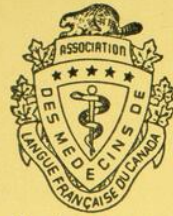


8^e CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.
ST-ANDRÉ-SUR-MER (N.-B.)
HÔTEL ALGONQUIN
les 11, 12, 13, septembre 1958

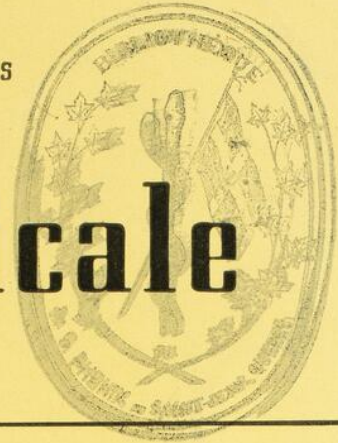


Fondée à Québec en 1902

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

L'Union Médicale du Canada

1872 - 1958



BULLETIN

Edouard DESJARDINS	
Au fil de l'actualité	523
Pierre SMITH	
D'un océan à l'autre	526

Charles LEPINE	
Etude de la petite circulation dans l'hypertension	
artérielle pulmonaire	528
J.-P. BOUSQUET	
Considérations pratiques recueillies depuis onze ans sur	
la chirurgie de la glande thyroïde	536

RECUEIL DE FAITS

F. FRANÇON et P. LEROY	
Contribution à l'étude des éperons de l'angle supéro-	
interne de la symphyse pubienne	543

REVUE GÉNÉRALE

Sylvio LeBLOND	
Le traitement de la thyrotoxicose	547
Laurent POTVIN	
Le traitement médical de l'ulcère gastrique	552
E. BEAUDRY et F.-X. BRISSON	
Le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique	555
Jean-Réal BRUNETTE	
Le coma hépatique	562

MOUVEMENT MÉDICAL

Robert SAUCIER	
Analyses chromatographiques et chimiques des sucres	
urinaires	571

ÉDITORIAL

Paul-René ARCHAMBAULT	
Quelques considérations sur le tuberculeux d'aujourd'hui	574

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

J.-A. LANDREVILLE	
La prévention du cancer	579

VARIÉTÉS

Georges-Etienne CARTIER	
Réflexions sur l'hôpital canadien-français en fonction	
du temps présent	581
Georges HEBERT	
Plaidoyer en faveur du mot "Interniste"	591
Camille LAURIN	
Actualité de la psychanalyse	595

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Julien MARC-AURELE, Lucien FRENETTE,	
Maurice COMEAU, Pierre MEUNIER et Jacques GENEST	
Rapport préliminaire sur l'application clinique d'un	
nouveau dérivé de la phénothiazine	601

CORRESPONDANCE

Maurice PESTEL	
Lettre de Paris	605
Pierre RENTCHNICK	
Lettre de Suisse	607
ANALYSES	611
SOCIÉTÉS	619
NECROLOGIE	620
NOUVELLES	621
REVUE DES LIVRES	630
COMMUNIQUÉS	640
L'Union Médicale du Canada en 1889	644
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	647

D'une efficacité aussi étonnante que la simplicité de sa formule!

SANS ANESTHÉSIQUE — SANS ANTIBIOTIQUE

P Y G M A L

(Pâte acide Astier — Tubes de 45 gm.)

CALME LE PRURIT ET AMÈNE LA GUÉRISON RAPIDE D'UN GRAND NOMBRE D'AFFECTIONS CUTANÉES

- par l'association judicieuse et adéquate de médicaments incorporés à une base nouvelle et appropriée,
- par le retour et le maintien au pH normal du tissu cutané sain,
- par des moyens de contrôle conformes à une conception idéale et démontrant de façon évidente sa propriété hautement curative dans les affections suivantes:

Eczémas aigus et suintants — Eczémas de contact et professionnels
Prurits: anal et vulvaire — Lésions superficielles prurigineuses — Contrôle du psoriasis.

Autres produits Astier: Colitique, Galliadine, Kola, Lyxanthine, Riodine.

ROUGIER

MONTRÉAL

TUE LES STAPHYLOCOQUES

NOUVEAU

BRADOSOL[®]

BACTÉRICIDE • FONGICIDE • DÉSODORISANT • DÉTERGENT



**SOLUTIONS ANTISEPTIQUES PRÊTES INSTANTANÉMENT—
N'IMPORTE OÙ ET N'IMPORTE QUAND—AVEC SEULEMENT
DE L'EAU DU ROBINET ET DE LA POUDRE BRADOSOL**

Bradosol est un composé quaternaire d'ammonium préparé dans les Laboratoires de recherches de la Compagnie CIBA. C'est un produit pur et cristallin à effet antiseptique. L'efficacité, la facilité d'emploi et l'absence d'irritabilité de Bradosol en font un des agents germicides les plus à point contre la contamination staphylococcique qui accompagne la furonculose.

L'efficacité de Bradosol contre une grande variété d'organismes a été démontrée d'une façon convaincante au cours de plus de huit ans d'études cliniques et d'observations de laboratoire.

PRÉSENTATION: enveloppes pratiques de 1 Gm. de poudre Bradosol pour préparer la solution; boîtes de 5.

REMARQUE: On peut se procurer sur demande des tiré-à-part ainsi que des renseignements supplémentaires au sujet de Bradosol. De plus, afin de rendre service aux médecins et à leurs patients, nous distribuons sur demande une feuille de renseignements intitulée "Conseils aux Patients Souffrant de Furoncles"

Pour obtenir des concentrations antibiotiques efficaces et immédiates, les formes parentérales d'ACHROMYCINE sont insurpassées. L'enraiment rapide d'une grande variété d'infections et des effets secondaires minimes sont les qualités qui ont fait de l'ACHROMYCINE un des noms les plus respectés en médecine actuellement.



intraveineuse

Compatible avec les liquides intraveineux ordinaires. Stable en solution pendant 24 heures à la température de la chambre. La dose intraveineuse moyenne est de 500 mg. à intervalles de 12 heures. Fioles de 100 mg., 250 mg., 500 mg.

intramusculaire

Utile quand l'obtention immédiate de niveaux thérapeutiques s'impose ou quand les patients ne peuvent prendre un médicament oral. Commode, d'emploi facile, convient de façon idéale à l'administration à domicile ou au cabinet du médecin. présentée en fioles unidoses de 100 mg. (n'exigeant aucune réfrigération).

CHLORHYDRATE D'

ACHROMYCIN

TÉTRACYCLINE-HCl LEDERLE

niveaux sanguins thérapeutiques atteints en quelques minutes . . . maintenus pendant plusieurs heures



LEDERLE LABORATORIES DIVISION, CYANAMID OF CANADA LIMITED
5550, AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT-ROYAL, MONTREAL, P.Q.

*MARQUE DÉPOSÉE

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

L'Union Médicale

du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
R. Kourilsky (Paris),
Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Jean-Baptiste Jobin, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;

Messieurs les Professeurs:

Jean-Jacques Lussier, doyen,
Faculté de Médecine, Université d'Ottawa;
Pierre Masson,
A. Parizeau,
J.-N. Roy.

BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins.

Secrétaire de la Rédaction:
Roger-R. Dufresne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. J.-M. Beauregard, M. Belisle, Jacques Bernier, Marcel
Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, A. Cantero, Léandre
Décarie, Edouard-D. Gagnon, Rolland Guy, Jacques
Genest, Maurice Gervais, Fernand Grégoire, P.-P. Julien,

MM. Jean-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, Jean-Louis
Léger, Charles Lépine, J. Mathieu, Gérard Mignault,
J.-P. Paquette, P. Poirier, André Proulx, Rosario Ro-
billard, Henri Smith, Maurice St-Martin.

CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet et M. Pestel (Paris),
P. Rentchnick (Suisse),
Donat-P. Cyr (Boston, Mass.),
Charles-P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (Woonsocket),
L. Mantha, A. Lecours, L. Potvin (Ottawa),

MM. Georges-L. Dumont (Campbellton, N.-B.),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Colin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton),
Sylvio Leblond (Chicoutimi),
H. E. St-Louis (Vancouver),
Jean-Paul Fortier (Sherbrooke).

INDICATIONS :

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

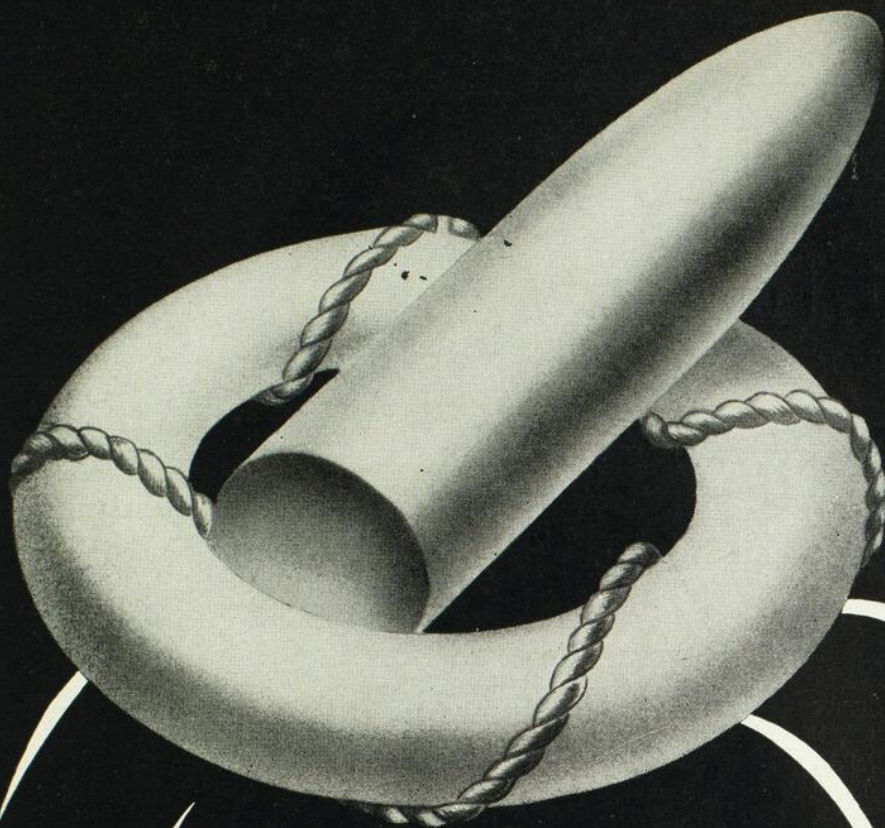
l'eau qui fait . . . du bien!

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

Composition naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

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



au secours
des
bronchitiques

PULMORECTAL

SUPPOSITOIRES

Laboratoires National Ltée

DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

MONTREAL



CANADA

Bulletin de l'Association des Médecins
de Langue Française du Canada
L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Paul Letondal
Vice-président: Roger Dufresne
Secrétaire-trésorier: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

MM. Paul Letondal, Roma Amyot, Roger Dufresne et
P.-R. Archambault.

BUREAU DE DIRECTION

MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand,
Emile Blain, Roméo Boucher, P. Bourgeois, Paul
David, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Ed-
mond Dubé, Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne,

MM. Paul Dumas, Léon Gérin-Lajoie, Albert Jutras,
J.-M. Laframboise, P. Letondal, A. Marin, Donatien
Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-Charles
Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, J.-A. Vidal.

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

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal
Téléphone: AVenue 8-9888

**un
sédatif alcalin
bien
équilibré**



Quatre-vingt-dix grains de SEDALKA referment:
phéno-barbital de sodium..... 1/4 de gr.
carbonate de calcium..... 10 gr.
bicarbonate de sodium..... 5 gr.
citrate de sodium et tartrate de sodium... q.s.
(alcalis potentiels)

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

"SEDALKA"
...efficace...agréable au goût

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

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Traitement de Base des Stéatoses Hépatiques...

LIPOTROPE

COMPRIMÉS—ÉLIXIR

Méthionine, choline, cystine, inositol, vitamine B₁₂, nicotinamide
et complexe vitaminique B.

Formule lipotropique la plus complète, la plus concentrée,
la plus économique.

En gériatrie...

LIPOTROPE GÉRIATRIQUE

Association de vitamines, de rutine, de facteurs lipotropiques
et d'hormones. Favorise les réparations tissulaires, améliore la
résistance des capillaires, renforce les réactions de défense et
stimule le métabolisme des lipides.

En thérapie hépato-biliaire...

LIPOTROPE CHOLÉRÉTIQUE

CAPSULES

Cholérétique nouveau, supérieur*, hépato-protecteur qui, à la fois,
stimule la fonction biliaire et favorise l'intégrité de la cellule
hépatique.

*Weiss, S. & Weiss, J. — "An experimental and Clinical
Study of a Synthetic Choleric", The Review of
Gastroenterology, 19-10, p. 792-807, Oct. 52.

Tous les produits "Lipotrope" sont fabriqués au Canada



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

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

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

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

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

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

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

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

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

Anusol[®]
Hemorrhoidal
Suppositories

- soulagement rapide et durable des douleurs et démangeaisons
- ne contiennent ni narcotique ni anesthésique

SÛRS, ils ne risquent jamais de masquer une affection anorectale plus sérieuse.

WARNER-CHILCOTT

Laboratories CO. LIMITED, TORONTO, CANADA

une NOUVELLE invention canadienne en pénicillothérapie orale

"FALAPEN"

PÉNICILLINE D'ACTION RAPIDE ET PROLONGÉE

PÉNICILLINE-G
POTASSIQUE

COUCHE DE
"POLYMÈRE 37"*

PÉNICILLINE-G
POTASSIQUE

PRATIQUE: un "FALAPEN" dure toute la nuit.

TRÈS ÉCONOMIQUE: un "FALAPEN" toutes les 12 heures est plus efficace que toute autre concentration de 500,000 unités de pénicilline orale toutes les 6 à 8 heures.

RAPIDE

Dégagement d'une partie de la pénicilline dans l'estomac produit rapidement des TAUX SANGUINS INITIAUX élevés.



Accès à la couche de "Polymère 37"* et libération de la substance récemment perfectionnée — le noyau du comprimé est libéré lorsqu'il parvient dans l'intestin.



PROLONGÉE

Dégagement du reste de la pénicilline dans l'intestin procure des TAUX SANGUINS THÉRAPEUTIQUES ININTERROMPUS DURANT 12 HEURES.



HEURES APRÈS LA
PRISE DE LA DOSE

La courbe représente la moyenne des taux sanguins positifs chez 10 patients hospitalisés, après l'administration d'un comprimé de "Falapen".

Demande de brevet en instance.

FALAPEN
MARQUE DÉPOSÉE

Chaque comprimé renferme:

Pénicilline-G potassique 500,000 unités

DOSE LOGIQUE. Adultes: un comprimé toutes les 12 heures.

Augmenter ou diminuer la dose selon les besoins du patient.

Boîte de 10 comprimés.

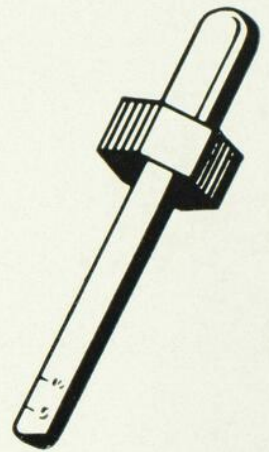
MISE EN GARDE. Bien que rarement, l'administration de pénicilline par voie parentérale, et plus rarement encore par voie orale, peut occasionner de l'anaphylaxie aiguë. Les patients souffrant d'asthme bronchique et d'autres allergies, ou ceux qui se sont déjà montrés sensibles à la pénicilline, semblent les plus sujets à cette réaction.

INVENTÉ AU CANADA PAR
Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA





SUPPRESSION DE LA TOUX



DOSES À LA GOUTTE POUR LES **BÉBÉS** *et les* **ENFANTS**

"GOUTTES ZÉPHADON"



MARQUE DÉPOSÉE

. . . BÉCHIQUES, ET SÉDATIVES DE LA TOUX

- *activité qui garantit un soulagement efficace*
 - *très agréables au goût — bien acceptées — bien tolérées*
- *l'administration à la goutte, précise, facilement contrôlée, assure plus de sécurité*

Chaque cc. renferme:

méthadone, chlorhydrate de 1.2 mg.
scille (sous forme d'extrait) 30 mg.

POSOLOGIE. Une goutte pour chaque 3 livres de poids corporel toutes les quatre heures. Dose maximum pour les enfants de plus de 5 ans: 30 gouttes toutes les quatre heures. Flacons de 15 cc. Compte-gouttes de précision fourni.

MISE EN GARDE. Aux bébés de moins de 6 mois, ainsi qu'aux bébés plus âgés mais débilités, de même qu'aux enfants atteints de pneumonie, administrer les Gouttes de Zéphadon à doses plus légères et avec circonspection.



Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL • CANADA

NOUVEAU

le meilleur analgésique **ORAL** qui soit

'LERITINE'

(ANILÉRIDINE)



'LERITINE' est le **PREMIER** analgésique narcotique réellement actif qui ait été découvert depuis plus de dix ans. Le pouvoir analgésique plus grand de ce **NOUVEAU** produit de synthèse se manifeste aussi bien pondéralement que par l'intensité de son action sur des douleurs plus vives. L'activité pharmacologique de la 'LERITINE' se situe entre celle de la mépéridine et celle de la morphine: elle est deux fois et demie plus active que la première et à peu près aussi active que la seconde. Une dépression respiratoire éventuelle résultant de l'administration de 'LERITINE' peut être abolie par 'NALLINE'.

'LERITINE' est indiquée pour le soulagement de la douleur et des symptômes connexes qui accompagnent les brûlures graves, les fractures, le carcinome, l'angine de poitrine, la colique rénale, la colique biliaire, l'infection, les interventions chirurgicales et dentaires.

L'emploi pré-opératoire et post-opératoire de 'LERITINE' s'est avéré excellent pour soulager la douleur et dissiper les craintes du patient. En obstétrique, on a obtenu une bonne analgésie avec 'LERITINE' employée isolément, ou en association avec la scopolamine ou les barbituriques.

assure
une action analgésique plus rapide
et plus prolongée...
une efficacité plus grande
chez **PLUS** de patients...
à doses moins nombreuses...
SANS augmentation de la
toxicité par rapport aux autres
analgésiques narcotiques
également actifs...



'LERITINE'
est présentée sous deux formes pratiques:
Comprimés 'LERITINE' (aniléridine sous
forme de bichlorhydrate) à 25 mg. chacun;
bouteilles de 100 et de 500.
Injection de 'LERITINE' (aniléridine sous
forme de phosphate) à 25 mg./cm³; boîtes
de 25 fioles de 1 cm³ et de 2 cm³, et fioles
de 30 cm³.

'LERITINE' est une marque de commerce
de Merck & Co. Limited



Merck Sharp & Dohme

Division de Merck & Co. Limited

Montréal 30, Qué.

OFFICIERS
DE
l'Association des Médecins de Langue Française
du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
400 est, rue Sherbrooke, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN, Montréal.
Hermile TRUDEL, Montréal.
Lucien LaRUE, Québec.
Georges-L. DUMONT, Campbellton, N.-B.
Pierre SMITH, Montréal.
Jean-Paul CARETTE, Campbellton, N.-B.
François ST-LAURENT, Campbellton, N.-B.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

B.-G. BEGIN,
3440, rue Hutchison, Montréal.

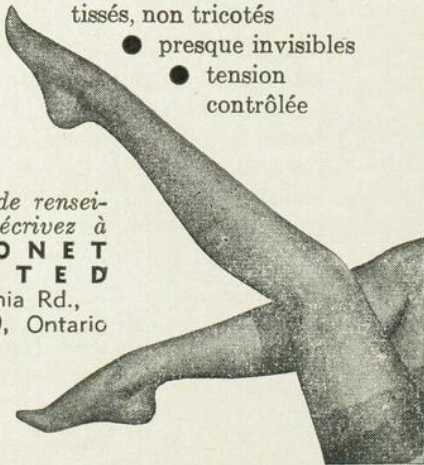
SECRÉTARIAT

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.
Téléphone: VICTOR 5-8076.

Lastonet

BAS ÉLASTIQUES
DE NYLON

- 8 pointures (au genou ou à la cuisse)
- faits sur mesure
 - mailles ouvertes — tissés, non tricotés
 - presque invisibles
 - tension contrôlée



Pour plus de renseignements, écrivez à
LASTONET LIMITED
36 Caledonia Rd.,
Toronto 10, Ontario

**Le Collège Royal des Médecins
et Chirurgiens du Canada**

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Chaque année ont lieu les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées.

Les demandes d'admission aux examens de 1958 seront acceptées jusqu'au **30 avril 1958**.

On peut se procurer, sur demande, les "Règlements et Normes de Formation post-universitaire régissant les Examens" (révisés en mai 1956), ainsi que les formules de demande d'admission aux examens, la liste des hôpitaux canadiens approuvés et les formules de demande d'évaluation. On doit spécifier la spécialité (ou les spécialités) à laquelle on est intéressé.

Toute communication doit être adressée comme suit:

Le Secrétaire,
**Le Collège Royal des Médecins
et Chirurgiens du Canada,**
150, rue Metcalfe,
Ottawa 4, Canada.

quand les dermatoses
allergiques et inflammatoires
exigent une médication puissante...

NOUVELLE
crème

Meti-Derm

prednisolone, sous forme d'alcool libre

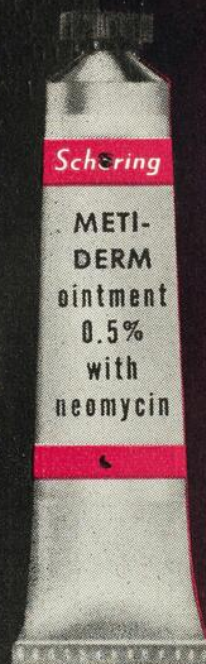
pour application topique—approximativement
deux fois aussi actif, à poids égal,
que l'hydrocortisone
—esthétiquement acceptable, lavable à l'eau

et quand la prophylaxie
d'une infection secondaire
devient nécessaire.

NOUVEL
onguent

Meti-Derm

avec néomycine



Schering 
CORPORATION LIMITED MONTREAL

COMITÉ DU XXVIII^e CONGRÈS

Georges-L. DUMONT, Président.

Pierre SMITH, 1er vice-président.
Horace PAIEMENT, 2ème vice-président.
Pierre JOBIN, 3ème vice-président.
Henri GUYOT, 4ème vice-président.

Jean-Paul CARETTE, secrétaire.
François ST-LAURENT, trésorier.

SECRETARIAT DU CONGRÈS:

1, rue Duke, Campbellton, N.-B.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert PAQUET
Richard GAUDET
Arthur-L. RICHARD
J.-A. VIDAL

J.-A. DENONCOURT
J.-B. JOBIN
René-L. DuBERGER

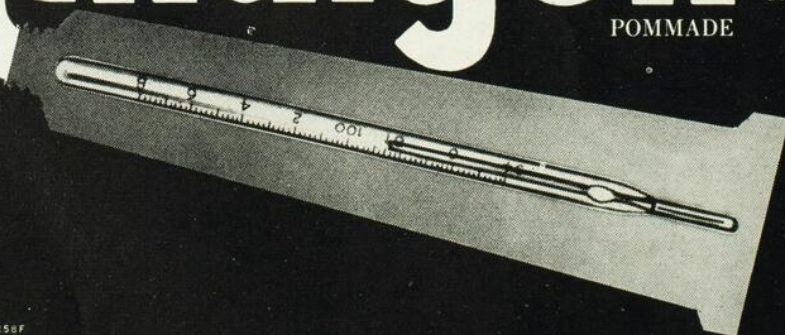
Jean-Marie LAFRAMBOISE
Roma AMYOT
Louis-Philippe MOUSSEAU
Lucien LaRUE

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, F., 1150 est, boul. St-Joseph, Montréal	1958	LEDUC, André, 156, ave Willowdale, Outremont, P.Q.	1960
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P.Q.	1960	LEMIEUX, Renaud, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec	1960
BEAUCHEMIN, L.-O., 208, Edifice Grain Exchange, Calgary, Alberta	1958	LESSARD, Richard, 115, Grande-Allée, Québec	1960
BIBAUD, Barthélemy, 65, rue Nicholson, Valleyfield	1960	MASSON, Gaston, 148, rue Sanborn, Sherbrooke, P.Q.	1958
BLAIS, E.-Rolland, 1779, avenue de l'Eglise, Montréal	1958	MILOT, J.-Donat, 1017 Stafford Rd., Fall River, Mass.	1960
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont	1958	MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.	1960
BROUSSEAU, Louis-Philippe, Malartic, P.Q.	1958	PERRON, J.-M., 12, rue Mercier, Shawinigan, P.Q.	1958
CORMIER, J.-G., Sydney, Nouvelle-Ecosse	1960	PIETTE, Edmond, 37 sud, S.-Charles-Borromée, Joliette	1958
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P.Q.	1958	PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal	1958
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal	1960	POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.	1958
DOMINGUE, Albert, 191, rue Principale, Granby, P.Q.	1960	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P.Q.	1958
EMARD, L.-M., 119, rue Marlborough, Cornwall, Ont.	1958	R.-de-ST-VICTOR, Henri, 222, av. Daly, Ottawa, Ont.	1958
FONTAINE, Auray, 52, av. Hamlet, Woonsocket, R.I.	1958	ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire (Nicolet), P.Q.	1960
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.	1958	ROULEAU, Yves, 1227, William, Sillery, Québec, P.Q.	1961
GOYETTE, Roger-B., 415 est, av. Laurier, Ottawa, Ont.	1959	SIROIS, Jean, 144, Grande-Allée, app. 1, Québec	1958
ISABELLE, Gaston, 66, rue Notre-Dame, Hull, P.Q.	1961	TETREAULT, Adélar, 1005, rue S.-Prosper, T.-Rivières	1958
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q.	1958	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.	1958
LEBLOND, Sylvio, Hôtel-Dieu Saint-Vallier, Chicoutimi	1960	TURGEON, Pierre-A., 837, rue Cherrier, Montréal	1958
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.	1961		

traitement calorigène des douleurs musculaires et articulaires

finalgon
POMMADE



L'action bienfaisante du soulagement de la douleur produite par la pommade FINALGON en fait le traitement de choix pour le LUMBAGO • SCIATIQUE • SPONDY-LITE • FIBROSITE • MYALGIE • RHUMATISME NON-ARTICULAIRE • NEURALGIE NEVRITE • TRAUMATISMES SPORTIFS (entorses ou autres lésions musculaires) BURSITE • TENOSYNOVITE • TORTICOLIS OSTEOARTHRITE • ARTHRITE RHUMATOIDE (subaiguë ou chronique).

La pommade FINALGON® renferme de la vanillylamide d'acide nonylique 0,4% et du nicotinate d'éther B-butyl-lique du glycol 2,5%.

Tubes de 10 gm avec disco-frotteur en plastique.
Brevêt de C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim.
Destiné à la profession médicale seulement.

Produits
Pharmaceutiques

geigy

Division de Geigy (Canada)
Limited
Montréal, Québec

**pour
l'amélioration
symptomatique
de la diarrhée**



diarrhées non-spécifiques...

Diamagma*

Claysorb* (attapulgite activée, Wyeth)
et pectine dans un gel d'alumine, Wyeth

ANTIDIARRHÉIQUE EFFICACE, ABSOLUMENT ATOXIQUE
RENFERMANT LA CLAYSORB, LE NOUVEL ADSORBANT...

- exerçant un effet adsorbant cinq fois supérieur à celui du kaolin
- auquel s'ajoute l'action classique de la pectine
- en suspension dans un gel d'alumine spécial

PRÉSENTATION: en flacons de 6 onces liq.

diarrhées bactériennes...

Polymagma*

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

TOUS LES AVANTAGES DU DIAMAGMA, plus...

- l'action combinée de la dihydrostreptomycine et de la polymyxine
- un puissant effet antibactérien synergique

PRÉSENTATION: en flacons de 8 onces liq.

*Marque déposée

**d'un arôme agréable pour flatter
le palais de tous et de chacun**



MARQUE DÉPOSÉE

WALKERVILLE, ONTARIO
MONCTON - MONTRÉAL
WINNIPEG - VANCOUVER



ÉMOTIVITÉ... INSOMNIE...
SPASMES...
PHOBIE... ANXIÉTÉ...

SOMENAL

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

- COMPRIMÉS À 120 MILLI-GRAMMES — Butethal 60 mg. Phénobarbital 60 mg. par comprimé.
- COMPRIMÉS À 15 MILLI-GRAMMES — Butethal 7.5 mg. Phénobarbital 7.5 mg. par comprimé.

Somenal représente l'effet rapide du butéthol associé à l'effet plus prolongé du phénobarbital.

BETAGÈNE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES
TONIQUE ET ALIMENT D'ÉPARGNE

Vitamine « B » Composée

PERTES D'ÉNERGIE ET D'APPÉTIT
ANÉMIE NEURASTHÉNIE
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX
DÉSÉQUILIBRE NERVEUX

Principaux composants :

Vitamine B₁ — Riboflavine — Pyridoxine — Acide nicotinique — Acide pantothénique — Lécithine — Avénine — Glycérophosphates de Sodium, Calcium, Potassium.

DOSE :

Une cuillerée à dessert quatre fois par jour avant les repas.

SAVEUR
AGRÉABLE

TOLÉRANCE
PARFAITE

GROSSESSE
LACTATION
PYROSIS
NAUSÉES

*Comprimés
enrobés*

LACTO-CAL

AVEC OU SANS FER

CALCITHÉRAPIE SANS PHOSPHATE

À BASE DE GLUCONATE ET LACTATE DE CALCIUM, VITAMINES C ET D, HYDROXYDE D'ALUMINIUM, CASCARINE.

DOSE :

Deux comprimés
trois fois par jour.

- L'hydroxyde d'aluminium, ajouté à la formule combat le pyrosis et la cascarine en fait un comprimé légèrement laxatif.

ARTERYL

(comprimés blancs)

Pantaérythritol tétranitrate 10 mg.

AVEC MÉPHÉNÉSINE (comprimés jaunes)

Pantaérythritol tétranitrate 10 mg.

Méphénésine 150 mg.

AVEC SOMENAL (comprimés roses)

Pantaérythritol tétranitrate 10 mg.

*Somenal 20 mg.

* (Butéthol 50% — Phénobarbital 50%)

Prophylaxie de la crise angineuse,
et médicament des syndromes circulatoires.

Dose:
Selon l'avis du médecin.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL



24 marches à un lit d'hôpital

Le moindre effort soutenu, tel que monter un escalier, met le malade angineux en présence d'une question redoutable: "Arriverai-je jusqu'au bout?"

L'effort favorise l'attaque . . . et la crainte d'une attaque ralentit graduellement l'activité du malade au point où la vie devient souvent anormale, même durant les périodes libres d'attaques.

Enrayez le facteur crainte. Dans 4 cas sur 5, la prophylaxie ordinaire au Peritrate réduit la fréquence et la gravité des attaques d'angine de poitrine, améliore l'ECG et favorise une meilleure tolérance à l'exercice.

Une nouvelle sensation de liberté redonne au "cardiaque handicapé" une raison de vivre et le sentiment d'appartenir à son milieu; il ne devra pas, toutefois, prendre de l'exercice violent précédemment défendu.

La prophylaxie au Peritrate est simple: 10 ou 20 mg. *avant les repas* et au coucher.

Le Peritrate est présenté sous quatre formes pour les besoins spécifiques de la plupart des malades: Peritrate en comprimés de 10 mg. et de 20 mg.; Peritrate avec phénobarbital (10 mg. et phénobarbital 15 mg.) pour obtenir une sédation; et le nouveau 80 mg. à Action Soutenue.

NOUVEAU

Peritrate à Action Soutenue

Seulement 2 comprimés par jour suffisent en général pour assurer une protection de vingt-quatre heures; un comprimé avant le déjeuner, l'autre avant le repas du soir.

Posologie habituelle: Un régime soutenu de 10 à 20 mg. *avant les repas* et au coucher.

Peritrate

(Marque de tétranitrate de pentaérythritol)

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO., LIMITED, TORONTO, CANADA

Les hommes qui sont constamment debout...
sont physiologiquement sujets aux hémorroïdes

PNS SUPPOSITOIRES

*combinent
trois substances thérapeutiques
remarquables et sûres:*

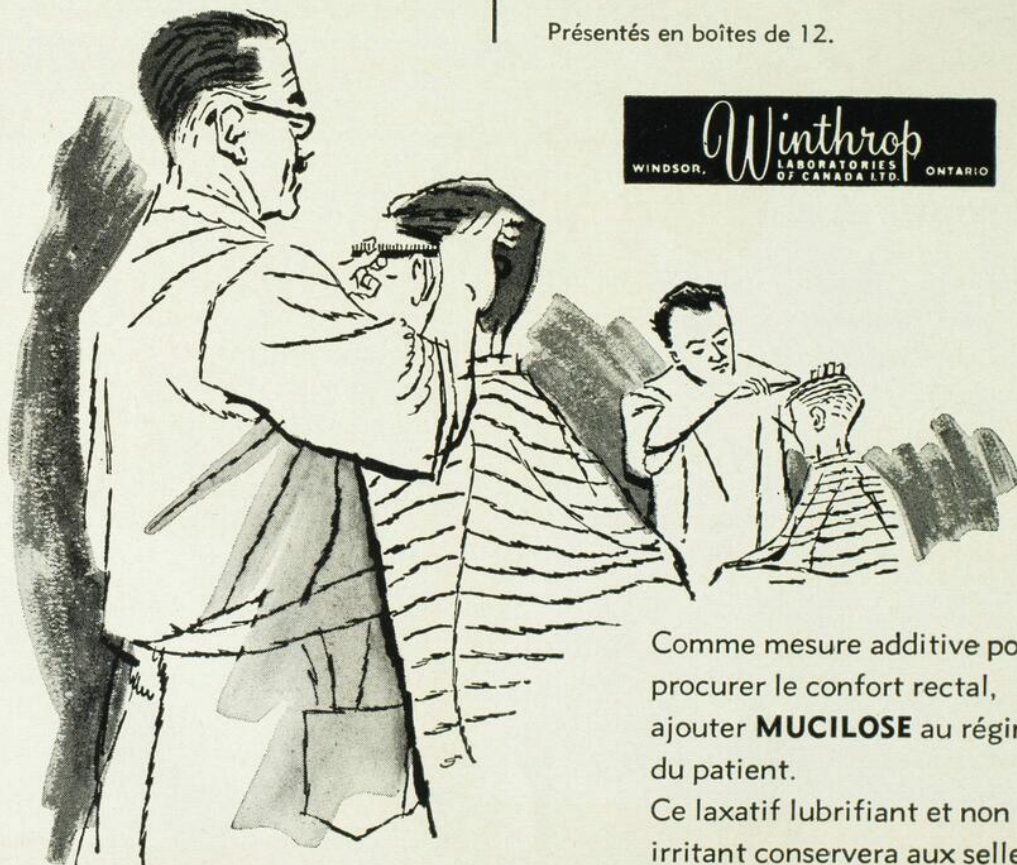
SOULAGENT LA DOULEUR

RÉDUISENT LE CONFLEMENT

PROTÈGENT CONTRE L'INFECTION

Pontocaïne (chlorhydrate) 10 mg.
Néo-Synéphrine (chlorhydrate) 5 mg.
Sulfamylon (chlorhydrate)200 mg.
Bismuth (sous-gallate)100 mg.
Baume du Pérou 50 mg.
— dans une base de beurre de cacao —

Présentés en boîtes de 12.



Winthrop
WINDSOR, LABORATORIES OF CANADA LTD. ONTARIO

PNS, Pontocaïne (marque de la tétracaïne),
Néo-Synéphrine (marque de la phényléphrine),
Sulfamylon (marque du mafenide) et Mucilose,
marques déposées aux Etats-Unis.

Comme mesure additive pour
procurer le confort rectal,
ajouter **MUCILOSE** au régime
du patient.

Ce laxatif lubrifiant et non
irritant conservera aux selles
une douce consistance et
facilitera l'évacuation.

Emoussez la douleur

PAR UNE ANALGÉSIE SÛRE ET PLUS EFFICACE

Le Phenaphen avec Codéine accentue les effets de la codéine tout en contrôlant les réactions adverses. Il élimine (ou retarde) l'emploi de la morphine ou des narcotiques synthétiques sujets à accoutumance, même dans les cas de cancer avancé.

Trois forces —

PHENAPHEN NO. 2

Phenaphen avec Phosphate de Codéine $\frac{1}{4}$ gr. (16.2 mg.)

PHENAPHEN NO. 3

Phenaphen avec Phosphate de Codéine $\frac{1}{2}$ gr. (32.4 mg.)

PHENAPHEN NO. 4

Phenaphen avec Phosphate de Codéine 1 gr. (64.8 mg.)

Autre présentation —

PHENAPHEN Dans chaque capsule

Acide acétylsalicylique $2\frac{1}{2}$ gr. . . (162 mg.)

Phénacétine 3 gr. (194 mg.)

Phénobarbital $\frac{1}{4}$ gr. (16.2 mg.)

Sulfate d'hyoscyamine (0.031 mg.)

PHENAPHEN[®] AVEC CODEINE



Robins

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

Produits Pharmaceutiques de choix depuis 1878.

renforce
les capillaires fragiles

dans le saignement interne

associé à une fragilité et une
perméabilité capillaires anormales dans

l'ulcère peptique

la colite ulcéreuse

le saignement de nez chronique

le purpura (non thrombocytopénique)

la cystite hémorragique

l'avortement habituel ou menaçant

la ménorragie

CVP[®]

C.V.P. aide à diminuer la fragilité et la perméabilité capillaires accrues et le saignement qui s'ensuit, grâce à une action qui maintient l'intégrité et la substance intercellulaire de base (ciment) des parois capillaires. C.V.P., c'est le complexe bioflavonoïde au citron, hydrosoluble, original et exclusif. Rapidement absorbé et utilisé, C.V.P. (à cause d'un procédé spécial de fabrication) est relativement dépourvu d'héspéridine, de naringine et autres flavonoïdes au citron relativement insolubles et inactifs.

Chaque capsule C.V.P. renferme:

Composé bioflavonoïde au citron 100 mg.
Acide ascorbique (vitamine C) 100 mg.
Flacons de 100, 500 et 1000 capsules.

échantillons et renseignements de . . .

