensibilité et aux résultats des essais cliniques.

La subvention fédérale servira à acheter le matériel de laboratoire et à payer les traitements de quatre chercheurs à service continu.



TRAVAUX DE RECHERCHE SUR LA CHIRURGIE DE LA TUBERCULOSE

Des travaux de recherche sur les genres de chirurgie et sur les méthodes d'anesthésie les moins nuisibles à l'action du cœur et des poumons chez les tuberculeux se poursuivent cette année à l'hôpital Laval, de Ste-Foy (Qué.), avec l'aide d'une subvention fédérale à l'hygiène.

En annonçant aujourd'hui cette nouvelle, l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, ajoute que les autorités d'hygiène publique espèrent que ces travaux jetteront de la lumière sur les risques chirurgicaux et anesthésiques de la thoracotomie et réduiront le taux de mortalité chez les tuberculeux.

Ces travaux, qui dureront probablement un an, se font sous la direction du Dr Jean-Paul Dechêne,

anesthésiste de l'hôpital Laval et de l'Hôtel-Dieu de Québec, avec le concours du Dr Maurice Giroux et du Dr Marcel Bilodeau.

Au cours de ces travaux, on fera des essais élaborés de laboratoire et physiologiques sur les malades, avant, pendant et après les interventions chirurgicales.

La subvention fédérale, d'un montant de \$7,300, aidera à acheter le matériel requis ainsi qu'à payer une partie des traitements des chercheurs scientifiques qui se consacrent à ce projet.

PRÈS DE 50 000 PERSONNES BÉNÉFICIENT DES CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES DU MINISTÈRE PROVINCIAL DE LA SANTÉ

Au cours des six premiers mois de cette année, les cliniciens en tuberculose du ministère de la Santé que dirige l'hon. Albiny Paquette, m.d., ministre de la Santé, ont examiné 48 985 personnes et procédé à 31 520 épreuves à la tuberculine. Par ailleurs, 37 852 personnes ont bénéficié des avantages du BCG. Les cliniciens de nos soixante-sept unités sanitaires ont tenu 1 254 cliniques anti-tuberculeuses pendant cette même période et ils ont fait 11 765 visites à domicile. Ces chiffres ne comportent pas les statistiques du travail accompli par les roulettes que le ministère de la Santé entretient et fait circuler dans différentes régions de la province. Dans ces roulettes, au cours de l'été, on a déjà procédé à près de 30 000 examens. C'est du moins ce qu'un relevé préliminaire permet de constater. C'est dire que le ministère conduit une lutte intense contre la peste blanche. La population rurale et les principaux centres, comme les petites agglomérations, bénéficient des services de nos cliniciens en tuberculose. L'expérience acquise depuis de nombreuses années, les milliers de guérisons obtenues ont définitivement établi que la peste blanche est une maladie curable. Plus le traitement est institué de bonne heure, plus la guérison est facile. Il faut consulter le médecin dès les moindres symptômes, suivre ses conseils et continuer le traitement aussi longtemps qu'il le juge nécessaire. Il y a encore de grands progrès à faire. C'est la volonté des autorités du ministère provincial de la Santé de collaborer avec la population. Voilà pourquoi des cliniciens en tuberculose poursuivent régulièrement un travail de dépistage, tenant périodiquement, des cliniques dans les différentes villes et paroisses des 77 comtés de la province desservis par nos 67 Unités sanitaires. En même temps, le département soutient de ses derniers une foule d'organismes qui s'occupent de mener le bon combat contre la peste blanche.

LES "EXCERPTA MEDICA" PUBLIENT UNE NOUVELLE SECTION CONSACRÉE AU CANCER

On connaît depuis quelques années l'existence des « Excerpta Medica », publication périodique venant d'Amsterdam et comportant des résumés de travaux médicaux effectués et publiés dans les divers journaux du monde médical. Ses différentes publications portent sur les principales disciplines ou spécialités de la médecine.

Une nouvelle section vient d'être ajoutée à celles qui existaient antérieurement. Elle sera publiée mensuellement comme les autres quinze journaux de cette importante organisation. Elle contiendra 700 - 800 pages d'analyses par an avec un index mensuel d'auteurs et une table classifiée des matières ainsi que des auteurs afin de compléter chaque volume annuel.

Le prix d'abonnement pour le Volume 1 (6 numéros mensuels de juillet à décembre 1953) s'élève à \$5.00 (ou l'équivalent en votre monnaie). Le Volume II (1954) et les volumes prochains comprendront 12 numéros mensuels dont le prix sera de \$10.00 par an.

Il s'agit incontestablement d'une œuvre très utile à ceux qui s'intéressent à l'étude du cancer et aux très nombreux travaux qui se font dans le monde entier sur cette question vitale de la santé.

ASSOCIATION DES BUREAUX MÉDICAUX DES HÔPITAUX DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association des Bureaux médicaux des Hôpitaux de la Province de Québec a tenu récemment son assemblée annuelle, au Club social de Sherbrooke. A l'issue de cette assemblée eut lieu l'élection d'un nouveau Comité exécutif pour l'exercice 1953-54. Le Dr. Rolland Blais, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a été réélu à l'unanimité président de l'Association pour un second terme. Outre le président, le nouvel exécutif se compose des officiers suivants:

1er vice-président, Dr. J.-E. Pelletier, de l'Hôtel-Dieu de Québec;

2e vice-président, Dr. Ed. Potvin, de l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi;

Secrétaire-trésorier, Dr. Willie Major, de l'Hôpital Ste-Justine de Montréal;

Secrétaire-adjoint, Dr. Julien Pesant, de l'Hôtel Ste-Jeanne d'Arc de Montréal;

Directeurs, les docteurs L. P. Brousseau, de l'Hôpital St-Sauveur de Val d'Or; R. Décarie, de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal; J. A. Dion, de l'Hôpital St-Vincent de Paul de Sherbrooke; I. Lapierre, de l'Hôtel-Dieu de Lévis; René Major, de l'Hôpital St-Luc de Montréal; B. M. Tremblay, de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

COURS INTERNATIONAL DE LABYRINTHOLOGIE CLINIQUE: L'APPAREIL VESTIBULAIRE

Physiologie — Pathologie

GRAND AMPHITHÉÂTRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
1er au 7 Mars 1954

Anatomie normale et pathologique; Histo-physio-pathologie; Electro-physiologie; Epreuves rotatoires, thermiques et galvaniques; Cupulométrie; Syndromes périphériques et centraux; Syndromes traumatiques et post-commotionnels; Maladie de Ménière; Mal des transports; Traitement médical et chirurgical du vertige.

COMITE DE DIRECTION:

Président: Professeur A. AUBIN.

Secrétaire: Docteur P. CLERC.

Travaux Pratiques: Professeur Agrégé G. GREINER.

Trésorier: Docteur P.-L. KLOTZ.

Ce Cours pratique international de Labyrinthologie complétera le Cours d'Audiologie de 1952.

Le développement récent de la physio-pathologie tissulaire et liquidienne; la perfection des méthodes d'exploration; le progrès des techniques chirurgicales rendent nécessaire une mise au point des problèmes qui concernent ces différentes disciplines.

Permettre au praticien de se familiariser avec les méthodes d'exploration pour comprendre la lésion et les symptômes observés. Comment différencier les troubles de l'appareil périphérique et ceux des voies centrales? où, comment et par quoi se produisent les vertiges et le déséquilibre? quel traitement mettre en œuvre? Tel est le but de ces réunions pour lesquelles il a été fait appel aux médecins et aux hommes de science les plus qualifiés.

Le cours comportera plusieurs parties:

— Connaître la physiologie normale et pathologique de l'appareil vestibulaire?

— Comment dépister une lésion de cet appareil?

— Par quelle méthode peut-on mesurer les modifications du seuil d'excitation?

— Quelles sont les épreuves qui permettent à coup sûr de reconnaître et de classer les troubles de son fonctionnement?

— Comment et dans quel chapitre de la pathologie viendront se ranger les différents éléments recueillis lors de l'examen. Autrement dit: quel est, en clinique humaine, l'aspect des grands syndromes labyrinthiques et quel est leur traitement médical et chirurgical?

Le Cours, dont l'allocution d'ouverture a été confiée au Professeur G. Portmann, débutera le lundi 1er mars à 9 heures.

Le côté pratique de l'enseignement sera poussé à l'extrême.

Des conférences magistrales auront lieu le matin: Elles seront réparties en trois cycles:

— Anatomie et physiologie.

— Méthodes d'exploration.

— Problèmes cliniques et thérapeutiques.

L'anatomie et la physiologie

seront exposées par les Professeurs CRABBE, de Louvain, HUIZINGA, de Groningen, DELMAS, de Paris, GERLINGS, d'Amsterdam, DI GIORGIO, de Turin, le docteur LEDOUX, de Huy, etc...

Les méthodes d'exploration

seront étudiées par les Professeurs ARSLAN, de Padoue, JONGKEES, d'Amsterdam, VAN EGMOND, d'Utrecht, etc...

Les problèmes cliniques et thérapeutiques

ont été confiés aux Professeurs PIQUET, de Lille, TERRACOL, de Montpellier, aux docteurs HALLPIKE et CAWTHORNE, de Londres, au docteur MYGIND, de Copenhague, ainsi qu'aux Professeurs agrégés AUBRY, de Paris, MAYOUX, de Lyon, GREINER, de Strasbourg, au docteur LEMOINE, laryngologiste des Hôpitaux de Paris, etc...

Les travaux pratiques

auront lieu l'après-midi. Ils comporteront la démonstration des épreuves d'exploration: rotatoires, thermiques et galvaniques.

Des séances complètes seront réservées à la cupulométrie et aux épreuves de Rademaker.

Des présentations de cas cliniques concrets sont également prévus.