**ARLINGTON-FUNK LABORATORIES, division
U. S. VITAMIN CORP. OF CANADA, Ltd.**

1452, rue Drummond,
Montréal, Québec

8580 Esplanade, Montréal

Limitée

poulenc

CHIRURGIE

OBSTÉTRIQUE

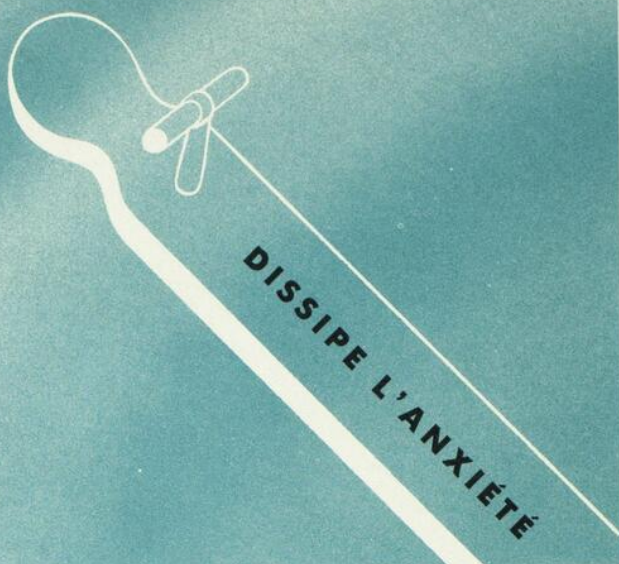
LAROGACTIL

MÉDECINE INTERNE

PSYCHIATRIE



aux 4 POINTS CARDINAUX DU MONDE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE



pour certains cas particuliers
où l'emploi du
LARGACTIL est souhaitable
mais difficile . . .



LARGA-DEX

REMONTE LE MORAL

association de
LARGACTIL
et **DEXTRO-AMPHÉTAMINE**

quand l'anxiété est accompagnée de
dépression
quand le Largactil seul entraîne une
somnolence indésirable
comme traitement de choix des
alcooliques chroniques

présenté en 2 dosages

"A"—25 mg. de chlorpromazine
2.5 mg. de dextro-amphétamine
"B"—25 mg. de chlorpromazine
5 mg. de dextro-amphétamine

posologie

elle varie avec le sujet et l'indication

dose suggérée

1 ou 2 comprimés "A" ou "B",
2 ou 3 fois par jour

renseignements et échantillons sur demande

poulenc Line

8580 Esplanade, Montréal

* LARGA-DEX est vendu aux Etats-Unis sous le nom THORA-DEX

traitez ses malaises matinaux... la veille au soir



sur 941 cas^{1,2} **Bendectin**
efficace
dans tous
sauf 17

2 comp. h.s.

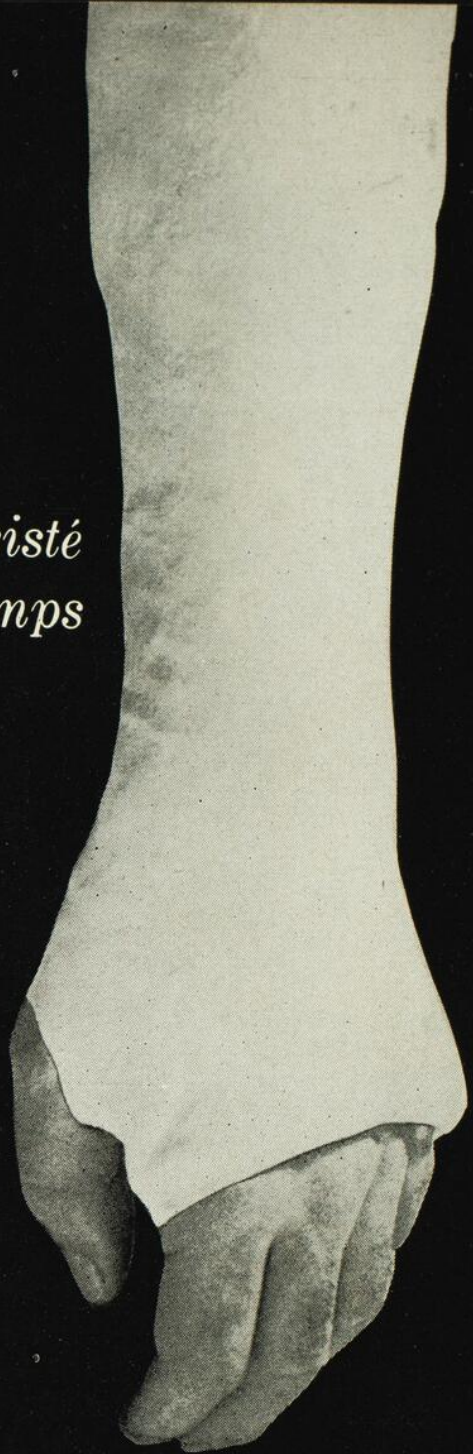
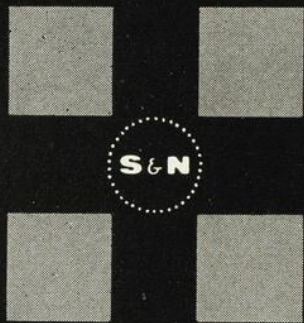


THE WM. S. MERRELL COMPANY
New York • ST. THOMAS, ONTARIO • Cincinnati
Un autre produit exclusif des recherches originales Merrell

1. Nulsen, R. O.: Ohio State M. J. 53:665, 1957.
2. Communications cliniques, 1956-57.

MARQUES DE FABRIQUE: BENDECTIN

*Le Gypsona a résisté
à l'épreuve du temps*



Gypsona
TRADE MARK

**le symbole de qualité
dans les pansements et attelles en plâtre de Paris**

SMITH & NEPHEW, LIMITED
5640, rue Paré, Montréal, Qué.



Dans les
**INFECTIONS DES
VOIES RESPIRATOIRES**
qui représentent les $\frac{2}{3}$
de toutes les
*maladies humaines*¹ . . .

PEN·VEE* *Oral* *Comprimés et Suspension*

Pour traiter la complication bactérienne, la PEN·VEE·Oral présente la commodité des médications orales et l'efficacité thérapeutique de la pénicilline injectable. Ces avantages, la PEN·VEE·Oral les doit à sa grande stabilité au niveau de l'estomac ainsi qu'à sa solubilité et à son absorption quasi complète dans le milieu alcalin du duodénum. Il en résulte à coup sûr des pénicillémies élevées, thérapeutiquement efficaces.

La PEN·VEE·Oral est la pénicilline V cristallisée (phénoxyéthyl pénicilline). Comprimés.

La Suspension PEN·VEE est la suspension orale de pénicilline V benzathine.


1. Dingle, J. H. et autres:
Am. J. Hyg. 58:16 (juillet) 1953.



MARQUE DÉPOSÉE

WALKERVILLE, ONTARIO
MONCTON - MONTRÉAL
WINNIPEG - VANCOUVER

* Marque déposée

 Ordonnance obligatoire

Une pénicilline per os avec l'activité d'une injection



NOUVEAU PRODUIT

SANDOSTENE

un
nouvel
antiprurigineux
anti-allergique
Imperméabilisant
de haute
efficacité

Pour échantillon et littérature, écrivez à

SANDOZ
P H A R M A C E U T I C A L S
M O N T R É A L



*Le plus puissant agent antiprurigineux et
antiphlogistique connu et muni d'activité antibiotique
contre l'invasion bactérienne secondaire*

FLORINEF-S

Acétate de fludrocortisone Squibb
et Spectrocin (néomycine-gramicidine)

OEIL

Onguent et Suspension ophtalmiques

OEIL et OREILLE

Suspension

PEAU

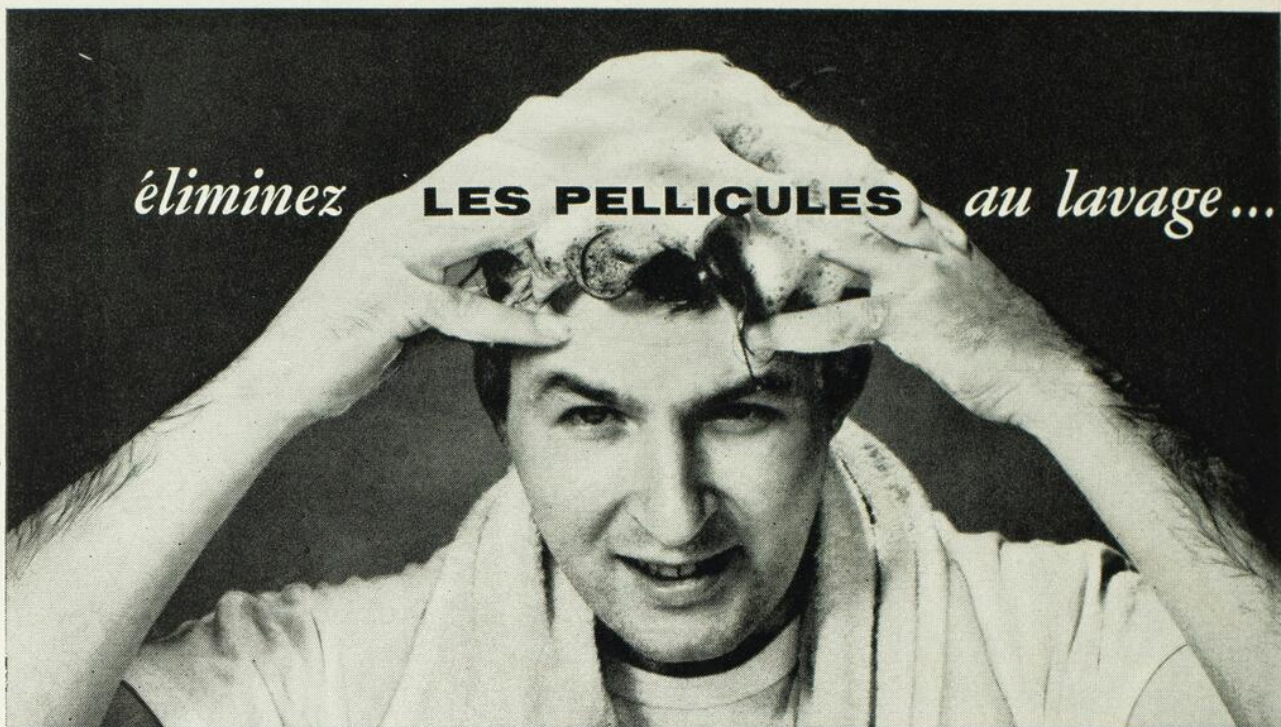
Onguent, Lotion

SQUIBB



*Un siècle d'expérience
inspire confiance*

FLORINEF ET SPECTROGIN MARQUES DE COMMERCE
DE E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA LTD.



Cuir chevelu avant le traitement

RESULTATS
OBTENUS
AVEC
Fostex

Cuir chevelu après lavage
à la Crème Fostex

Fostex® CREME

traitement nouveau, efficace, facile, contre la séborrhée du cuir chevelu

La Crème Fostex est employée pour le lavage thérapeutique du cuir chevelu dans les cas de pellicules... excès d'huile... dermatite séborrhéique. Fostex est efficace et bien toléré. Il ne contient pas de sélénium. Et... l'emploi régulier de Fostex est facile... tout ce que le sujet a à faire, c'est d'arrêter d'utiliser son nettoyeur ordinaire et de commencer à se laver les cheveux à la Crème Fostex. La Crème Fostex produit une mousse abondante, assurant un nettoyage thérapeutique efficace.

L'efficacité de Fostex dans la séborrhée du cuir chevelu est due à Sebulytic® (sulfo-acétate de lauryl sodium, sulfonate de alkyl aryl sodium polyéther, sulfo-succinate de dioctyl sodium), nouvelle association d'agents mouillants, actifs en surface, et doués d'une action anti-séborrhéique, kératolytique, et antibactérienne remarquable, augmentée par l'addition de 2% de soufre, 2% d'acide salicylique et 1% d'hexachlorophène.

La Crème Fostex s'emploie également pour le lavage thérapeutique de la peau dans l'acné.

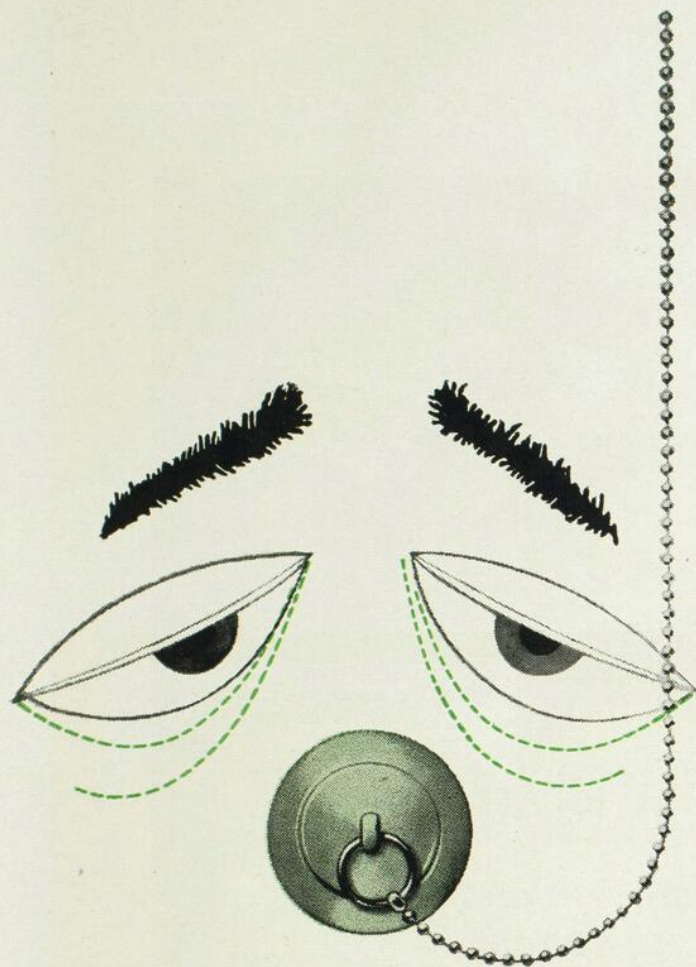
Westwood PHARMACEUTICALS, Buffalo, New York

Distributeur canadien: John A. Huston Company, Limited, Toronto 10, Canada.




Présentée en pots de 4.5 onces. Ecrivez-nous pour obtenir échantillons et littérature.

dans les rhumes... sinusites... rhinites...



ouvrez
les fosses nasales
par voie
orale avec

Novahistine

 PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED

E. B. Shuttleworth division

DON MILLS

ONTARIO

les patients apprécient les
*"bienfaits du **Novahistine**"*

Quand un patient cesse de renifler et commence à respirer librement au bout de quelques minutes . . . quand les voies aérifères deviennent libres sans énervement ni irritation nasale . . . votre patient éprouve les "bienfaits du Novahistine".

CES BIENFAITS PROVIENNENT

d'une décongestion rapide et efficace

**. . . alliée à la thérapie
antihistaminique et à l'utilisation
plus prononcée de la médication**

**. . . sur toutes les membranes
muqueuses du système respiratoire.**

**Administration ORALE facile . . .
sans danger.**



Chaque cuillerée de 5 cc. d'Elixir renferme 5.0 mg. de phényléphrine HCl et 12.5 mg. de maléate de prophenpyridamine. Les capsules Novahistine Fortis contiennent deux fois la quantité de phényléphrine pour les cas particulièrement rebelles.





NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

*Comprimés
Suppositoires*



ALEPSAL

*10cg convulsions
5cg spasmes
1cg5 naupathie*

*Laboratoires
Génévrier*

PARIS - FRANCE



GÈNÉVRAL

**TROUBLES NEURO-CARDIAQUES
HYPERTENSION**

ADULTES - ENFANTS

J. EDDÉ, Limitée
1154 Beaver Hall - MONTREAL, Canada

"Prémarine"

soulagement remarquable

des troubles ménopausiques

Le traitement avec "PRÉMARINE" donne une "sensation de bien-être"—avantage précieux qui vient s'ajouter au prompt soulagement ménopausique

formules et concentrations adaptées à tous les besoins individuels

"Prémarine" seule, 4 concentrations de comprimés

"Prémarine" avec phénobarbital, 2 concentrations

"Prémarine" avec méthyltestostérone, 2 concentrations

"Prémarine" avec méprobamate, PMB 200 et PMB 400



la quiétude de l'esprit et la détente
musculaire s'obtiennent avec



MILTOWN

AYERST N° 748

- qui réduit la tension d'origine psychique et relâche la contracture
- est efficace en 30 minutes et durant 5 à 6 heures
- est essentiellement non toxique et bien toléré—ne cause pas l'accoutumance
- à doses modérées, ne donne pas d'effets secondaires
- permet de dormir normalement sans l'aide des barbituriques

PARFAITEMENT ADAPTÉ AU TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE

INDICATIONS—États anxieux ou tensionnels et contracture—sédation pré- ou postopératoire

PRÉSENTATION—Comprimés de 400 mg

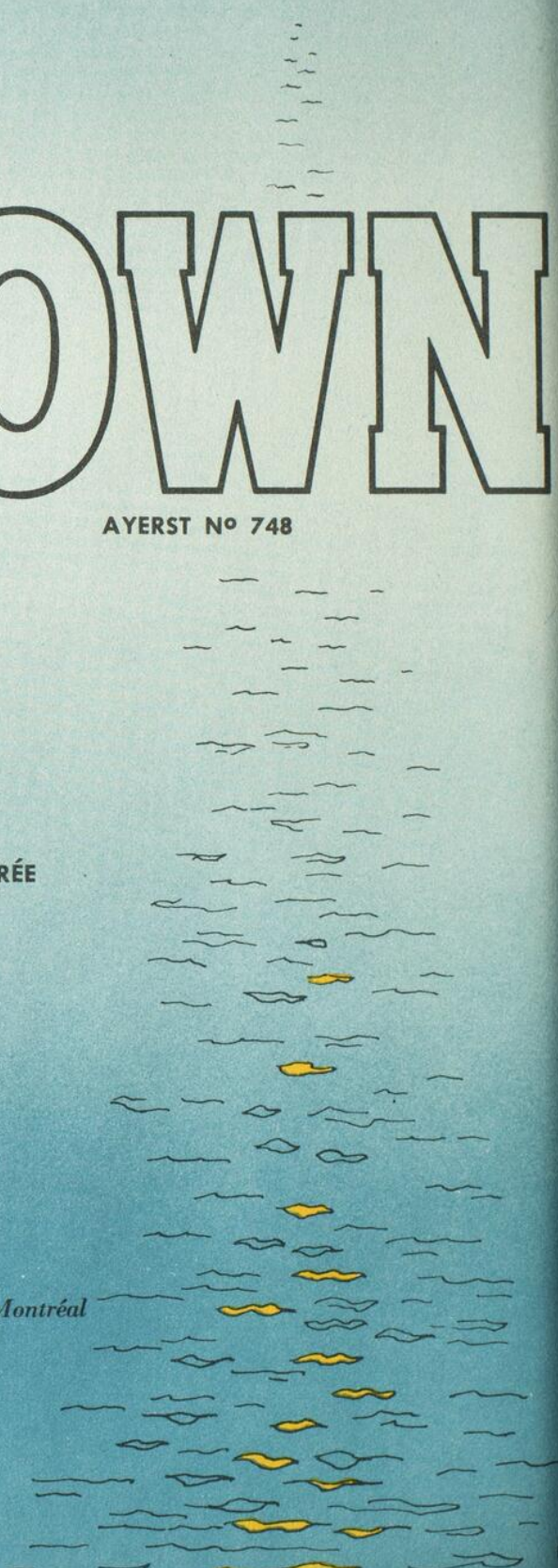
POSOLOGIE POUR ADULTES—un comprimé trois fois par jour, ou selon les indications du médecin.

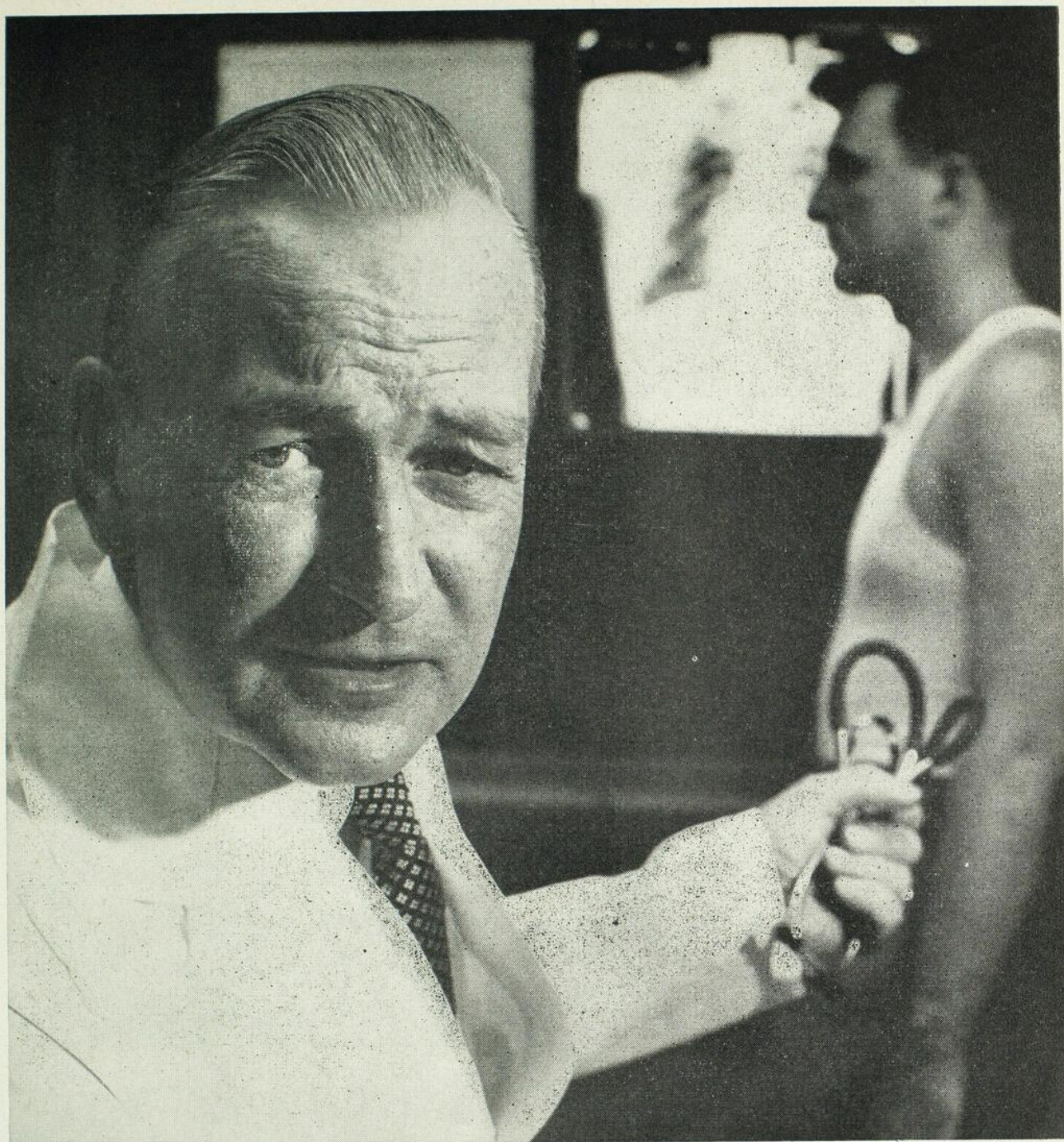
"L'innocuité de 'Miltown' et l'absence presque totale d'effets secondaires (. . .) en font un ataraxique de premier choix."

Pennington, V.M.: Am. J. Psychiat. 114, 257, 1957.



Ayerst, McKenna & Harrison Limitée, Montréal





“Dès qu'on lui a donné NEOHYDRIN, il a pu se remettre au travail sans interruption.”

diurétique
organomercureiel
oral

TABLETTES

NEOHYDRIN

MARQUE DE CHLORMERODRIN



LAKESIDE (Canada) Ltd.

CM-246

ARGYROL S.S.

(solution stabilisée)

nouveau stabilisé

la seule solution stabilisée de protéine d'argent faible

pour les
infections
de la
membrane
muqueuse



SÉCURITÉ EFFICACITÉ STABILITÉ

Le nouvel ARGYROL S.S. soulage l'irritation, adoucit et nettoie, et de plus:

- Assure une efficacité anti-microbienne étendue contre les germes gram-positifs et les germes gram-négatifs.
- Offre une sécurité remarquable — aucun danger de sensibilisation.
- Garde sa stabilité et sa fraîcheur indéfiniment.

Flacons compte-gouttes de 1/2 once et de 1 once.

remettez vos
patients 'à flot'
par la nutrition

pendant
la grossesse
la lactation
la convalescence
les carences
les restrictions diététiques
les troubles digestifs
au moyen de

vitamines hydrosolubles B et C

En Doses Intenses

ALLBEE[®] avec C



Chaque capsule renferme:

Mononitrate de thiamine (B ₁)	15 mg.
Riboflavine (B ₂)	10 mg.
Niacinamide	50 mg.
d-Pantothénate de calcium	10 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine (B ₆)	5 mg.
Acide ascorbique (Vitamine C)	250 mg.

Robins

A. H. Robins Co. of Canada, Ltd., Montreal, Quebec
Fabricants responsables d'excellents
produits pharmaceutiques depuis 1878

Valeurs vitaminiques exceptionnelles très économiques, pour vos patients

ENOVID*

MARQUE DU NORÉTHYNODREL AVEC 3-MÉTHYL ÉTHER D'ÉTHYNYLOESTRADIOL

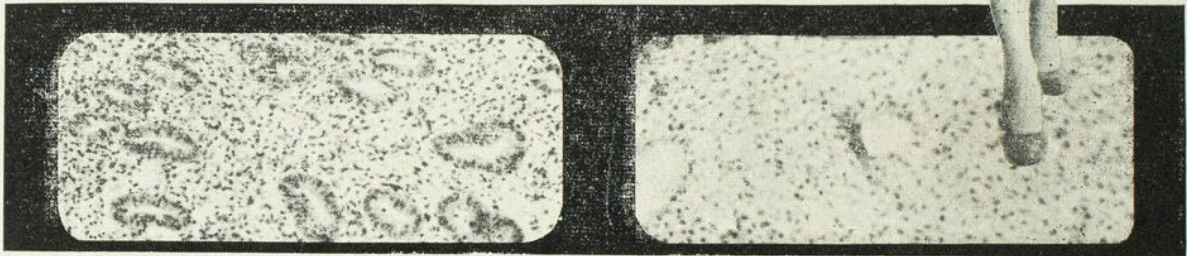
**Régularise les troubles menstruels
grâce à un contrôle endométrique sûr**

Enovid, c'est un nouveau produit Searle, efficace par voie orale, mis au point dans le but d'assurer un contrôle spécifique des troubles menstruels.

Enovid renferme du noréthynodrel, nouveau stéroïde synthétique doué d'une puissante action progestationnelle et d'une activité œstrogène plus légère. L'effet œstrogène, augmenté par le 3-méthyl éther d'éthynylœstradiol, prévient l'écoulement sanguin intermittent ou le déclenchement inattendu des menstrues, chez un grand nombre de patientes qui autrement subiraient ces ennuis.

Semblable au corps jaune dans l'exercice de son activité endocrine normale, Enovid maintient l'intégrité de l'endomètre pendant la durée du traitement. De plus, comme cela se produit avec l'hormone naturelle, la cessation du traitement entraîne le flux caractéristique des menstrues. Comme le font également les hormones naturelles, Enovid contrôle les fonctions gonadotropes des glandes pituitaires antérieures.

Ce contrôle spécifique du cycle menstruel permet le traitement efficace de l'activité excessive ou insuffisante de l'endomètre et constitue pour le médecin un moyen sûr de traiter les troubles menstruels tels que: aménorrhée, dysménorrhée, ménorragie, métrorragie et tension pré-menstruelle.



Biopsie avant le traitement d'une patiente atteinte de ménométrorragie, sans ovulation.
Interprétation: Endomètre prolifère.

Biopsie le 25e jour du cycle, après traitement à 10 mg. d'Enovid par jour, du 5e au 20e jour.

Interprétation: Endomètre vers la fin de la période sécrétoire avec développement de stroma pseudo-déciduel.

Ces microphotographies de biopsie sont une gracieuseté de Anna L. Southam, M.D., New-York, N.Y.

GUIDE DES INDICATIONS ET DE LA POSOLOGIE D'ENOVID		
TROUBLES	PREMIER CYCLE	SECOND ET TROISIEME CYCLES CONSECUTIFS
Ménorragie	Un ou deux comprimés à 10 mg. par jour jusqu'au 25e jour du cycle.	Un comprimé à 10 mg. par jour du 5e au 25e jour
Métrorragie	Un ou deux comprimés à 10 mg. par jour jusqu'au 25e jour (ou pendant 10 jours pour établir le cycle)	idem
Aménorrhée primaire ou secondaire)	Un comprimé à 10 mg. par jour pendant 20 jours pour établir le cycle	idem
Oligoménorrhée	Un comprimé à 10 mg. par jour du 5e au 25e jour*	idem
Tension Pré-menstruelle	Un comprimé à 10 mg. par jour du 5e au 25e jour*	idem
Dysménorrhée	Un comprimé à 10 mg. par jour du 5e au 25e jour	Un comprimé à 10 mg. par jour du 5e au 25e jour
Phase insuffisante du Corps Jaune	Un comprimé à 10 mg. par jour du 15e au 25e jour	Un comprimé à 10 mg. par jour du 15e au 25e jour

*L'administration d'Enovid avant le 15e jour du cycle peut entraver l'ovulation; si on ne désire pas obtenir des cycles sans ovulation il faut administrer un comprimé d'Enovid à 10 mg. par jour, du 15e au 25e jour.

NOTES SPECIALES: (1) Si des nausées se produisent, on peut réduire la dose de moitié ou l'administrer en plusieurs prises pendant trois jours, puis revenir à la dose régulière. (2) L'écoulement sanguin intermenstruel est généralement le signe d'une posologie insuffisante. Ce genre de saignement est habituellement contrôlé en aug-

mentant la dose d'un comprimé à 10 mg. par jour. (3) Après cessation du traitement, l'intervalle intermenstruel du premier cycle non traité est généralement prolongé d'environ une semaine.

FORMULE: Chaque comprimé à 10 mg. d'Enovid (présenté sous forme de comprimés non dragéifiés rainurés, de couleur corail) renferme 9.85 mg. de noréthynodrel, nouveau stéroïde synthétique, et 0.15 mg. de 3-méthyl éther d'éthynylœstradiol.

*Marque déposée de G. D. Searle & CO., Chicago 80, Ill.

SEARLE

La Recherche au Service de la Médecine

Efficacité éprouvée



Chez 70 à 80% des diabétiques stables

ORINASE*
TOLBUTAMIDE

agent hypoglycémique par voie buccale

Dose quotidienne pratique

Orinase peut libérer la plupart des diabétiques—dans toutes les sphères d'activité—de la servitude du traitement par injections quotidiennes.

Se vend en flacons de 50 et 500 comprimés de 0.5 g.

* Marque déposée



HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTRÉAL



pour les allergiques
qui doivent demeurer
EVEILLES...

Histol-C, nouvel antihistaminique puissant additionné de caféine n'a pas de prix pour l'allergique qui doit demeurer actif et éveillé. La caféine combat l'action sédatrice de l'antihistaminique sans diminuer son efficacité.

20 mg. de Histol et 50 mg. de caféine par comprimé.
Bouteilles de 100.

antihistaminique additionné de caféine

Histol-C

Dans les affections des voies urinaires **Pyridium atteint le premier objectif**

(Marque de Phénylazo-diamine-pyridine HCl)



**soulage la douleur, l'urgence, la fréquence, les brûlements
en quelques minutes.**

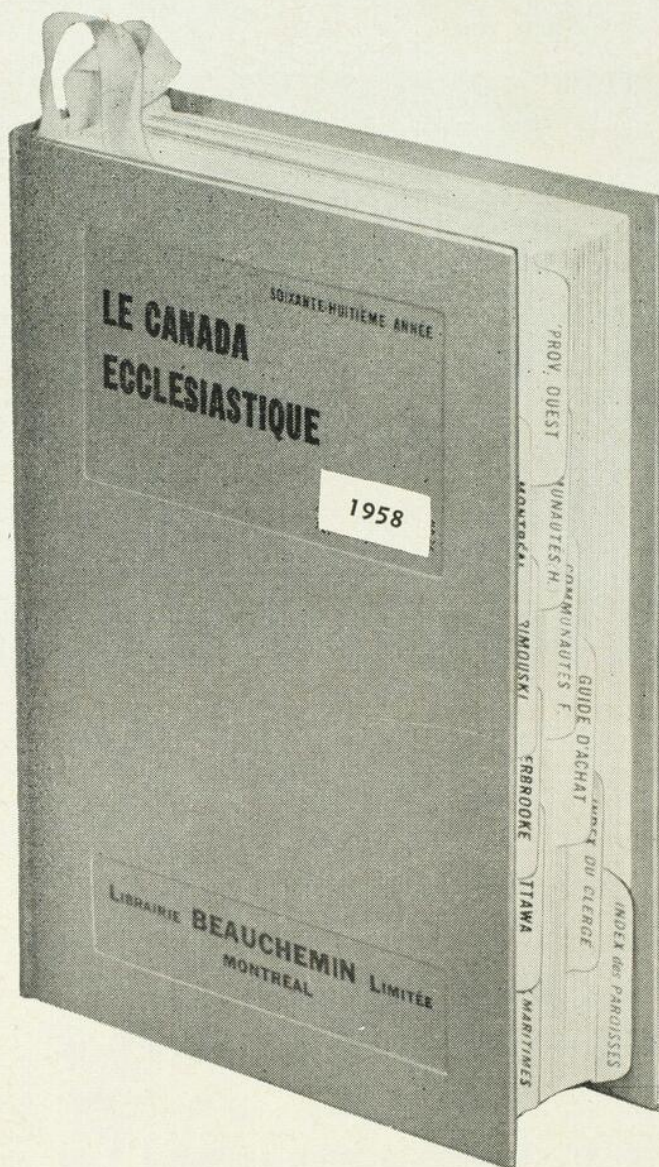
Avec Pyridium, les tissus urinaires lésés sont inondés dans un flot continu de liquide analgésique, gardant ainsi le patient confortable durant les examens de diagnostic et pendant la durée du traitement. Parmi les bienfaits de la thérapie au Pyridium, notons ★ un soulagement efficace en quelques minutes — bien avant qu'un traitement spécifique puisse agir, s'il est nécessaire ★ une élimination de la rétention d'urine causée par un spasme douloureux ★ une analgésie locale seulement ★ un complément aux substances antibactériennes choisies par le médecin — permet un contrôle distinct de la thérapie analgésique et antibactérienne ★ une posologie simple, commode — 2 comprimés avant les repas suffisent pour les adultes.

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO., LIMITED, TORONTO, CANADA

100 ANNÉES DE SERVICE À LA PROFESSION MÉDICALE

Le Canada Ecclésiastique 1958

(soixante-douzième édition)



Le répertoire religieux le plus complet au Canada

LE CANADA ECCLESIASTIQUE est un précieux instrument de travail pour le ministère, les travaux de recherches et la sollicitation.

Le tirage étant limité, commandez immédiatement. Paraîtra bientôt.

Le Canada Ecclésiastique vous donne l'occasion de connaître à fond l'Eglise canadienne et le magnifique travail apostolique qu'elle accomplit par les nombreuses institutions travaillant sous la juridiction de sa hiérarchie.

Rédigé avec la collaboration des Chancelleries et des Secrétariats des Communautés religieuses, *Le Canada Ecclésiastique* vous donne des renseignements que vous ne pouvez obtenir nulle part ailleurs.

Vous y trouvez la liste révisée des 67 diocèses du Canada avec une note biographique du Souverain Pontife, des cardinaux ainsi que des archevêques et évêques canadiens;

les mutations du clergé paroissial avec le personnel et l'adresse des presbytères;

la liste des paroisses avec date de fondation, population et institutions religieuses dans leur circonscription;

liste des Communautés religieuses d'hommes et de femmes avec toutes les maisons qui en dépendent, les noms des supérieurs et des économes;

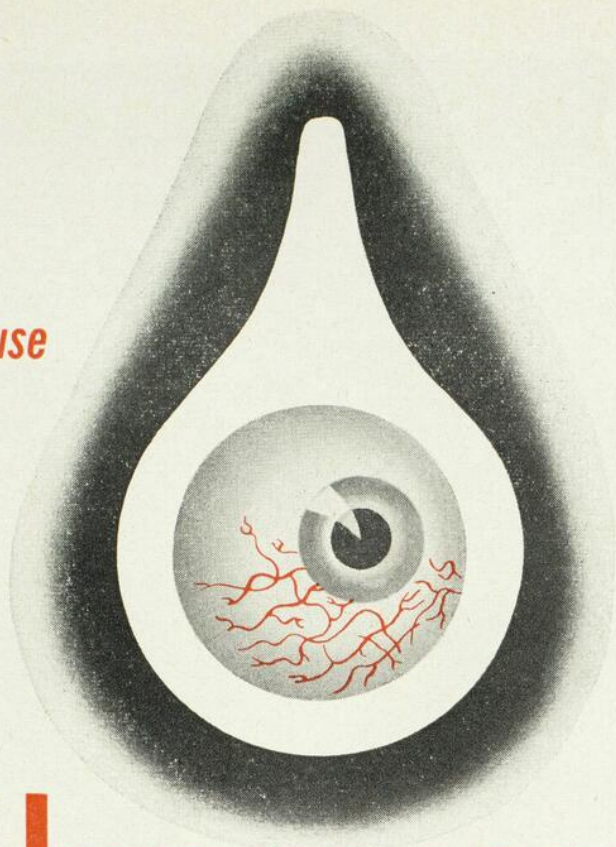
un index du clergé indiquant le poste de chaque prêtre canadien exerçant son ministère au Canada ou à l'étranger et de chaque prêtre étranger résidant au Canada, les grades académiques, les titres et la date d'ordination.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN, LIMITEE
251 EST, RUE VITRÉ - MONTRÉAL

NOUVEAU

Véritable solution *aqueuse*

*pour une action
anti-inflammatoire
des plus
efficaces*



SOLUTION
OPHTALMIQUE
STÉRILE

NEO-HYDELTRASOL

(21-PHOSPHATE DE PREDNISOLONE-SULFATE DE NÉOMYCINE)

Vous pouvez dès aujourd'hui faire profiter vos patients des *avantages incomparables* du premier "delta-stéroïde" présenté sous forme de *véritable solution aqueuse*. Cette préparation, stérile et stable, renferme un ester inorganique soluble du plus actif des "delta-stéroïdes"—le 21-phosphate de prednisolone. De fait, la solution ophtalmique stérile 'NEO-HYDELTRASOL' est *unique* par les avantages qu'elle procure:

- absence de toute particule susceptible de blesser l'oeil
- concentrations de prednisolone uniformes et beaucoup plus efficaces
- compatibilité physiologique avec les tissus et humeurs oculaires
- longue stabilité—aucune précipitation avec le temps—réfrigération inutile

Indications: Lésions allergiques et inflammatoires du segment antérieur de l'oeil; blessures dues à un traumatisme d'origine mécanique ou chimique; infections relevant de bactéries néomycino-sensibles.

Contre-indications: Herpès simplex et tuberculose oculaires.