Ces travaux sont placés sous la direction du Professeur agrégé GREINER, et chacune des sections sera dirigée par les docteurs LEMOINE, BOUCHE, DEBAIN, KLOTZ et CLERC.

Chaque participant pourra ainsi acquérir rapidement la pratique des différents examens et exécuter lui-même les épreuves les plus récentes sur un certain nombre de cas sélectionnés.

Un certificat sera délivré aux auditeurs inscrits qui auront parcouru le cycle complet des exercices.

Exposition

A l'occasion de ce Cours, une Exposition d'instruments de chirurgie, d'audiomètres, d'appareils de prothèse auditive et de Spécialités ORL se tiendra dans les locaux de la Faculté. Les industriels français et étrangers intéressés ont été priés de mettre à la disposition des visiteurs leurs meilleurs techniciens afin que les renseignements les plus précis et les plus complets puissent être fournis.

Transport et logement

Tous renseignements seront fournis sur demande par le Secrétariat du Cours qui se chargera éventuel-

PROPI-VAGINAL

INDICATIONS :

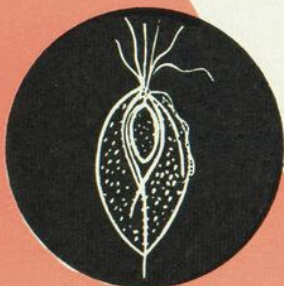
Vaginites à trichomonas, à monilia
et à flores mixtes. Prurit et leucorrhée.

La connaissance des données
modernes sur la physiologie vaginale
nous ont permis d'élaborer un
traitement objectif et rationnel des
conditions pathologiques qui
jusqu'ici avaient défié les agents
thérapeutiques les plus divers pour
ne pas dire les plus disparates.

FORMULE (pH 4) :

Propionate de sodium	20 %
n-Propanol	12.5 %
Acide propionique	5 %
Diiodohydroxyquinoléine	7.5 %

Plus lactose, dextrose, acide borique
et acide lactique, dans une base hydro-
soluble appropriée.



1.



2.

1. *Trichomonas vaginalis*
2. *Monilia albicans*
3. *Escherichia coli*,
streptocoques,
staphylocoques.



3.

SUPPOSITOIRES VAGINAUX : Boîte de 12 — 1 à 3 par jour.
CRÈME : Tube de 3 onces avec applicateur — en application trois fois par jour.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE



lement des démarches utiles auprès des Compagnies aériennes, maritimes et ferroviaires. Celles-ci accorderont vraisemblablement d'importantes réductions de tarif aux auditeurs inscrits et aux membres de leur famille; les intéressés seront prévenus en temps utile.

Le Secrétariat s'occupera également de retenir les chambres d'hôtel et de fournir des listes de restaurants de diverses catégories, ainsi que toutes indications sur les événements de la vie parisienne pendant la semaine du Cours.

Inscriptions

Le montant de la participation aux frais a été fixé à 20.000 francs. Les inscrits seront invités ultérieurement par le trésorier du Cours à effectuer le règlement de cette somme par versement au Compte de chèques postaux (Docteur P.-L. KLOTZ, C. C. P. Paris 9.931-10).

Programme des Cours

Le programme complet et définitif ainsi que l'horaire exact des Cours et des Travaux Pratiques seront adressés aux praticiens inscrits qui auront retourné la carte jointe au Secrétariat.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au

*Secrétaire du Comité: Docteur P. Clerc,
45, rue de Courcelles, Paris (VIIIe).*

LE QUÉBEC A UNE POPULATION DE 4 269 000 ÂMES

La population de la province de Québec atteint aujourd'hui 4 269 000 selon une estimation fondée sur le recensement de 1951, estimation elle-même basée sur l'augmentation des naissances et de l'immigration et faite en tenant compte des décès survenus et des pertes causées par l'émigration. D'après le même principe, on a évalué la population du Canada à 14 781 000. L'Ontario accuse la plus forte augmentation, soit 131 000, contre 168 000 en 1951. L'accroissement de la population québécoise est de 95 000 pour la période 1952-53, juin à juin. Le laps 1951-52 accusait une augmentation de 118 000.

Surveillez la santé de vos enfants

Si vous voulez que vos enfants demeurent en bonne santé, confiez à votre médecin de famille le soin de veiller sur leur croissance. Il importe, de toute évidence, de dépister une maladie ou une affection si bénigne qu'elle soit avant qu'un traitement plus difficile et plus urgent ne devienne indispensable. Cette recherche attentive des moindres déficiences s'impose à différentes époques de la vie

et dans maintes circonstances particulières, déclarent les hygiénistes du ministère provincial de la Santé que dirige l'honorable Albiny Paquette, m.d., ministre de la Santé. Ainsi, on examine le bébé au cours de sa première année pour se rendre compte si sa croissance s'effectue normalement et corriger au besoin son alimentation. Elle est également utile pendant que l'enfant poursuit ses études si l'on veut reconnaître à temps certaines maladies et certains défauts physiques susceptibles d'en retarder les progrès.

DES INSTITUTIONS MONTRÉALAISES POURSUIVENT DES TRAVAUX DE RE- CHERCHE SUR L'ARTHRITE

Des travaux de recherche sur les causes de l'arthrite et sur les moyens de prévenir cette maladie, source principale d'infirmité dans le monde, se poursuivent cette année dans des centres de recherche universitaires et hospitaliers de Montréal, avec l'aide de subventions fédérales à l'hygiène.

En faisant part de cette nouvelle, M. Paul Martin, ministre fédéral de la Santé, déclare que les autorités d'hygiène publique estiment que les divers genres d'actions rhumatismales frappent plus de gens que le cancer, les maladies du cœur, le diabète et la tuberculose ensemble. Le rhumatisme articulaire aigu constitue une affection grave chez les enfants et est la cause de nombreux décès. Mais, en général, l'arthrite et le rhumatisme rendent infirme et invalide sans tuer. On rencontre plus de la moitié des infirmités chez les personnes qui sont âgées de moins de 45 ans. En plus de tous les problèmes que ces affections posent à l'individu, l'arthrite et le rhumatisme représentent une forte perte économique pour la nation. Un grand nombre de théories ont cours au sujet de la cause ou des causes des affections rhumatismales, dit M. Martin. Ce n'est qu'en recourant à toutes sortes de recherches élaborées que l'on réussira à découvrir des méthodes de prévention et de traitement.

Voici les projets qui sont en ce moment en voie d'exécution à Montréal:

Étude des mécanismes physiopathologiques dans le rhumatisme articulaire — Dr Louis G. Johnson et Dr K. R. Mackenzie, chercheurs attitrés, clinique de l'université McGill, hôpital Royal Victoria. \$8 400.

Influence des hormones sur l'incidence et la prévention de l'arthrite — Dr Hans Selye, directeur de l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentales, Université de Montréal. \$7 620.

Étude de la moelle des os dans le rhumatisme articulaire — Dr Léopold A. Long, hématologiste, Hôtel-Dieu, Montréal. \$1 712.

A G R I P P O L



R_x Pour Adultes

Chaque comprimé contient:

Phénacétine	0 gr. 100
Acide Acétylsalicylique ..	0 gr. 233
Chlorhydrate d'Aminoxide d'Atropine	0 gr. 0005

R_x Pour Enfants

Chaque comprimé contient:

Aminoxide d'Atropine ..	1/600 grain
Acide Acétylsalicylique ..	1 grain
Phénacétine	3/8 grain

Echantillon médical sur demande

HERDT & CHARTON, INC.

2027, avenue du Collège McGill, Montréal 2

Importance relative des facteurs médicaux, sociaux et psychologiques dans la cause et le traitement du rhumatisme articulaire — — Dr Eric D. Wittkower, professeur adjoint de psychiatrie, Allan Memorial Institute, hôpital Royal Victoria. \$4 200.

Rôle de l'hypercortinisme dans les phénomènes inflammatoires observés pendant le rhumatisme articulaire — Dr de Guise Vaillancourt, adjoint au département de médecine, Hôtel-Dieu, Montréal. \$8 590.

ASSISES FRANÇAISES DE GYNÉCOLOGIE Dijon, 21 au 24 juillet 1954

Les prochaines Assises Françaises de Gynécologie se tiendront à Dijon, du 21 au 24 juillet 1954, sous la présidence de M. le docteur Claude Beclère (de Paris).

M. le professeur Rodriguez Lopez, de Montevideo (Uruguay), Membre d'honneur de la Société Française de Gynécologie, a bien voulu en accepter la Présidence d'honneur.

Question à l'ordre du jour :

LES PROLAPSUS GÉNITAUX

Rapporteur général: M. le docteur Raoul Palmer, de Paris. M. le professeur Baron, de Dijon, présidera le Comité local d'organisation.

Un certain nombre de festivités sont prévues pour agrémenter cette réunion.

Pour tous renseignements et inscriptions: S'adresser à M. le docteur R. Senechal, 31, rue Raynouard, Paris-16e Secrétaire général de la Société Française de Gynécologie.

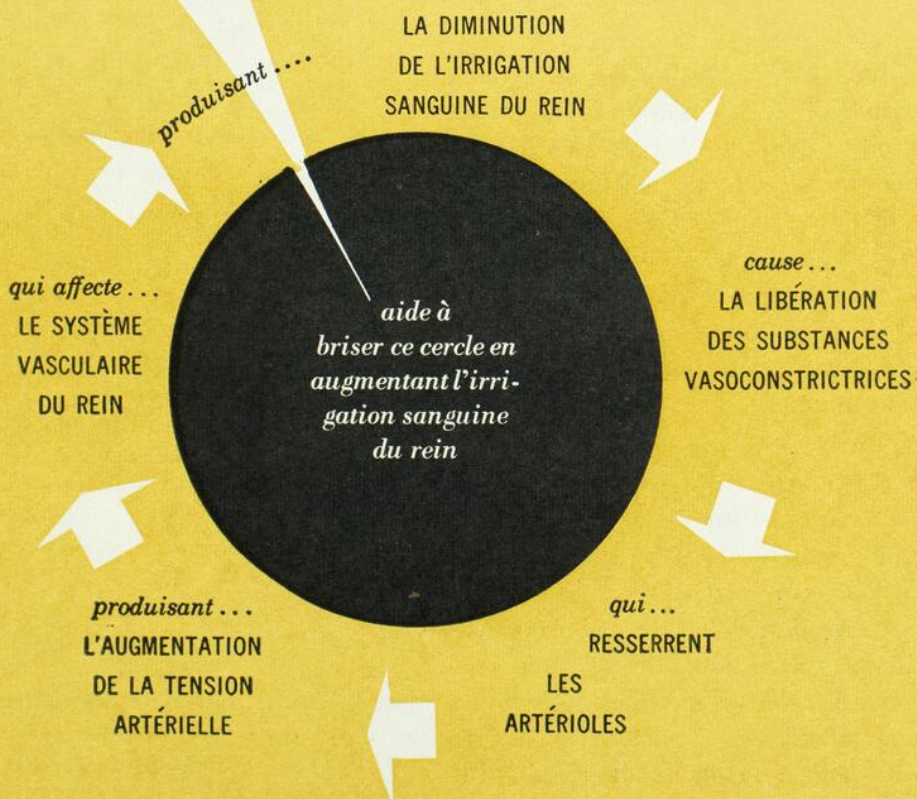
Aprésoline

NOM DÉPOSÉ

pour
le contrôle
de
l'hypertension

L'Aprésoline est un nouvel agent antihypertensif qui produit souvent des effets salutaires—et dans bien des cas permet de tenir le mal sous contrôle. L'Aprésoline est unique du fait de sa double faculté d'abaisser la tension artérielle quand elle est trop élevée et d'augmenter l'irrigation sanguine du rein. La valeur de l'Aprésoline est accrue par sa tendance à diminuer la tonicité vasculaire cérébrale chez les hypertendus et par son efficacité par voie orale et parentérale.

Ciba



REVUE DES LIVRES

Ouvrage publié sous la direction de Jean PARAF et Jean FOUQUET, par J. Paraf, J. Fouquet, P. Zivy, J. Desbordes, A. Abaza, J. Bory, Et. Fournier, E. Peretz, Madeleine Paraf et L. Lévy. — **Traitement de la tuberculose par l'acide para-amino-salicylique : P.A.S.** Un vol. de 404 pages, avec 29 figures. — Masson et Cie, édit., Paris 1953.

Les recherches de Bernheim, Rosdahl et surtout J. Lehman ont apporté avec le P.A.S. un nouvel agent antituberculeux.

On sait que les travaux de J. Paraf et de ses collaborateurs ont permis d'en élargir considérablement les possibilités grâce à la technique des perfusions veineuses.

Ces auteurs étaient donc les plus qualifiés pour nous proposer une large étude de ce médicament. Leur ouvrage est complet et s'étage sur une revue de toute la littérature, sur des recherches et des observations personnelles.

Sous la plume de J. Desbordes, A. Abaza, Bory et Fournier, c'est d'abord une étude chimique, physiologique, expérimentale et pharmacologique, portant notamment sur l'incidence hématologique et enzymatique de la P.A.S. thérapie, sur la mesure du taux de P.A.S. humoral si intimement lié à l'efficacité du produit, sur son action conservatrice quant à la sensibilité du germe aux autres antibiotiques (streptomycine).

Une large étude pratique est consacrée par P. Zivy au traitement de la tuberculose pulmonaire. Elle s'appuie sur de nombreux faits observés depuis quatre ans à l'hôpital Bichat, et démontre l'échec relatif de la voie orale et l'efficacité remarquable des voies veineuses et sous-cutanées. Cette nouvelle méthode thérapeutique est appelée à modifier le schéma thérapeutique classique : parfois suffisante avec le repos pour amener la guérison, plus souvent étayant considérablement la collapsothérapie, elle permet d'écourter le temps de

maladie et de mener à une guérison plus solide, dont le mécanisme est étudié avec un soin particulier.

Madeleine Paraf démontre l'amélioration du pronostic lésionnel et fonctionnel de la pleurésie, que donne le P.A.S. par voie générale et locale.

A la lumière de nombreuses observations personnelles, J. Paraf apporte une grande amélioration du pronostic de la méningite tuberculeuse grâce à une technique thérapeutique nuancée.

J. Fouquet procède à une étude de la P.A.S. thérapie infantile. Les diverses localisations tuberculeuses, les affections non tuberculeuses, les incidents de traitement sont envisagés par Peretz, Abaza, L. Lévy.

Cette mise au point, qui vient à son heure, apporte au biologiste et au phtisiologue une documentation riche, solide et vivante; surtout, elle servira le médecin qui se trouve chaque jour devant des tuberculeux: en lui précisant des techniques thérapeutiques efficaces ainsi que leurs indications, et en lui facilitant la conduite pratique du traitement.

Divisions de l'ouvrage

I. *Etude expérimentale* (Chimie, bactériologie, pharmacologie et posologie.) — Chimie et biochimie du P.A.S. — Activité antituberculeuse expérimentale du P.A.S. — P.A.S.-résistance. — Pharmacologie et posologie du P.A.S.

II. *Etudes cliniques* (Tuberculose pulmonaire commune. Pleurésie tuberculeuse). — Evolution de la P.A.S. thérapie dans la tuberculose pulmonaire. — Administration du P.A.S. dans le traitement de la tuberculose pulmonaire commune. Intérêt des dosages sanguins. — Action du P.A.S. buccal sur les signes classiques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — P.A.S. buccal dans les lésions trachéo-bronchiques et laryngées tuberculeuses. — P.A.S. buccal dans le traitement des cavernes tuberculeuses. — P.A.S. dans le traitement local des cavernes tuberculeuses. — Mécanisme d'action du P.A.S. dans la tuberculose pulmonaire commune. Qualité et solidité des résultats. — P.A.S. et collapsothérapie. — P.A.S. buccal et streptomycine. — P.A.S. et agents



Pour prévenir l'attaque d'angine de poitrine

Il arrive souvent que le traitement prophylactique de l'angine de poitrine au moyen du Peritrate contribue non seulement à prévenir les attaques ou à réduire leur fréquence¹ dans certains cas, mais encore à augmenter la tolérance aux exigences.^{1,2}

Dans une étude faite récemment,¹ on a rapporté que le Peritrate prévenait les attaques dans une proportion de 3 cas sur 4; il se produisit une régression des attaques chez 78,4% des malades. Des observations faites dans le but de déterminer les effets du Peritrate sur la précordialgie provoquée par des exercices, ont prouvé que dans chaque cas étudié, l'amélioration atteignait souvent 50 - 75%.

Ce nouveau vaso-dilatateur coronaire à effet prolongé offre une protection qui dure de 4 à 5

heures. En se conformant fidèlement à une posologie régulière et continue (1 ou 2 comprimés 3 à 4 fois par jour) les malades peuvent avoir la satisfaction d'obtenir une entière protection contre les attaques, une réduction dans le nombre des attaques ou une régression dans la gravité des attaques.

Le Peritrate (tétranitrate de pentaérythritol) n'est pas toxique et ne provoque pas d'effets secondaires de caractère grave; il ne crée pas de tolérance et reste toujours simple à doser et à administrer.

S'obtient sous forme de comprimés de 10 mg. en flacons de 100 et de 500. Littérature et échantillons sur demande.

1. *Angiology* 3: 1 (fév.) 1952.

2. *Angiology* 3: 16 (fév.) 1952.

Peritrate®



TETRANITRATE

(marque de tétranitrate de pentaérythritol)

WARNER-CHILCOTT

Laboratories

Division of William R. Warner & Co. Ltd.

Toronto, Ontario

thérapeutiques divers. — P.A.S. résistance et ses conséquences pratiques. — Modalités thérapeutiques diverses. — Etudes sur le P.A.S. dans le traitement de la tuberculose commune pulmonaire. — L'acide para-amino-salicylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire commune. — Traitement de la tuberculose pleurale.

III. *Tuberculose infantile*. — Le P.A.S. dans la tuberculose infantile.

IV. *Méningites, miliaries et tuberculoses extrapulmonaires*. — Traitement de la méningite tuberculeuse et des miliaries. — Tuberculoses intestinales et péritonéales. — Le P.A.S. dans la tuberculose rénale uro-génitale et surrénale. — Tuberculoses diverses: cutanées, ganglionnaires, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

V. *Le P.A.S. en dehors de la maladie tuberculeuse*.

VI. *Incidents et accidents*.

M. ALBEAUX-FERNET, L. BELLOT, J. DANIEL, J. DERIBREUX, M. GELINET, R. LAUMONIER, J.-D. ROMANI, J. ROBERT et J. TRUET. — **L'année endocrinologique** — 5ème année, 1953. Un vol. de 180 pages, avec 17 fig. (815 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1953.

Il s'agit, non pas du résumé sec et strict des observations et des travaux endocrinologiques parus dans l'année, mais d'exposés complets de sujets à l'ordre du jour, appuyés sur une bibliographie française et étrangère. Les auteurs cherchent la clarté et la précision en même temps que la solidité des faits rapportés. Ils s'adressent à la fois aux spécialistes soucieux d'être « à la page », aux étudiants voulant moderniser leurs dossiers et aux praticiens désireux de maintenir leurs moyens de diagnostic et de thérapeutique à la hauteur des récentes découvertes.