Présentation: Solution ophtalmique stérile 'NEO-HYDELTRASOL' à 0.5% en flacons compte-gouttes de 5cm³; onguent ophtalmique 'NEO-HYDELTRASOL' à 0.25% en tubes de 3.5 Gm. Et, de plus. Solution ophtalmique stérile 'HYDELTRASOL' à 0.5% en flacons compte-gouttes de 2.5 cm³ et de 5 cm³; onguent ophtalmique 'HYDELTRASOL' à 0.25% en tubes de 3.5 Gm.



Merck Sharp & Dohme Montréal 30, Qué.

Division de Merck & Co. Limited

simple . . . mais d'une efficacité étonnante

*MEPEDYL-APC

Pour le traitement symptomatique du coryza et de l'influenza. Procure un soulagement rapide des symptômes pénibles du coryza, de l'influenza, et des affections des voies respiratoires supérieures qui s'y rattachent . . . un soulagement dont votre client s'apercevra promptement.

Dose pour adultes: Un ou deux comprimés toutes les quatre heures, tant que les symptômes persistent. Disponible en fioles de 25 et flacons de 100. Echantillon professionnel pour votre trousse, sur demande.

Chaque comprimé contient:

Acide acétylsalicylique	225 mg.	} analgésique- antipyrétique
Phénacétine	150 mg.	
Cafeine	30 mg.	} antisécrétoire- antihistaminique
Mepedyl*	3 mg.	

BRITISH DRUG HOUSES

*Mepedyl est du 8-chlorothéophyllinate d'éther N-méthylpipéridyl-4-benzhydrylique.

Chaque 0,6 de cc de GOUTTES ABDEC contient:

Vitamine A	5.000 U.I.
Vitamine D	1.000 U.I.
Vitamine C (acide ascorbique)	50 mg
Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine)	1 mg
Riboflavine (vitamine B ₂)	1,2 mg
Vitamine B ₆ (chlorhydrate de pyridoxine)	1 mg
Acide d-Pantothénique (sel de sodium)	5 mg
Niacinamide	10 mg
Vitamine B ₁₂ , cristalline2 γ

En flacons de 15 cc et de 30 cc avec compte-gouttes calibré de plastique.



Jeannette grandit comme son jardin quand elle prend ses délicieuses

GOUTTES ABDEC* AVEC VITAMINE B₁₂

formule multivitaminique complète

au goût de pomme dont la formule améliorée protège encore mieux...

Addition de la Vitamine B₁₂

Augmentation de la Riboflavine



PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD • TORONTO 14, ONTARIO



toute la nuit



une application d'Onguent [®]

DESITIN

protège la peau de bébé contre

l'érythème fessier (dermatite ammoniacale) • l'irritation • l'excoriation



- tubes de 1 oz.,
- 2 oz., 4 oz.
- jarre d'une lb.

L'ONGUENT DESITIN couvre la peau du bébé d'une couche calmante, protectrice et cicatrisante qui la protège et la préserve des irritations, des éruptions et de la macération causées par l'urine, la défécation, la transpiration et les sécrétions. Cet effet préventif de l'ONGUENT DESITIN dure toute la nuit... quand le bébé est particulièrement sujet à des excoriations douloureuses de la peau.

L'Onguent Desitin est non-sensibilisant, non-irritant... **riche en huile de foie de morue...** employé avec succès sur des millions de bébés depuis au delà de 30 années.

Pour échantillons et littérature, écrire à...

DESITIN CHEMICAL COMPANY

1. Grayzel, H. G., Heimer, C. B., and Grayzel, R. W.: New York St. J. Med. 53: 2223, 1953.
2. Heimer, C. B., Grayzel, H. G., and Kramer, B.: Archives of Pediatrics 68: 382, 1951.
3. Behrman, H. T., Combes, F. C., Bobroff, A., and Leviticus, R.: Ind. Med. & Surgery 18: 512, 1949.
4. Turell, R.: New York St. J. Med. 50: 2282, 1950.
5. Marks, M. M.: Missouri Med. 57: 187, 1955.

Seul représentant et Distributeur canadien:

LESLIE A. ROBB

5 Traymore Crescent, Toronto 9, Canada



*une nouvelle mesure
dans le traitement de l'obésité*

PRELUDINE®

(marque d'hydrochlorure de phenmétrazine)

PRELUDINE, un agent contrôleur de l'appétit tout à fait nouveau, diminue fortement les risques et les malaises de l'amaigrissement. Dans des essais cliniques de grande envergure, PRELUDINE a atteint un record remarquable en assurant une perte de poids progressive et constante tout en évitant virtuellement tout effet secondaire.

chimiquement différent:

PRELUDINE est un composé tout à fait nouveau du groupe oxazine.

preuve d'efficacité:

PRELUDINE provoque une perte de poids progressive et significative par une réduction volontaire et sans effort de la ration alimentaire.

expérience clinique:

Dans les essais cliniques à date, il y a eu une absence remarquable de palpitations ou d'excitation nerveuse^{2,5,6} (quoique théoriquement ces réactions pourraient se produire chez des cas exceptionnels).

PRELUDINE peut généralement être administré en toute confiance à des patients souffrant d'hypertension modérée ou à des patients diabétiques.^{3,4}

Efficace et bien toléré chez les enfants obèses.¹

posologie:

PRELUDINE est présenté sous forme de comprimés de 25 mg. La dose quotidienne recommandée pour les adultes est d'un comprimé deux ou trois fois par jour une heure avant les repas. Parfois, de plus petites doses sont suffisantes. PRELUDINE® (marque d'hydrochlorure de phenmétrazine). Comprimés de 25 mg. carrés et rainurés, de couleur rose. Brevet de C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim.

(1) Martel, A.: Préludine (phenmétrazine) dans le traitement de l'obésité. *Rev. méd.* 22:1, 1957. (2) Pattee, C. J.: Phenmetrazine—A New Anti-Appetite Drug. *Can. Service M. J.* 13:3, 1957. (3) Robillard, R.: Etude préliminaire sur Préludine au cours du traitement de l'obésité dans le diabète sucré. *Union méd. Canada* 86:6, 1957. (4) Joncas, F., et Bissonnette, J.: Obésité et Diabète—Evaluation clinique d'un nouvel agent anorexique, Préludine (phenmétrazine). *Union méd. Canada* 86:6, 1957. (5) Natenshon, A. L.: *Am. Pract. & Digest Treat.* 7:1456, 1956. (6) Gelvin, E. P.; McGavack, T. H., et Kenigsberg, S.: *Am. J. Digest. Dis.* 1:155, 1956.

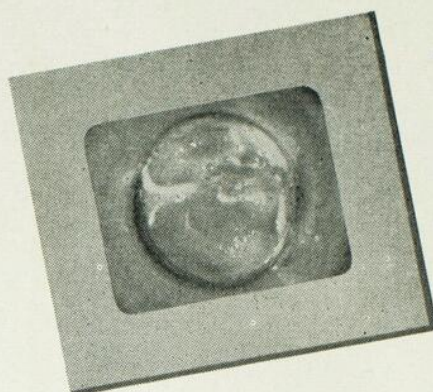
PRODUITS PHARMACEUTIQUES GEIGY

Division de Geigy (Canada) Limited

2626, Bates Road, Montréal 26, Canada.

X 77056 F





LA MALADIE DE LA PATIENTE:

vaginite à trichomonas opiniâtre

LA PRESCRIPTION:

éradication par

explosion

DES médecins de plus en plus nombreux ont constaté que la vaginite à trichomonas réfractaire à plusieurs genres de médication cède facilement et rapidement au VAGISEC, liquide et gelée.^{1,2} Voilà de bonnes nouvelles pour les patientes qui souffrent depuis longtemps des ennuis causés par une leucorrhée, un prurit, ou des brûlements. Toutes les patientes de Decker obtinrent un "soulagement immédiat des symptômes aigus" dès le premier traitement au cabinet de consultation, et 97% furent "guéries".

Comme on le lit dans le rapport de Decker, chez la majorité des patientes, trois à quatre semaines seulement de traitement furent nécessaires. Des résultats négatifs sont obtenus en général après trois cycles menstruels consécutifs et constituent une "guérison".

La raison de ce succès, c'est l'action puissante et pénétrante de VAGISEC, liquide qui s'étend à chacune des rides du vagin et dissout les sécrétions albumineuses pour atteindre les trichomonas cachés. Ces derniers explosent, moins de 15 secondes après ce contact. Cette destruction totale est provoquée par le détersif, le chélateur et la substance mouillante du liquide VAGISEC, qui affaiblissent les membranes cellulaires, font disparaître cires et lipides, et dénaturent les protéines. La technique Davis, qui insiste sur une thérapie continue de 24 heures, utilisant à la fois le liquide et la gelée VAGISEC, réussit à extirper complètement les trichomonas et ne leur laisse aucune chance possible de réapparaître.

VAGISEC*

liquide et gelée

Références: 1. Decker, A.: New York J. Med. 57:2237 (1er juillet) 1957. 2. Davis, C.H.: West. J. Surg. 63:53 (fév.) 1955.

JULIUS SCHMID (Canada) Ltd.

32 Bermondsey Road, Toronto 10, Canada

*Marque déposée.



*Tout comme
le lait maternel...*

S-M-A

*... pour la saine
alimentation du
nourrisson*



MARQUE DÉPOSÉE
WALKERVILLE, ONTARIO

PRÉSENTATION: en boîtes de 16 onces

*revient
à moins
d'un sou
l'once*

Protéines

Le S-M-A renferme 1.5% de protéines et cette quantité couvre convenablement les besoins quotidiens du bébé en protéines. Les éléments importants des protéines du lait sont les acides aminés. Par sa teneur en acides aminés essentiels, le S-M-A est très proche du lait maternel. Les protéines du S-M-A sont complètes et adéquates.

Hydrates de carbone

Tout comme le lait maternel, le S-M-A fournit les véritables hydrates de carbone *physiologiques*, sous forme des hydrates de carbone naturels dont a besoin le nourrisson. Le S-M-A ne contient pas de sucre végétal. Le seul hydrate de carbone qu'il renferme est le lactose, le sucre de lait. Quantitativement aussi, la teneur (7%) du S-M-A en hydrate de carbone est très voisine de celle de la moyenne du lait maternel.

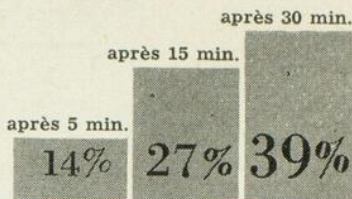
Acides gras

Les études récentes ne cessent d'attirer l'attention sur le lien existant entre le métabolisme normal du nourrisson et la teneur des aliments en acides gras non-saturés. Comme le lait maternel, le S-M-A est riche en acides gras non-saturés et couvre pleinement les besoins caloriques du régime en corps gras. Sa formule en acides gras épouse étroitement celle du lait maternel.

Vitamines et minéraux

Le S-M-A renferme toutes les vitamines et tous les minéraux qu'exigent les nourrissons normaux et à des doses plus que suffisantes pour couvrir les besoins de l'organisme sain en croissance. Au cours de sa fabrication, sont mises en oeuvre des méthodes qui sauvegardent tous ces éléments indispensables.

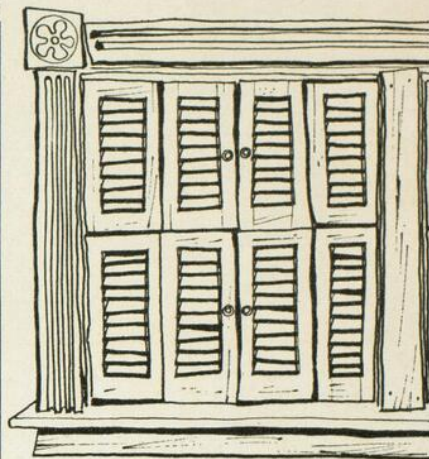
Augmentations progressives de la capacité vitale après une seule dose orale de cinq c. à soupe d'Elixophyllin. (Augmentation moyenne en 30 minutes — 807 cc.)*



La capacité vitale moyenne de 20 patients souffrant de crise asthmatique aiguë, était de 2088 cc. avant le traitement.*

*Spielman, D.:
Ann. Allergy,
15:270, 1957.

MANQUE D'AIR dans l'ASTHME



SOULAGÉ EN QUELQUES MINUTES PAR UNE DOSE ORALE...

*74% des crises graves
jugulées par une médication orale*

Cinquante patients non sélectionnés, admis à la salle d'urgence pour traitement de crises asthmatiques aiguës graves, reçurent 75 cc. d'Elixophyllin *par voie orale* au lieu d'aminophylline intraveineuse. Sur ce nombre, 37 (74%) furent complètement soulagés et reçurent leur congé — 9 réagirent à une thérapie additionnelle — 4 furent gardés à l'hôpital comme cas de status asthmaticus.

Schluger, J., et coll.: Am. J. M. Sci. 234:28, 1957.

Chaque c. à soupe (15 cc.) renferme 80 mg. de THÉOPHYLLINE, et 3 cc. d'ALCOOL.

Flacons de 16 onces liq., en vente aux pharmacies d'ordonnances — Sur ordonnance seulement.

ELIXOPHYLLIN

Intolérance gastrique
rarement observée.

Sherman Laboratories

Documentation sur demande

Windsor, Ontario

Regain des Forces Vitales Grâce à

SENILEX

Maintenir un contact étroit entre le sujet âgé et son entourage est un problème important en gériatrie. SENILEX, en favorisant la circulation médullaire et cérébrale, contribue à soulager les pénibles symptômes de confusion mentale, mémoire défaillante, sautes d'humeur et perte de la faculté de concentration. La sociabilité et le comportement général du sujet sont aussi favorablement influencés.

SENILEX-50 ELIXIR

Chaque cuillerée à thé contient:—

		Formats
Leptazol (B.P.)	200 mg.	8 oz.
Acide Nicotinique	50 mg.	

SENILEX-100 ELIXIR

Chaque cuillerée à thé (5 cc.) contient:—

Leptazol (B.P.)	200 mg.	8 oz.
Acide Nicotinique	100 mg.	

SENILEX-50 CAPSULES

Chaque capsule contient:—

Leptazol (B.P.)	200 mg.	100
Acide Nicotinique	50 mg.	

Littérature envoyée sur demande.



Mowatt & Moore Ltd.

RUE PRINCE • MONTRÉAL



Ce qu'a Accompli l'

ARISTOCORT

... dans les maladies de la peau: Dans une étude portant sur 26 cas de dermatoses sérieuses, l'ARISTOCORT s'est montré doué de puissantes propriétés anti-inflammatoires et antiprurigineuses, même à seulement les $\frac{2}{3}$ de la dose de prednisone¹... affinité frappante pour la peau et formidable efficacité pour enrayer les maladies de la peau y compris 50 cas de psoriasis dont 60% ont été rapportés avoir été *notablement améliorés*²... l'absence d'effets secondaires sérieux a été spécifiquement notée.^{1,2,3}

... dans l'arthrite rhumatoïde: Effet thérapeutique impressionnant dans la plupart des cas chez un groupe de 89 patients⁴... 6 mg. d'ARISTOCORT avaient un effet correspondant à 10 mg. de prednisone par jour (en outre, l'ulcère gastrique qui s'est développé dans 2 cas au cours de la prednisonothérapie a disparu au cours du traitement par l'ARISTOCORT).⁵

1. Rein, C.R.; Fleischmajer, R., et Rosenthal, A.L.: J.A.M.A. 165: 1821, (7 déc.) 1957.
2. Shelley, W.B., et Pillsbury, D.M.: Communication personnelle.
3. Sherwood, A., et Cooke, R.A.: Communication personnelle.
4. Freyberg, R.H.; Berntsen, C.A., et Hellman, L.: Communication présentée au Congrès International sur les Maladies Rhumatismales, Toronto. 25 juin 1957.
5. Hartung, E.F.: Communication personnelle.
6. Schwartz, E.: Communication personnelle.
7. Sherwood, A., et Cooke, R.A.: J. Allergy 28:97, 1957.
8. Hellman, L.; Zumoff, B.; Kretshmer, N., et Kramer, B.: Communication présentée à la Conférence sur la Néphrose, Bethesda, Md., 26 oct. 1957.
9. *Ibid.*: Communication personnelle.
10. Barach, A.L.: Communication personnelle.
11. Segal, M.S.: Communication personnelle.
12. Cooke, R.A.: Communication personnelle.
13. Dubois, E.L.: Communication personnelle.

ARISTOCORT*

Triamcinolone LEDERLE

...dans les allergies respiratoires: "Bons ou excellents" résultats dans 29 de 30 cas d'asthme bronchique rebelle chronique avec une dose quotidienne moyenne de seulement 7 mg.⁶... Dose moyenne de 6 mg. par jour pour enrayer l'asthme et de 2 à 6 mg. pour enrayer la rhinite allergique dans un groupe de 42 patients, avec réduction de la tension artérielle chez 12 d'entre eux.⁷

...dans d'autres affections: Deux échecs, 4 rémissions partielles et 8 cas de disparition totale de résultats chimiques anormaux portent à considérer l'ARISTOCORT comme étant peut-être le stéroïde le plus désirable que l'on ait découvert jusqu'à ce jour pour le traitement du syndrome néphrotique.^{8,9}... Diminution rapide de la cyanose et de la dyspnée due à la fibrose et l'emphysème pulmonaire, avec amélioration marquée des patients réfractaires à la prednisone^{10,11,12}... Réponse favorable rapportée dans 25 cas sur 28 de lupus érythémateux disséminé.¹³



Selon l'acuité et la gravité de la maladie traitée, la dose initiale d'ARISTOCORT est ordinairement de 8 à 20 mg. par jour. Une fois que les manifestations aiguës se sont calmées, on réduit la dose graduellement jusqu'au niveau d'entretien en diminuant la dose quotidienne totale de 2 mg. tous les 3 jours jusqu'à la plus faible dose capable de supprimer les symptômes.

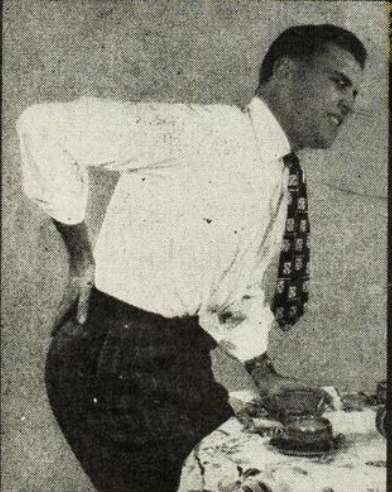
Des études comparées sur des patients qu'on a fait passer de la prednisone à l'ARISTOCORT indiquent que la dose d'ARISTOCORT est inférieure d'environ le tiers dans l'arthrite rhumatoïde, du tiers dans la rhinite allergique et l'asthme bronchique, et du tiers ou de moitié dans les maladies inflammatoires et allergiques de la peau. L'ARISTOCORT n'exige aucune précaution du point de vue restriction du sel alimentaire ou supplément de potassium.

L'ARISTOCORT est présenté en comprimés rainurés de 2 mg (roses), flacons de 30; et en comprimés rainurés de 4 mg. (blancs) flacons de 30 et de 100.



LEDERLE LABORATORIES DIVISION, CYANAMID OF CANADA LIMITED
5550, AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT-ROYAL, MONTREAL, P. Q.

*MARQUE DÉPOSÉE



EXTRAORDINAIRE **Robins** *découverte scientifique*
de Robins pour la relaxation marquée,
transcendante, des muscles squelettiques

ROBAXIN—formule chimique tout à fait nouvelle—soulage de façon soutenue les spasmes des muscles squelettiques, sans affaiblir les muscles ni entraver l'activité neuromusculaire normale... avec l'absence indispensable d'effets indésirables. Salutaire dans 94.4% des cas observés.

Robaxin®

(METHOCARBAMOL "ROBINS" BREV. NO. 2770649, E.-U.)

Présentation:
Comprimés ROBAXIN, 0.5 Gm.,
flacons de 50 et de 500

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

Fabricants responsables d'excellents produits pharmaceutiques depuis 1878

une autre indication de


Ibérol

*puissante médication anti-anémique
plus le complexe B en entier*

l'anémie de la ménopause

2 Filmtabs d'IBEROL par jour apportent :

LA DOSE CONVENABLE DE FER

Sulfate ferreux U.S.P. 1.05 Gm.
(fer-élément—210 mg.)

PLUS LE COMPLEXE B EN ENTIER

BEVIDORAL® 1 unité U.S.P. (orale)
(Vitamine B₁₂ avec concentré de facteur
intrinsèque Abbott)

Acide folique 2 mg.
Fraction hépatique 2, N.F. 200 mg.
Mononitrate de thiamine 6 mg.
Riboflavine 6 mg.
Niacinamide 30 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine 3 mg.
Pantothénate de calcium 6 mg.

PLUS LA VITAMINE C

Acide ascorbique 150 mg.

Abbott

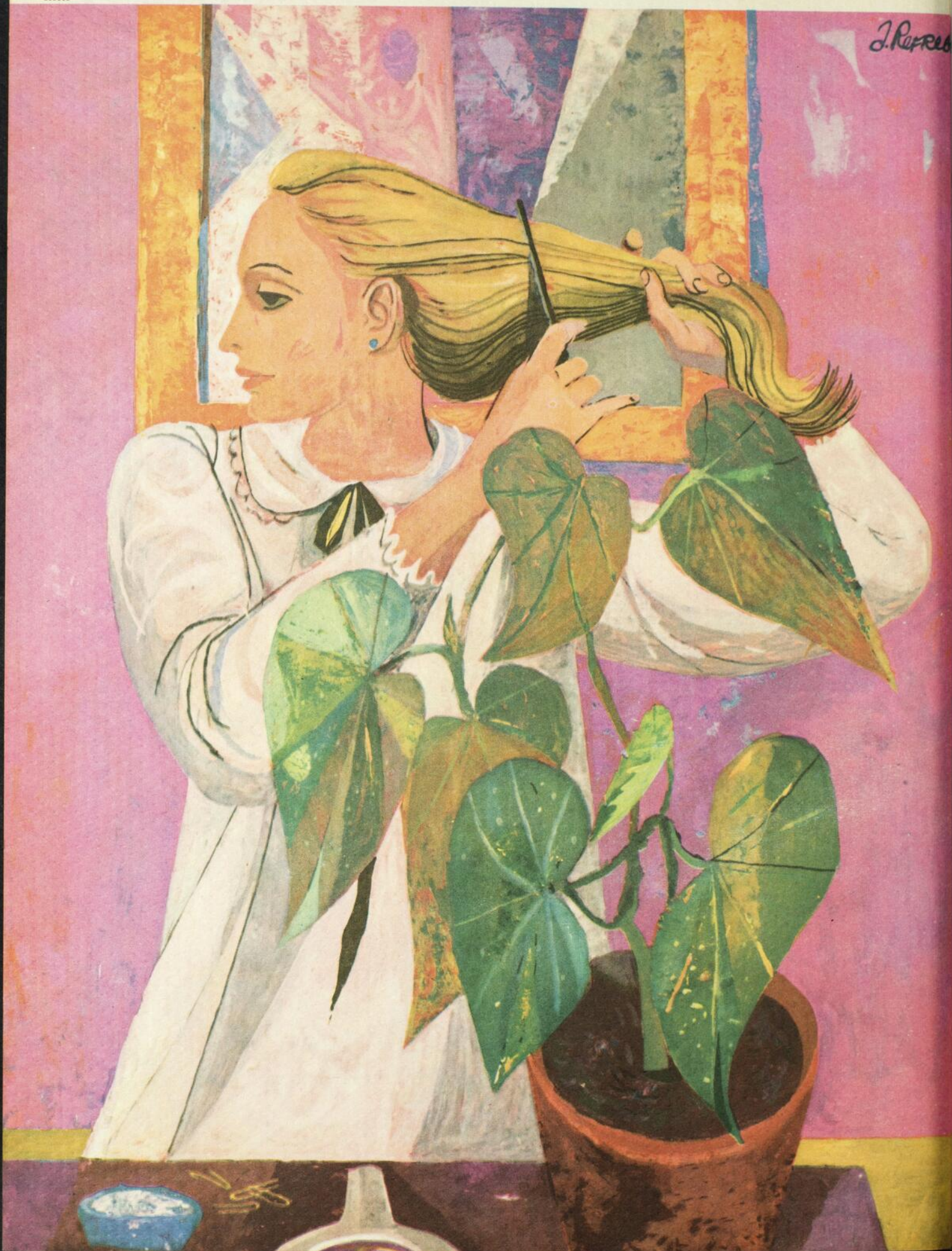
SELSUN[®] *le traitement le plus efficace qui soit contre les pellicules*

(sulfure de sélénium Abbott)

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE

803015

J. Reppe





BULLETIN

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Il est indéniable que le marasme qui menace la civilisation moderne est la conséquence d'une baisse sensible du sens moral et d'une carence marquée de chefs au caractère trempé.

A tous les carrefours du monde, la matière a préséance sur l'esprit alors que normalement et en droit la primauté du spirituel devrait prévaloir.

L'actualité nous fournit de ce renversement des valeurs un exemple concret. Il faudrait être oracle pour répondre juste à la question angoissante que beaucoup se posent à l'heure présente: l'homme pourra-t-il survivre à l'action dévastatrice des armes dont son génie se glorifie? l'homme sera-t-il bientôt plus heureux, alors que l'univers n'aura plus de mystères à lui celer? la connaissance illimitée de la création lui sera-t-elle tellement profitable?

Pourquoi les ressources énormes des récentes découvertes ne seraient-elles pas mises au service des humains, non comme des agents de menaces, d'attaques, de représailles ou de défense, mais comme des correctifs aux maux dont ils sont atteints? A l'ère de l'atomium, les recherches scientifiques ne devraient poursuivre qu'un but: le bien-être de l'humanité.

C'est l'appel, clamé à tous les échos, par le Pape Pie XII, c'est le cri d'alarme lancé par le serviteur désintéressé des miséreux Albert Schweitzer, c'est la supplication des véritables savants qui, eux mieux que tous, comprennent l'ampleur du danger. Ces voix sont celles de l'Esprit et elles devraient être capables de déclencher un mouvement de masse, une révolte universelle contre l'emploi de sommes insensées pour créer des modes de destruction, alors que l'on dispense avec parcimonie les octrois de salubrité publique.

* * *

Le manque de chefs véritables est un mal presque universel et le déplorer n'est pas le guérir. Il est vrai qu'en pays démocratique, le chef est nommé par le peuple et que le choix de celui-ci se fait à la pluralité des voix, le facteur quantitatif ayant priorité sur le qualitatif; ce qui explique la présence à la haute direction de personnages, bien souvent dénués des qualités primordiales essentielles à leurs fonctions.

La même carence de personnalités fortes se découvre à tous les degrés de l'activité humaine. Le désintéressement de la majorité laisse le champ libre à une petite minorité agissante, dynamique parfois, insinuante toujours, qui sait imposer sa présence par le truchement d'organismes puissants sur le papier, avec le concours de propagandistes habiles et de démarcheurs, riches pourvoyeurs de promesses. La technique est classique: se servir de haut-parleurs pour donner une apparence d'autorité à des ébats qui ne sont que des murmures sans tonalité.

* * *

Plusieurs Congrès tenus récemment avaient pour thème l'éducation sous toutes ses formes. L'enseignement à tous les degrés, du primaire à l'universitaire, a été analysé par des experts hautement qualifiés. Des solutions drastiques ont été proposées comme la meilleur thérapeutique de certains problèmes; mais une conclusion universelle découle de ces assises et c'est le rappel de la vérité fondamentale que la valeur de l'individu est en raison directe de la profondeur de sa formation morale. A l'échelon médical, ce conditionnel devient un impératif, car il est à la base du code de déontologie. Si celui-ci indique la voie droite et proscrit les écarts dérogatoires, il prévoit les bons offices d'une agence naturelle de relations extérieures, que met en jeu inconsciemment et sans effort le médecin, soucieux de ses responsabilités et conscient de ses devoirs. Le médecin, fier de sa profession et fidèle à son serment, devient à la manière de M. Jourdain, un publiciste excellent et sans s'en douter.

L'accomplissement parfait du devoir d'état ne dispense pas le médecin de sa participation active à l'évolution sociale. Il ne doit pas vivre, en marge des activités altruistes et refuser sa présence, quand elle s'impose.

A vivre repu de compensations légitimes, le médecin risque de sombrer dans une insouciance dorée. Les douceurs de l'existence lui font entrevoir avec euphorie les problèmes angoissants et il trouve alors importuns ceux qui cherchent à rompre la quiétude de son existence en l'invitant à s'intéresser aux grands courants d'opinion dont sa vie professionnelle peut être l'enjeu.

Un examen de conscience collectif pourrait-il orienter le médecin dans l'avenue du réalisme social? Nous, médecins, sommes-nous satisfaits de notre rôle social? avons-nous contribué à mettre en lumière les bienfaits de notre profession? avons-nous, tous et chacun, collaboré avec ceux qui ont fait appel à notre bonne volon-

té? vivons-nous encore l'époque des combats singuliers en préférant faire toujours cavalier à part? sommes-nous réellement fiers de nos ambassadeurs à la tribune ou à l'écran? certaines conférences de presse, prises de bec ou autres fantaisies oratoires ont-elles aidé ou desservi la profession? la propagande visuelle ou auditive, télé ou non, a-t-elle rempli le but louable désiré? certains interprètes de la pensée médicale n'ont-ils pas involontairement failli à la tâche?

Le médecin, qui a rempli à son meilleur ses devoirs d'état, peut avoir eu certaines faiblesses qu'expliquent le surmenage, la fatigue, le travail excessif et les activités sous pression; de ces manquements compréhensibles et pardonnables sont nées les campagnes haineuses de discrédit professionnel.

* * *

A la veille des élections du Collège, il faut l'union de tous les médecins pour la poursuite d'un même idéal: le choix consciencieux de représentants remarquables par leur dignité et leur conscience professionnelle. La lutte de classes n'a pas sa raison d'être entre médecins; praticiens ruraux, urbains, universitaires, hospitaliers, administrateurs, tous sont égaux et chacun est indispensable dans son secteur.

Les actes, les opinions, les lois, les paroles de nos représentants à la législature provinciale, aux Communes ou à l'administration municipale ont fait l'objet de nos commentaires et mérité notre appréciation. Il ne faudrait pas penser que nos Gouverneurs jouissent d'une immunité différente; en démocratie, l'électeur est souverain. Les gouverneurs du Collège sont nos élus et ils tiennent de leurs commettants les pouvoirs qu'ils exercent et toute critique doit leur être bienvenue.

En pays libre, exprimer son opinion est un droit; approuver ou contredire peuvent être des devoirs. Ce qui conduit au néant, c'est la démission des volontés libres, c'est le refus de la lutte, quand elle s'avère nécessaire. La force morale est plus lourde à exercer que la valeur physique.

Trois principes doivent guider la politique générale du gouvernement de la profession:

Christianiser l'activité médicale, l'élever sur le plan spirituel et la modeler sur la loi morale.

Ces principes sont à faire souscrire aux candidats éventuels.

Edouard DESJARDINS.

D'UN OCÉAN À L'AUTRE

Trois cents médecins du Canada, des Etats-Unis et de la France assistaient en 1902, à Québec, au premier Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, l'année même de sa fondation ¹.

Depuis, que de chemin parcouru non seulement dans toutes les voies scientifiques, professionnelles et sociales qui s'offraient à nous, mais aussi au sens proprement géographique du terme.

Depuis ses débuts, l'Association a tenu régulièrement vingt-sept congrès, un tous les deux ans jusqu'à 1946; par la suite et en permanence, ceux-ci se sont répétés annuellement.

Tous ces congrès jusqu'à 1956 avaient lieu dans les grands centres du Québec, ou à Ottawa capitale fédérale jumelée pour la circonstance à la ville québécoise et imitrophe de Hull.

En 1956, l'Association justifiant l'appellation entière de son nom, affirmant son privilège de servir sous toutes les latitudes et longitudes de l'immense terre canadienne, déborde les frontières provinciales et tourne ses regards vers l'Ouest, traditionnel symbole de jeunesse et de prospérité, sur ce continent.

La rencontre s'est donc effectuée à travers les riches provinces du Manitoba, de l'Alberta, et de la Colombie.

A côté du Congrès Jasper-Vancouver — aspect médico-scientifique du voyage — nous apportâmes l'inoubliable témoignage d'un attachement indéfectible aux canadiens d'expression française qui vivent à l'Ouest, à longue distance du Québec.

Mais il restait encore, pour que le lien tangible s'affirme dans toute son ampleur, à le prolonger vers l'Est, jusqu'à l'océan Atlantique.

L'importance des rives canadiennes de l'Atlantique s'impose à nous, à de multiples points de vue. Géographiquement, c'est la terre frontière de la Nouvelle-Angleterre où tant de nos sympathiques collègues poursuivent le bon combat avec nous. Historique-

1. La dénomination initiale de « Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord » permettait alors d'inclure les médecins Franco-américains et ceux de la Nouvelle-Orléans d'expression française.

ment, c'est toute l'Acadie aux noms évocateurs de Beauséjour, Port-Royal, Louisbourg, Grand-Pré, Ile Saint-Jean, qui surgit à notre mémoire.

A cet égard, le choix particulier, comme lieu de Congrès, de Saint-André-sur-Mer, situé à six milles de l'Ile Sainte-Croix où Champlain hiverna en 1604, est particulièrement significatif.

Mais nous n'oublions pas pour autant la valeur actuelle, « l'importance 1958 » de cette partie du Canada. Les Maritimes sont des provinces en pleine transformation économique et sociale qui aspirent à un grand devenir. C'est donc une ambiance progressive et dynamique que s'opérera notre rencontre avec nos collègues de l'Est, entraînés eux aussi par l'aiguillon du progrès qui anime leur région.

L'Association nous donne donc rendez-vous cette année, en septembre, à Saint-André-sur-Mer pour son vingt-huitième congrès. Belle localité et ce qui ne gêne rien, centre touristique de premier ordre au nord-ouest de la baie de Fundy, aux confins de la Nouvelle-Angleterre, de l'état du Maine, à l'extrême sud-ouest du Nouveau-Brunswick; autant dire que tous les chemins mènent à Saint-André-sur-Mer.

Après le congrès du Pacifique, celui de l'Atlantique; « *A Mari usque ad Mare* »; c'est une belle devise que nous faisons nôtre dans un esprit de solidarité avec tous nos confrères qui sentent que le programme, les services et les ambitions de notre Association ne sont pas de vains mots.

Pierre SMITH.

ÉTUDE DE LA PETITE CIRCULATION DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PULMONAIRE ¹

II. — EFFET D'UN GANGLIOPLÉGIQUE (ARFONAD) SUR LES PRESSIONS, LES RÉSISTANCES VASCULAIRES ET LE DÉBIT SANGUIN ²

Charles LÉPINE,

Chef du service de physiologie cardio-pulmonaire,
Institut Lavoisier, hôpital Saint-Joseph de Rosemont (Montréal).

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le syndrome caractérisé par une élévation des pressions de la petite circulation a suscité l'intérêt de plusieurs groupes de chercheurs qui ont proposé, pour en expliquer le mécanisme, deux causes principales:

L'augmentation du débit sanguin dans l'artère pulmonaire et

l'augmentation des résistances vasculaires contre lesquelles doit lutter le cœur droit.

Parmi les conditions susceptibles de produire cette augmentation des résistances vasculaires pulmonaires, on peut rencontrer:

1. Une réduction anatomique de la surface de section du lit vasculaire pulmonaire.

2. Une obstruction au niveau de l'oreillette gauche produisant en amont une élévation des pressions (comme dans le rétrécissement mitral, par exemple).

3. Un accroissement de la masse sanguine intrapulmonaire.

4. Une endartérite pulmonaire diffuse responsable du rétrécissement de calibre interne des vaisseaux.

5. Un vaso-spasme pulmonaire réflexe entraîné par une baisse de la saturation du sang artériel en oxygène, par une rétention sanguine de CO₂, ou par une élévation de la pression sur le versant veineux du circuit pulmonaire. Si ce vaso-spasme se produit réellement, l'influx nerveux qui en est cause empruntera

nécessairement les voies sympathiques et parasympathiques, dont l'appareil vasculaire pulmonaire semble richement pourvu (1). D'autre part, en administrant une substance capable d'interrompre la transmission sur ces voies nerveuses, on pourrait en principe lutter contre cette vasoconstriction réflexe.

BUT DU TRAVAIL

Le but de notre travail fut d'observer les effets d'une substance ganglioplégique sur des malades atteints d'hypertension pulmonaire.

Nous avons choisi à cette fin l'Arfonad — une drogue d'emploi très facile étant donné que l'effet éphémère en cesse peu de temps après l'administration — dont l'action consiste à bloquer la transmission nerveuse au niveau des ganglions sympathiques et parasympathiques (2). L'Arfonad est un dérivé du thiophanium, qui se comporte un peu à la façon du bromure de tétraéthyl-ammonium, tout en ayant des effets secondaires beaucoup moins marqués.

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Onze malades, dont sept femmes et quatre hommes, furent étudiés. Tandis que leur âge variait entre 25 et 50 ans, leur distribution, au point de vue diagnostique, était la suivante: (fig. 1).

Six individus présentaient un rétrécissement mitral pur.

Un autre, un rétrécissement accompagné d'une insuffisance mitrale et d'une insuffisance ventriculaire droite.

Un suivant, un rétrécissement mitral avec

1. Travail réalisé grâce à un octroi du Ministère Fédéral de la Santé d'après l'entente fédérale-provinciale.

2. L'Arfonad fut généreusement fourni par la maison Hoffmann-La Roche Limitée.

à droite une thoracoplastie de trois côtes, effectuée dans le but de fermer une fistule broncho-pleurale consécutive à une décortication pleurale.

MALADES	AGE	SEXE	SURF.CUT	Δ	ECG
1 A.R.	27	M	1.65	S.M.	F.A. H.V.D.
2 A.R.	28	M	1.69	S.M. (P.-OP)	F.A.
3 R.D.	36	F	1.52	S.M.	SIN.
4 J.M.	43	F	1.44	S.M.	SIN. H.V.D.
5 L.D.	50	F	1.75	SM., I.M. I.V.D.	F.A. H.V.D., H.V.G.
6 A.S.	25	M	1.66	S.M. THORACO	F.A. H.V.D.
7 E.B.	34	F	1.48	S.M.	SIN. H.V.D.
8 E.A.	33	F	1.49	S.M.	SIN. H.V.D.
9 A.R.	34	F	1.44	S.M.	F.A.
10 W.D.	50	M	1.71	EMPHYS. PARK., I.V.D.	SIN. H.V.D., H.V.G.
11 A.B.	48	M	1.87	BRONCH. ASTHM.	SIN.
12 B.H.	42	F	1.42	H.P.P.	H.V.D.

Fig. 1. — Caractéristiques physiques et diagnostics des malades étudiés.

Un neuvième fut étudié à deux reprises, avant et après une commissurotomie n'ayant pas apporté d'amélioration clinique sensible.

Enfin, des trois derniers, l'un souffrait d'un sérieux emphysème pulmonaire accompagné d'une maladie de Parkinson unilatérale;

Un autre d'une bronchite d'origine asthmatique compliquée d'emphysème pulmonaire modéré;

Et, un dernier présentait un syndrome d'hypertension pulmonaire sans étiologie définie mais s'apparentait à un hypertension pulmonaire primitive.

La pression artérielle systémique était un peu élevée chez deux malades, J. M. et L. D. Chez les autres, elle était normale ou abaissée. Dans tous les cas, la pression systolique dans l'artère pulmonaire dépassait 30 mm.Hg.

Elle s'élevait même au-delà de 50 mm.Hg chez cinq malades.

L'électrocardiogramme, normal chez un seul malade, AB, révélait une fibrillation auriculaire chez cinq patients et des signes d'hypertrophie ventriculaire droite dans huit cas. On a enfin trouvé chez une malade, souffrant d'une sténose et d'une insuffisance mitrales associées, des signes d'hypertrophie des deux ventricules. Il est à remarquer que tous les malades, sauf deux AB et BH, étaient digitalisés au moment de l'examen.

	VENT.		CONS. O ₂		SATURATION	
	L./MIN./M ²	L./MIN./M ²	CC./MIN./M ²	CC./MIN./M ²	%	%
1 A.R.	5.52	4.77	136	118	93	90
2 A.R.	6.12	5.51	137	123	89	-
3 R.D.	4.01	4.21	111	115	100	99
4 J.M.	6.25	6.65	144	130	97	94
5 L.D.	4.28	4.23	122	110	93	93
6 A.S.	6.75	8.13	145	136	86	87
7 E.B.	5.11	5.03	136	130	98	96
8 E.A.	6.63	7.25	152	156	95	98
9 A.R.	6.69	8.06	159	159	93	95
10 W.D.	7.90	7.30	171	145	78	78
11 A.B.	4.00	4.40	131	118	99	99.6
12 B.H.	-	7.30	-	128	98.6	99.6

Fig. 2. — Effets de l'Arfonad sur la ventilation, la consommation d'oxygène et la saturation.

MÉTHODES D'ÉTUDE

La technique utilisée fut celle du cathétérisme cardiaque. Les douze malades étaient à jeun et dans un état de base satisfaisant. Un barbiturique leur avait été administré la veille au coucher, et tout fut mis en oeuvre, pendant l'examen, pour que le meilleur équilibre respiratoire et circulatoire soit maintenu. Dans chaque cas, un cathéter à deux lumières fut

introduit par la veine basilique gauche dans les cavités cardiaques droites et poussé dans l'artère pulmonaire droite ou gauche, à quelques centimètres de la bifurcation. Une aiguille à ponction artérielle fut ensuite placée dans l'artère brachiale ou fémorale. Après une attente de 15 à 20 minutes permettant au malade de regagner l'état de base, le débit cardiaque fut mesuré d'après le principe de Fick, presque en même temps qu'était fait l'enregistrement des pressions. Les pressions de l'artère pulmonaire et de l'artère systémique furent respectivement mesurées au moyen d'un électromanomètre Sanborn et d'un tensiomètre (Strain Gauge) et enregistrées sur l'appareil Polyviso de Sanborn. La pression moyenne de l'artère pulmonaire ou du ventricule droit fut mesurée par intégration électrique sur l'électromanomètre Sanborn. Celle de l'artère systémique fut calculée en additionnant la pression diastolique au $\frac{1}{3}$ de la pression différentielle.

Les résistances vasculaires pulmonaires totales et périphériques furent calculées d'après les formules suivantes: (3)

$$\text{Résistances vasculaires totales: } \frac{\text{PAP} \times 1.332 \times 60}{\text{D. card. cc/min.}} = \text{dynes/secondes cm}^{-5}$$

$$\text{Résistances systémiques totales: } \frac{\text{PAS} \times 1.332 \times 60}{\text{D. card. cc/min.}} = \text{dynes/secondes cm}^{-5}$$

L'air expiré fut recueilli dans un sac Douglas et un échantillon fut pris pour mesurer la consommation d'oxygène selon la méthode de Roughton et Scholander (4). Les contenus en oxygène des sangs artériel et veineux furent déterminés par la méthode gazométrique de Van Slyke et Neill (5) chez neuf malades et par la méthode spectrophotométrique de Hickam et Fraser chez les trois autres (6).

La technique suivante fut adoptée pour l'injection de l'Arfonad: 50 mg de la drogue furent dilués dans 25 cc de sérum physiologique et injectés lentement dans une des tubulures de la sonde, la durée de l'injection variant entre 15 et 25 minutes. Cette technique, qui fut

appliquée à tous les patients, s'avéra très pratique: elle permettait, en effet, une observation répétée de la chute progressive de la pression et la détermination du débit cardiaque au moment où le médicament atteignait son effet maximum.

RÉSULTATS

Les résultats obtenus apparaissent sur les figures 2, 3, 4, et 5. Les chiffres de la ventilation, assez stables dans la majorité des cas, présentèrent parfois des variations irrégulières, sans signification au point de vue qui nous intéresse. Par ailleurs, la consommation d'oxygène diminua légèrement chez neuf malades, d'une quantité de 13 cc/min/m². Chez neuf patients, d'ailleurs, la variation de la consommation d'oxygène ne dépassa pas 10% du chiffre de contrôle, ce qui témoigne d'un assez bon état d'équilibre respiratoire chez ces malades. La saturation artérielle subit très peu de modification et demeura normale sauf dans trois cas où elle était déjà basse avant l'administration de l'Arfonad.

Les trois composantes de la pression artérielle pulmonaire subirent une chute chez tous les patients. Cependant, cette chute se fit surtout aux dépens de la pression systolique, exception faite du malade AS, le no 6, chez qui la pression diastolique diminua davantage.

La pression artérielle systémique subit également une réduction importante dans tous les cas. Cette réduction se produisait en même temps que celle de la pression pulmonaire, ou un peu avant, jamais après, contrairement à ce que le groupe de Soulié, en France, avait constaté (7).

Chez sept malades, il nous fut possible d'observer les variations de la pression diastolique

dans le ventricule droit. Dans six cas, une baisse de cette pression put être enregistrée.

Le débit cardiaque, d'autre part, se comporta de façon variable. Augmentant d'une façon significative chez cinq malades, il demeura inchangé chez trois autres alors qu'il diminua dans trois cas. Il est intéressant de constater que chez deux de ces derniers malades, dont la pression systémique subit la chute la plus marquée (les patients nos 6 et 10), on obser-

et 9, et augmentèrent chez un seul, le no 11, dans les deux circuits à la fois. Elles augmentèrent dans le circuit pulmonaire alors qu'elles diminuèrent dans le circuit systémique chez un malade le no 6. Elles ne furent nullement modifiées chez un autre, le no 8. Enfin, dans un cas, le no 10, elles ne varièrent pas dans le circuit pulmonaire alors qu'elles diminuèrent d'une façon notable dans le circuit systémique.

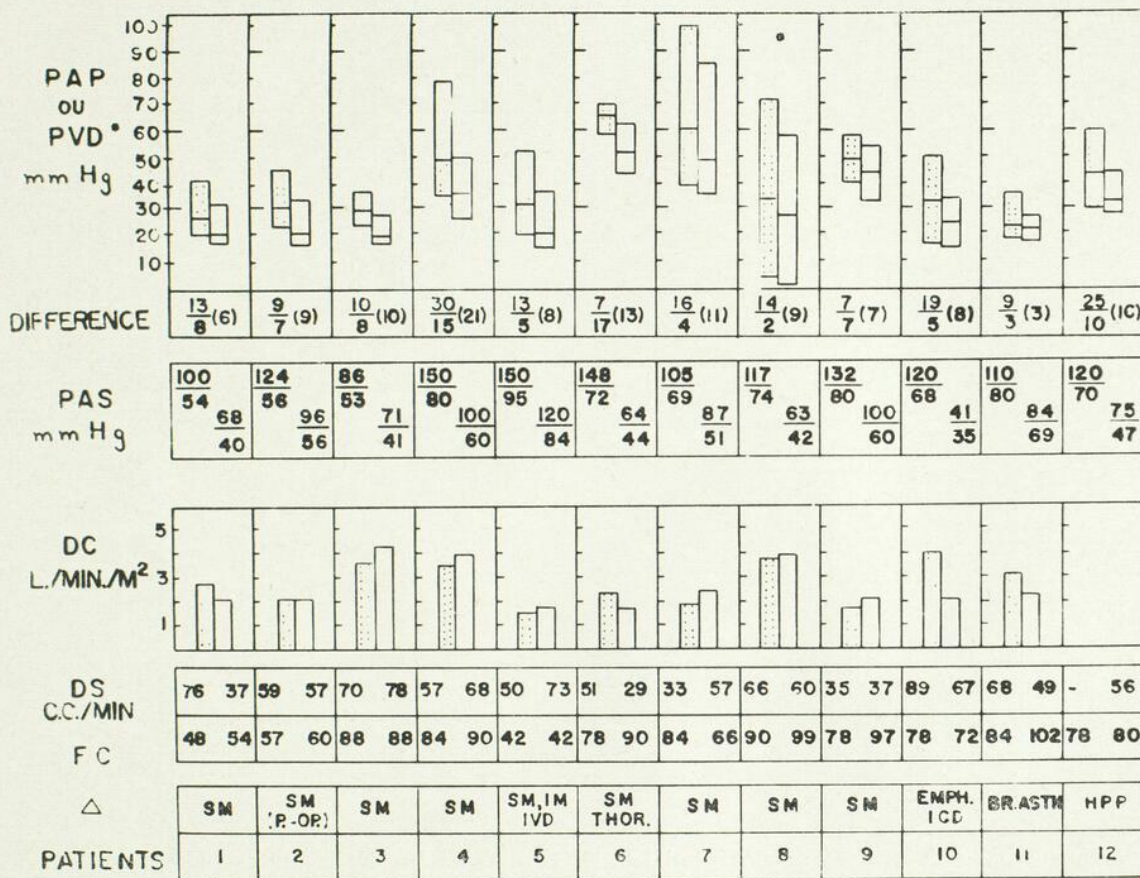


Fig. 3. — Effets de l'Arfonad sur la petite et la grande circulation. Légende: PAP: pression de l'artère pulmonaire. PVD: pression du ventricule droit. PAS: pression artérielle systémique. D.C.: débit cardiaque. D.S.: débit systolique. FC: fréquence cardiaque.

va une diminution du débit cardiaque. Les variations des débits cardiaques et systolique se produisirent toujours en parallèle. Mais la fréquence cardiaque fut en général très capricieuse, sauf dans quatre cas de fibrillation auriculaire, où elle s'accéléra d'une façon régulière.

Les résistances vasculaires calculées diminuèrent chez six malades, les nos 1, 3, 4, 5, 7

DISCUSSION

Dans le but d'étudier le mécanisme de l'hypertension pulmonaire, nous avons administré chez douze malades une substance ganglioplégique, l'Arfonad. Et voici les faits que nous avons observés:

1) Il y eut apparition d'une hypotension systémique.

2) Une chute appréciable de la pression artérielle pulmonaire put être démontrée chez tous les malades.

1) Qu'il se soit produit une hypotension, parfois importante, au niveau de l'artère brachiale ou fémorale, c'est ce à quoi nous nous attendions, puisque d'après les expériences de Randall (8), Sarnoff (9), Assali (10) et leurs collaborateurs respectifs, on sait que l'Arfonad

nifesta par un vertige subit et des tendances à la lipothymie qui disparurent avec la reprise de la position horizontale. La chute de la pression artérielle se fit graduellement et put être contrôlée par le ralentissement ou l'arrêt de l'infusion. Pendant ces expériences, aucun malade ne se plaignit d'effet secondaire, sauf d'une légère sécheresse des muqueuses de la bouche.

		RESIST. PULM. TOT.		RESIST. PERIPH.	
		AVANT	APRES	AVANT	APRES
1	A.R.	528	449	1242	1125
2	A.R.	644	492	1860	1797
3	R.D.	401	244	966	636
4	J.M.	836	545	1989	1057
5	L.D.	1006	472	3635	2438
6	A.S.	1217	1359	2011	1584
7	E.B.	1990	1070	2355	1451
8	E.A.	722	729	1050	1076
9	A.R.	1129	896	3007	1911
10	W.D.	339	354	993	623
11	A.B.	299	337	1281	1574
12	B.H.	-	548	-	1187

Fig. 4. — Effets de l'Arfonad sur les résistances vasculaires pulmonaires et périphériques.

est doué de propriétés vasodilatatrices traduisant une inhibition de l'influx vasoconstricteur au niveau des ganglions sympathiques et parasympathiques. La vasodilatation produite se manifesta dans les deux cas rapportés par le groupe de Sarnoff et celui d'Assali par la hausse de la température cutanée, en particulier dans les membres inférieurs.

Chez deux de nos malades qui tentèrent de prendre la position verticale trop tôt après l'administration du médicament, elle se ma-

2) La chute de la pression de l'artère pulmonaire, présente chez tous nos malades, possède un mécanisme plus obscur que nous tenterons d'expliquer par l'exposition des quelques hypothèses possibles. Il faut tout d'abord considérer l'effet du débit cardiaque. Une réduction de ce dernier devrait en principe produire une baisse de la pression artérielle pulmonaire. Mais ce mécanisme ne peut être invoqué dans les circonstances actuelles, étant donné que chez au moins cinq malades, des

mitraux en l'occurrence, le débit cardiaque s'accrut et que cet accroissement fut accompagné dans deux cas d'une accélération importante du pouls. On sait, d'autre part, que dans le rétrécissement mitral serré, la tachycardie et l'augmentation du débit cardiaque contribuent invariablement à exagérer une hypertension artérielle pulmonaire déjà existante. Du fait que chez nos malades, la pression pulmonaire s'abaissa de façon importante, en dépit de l'augmentation du débit, nous pouvons rejeter la première hypothèse comme cause importante du phénomène de réduction tensionnelle observée. Une deuxième explication à cette chute de pression, plus vraisemblable d'ailleurs, serait une dérivation de la masse sanguine intrathoracique. Cette dérivation se ferait au profit des régions périphériques (régions splanchniques et réservoirs veineux). Des auteurs (11), utilisant d'autres substances ganglioplégiques, rapportèrent certains faits, comme par exemple, la réduction de la vitesse de circulation et de la tension veineuse, une amélioration de la capacité vitale et une diminution de l'orthopnée, qui militent en faveur de cette dernière hypothèse. Celle-ci, du reste, trouverait confirmation dans l'observation chez certains de nos malades d'une diminution de l'orthopnée, d'une sensation de bien-être respiratoire, et d'un ralentissement du retour veineux, se traduisant par une baisse de la pression de remplissage du ventricule droit, et cela quelles que soient les modifications apportées au débit cardiaque. Dans ces conditions, la diminution du retour veineux et de la pression veineuse serait comparable à celle qui est produite par une compression veineuse exercée à la racine des membres.

Tous ces arguments en faveur d'une redistribution de la masse sanguine seraient en accord avec la démonstration de Sarnoff et de ses collaborateurs (12), qui dans une expérience ingénieuse, constatèrent une diminution du poids des poumons après l'administration de l'Arfonad à des chiens.

Une troisième hypothèse à envisager serait celle d'une action directe de l'Arfonad sur l'innervation des vaisseaux pulmonaires, tendant à produire un vasodilatation pulmonaire.

Plusieurs auteurs ont soutenu la véracité de cette hypothèse. Dresdale, Schultz et Michton (13), obtinrent au moyen de la priscoline une baisse élective de la pression au niveau de la petite circulation dans des cas d'hypertension pulmonaire primitive. Fowler et ses collaborateurs (14), injectant à dix malades du chlorure de tétraéthylammonium, obtinrent un abaissement de la pression pulmonaire chez tous, une réduction du débit cardiaque chez sept et une augmentation chez trois autres. Ils conclurent que dans quatre cas, la chute de la pression artérielle pulmonaire était attribuable à une réduction de la résistance artériolaire pulmonaire et par le fait même à une vasodilatation pulmonaire. Davies, Goodwin et Van Leuven (15) firent paraître alors que nos travaux étaient en cours, une communication dans laquelle ils rapportaient les modifications produites au moyen de bromure d'hexaméthonium dans douze cas de rétrécissement mitral. Ils émirent l'opinion qu'il s'agissait peut-être d'une action directe du médicament sur les vaisseaux pulmonaires. D'autre part, dans un travail publié il y a quelques mois, Sancetta (16) décrivait les effets de l'hexaméthonium chez huit malades atteints d'emphysème pulmonaire et présentant un certain degré d'hypertension pulmonaire. Il observa dans tous les cas une diminution du débit cardiaque, une chute des pressions systémique et pulmonaire, une diminution des résistances vasculaires pulmonaires totales et une légère accélération compensatrice du pouls. A cause de cette accélération du pouls, l'auteur conclut qu'en général le retour veineux au coeur droit n'était pas diminué et que les changements remarquables aux chiffres de la pression artérielle pulmonaire étaient d'origine vasomotrice.

Dans notre travail, qui diffère de celui de Sancetta tant par la catégorie de malades que par le médicament utilisé, la pression artérielle pulmonaire était généralement plus élevée et fit une chute beaucoup plus importante que chez les malades de Sancetta, alors que le degré de réduction de la pression artérielle systémique était à peu près le même dans les deux groupes de malades. Deux arguments

principaux nous inclinent à tirer les mêmes conclusions que Sancetta:

1) Les variations dans les résistances vasculaires pulmonaires, même si elles avaient à l'égard du débit cardiaque un comportement tout à fait normal au point de vue directionnel, en ce sens qu'elles variaient en direction opposée à celle du débit cardiaque, présentaient numériquement des valeurs tout à fait disproportionnées par rapport à celle du débit. Ainsi, dans un cas où le débit cardiaque augmenta de 17% les résistances pulmonaires diminuèrent de 53%.

2) Les malades qui subirent la chute de tension pulmonaire la plus marquée, furent précisément ceux chez qui cette tension artérielle pulmonaire était la plus élevée. On sait qu'au niveau de la circulation systémique, et Burch l'a récemment démontré au moyen de l'hexaméthonium, les ganglioplégiques ont un effet vasodilatateur d'autant plus marqué que la pression est plus élevée et que le tonus vasculaire est plus important. Il n'est pas invraisemblable que le même phénomène se produise au niveau de la circulation pulmonaire.

Ces deux arguments pourraient emporter notre conviction si une quatrième hypothèse, assez troublante, n'existait. Simon Rodbard (17), dans une analyse de la littérature parue sur la régulation de la circulation pulmonaire, fait appel à des mécanismes extravasculaires. Selon lui, la musculature bronchique deviendrait hypertrophiée dans les cardiopathies chroniques et dans l'emphysème pulmonaire. Le bronchospasme produit serait susceptible d'élever la pression intraalvéolaire et exerçant ainsi une certaine compression sur les capillaires pulmonaires pourrait opposer au flux sanguin une résistance anormale. Nous savons que la musculature bronchique reçoit son innervation des deux plexus pulmonaires formés par des fibres venant du nerf vague et des ganglions sympathiques thoraciques, et que dès lors elle peut être influencée par des médicaments ou des manoeuvres thérapeutiques qui inhibent ou stimulent ces deux voies nerveuses.

Dans des observations fragmentaires (18), nous avons pu nous rendre compte que dans certains cas d'obstruction bronchique, la capacité vitale pouvait augmenter tandis que la capacité résiduelle fonctionnelle et le pourcentage du volume résiduel par rapport à la capacité totale pouvaient diminuer notablement à la suite de l'injection intraveineuse d'une dose d'Arfonad.

Il est donc possible que chez certains de nos malades, la baisse de la pression artérielle pulmonaire puisse s'expliquer par un certain degré de relâchement du spasme bronchiolaire. Nous ne sommes cependant pas en mesure de le prouver actuellement.

Quoi qu'il en soit, l'hypothèse de Rodbard, tout élégante qu'elle puisse paraître, est impuissante à expliquer le mécanisme de production de certaines variétés d'hypertension pulmonaire, par exemple celle qui est secondaire à une obstruction vasculaire ou à un shunt intracardiaque avec augmentation du débit sanguin pulmonaire.

Conclusion et résumé

Dans cet exposé, vous avez pu observer les effets d'une chose d'Arfonad dans douze cas d'hypertension pulmonaire.

L'effet prédominant consista, au niveau des circuits pulmonaire et systémique, en une chute des pressions accompagnée le plus souvent d'une diminution des résistances vasculaires. Cette chute des pressions ne sembla pas directement liée aux variations du débit cardiaque. Quel en fut alors le mécanisme? Les résultats de nos expériences montrent que ce mécanisme est complexe. Il semble possible cependant que le jeu des pressions dans la petite circulation soit sous la dépendance des réflexes vasomoteurs. Quoiqu'il en soit, un fait important demeure, au point de vue pratique: c'est que la clinique possède actuellement quelques moyens de lutter contre les effets nocifs d'une poussée d'hypertension pulmonaire, ou de réduire, pour des fins chirurgicales ou autres, la pression artérielle pulmonaire, ne serait-ce que pendant une courte période de temps.

Malades	Avant	Après
1 A.R.	3	0
6 A.S.	8	4
8 E.A.	5	2
10 W.D.	6	4
11 A.B.	2	0
12 B.H.	+1	-1

Fig. 5.—Pression diastolique du ventricule droit mesurée avant et après l'injection de l'Arfonad.

BIBLIOGRAPHIE

(1) A. KUNTZ: *The autonomic nervous system*. Ballière, Tyndall and Cox, London.

(2) M. J. NICHOLSON, S. J. SARNOFF et J. P. CREHAN: The intravenous use of a thiophanium derivative (Arfonad-Ro 2-2222) for the production of flexible and rapidly reversible hypotension during surgery. *Anesthesiology*, **14**: 215, 1953.

(3) C. J. WIGGERS: *Circulatory dynamics*. Grune & Stratton, 1952.

(4) P. F. SCHOLANDER: Analysis for accurate estimation of respiratory gases in one-half cubic centimeter samples. *J. Biol. Chem.*, **167**: 235, 1947.

(5) D. D. Van SLYKE et J. M. NEILL: The determination of gases in blood and other solution by vacuum extraction and manometric measurement. *J. Biol. Chem.*, **61**: 523, 1924.

(6) J. B. HICKAM et R. FRAYSER: Spectrophotometric determination of blood oxygen. *J. Biol. Chem.*, **180**: 457, 1949.

(7) J. CARLOTTI, F. JOLY, J. R. SICOT et G. VOICI: Etude hémodynamique pré et postopératoire du rétrécissement mitral. *La Sem. des Hôp. de Paris*, **29**: 19, 1953.

(8) L. O. RANDALL, W. G. PETERSON et G. LEHMANN: Ganglionic blocking Action of thiophanium derivatives. *J. Pharm. and Exper. Ther.*, **97**: 48, 1949.

(9) S. J. SARNOFF, W. T. GOODALE et L. C. SARNOFF: Graded reduction of arterial pressure in man by means of thiophanium derivative (Ro 2-2222). *Circulation*, **6**: 63, 1952.

(10) N. S. ASSALI, R. A. DOUGLASS et R. SUYEMOTO: Observations on the hemodynamic properties of a thiophanium derivative, Ro 2-2222 (Arfonad) in human subjects. *Circulation*, **8**: 62, 1953.

(11) R. T. KELLEY, E. D. FREIS et T. F. HIGGINS: The effects of hexamethonium on certain manifestations of congestive heart failure. *Circulation*, **7**: 169, 1953.

(12) S. J. SARNOFF, W. T. GOODALE et L. C. SARNOFF: Graded reduction of arterial pressure in man by means of thiophanium derivative (Ro 2-2222). *Circulation*, **6**: 63, 1952.

(13) D. T. DRESDALE, M. SCHULTZ et R. J. MICHOTOM: Recent studies in primary pulmonary hypertension including pharmacodynamic observations on pulmonary vascular resistance. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, **30**: 195, 1954.

(14) N. O. FOWLER, R. N. WESTCOTT, V. D. HAUENSTEIN, R. C. SCOTT et J. McGUIRE: Observation on autonomic participation in pulmonary arteriolar resistance in man. *J. Clin. Inv.*, **29**: 1387, 1950.

(15) L. G. DAVIES, J. F. GOODWIN et B. D. Van LEUVEN: The nature of pulmonary hypertension in mitral stenosis. *Brit. Heart J.*, **16**: 440, 1954.

(16) S. M. SANCETTA: Acute hemodynamic effects of hexamethonium (C₆) in patients with emphysematous pulmonary hypertension. *Amer. H. Journal*, **49**: 501, 1953.

(17) S. RODBARD: Bronchomotor tone. *Amer. J. Med.*, **15**: 356, 1953.

(18) C. LEPINE: Observations inédites.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES RECUEILLIES DEPUIS ONZE ANS SUR LA CHIRURGIE DE LA GLANDE THYROÏDE

J.-P. BOUSQUET,
Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Après 11 ans de chirurgie sur la glande thyroïde, il est bon et agréable de regarder en arrière et de constater les résultats obtenus de 1945 à 1955 inclusivement.

Au cours de ces onze années, le docteur Doré et moi-même avons fait 1,743 thyroïdec-tomies à l'Hôpital Général de Verdun.

Le nombre. Notre étude porte sur 1,743 cas: soit 198 hommes ou 11.3% et 1,545 femmes ou 88.7%.

LE POURCENTAGE DE CHAQUE CATÉGORIE

Ces 1,743 malades se partageaient dans les groupes suivants:

a) 647 cas de goitre hyperplasique diffus

TABEAU I
Tableau général indiquant le nombre de cas opérés et des morts à l'hôpital à la suite d'une opération sur la glande thyroïde: 1945 à 1955 inclusivement.

Année	Goitre hyperplasique diffus avec hyperthyroïdie		Goitre adénomateux avec hyperthyroïdie		Goitre adénomateux sans hyperthyroïdie		Cancers thyroïdiens		Thyroïdites et Goîtres colloïdes		Total	
	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts	Cas	Morts
1945	64 (4 H. 60 F.)		7 (7 F.)		92 (18 H. 74 F.)		1 (1 F.)		3 (1 H. 2 F.)		167 (23 H. 144 F.)	
1946	63 (10 H. 53 F.)		35 (3 H. 32 F.)		71 (7 H. 64 F.)		4 (4 F.)		5 (5 F.)		178 (20 H. 158 F.)	
1947	86 (7 H. 79 F.)		13 (1 H. 12 F.)	1 F.	90 (9 H. 81 F.)		3 (3 F.)		6 (2 H. 4 F.)		198 (19 H. 178 F.)	1 F.
1948	77 (9 H. 68 F.)	2 F.	4 (1 H. 3 F.)		86 (15 H. 71 F.)		2 (2 F.)		3 (3 F.)		172 (25 H. 147 F.)	2 F.
1949	59 (7 H. 52 F.)		4 (4 F.)		82 (7 H. 75 F.)		5 (2 H. 3 F.)		3 (1 H. 2 F.)		153 (17 H. 136 F.)	
1950	60 (16 H. 44 F.)		16 (16 F.)	1 F.	51 (6 H. 45 F.)		1 (1 F.)		9 (1 H. 8 F.)	1 H.	137 (23 H. 114 F.)	1 H. 1 F.
1951	72 (3 H. 69 F.)		20 (20 F.)		56 (9 H. 47 F.)		6 (1 H. 5 F.)		10 (10 F.)		164 (13 H. 151 F.)	
1952	62 (3 H. 59 F.)		28 (1 H. 27 F.)		68 (6 H. 62 F.)		1 (1 F.)		15 (1 H. 14 F.)		174 (11 H. 163 F.)	
1953	39 (5 H. 34 F.)		14 (2 H. 12 F.)	1 H.	90 (13 H. 77 F.)		5 (1 H. 4 F.)		13 (2 H. 11 F.)		161 (23 H. 138 F.)	1 H.
1954	36 (4 H. 32 F.)		4 (4 F.)		70 (6 H. 64 F.)	1 F.	4 (4 F.)		5 (5 F.)		119 (10 H. 109 F.)	1 F.
1955	29 (5 H. 24 F.)		26 (1 H. 25 F.)		54 (7 H. 47 F.)		6 (1 H. 5 F.)		5 (5 F.)		120 (14 H. 106 F.)	
Total:	647 (73 H. 574 F.)		171 (9 H. 162 F.)		810 (103 H. 707 F.)		38 (5 H. 33 F.)		77 (8 H. 69 F.)		1743 (198 H. 1545 F.)	7 ou 0.4%

N.B. 198 hommes pour 1545 femmes: soit 11.3% d'hommes et 88.7% de femmes.

Je puis enfin vous présenter ce travail après 2 ans de recherches poussées.

L'âge. L'âge de nos patients est de 6 ans à 77 ans.

avec hyperthyroïdie ou 37.1%. 171 cas de goitre adénomateux avec hyperthyroïdie ou 10%.

b) 810 cas de goitre adénomateux sans hyperthyroïdie, soit 46.4%.

TABLEAU II
Pourcentage de chaque catégorie

	Nombre	Pourcentage
Goitre hyperplasique diffus avec hyperthyroïdie:	647 (73 H. 574 F.)	37.1
Goitre adénomateux avec hyperthyroïdie:	171 (9 H. 162 F.)	10
Goitre adénomateux sans hyperthyroïdie:	810 (103 H. 707 F.)	46.4
Cancers thyroïdiens:	38 (5 H. 33 F.)	2.1
Thyroïdites et Goîtres colloïdes:	77 (8 H. 69 F.)	4.4
Total:	1743 (198 H. 1545 F.)	100 11.3% d'hommes. 88.7% de femmes.

c) 38 cas de cancer thyroïdien ou 2.1%.

d) 77 cas représentant les thyroïdites et les goîtres colloïdes, soit 4.4%.

L'anesthésie. L'anesthésie locale et l'anes-

thésie générale au protoxyde et l'O₂ fut le mode employé par le docteur Doré.

Mes cas personnels reçoivent tous une anesthésie intra-trachéale avec protoxyde et O₂.

TABLEAU III
Pourcentage de mortalité de chaque catégorie

	Morts	Opérés	Pourcentage
Goitre hyperplasique diffus avec hyperthyroïdie:	2 sur	647	' 5 cas pour ' 818 = 0.6
Goitre adénomateux avec hyperthyroïdie:	3 sur	171	
Goitre adénomateux sans hyperthyroïdie:	1 sur	810	0.1
Cancers thyroïdiens:	0 sur	38	0
Thyroïdites et goîtres colloïdes:	1 sur	77	1.2
Total:	7 sur	1743	0.4

TABLEAU IV
Les causes de la mort à l'hôpital de 1945 à 1955 inclusivement

L'Année	Nombre d'opérés	Hémorragie	Troubles cardiaques	Troubles respiratoires & vasculaires	Embolie pulmonaire	Nombre	Pourcentage
1945	167					0	0
1946	178					0	0
1947	198			1 F.		1	0.5
1948	172		2 F.			2	1.1
1949	153					0	0
1950	137	1 F.		1 H.		2	1.4
1951	164					0	0
1952	174					0	0
1953	161		1 H.			1	0.6
1954	119				1 F.	1	0.8
1955	120					0	0
Total:	1743	1	3	2	1	7 morts	0.4%

TAUX DE MORTALITÉ

De ces 1,743 thyroïdectomies, 7 cas sont morts à l'hôpital soit un pourcentage de 0.4%.

Les cas toxiques opérés de 1945 à 1949 furent tous préparés avec sédatifs et l'iodaminol: soit 422.

TABLEAU V
Les complications non mortelles survenues à l'hôpital après l'opération: pourcentage

	Nombre d'opérés	Infections	Hémorragies	Tétanies transitoires Permanent	Pulmonaires	Tempête thyroïdienne post-opératoire.	Traumatisme d'un nerf laryngé infér.	Trachéotomie.
Goitre hyperplasique diffus avec hyperthyroïdie:	647	5	16	8 2	6	5	11	3
Goitre adénomateux avec hyperthyroïdie:	171	2 (0.8)	3 (2.3)	2 (1.2) 1 (0.3)	5 (1.3)	2 (0.8)	2 (1.6)	7 (1.2)
Goitre adénomateux sans hyperthyroïdie:	810	4 (0.5)	7 (0.8)	2 (0.2) 1 (0.1)	3 (0.3)	-	12 (1.4)	15 (1.8)
Cancers thyroïdiens:	38	-	-	- 1 (2.6)	1 (2.6)	-	5 (13.1)	8 (21)
Thyroïdites et Goitres colloïdes:	77	1 (1.3)	-	- -	2 (2.6)	-	3 (3.9)	1 (1.3)
Total:	1743	12 (0.6)	26 (1.2)	12 + 5 = 17 (0.7)	17 (0.7)	7 (0.8)	33 (1.8)	34 (1.9)

De 1949 à 1955, 321 reçurent un traitement anti-thyroïdien au propylthiouracil ou tapazole, suivi de l'iodaminol la dernière semaine avant l'opération et 75 reçurent uniquement de l'iodaminol associé au phénobarbital.

647 patients présentaient un parenchyme thyroïdien diffus avec hyperthyroïdie: 73 hommes et 574 femmes.

171 étaient porteurs d'un ou plusieurs adénomes avec hyperthyroïdie secondaire: 9 hommes et 162 femmes.

service précieux chez les cas très malades, à certains cardiaques et les cas de récives.

LES MORTS À L'HÔPITAL

Cinq sont morts soit 0.6%, soit deux femmes opérées pour goitre hyperplasique toxique décédèrent de défaillance cardiaque post-opératoire au cours de l'année 1948; deux femmes et un homme opérés pour goitre nodulaire avec hyperthyroïdie: l'une mourut en 1947 d'une broncho-pneumonie post-opéra-

TABLEAU VI
Analyse particulière des cas opérés depuis 1951 à 1955 inclusivement:
pourcentage: 71.2% de revus

	Total des opérés	Total des cas revus	COMPLICATIONS			
			Récidives	Hypothyroïdie	Tétanie	Traumatisme d'un nerf laryngé inférieur
Goitre hyperplasique diffus avec hyperthyroïdie:	237	194	5	15	2	4
Goitre adénomateux avec hyperthyroïdie:	92	67	1	3	1	1
	329	261 (79.3%)	(2.3%	(6.9%	(1.1%	(1.9%
Goitre adénomateux sans hyperthyroïdie:	338	213 (63 %)	0	19 (8.9%)	0	3 (1.3%)
Cancers thyroïdiens:	22	16 (72.5%)	2 (12.5%)	6 (37.5%)	1 (6.2%)	2 (12.5%)
Thyroïdites et Goitre colloïdes:	48	35 (72.9%)	0	11 (31.4%)	0	1 (2.8%)
Total:	737	525 (71.2%)	8 (1.5%)	54 (10.2%)	4 (0.7%)	11 (2%)

N.B. Sur les 16 cas de cancers revus: 2 sont décédés.

De ces 818 malades à thyrotoxicose, 5 décédèrent après leurs opérations: 4 femmes et 1 homme, soit un pourcentage de 0.6%.

71 cas étaient des thyro-cardiaques ou 8.7%.

Un regard au tableau I nous montre que depuis les 5 dernières années, le nombre des opérés pour goitres toxiques diminue, et ceci je l'attribue à l'heureuse venue et à l'emploi prolongé des anti-thyroïdiens et en second lieu à l'iode radio-actif qui nous rend un

toire, l'autre en 1950 d'une hémorragie massive post-opératoire.

Notre homme présentait un goitre adénomateux compressif avec hyperthyroïdie et insuffisance coronarienne, il décéda 24 heures après son opération de défaillance cardiaque.

Sur 818 cas opérés pour hyperthyroïdie: 7 présentèrent une infection post-opératoire de leur plaie, 12 eurent une hémorragie bénigne du lambeau sous-cutané, mais 7 durent être remontés à la salle d'opération afin d'évacuer l'hématome et de ligaturer le vaisseau.

Dix accusèrent une tétanie transitoire attribuée à une inhibition temporaire de la circulation au niveau des parathyroïdes, mais chez 3 autres la tétanie persista.

ne se fait pas chez tous nos opérés et je crois que nous sommes en erreur, car tout opéré sur la thyroïde doit avoir avant et après son opération un examen de ses cordes vocales par un oto-laryngologiste.

Ici à Verdun cet examen ne se fait pas systématiquement, mais lors de notre opération, nous localisons et voyons nos nerfs laryngés inférieurs.

Et par contre 13 de nos opérés eurent une paralysie d'une corde vocale. Mais aucun cas, n'a eu une section des deux nerfs laryngés.

La localisation des parathyroïdes, lors d'une thyroïdectomie est indispensable.

Chez 11 cas, légère infection pulmonaire post-opératoire, mais depuis l'usage des antibiotiques cette complication est exceptionnelle.

La tempête ou crise hyperthyroïdienne post-opératoire se montra dans 7 cas, heureusement sans décès. Cette crise survenue chez ces malades fut due à une préparation inadéquate et à une hâte trop grande vers l'opération.

LE TRAUMATISME D'UN NERF LARYNGÉ POST-OPÉRATOIRE

L'examen systématique des cordes vocales
La trachéotomie. Dix cas ont eu une trachéotomie post-opératoire, 6 immédiatement après l'opération, vu le volume de la glande.

Chez 4 autres, elle se fit quelques heures après à cause de difficultés respiratoires et d'hématomes.

Aussi, si nous avons un doute, il est préférable de faire une trachéotomie immédiatement après l'opération afin d'éviter une réopération d'urgence.

LES GOITRES NODULAIRES ADÉNOMATEUX SANS HYPERTHYROÏDIE

810 cas d'adénomes répartis parmi 103 hommes pour 707 femmes furent opérés.

Un cas de mort survint chez une femme 24 heures après une opération pour goitre adénomateux compressif, elle mourut d'une embolie pulmonaire.

Quatre eurent une infection de leur plaie, 7 une hémorragie, 3 la tétanie: chez 2 elle fut transitoire, tandis que chez le 3^{ème} cas elle fut permanente.

Trois cas présentèrent une infection pulmonaire.

Deux eurent une paralysie d'une corde vocale.

Quinze bénéficièrent d'une trachéotomie: 11 immédiatement après l'opération, chez 4 autres elle se fit quelques heures après vu l'œdème et l'obstruction.

LES CANCERS THYROÏDIENS

Cinq hommes pour 33 femmes: 38 cas avaient un cancer thyroïdien soit un pourcentage de 2.1% pour le total.

L'âge variait de 6 à 67 ans.

La moyenne d'âge était de 34 ans. Nous opérâmes 2 fillettes de 6 ans, une de 11 ans, une de 15 ans, une autre de 17 ans.

L'incidence. Des 1,019 cas de goitres nodulaires que nous avons opérés: goitres toxiques, nodulaires inclus, se trouvent 38 cas de cancer, soit 3.7%.

Des 171 cas de goitres adénomateux avec hyperthyroïdie, aucun n'avait un cancer thyroïdien.

Sur les 848 goitres nodulaires sans hyperthyroïdie, 38 cas avaient un cancer, soit 4.5%.