Divisions de l'ouvrage

Surrénales: Les facteurs de sécrétions de l'A.C.T.H. Hypercorticisme chez l'adulte. — Modalités nouvelles d'application de l'A.C.T.H. — La cortisone dans le traitement de la cirrhose du foie. — A.C.T.H., cortisone et psychiatrie. — Hydrocortisone et traitement local des rhumatismes. — La cortisone et l'A.C.T.H. en gynécologie et en obstétrique. — Cortisone, A.C.T.H. et fonction thyroïdienne.

Thyroïde: Cancer de la glande thyroïde. — Hyperparathyroïdisme.

Neuro-hypophyse: Le rôle de la somatotrophine en dehors des processus de croissance. — Traitement

des retards staturaux et de l'hypogonadisme secondaire par la gonadotrophine chorionique.

Glandes génitales: La biopsie testiculaire. — Méthylandrostenediol. — Les frottis vaginaux des prématurés.

Syndromes polyendocriniens et affections para-endocriniennes: L'ostéoporose, affection endocrino-métabolique. — Les dosages des stéroïdes en fonction de l'âge. Déductions physio-métaboliques. — Les implantations de thyroïde et d'hypophyse dans le rhumatisme. — La perméabilité du tissu conjonctif et son contrôle hormonal. Le test de la dispersion. Hémoglobine-hyaluronidase en endocrinologie.

MM. R. CAVIER, J. CHEYMOL et R. HENRY, J.-M. de CORRAL, C. HEYMANS, J. LEVY et B. TCHOUBAR, A. LOUBATIERES, R. TRUHAUT. — **Actualités pharmacologiques**. Publiées sous la direction de René HAZARD, prof. de Pharmacologie à la F. de Médecine de Paris. Un vol. de 272 pages, avec 47 figures et 51 tableaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1953.

La pharmacodynamie, qui se donne pour but l'étude chez l'animal des effets des substances toxiques ou médicamenteuses, a pris en ces dernières années — comme la thérapeutique à laquelle elle prépare la voie —, un développement considérable. Mais ceux qui s'intéressent à cette science nouvelle n'ont disposé jusqu'ici comme sources d'information, en plus des ouvrages classiques vite dépassés, que des revues spécialisées dans lesquelles les constatations expérimentales sont exposées d'une manière fragmentaire, et ils éprouvent quelque difficulté à en saisir la portée générale.

Il est donc apparu depuis longtemps souhaitable que des revues d'ensemble leur apportent périodiquement l'exposé critique des faits nouveaux et leur montrent l'orientation des grands sujets d'actualité.

Le souhait est devenu en ces dernières années en réalité. Depuis 1949, sous l'égide de la chaire de pharmacologie de la Faculté de Médecine de Paris, des pharmacologistes, des physiologistes, des chimistes, français ou étrangers de langue ou d'affinité française, viennent chaque année exposer en une série de conférences les sujets touchant la pharma-

Médication de Choix

pour la

Sinusite

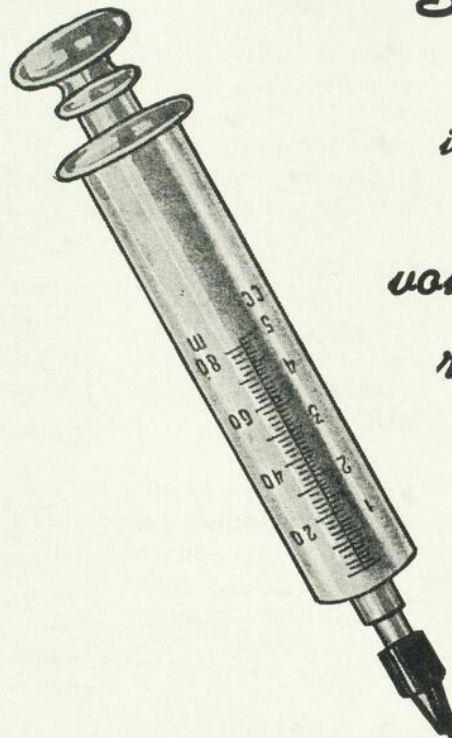
et les

infections

des

voies

respiratoires



FORMULE :

Iodoforme	Menthol
Iodures	Camphre

(En solution huileuse de faible acidité)

CAMIROL

Représentants pour le Canada :

HERDT & CHARTON, INC.

2027, Avenue du Collège McGill, MONTRÉAL

ologie qu'ils connaissent particulièrement bien. Ils les présentent dans leur ensemble, leurs travaux personnels trouvant place au milieu de tous ceux dont ils donnent les références bibliographiques et l'interprétation générale. Ces conférences sont éditées sous la forme des *Actualités Pharmacologiques*, dont les quatre premières séries ont été très favorablement accueillies.

Sujets traités dans la 5^e série

Acquisitions récentes concernant les anthelminthiques et leur étude pharmacodynamique (R. Cavier). — Formes d'élimination urinaire des hormones cortico-surréaliennes (J. Cheymol et Robert Henry). — Mécanisme d'action des médicaments diurétiques (J.-M. de Corral). — Sur le rôle des chimio-récepteurs en pharmacologie et en physiologie (C. Heymans). — Relations entre la structure des molécules et leur activité spasmolytique (J. Lévy et B. Tchoubar). — Orientation pharmacologique des recherches modernes sur le diabète sucré (A. Loubatières). — Tendances actuelles des recherches de la chimiothérapie des états cancéreux (R. Truhaut).

J. TERRACOL, prof. à la Faculté de Médecine de Montpellier. — **Les maladies des fosses nasales.** Deuxième édition, entièrement refondue. Un vol. de 838 pages, avec 333 figures. (Broché: 4.995 fr.; cartonné toile: 5.615 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1953.

La première édition de cette importante étude, publiée en 1936, comprenait 554 pages. Cette seconde édition en comprend 838. C'est dire toutes les acquisitions nouvelles dont l'ouvrage fait état. On peut dire qu'il constitue la synthèse complète de toutes les notions anatomiques, physiologiques et pathologiques se rapportant aux fosses nasales.

L'ouvrage a conservé sa division en deux parties principales: la pathologie générale et la pathologie spéciale. De nouveaux chapitres sont consacrés aux grandes données anatomiques de connaissance indispensable en rhinologie, à l'anatomie microscopique, au système neuro-vasculaire, à la physiologie. Cette partie préliminaire de « généralités » a été développée encore pour répondre aux besoins et au programme des médecins qui dé-

sirent se qualifier en oto-rhino-laryngologie.

La première partie comprend les grandes questions qui dépassent le cadre de la rhinologie pure et empruntent à tous les domaines. De longues pages rassemblent des notions déjà anciennes mais mieux précisées, notamment le nez allergique et les relations naso-hormonales.

La pathologie spéciale fait l'objet de la plus grande partie de l'étude (plus de 500 pages): les notions pathologiques y sont étudiées dans leurs détails avec une iconographie importante et très claire.

Parmi les nouveautés de cette partie, citons l'apparition des maladies de synthèse en rhinologie. On ne parle plus uniquement aujourd'hui de tuberculose nasale, mais aussi de paratuberculoses. Sur le plan thérapeutique, la rhinite atrophique vraie (ozène) est traitée maintenant avec des résultats intéressants. Les antibiotiques ont aussi modifié bien des traitements et une mise au point s'imposait.

Divisions de l'ouvrage

Généralités

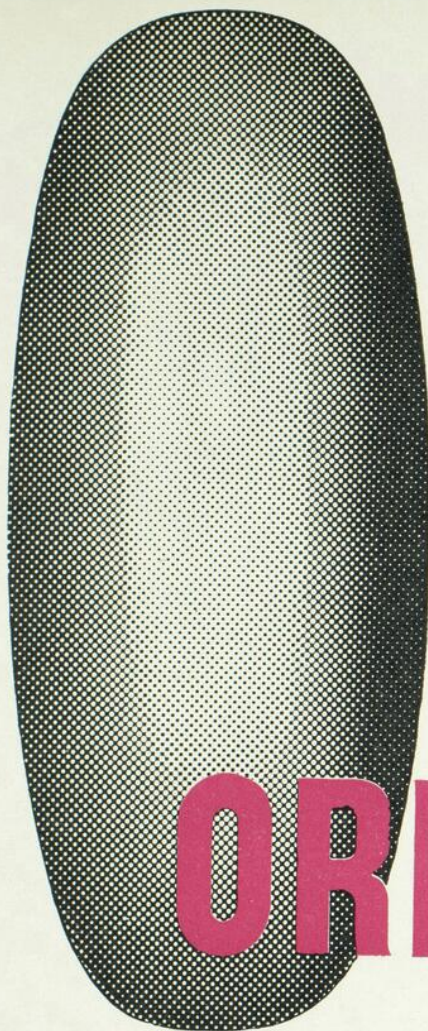
Considérations morphologiques générales. Anatomie comparée. Embryologie. Données anatomiques. Anatomie microscopique des fosses nasales. Inervation microscopique de la pituitaire. — Données physiologiques. — Méthodes d'exploration clinique.

Pathologie générale des fosses nasales

Troubles de l'odorat. — L'insuffisance respiratoire nasale. — Syndromes pulmonaires d'origine nasale. — Trouble de la vascularisation nasale. — Troubles de la sécrétion nasale. — Manifestations allergiques de la muqueuse pituitaire. Le nez allergique. — Troubles de la vaso-motricité nasale. — Réactions œdémateuses bénignes de la muqueuse pituitaire. Polypose nasale. — Muqueuse nasale et glandes endocrines. — Réactions lymphoïdes dans les affections des fosses nasales.

Pathologie spéciale des fosses nasales.

Altérations structurales. — Affections cutanées de la pyramide nasale et du vestibule nasal. — Rhinite aiguë épidémique: coryza aigu ou rhume simple. — Rhinite du nourrisson. — Rhinite de l'enfant. — Rhinite purulente chronique. — Abscesses chauds de la cloison nasale. — Tuberculose nasale et tuberculides nasales. — Syphilis nasale. — La lèpre nasale. — Les localisations nasales du sclérome. — La rhinite atrophique dite ozène. — Les perforations de la cloison ostéo-cartilagineuse. — Tumeurs des fosses



pour...

LA GROSSESSE

L'ALLAITEMENT

LA CROISSANCE RAPIDE

LA CONVALESCENCE



ORIFER *E.B.S.*

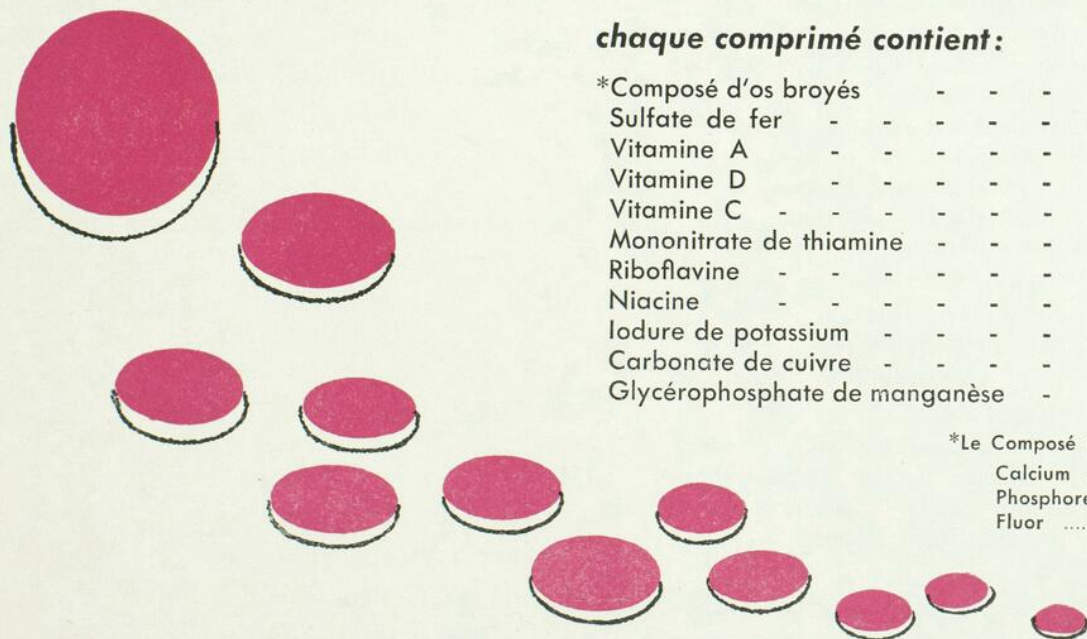
SUPPLÉMENT ALIMENTAIRE

chaque comprimé contient:

*Composé d'os broyés	- - - - -	5 gr.
Sulfate de fer	- - - - -	5 gr.
Vitamine A	- - - - -	500 U.I.
Vitamine D	- - - - -	400 U.I.
Vitamine C	- - - - -	25 mg.
Mononitrate de thiamine	- - - - -	0.75 mg.
Riboflavine	- - - - -	0.75 mg.
Niacine	- - - - -	5.0 mg.
Iodure de potassium	- - - - -	0.5 mg.
Carbonate de cuivre	- - - - -	0.1 mg.
Glycérophosphate de manganèse	- - - - -	0.1 mg.

*Le Composé d'os broyés contient:

Calcium	25%
Phosphore	11%
Fluor	0.25%



Posologie: Un comprimé deux ou trois fois par jour après les repas.
Présentation: Flacons de 100, 500, 1000.



THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTÈREMENT CANADIENNE . . . DEPUIS 1879

Représentants:

M. J.-L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield Park, Québec, P. Q.
 M. G. Lamontagne, 2317, av. Regent, NDG, Montréal, P. Q. — M. P.-E. Thibaudeau, 2425, boul. Girouard, St-Hyacinthe, P. Q.
 M. M. Quesnel, appartement 3, 917 est, boul. Saint-Joseph, Montréal, P. Q.
 M. Phil. Bilodeau, 3142, chemin Sainte-Foy, Sainte-Foy, Québec.
 Mr. F. L. Upton, Warwick Court, 4715 Queen Mary Road, Montreal 26, Que.

nasales. — Les corps étrangers des fosses nasales. — La rhinolithiase. — Les parasites des fosses nasales. — Les formations kystiques des fosses nasales. — Les complications oculo-orbitaires des affections nasales. — L'infection veineuse d'origine nasale. — La radiographie du nez et des fosses nasales. — Nez et phoniatrie. — La crénotherapie en rhinologie.
Index alphabétique.

A. RAVINA. — **L'année thérapeutique — Médications et procédés nouveaux.** Vingt-quatrième année, 1952. Un vol. de 234 pages. (815 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1953.

Comme chaque année, l'auteur a résumé et groupé, pour le praticien, tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année précédente.

L'ouvrage contribue à faire connaître des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, et indique les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie, dans cette série:

1° Les maladies et les symptômes (40 traitements se rapportant aux affections suivantes):

Amibiase. Arythmies ventriculaires. Asthme. Asystolie. Brûlures. Cancer du sein. Colite ulcéreuse. Dermatoses. Endocardite maligne lente. Etats allergiques. Hémopathies. Infarctus du myocarde. Infections chirurgicales. Maladie d'Addison. Maigreur. Migraine. Myasthénie. Otorrhées infectieuses. Oxyurose. Ozène. Paludisme. Péri-arthrite douloureuse et ankylosante de l'épaule. Pneumonie. Poliomyélite antérieure aiguë. Polyarthrite chronique évolutive. Purpura thrombocytopenique. Scléroses en plaques. Syphilis nerveuse. Trachome. Tuberculose extrapulmonaire. Tuberculose pulmonaire.

2° Les méthodes et techniques thérapeutiques (9 sujets traités):

Anesthésie locale. Curarisation par voie rectale. Injections intra-articulaires. Injections intra-rachidiennes d'eau distillée. Injections intraveineuses sous-claviculaires. Lever précoce. Réfrigération. Rein artificiel. Ultra-sons.

3° Les médications nouvelles avec leurs différents emplois (46 études):

Acide para-amino-salicylique. Antibiotiques. Anticoagulants de synthèse. Auréomycine. Chloromycétine. Cortisone. Curarisants à durée d'action brève. Ehrlichine. Erythromycine. Ganglioplégiques. Hyaluronidase. Hydrazine de l'acide iso-nicotinique. Néo-

mycine. Pénicilline. Phénylbutazone. Streptokinase et streptodornase. Streptomycine. Terramycine. Triéthylène mélamine.

Ce volume contient en outre la table alphabétique des matières des années 1946 à 1951 (dix-huitième à vingt-troisième année).

La surdité — Cours international d'audiologie clinique. Paris, 11 au 17 fév. 1952. Un vol. de 588 pages, relié toile: 5.500 fr. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1953.

Sommaire

Lettre-préface de M. P. Donzelot.

Préface du Professeur A. Aubin.

Conférences:

P. Aboulker: Anatomie et physiologie de l'appareil de transmission.

G. Coppée: Physiologie de l'oreille interne et des voies auditives.

P. Hennebert: Technique de l'audiométrie radio-électrique liminaire.

P. Chavasse: Acoustique physique et psychophysique de l'audition.

L. Fraval-Kantzer: Principes généraux de l'interprétation des courbes audiométriques.

F. Bremer: Les aires auditives de l'écorce cérébrale.

G.-F. Greiner: Diagnostic topographique des lésions des voies auditives supérieures.

M. Bouchet: L'audiométrie des jeunes enfants.

E. Luscher: Les nouvelles épreuves audiométriques supraliminaires.

R. Maspétiol: L'audiométrie objective.

J.-E. Fournier: L'audiométrie vocale.

M. Tupin: L'expertise et la simulation.

R. Bourgeois: Classification générale des surdités.

R. Mayoux: Le syndrome de Ménière.

J. Terracol: Les surdités tubo-tympaniques.

M. Aubry: L'otospongiose.

P. Falconnet: Les surdités de l'aviateur.

J.-Ch. Giraud: Historique du traitement chirurgical de l'otospongiose.

M. Ombredanne: Technique de la fenestration.

R. Maduro: Les surdités professionnelles.

RHUMATISME

**SALICYLOTHÉRAPIE PERCUTANÉE
CONFIRMÉE SCIENTIFIQUEMENT**

PÉNÉTRATION ULTRA-RAPIDE

●
**CONCENTRATION MASSIVE "LOCO-DOLENTI"
EN ACIDE SALICYLIQUE NAISSANT**

●
SOULAGEMENT IMMÉDIAT

●
DÉCONGESTION PROGRESSIVE



Plusieurs frictions par jour

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE — PARIS-8

HARVEY ⚡

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC., 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

J. Piquet: Les surdités traumatiques.

E. Bocca: La prothèse auditive.

J. Calvet: Le traitement de la surdité par les agents physiques.

Démonstrations et exercices pratiques:

J. Bouché: Acouphènes et syndrome de Ménière.

P. Chavasse, R. Lehmann et C. Bonhomet: Mesures électro-acoustiques.

P. Camus et H. Roddier: Le dépistage des troubles auditifs en milieu scolaire.

J.-J. Debain, V. Shentoun et M. Martha-Vié: Audiométrie infantile.

F. Fourgon, A. Porcher et M. Gautié: Démutisation, lecture labiale et éducation auditive.

P.-L. Klotz: Fatigue, adaptation et recrutement.

B. Vallancien: Electrophysiologie.

R. Vilenski: Audiométrie infantile.

René MAYOUX, prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. — **Quelques notions nouvelles sur le vertige. Méthodes d'exploration de l'appareil vestibulaire.** Préface du prof. J. Terracol. Un volume de 140 pages. (865 fr.). — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1953.