Chez 456 malades avec un goitre polyadénomateux, 2 présentaient un cancer, soit 0.4%, tandis que chez les 392 avec un nodule solitaire, nous avons décelé 36 cas de cancer, soit un pourcentage de 9.2%.

De ceci, nous retenons que le cancer est très rare chez le sujet porteur d'un goitre adénomateux avec hyperthyroïdie, mais qu'il se rencontre plus fréquemment chez celui qui présente un adénome solitaire.

Aucun cas de mort à l'hôpital, aucune infection, aucune hémorragie.

Cinq se compliquèrent d'une paralysie d'une corde vocale soit 13.1%; chez 3, nous dûmes sectionner notre nerf laryngé inférieur, afin de pouvoir enlever la tumeur maligne.

La trachéotomie fut effectuée chez 8 patients, soit 21%.

LES THYROÏDITES ET LES GOITRES COLLOÏDES

Ce groupe comprend 77 cas: 8 hommes pour 69 femmes: 4.4% pour le total d'opérés.

Il se partage en un cas d'abcès thyroïdien avec thyroïdite aiguë; 64 cas de thyroïdites chroniques: 3 du type de Riedel et 61 d'Hashimoto; 12 goitres colloïdes.

Parmi les complications, on doit inclure une mortalité en 1950: cet homme avait un abcès et une thyroïdite aiguë, une trachéotomie, une ouverture avec drainage fut faite et le décès survint 1 semaine après, à la suite de spasmes cérébraux.

Aucune hémorragie, aucune crise de tétanie.

Deux (2) infections pulmonaires et 1 infection de la plaie furent constatées.

Trois (3) présentèrent une paralysie d'une corde vocale; une trachéotomie fut nécessitée chez le malade décédé.

* * *

Une coopération très étroite entre le chirurgien et le pathologiste doit exister, afin de bien établir le diagnostic et de savoir quel genre d'opération le chirurgien doit faire.

Heureusement chez la plupart des cancers thyroïdiens, il n'y a pas d'invasion de la trachée et ainsi nous pouvons la libérer complètement. Et nous faisons une trachéotomie.

D'après notre expérience, le cancer de la thyroïde est plus souvent limité à un lobe tout en étant extensif.

Si les deux lobes sont envahis, je crois qu'il est préférable de bien libérer la trachée et de faire une hémithyroïdectomie totale, puis faire une trachéotomie et de donner de la radiothérapie.

Ainsi nous préservons un nerf laryngé inférieur et les parathyroïdes. De plus, si notre tube trachéal est envahi par le cancer, nous devons laisser un peu de tissu tumoral comme moignon car il n'est pas question d'enlever la trachée. De même en est-il pour l'œsophage. Et nous recommandons de la radiothérapie.

Le cancer thyroïdien présente une fixation de la masse, il a une consistance de pierre, il est irrégulier et nodulaire et le pourtour du lobe envahi est mal délimité. Le contour anatomique n'existe pas.

La thyroïdite, elle, est caractérisée par sa fermeté et sa fixation et ressemble au cancer, cependant elle présente une infiltration inflammatoire, soit d'un lobe et de l'isthme, soit des deux lobes. On y observe une ondulation. De plus, au palper bien défini, on perçoit une zone normale anatomique. Autre formule heureuse: l'iode radio-actif nous est parfois très utile. Chez le sujet suspect de cancer, donnons une dose traceur d'iode 131 avant l'opération puis enlevons la tumeur et faisons une radio-autographie. Si la tumeur fixe bien l'iode, on pourra traiter le malade.

* * *

Ceci dit, j'ai poussé mon travail à une étude plus approfondie, aussi de 1951 à 1955 inclusivement: (Tableau 6) sur 737 cas opérés, j'en ai revu, depuis, 525 à mon bureau, soit 71.2%. De ce nombre revu, 2 seuls sont morts.

1. Parmi les 194 opérés pour *goitre hyperplasique* avec hyperthyroïdie et revus, 5 eurent une récurrence.

Quinze (15) présentent de l'hypothyroïdie plus ou moins marquée qui se traite bien à l'extrait thyroïdien.

Deux (2) accusent toujours leur tétanie et reçoivent du calcium.

Quatre (4) ont une paralysie d'une corde vocale.

2. Chez 67 revus, opérés pour *goitre adénomateux avec hyperthyroïdie*, un (1) a récidivé; trois (3) ont de l'hypothyroïdie; un (1)

présente de la tétanie et 1 souffre de paralysie d'une corde vocale.

3. Parmi les 213 opérés pour *goitre adénomateux non toxique*, aucun n'a récidivé, 19 ont de l'hypothyroïdie, aucun ne souffre de tétanie et 3 ont une paralysie d'une corde vocale.

4. Des 16 cas de *cancers* revus, 2 sont décédés, soit l'un opéré pour réticulo-sarcome thyroïdien décédé 6 mois après et l'autre présentait un épithélioma thyroïdien atypique décédé 1 an après, de métastases pulmonaires.

Trois (3) cas ont récidivé localement et fixent bien l'iode 131 et sont traités.

Les autres cas se portent bien: 6 d'entre eux ont un syndrome hypothyroïdien.

Un (1) cas montre de la tétanie et 2 ont une paralysie d'une corde vocale.

La forme papillaire prédominait pour un pourcentage de 67.2.

Ces cas sont à surveiller à cause de récidives locales qui sont possibles, même après plusieurs années.

5. Des malades à *thyroïdite et à goitre colloïde*, 35 cas furent revus, soit 72.9%, dont 32 cas de thyroïdite chronique: 2 de Riedel

et 30 d'Hashimoto et 3 cas de goitres colloïdes.

Des 32 cas de thyroïdites, l'hypothyroïdie est apparente chez 11 malades.

Aucun n'a de la tétanie, un seul cas a une paralysie d'une corde vocale et existe chez un patient opéré pour Riedel.

Les 3 malades opérés pour colloïde sont très bien.

En résumé.

Durant 11 ans, des 1,743 thyroïdectomies faites à Verdun, 7 cas sont morts à l'hôpital pour un pourcentage de 0.4%.

Nous avons relevé les complications. Une étude poussée des 5 dernières années est présentée selon un pourcentage de 71.2% d'un total de 737 opérés.

De tout ceci retenons que la thyroïdectomie bien faite est un traitement établi et sûr et en plus, grâce aux anti-thyroïdiens et à l'iode-actif, le taux de mortalité chez le sujet porteur d'un goitre doit être inférieur à 1%.

En dernier lieu, je tiens à remercier spécialement le département des Archives, les médecins de l'Hôpital et le docteur Rémillard qui m'ont permis de réaliser une grande partie de cette étude.

RECUEIL DE FAITS

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES ÉPERONS DE L'ANGLE SUPÉRO-INTERNE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE¹

F. FRANÇON et P. LEROY (Aix-les-Bains).

Dans deux publications antérieures nous avons attiré l'attention sur la présence d'épines ostéophytiques sur l'angle supéro-interne de la symphyse pubienne. Ce sont deux nouvelles observations que nous rapportons aujourd'hui: il s'agit, en effet, de faits rares comme nous en ont convaincus la révision de nos dossiers de bassin et une enquête dans la littérature rhumatologique.

Observation 3.

M. Gin, 59 ans, dentiste à B. vient le 15 mai 1957 suivre une cure à Aix-les-Bains pour une *névralgie cervico-brachiale* droite avec *périarthrite scapulo-humérale* homolatérale.

Il montre incidemment un cliché de bassin fait à l'occasion d'une chute survenue en décembre 1956: on y découvre un *éperon osseux triangulaire* implanté sur l'angle supéro-interne droit du pubis.

Antécédents personnels. Ils sont intéressants à deux points de vue. a) *Diabète.* Il est apparu en janvier 1956 à la suite d'une grande fatigue physique: glycosurie 85 gr. par litre, glycémie 3: La glycosurie s'est effacée en quelques semaines sous l'influence de la Pancrépatine, du repos et d'un régime très strict.

Mais il a fallu 2 ans pour réduire la glycémie à 1,80: en 1953, un deuil tragique l'a fait remonter et, au bout d'un an d'efforts, elle est ramenée à 1,70. En 1956 l'emploi du BZ₅₅, puis du glucidoral, l'abaissent à 1,20. A la dernière analyse (2 mai 1957), son taux est 0,85. b) *Traumatismes.* Ils sont particulièrement nombreux et importants.

Pendant de nombreuses années le sujet s'est livré au football, rugby et à l'équitation, ce qui lui a valu maints heurts brutaux.

Il signale deux chutes très violentes: à la suite de l'éclatement d'un obus (1917), puis de l'explosion d'une torpille (1918) qui le projette à plusieurs mètres et l'oblige à une hospitalisation d'une semaine.

En 1924, il tombe sur le coccyx dans un escalier de pierre. Dernière chute, nous l'avons dit, en décembre 1956.

1. Travail du Centre de Recherches d'Aix-les-Bains contre les Rhumatismes.

Histoire de la maladie. Le début s'est fait en octobre 1956 par des douleurs dans la hanche gauche. Le 8 décembre la S. G. est à 2-4, le Vernes-résorcine normal. Le 16 décembre la radiographie (Herdner) révèle une coxo-fémorale intacte.

Le malade reçoit 20 injections I.-M. de Thiodérazine, puis de la Bévitine 50, ensuite 60 gouttes quotidiennes de Thiodérazine. Le traitement entraîne un soulagement notable quand, en février 1957, apparaît une douleur dans le cou, l'épaule droite et le membre supérieur correspondant jusqu'aux doigts. Le 17 avril (clichés isolés confirmatifs de Herdner et de Chigot), la radiographie de la colonne cervicale face et profil révèle de légers becs ostéophytiques sur C5 et C6: les trous de conjugaison sont indemnes.

Il est pratiqué 30 séances de 30 minutes de courant galvanique, puis 10 applications de 200r de rayons X sur le cou du 3 au 27 avril sous filtration de 1cm Cu. et 2cm Al.

La N.C.B. est améliorée: il persiste cependant une algie qui réveille le sujet vers 3 heures du matin. Le 2 mai la S. G. est à 2-4.

Sang. Urée: 0,34; cholestérol: 2,33; glycémie: 0,86.

Il n'y a pas de glycosurie.

Examen à l'arrivée le 15 mai 1957.

Nous sommes en présence d'un homme très vigoureux, de corpulence moyenne au teint coloré. Il ne boite pas.

Il présente: 1) Un enraidissement du cou relativement léger. 2) Une névralgie cervico-brachiale et une périarthrite scapulo-humérale droites, toutes deux d'intensité modérée.

Il n'existe aucun symptôme à la hanche gauche, ni au pubis.

Aux épiphyses fertiles (genoux, épaules, etc.) on ne trouve pas non plus de stigmatisme de la Maladie Exostosante.

Le cœur est normal, la TA auscultatoire successivement à 13/8, 14/8, 12/8, 15/8.

Le traitement thermal prescrit consiste en douches d'Aix Générales, en applications de vapeur Berthollet et de boue thermo-végéto-minérales sur le cou et le membre supérieur droit. Il procure une très forte amélioration.

Radiographie (Dr Herdner, 16 décembre 1956). Sacrum, sacro-iliaques hanches ont un aspect normal. C'est à peine si le bord inférieur des branches ischio-pubiennes est discrètement crénelé.

On trouve un ostéophyte en tête d'oiseau, triangulaire à base inférieure large de 2cm, inséré sur l'angle supéro-interne droit du pubis, à sommet franchement infléchi vers la gauche. Il s'agit d'une trouvaille radiographique sans manifestation clinique.

En résumé, un homme de 59 ans, ancien diabétique, qui a subi de très nombreux et graves traumatismes et présenté des douleurs passagères à la hanche gauche, consulte pour une cervicarthrie avec N.C.B. et P.S.H. droites. Un examen systématique du bassin décèle un ostéophyte sur l'angle supéro-interne droit du pubis sans traduction clinique.

Ce malade était en cure quand la loi des séries nous conduit un second cas de même nature.

Observation 4.

Monsieur d'An., 66 ans, vient faire une cure d'Aix pour une coxarthrie double le 18 mai 1957.

Antécédents personnels. Le sujet a été officier d'artillerie jusqu'en 1946: au cours de sa carrière il a été victime de nombreux traumatismes: 1) Il a eu une grave blessure de guerre du genou droit le 14 septembre 1914: elle a nécessité une ostéotomie. L'article garde une mobilité d'environ 30%. 2) Une chute de 4 mètres en 1928: elle a provoqué une fêlure de la branche ischio-pubienne gauche. Il a été immobilisé une semaine et n'a pas pu monter à cheval pendant 6 mois. 3) En 1947, luxation de l'épaule gauche: bien qu'elle ait été réduite de suite, elle a laissé une perte de souplesse permanente de 30% environ.

Histoire de la maladie.

La douleur est apparue à l'aîne gauche en novembre 1956 de façon spontanée, sans trauma préalable, rien à droite. Il a été soulagé par la roentgenthérapie.

Sujet vigoureux, bien musclé, pesant 80.300. On est frappé par son teint bronzé.

Le cœur est normal, la T. A. auscultatoire de 14/8, 15/8, 14/8.

Le rayon de marche quotidien est de 2km. Il n'y a pas de douleur nocturne.

L'amplitude des mouvements des hanches est la suivante:

	Hanche droite	Hanche gauche
Flexion	120°	100°
Abduction	40°	30°
Adduction	40°	30°
Rotation en dedans	20°	0
Rotation en dehors	20°	25°
Extension	5°	0
Roulement à billes		
en dedans	15°	5°
Roulement à billes		
en dehors	15°	0

Au genou droit l'extension est réduite de 20° environ, la flexion de 30. Le malade accuse des douleurs du genou gauche: il n'y a pas d'altération objective.

Il se plaint également d'une lombalgie chronique. Par ailleurs on note de très légères nodosités d'Herberden et de Bouchard. Aucun symptôme à la racine de la verge dont la palpation est négative.

Rien d'autre à signaler.

Radiographie (Lefèvre, Paris, 6 février 1959). Un cliché du bassin révèle une coxarthrie double, plus accentuée à gauche où il existe un pincement supéro-externe: le seuil est exubérant. Même image, ébauchée, à droite. On note des ostéophytes autour des têtes et des cotyles et un bassin assez épineux.

Sur les angles supéro-internes de la symphyse pubienne s'affrontent deux ostéophytes triangulaires à base inférieure, le droit étant le plus développé.

Le sacrum montre un remaniement pseudo-page-toïde. On découvre aussi quelques images de calcification artérielle.

Traitement. Le sujet est soumis aux piscines de rééducation, aux douches d'Aix Générales, aux Berthollet. Il tire un bon résultat de sa cure.

En résumé, un sujet qui a eu plusieurs traumatismes graves, fait en novembre 1956, une coxarthrie double: une radiographie de contrôle décèle une ostéophytose des angles supéro-internes de la symphyse pubienne muette cliniquement.

Résumons à très grands traits nos deux observations précédentes.

Observation 1.

Sujet vigoureux de 70 ans, n'ayant jamais subi de traumatisme, mais ayant mené une existence très active, obèse 87k500 pour 1m74. Coxarthrie double discrète, rhumatisme chronique dégénératif diffus, touchant notamment le rachis lombaire et l'articulation sacro-iliaque gauche.

Absence de douleur pubienne malgré l'existence d'un couple épineux bilatéral, avec une grosse pièce droite, une plus petite gauche rentrant dans la précédente comme un tenon dans une mortaise.

Observation 2.

Sujet de 75 ans (en 1956), grand infirme, ayant eu en 1927 un violent traumatisme de sa hanche gauche avec fracture probable. Il pèse 86kg pour une taille de 1m75.

Il fait en 1954 une coxarthrie gauche qui s'aggrave rapidement: le côté droit se prend à son tour. L'examen clinique montre une lombarthrie accentuée, avec pincement de tous les disques, une coxarthrie double asymétrique, plus marquée à gauche, un bassin hérissé. On trouve un ostéophyte de l'angle supéro-interne gauche de la symphyse pubienne.

* * *

Ces quatre observations présentent maints points communs qui leur donnent un air de famille: sexe masculin, sujets atteignant ou dépassant la soixantaine, coxarthrie double dans 3 cas sur 4, évolution vers la polyarthrite sèche progressive, obésité. Il y a traumatisme évident dans 3 cas: dans l'Observation I, le sujet avait mené une existence particulièrement active puisqu'il était distillateur dans la campagne flamande.

Les « cornes » radiographiques sont remarquablement superposables: 2 fois bilatérales, 2 fois unilatérales dont 1 fois droite et 1 fois gauche. Sans doute se sont-elles développées à la faveur d'arrachements périostés survenus à l'occasion des traumatismes subis et aggravés par la coxarthrie bilatérale. Il faut encore tenir compte du terrain spécial de rhumatisme chronique dégénératif avec une double tendance à l'extension à d'autres articulations et à la prolifération sur place.

Ajoutons que nos observations ne sont pas isolées: dans la dernière édition de leur traité classique (1956), A. Köhler et E.-A. Zimmer signalent « qu'on a décrit trois fois jusqu'ici

une grande exostose crochue du pubis gauche, c'est-à-dire unilatérale ».

* * *

Existe-t-il des *diagnostics différentiels*? Oui.

1) Les épines de la *Spondylarthrite Ankylosante* sont beaucoup plus grêles et s'accompagnent généralement de lésions des facettes symphysaires (F. Françon). Elles poussent chez des sujets bien plus jeunes.

2) On ne saurait évoquer ici l'opération de Terence Millin: les suppurations qui surviennent parfois à sa suite, provoquant une *ostéite pubienne*: mais elle creuse au lieu d'édifier. Aucun de nos sujets n'a subi d'intervention pour sa prostate.

3) Pas davantage on ne pourrait penser à l'*ostéite traumatique pubienne* décrite en 1953 par R.-J. Adams et Fr.-A. Chandler (Chicago): elle frappe des jeunes des deux sexes, succède toujours à un traumatisme et reconnaît une origine inflammatoire avec parfois présence de *Staphylocoque doré*.

4) Un seul diagnostic est à serrer de près, celui d'avec la *Maladie Exostosante*: elle peut édifier un éperon semblable au niveau du même angle supéro-interne de la symphyse pubienne. Avec radiographie à l'appui nous en avons rapporté un cas en 1954 à la Ligue Française contre le Rhumatisme: il s'agissait d'une femme de 57 ans chez qui l'affection avait débuté à l'âge de 14 ans, avait touché beaucoup d'os et provoqué de graves dystosies: forceps pour les deux premiers enfants qui moururent au bout de quelques heures, césarienne pour le troisième qui survécut. Mais il faut avouer que cette localisation est rare: nous n'en avons pas trouvé mention dans le mémoire fondamental de Léri. Chez deux autres de nos patients présentant la même maladie Exostosante elle existait une fois et manquait l'autre.

Dans nos quatre observations l'examen clinique éliminait ce diagnostic.

Malgré leur volume ces ostéophytes ne donnent pas de symptôme: dans ces condi-

tions il n'y a pas lieu d'envisager pour eux de *traitement particulier* en dehors de ceux qui s'appliquent au rhumatisme chronique dégénératif en général.

BIBLIOGRAPHIE

- F. FRANÇON: Symphyse pubienne et rhumatismes. *Rhumatologie*, **4**: 202 (sept.-oct.) 1952.
- F. FRANÇON, G. DuLAC, L. JOLY, P. FAIDHERBE: Les Réactions Ostéo-cartilagineuses du bassin (sacro-iliaques exceptées) dans la spondylarthrite ankylosante ou spondylose rhizomélique. *Rhumatologie*, **5**: 195 (juillet-août) 1953.
- Raymond J. ADAMS et Fremont A. CHANDLER: Osteitis pubis of traumatic etiology. *The J. of Bone and Joint Surg.*, **35-A**: 685 (juillet) 1953 (bibliographie).
- F. FRANÇON, DUHAUT et BERSON: Ostéoarthrite hypertrophique sur le bord supérieur de la symphyse pubienne. *Revue du Rhumatisme*, **21**: 141 (février) 1954.
- F. FRANÇON, J. FRANÇON et P. FAIDHERBE (Aix-les-Bains): Exostose ostéogénique localisée sur la symphyse pubienne. *Revue du Rhumatisme*, **21**: 696 (sept.-oct.) 1954.
- F. FRANÇON et J. LEROY (Aix-les-Bains): Ostéophytose de l'angle supéro-interne de la symphyse pubienne (2e observation). *Le Répertoire Médical pratique*, **33**: (février) 1957, supplément au no 5.
-

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DE LA THYROTOXICOSE¹

Sylvio LeBLOND,
Hôtel-Dieu Saint-Vallier (Chicoutimi).

L'hyperfonctionnement de la glande thyroïde est une affection bien connue, facilement diagnostiquable et dont le traitement est aujourd'hui assez bien établi et efficace.

L'hyperthyroïdie ou thyrotoxicose est encore appelée « goitre exophtalmique », « Maladie de Graves, de Parry ou de Basedow ».

Une triade symptomatologique la caractérise :

1. Des signes d'intoxication thyroïdienne portant surtout sur l'appareil cardio-vasculaire, le système nerveux, et la nutrition générale.

2. L'exophtalmie.

3. Le goitre.

Les signes d'intoxication existent toujours; l'exophtalmie peut ne pas exister. On retrouve toujours un élargissement plus ou moins marqué de la glande thyroïde.

En 1913, Plummer décrivit le goitre adénomateux avec hyperthyroïdie et en fit une entité à part. L'anatomo-pathologie et l'iode radioactif ont bien démontré que l'hyperthyroïdie se localisait à l'adénome chez ces malades, tandis qu'elle s'étendait à toute la glande dans le goitre diffus.

Des tératomes contenant du tissu thyroïdien ont pu produire des syndromes cliniques d'hyperthyroïdie. Ces tératomes d'origine ovarienne habituellement, sont rares et doivent être enlevés prématurément.

Des petits hypothyroïdiens ou des malades en mal de maigrir qui ont pris d'assez fortes doses de thyroïde ont pu développer des signes nets d'hyperthyroïdie qui disparaissent habituellement si l'on supprime le médicament.

La connaissance de cette maladie de la thyroïde remonte au XVIII^e siècle. Parry, un médecin anglais, en décrivit la symptomatologie, et fit le rapprochement avec l'hypertrophie de la glande thyroïde. Ses œuvres parurent, après sa mort, éditées, par son fils en 1825. Graves en 1835, et Basedow en 1840, ignorant l'un et l'autre les travaux de Parry, décrivent de nouveau la maladie, Graves en Irlande, et Basedow en Allemagne, à l'insu l'un de l'autre. Charcot la fit connaître en France en 1856. Gauthier en 1886 l'attribuait à un trouble de la sécrétion thyroïdienne et c'est Moebius qui en fit une manifestation de l'hypersécrétion thyroïdienne. Cette dernière hypothèse a soutenu les épreuves du temps et de l'expérimentation.

On sait que l'hormone thyroïdienne est fabriquée aux dépens de l'iode et de la tyrosine. L'iode arrive sous forme d'iodure au niveau de la cellule thyroïdienne, et il ne peut être absorbé par celle-ci que comme composé organique. L'iode est remis en liberté et se retrouve dans la thyroïde à l'état de réserve sous forme de mono et diiodotyrosine. Le stade ultime de toutes ces transformations c'est la thyroxine qui est emmagasinée sous forme de thyroglobuline dans le follicule thyroïdien, et est éliminée, suivant certains auteurs par les voies lymphatiques vers la circulation qui l'amène au foie. Elle est excrétée par la bile, et en partie réabsorbée au niveau de l'intestin.

L'hormone thyroïdienne de l'hypophyse (TSH) maintient l'équilibre hormonal thyroïdien et essaie de suppléer à l'insuffisance iodée par une augmentation de volume de la glande.

L'hormone thyroïdienne a pour rôle principal l'oxydation des tissus, et comme dans la

1. Communication au XXVII^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, septembre 1957.

maladie de Basedow, le phénomène de la formation de cette hormone est amplifié dans sa rapidité de formation et dans sa quantité, on s'explique qu'il existe un amaigrissement rapide et une fonte des tissus.

On connaît mal encore les causes qui déclenchent cette hyperproduction hormonale, mais il en est une sur laquelle, à mon avis, on semble insister davantage depuis quelques années, avec raison, c'est la suite et la répétition des traumatismes psychiques qui surviennent chez certains individus prédisposés ou sensibles.

TRAITEMENT

Le traitement vise naturellement, à arrêter cette hyperproduction hormonale, ou à l'empêcher, soit en détruisant la glande thyroïde par les moyens chirurgicaux ou la radiation, soit en bloquant le processus de fixation de l'iode sur la tyrosine.

Ces moyens sont:

- l'iode,*
- les antithyroïdiens,*
- la chirurgie,*
- les radiations.*

L'iode, administré sous forme de solution de Lugol, à la dose de X à XXX gouttes par jour, apporte à la thyroïde une quantité qui dépasse près de mille fois celle requise par l'organisme.

L'iode sans qu'on sache trop pourquoi, amène une involution de l'hypertrophie parenchymateuse qui caractérise la maladie de Basedow. Son action est très rapide: la glande diminue de volume et devient plus ferme, la vascularisation est moins marquée, l'épithélium glandulaire s'aplatit et du tissu colloïde apparaît de nouveau dans les follicules.

Il semble qu'il ne soit pas nécessaire, cependant, que l'iode soit fixé ou accumulé dans les follicules glandulaires pour, quand même, obtenir ces résultats.

La rapidité d'action de la solution de Lugol en fait un médicament précieux, dans la crise thyroïdienne. Son action s'épuise cependant,

et on ne peut escompter des arrêts prolongés avec le Lugol seul, ou des guérisons. Il est très utile, associé aux antithyroïdiens de synthèse, ou dans la phase préparatoire à l'intervention chirurgicale.

Certains malades sont résistants à l'iode ou développent de l'iodisme, caractérisé par l'apparition d'une éruption cutanée, du larmoiement, un écoulement nasal, et de la fièvre. La diiodotyrosine a une action identique, plus rapide encore que l'iode.

L'utilisation des *antithyroïdiens* de synthèse remonte à 1943, alors que Astwood, aux Etats-Unis, rapporta des succès nets avec la thiourée et le thiouracile.

Depuis sont apparus le propylthiouracile, onze fois supérieur au thiouracile, le méthylthiouracile et le méthimazole ou Tapazole.

Si le thiouracile amenait souvent des accidents d'intolérance digestive, de l'urticaire, des éruptions ou de l'agranulocytose, ses dérivés sont mieux supportés et moins dangereux. Les accidents cessent habituellement, si l'on supprime la médication. Une formule sanguine faite tous les 15 jours ou tous les mois, permet de dépister assez tôt l'hypogranulocytose, et prévenir les accidents possibles d'agranulocytose.

Ces produits, pris régulièrement, empêchent la transformation des iodures en iode organique et par conséquent, la formation de l'hormone thyroïdienne, ce qui explique la lenteur de leur action de départ, étant donné que l'hormone déjà emmagasinée doit être utilisée.

Ces antithyroïdiens doivent être administrés longtemps; et souvent dès qu'on les cesse, la maladie reparait. Ils requièrent de plus une surveillance attentive, et leur administration prolongée a fait apparaître chez des rats des tumeurs qui ont jeté le trouble dans l'esprit des expérimentateurs.

La chirurgie a été longtemps le seul traitement de la maladie thyroïdienne. Elle s'imposait d'emblée devant un hyperthyroïdien et les accidents étaient fréquents. L'iode et les antithyroïdiens ont permis aux chirurgiens

d'opérer sur des malades en état d'euthyroïdie et prévenir ainsi la crise thyroïdienne toujours dangereuse qui pouvait se déclencher au cours de l'opération ou dans les quelques jours suivants. Plummer, en 1922, a préparé ses malades à l'iodure et il a vu tomber sa mortalité opératoire de 4 à 1%. Les antithyroïdiens ont presque fait disparaître tous les risques et ont permis à des malades considérés inopérables antérieurement, de subir une intervention profitable.

Le chirurgien doit pratiquer une thyroïdectomie partielle, large, et ne laisser que le minimum de glande thyroïde sans enlever les parathyroïdes, ni sectionner les récurrents. Dans des portions restantes aussi minimales que 2 à 4 grammes de chaque lobe, la maladie peut encore récidiver dans 4% des cas.

La radiothérapie qu'on a très utilisée autrefois aux doses de 3,000, même jusqu'à 6,000 r. est délaissée aujourd'hui. Les récidives étaient fréquentes. Les radiations touchaient d'une façon inégale les follicules thyroïdiens et le chirurgien qui devait intervenir souvent par la suite, tombait sur des tissus plus friables, des pédicules cassants, et l'hémostase était plus difficile. Le chirurgien ne savait plus si la portion de glande laissée en place était encore active ou radionécrosée, ce qui pouvait amener des hypothyroïdies secondaires embêtantes. On utilise encore la radiothérapie cependant, dans les récidives tardives avec succès.

L'iode radioactif s'attaque spécifiquement à la thyroïde, et plus particulièrement, aux follicules les plus actifs. En quittant la thyroïde ce corps radioactif peut se fixer sur la moelle osseuse, le rein et les glandes génitales. Son utilisation sur une grande échelle a fait craindre des complications sérieuses sur ces tissus; les doses requises ne sont cependant pas suffisantes pour amener des accidents graves, des stérilités ou des aménorrhées sérieuses. On conseille encore dans certains milieux, de ne pas l'administrer avant 40 ou 45 ans, c'est-à-dire, aux individus dont la vie génitale peut encore être très active.

Il est contre-indiqué après le 4^e mois de grossesse: il pourrait détruire la glande thyroïde du fœtus d'une façon assez brutale.

L'iode radioactif n'agit bien que si le malade n'a pas reçu dans les mois qui précèdent d'iode, organique ou non, car la présence de cet iode dans l'organisme inhibe la capacité de fixation.

Son action n'est pas immédiate, et ce n'est souvent qu'au bout de 15 à 18 jours que son effet se fait sentir. Certains ajoutent des antithyroïdiens pendant la période intercalaire.

L'iode radioactif a aussi l'inconvénient de ne pouvoir être administré qu'en milieu spécialisé, plus difficile d'accès parfois pour le malade éloigné. Assez souvent une seule dose n'est pas suffisante et on doit en répéter l'administration 3 ou 4 fois. Dans 5% des cas seulement sera-t-il absolument inactif. A part les accidents possibles signalés plus haut, une légère hypothyroïdie peut survenir facile à corriger.

Ce sont là les moyens à notre disposition actuellement, pour lutter contre la maladie de Basedow ou goitre exophtalmique.

Quand doit-on maintenant employer chacun d'eux, ou comment doit-on les combiner pour apporter au malade le meilleur traitement qui le guérira le plus vite tout en laissant chez lui le moins de séquelles possibles?

Chez l'individu jeune présentant une hyperthyroïdie non compliquée, sans exophtalmie marquée, sans atteinte cardiaque, il n'y a pas de doute que le traitement doit viser à le débarrasser, le plus tôt possible, de la glande hypersécrétoire et le traitement chirurgical doit être envisagé, après une bonne préparation médicale combinée, faite de solution de Lugol et d'un antithyroïdien. Naturellement, le repos, les sédatifs, les barbituriques, et un régime riche contenant au moins 3,000 calories seront de grands adjuvants.

La conduite à suivre la plus appropriée et celle ordinairement acceptée aujourd'hui consiste à donner des antithyroïdiens, (propylthiouracile) à la dose de 300 à 400 mg. par jour ou du tapazole à la dose de 15 à 20 mg. par jour jusqu'à ce que le métabolisme basal

revienne aux environs de la normale, c'est-à-dire, + 10 ou + 15%. Certains auteurs prétendent qu'avec ces doses le métabolisme baisse environ de 1% par jour. On substitue ensuite le Lugol pendant 7 à 10 jours, et quand le pouls est aux environs de 80 à la minute, que la cholestérinémie remonte et que le malade a repris du poids, il est prêt à être opéré. On évite ainsi avec le Lugol pré-opératoire la crise thyroïdienne toujours à craindre surtout dans l'adénome toxique. Dans cette dernière circonstance certains combinent les antithyroïdiens et le Lugol jusqu'à l'opération.

Chez le malade dépassant 40 ans, présentant un goitre non compliqué, sans atteinte cardiaque, la chirurgie est encore le traitement idéal. Cependant, l'iode radioactif peut être utilisé s'il existe un centre rapproché. Mais beaucoup de malades préféreront le traitement chirurgical qui leur semble plus efficace. La mise en scène est plus abondante et ils sont bien assurés que la cure lui est directement proportionnelle.

Il faut toujours compter avec le goitreux, jeune ou vieux, qui refuse l'intervention. Le plus jeune pourra être traité aux antithyroïdiens, mais il faut bien réaliser que cette cure est longue et doit être patiente. Les récurrences sont fréquentes, si l'on cesse trop tôt, du moins avant 3 mois. Le traitement doit durer 2 ou 3 ans, avec une surveillance mensuelle sanguine et l'apparition de signes d'intoxication.

Chez les plus âgés, au-dessus de 40 ou 45 ans, il faut essayer de convaincre ce patient qui refuse le traitement chirurgical, à se soumettre à l'iode radioactif. Si on n'a pas chez lui abusé des antithyroïdiens et du Lugol, il répondra bien au traitement qui n'est pas malin et qui consiste à avaler en une seule dose le contenu d'une cuillerée à café de cet iode radioactif. Et cela, s'il demeure à la campagne, c'est à la condition qu'il veuille bien se déplacer pour aller dans une ville possédant un centre distributeur. Certains auteurs, spécialisés dans la radioactivité, con-

sidèrent cette répartition entre jeunes et vieux, comme indication à l'iode radioactif, comme un mythe basé sur une hypothèse qui n'a pas fait sa preuve. L'un d'entre eux, Jaimet de Hamilton, affirme que le test à l'iode radioactif est plus précis que le métabolisme basal qui n'est pas toujours plus fiable que la clinique, et je crois qu'il a raison. Mais après avoir traité plus de 2,000 patients de tout âge, il affirme encore que plusieurs patientes stériles à cause de leur goitre, sont devenues enceintes après avoir été traitées par cette substance radioactive qu'elles appellent leur « cocktail de grossesse » (*pregnant cocktail*).

L'iode radioactif peut encore être conseillé à un malade basedowien, non compliqué, mais qui à cause de son âge ou de maladies antérieures constitue un risque opératoire, ou encore à un malade qui supporte mal les antithyroïdiens ou répond mal au traitement médical. Les récurrences sont aussi des indications à la radioactivité, mais souvent les antithyroïdiens jugulent bien ces reprises.

L'hyperthyroïdien qui présente en même temps des phénomènes cardiaques, allant du flutter auriculaire jusqu'à la défaillance cardiaque, doit être traité à la fois comme un cardiaque en décompensation et un hyperthyroïdien. Il doit être digitalisé, recevoir des mercuriels, et des antithyroïdiens. Si le flutter persiste, la quinidine, à dose progressive, et sous surveillance étroite, peut être tentée, mais cessée dès que les signes d'intoxication surviennent. Ce n'est qu'après cette préparation que le malade pourra être opéré sans trop de risques, mais il est possible qu'il conserve son flutter auriculaire et un cœur facile à décompenser. L'iode radioactif remplacera le chirurgien si le risque est trop grand. Parfois la fibrillation disparaîtra après le traitement chirurgical. La thyroïdectomie totale avec extraits thyroïdiens par la suite, pour combattre le myxœdème opératoire, préconisée il y a quelques années, sous prétexte qu'un métabolisme ralenti favorisait le travail cardiaque, n'a pas fait sa preuve suffisante et a été abandonnée.

Le diabétique qui développe un goitre devient un malade compliqué. Son métabolisme élevé et ses besoins considérables apportent une difficulté plus grande à accumuler du glycogène et le diabète doit être traité aussi activement que le goitre et conjointement. Le contrôle de l'hyperthyroïde améliore la tolérance en hydrocarbonés, et le malade devra être traité radicalement aussitôt que possible en ne ménageant ni l'insuline, ni l'apport alimentaire.

Dans les soins postopératoires, le diabète devra être suivi avec précaution, et les deux maladies profiteront du traitement adéquat.

Chez la femme enceinte, l'hyperthyroïdie passe en premier lieu. L'avortement n'apporte aucun soulagement; au contraire, il peut provoquer une crise thyroïdienne et il est à craindre, si l'on sait cependant, que dans 50% des cas, ces femmes sont exposées à une délivrance prématurée. L'enfant qui naît à terme n'est pas goitreux et les médications antithyroïdiennes ne l'affectent pas, même au moment de l'allaitement.

Dans les trois premiers mois de la grossesse, l'opération est sans danger et efficace.

Après le 3^e mois on recommande le traitement aux antithyroïdiens. La césarienne ou l'accouchement prématuré n'améliore pas la situation, et la malade doit être étroitement surveillée après un tel accouchement au moyen de Lugol ou d'antithyroïdiens.

L'exophtalmie accompagne habituellement la maladie de Basedow, mais parfois elle prend une importance primordiale, sans que les signes d'intoxication thyroïdienne, par ailleurs, soient nettement manifestes. Cette exophtalmie maligne est attribuée à une intervention pituitaire et on différencie de l'hormone thyro-stimulante (TSH) de l'hypophyse une autre hormone exophtalmiante (ESP) qui chez l'animal d'expérimentation produirait des exophtalmies souvent irréversibles.

Dans les cas graves l'œdème rétrobulbaire peut être assez marqué, provoquer une para-

lysie des muscles extra-oculaires et une panophtalmie.

L'exophtalmie peut être maligne d'emblée ou s'avérer maligne chez les malades qui sont porteurs d'une maladie de Basedow insuffisamment traitée ou non traitée depuis plusieurs années.

Cette exophtalmie maligne peut exister concomitamment avec une hypothyroïdie et les extraits thyroïdiens alors, peuvent avoir des effets favorables; la solution de Lugol à raison de 10 à 30 gouttes par jour, peut aider le patient à fixer de l'iode sur une glande déficiente.

L'iode radioactif n'a pas donné de résultats satisfaisants sur l'exophtalmie maligne. Les rayons-x, en application sur l'hypophyse, ont été essayés avec des résultats décevants.

La thyroïdectomie sub-totale peut exagérer l'exophtalmie.

Celle-ci, alors, devient un problème local particulier à l'ophtalmologiste qui peut aller de l'utilisation des méthodes décompressives rétro-bulbaires jusqu'à l'énucléation.

Conclusion

La maladie de Basedow reste donc, à mon avis, une maladie chirurgicale.

Le traitement médical consistant en:

- 1) repos,
- 2) solution de Lugol,
- 3) antithyroïdiens,
- 4) sédatifs,
- 5) suralimentation.

Doit être utilisé:

1. comme préparatoire à l'acte chirurgical,
2. chez les malades qui refusent l'intervention,
3. chez les goitreux à cardiopathie décompensée,
4. chez les basedowiens diabétiques,
5. chez les vieillards,
6. chez les femmes enceintes après le 6^e mois de grossesse.