Bien des travaux ont déjà paru sur les vertiges, mais la question est encore loin d'être éclaircie. Ce qu'apporte de nouveau la monographie de R. Mayoux, qui rend compte essentiellement de recherches personnelles, c'est la mise au point de méthodes indirectes d'exploration de l'appareil vestibulaire.

L'examen du fond de l'œil révèle dans sa réalité vivante une circulation très semblable à la circulation labyrinthique, si difficile à explorer. L'artère centrale de la rétine, comme l'artère auditive interne, fait partie du système vasculaire cérébral dont la régulation est très particulière. On peut ainsi, par une transposition moins arbitraire qu'il ne paraît, connaître non seulement les lésions artérielles de l'oreille interne, mais surtout les troubles fonctionnels circulatoires, la tension de l'ar-

tère auditive interne et ses variations, les spasmes et les crises vasomotrices, la stase veineuse, l'œdème.

La pathologie vestibulaire est d'autre part dominée par les troubles de tension des liquides labyrinthiques. Les injections de sérum hypertonique et d'eau distillée indiquent s'il existe une hypotension (jusqu'ici à peu près inconnue) ou une hypertension de l'endolymphé. Elles permettent de corriger le trouble tensionnel ou de le créer, d'observer comment varient les signes vestibulaires en fonction de la pression des liquides. Une véritable expérimentation devient possible chez l'homme.

Ces modes d'exploration donnent ainsi, sur deux des facteurs essentiels de la pathologie labyrinthique, l'état circulatoire et la tension des liquides, des renseignements qui sont souvent d'une surprenante précision.

Dans les vertiges périphériques, on peut dire que ces explorations apportent plus d'éléments utiles au diagnostic et aux indications thérapeutiques que les épreuves vestibulaires classiques.

Le sérum hypertonique et l'eau distillée constituent de plus une thérapeutique remarquablement efficace dans le vertige.

Divisions de l'ouvrage

I. — *L'examen du fond d'œil chez les vertigineux:* Les vertiges de l'hypertension et de l'artériosclérose. — L'examen du fond d'œil chez les vertigineux en dehors de l'hypertension et de l'artériosclérose.

II. — *Les injections de sérum hypertonique et d'eau distillée:* L'action du sérum hypertonique et de l'eau distillée chez les vertigineux. — Relations entre la tension des liquides labyrinthiques et la sensation vertigineuse. — L'hypotension labyrinthique. — Pression des liquides labyrinthiques et tension de l'artère rétinienne.

III. — *Quelques vertiges neurologiques:* Les vertiges dans les adénopathies cervicales. — Les vertiges dans les lésions infectieuses du tronc cérébral. — Les signes vestibulaires objectifs dans le syndrome de Barré-Liéou. — Syndrome cérébello-vestibulaire familial. — Les manifestations vestibulaires dans les malformations de la chambre occipito-vertébrale et dans le syndrome d'Arnold-Chiari. La section des voies vestibulaires dans les vertiges d'origine centrale.

Conclusions.

**"C'est si bon de retourner
à nouveau au travail,
docteur"**



COMPRIMÉS

NEOHYDRIN®

ELIMINATION NORMALE DE SODIUM ET D'EAU

PRESCRIVEZ NEOHYDRIN chaque fois qu'il y a rétention de sodium et d'eau, excepté dans les cas de néphrite aiguë et d'affections oliguriques intractables. Vous pouvez équilibrer l'élimination de sodium et d'eau par rapport à une ingestion plus conforme aux exigences physiologiques normales en adaptant la posologie aux besoins individuels. De un à six comprimés par jour au besoin. **PRESCRIVEZ NEOHYDRIN** en flacons de 50 comprimés. Il y a 18.3 mg. de 3-chloromercuri-2-méthoxylurée dans chaque comprimé.



*L*akeside
laboratories (Canada), Ltd.
24 WELLINGTON STREET, WEST, TORONTO, ONTARIO

Pionniers dans le domaine diurétique

Comment traiter. — Editions Médicales Flammarion, édit., Paris, 1953.

De nouvelles thérapeutiques sont proposées chaque jour au médecin praticien qui ne sait plus auxquelles il doit donner sa préférence ou même sa confiance.

Pour le guider dans chacun des cas qu'il est à même de rencontrer, lui montrer les dangers de telle thérapeutique, les avantages de telle autre et leur application, des auteurs, choisis pour leur particulière compétence, se sont efforcés, dans cette nouvelle collection, de mettre en valeur les traitements anciens qui ont fait leurs preuves et les traitements nouveaux qui sont dignes d'être adoptés, en éliminant ceux qui n'ont pas de valeur certaine.

Tous les médecins ayant le souci de traiter correctement, selon des données modernes, les malades qui se confient à eux, trouveront rapidement, dans ces petits volumes clairs, précis et d'une lecture facile, la thérapeutique la mieux appropriée pour obtenir le maximum de succès.

Déjà parus:

Comment traiter l'asthme de l'adulte, par Pasteur Vallery-Radot.

Comment traiter l'obésité, par M. Albeaux-Fernet.

Comment traiter les leucémies, par Jean Bernard.

Comment traiter les abcès du poumon, par René Israël.

Comment traiter les anémies, par Bernard Dreyfus.

En préparation:

Comment traiter par les antibiotiques, par René Martin.

Comment traiter l'ulcère gastro-duodénal, par M. Conte.

Comment traiter l'eczéma, par E. Lortat-Jacob.

Comment traiter la névralgie sciatique, par J. A. Lièvre.

Comment traiter la constipation, par R. Cattan.

Comment traiter les phlébites, par C. Frileux.

Comment traiter les troubles de la ménopause, par J. Varangot.

Comment traiter l'insuffisance cardiaque, par P. Maurice.

Comment traiter l'hypertension, par C. Laroche.

Les acquisitions médicales récentes 1953.

— Les Editions Médicales Flammarions, édit., Paris, 1953.

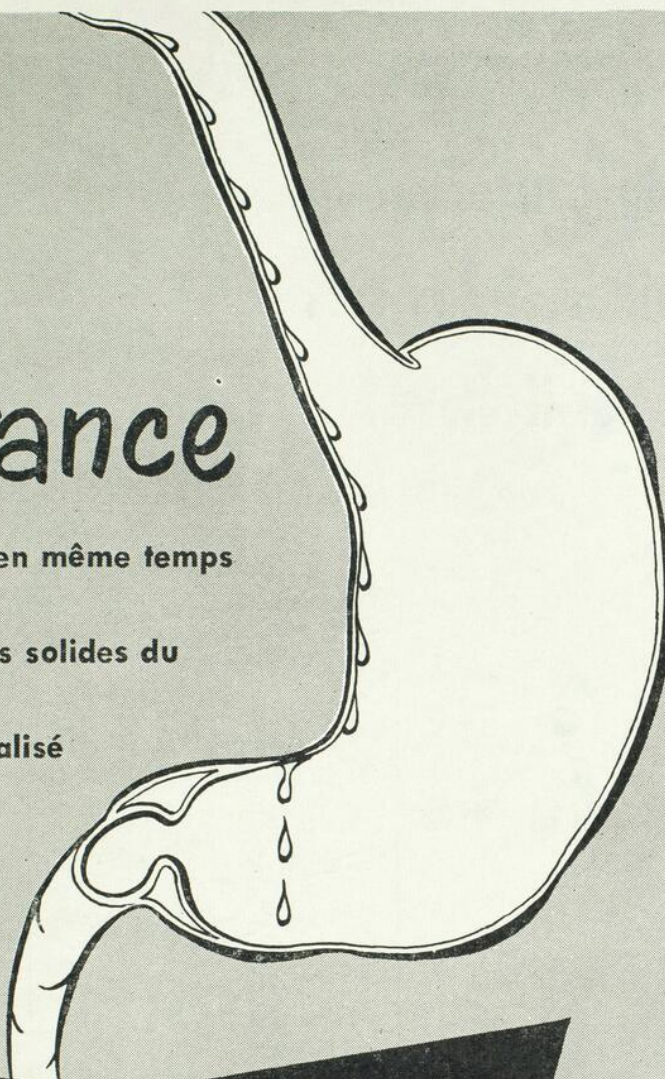
Réunir sous un volume restreint l'ensemble des acquisitions médicales de l'année, que nul médecin ne peut se passer de connaître, tel est le propos de cet ouvrage. Chaque sujet est traité par le spécialiste le plus qualifié.

Le lecteur y trouvera:

F. Lhermitte. L'encéphalographie gazeuse fractionnée ou à minima. — A. Buge. L'artériographie cérébrale. — F. Contamin. L'électromyographie. — H. C. Plattner. Anciennes et nouvelles insulines. — J. P. Hoet. Diabète et grossesse. — S. Lamotte-Barillon. Régulation hypophyso-surrénale du métabolisme glucidique. — M. Demole. Physio-pathologie de l'obésité dite constitutionnelle. — R. S. et E. Mach. Les troubles du métabolisme des électrolytes et de l'eau dans le coma diabétique. — M. Bessis. Microscopie de phase et microscopie électronique des cellules du sang humain. — G. Deltour. Nouvelles chimiothérapies des hémopathies malignes. — Bernard Dreyfus. Sur le traitement des anémies hémolytiques. — J.-P. Soulier. Physio-pathologie et traitement de l'hémophilie. — M. Tubiana. Le traitement moderne de la polyglobulie essentielle. — P. Santy. Le traitement chirurgical actuel des suppurations pulmonaires. — D. Israël. Orientation actuelle du traitement de la tuberculose pulmonaire. — P. Hertzog. Acquisitions récentes sur le traitement des collections hémorragiques et suppurées de la plèvre. — A.-G. Weiss, L. Toty et J. Witz. L'angio-pneumographie. — L. de Gennes. La conception actuelle du syndrome de Cushing. — H. Bricaire. Position actuelle du problème de la stérilité masculine. — R. Tourneur. Les infantilismes. — G. Deltour. La séparation chromatographique des stéroïdes urinaires. — J. Courjaret. Les hypoglycémies spontanées. — J.-L. Lortat-Jacob. Les malpositions cardio-tubérositaires. — R. Cattan. Pathogénie et traitement de la recto-colite hémorragique. — R. Fauvert. L'état nutritionnel des gastrectomisés. — A. Lambling, J.-R. Gosset et J.-J. Bernier. Les frontières de la dyspepsie et de la gastrite.