L'iode radioactif a à peu près les mêmes indications que le traitement médical. Son

action est plus lente à s'amorcer cependant, et il ne doit pas être utilisé concomitamment avec les antithyroïdiens. Jusqu'à avis contraire, il n'est pas encore conseillé de l'administrer aux individus jeunes, aux moins de 40 ans.

La radiothérapie n'est plus utilisée que dans les récurrences postopératoires.

Le malade doit être opéré tôt, avant que s'installent d'une façon permanente, des complications cardio-vasculaires, irréversibles ou une exophtalmie trop prononcée.

BIBLIOGRAPHIE

- L. De GENNES: Les nouveaux traitements de la maladie de Basedow. *Le Monde Médical*, 129-145 (nov.-déc.) 1956.
- Brown M. DOBYNS: Physiologic Concepts in the Diagnosis and Treatment of Grave's disease. *Am. J. of Med.*, 20: 684 (mai) 1956.
- Garfield G. DUNCAN: *Diseases of Metabolism*. Saunders Co., édit., 1949 — pp. 931-935.
- Shirley M. FERGUSON-ROYPORT: The Relation of Emotional factors to recurrence of Thyrotoxicosis. *C. M. A. J.*, 75: 993 (15 déc.) 1956.
- P. GUINET: Etude physio-pathologique de la goïtrigénèse. *Revue du Praticien*, 6: 5 (janv.) 1956.
- L. M. HURXTHAL et N. MUSULIN: *Clinical Endocrinology*. Lippincott, édit., 1953 — Vol. I. pp. 431-533.
- C. H. JAIMET: The Treatment of Thyroid Disease by Radioisotopes. *C. M. A. J.*, 76: 317 (15 fév.) 1957.
- B. MARDEN BLACK: Treatment of NonMalignant Diseases of the Thyroid. *Postgraduate Med.*, 20: 602 (déc.) 1956.
- R. A. MUSTARD: The Management of Thyrotoxicosis. *C. M. A. J.*, 76: 410 (mars) 1957.
- Rulon W. RAWSON: Hyperthyroidism. *Disease-a-Month*. Year Book, édit., avril 1955.
- Victor RIDDELL: The Management of Thyrotoxicosis. *British J. of Surgery*, 44: 25, 1956.
- D. SOLOMON, J. C. BECK et W. P. VANDER LAAN: Prognosis of Hyperthyroidism treated by Antithyroid Drugs. *J. A. M. A.*, 152: 201 (16 mai) 1953.

LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE GASTRIQUE¹

Laurent POTVIN, F.R.C.P. (C).

Sommes-nous justifiés, en 1957, d'entreprendre un traitement médical dans un cas d'ulcère gastrique?

Le danger de cancérisation et surtout celui d'une erreur de diagnostic, faisant prendre pour un ulcère bénin ce qui en réalité est un ulcère-cancer ou un cancer ulcérisé, ont donné lieu à des prises de positions radicales à ce sujet, surtout ici en Amérique. Dans beaucoup de grands centres américains, par exemple, on a préconisé depuis longtemps la gastrectomie d'emblée pour toute lésion ulcéreuse de l'estomac. A ce sujet, je me contenterai de citer F. Lahey lui-même, qui déclarait à un congrès de gastro-entérologues en 1953 « qu'il avait prôné lui-même depuis longtemps la gastrectomie pour toute lésion ulcéreuse de l'estomac, mais que s'il avait lui-même un ulcère gas-

trique d'aspect bénin, il commencerait par suivre un traitement médical et il ajoutait qu'il connaissait plusieurs confrères qui avaient fait de même et qui s'en étaient bien portés ». Cette opinion rejoint celle de Bockus et de l'école française.

A mon avis, si la niche est radiologiquement bénigne, il est indiqué de commencer un traitement médical d'épreuve, mais à la condition expresse de faire faire un contrôle radiologique environ trois semaines plus tard, même si les symptômes cliniques ont complètement disparu, car le traitement médical peut faire disparaître temporairement les symptômes cliniques d'un cancer de l'estomac. Si la niche est disparue ou presque, le traitement médical peut être poursuivi sans danger. Si, au contraire, la niche a grossi, est demeurée telle quelle, ou n'a que peu diminué, il faut la considérer comme suspecte de cancer et suggérer l'intervention chirurgicale.

1. Communication au XXVII^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, septembre 1957.

Les statistiques des guérisons après chirurgie des cancers de l'estomac, même opérés peu après le début des symptômes, sont tellement mauvaises que le risque de compromettre une guérison chirurgicale par suite d'un traitement d'épreuve de trois semaines, est à mon avis très faible. Ce risque ne me paraît pas plus grand que le risque opératoire, auquel s'ajoute celui des complications post-gastrectomie.

Le traitement classique de l'ulcère gastrique repose sur le trépied: régime, médication anti-acide et anti-sécrétoire, repos physique et moral. Le traitement a pour but de soulager les symptômes et d'aider l'ulcère à guérir.

Il visera à diminuer les sécrétions gastriques, à neutraliser les sucs gastriques en prévenant que l'estomac ne se trouve vide, ceci étant réalisé par l'ingestion fréquente de médicaments et d'aliments non irritants pour l'estomac.

Selon les écoles et les tendances, les régimes ont évolué entre la diète lactée absolue et prolongée, et le régime très large, n'excluant que les épices et les crudités.

Étudions tout d'abord le problème du régime lors d'une poussée ulcéreuse, puis ensuite en période d'accalmie.

RÉGIME ALIMENTAIRE

En période douloureuse, je préfère débiter par une diète sévère que j'élargis progressivement et aussi rapidement que possible. Je prescris tout d'abord une diète lactée, comprenant un verre de lait avec ou sans crème, aux deux heures, sauf pendant le sommeil. Aux heures, entre les verres de lait, le patient prend des anti-acides ou alcalins. Dès que les douleurs sont disparues, j'augmente la ration du patient en ajoutant des produits lactés, puis des aliments mous et non irritants, tels les œufs battus, bouillis, pochés, des « cossettes », du beurre, etc. etc. Lorsque le patient a été trois jours sans douleurs, de nouveau on élargit son régime. De cette façon, le patient ne perd pas de forces, il ne souffre

pas de dénutrition et il accepte plus facilement son régime.

Une fois l'ulcère guéri, que faut-il conseiller au patient du point de vue alimentaire?

A ce sujet il est bon de se rappeler qu'il est loin d'être prouvé qu'une mauvaise alimentation soit la cause de l'ulcère gastrique. Bien des ulcéreux en période d'accalmie, peuvent manger n'importe quoi sans en éprouver de malaises. Par ailleurs, certains patients éprouvent facilement des brûlures gastriques en prenant des aliments épicés ou des fritures. Ces brûlures sont ordinairement en rapport avec une gastrite ou une irritabilité gastrique et non avec un ulcère. Toutefois, on ne peut pas nier de façon absolue qu'un excès alimentaire ne puisse déclencher une poussée ulcéreuse. C'est pourquoi, tout en autorisant un régime très large, nous conseillons d'éviter les abus en aliments épicés. De plus le patient ulcéreux devrait prendre une collation entre les repas, même quand tout va bien.

Faut-il prescrire l'usage du tabac aux ulcéreux? Cliniquement le tabac semble bien avoir une action excitante sur la motilité de l'estomac. Nous recommandons aux patients de ne pas fumer à jeun ou lorsque l'estomac est vide, peu avant les repas. Nous ne voyons pas qu'il faille aller plus loin dans la voie des restrictions. Nous faisons la même recommandation en ce qui regarde l'alcool, une fois l'ulcère guéri.

Par ailleurs, nous conseillons au patient de se remettre au régime lacté avec toute la médication, dès le début de la reprise des malaises; nous croyons ainsi pouvoir diminuer l'intensité des poussées ulcéreuses, s'il arrivait qu'il s'en produise des nouvelles.

MÉDICATION

La médication vise à neutraliser l'action des sucs gastriques et à en diminuer la production. Nous disposons actuellement d'une grande variété d'alcalins et d'anti-acides, soit sous forme liquide, soit sous forme de comprimés. Personnellement je préfère utiliser une combinaison de produits contenant un sel de

magnésie. En effet, lors d'une poussée ulcéreuse la constipation est fréquente et les sels de magnésie aident à combattre cet état. Les substances neutralisantes de l'acide chlorhydrique gastrique doivent être administrées fréquemment, par exemple aux deux heures, tant que dure la poussée ulcéreuse. Par la suite, on peut en réduire progressivement la fréquence.

Pour diminuer les sécrétions gastriques, on utilise la belladone et ses dérivés: atropine, etc. De plus, il existe sur le marché toute une série de substances anticholinergiques dont l'action serait plus efficace que celle de la belladone ou de l'atropine, et qui donneraient moins d'effets secondaires. Personnellement je ne suis pas convaincu que ces substances soient nettement supérieures à la belladone.

A la médication déjà décrite, s'ajoute les extraits de muqueuse gastrique, connus sous le nom commercial de « Robuden ». Je n'ai pas d'expérience personnelle dans le traitement de l'ulcère gastrique par le « Robuden ». Etant donné toutefois que les publications reçues à date, font mention d'une diminution dans le taux des récurrences chez les patients traités par le « Robuden », il y a certainement intérêt à considérer cette thérapeutique.

Nous connaissons l'influence des facteurs émotionnels tout au moins comme cause déclenchante des poussées ulcéreuses. C'est

pourquoi il est important que le patient jouisse de repos physique et moral, avec souvent des sédatifs pour calmer la nervosité. L'ambiance de l'hôpital, loin des tracasseries familiales, est souvent salutaire. De plus, dans les cas d'ulcères gastriques, la décision en ce qui regarde l'opportunité de l'intervention chirurgicale, repose sur la guérison radiologique de l'ulcère. Il importe donc de favoriser cette guérison par tous les moyens possibles et souvent l'hospitalisation s'impose presque.

En résumé, on peut et à mon avis on doit, traiter médicalement un ulcère gastrique d'aspect radiologique bénin, mais à la condition de pouvoir suivre l'évolution radiologique de l'ulcère après trois à quatre semaines de traitement bien fait, même si les symptômes cliniques sont tous disparus. En effet, le traitement médical peut améliorer temporairement les symptômes cliniques d'un cancer gastrique. Le traitement se fera par un régime lacté, sévère au début, mais s'élargissant progressivement; une médication neutralisante des sucs gastriques et administrée régulièrement et souvent; l'administration de substances, genre belladone, tarissant la production des sucs gastriques, allant au besoin, en ce qui regarde les doses, jusqu'à l'apparition des effets secondaires; le repos physique et moral, aidé par les sédatifs.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCÈRE GASTRIQUE¹

E. BEAUDRY, F.R.C.S. (C) et F.-X. BRISSON, F.L.C.S.,
Service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier (Chicoutimi).

Peu de lésions ont suscité plus de travaux et de publications que l'ulcère peptique. Cette abondante littérature est sans doute expliquée par la fréquence de cette maladie et son importance sociale et économique. Malgré les recherches continuelles des dernières décades, plusieurs aspects du problème ulcéreux demeurent obscurs et hypothétiques. La genèse même de l'ulcère est le sujet de maintes controverses. Comme la thérapeutique doit logiquement dépendre des facteurs étiologiques, elle varie, tant du point de vue chirurgical que médical suivant l'attitude du médecin traitant.

Mille cinquante-trois patients ont été hospitalisés pour ulcère peptique, à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier durant la période 1951-1956. De ce nombre 914 patients souffraient d'ulcère duodénal et 144 présentèrent un ou plusieurs ulcères gastriques (tableau I). La fréquence

pathologiste. Les ulcères du pylore ou du canal pylorique n'ont pas été inclus dans cette série.

Des 144 patients, 123 sont du sexe masculin et 21 de sexe féminin ce qui établit une proportion de 5 à 1. La prédilection de la maladie pour le sexe mâle est évidente. On peut la rencontrer à tous les âges de la vie (tableau II). Le plus jeune patient de la série est âgé

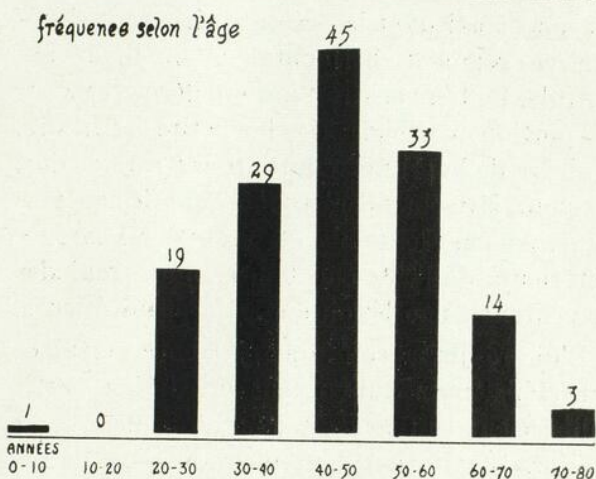
TABLEAU I

ULCÈRES PEPTIQUES	
Ulcère duodénal	914
Ulcère gastrique	144
hommes	123
femmes	21
total	1058

de l'ulcère duodénal est évidemment beaucoup plus considérable et s'établit, dans la série étudiée, dans une proportion de 6.2 à 1. Notre exposé envisage le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique, l'ulcère duodénal n'étant mentionné qu'à titre comparatif. Tous les diagnostics douteux ont été éliminés pour ne conserver que les lésions ayant donné des images radiologiques ou une vision endoscopique indiscutables ou celles qui ont été démontrées à l'intervention ou à l'examen du

1. Communication au XXVII^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, septembre 1957.

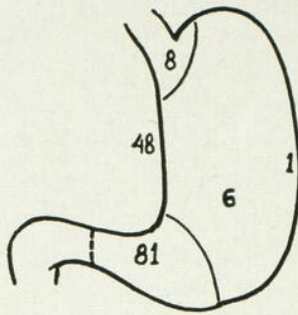
TABLEAU II
ULCÈRES GASTRIQUES



de 3 ans. Il présentait un large ulcère prépylorique avec sténose. Le plus vieux, âgé de 74 ans, a été hospitalisé pour hématomésès provenant d'un ulcère de la petite courbure. Dans la grande majorité des cas, l'ulcère gastrique est essentiellement une maladie de l'âge adulte frappant avec un maximum de fréquence entre quarante et soixante ans. Il apparaît, en effet un peu plus tardivement que l'ulcère duodénal.

La majorité des ulcères gastriques se localisent sur la petite courbure (tableau III). Il convient, cependant, de distinguer parmi les ulcères de la petite courbure, les lésions sises près du cardia et du pylore, qui entraînent une symptomatologie particulière en raison du voisinage orificiel. Entre ces régions

FIGURE 1



extrêmes, la courbure est divisée en deux segments par l'angle gastrique: le segment vertical où l'ulcère prend souvent des proportions importantes et le segment horizontal prépylorique où la fréquence du cancer rend l'ulcère toujours suspect. La majorité des ulcères constituant la présente série sont situés sur ce segment horizontal et à la région antrale. Le tiers environ ont été découverts sur la portion verticale de la petite courbure. L'ulcère de la grande courbure est rare et doit toujours être considéré comme une lésion maligne. Aucun ulcère n'a été trouvé sur la face antérieure de l'estomac tandis que 6 malades présentaient une lésion sur la face postérieure.

L'ulcère juxta-cardiaque présente certaines caractéristiques qui en font une lésion particulièrement difficile à diagnostiquer et à traiter. L'irritation dont il est le siège détermine une réaction inflammatoire et indurée rendant souvent incertaine la détermination de sa bénignité. Sa localisation haute conduit à une exérèse souvent plus difficile et laborieuse.

La symptomatologie dominante à l'admission de la majorité des patients est constituée par un syndrome ulcéreux cyclique se manifestant par des malaises et des douleurs épi-

TABLEAU III

ULCERES PEPTIQUES		
SYMPTÔME D'ADMISSION	GASTRIQUES	DUODENaux
SYNDROME DOULOUREUX	112	723
HÉMORRAGIE	22	92
PERFORATION	8	78
STÉNOSE	1	21
AUTRE SYMPTÔME	2	-

gastriques (tableau IV). Ces symptômes sont habituellement soulagés par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins. L'ulcère peptique, gastrique et duodéal, cause 85 à 90% de toutes les hémorragies intestinales. Vingt-deux malades ont été hospitalisés à la suite d'hémorragies digestives; hématomèses ou melæna. Durant la même période 92 malades, porteurs d'un ulcère duodéal, ont été admis pour hémorragies. Il n'existe pas de relations directes entre l'importance de l'ulcère et la sévérité de l'hémorragie; la relation s'établit plutôt avec la localisation de l'ulcère.

Par son extrême gravité la perforation constitue la complication ulcéreuse la plus dramatique. Dans l'immense majorité des cas, l'ulcère peptique se perforé brutalement en péritoine libre donnant issue au liquide intraluminaire. Dans notre série 86 malades ont été admis à la suite d'une perforation. De ce nombre 78 se sont avérés être de localisation duodénales tandis que 8 siégeaient sur l'estomac. Williams et Walsh (1), cité par Bockus, donnent une proportion de 4 ulcères duodénaux perforés pour un gastrique. La proportion que nous avons enregistrée est sensiblement différente puisqu'elle s'établit dans l'ordre de 9.5 à 1.

Quelles que soient les modalités cliniques de la maladie, le diagnostic n'est confirmé que par le résultat d'examens complémentaires: la radiologie et l'endoscopie. Cent trente malades ont été soumis à des études radiologiques du tractus digestifs (tableau V). La radiographie

TABLEAU IV

ULCERES GASTRIQUES			
	NOMBRE	ULCÈRE	NORMAL A. LÉSION
RADIOGRAPHIE	130	101	16 13
GASTROSCOPIE	55	48	3 4

a affirmé la présence d'un ulcère chez 101 malades et n'a pas mis en évidence l'ulcère existant chez seize autres. Dans treize cas, les images radiologique ont suggéré d'autres lésions. Notons que chez trois malades un diagnostic d'épithélioma avait été porté. La

gastroscopie, faite chez 55 malades, a permis de visualiser l'ulcère chez 48. Elle ne l'a pas mis en évidence dans 3 cas et a affirmé l'existence d'autres lésions à quatre reprises.

L'attitude thérapeutique vis-à-vis de l'ulcère gastrique peut varier sensiblement (tableau VI). En général, le traitement de l'ulcère n'est

TABLEAU V

ULCÈRES PEPTIQUES	
MALADES OPÉRÉS	78
GASTRECTOMIE TYPE POLYA	50
GASTRECTOMIE TYPE BILLROTH I	22
GASTRECTOMIE TOTALE	1
FUNDISECTOMIE	1
GASTRO-ENTEROSTOMIE	1
VAGOTOMIE	1
SUTURE SIMPLE	2
OPERATION REFUSÉE	5
TRAITÉS MÉDICALEMENT	61

pas un problème chirurgical d'emblée, la plupart des patients étant référés au chirurgien par le médecin qui a procédé aux investigations et le plus souvent à l'essai d'un traitement médical. Comme nous le remarquons sur le tableau, 78 patients, soit 54%, ont été soumis à un traitement chirurgical. La gastrectomie sub-totale a été l'opération de choix, les autres manœuvres étant des cas d'exception. Un seul décès post-opératoire a été enregistré. Il s'agit d'un malade de 54 ans, porteur d'un ulcère sous-cardiaque, chez qui une fundusectomie avait été pratiquée. Le décès est consécutif à l'emploi per os d'un antibiotique à large spectre qui a entraîné une entérite à pyogènes. Un patient ayant subi une résection à la suite d'une perforation d'ulcère gastrique, a présenté une récurrence gastro-jéjunale. Les autres opérés n'ont pas causé de problèmes post-opératoires importants.

Quatre-vingt-six patients ont été soumis à l'intervention avec un diagnostic préopératoire d'ulcère gastrique. Chez huit d'entre eux, l'opération a révélé un épithélioma, soit un pourcentage de 10.3%. L'histoire de ces patients révélait chez tous, l'existence, depuis plusieurs années, de troubles digestifs avec malaises épigastriques de type ulcéreux.

DISCUSSION

Le rôle important du système nerveux dans la genèse et l'évolution des ulcères chroniques de l'estomac et du duodénum est suspecté depuis de nombreuses années. Dans un mémoire célèbre, Cushing a rapporté 65 cas d'ulcères consécutifs à une lésion organique du système nerveux central. Ces ulcères de cause neurologique sont rares et c'est surtout à l'activité psychique et à une certaine tendance à l'émotivité qu'on attribue généralement les exacerbations ulcéreuses. Le stress, l'anxiété, l'effort mental déclenchent souvent chez un ulcéreux une période douloureuse, une hémorragie ou une perforation. Ces manifestations nous paraissent cependant beaucoup plus évidentes dans l'ulcère duodénal que dans l'ulcère gastrique.

Dragstedt (2) a démontré les différences physio-pathologiques intéressantes au sujet de ces deux lésions.

L'ulcère est dû à l'action corrosive du liquide gastrique et plus spécialement de l'acide chlorhydrique libre et de la pepsine. L'action corrosive sera plus importante chez les individus qui sécrètent une quantité exagérée de suc gastrique. Cette sécrétion gastrique est produite suivant deux mécanismes. Un mécanisme nerveux dont l'influx parvient à l'estomac par l'intermédiaire du vague et un mécanisme humoral constitué par la gastrine.

La phase nerveuse est déclenchée par les excitations gustatives et elle entraîne une augmentation de la motilité de l'estomac et une sécrétion abondante de suc gastrique dont le pouvoir protéolytique est élevé. La section des pneumogastriques abolit cette phase psychique de la sécrétion gastrique. Néanmoins la présence d'aliments dans l'estomac provoque une sécrétion gastrique moins riche en pepsine mais ayant quand même un pouvoir protéolytique. Le mécanisme de cette sécrétion est de nature humorale. L'irritation de la muqueuse antrale détermine la libération d'une hormone sécrétoire, la gastrine, qui, par voie sanguine, atteint les cellules glandulaires

du fundus et du corps gastrique sur lesquelles elle agit comme sécrétagogue.

Selon Dragstedt, l'hypersécrétion rencontrée dans l'ulcère duodéal provient de la phase nerveuse de la sécrétion gastrique et elle est abolie par la vagotomie. Par ailleurs l'hypersécrétion de l'ulcère gastrique provient de la libération excessive d'hormone gastrique et ne sera abolie que par la résection de l'antrum gastrique. Il existe donc entre ces deux types d'ulcères une différence biologique essentielle. Les études sur la sécrétion nocturne et les dosages de l'acidité libre à jeun ont montré une augmentation considérable de l'acidité gastrique dans l'ulcus duodéal alors que le taux demeure normal dans la lésion gastrique. Dragstedt estime que l'ulcère duodéal est une maladie psycho-somatique signifiant ainsi que les émotions et l'activité mentale jouent un rôle dominant dans la production de l'ulcère par hypertonie des pneumogastriques. L'ulcère gastrique par ailleurs ne connaît pas la même pathogénie il peut être dû à une hypersécrétion mais de type humoral résultant d'une stase ou d'une hyper-motricité associée à des phénomènes de gastrite ou à une obstruction fonctionnelle du pylore avec stase. Le système pathogénique de Dragstedt est bien discuté et loin d'être admis de tous, mais les études qu'il a faites montrent de façon indiscutable les différences fondamentales dans la production de l'ulcère gastrique et de l'ulcus duodéal. En conséquence, la thérapeutique doit être envisagée de façon différente. Un autre facteur essentiel qui doit présider à la décision thérapeutique, est le problème de la transformation possible de l'ulcère. On admet généralement que l'ulcère duodéal ne se cancérisse pas. En ce qui concerne l'ulcère gastrique, l'accord n'a jamais pu être fait sur ce problème capital. Certains auteurs le nie absolument, d'autres pensent que deux à cinq pour cent des ulcères gastriques subissent une transformation maligne. Il semble bien, cependant que le cancer d'estomac et l'ulcère soient deux maladies différentes évoluant indépendamment l'une

de l'autre. Le problème du clinicien n'est pas de résoudre cet aspect théorique de la question mais bien la difficulté de différencier au début l'ulcère malin de l'ulcère bénin. Quelques que soient les modalités cliniques, le diagnostic de l'ulcère gastrique ne peut être affirmé qu'en s'appuyant sur deux explorations anatomiques: la radiologie ou la gastroscopie. En réalité, le problème du diagnostic d'une lésion bénigne ou maligne retombe, en grande partie sur le radiologiste. C'est lui qui découvre la lésion, la situe et en décrit les caractères et les modifications qu'elle apporte au relief muqueux. La différenciation est souvent difficile et l'erreur survient dans l'ordre de 10%. Lambert de Mayo, dans une étude portant sur 550 patients opérés avec un diagnostic d'ulcère bénin de l'estomac relève 73 lésions malignes, ce qui établit un pourcentage d'erreur de 13%.

La gastroscopie n'est certainement pas un examen de routine, mais elle doit être utilisée chaque fois que la maladie étant suspectée, la radiologie s'avère négative ou douteuse. Certaines zones sont cependant difficilement accessibles au gastroscope et selon Schindler environ 20% des ulcères bénins ne pourront être repérés par cette méthode. Un grand avantage de l'endoscopie est de pouvoir suivre l'évolution d'une niche ulcéreuse. Mais le diagnostic macroscopique de l'endoscope n'est pas toujours facile et le gastroscopiste averti pourra parfois hésiter à affirmer la nature d'une lésion.

Il reste qu'un des problèmes les plus sérieux dans l'ulcère gastrique est cette difficulté d'éliminer une lésion ulcéreuse néoplasique. Le médecin qui préconise un traitement conservateur à son patient envisage une sérieuse responsabilité. Si l'ulcère duodéal est une maladie essentiellement médicale où on ne recourt à la chirurgie qu'au cas de complications, on peut dire que l'ulcère gastrique est une maladie chirurgicale. Le traitement médical ne sera permis qu'à certaines conditions. Le patient doit être mis au courant de la situation et du risque qu'il prend à poursuivre ce

traitement. S'il accepte cette responsabilité, il comprendra mieux la nécessité des examens de contrôle. La lésion doit guérir complètement dans un maximum de six semaines ne laissant aucune trace radiologique et aucun saignement occulte. Si la lésion disparaît et que le patient ne ressent aucun malaise il est placé au régime des ulcéreux et prié de revenir pour un examen de contrôle après trois mois, ou plus tôt si les malaises réapparaissent. Si à ce moment, les radiographies ne montrent pas une disparition complète de la lésion, l'opération est suggérée.

Plusieurs procédés chirurgicaux ont été appliqués au traitement de l'ulcère peptique mais il semble bien que la gastrectomie sub-totale demeure l'opération de choix dans l'ulcère gastrique ou dans l'ulcère duodénal compliqué.

Si l'on considère les données physiopathologiques énoncées plus haut le traitement chirurgical doit viser à réséquer principalement la région antrale de l'estomac, qui constitue la zone génératrice de l'hormone sécrétoire: la gastrine. On réalise parfaitement cette condition par la gastrectomie sub-totale. L'avantage de la gastrectomie est indéniable parce qu'il enlève l'ulcère et abolit la phase hormonale de la sécrétion.

Deux grandes techniques de gastrectomie se partagent la faveur des chirurgiens (tableau VII): la technique de Polya simple ou modi-

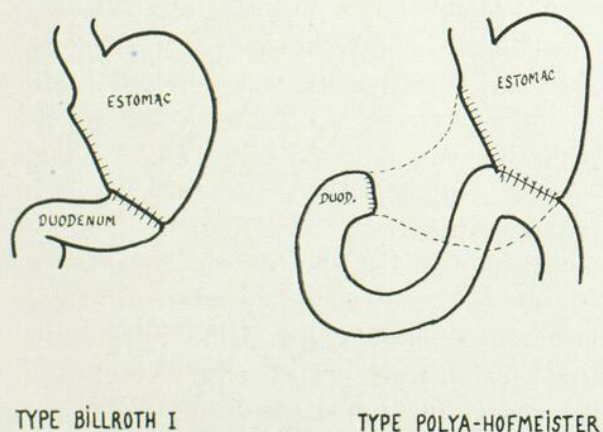
fiée qui rétablit la continuité digestive par une anastomose gastro-jéjunale termino-latérale et la technique de Billroth I avec anastomose gastro-duodénale.

La gastro-entérostomie eut autrefois toutes les faveurs, elle a sans doute donné des bons résultats particulièrement dans l'ulcère gastrique; elle peut rarement être indiquée dans certains cas de sténose inopérable. Elle a été supplantée complètement par la gastrectomie. On reproche à la gastro-entérostomie d'être une intervention incomplète et aveugle, qui laisse l'ulcère en place n'assurant aucune conclusion sur sa nature. D'ailleurs l'apparition d'un ulcère gastro-jéjunal dans une proportion de 35 à 40% fait rejeter cette intervention dans tous les cas où il existe une hypersécrétion. La gastro-entérostomie a cependant gagné un regain de faveur à titre d'intervention complémentaire de la vagotomie.

La valeur thérapeutique de la vagotomie résulte du fait qu'elle abolit la phase nerveuse de la sécrétion gastrique. Dans l'ulcère gastrique, il n'existe pas d'hypersécrétion nerveuse, la vagotomie n'est donc pas indiquée, seule ou associée. La vagotomie seule d'ailleurs présente de sérieux inconvénients post-opératoires, dilatation gastrique, sténose pylorique, diarrhée et symptômes subjectifs; elle doit toujours être associée à une intervention dite de dérivation, gastro-entérostomie, pyloroplastie ou même gastrectomie. Les résultats rapportés de vagotomie pour ulcère gastrique ne sont pas satisfaisants. Dragstedt lui-même rapporte seulement 11 résultats satisfaisants sur 20 malades.

Il nous apparaît que la gastrectomie du type Billroth I est l'opération de choix dans le traitement de l'ulcère gastrique. Son seul désavantage réside dans le fait qu'on observe l'apparition plus fréquente de récurrence dans l'ulcère duodénal. Par ailleurs cette éventualité est extrêmement rare après la résection pour ulcère gastrique. La résection ne demande pas d'être aussi extensive que dans l'ulcère duodénal et l'intégrité du duodénum permet une section près du pylore et une mobilisation

FIGURE 2
GASTRECTOMIE



TYPE BILLROTH I

TYPE POLYA-HOFMEISTER

plus facile. L'intervention est plus courte et présente une mortalité légèrement inférieure chez les malades âgés ou débilisés. Du point de vue nutritif, Everson, cité par Cole (3), étudiant l'excrétion des substances azotées et graisseuses a montré que la déperdition de ces éléments est moins grande dans le Billroth I que dans les interventions de type Polya. Les avantages du Billroth incluent également une diminution de fréquence des anémies post-opératoires, des symptômes de dumping et de perte pondérale. D'ailleurs les résultats rapportés par Moore et ses associés (4) sont nettement favorables au Billroth. Sur un total de 104 patients opérés avec un Billroth I, 93.5% de bons résultats et une mortalité de 3.8%. Cent trente-cinq patients opérés avec un polya 75% de bons résultats et 7.4% de mortalité. La décision d'utiliser un Billroth I, pour rétablir la continuité digestive après la résection, dépend de la mobilité des segments gastrique et duodénal et de la possibilité d'une suture sans tension. Dans l'exécution du Billroth, la section du duodénum est faite près du pylore, l'estomac est réséqué suivant la méthode de Hoffmeister de façon à obtenir un orifice gastrique d'un diamètre légèrement supérieur à celui du duodénum. La portion supérieure de la tranche gastrique est refermée par un double surjet au catgut intestinal et l'anastomose du moignon gastrique au duodénum est exécutée au catgut et à la soie.

L'ulcère juxta-cardiaque i.e. situé dans le voisinage de la jonction œsophago-gastrique pose un problème particulier. Heureusement il ne compte que pour environ 5% des ulcères gastriques, 8 fois sur les 144 patients de notre série. Evidemment le problème le plus sérieux est de savoir si la lésion est maligne ou bénigne. Si elle est suspecte, un examen biopsique ex-temporane doit être fait pour éliminer un néoplasme. La lésion maligne sera traitée suivant les critères d'une chirurgie extensive. Dans la majorité des cas l'ulcère bénin peut être enlevé par une gastrectomie partielle. Dans les ulcères situés très près de l'œsophage, il peut être impossible de pratiquer une gas-

trectomie partielle incluant l'ulcère, et seule une gastrectomie totale pourrait l'inclure. Les désordres nutritifs qu'entraîne le plus souvent la gastrectomie totale doivent condamner cette intervention pour une lésion bénigne. Elle constitue une intervention mutilante ne devant être employée que par nécessité. Un seul de nos patients a subi une fundusectomie sous-diaphragmatique suivant la technique recommandée par Holle et Heinrich (5). Cette intervention apparaît séduisante puisqu'elle permet l'exérèse de la lésion, tout en limitant l'étendue de la résection gastrique. Elle ne répond cependant pas aux exigences de la chirurgie de l'ulcère gastrique qui vise principalement à la résection de la région antrale.

On devra dans certains cas se contenter de pratiquer l'opération de Kelling-Madlener dans laquelle l'ulcère est laissé en place, après s'être assuré de sa bénignité et une résection gastrique distale est pratiquée.

Parmi les complications susceptibles de survenir durant l'évolution d'un ulcère gastrique, l'hémorragie et la perforation sont les plus redoutables.

Les hémorragies n'ont pas toutes la même importance. Il est des hémorragies minimes et des saignements occultes qui sont considérés plus comme des symptômes que comme des complications. L'hémorragie moyenne se manifestant par une hématémèse suivie de melaena ne présente pas un tableau dramatique mais elle peut être le prélude d'accident plus sérieux. Elle ne deviendra une indication opératoire que par sa répétition malgré le traitement médical. Le problème devient pressant dans l'ulcère angiotérébrant conditionnant une hémorragie massive. Il peut être difficile de déterminer le moment opératoire. La conduite du traitement doit être le résultat d'une franche collaboration médico-chirurgicale. Une opération tardive entreprise dans des conditions difficiles chez un malade exsangue est souvent une tâche désespérée pour le chirurgien, alors que la même intervention aurait pu être pratiquée quelques jours plus tôt sans risque important. Par ailleurs une

hémorragie d'intensité moyenne, survenant chez un sujet jeune, sans passé ulcéreux, cesse habituellement après quelques heures de traitement médical. Plusieurs facteurs conditionnent l'attitude thérapeutique: l'importance de l'hémorragie, l'âge du patient, sa condition générale, l'histoire d'hémorragies antérieures et le risque d'hémorragie future. Habituellement le sujet jeune, disons au-dessous de 40 ans ou même 45 ans, supportera une première hémorragie et l'importance de cette hémorragie initiale n'a pas de valeur absolue. C'est la reprise de l'hémorragie qu'il faut craindre et elle sera plus susceptible de réapparaître chez un sujet âgé ou chez un malade dont le passé gastrique est ancien. La mortalité s'élève rapidement quand une seconde et une troisième hémorragie suit la première de près.

Le patient qui parvient à l'hôpital à la suite d'une hémorragie massive requiert d'abord le traitement du shock: repos absolu, transfusions sanguines, pour combler le déficit. Elles seront poursuivies jusqu'à ce que l'hématocrite s'établisse à 40 et les globules rouges à 3 millions. Une injection intra-musculaire de morphine ou de barbiturique calme l'anxiété du patient. On administre de l'oxygène. Si le malade conserve un état nauséux, l'intubation gastrique pourra éviter les efforts de vomissement qui augmentent le risque d'une nouvelle hémorragie. Sitôt le shock contrôlé, une radiographie peut être prise, si l'on soupçonne l'existence de varices œsophagiennes. Quand l'hémorragie a cessé, le patient est placé à la diète de Meulengracht. Si, au contraire, il continue de saigner ou s'il est âgé de plus de cinquante ans, l'intervention doit être pratiquée entre 24 et 48 heures. Le malade qui fait une nouvelle hémorragie, est opéré quel que soit son âge. L'intervention consiste en une résection gastrique sub-totale. Elle a l'avantage de juguler l'hémorragie et de prévenir la récurrence. Dans les cas où l'ulcère ne peut être mis en évidence, s'il existe du sang dans l'intestin grêle et le colon et si la possibilité de varices œsophagiennes a été éliminée

par une radiographie, une gastrectomie est justifiée.

La perforation en péritoine libre est moins fréquente dans l'ulcère gastrique que dans l'ulcère duodénal. La localisation habituelle de l'ulcère favorise plutôt une pénétration lente déterminant des réactions adhérentielles et une perforation cloisonnée. Ce genre de perforation bouchée ou en péritoine cloisonné a, le plus souvent, une évolution défavorable, si elle est traitée médicalement, et conduit à l'abcès abdominal ou sous-phrénique. La chirurgie est habituellement nécessaire à leur traitement.

A la suite des travaux d'Hermon Taylor (6), la conception du traitement des perforations en péritoine libre a été quelque peu modifiée. Elle peut se résumer ainsi: aussitôt le diagnostic établi, on place un tube dans l'estomac et une aspiration continue est installée. Le malade reçoit un sédatif et des antibiotiques. Il est placé sous surveillance étroite. Si, au bout de trois ou quatre heures, il n'y a pas d'amélioration franche ou si l'aspiration fonctionne mal, l'intervention est indiquée. On pratique alors une gastrectomie quand les conditions sont favorables ou une simple suture de l'ulcère. Dans ce dernier cas, il faut prendre soin de prélever une biopsie pour s'assurer de la bénignité de l'ulcère. Si, au contraire, il se produit une amélioration caractéristique après trois ou quatre heures d'aspiration, celle-ci est poursuivie jusqu'à l'amendement complet des symptômes. Le problème devient alors celui d'une thérapeutique élective. Pour l'ulcère ancien, la gastrectomie est recommandée dans un court délai. L'ulcère récent ou celui dont la perforation était une première manifestation, ne sera pas opéré.

Dans une série de 125 perforations, Moore (7) a utilisé la méthode de Taylor chez 65 patients; de ce nombre 58 ont obtenu un excellent résultat, 2 ont exigé une suture de l'ulcère après quelques heures d'aspiration non satisfaisante, 2 ont développé un abcès sous-phrénique et 3 sont morts. Le traitement non-opératoire de l'ulcère gastrique perforé

présente cependant quelques inconvénients dans l'éventualité d'un cancer perforé ou d'une autre lésion chirurgicale dont la symptomatologie se serait identifiée à celle de l'ulcère perforé.