Persistance

de la neutralisation en même temps
que l'action tampon des solides du
lait, est localisé
dans l'antre
pylorique lorsque les



COMPRIMÉS MILKALI

sont dissous lentement dans la bouche.

Fournit une neutralisation maximum
avec un minimum de médication.

THE BRITISH DRUG HOUSES

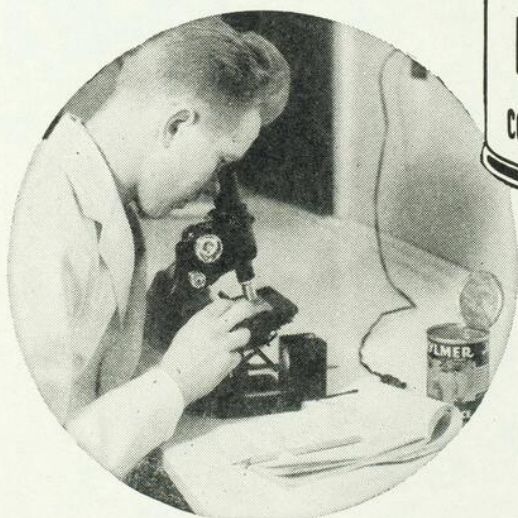
(CANADA) LIMITED

TORONTO, CANADA

**Le taux de conservation
des vitamines et des sels
minéraux est-il élevé?**



Oui...



Voici comment AYLNER a résolu le problème de la conservation des vitamines et des sels minéraux dans les conserves de fruits et de légumes pour bébés: la mise en conserve se fait *immédiatement* après la cueillette et selon les données scientifiques les plus modernes.

Voilà pourquoi... Les usines Aylmer où l'on prépare les aliments pour bébés sont situées au cœur même des meilleurs centres de productions maraîchère et fruitière du Canada.

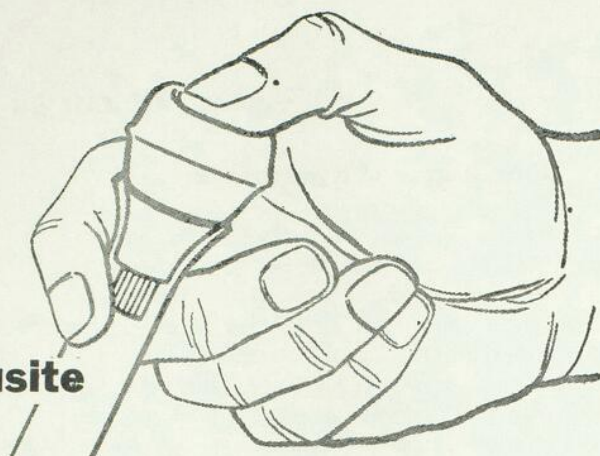
Voilà pourquoi... Les méthodes de production à la chaîne adoptées par AYLNER ainsi que le plus moderne outillage de cuisson sous pression contribuent à épargner de précieuses minutes lors de la préparation et de la mise en conserve.

Oui, Aylmer utilise chaque minute "de la cueillette à la mise en conserve" — afin de conserver le maximum de valeur nutritive aux aliments Aylmer pour bébés.

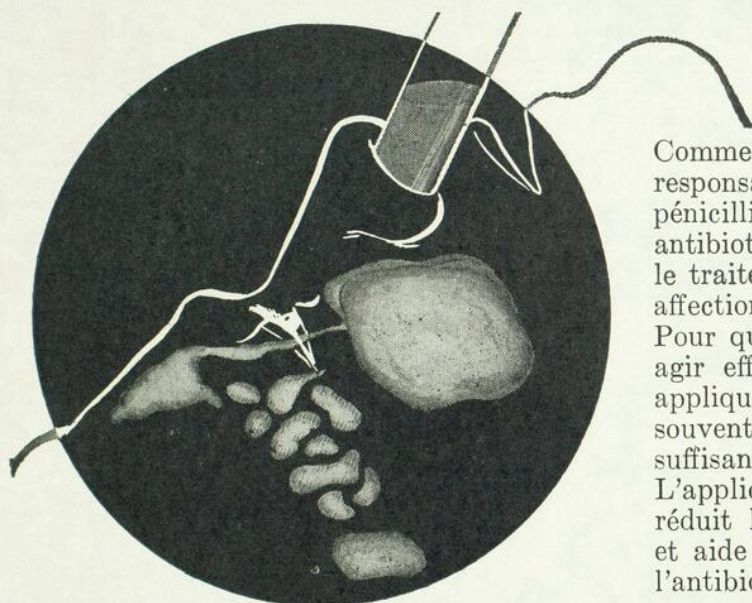
ALIMENTS AYLNER POUR BÉBÉS

PRODUITS AYLNER CANADIAN CANNERS LTD., Hamilton, Ont.
CANADIAN CANNERS (Western) LTD., Vancouver B. C.

**thérapeutique
antibiotique
décongestive
de la sinusite**



Néo-Synéphrine^R Pénicilline



Comme la plupart des organismes responsables de la sinusite sont pénicillino-sensibles,¹ cet antibiotique convient bien pour le traitement local de cette affection.²

Pour que la pénicilline puisse agir efficacement, elle doit être appliquée sur la région malade souvent et à une concentration suffisante.

L'application de Néo-Synéphrine réduit la congestion nasale et aide ainsi à faire pénétrer l'antibiotique.³

La Néo-Synéphrine^R Pénicilline est présentée en emballage combiné (avec diluant) pour faire 15 cc. de solution de Chlorhydrate de Néo-Synéphrine à 0.25 pour cent contenant 10,000 U. I. de pénicilline par cc.

1. Putney, J. F.: Sinus Infection, in Conn, H. J.: Current Therapy 1951. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1951, p. 71.

2. Craig, S. L.: New York State Jour. Med., 49:181, Jan. 15, 1949.

3. Woodward, F. D., and Holt, T.: Local Use of Penicillin in Infections of the Ear, Nose and Throat. J.A.M.A., 129:589, Oct. 27, 1945.

Pour une Double Action contre le Coryza, la Rhinite Allergique, la Rhinite Vasomotrice et la Sinusite...

Néo-Synéphrine Thenfadil^R

Solution Nasale Antihistaminique Décongestive

Flacons de 1 once fluide renfermant Chlorhydrate de Néo-Synéphrine 0.25% Chlorhydrate de Thenfadil 0.1%.

Néo-Synéphrine, nom déposé de la phényléphrine.

Thenfadil, nom déposé du chlorhydrate de N,N-diméthyl-N'-(3-thémyl)-N'-(2-pyridyl)éthylènediamine.

Winthrop-Stearns

of Canada, Limited
Windsor, Ont.

443 ouest, rue Sandwich, West Windsor, Ont.

Obstétrique et gynécologie

De la grossesse, des erreurs auxquelles elle expose.
— Clinique de M. le professeur Pajot. — Messieurs, je vous ai réunis aujourd'hui pour vous communiquer une observation que vous n'oublierez jamais. Elle sera pour vous d'un grand enseignement et vous mettra pour toujours, par les réflexions qu'elle vous suggérera, à l'abri de certaines *fautes monstrueuses*, toujours préjudiciables à la réputation du médecin et parfois si funestes à l'existence des malades.

Ces fautes-là, il est arrivé à des hommes éminents, occupant en obstétrique une place considérable, de les commettre. Je vous ai du reste signalé, dans nos premières leçons et quand nous nous occupions du diagnostic de la grossesse, quelques exemples de ce genre. J'ajouterai que si 95 fois sur 100 le diagnostic de la grossesse était chose facile, il devenait dans quelques cas d'une difficulté extraordinaire.

L'observation dont il s'agit et toute récente d'une *faute de cette nature*, a été commise par des hommes hautement placés, et dont l'un même jouit, dans les questions qui nous occupent, d'une des célébrités les plus bruyantes du jour. Loin d'hésiter à vous faire cette communication, j'ai absolument tenu à ce que vous en prissiez connaissance, parce qu'elle vous tracera une règle de conduite précise dans ces cas difficiles et obscurs, et parce qu'elle pourra sauvegarder votre réputation et quelquefois même la vie des malades.

Voici la communication que me fait un confrère des environs de Paris.

Mme B., 35 ans.

Antécédents. — A eu un premier enfant à l'âge de 20 ans. Accouchement très long et laborieux; foriceps, déchirure du périnée, fistule vésico-vaginale.

A eu, depuis, deux autres enfants. Accouchements très faciles.

Depuis le dernier accouchement qui a eu lieu il y a huit ans, Mme B... a conservé un abaissement considérable de matrice: elle a été trois mois dans le sang. Métorrhagies épouvantables qui la forçaient à garder le lit onze mois de l'année. Est devenue veuve. A imaginé, il y a cinq ans, de s'introduire dans le vagin *une grosse éponge*, servant à soutenir l'utérus et à absorber l'urine qui s'écoule dans la fistule vésico-vaginale. *Depuis qu'elle porte cette éponge, les métorrhagies ont disparu.* Les règles, peu abondantes, viennent irrégulièrement.

Cette dame s'est remariée. Elle *n'a jamais pratiqué le coït* sans son éponge au fond du vagin.

L'été dernier, Mme B... me fait demander.