En résumé, les études récentes sur la physiologie de l'estomac et en particulier les travaux de Dragstedt, ont montré une pathogénie différente entre l'ulcère gastrique et l'ulcère duodénal. Cette différence, jointe au fait qu'une lésion maligne au début peut simuler un ulcère gastrique bénin, doit impressionner l'attitude thérapeutique. Il convient d'évaluer le risque d'un traitement conservateur, qui n'est justifié que chez les patients dont la collaboration est assurée. Il ne sera poursuivi que s'il amène une disparition complète de la lésion. Une amélioration temporaire ne signe pas la bénignité d'une lésion. Plus de 50% des ulcéreux gastriques sont soumis à l'intervention chirurgicale. La résection gastrique constitue l'opération la plus satisfaisante; elle comporte un risque minime et

conduit à une guérison définitive. Nous préférons la résection du type Billroth I qui est conforme aux conceptions physiopathologiques actuelles et entraîne moins de désordres nutritifs.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) H. WILLIAMS et C. H. WALSH: Treatment of Perforated Ulcer. *Lancet*, **1**: 9 (4 janv.) 1930.
- (2) L. R. DRAGSTEDT: The Etiology of Gastric and Duodenal Ulcers. *Postgraduate Med.*, **15**: 99, 1954.
- (3) W. H. COLE: Surgical Considerations in Peptic Ulcer. *Surg. Clin. North Amer.*, **35**: 81, 1955.
- (4) H. G. MOORE, R. J. SCHLOSSER, J. K. STEVENSON, H. N. HARKINS et H. H. OLSON: Clinical Analysis of Billroth I and Billroth II Subtotal Gastric Resections. *J. A. M. A.*, **167**: 4, 1953.
- (5) F. HOLLE et G. HEINRICH: Subdiaphragmatic Fundusectomy in Gastric Surgery. *Surg., Gynec. and Obst.*, **101**: 385, 1955.
- (6) H. TAYLOR: Perforated Peptic Ulcer Treated without Operation. *Lancet*, **2**: 441, 1946.
- (7) H. D. MOORE: Treatment of Acutely Perforated Ulcers. *Lancet*, **268**: 163, 1955.

LE COMA HÉPATIQUE

PHYSIOPATHOLOGIE ET TRAITEMENT

Jean-Réal BRUNETTE,¹
Hôtel-Dieu de Montréal.

La notion du coma hépatique date déjà d'un certain temps. Mais ce n'est que depuis quelques années qu'elle a forcé les portes de la clinique pratique, celle de tous les jours. Quoique d'une fréquence relativement rare, la sévérité de son pronostic, et le fait qu'un patient en coma simplement imminent peut être plongé dans un coma dont il ne sortira pas par une thérapeutique intempestive, méritent que le clinicien s'y arrête. Sa pathogénie extrêmement intéressante, parce que mêlée aux métabolismes intermédiaires de base ainsi que son implication dans des pathologies courantes, comme la cirrhose et plusieurs autres,

nous plongent dans des problèmes physiologiques d'une portée tout à fait pratique et courante.

* * *

Davidson donne du coma hépatique la définition suivante: « Toute atteinte de la conscience accompagnant une atteinte hépatique grave » (1). Cliniquement, on a divisé en quatre stades le coma hépatique suivant son intensité: les prodromes, l'état de coma imminent, la stupeur et le coma profond. La durée du coma varie de quelques heures à quelques semaines. Il existe de fréquentes récurrences et son intensité varie d'elle-même. Plus il dure, plus le pronostic est mauvais. *L'état de conscience* varie avec le stade en cause. On

1. Remerciements aux docteurs Alfred Cléroux et Guy Courtois, et à W.-Marc Francoeur, Ph.D.

peut remarquer au tout début des signes aussi peu précis que de l'euphorie, de la dépression ou quelque autre signe qui ne sera interprété comme signe de prodrome d'ailleurs qu'en rétrospective, après coup. Puis se succèdent des troubles de l'idéation, de la confusion mentale, de la somnolence et finalement l'inconscience totale. *L'examen neurologique* devient positif, avec l'apparition au moment du coma imminent d'un syndrome extrapyramidal plus ou moins authentique. De nombreux mouvements involontaires ont été décrits intéressant les pieds, les paupières, et les commissures labiales, mis en évidence en demandant au patient de fléchir le pied, fermer les paupières ou tirer les coins de la bouche. Parmi ces signes choréiformes, il en est un le « *flapping Tremor* » qui a été décrit plus spécialement par Adams et Foley (2). Il s'agit d'un mouvement de trémulation sthétotroïde de flexion — extension des articulations métacarpo-phalangiennes et du poignet, rapide et irrégulier, comme si le patient nous faisait, dit-on, son adieu. Bessman en nie la spécificité pour l'avoir observé dans des cas d'urémie (3). Adams et Foley l'ont eux-mêmes observé dans trois cas de polycythémie, deux cas d'urémie et deux cas d'hypopotassémie. On peut observer ensuite la disparition ou l'exagération des réflexes ostéo-tendineux, du clonus épuisable ou non, des convulsions, de la rigidité musculaire variable, le signe de la roue dentée plus rarement, et possiblement la présence fugace de signes de Babinski uni ou bilatéraux. C. Adams, Foley et Watson ont également décrit à *l'électroencéphalographie*, l'apparition de certaines ondes particulières à partir du moment de l'imminence du coma qui seraient « presque » pathognomoniques du coma hépatique. Il s'agit d'ondes lentes triphasiques diffuses (4). Elles auraient été rapportées dans d'autres troubles métaboliques cérébraux.

L'anatomo-pathologie révélerait au niveau du cerveau des lésions hautement suggestives mais non spécifiques d'une pathologie hépatique grave. On remarquerait en effet l'aug-

mentation généralisée en nombre et en dimensions d'astrocytes protoplasmiques. Au niveau du foie, les lésions sont celles de la pathologie hépatique en cours, cirrhose, hépatite ou autre. Il n'y aurait pas de changement dans le rein ou les autres tissus.

PATHOGÉNIE

De tous les chapitres, celui de la pathogénie du coma hépatique est certainement le plus intéressant. Toute une foule de possibilités ont été investiguées. Ainsi une certaine analogie clinique avec la maladie hépato-lenticulaire de Wilson a été remarquée mais on n'a pu mettre en évidence le trouble du métabolisme du cuivre caractéristique de cette dernière. D'autres substances ont été investiguées comme l'amino-acidémie (5, 6), l'hypoglycémie, la cholémie, signifiant par là l'envahissement de la circulation par des produits biliaires, enfin, une augmentation des lactates et des pyruvates (7) suggérant un blocage du métabolisme des acides cétoniques. Williams (8) a remarqué un défaut de la phosphorylation de la thiamine dans les cirrhoses chroniques. La thiamine agit en tant que cocarboxylase dans le métabolisme des pyruvates. Récemment encore une observation de Walshe et Senior (9) a semblé démontrer une augmentation du méthyl mercaptan dans certains comas et que l'administration de méthionine précipitait encore plus rapidement un coma que l'administration de chlorure d'ammonium.

Mais il demeure que c'est encore à l'ammoniaque sanguine que l'intérêt général semble se consacrer et c'est autour de cette substance que s'échafaude la grande majorité actuelle des théories et des modes de traitement efficaces. L'importance accordée à l'ammoniaque en relation avec le métabolisme hépatique date de longtemps et on relève des références remontant à 1898 (10).

Métabolisme normal de l'ammoniaque.

Les sources de l'ammoniaque dans l'organisme sont nombreuses. Elle provient d'abord

et en majeure partie de la désamination des protéines diététiques ou autres et de la déamination de la glutamine, la glutamine étant un mode de transport de l'ammoniaque à partir de tous les autres tissus jusqu'au niveau du foie où elle est détoxifiée. Une part importante est accordée, à la suite des travaux de Sherlock et al. (11), à la production d'ammoniaque par la flore intestinale ainsi qu'à la réabsorption des déchets intestinaux. Les hémorragies digestives massives ou de longue durée sont par leur digestion une source considérable d'ammoniaque également. Enfin certaines substances thérapeutiques ou expérimentales produisent par un apport direct ou secondaire une augmentation de l'ammoniaque sanguine. Dans cette catégorie entrent plusieurs diurétiques comme le chlorure d'ammonium (12, 13, 14), le Diamox (15, 16) et les résines d'échanges. Une vingtaine de réactions biochimiques sont connues à date pouvant produire de l'ammoniaque dans l'organisme. Peu le sont qui la détoxifient.

Pour être métabolisée, c'est-à-dire, pour être détoxifiée, l'ammoniaque cérébrale comme celle des autres tissus emprunte en majeure partie une forme de transport qui est la glutamine. La glutamine est synthétisée grâce à un système enzymatique qui catalyse un certain nombre de réactions réversibles.

De là transportée au niveau du foie, elle est convertie en urée par une série de processus chimiques connus sous le nom de cycle de l'ornithine (figure 2). Notons en passant la présence de l'ion magnésium comme catalyseur dans ces réactions.

Intoxication ammoniacale.

Le cerveau a besoin pour respirer de catalyser certains produits. Il dépend directement de la glycolyse aérobie et de l'oxydation à travers un cycle bien connu, celui de Krebs, pour 85 à 90% de son énergie. Rappelons-nous quelques chaînons de ce cycle (fig. 3). Ces réactions sont cycliques et ne supposent qu'une faible concentration des substances en cause, car elles se régénèrent à

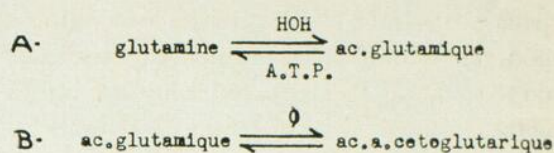


Fig. -1-

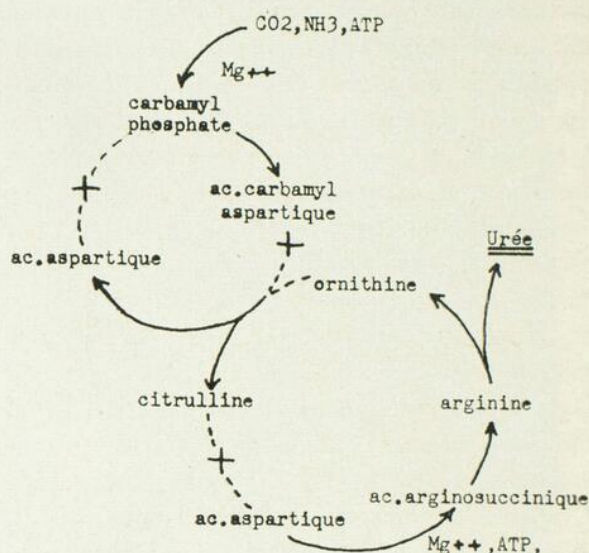
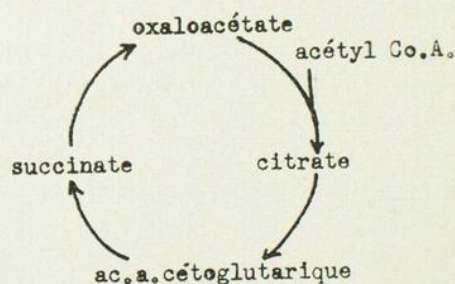


Schéma de la synthèse de l'urée
"cycle de l'ornithine" *

Fig. -2- 1



Cycle de Krebs

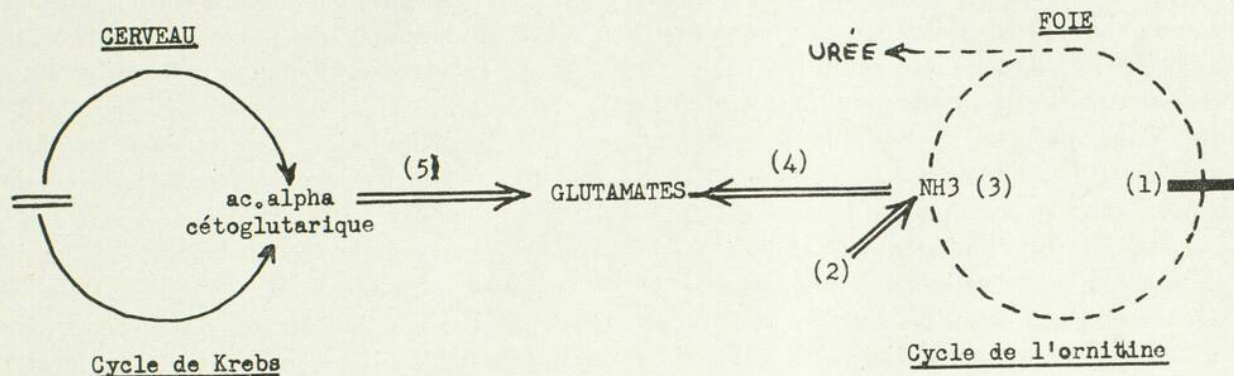
Fig. -3-

1. Seuls les éléments pertinents à la discussion ont été mentionnés dans les schémas.

mesure que le cycle fonctionne. Toute substance du cycle étant drainée entraverait son fonctionnement par spoliation et partant la fonction cérébrale serait déprimée. Bessman et Bessman (17) observant une série de faits ont proposé la théorie suivante au coma hépatique.

En présence d'une concentration plus élevée que la normale d'ammoniaque dans le sang artériel arrivant au niveau du cerveau, le tissu cérébral métaboliserait l'ammoniaque

céto-glutarique du cycle de Krebs. Ce cycle étant drainé tôt d'un de ses éléments l'est de tous et son fonctionnement est rapidement entravé. Ainsi non seulement le cerveau métabolise-t-il l'ammoniaque, mais sa respiration aérobie est diminuée (Fig. 4). D'autres expériences par ailleurs ont prouvé que dans les comas hépatiques, il existait beaucoup plus une diminution du métabolisme qu'une déficience de l'apport sanguin (19). Cela postule un défaut métabolique intra-cellulaire



- (1) la fonction hépatique diminue
- (2) apport augmenté d'ammoniaque
- (3) l'ammoniémie augmente
- (4) formation de glutamates
- (5) drainage du cycle de Krebs

Schéma de l'intoxication ammoniacale

Fig.-4-

produisant un déséquilibre dans les réactions que nous venons de voir. Il y aurait synthèse accélérée de glutamates et renversement vers la gauche de la réaction (b, de la figure 1). Cela est corroboré par le fait que le taux des glutamates est plus élevé dans le sang veineux quittant le cerveau que dans le sang artériel qui y afflue (18). Mais pour que cette production puisse se poursuivre, il lui faut puiser à même sa seule source qui est l'acide alpha

pouvant expliquer la fonction cérébrale déficiente. Et, de plus, la diminution de la fonction cérébrale ou la profondeur du coma seraient grossièrement parallèles au taux de l'ammoniaque dans le sang.

Si parfois dans certains comas hépatiques, on n'a pu mettre en évidence d'augmentation de l'ammoniaque sanguine, certains comme Schwartz (20) vont même jusqu'à nier toute relation entre les deux, plusieurs facteurs

peuvent l'expliquer d'après Bessman. D'abord, le processus métabolisant l'ammoniaque que nous venons d'expliquer au niveau du système nerveux central, s'effectuerait de la même façon au niveau des muscles striés (21). Les muscles possèdent les enzymes nécessaires pour métaboliser l'ammoniaque. Alors s'ils puisent dans le sang artériel une certaine quantité d'ammoniaque, le sang veineux de retour s'en trouve diminué d'autant. Les dosages cliniques, on le sait, se font habituellement sur le sang veineux. Ces dosages ne nous donneraient donc pas une idée exacte du taux de l'ammoniaque qui afflue au cerveau. Il serait d'ailleurs impossible de prévoir l'un par l'autre. De plus, poursuivant le même raisonnement, on peut expliquer même les comas avec un faible taux d'ammoniaque. En effet, une légère élévation répartie sur une longue période de temps privera de la même façon progressivement le cerveau d'un de ses métabolites essentiels. La toxicité a donc comme facteurs *la durée et la concentration* de l'augmentation de l'ammoniaque sanguine.

* * *

Nous ne discuterons pas du diagnostic différentiel du coma hépatique par rapport à tous les autres comas. Rappelons-nous simplement quelques points importants. Les cirrhotiques sont souvent des alcooliques qui peuvent présenter à un moment donné un delirium tremens ou une psychose de Korsakoff. Par ailleurs, les troubles plaquettaire et la diminution de la prothrombine rencontrés dans les pathologies hépatiques peuvent être cause d'hémorragies cérébrales traumatiques ou spontanées pouvant donner le change pour un coma hépatique. L'hématome sous-dural peut facilement tromper qu'il soit récent ou qu'il date de longtemps. L'aspect du liquide céphalo-rachidien aidera au diagnostic. En effet, on ne rencontre aucune modification pathologique de ce dernier dans le coma hépatique.

Un autre état clinique qui peut prêter à confusion du point de vue diagnostique, c'est le coma urémique. Ici encore Bessman (3)

tranche la question en disant qu'en aucun cas, il y a élévation de l'ammoniaque sanguine dans l'urémie. Dans les atteintes rénales, le taux de l'urée est augmenté par défaut d'excrétion. Il est normal de s'attendre que dans le coma hépatique l'urée soit présente en quantité diminuée parce que ses procédés de synthèse sont atteints. Et c'est ce qui arrive habituellement. Mais il est certains comas hépatiques où se surajoute une atteinte rénale. Et dans ces cas, supposant que la synthèse de l'urée soit diminuée de 50%, son excrétion peut être diminuée de plus encore, et nous sommes en présence d'une concentration augmentée avec une synthèse déficiente. Le diagnostic différentiel ne peut donc s'établir que fondé sur la concentration sanguine de l'ammoniaque.

Le pronostic du coma hépatique varie suivant la profondeur de ce dernier. Il varie également avec la cause sous-jacente. Le coma de l'hépatite a un meilleur pronostic que celui de la cirrhose tant du point de vue guérison actuelle que de la longévité. Toute autre cause traitable du coma comme une source exogène d'ammoniaque a encore un meilleur pronostic. Il est bien évident qu'un patient ayant en plus une pathologie rénale cardiaque ou autre, voit son pronostic s'assombrir d'autant. Les complications ascitiques, chirurgicales ou hémorragiques aggravent le pronostic. Il ne semble pas que le moment où l'on commence le traitement ait une influence pourvu que ce soit avant une semaine après le début des symptômes (22).

Autres pathologies avec augmentation de l'ammoniaque sanguine.

Même si ce n'était que dans le coma hépatique que l'augmentation de l'ammoniaque sanguine montrait sa toxicité, ce serait suffisant pour justifier tout l'intérêt porté par le monde médical. Mais il existe d'autres états pathologiques où la même chose se rencontre que le foie soit atteint ou non.

Les états de défaillance cardiaque sont souvent accompagnés de lassitude et de léthar-

gie et même de coma. L'hypoxie dans maints cas n'est pas suffisante pour expliquer ces symptômes. Il s'agirait souvent d'intoxication centrale à l'ammoniaque et Bessman et Evans (23, 24, 25) ont prouvé une augmentation du taux de l'ammoniaque sanguine dans 9 cas de congestion cardiaque par rapport à 9 cas contrôlés.

Des expériences de laboratoire ont permis les mêmes observations dans les cas de chocs hémorragiques et de brûlures extensives (26, 27).

Parnas a démontré que le changement hémotologique le plus constant arrivant au moment de la mort était une augmentation immédiate d'ammoniaque, l'anoxie et la stase causant une sortie rapide de l'ammoniaque du muscle (28). L'ammoniaque serait en cause dans les symptômes mentaux observés dans les cas d'implantation des uretères sur le colon. Fuld aurait remarqué la même chose dans le coma diabétique et la pneumonie lobaire (29). Bessman a observé un taux élevé dans l'érythroblastose fœtale (30). Récemment un coma hépatique a été rapporté après une anastomose porto-cave, dû au même mécanisme d'hyperammoniémie (31).

TRAITEMENT

Nous avons vu dans la pathogénie du coma hépatique que nous étions en face d'une spoliation de substrat dans une réaction biologique enzymatique. Nous avons vu comment la formation de glutamates et de glutamine par déviation de la voie préférentielle normale, la respiration cérébrale était modifiée à cause de la spoliation de certains éléments des cycles et partant de tous. Les lois biochimiques nous montrent par ailleurs que la vélocité de ces réaction varie en proportion non linéaire avec la concentration progressivement augmentée des substrats. Il était donc logique d'essayer de remplacer les éléments manquants et en principe un seul de ces éléments devrait fournir les autres par action cyclique. C'est ainsi que l'on a été emmené à essayer cliniquement une bonne partie de

toutes les substances en cause, les glutamates dont nous connaissons la position au niveau du cycle de Krebs, et enfin les substances du cycle de l'ornithine.

De nombreuses tentatives cliniques ont été effectuées avec les glutamates. On sait l'importance qui a été attribuée pendant un temps à l'acide glutamique comme stimulant métabolique cérébral. Certains résultats furent obtenus avec les glutamates dans le traitement du coma hépatique sur la foi de leur double action: formation de glutamine et transport de l'ammoniaque, formation de l'acide glutamique et activation du cycle de Krebs. Tous les comas ne répondaient pas. Ces substances ne traverseraient pas la barrière vasculaire cérébrale (3), mais agiraient au niveau du foie sur un organe encore relativement sain. De cette façon, McDermott (33) pouvait évaluer l'atteinte hépatique dans un coma donné et distinguer les atteintes hépatiques des autres causes de coma. Les glutamates n'agiraient qu'en face d'une source extra hépatique d'ammoniaque. Plusieurs publications affirment même l'échec des glutamates dans la prévention comme le traitement du coma (34).

Beaucoup plus de succès thérapeutiques sont attribués à l'arginine. Elle agirait en stimulant plus énergiquement que toute autre substance le cycle de l'ornithine. Elle diffuse librement au niveau de la cellule hépatique et son administration amène rapidement une baisse du taux de l'ammoniaque et une augmentation de celui de l'urée (15). L'arginine se donne à dose de 25 g. de chlorhydrate d'arginine en infusion intra-veineuse dans 500 cc répartie sur une période de 1 à 2 heures. La réponse se manifeste d'une façon variable en 24 à 48 heures. Le traitement est répété au besoin. Mais tout n'est pas dit dans ce domaine et il semble que l'association arginine-glutamate soit prometteuse.

Éliminer les sources de NH_3 .

La seconde partie du programme thérapeutique consiste à réduire à leur minimum la

formation et l'apport d'ammoniaque sanguine. C'est ici que se pose le problème diététique. Il s'agit de réduire l'apport protidique chez un sujet dont le foie dans la majorité des cas est atteint et où le taux des albumines circulantes est déjà abaissé. De plus, la pathologie en cours nécessite souvent précisément une diète avec beaucoup de protéines. Diminuer l'apport par ailleurs veut souvent dire cataboliser les protéines tissulaires. Certains comme Sherlock préconisent une diète jusqu'à 1,600 calories par cathéter gastrique avec du glucosé à 20% ou encore du dextrosé à 40%, par voie intraveineuse dans un gros vaisseau (22). La diète protidique serait recommencée graduellement, 20 g. à la fois en 4 repas, avec la résolution des symptômes et cessée de nouveau au premier indice de récurrence.

On a déjà mentionné le rôle des bactéries intestinales comme source de production d'ammoniaque. C'est ce qui amène à lutter contre la flore intestinale dans un coma hépatique (23, 35). Pour cela tout antibiotique à large spectre est suffisant. La chloromycétine jouerait en plus de cela un rôle protecteur contre les effets neurologiques de la méthionine. Des substances toxiques seraient réabsorbées de l'intestin et à cause des shunts pré-hépatiques souvent présents dans les cirrhoses se rendraient directement au S.N.C. On utilise pour prévenir cela des lavements durant le coma et du lait de magnésie ou autre laxatif léger durant la période de convalescence. Rappelons que les hémorragies intestinales ou œsophagiennes peuvent être une source considérable de déchets ammoniacaux.

Il est une autre source d'ammoniaque qu'il ne faut pas négliger. Toute thérapeutique en cours avec du chlorure d'ammonium, du diamox et des résines d'échange doit être immédiatement cessée au moindre signe clinique. Il n'est pas inutile de se rappeler que ces substances sont très souvent la cause déclenchante de comas hépatiques. Les diurétiques par ailleurs peuvent être cause d'une spoliation importante d'électrolytes essentiels, tels le potassium et le magnésium.

Traitements d'ordre général.

L'hormonothérapie du coma hépatique est un élément relativement nouveau dans la littérature. Alexander rapportait la guérison d'un cas avec des glutamates et de l'ACTH à dose de 100 mg par jour (36).

Purriel et Perez ont fourni en décembre 1956 le résultat suivant: guérison de 3 cas de coma grave avec utilisation intensive de cortisone, 1 gr par jour en 4 doses et ACTH à raison de 10 mg par infusion de 1,000 cc (35). Leur survie varie de 8 mois à 2½ ans. Ils fournissent les explications suivantes. Les hormones diminueraient la perméabilité capillaire, amélioreraient le rapport A/G et augmenteraient la fixation du glycogène hépatique. Des études histologiques ont montré que le protoplasme cellulaire était bien teinté. La dégénérescence vacuolaire habituelle n'était pas présente. Il y avait abondance d'éléments régénératifs et absence d'infiltration interstitielle. Le dosage hormonal est graduellement diminué avec la résolution des symptômes.

L'équilibre électrolytique constitue chez tout sujet nourri pendant une bonne période de temps par voie parentérale un problème de majeure importance. Il est important de ne pas laver les ions avec la répétition des glucosés simples comme il est important de ne pas surcharger une circulation avec les sérums supposés physiologiques qui ne sont très souvent que des sérums isotoniques ne contenant que du chlorure de sodium. Le potassium est à surveiller et c'est connu. Mais d'autres substances comme le calcium et le magnésium doivent et peuvent être dosés couramment. La solution de remplacement ionique de Buttler semble très satisfaisante à cet effet, contenant et le potassium et le magnésium en plus d'autres substances essentielles, tout en ne contenant qu'une faible concentration de sodium. Notons que les paracentèses sont une source de perte considérable d'électrolytes; des retraits peu considérables et répétés seraient préférables aux ponctions abondantes.

L'apport de vitamines essentielles comme les vitamines du complexe B et la vitamine K

doit être assuré. Les vitamines B ont leur importance dans plusieurs systèmes enzymatiques en cause dans le coma hépatique. Il est bien connu d'un autre côté que le métabolisme de la vitamine K est perturbé dans les atteintes hépatiques. Le taux de prothrombine et la numération plaquettaire sont des analyses qui s'imposent au cours de ces comas.

Toute sédation est dangereuse à manipuler et devrait être effectuée avec des substances peu toxiques comme les barbituriques à courte action et à détoxification rénale, employés à demi-doses. Un sommeil prolongé a été rapporté avec des doses aussi faibles que $\frac{1}{2}$ grain de pheno. t.i.d. Les Bromures seraient tout indiqués.

Résumé.

Toute altération de la conscience ou tout signe neurologique chez un « hépatique », spontanés ou à la suite d'une thérapeutique quelconque doit immédiatement nous mettre sur la piste d'un diagnostic de coma hépatique.

Des moyens diagnostiques sont à notre disposition: l'altération de la conscience et de l'état neurologique clinique, l'électroencéphalogramme, l'augmentation de l'ammoniaque sanguine.

Une théorie ammoniogénique du coma hépatique est proposée.

Le traitement à instituer découle de la connaissance de la physio-pathologie en cause. L'arginine: une nouvelle arme thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Charles DAVIDSON: *in Diseases of the Liver*. Edité par Leon Schiff & Lippincott, 1956.
- (2) R. D. ADAMS et J. M. FOLEYS: The neurological disorder associated with liver disease, *in Metabolic and Toxic diseases of the Nervous System*, vol. 32, A Res. Nerv. & Ment. Dis., Proc., Baltimore, Williams and Wilkins, 1953.
- (3) S.P. BESSMAN: The role of ammonia in clinical syndromes. *Annals of Internal Med.*, **44**: 1034 (mai) 1956.
- (4) J. F. FASEKAS, H. E. TICKTIN, W. R. EHRMANTRABT et R. W. ALMAN: Cerebral metabolism in hepatic insufficiency. *Am. J. or Med.*, **21**: 843 (déc.) 1956.
- (5) T. L. MURPHY, T. C. CHALTIUS, R. D. ECKKARDT et C. S. DAVIDSON: Hepatic Coma: Clinical and Laboratory observations on forty patients. *New Eng. J. Med.*, **239**: 605 (21 octobre) 1948.
- (6) J. M. WALSHE: Disturbance of amino acid metabolism following liver injury. *Quart. J. Med.*, **22**: 483 (octobre) 1953.
- (7) A. M. SNELL, H. R. BUTT: Hepatic Coma; observations bearing on its nature and treatment. *Tr. A. A. M. Physicians*, **56**: 321, 1941.
- (8) R. H. WILLIAMS et C. W. BISSELL: Thiamine metabolism. *Arch. Int. Med.*, **73**: 203 (mars) 1944.
- (9) F. CHALLENGER et J. M. WALSHE: Methyl Mercaptan in relation to fetos hepaticus. *Lancet*, **1**: 1239, 1955.
- (10) S. SALAS KIM: *Zhschr. physiol. Cheor.*, **25**: 449, 1898.
- (11) S. SHERLOCK, W. H. J. SUMMERSKILL, L. P. WHITE et E. A. PHEAR: Portal systemic encephalopathy: neurological complications of liver diseases. *Lancet*, **2**: 453 (4 sept.) 1954.
- (12) C. B. PHILIPPS, R. SCWARTZ, C. R. CABUZDA et C. S. DAVIDSON: The syndrome of impending hepatic coma in patients with cirrhosis of the liver given nitrogenous substances. *New Eng. J. Med.*, **247**: 239 (14 août) 1952.
- (13) C. Van CAULAERT et C. DEVILLER: Ammonionémie expérimentale après l'ingestion de chlorure d'ammonium chez l'homme normal et pathologique. *Compte rendu Soc. biols*, **111**: 50, 1932.
- (14) C. Van CAULAERT, C. DEVILLER et M. HALFF: Troubles provoqués par l'ingestion de sels ammoniacaux chez l'homme atteint de cirrhose de Laënnec. *Compte rendu Soc. biol.*, **111**: 739, 1932.
- (15) J. S. NAJARIAN et H. A. HARPER: A clinical study of the effect of Arginine on blood ammonis. *Am. J. Med.*, **2**: 832 (déc.) 1956.
- (16) L. T. WEBSTER, Jr et C. S. DAVIDSON: Production of impending hepatic coma by a carbonic anhydrase inhibitor, Diamox. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **91**: 27 (janv.) 1956.
- (17) S. P. BESSMAN et A. N. BESSMAN: The cerebral and peripheral uptake of ammonia in liver disease with an hypothesis for the mechanism of hepatic coma. *J. Clin. Invest.*, **34**: 622 (avril) 1955.
- (18) S. P. BESSMAN et A. N. BESSMAN: Ammonia poisoning of hepatic coma; cerebral arteriovenous amino and levels. *Federation Proc.*, **13**: 336, 1954.
- (19) R. L. WECHSLER, W. CRUOR et J. L. A. ROTH: The blood flow and O₂ consumption of the human brain in hepatic coma. *Clin. Research Proc.*, **2**: 74, 1954.

- (20) I. R. SCWARTZ et coll.: The failure of monosodium glutamate in the treatment of hepatic coma. *Gast. Ent.*, **30**: 869 (juin).
- (21) BESSMAN et J. E. BRADLY: Uptake of ammonia by muscle: its implications in ammonia-genic coma. *New Eng. J. Med.*, **263**: 1143 (29 déc.) 1955.
- (22) S. SHERLOCK et coll.: The treatment and prognosis of hepatic coma. *Lancet*, **2**: 689 (6 oct.) 1956.
- (23) A. N. BESSMAN et J. M. EVANS: Blood ammonia in congestive heart failure. *Am. Heart J.*, **60**: 715 (nov.) 1955.
- (24) J. M. EVANS et coll.: Altered liver function of chronic congestive heart failure. *Am. J. Med.*, **13**: 704 (déc.) 1952.
- (25) S. SHERLOCK: The liver in heart failure: relation of anatomical functional and circulatory changes. *Brit. Heart J.*, **13**: 273 (juillet) 1951.
- (26) A. E. WILHELMI et coll.: Some aspects of the nitrogen metabolism of liver tissue from rats on hemorrhagic shock. *Am. J. Physiol.*, **144**: 674 (octobre) 1945.
- (27) R. M. NELSON et D. GELLIGSON: Studies on blood ammonia in normal and shock states. *Surgery*, **34**: 1 (juillet) 1953.
- (28) J. K. PARMAS et A. KLISIOEKI: Über den Ammoniak gehalt und die Ammoniak — bildung im Blute VI. *Biochem. Ztschr.*, **173**: 224, 1924.
- (29) H. FULD: *Klin. Wehnschr.*, **12**: 1364, 1933.
- (30) S. P. BESSMAN: en préparation.
- (31) J. MANGUR, D. LAMONS et W. J. FRIEDLANDER: Neurological changes in a patient with a portocaval shunt and the relationship to hepatic coma.
- (32) J. M. WALSHE: The effect of glutamic acid on the coma of hepatic failure. *Lancet*, **1**: 1075 (30 mai) 1953.
- (33) W. V. McDERMOTT, Jr., J. WAREHAM, A. C. RIDDELL: Treatment of "hepatic coma" with L-glutamic acid. *New Eng. J. Med.*, **253**: 1093 (22 déc.) 1955.
- (34) L. T. WEBSTER et C. S. DAVIDSON: The effect of sodium glutamate on hepatic coma. *J. Clin. Invest.*, **35**: 191 (fév.) 1956.
- (35) P. PURRIEL, PEREZ: Traitement du coma hépatique par la cortisone à hautes doses. *Presse Médicale*, **64**: 2260 (29 déc.) 1956.
- (36) J. W. ALEXANDER et coll.: The treatment of a patient in "hepatic coma" with intravenous sodium glutamate and ACTH. *Gast. Ent.*, **26**: 926 (juin) 1954.
- (13-A) L. T. WEBSTER Jr. et C. S. DAVIDSON: Production of impending hepatic coma by a carbonic anhydrase inhibitor, Diamox. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **91**: 27 (janv.) 1956.

MOUVEMENT MÉDICAL

ANALYSES CHROMATOGRAPHIQUES ET CHIMIQUES DES SUCRES URINAIRES¹

Robert SAUCIER, M.Sc.,
Biochimiste de l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

Les analyses d'urine faites de routine à l'hôpital, par les méthodes usuelles de dosage des sucres urinaires à l'aide de techniques basées sur la réduction des sels de cuivre et de bismuth, décelèrent souvent une faible présence de sucre, laquelle ne pouvait s'expliquer au point de vue clinique.

Nous avons pensé vérifier les réactions de réduction de ces sels, et voir si elles indiquaient réellement la présence de glucose uri-

nair. Le lactose, le galactose et les pentoses ont une action similaire.

Pour vérifier la véracité de ces résultats, la méthode chromatographique a été utilisée (1). Cette méthode très sensible nous permet d'identifier et de séparer les substances glucidiques pouvant se trouver dans l'urine. Nous avons analysé les spécimens urinaires par chromatographie descendante pendant 16 heures environ avec du papier Wathman

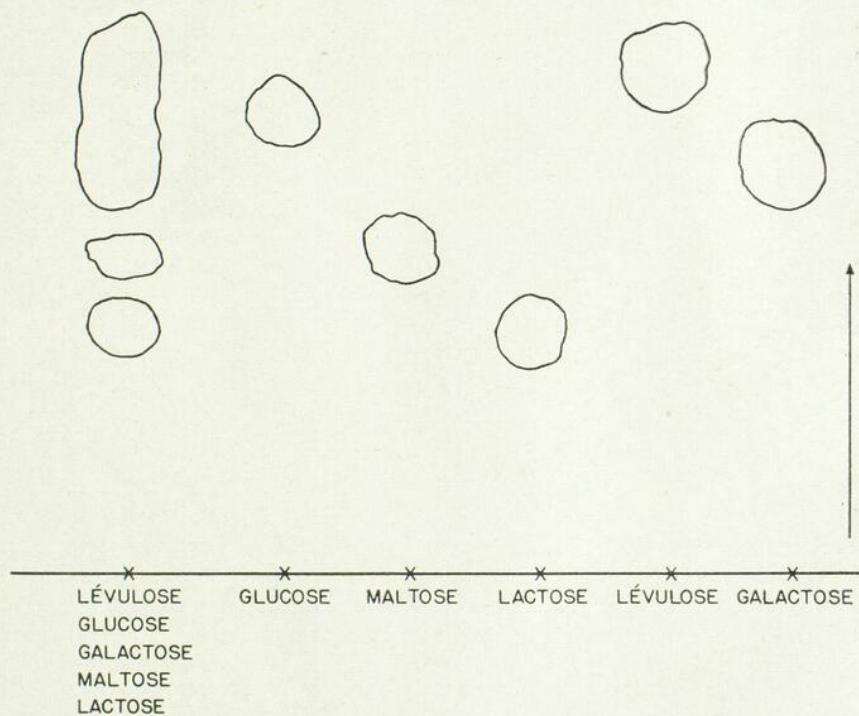


Fig. 1. Chromatogramme obtenu après 16 heures de migration avec différents sucres.

naire, car il est bien connu que d'autres substances non-glucidiques comme les urates, l'acide homogentisique et l'acide ascorbique peuvent réduire les sels de cuivre et de bis-

n^o 4. Le solvant employé se composait du mélange suivant: 1-butanol, pyridine et eau dans le rapport 3: 2: 1.5. Ce solvant, d'après Jeans Wise et Dinler (2), nous permet d'obtenir une bonne séparation des sucres qui peuvent se trouver dans l'urine.

1. Ce travail a été fait dans les laboratoires de l'hôpital Saint-Luc: docteur Paul Martin.

Différentes solutions de sucre ont été préparées à 1.75% dans de l'acide benzoïque saturé. Cette concentration de 1.75% s'avère satisfaisante car elle nous permet d'obtenir une tache suffisamment intense sur le chromatogramme. L'échantillon urinaire était

ajusté à une concentration se rapprochant de nos solutions de sucres.

La migration des sucres était mise en évidence en vaporisant sur le papier une solution d'acide 3-4-dinitrosalicylique à la concentration de 0.5% préparée dans de l'hydroxyde

TABLEAU I
Dosages des sucres urinaires

N° urines	Méthodes chimiques		Méthode chromatographique
	Galatest	Folin-Wu g. %	
1	++	0.54	Glucose
2	+++	5.20	Glucose
3	++++	2.37	Glucose
4	+++	2.58	Glucose
5	+	0.35	Glucose
6	+	0.370	Glucose
7	++++	6.48	Glucose
8	+	0.30	Glucose
9	++++	6.30	Glucose
10	+	0.42	Glucose
11	+	0.41	Glucose
12	+++	1.24	Glucose
13	+	0.40	Glucose
14	+	0.50	Glucose
15	+	0.33	Glucose
16	+	0.26	Glucose
17	+	0.16	Négatif
18	+	0.26	Glucose
19	+	0.22	Glucose
20	+	0.41	Glucose
21	+	0.39	Glucose
22	+	0.37	Glucose
23	++++	—	Glucose
24	++++	—	Glucose
25	+	0.22	Glucose
26	+	0.09	Glucose
27	+	0.14	Glucose
28	+	0.25	Glucose
29	++++	0.62	Glucose + Lactose
30	+	0.28	Glucose
31	+	0.18	Glucose
32	+	0.26	Glucose
33	+	0.25	Glucose
34	++++	3.15	Glucose
35	+	0.17	Glucose
36	+	0.25	Glucose
37	++++	2.50	Glucose
38	+	0.19	Glucose

Le dosage des sucres urinaires au Folin-Wu des échantillons n° 23 et 24 n'a pas été fait à cause d'un volume urinaire insuffisant.

de sodium à 4%. Les substances glucidiques donnent avec ces réactifs une tache brune s'observant mieux par lumière transmise. Le Rf. qui est le rapport entre la distance parcourue par la substance et la distance parcourue par le solvant (front liquide) nous a donné, dans nos conditions expérimentales, les résultats suivants: glucose: 0.353, lévulose: 0.490, lactose: 0.149, galactose: 0.307, maltose: 0.310 (Fig. 1). Ces valeurs étant reproductibles avec de légères variations nous avons utilisé avec chaque spécimen urinaire des échantillons de sucre connus.