— Docteur, me dit-elle, je grossis beaucoup; je voudrais savoir si je suis enceinte.

J'interroge ma cliente.

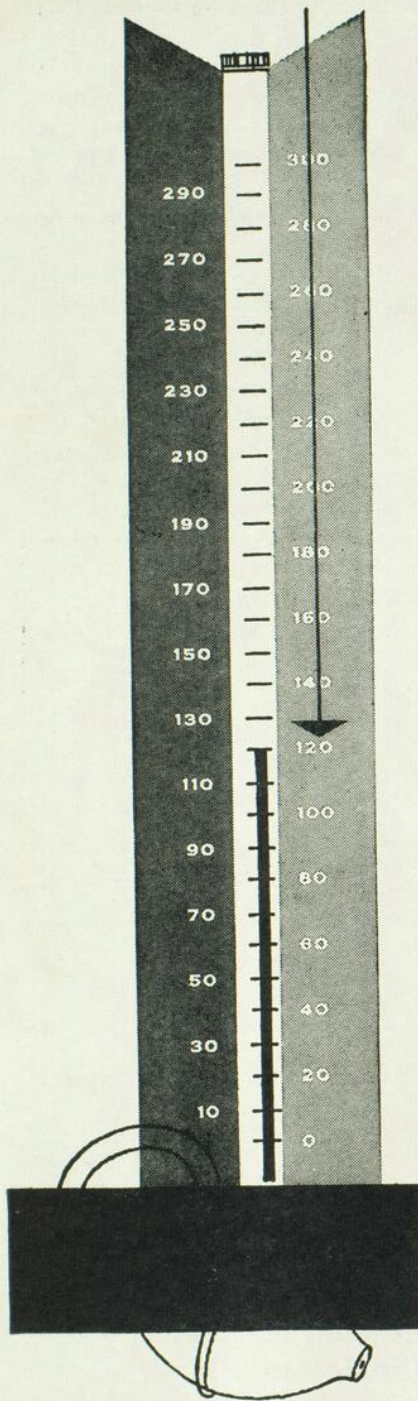
Les règles ont continué à paraître comme d'habitude, malgré le développement de l'utérus qui dépasse le pubis et est très mobile. Je pratique le toucher. Je retire l'éponge grosse comme le poing, *imprégnée de sang et d'urine.* Le périnée très lâche se laisse facilement déprimer; la fistule vésico-vaginale existe toujours, mais très petite. Le col de l'utérus, qu'on atteint difficilement dans la position horizontale, descend à quelques centimètres de l'orifice de la vulve, quand on prie Mme B... de se mettre debout. Le col est plat, petit, dur, atrophié, pâle, décoloré. L'orifice est très peu développé; on fait à travers la paroi abdominale osciller facilement l'utérus, mais ces oscillations ne semblent pas se communiquer au sol. Je demande quinze jours pour me prononcer. Je reviens quinze jours après, Mme B... *a senti remuer l'enfant.*

Malheureusement, messieurs, toutes les femmes qui ne sont pas enceintes, mais qui croient l'être, sentent remuer; cette sensation subjective des mouvements éprouvés par les femmes, et qu'elles attribuent à la présence de l'enfant, ne doit constituer pour le médecin qu'un signe très discutable.

Je cherche les bruits du cœur et je ne les trouve pas. Je ne puis me prononcer. Je donne à ma cliente l'adresse de deux accoucheurs, en la priant d'aller consulter l'un d'eux le lendemain. *Les règles apparaissent.* Mme B... est prise de malaise; le mari, homme intelligent, me prie de faire venir un confrère de Paris, voulant immédiatement savoir à quoi s'en tenir. Un *chirurgien des hôpitaux, accoucheur*, vient le lendemain. Examen complet de la malade; le confrère m'apprend que ma cliente a un *kyste de l'ovaire*. Nous donnons au mari toutes les explications nécessaires. Alors, dit celui-ci, qu'on opère prochainement! Il est convenu qu'on fera une *ponction exploratrice*, puis l'opération *définitive* un peu plus tard. La malade, envisageant avec effroi l'opération, désire consulter le prince des kystes de l'ovaire. Je conduis moi-même Mme B... chez l'opérateur. Le sang avait reparu la veille. L'examen est pratiqué sur le fauteuil spécial, très longuement et très attentivement. *Pas d'auscultation des bruits du cœur.*

Diagnostic: *gros corps fibreux!* Il n'y a pas lieu d'opérer en ce moment, d'autant plus que la mortalité est de 70 pour cent. Mais dans trois mois, nous opérerons si la famille le désire. Mme B..., découragée, prend, sur le conseil d'une commère, des purgatifs très violents et, *trois semaines* après ce dernier examen, elle accouche toute seule d'une *fillette de sept mois et demi à huit mois.*

En résumé... Grossesse, malgré une grosse éponge pendant le coït.



*Pour réduire la pression sanguine
et soulager
les symptômes de l'hypertension*

Methium

(nom déposé)

CHLORURE

(marque de chlorure d'hexaméthonium)

un nouvel hypotenseur par voie buccale

La pression sanguine est fortement modifiée

En administrant du Methium par voie buccale on a obtenu une réduction considérable de la pression sanguine dans de nombreux cas d'hypertension essentielle. Etant un agent de blocage ganglionnaire qui inhibe l'influx nerveux responsable des vaso-constrictions du système sympathique autonome, le Methium ramène fréquemment la pression à la normale ou près de la normale. Son usage sur une grande échelle indique qu'il peut donner des résultats là où d'autres traitements se sont avérés inutiles.

Amélioration symptomatique

A mesure que la pression baisse, il y a disparition normale des maux de tête, des étourdissements, de la fatigue et des palpitations. Cependant, même si l'on ne parvenait pas à diminuer la pression, il resterait possible souvent d'obtenir le soulagement des symptômes de l'hypertension avec le Methium. Bien entendu, tous les cas ne présenteront pas une réduction considérable de la pression sanguine et, dans certains cas, une telle éventualité peut n'être pas souhaitable.

Traitement à long terme

Le but du traitement au Methium est de diminuer graduellement la pression sanguine avec des doses que l'on augmente petit à petit pendant une période allant de plusieurs jours à plusieurs semaines. Une fois la réduction maximum atteinte, on peut souvent la maintenir indéfiniment.

On devrait prescrire le Methium en tenant compte de son activité et l'on conseille d'être très prudent quand on se trouve en présence d'une fonction rénale défectueuse, d'affections des artères coronaires et d'accidents vasculaires cérébraux, réels ou possibles....Des renseignements complets sur l'usage du Methium seront promptement envoyés sur demande écrite.

Le Methium s'obtient sous forme de comprimés de 125 mg. et de 250 mg., en flacons de 100 et 500.

WARNER-CHILCOTT
Laboratories

Division of William R. Warner & Co. Ltd.
TORONTO, ONT.

Apparition des règles (???) huit fois pendant cette grossesse.

1 — L'examen par un simple médecin qui, dès le début, a avoué son incompetence.

2 — Par un chirurgien des hôpitaux, *accoucheurs*, qui diagnostique un kyste de l'ovaire et veut opérer.

3 — Par un célèbre laparotomiste qui ne veut pas opérer *avant trois mois*, mais constate *un gros corps fibreux*.

4 — Enfin, accouchement d'une fille trois semaines après ce diagnostic.

5 — Depuis, disparition complète de toute trace de tumeurs.

Messieurs, des faits de cette nature ne réclament pas de dissertation. Ils sont bien, n'est-ce-pas, assez éloquentes par eux-mêmes! Mais je tiens à vous dire que des fautes aussi monstrueuses ne sont commises, et même sont couvertes, comme dans ce cas particulier, par des hommes considérables, que parce qu'on oublie de vieux conseils, vieux conseils que j'écrivais il y a déjà bon nombre d'années! Conseils qui, si vous

ne les oubliez point, vous empêcheront, je vous le répète, de tomber dans de pareilles erreurs! Ces conseils les voici; et voyez s'ils ne vous paraissent pas *spécialement* écrits pour le fait que nous venons d'examiner ensemble:

« Dans ces cas obscurs et difficiles, il est une conduite simple à tenir et en même temps utile et prudente, jamais elle ne compromettra ni la santé ni la vie de la femme, ni non plus la réputation du médecin.

« S'il y avait quelque indication pressante, sans doute il conviendrait de la remplir; mais, quand la vie est menacée, qu'importe alors la grossesse?

« D'ailleurs, ni la vie ni même la santé de la femme ne sont en question généralement. La femme veut savoir si la grossesse est ou n'est pas. Or, tant que le problème ne paraît pas soluble avec certitude, ne le résolvons point: *attendons et surtout n'agissons pas, si rien ne fait une absolue nécessité d'agir.*

« *Le temps est ici le meilleur de tous les moyens de diagnostic.* »

POSTE DE MÉDECIN

Médecin demandé, petit hôpital et clinique, excellent équipement, dans la région métropolitaine de Détroit, Mich., U.S.A. Situation permanente avec possibilité d'avoir des intérêts matériels dans l'institution sous forme de parts de syndic donnant droit de vote au conseil. (Institution charitable). Doit consentir à faire de la médecine courante et à répondre aux appels à domicile, au début. Internat d'abord, possibilité d'obtenir ensuite licence américaine. La législation du Michigan a voté une loi permettant aux Canadiens qui détiennent un diplôme d'une Ecole de Médecine classée "A" d'obtenir une licence temporaire en attendant leurs papiers de citoyenneté. Salaire minimum de début garanti: \$11,000.00 comptant, pension, entretien, usage de l'auto, vacances, tout cela équivalant à un salaire annuel de \$14,000.00 et plus. Ecrivez à: Docteur Eugène C. Keyes, Dearborn, Mich., U.S.A. — N. B. — Préférence donnée à un candidat bilingue.