Pour l'analyse chimique des sucres urinaires, deux méthodes furent employées: la première permettant la recherche qualitative des sucres urinaires est basée sur la réduction d'un sel de bismuth (réactif Galatest)², et les résultats exprimés en plus. Un plus signifiant une très faible réduction du sel. La seconde, qui est celle de Folin (3) a permis le dosage quantitatif de ces sucres (g. %).

RÉSULTATS

L'analyse du tableau I nous montre que des 38 spécimens analysés, seulement un échantillon (N° 17) ne contenait pas de glucose tel que démontré par la méthode chromatographique a cependant réduit le sel de bismuth et de cuivre. L'analyse chromatographique de l'échantillon urinaire N° 29 a décelé en plus du glucose une présence de

lactose. Tous les autres échantillons urinaires contenaient du glucose à des concentrations variant de 0.09 à 6.48%.

Résumé.

Nous avons souvent été surpris de constater chez des patients ne souffrant pas de diabète et ne présentant pas au point de vue clinique de lésions rénales, que leurs urines causaient une faible réduction des sels utilisés pour la mesure du glucose. Nous pensions que cette faible réaction pouvait être l'effet de substances réductrices, autres que le glucose.

L'analyse chromatographique de ces urines démontra cependant que les réactions observées avec les sels de bismuth (réactif Galatest) et de cuivre (Folin) étaient dues à la présence de glucose, sauf dans un cas sur 38. Par conséquent on peut conclure que dans la plupart des cas, les réductions des sels de bismuth et de cuivre observées dans l'urine, indiquent bien une présence de glucose, et qu'il y a correspondance entre les résultats obtenus par la méthode Folin et le réactif Galatest. (L'auteur désire remercier M. Eusèbe Larivée pour son assistance dans l'exécution de ce travail).

BIBLIOGRAPHIE

1. R. CONSDEN, A. H. GORDON et A. J. P. MARTIN: *Biochem. J.*, **38**: 224, 1944.
2. A. JEANS, C. S. WISE et R. J. DIMLER: *Anal. Chem.*, **23**: 415, 1951.
3. O. FOLIN et H. J. WU: *Biol. Chem.*, **38**: 106, 1919.

2. Le réactif Galatest (Sugar test-Denco) est un produit de Denver Chemical Co. de Montréal.

**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 87, No 5 — Montréal, mai 1958

**QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE
TUBERCULEUX D'AUJOURD'HUI**

La tuberculose n'est pas l'amie de l'homme non plus qu'une maladie dont on s'accommode avec un sourire d'aise. Mais les méthodes modernes de son traitement — *et de sa guérison* — permettent au médecin de se fier sur des faits concrets et plus scientifiquement prouvés. Ces nouveaux moyens donnent aux malades qui en sont atteints un espoir de libération souvent prochaine et la conviction morale et physique qu'ils seront bientôt des êtres sauvés, normaux, capables de vaquer à leurs affaires ou leur profession ou leur métier.

Notre maître Hippocrate se réclamait du repos, du soleil et de l'eau pure! Ceci serait un traitement préparatoire à n'importe quelle maladie bien sûr. Mais le malade est justifiable d'être impatient et pressé! La tuberculose, moins que toute autre maladie, lui conseillerait d'avoir un tel comportement. C'est la confiance qu'il lui faut, la patience, et surtout une rigoureuse fidélité à ses divers traitements. Ne pas compter les jours, ne pas se replier sur lui-même, ne pas trop s'analyser, juger ses progrès et les considérer comme trop lents ou pas tellement heureux. Les méthodes modernes du traitement de la

tuberculose sont claires, précises, systématiques et doivent donner, avec le temps, les résultats attendus. On aura connu un temps où il n'y avait pas de méthodes spécifiques de la cure anti-tuberculeuse. Le seul espoir d'apporter une guérison — problématique — alors reposait sur le repos. L'Hygiène, le traitement des symptômes, la prévention des complications. Vers 1910 apparaissait la première méthode de collapsothérapie. Une autre année importante pour le tuberculeux, c'est 1944. Elle apporte la découverte de la streptomycine et c'est en 1947 que l'on emploie avec succès cet antibiotique. Précédemment, on n'avait rien trouvé d'aussi efficace, d'aussi pratique, qui aurait accordé quelque espoir à ces malades atteints de tuberculose.

Délicate et pénible mission pour le médecin lorsqu'il devait envisager non seulement son diagnostic, mais aussi le choc qu'il causerait dans l'esprit du malade en lui apprenant la triste vérité. Désespoir compréhensible du tuberculeux en se rendant compte qu'il sentait le doigt de la mort sur lui, ou encore, une cure longue, difficile, interminable, et même avec l'espérance de quelque guérison que ce fût, une convalescence étendue sur une certaine longueur d'années et la possibilité de ne jamais reprendre la tâche comme auparavant. Et cela était naturellement lié à de longs séjours dans les sanatoria. Ces endroits, dans l'esprit de la plupart des malades, étaient une espèce de lieu de réclusion pour pestiférés!

Tout a changé. Dieu merci!

Depuis une dizaine d'années surtout, les traitements de la tuberculose font des progrès constants. On ne signe plus

des arrêts de mort! On est atteint, soit, mais on a tout lieu d'être confiant. Les autres maladies — pourtant tout aussi mortelles dans certains cas — ne semblent pas produire dans l'esprit du malade un tel abattement. On voit des cancéreux qui s'ignorent, on voit des gens atteints de la leucémie qui gardent le sourire. Il semble que ces gens-là ne croient pas à la gravité de leur état. Guérit-on mieux et plus vite de ces affections que de la tuberculose? On a appelé cette dernière la peste blanche! On l'a montée en épingle, pas les Facultés de médecine bien sûr, mais dans les corridors ou les salles d'attente d'hôpitaux et il y a eu, à la base même de ce mythe, peut-être plus de commérages malséants que de verdicts authentiques. Et la maladie qui décourageait, qui minait même son plus ardent antagoniste, le docteur Laënnec, a fini, avec le temps par rendre en quelque sorte les armes. On ne peut affirmer qu'elle soit réduite à l'impuissance, non! Elle est active, agressive, tenace, et elle sait trouver, dirait-on, ses victimes. Mais elle trouve sur son chemin, aujourd'hui des savants sérieux, des chercheurs qui l'attaquent partout où elle se trouve, des malades qui se dressent plus confiants, plus déterminés à ne pas se laisser envahir et terrasser!

Ce sont les méthodes modernes qui sont cause de la régression certaine de cette maladie. On a réussi à dominer la peur latente ou précipitée qui ouvrait la porte à toutes les suggestions morbides et faisaient du malade un mort, *un billet à demande*, pour prendre une expression populaire. La longue liste des guérisons authentiques et durables vient aussi fortifier le moral des « *pestiférés* » d'autrefois! On assiste à une

modification formidable de l'esprit clinique du malade, comme aussi de la maladie elle-même et de son pronostic. La découverte des antibiotiques est d'une valeur incontestable.

Elle permet d'entreprendre — nous dirions même oser — des interventions chirurgicales que nul n'aurait entreprises auparavant à cause des risques évidents qu'il était facile de constater.

Autrefois, l'annonce à un malade, qu'il était atteint de tuberculose, produisait l'effet d'une catastrophe, d'un désastre, ni plus ni moins. Il voyait surgir devant lui le spectre de l'isolement, et cela pour de longues années. La terreur du lit blanc, le pesant silence, la défection peut-être de ses amis et de ses connaissances, sinon celle qu'il appréhendait le plus: ses parents eux-mêmes.

Venaient s'ajouter à cela le déprimant spectacle des autres malades aussi pessimistes que lui, les heures d'attente dans les cliniques, l'incertitude d'une guérison souhaitable, et naturellement, la mort d'un camarade de sanatorium, qui pourtant, il y a un mois, paraissait en bonne voie de retourner chez lui, heureux et guéri. Cet exil, car cela en était un, n'avait rien de recommandable, mais on devait s'y plier. Toute résistance au traitement prescrit était un blanc-seing pour la mort à brève échéance. Comme on est loin de tout cela, aujourd'hui! Cependant, puisqu'il faut le dire, cette perspective était douloureuse pour un fiancé, effroyable pour un nouveau marié, désastreuse pour un père de famille. Mais la Science avançait à pas lents et l'ennemie résistait encore. Elle ravageait des foyers, brisait l'avenir de milliers de jeunes gens

doués, clouait au lit des personnes actives et désireuses de se rendre utiles aux leurs comme à la société. Perspective de la vie dans un sanatorium: des visages éplorés, des cœurs lacérés, des corps diminués et rachitiques, des âmes découragées, des esprits en révolte. C'était plus qu'il n'en fallait pour ne jamais guérir!

Heureux qui possédait la patience et surtout la résignation! Ces vertus ne sont pas toujours aussi courantes que les découragements, que les douleurs, que l'attente et la solitude à demeure. Tout cela est bel et bien dans le passé. La science a tourné la page! Une ère nouvelle s'est levée. Les perspectives de guérison sont meilleures! Le pronostic est moins fatal! Le sujet atteint de tuberculose n'est pas pris de panique comme autrefois. C'est déjà beaucoup! Et le médecin n'est plus obligé de dissimuler ses appréhensions. Le pauvre malade accepte de faire un séjour au sanatorium, il sait qu'il sera beaucoup moins long, moins déprimant, pas nécessairement fatal. Il a des raisons de croire qu'il s'en va vers une guérison, qu'il sera escorté de la confiance, de traitements bienfaisants. On peut parler, en moyenne, d'un séjour de cinq à douze mois, selon le cas! Autrefois, il fallait envisager quelque chose comme trois années, parfois plus. Cette différence, à elle seule, constitue pour le malade un encouragement qui sollicite son départ, sa réclusion momentanée. Il est de plus persuadé qu'il reviendra non seulement vivant, mais guéri définitivement. Certes, il y aura sans doute des précautions à prendre, si après avoir guéri, il veut maintenir sa guérison.

Hélas, tous les tuberculeux qui sortent prématurément des sanatoria ou qui poursuivent leur cure à domicile sont habituellement des cracheurs de bacilles, ce qui entrave la valeur et les bons effets de la lutte antituberculeuse. Ceux qui consentent à entrer dans un sanatorium sont vite pris du désir d'en sortir. On se croit trop vite guéri! Les bons effets de la médication ne tardent pas à produire une fausse impression de guérison. Cela est un danger réel. Le médecin qui traite ainsi un sujet — *disons pressé de sortir* — est obligé de rappeler la menace toujours sournoise et qui veille. Il existe de beaux pseudo-effets thérapeutiques et le médecin a du mal à faire comprendre au malade que ces améliorations trompeuses peuvent disparaître rapidement si le sujet tente d'échapper à la cure un peu plus prolongée. A ce moment-là, la victoire est plus difficile à atteindre!

Comme autrefois, la cure au sanatorium implique l'éloignement de tout ce que l'on chérit, c'est entendu! Le milieu familial et amical est loin! Mais la cure est la condition essentielle de la guérison. Le malade sera sage d'y penser sérieusement et de faire un effort pour aider son médecin. Aussi, il y a autre chose: nos malades acceptent plus difficilement les diverses thérapeutiques chirurgicales qui ont encore leurs indications.

Cependant, on constate avec joie que le malade tuberculeux qui se présente pour traitement n'a pas le même état d'esprit qu'autrefois. Il ne paraît pas découragé et son instinct n'est pas défavorable à une cure. Le dépistage se fait d'une manière précoce et l'éducation fait de grands progrès. Les exa-

mens périodiques préventifs sont d'un précieux secours. Le malade se voit prévenu de la maladie à son début ou même souvent à l'état embryonnaire! On verra parfois qu'ils en sont à peine à l'état pré-tuberculeux. Les chances de succès sont plus grandes, car les conditions morales et physiques sont favorables. Autrefois, lorsqu'un sujet était déclaré tuberculeux, il avait des souvenirs déprimants concernant le sort de ceux qui avaient fait des sacrifices de réclusion, d'absence prolongée. Parfois même la mort avait été le salaire de ces sacrifices héroïques!

Actuellement, à tort ou à raison, tous les « digestes », les journaux sont remplis de toutes sortes d'histoires de maladies et de leurs médications miraculeuses. Le succès de guérison ne se ferait plus attendre. Elle s'obtiendrait même dans un temps record. Autant de raisons de se soumettre à une cure et aussi d'espérer, à la condition que cette cure soit courte. Les malades acceptent le diagnostic avec une autre mentalité. Ce n'est plus la terreur, la panique qui s'emparent d'eux. Selon eux, ils devraient être guéris, tous, sans beaucoup de sacrifices au départ. Ce n'est plus une cure faillible, c'est la guérison qu'il attend en quelques semaines. Il a entendu parler d'un ou plusieurs malades qui sont sortis guéris car la médication est heureuse, rapide, définitive. Il n'est plus un incurable. Mais malheur à celui qui espérant guérir en si peu de temps constate qu'il n'obtient pas sa guérison aussi vite qu'il ne le croyait. A trop de confiance, à trop d'espoir peut succéder un état de désillusion qui paralyse non seulement la guérison, mais aussi la volonté

de guérir, parce que la déception a été trop grande et trop brusque surtout. Le découragement, dans tous les cas, est dangereux; c'est le moins qu'on puisse dire.

Ces espoirs peuvent d'autant plus se « dégonfler » que la plupart du temps, avec ces traitements modernes, les résultats, au début, sont rapides et même spectaculaires.

Mais souvent ils ne résistent pas, ne persistent pas assez longtemps. Au contraire, ils s'arrêtent, paraissent moins évidents ou même parfois s'aggravent. Après la grande euphorie du début suit la désillusion. Nous constatons trop souvent ces faits et ces méfaits. Le comble de nos joies, c'est de voir des malades qui, venant à nous, suggèrent tel traitement plutôt qu'un autre. C'est le malade qui fait son choix.

C'est un parent, c'est un ami, qui souffrant du même mal, a si bien réagi à telle médication, que lui aussi, il désire la même chose. On veut faire vite!

Ces résultats qu'ils espéraient rapides se font hélas attendre! Ils se découragent rapidement! Il sera enclin à changer de médecin! Il voudra changer d'institution! Hélas, parfois, il se confiera à des charlatans! C'est une véritable surenchère qui mène à d'autres déboires, à d'autres désastres aussi.

Malgré tout ce qui a été découvert en tuberculothérapie jusqu'à maintenant, il reste qu'une diète appropriée, une hygiène parfaite, le repos moral et physique sont des éléments encore essentiels au succès de toute cure.

Les sujets qui sont à des périodes aiguës accompagnées d'hyperthermie

marquée, avec ou sans hémorragie pulmonaire, sont susceptible d'être traités par un repos total plus ou moins prolongé. Cette cure de repos au lit est de nos jours bien modifiée surtout si l'état pulmonaire ne tarde pas à s'améliorer, le tout contrôlé par la radiologie. Les privilèges peuvent être accordés, augmentés, à mesure que les signes cliniques et radiologiques se montrent favorables. Tout de même, il ne faut pas exagérer! Pour les premiers trois mois, règle générale, on devra imposer au début de tout traitement, un repos complet au lit durant trois mois. Durant ce temps, le malade aura tout loisir de s'adapter à une nouvelle vie qui lui paraîtra sans aucun doute monotone. Le médecin devra l'encourager en lui parlant du passé — *enfin, en revenant de dix ans en arrière* — alors que les conditions de traitement étaient difficiles, onéreuses, défavorables.

Un fait est indéniable: c'est le repos au lit d'abord! Le malade n'étant plus, comme autrefois, une sorte de condamné à mort, il importe que nous le mettions au courant des dangers de contagion qui n'ont pas disparu. Il peut éviter la contamination afin de faire regresser le nombre de sujets atteints de cette maladie toujours grave encore de nos jours.

Enfin, l'obstacle le plus difficile à vaincre, c'est la question de l'hospitalisation. Tous les nouveaux cas voudraient fuir le sanatorium! Ils désirent plutôt se faire traiter à la maison. Certes, il y a des malades qui méritent

d'être traités à domicile. Ils méritent qu'on leur fasse confiance. Il y a d'abord ceux qui sont atteints légèrement ou qui sont au tout début de leur maladie. A cela doivent s'ajouter d'autres qualités personnelles: intelligence, compréhension, coopération. Ces malades ainsi doués devront-ils avoir leur chambre privée, adéquatement aérée, sise dans une maison et un endroit tout à fait à l'abri de tout bruit: ils doivent obtenir le repos et la tranquillité. C'est essentiel aussi!

Chez ceux qui ne peuvent bénéficier de ce minimum à domicile, l'hospitalisation s'impose coûte que coûte pour le début de la cure tout au moins. Pour obtenir le maximum des soins adéquats, généralement, il n'y a rien qui puisse remplacer le milieu hospitalier. Il s'agit de penser au repos complet, aux choix du traitement, aux soins quotidiens, aux examens médicaux constants et aux tests de laboratoires que le séjour à la maison ne peuvent procurer.

Avant de terminer ce modeste éditorial, voici une opinion du docteur Paul Coudray que je sou mets à votre méditation: « *Sous la double influence des antibiotiques et de campagnes orchestrées, la cure sanatoriale n'est plus ce qu'elle devrait être. Il importe que les médecins réagissent contre cette situation préjudiciable aussi bien aux intérêts des malades qu'à ceux des collectivités* ».

Paul-René ARCHAMBAULT.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LA PRÉVENTION DU CANCER ¹

J.-A. LANDREVILLE,
Officier spécial et chef adjoint de la Division des districts sanitaires
du Service de Santé de la Ville de Montréal.

Le cancer, au lieu de perdre de son acuité, augmente apparemment d'une façon alarmante. En effet, les statistiques de mortalité par le cancer dans Montréal ont passé en 10 ans de 143 décès par 100,000 de population à près de 160 par 100,000 de population et cela malgré les progrès de l'art chirurgical, malgré les données nouvelles sur la valeur de la radiation. Cette mortalité est à peu près la même dans tous les pays du monde. Il n'y a que les décès par maladies de cœur qui dépassent ces taux de décès.

Je disais, en 1948, « une personne sur huit meurt de cancer; une femme sur quatre meurt de cancer entre les âges de 45 à 55 ans; toutes les trois minutes aux Etats-Unis, une personne meurt de cancer. Cette maladie a tué deux fois plus d'Américains durant la guerre que de soldats par la guerre elle-même. Au Canada, 38,834 hommes ont été tués ou sont disparus à cause de la guerre. Durant le même temps, plus de 80,000 personnes sont mortes de cancer ». C'est ce que je vous disais, il y a 10 ans, d'après les données statistiques. Aujourd'hui, il meurt 17 personnes de plus par 100,000 de population qu'à ce moment-là.

J'ai intitulé ma causerie « La prévention du cancer ». C'est peut-être un terme inadéquat. Le vrai terme devrait être « La prévention des décès dus au cancer » car prévenir le cancer suppose que l'on connaît la cause du cancer et qu'en traitant la cause on empêche la maladie de se développer soit par des vaccins, serums, etc., ce que l'on fait pour

une maladie contagieuse comme la diphtérie, et d'autres.

On considère le cancer comme une maladie sociale parce que cette affection morbide atteint une partie importante de la population et cela d'une façon prolongée ou définitive.

Elle ruine les forces vives de la nation étant la deuxième cause de décès.

Le cancer n'est pas l'apanage des vieillards; il frappe des hommes dans la force de l'âge, des femmes et des adolescents. Il tue des hommes jeunes qui peuvent être des procréateurs, il tue même des enfants.

Le cancer est une maladie sociale parce que son dépistage précoce pose un problème national, maladie sournoise qui évolue sans fracas, sans manifestations inquiétantes au début. Le cancer a peu de chance d'être reconnu à la période du diagnostic utile, surtout si ce soin est abandonné au libre arbitre du malade. La plupart des cancéreux ne réalisent la gravité de leur état avec inquiétude que trop tard.

Le cancer est une maladie sociale parce que les malades souffrant de cancer découverts à la période où la thérapeutique est vaine et illusoire, vivront néanmoins encore pendant plusieurs années pour parfois grever les deniers publics à titre d'incurables ou d'invalides.

Cette affection exige une minutieuse surveillance après un traitement et cela pendant cinq ans parfois avec des examens périodiques qui permettent de contrôler et parfaire la guérison.

On le considère maladie sociale parce que le cancer est dépisté à tous les groupes d'âge à mesure que se perfectionnent les moyens de diagnostiquer cette maladie.

1. Causerie prononcée par le docteur J.-A. Landreville, à la « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi le 16 décembre 1957, à 10 h. 30 du soir.

On rencontre de plus en plus de cancer chez les jeunes adultes. Donc pour être complet, un programme de prévention du cancer doit s'adresser non seulement aux adultes mais à la jeunesse à partir de l'enfance. Avertir les médecins, organiser ces mesures de prévention représentent donc bien un problème social.

Sans connaître la cause de certains cancers, on sait que des irritations, certaines affections prédisposent à cette maladie. C'est pourquoi le tabac, la fumée de cigarette serait la cause prédisposante, sinon la cause vraie des cancers du larynx et des poumons. La Société Américaine du cancer sur une étude 180,000 individus de 50 à 60 ans affirme qu'un individu qui fume deux paquets de cigarettes par jour hâtait sa mort de 7 à 8 ans. Un fait est évident, c'est que le nombre de décès provoqués par le cancer du poumon était 10 fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Le Conseil de recherches médicales à Londres affirme qu'en Grande-Bretagne un gros fumeur de 20 cigarettes ou plus par jour mourra du cancer du poumon dans la proportion de 1 sur 8 tandis qu'un non-fumeur sur 300 succombera à cette maladie.

D'autres causes prédisposantes à côté du tabac sont l'alcool, la syphilis, les tumeurs précancéreuses, etc., pour le cancer du larynx. L'alcoolisme, une mauvaise alimentation, prédisposent au cancer de l'estomac et de l'intestin. Les cancers de la peau sont plus fréquents chez les ouvriers de certaines industries, employés à la teinture, aux produits de houille, etc., et chez les populations des pays tropicaux où le soleil est un irritant. Le cancer du sein est plus fréquent chez les femmes qui n'ont pas allaité et le cancer du col de l'utérus chez les femmes qui ont eu des lésions du col.

Si l'on ne peut en déterminer la cause directe, nous savons néanmoins, que le cancer n'est pas héréditaire, ni infectieux. Nous savons aussi qu'il peut se guérir à la condition d'en faire un diagnostic précoce, c'est-à-dire au début de la formation du néoplasme car à ce moment le cancer se guérit.

95% des cancers de peau guérissent. Le cancer du col de l'utérus guérit dans 60 à 75% des cas.

Le cancer est curable? Oui, une fois sur trois mais à condition qu'il soit traité à temps, c'est-à-dire avant que les cellules cancéreuses aient envahi les ganglions du voisinage.

Sans doute les méthodes modernes de diagnostic ont permis de dépister cette maladie mieux qu'autrefois. D'autre part, nous savons que le vieillissement de la population concourt à augmenter le nombre de personnes qui atteignent l'âge où l'on est sujet au cancer.

Peut-on donner une définition exacte du cancer? Nous savons simplement que c'est une multiplication anormale des cellules vivantes. Cet accroissement n'obéit pas à l'action qui contrôle les activités des cellules normales. Ces cellules anormales poursuivent leur marche destructrice au milieu des cellules saines qui les entourent jusqu'à l'anéantissement complet de celles-ci si l'on ne parvient pas à enrayer cet envahissement.

Les méthodes connues à date pour arrêter le développement du cancer sont la chirurgie, les rayons-X, le radium et les isotopes. Mais faut-il que ces moyens soient appliqués à temps, avant que les ganglions soient pris c'est-à-dire avant qu'il y ait envahissement des tissus par les cellules cancéreuses qui les entourent.

VARIÉTÉS

RÉFLEXIONS SUR L'HÔPITAL CANADIEN-FRANÇAIS EN FONCTION DU TEMPS PRÉSENT¹

Georges-Etienne CARTIER²

LE CŒUR DU PROBLÈME

Accéder au rôle de grand hôpital, à plus forte raison d'hôpital enseignant, est certes un honneur enviable. Encore faudrait-il être digne de le remplir. Ce sera possible à la condition de posséder une organisation parfaite. Ici l'expérience de nos voisins états-unis doit nous venir en aide; il s'agira de savoir nous en inspirer avec discernement en l'adaptant à nos mœurs, à nos besoins et à nos possibilités.

Aujourd'hui un grand hôpital, à fortiori un hôpital de type enseignant, n'en peut pas être un comme les autres. Il lui faut ceci de particulier que ses hommes aient l'ambition de prodiguer les meilleurs soins et les plus variés aux malades, et s'il s'y fait de l'enseignement, de former les meilleurs médecins possibles ou de perfectionner les connaissances des aînés. Des hommes d'étude, quoi. Cet hôpital se doit et il doit à la communauté d'aider au progrès de la science médicale par la recherche. Et, pour permettre à ses médecins de réaliser avec lui cette généreuse et lourde tâche, il aura à leur en fournir les moyens. Mais qui définira cette tâche? Qui décidera des moyens?

Nous touchons ici au cœur du problème. L'hôpital complètement évolué se trouve en possession d'une tradition l'obligeant aux fonctions les plus élevées. Sans le vouloir, peut-être même sans s'en rendre compte, il s'est engagé dans une voie où sa destinée se montre dorénavant plus exigeante. *Il ne devra donner à la société que le meilleur de lui-même.*

Sous peine de déchoir il devra faire en sorte que ses médecins, *par l'étude, l'enseignement et la recherche participent activement à cette grande œuvre de charité humaine qu'est le progrès de la médecine.* Il le faudra pour le bien des malades qui lui confient leur vie; il le faudra pour l'honneur de sa nation. Il en coûtera à tous. Noblesse oblige.

Cette organisation en vue d'une pratique supérieure de la médecine et de la chirurgie, en vue d'un enseignement de première valeur, ne saurait être élaborée par une seule des deux parties, administrative ou médicale, puisque chacune n'est rien sans le concours de l'autre. Aussi est-ce sur une fine compréhension des possibilités de l'une et des exigences de l'autre qu'il faut compter pour arriver à bonne fin³.

SON ASPECT LÉGAL

Avant d'aller plus loin et pour dissiper des malentendus possibles, nous étudierons la position légale de chacun de ces groupes dans le cadre d'un hôpital⁴.

3. Cette fine compréhension ne peut exister, chez nous, que si s'atténuent les sources de tension entre religieuses et laïcs. Plutôt que d'attendre que l'autre se corrige de ses défauts, que chacun commence donc par lui-même. Plus d'humilité, moins d'autoritarisme d'un côté, plus de virilité, moins de sentimentalisme de l'autre, un peu plus de sens des réalités et d'abnégation de part et d'autre, ce serait déjà mieux. Mais c'est encore *sur la valeur intellectuelle et morale ainsi que sur la force de caractère des chefs* qu'il faut compter avant tout. Une autre source de tension: entre administration et médecins, sera envisagée plus loin.

4. Les notes que l'on va lire sur l'aspect légal de l'hôpital ont été fournies par M^e Jean-Louis Dorais, professeur de législation à l'École d'Administration hospitalière du Comité des Hôpitaux du Québec. Celles touchant le médecin d'hôpital me viennent de M^e Dorais et de M^e Paul Crépeau, ce dernier, professeur à la Faculté de Droit de l'Université de Montréal. Je profite de l'occasion pour leur exprimer ma gratitude.

1. La première partie de ce travail a été publiée dans la livraison d'avril, page 467.

2. Chef de la section des maladies vasculaires, Service de chirurgie, Hôtel-Dieu de Montréal.

A) *L'Hôpital.*

En droit, l'hôpital est une corporation, c'est-à-dire *une personne fictive, légalement constituée, ayant droits et obligations* comme une personne réelle, mais possédant une entité propre, une individualité distincte de celle des individus qui la composent, et ayant son domicile à l'endroit où elle possède son bureau, dans une cité et un district déterminés.

La corporation se limite parfois à un hôpital donné; elle couvre d'autres fois une vaste communauté toute entière qui peut posséder et administrer plusieurs hôpitaux ou autres institutions de toute nature⁵.

Dans l'un et dans l'autre cas, la corporation est constituée par la volonté du législateur qui s'exprime dans l'octroi d'une *charte* ou d'une loi spéciale qui donne naissance à la corporation, lui confère son nom, détermine ses droits et pouvoirs et régleme son mode d'administration.

Cette corporation, i.e. l'hôpital, agit par l'entremise d'un bureau de direction qui a seul le pouvoir d'en édicter les règlements, d'en assumer et exécuter les obligations, et de prendre toutes les décisions administratives qui lieront la corporation. Ce bureau de direction est en quelque sorte le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif de l'hôpital.

Par contre la responsabilité de l'hôpital peut être engagée par l'acte ou par la faute de toute personne dûment nommée à un poste déterminé par ordre du bureau de direction, lorsque cette personne agit dans l'exercice de ses fonctions; elle le fait alors par et pour le bureau de direction, et la faute commise dans l'exécution de fonctions auxquelles une personne est employée entraîne automatiquement la responsabilité civile du commettant.

Même le fait pour un hôpital de tolérer, en toute connaissance de cause, que certains médecins commettent systématiquement des actes dérogatoires à l'honneur professionnel,

5. J'aurais aimé fournir des exemples de ces deux modes de corporation. Il m'a été impossible d'en trouver. La rédaction des chartes est, semble-t-il, d'une telle circonspection qu'un juriste expert s'y perd.

constitue une faute directe en droit; et cette faute entraînera elle aussi la responsabilité civile de l'hôpital.

Enfin, la direction de l'hôpital, et elle seule, peut déléguer une partie plus ou moins grande de ses pouvoirs à l'une de ses sections constituantes: soit le conseil d'administration, soit le bureau médical avec son comité exécutif. Ceux-ci agissent alors avec les mêmes prérogatives et restrictions qu'une commission gouvernementale en vertu d'une délégation de pouvoirs.

B) *Le Médecin d'hôpital.*

Dans notre province le statut légal du médecin d'hôpital doit être considéré d'après le Code Civil et d'après le droit commun et la jurisprudence des tribunaux.

Le Code Civil considère le médecin d'hôpital sous deux aspects. En tant que contracteur ou entrepreneur indépendant: il s'agit alors d'un contrat professionnel avec son patient et ce contrat, cet engagement est écrit ou tacite; mais il existe toujours. A ce titre le médecin exerçant sa profession est tout à fait indépendant de l'institution, i.e.: il peut soigner ses malades comme bon lui semble, sans que l'administration ait rien à dire. C'est à ses pairs du bureau ou de l'exécutif médical qu'il aura à répondre de ses actes professionnels.

D'un autre côté, le médecin attaché à l'hôpital aura avec ce dernier des relations d'un ordre différent: des règlements administratifs destinés à assurer le bon ordre, à maintenir une discipline efficace, devront être observés par tout le monde; il lui faudra s'y conformer. Envisagé sous cet angle, toujours d'après le Code Civil, le médecin devient alors un préposé; ceci le place dans un état de subordination.

M^e Paul Crépeau peut ainsi conclure: « Quant aux praticiens attachés aux établissements hospitaliers, nous avons dit qu'ils pouvaient agir selon une double qualité: en tant que travailleurs indépendants dans l'exercice de leurs activités professionnelles; en tant que préposés (et donc dépendants) dans l'exécution des fonctions relevant de

l'administration ou des règlements intérieurs de l'établissement. »

D'un autre côté le droit commun et la jurisprudence ont adopté le mot « Invitée » pour se représenter le statut du médecin dans son hôpital. Comme l'expérience américaine est vaste et déjà ancienne dans le domaine des affaires hospitalières et que l'organisation de nos hôpitaux se rapproche par plus d'un point de celle des leurs, il était logique d'interroger les législateurs autant américains que canadiens pour bien comprendre le problème. C'est ce qu'a fait M^e Dorais.

L'« Invitée »⁶ donc, selon le droit commun et la jurisprudence, *est celui qui est à un endroit pour y accomplir une chose avec la connaissance et l'assentiment du maître de céans.*

Si le médecin est un Invitée, il se trouve à un endroit qui est l'hôpital pour y accomplir une chose: l'exercice de sa profession, avec la connaissance et l'assentiment du maître de céans (les gouverneurs avec les administrateurs de l'institution). Envisagé sous l'unique aspect exercice de sa profession (examen et traitement des malades) cet Invitée est libre et indépendant vis-à-vis de l'administration.

Mais on n'imagine pas un homme sollicitant le privilège de soigner ses malades dans un hôpital, ou même acceptant de le faire pour aider cette institution, sans qu'il se trouve, *ipso facto*, obligé de se soumettre à la régie interne de l'établissement, sans se conformer aux us et coutumes de celui-ci pour le maintien d'un bon ordre dont il bénéficiera d'ailleurs. Aussi, sous cet aspect, l'Invitée devient-il dépendant. C'est le bon sens même.

Ainsi, que l'on pose la question au Code Civil ou à la Common Law et à la jurisprudence, la réponse est la même en définitive. Le médecin d'un hôpital, chaque fois qu'il y exerce sa science et son art, ne dépend pas

de l'institution qui l'a autorisé à le faire: c'est un contracteur d'entreprise professionnelle ou un Invitée.

D'un autre côté sa présence dans l'hôpital l'oblige à entretenir des rapports avec le personnel administratif, médical, infirmier, etc. qui doivent être réglementés par quelqu'un. Sa vocation n'étant pas d'administrer une institution mais de soigner des malades, il faut bien qu'il accepte que l'autre partie établisse certaines règles de conduite et que lui s'y conforme. Ces règles viseront sans doute à obtenir de tout le monde une action la plus efficace possible pour un meilleur soin des malades et le maintien du bon renom de la maison. Envisagé sous cet aspect particulier le médecin Invitée devient alors dépendant de l'administration ou, si l'on préfère, un préposé.

C'est ici le point névralgique où les médecins deviennent chatouilleux ou craintifs; et ils n'ont pas tort. Il s'est vu des administrations abusives. Il s'est trouvé par contre des corps médicaux désordonnés; et c'est alors l'administration qui pouvait s'en trouver inquiète. On amène une autre objection: les médecins sont indispensables à l'hôpital. C'est vrai; encore faut-il ne pas oublier qu'ils sont bien aise d'en faire partie, qu'ils furent, un jour, anxieux d'y entrer. Mais l'administration est aussi nécessaire pour que les médecins puissent accomplir auprès des malades l'œuvre qu'ils avaient rêvée.

On pourrait de la sorte tourner en rond indéfiniment s'il y avait pas cette *nécessité absolue* de l'ordre à établir et à faire respecter en vue du bien commun.

Il faut donc voir les choses telles qu'elles sont et reconnaître, puisque la loi le veut ainsi, que c'est la corporation-hôpital, par son bureau de direction, qui a juridiction pour autoriser la présence et régler l'action non professionnelle de ses médecins.

De ces notions tirons quelques *conclusions pratiques*.

Etant donné que les membres attachés à une institution doivent travailler à son bien, mais qu'ils peuvent aussi indirectement et

6. Ce mot « Invitée » n'a aucun équivalent français. Il faut prendre garde de ne pas le traduire par le mot « invité » ni surtout de le retraduire en anglais par « guest ».

En français comme en anglais l'on prononce et l'on écrit: l'« Invitée » et ce mot ne doit répondre qu'à la définition donnée dans le texte.

moralement engager sa réputation en bien ou en mal, celle-ci, légalement, a le droit et le devoir de réglementer l'action des dits membres qu'elle accepte dans son sein. D'où découle pour la corporation hospitalière le droit d'avoir le dernier mot à dire dans l'acceptation de tout nouveau membre médical et même le privilège d'en introduire un de son choix si l'intérêt général: institutionnel, universitaire ou social l'exige.

Ainsi encore, du fait que les médecins sollicitent de l'hôpital le privilège de les accepter pour y traiter leurs malades, l'hôpital, en retour des avantages qu'il leur accorde a le droit de leur imposer des obligations visant à assurer le maintien de la plus grande efficacité et d'une haute renommée dans les différents domaines de leur compétence. Toujours en vue du bien général, i.e. réputation de l'hôpital, meilleure santé publique, perfection de l'enseignement par l'étude et la recherche. De même, est-il du devoir de l'hôpital de faciliter à ses médecins leur tâche et de les y aider de toute façon, entr'autre par l'admission de leurs malades; mais est-il aussi de son droit de le faire en tenant compte de la diligence que chacun met à l'avancement de la cause commune.

En somme, phénomène assez paradoxal mais d'apparence seulement, dans cette organisation sociale le groupe le plus marquant, celui des médecins, n'a pas la haute main sur la direction générale. Par contre celle-ci, pour voir ses fins pleinement se réaliser, doit être prête à se soumettre aux exigences des médecins; évidemment dans la mesure du possible.

Il n'était pas inopportun, croyons-nous, de clarifier la position et les rapports réciproques de l'hôpital et de ses médecins. Si ces rapports avaient été mieux compris, si le principe de leur solution, basé sur le bon vouloir à défaut de point d'appui plus scientifique, avait été pris plus au sérieux, nous n'aurions pas vu de ces malaises provoqués par l'intérêt excessif, l'inexpérience ou les revendications mal justifiées des membres des conseils administratifs ou des corps médicaux⁷.

L'organisation hospitalière suppose donc une symbiose particulière où seule une *compréhension* aérée, généreuse et diligente peut venir à bout des multiples difficultés quotidiennes engendrées par les *besoins de la médecine* et les *disponibilités financières* de l'administration. Cela exige une vaste expérience de part et d'autre et du temps pour l'acquérir. Cela demande aussi une certaine dose de réalisme qui exclut toute prétention. Cela réclame enfin un esprit civique, « cette vertu des grandes âmes », a dit le Père G.-H. Lévesque, encore rare chez nous.

Disons, en un mot, que l'hôpital d'aujourd'hui, a fortiori celui qui accepte la responsabilité de l'enseignement universitaire ou post-universitaire, doit faciliter à ses médecins non seulement la tâche déjà lourde de soigner les malades mais l'autre, non moins pénible, d'enseigner et de former des hommes par l'étude, les publications et la recherche.

Tout tient à leur réelle bonne volonté. Mais tout s'appuiera d'abord sur un programme d'action bien compris, clairement exprimé et fermement accepté⁸. En un mot, tout dépendra de la politique choisie.

UN PROGRAMME D'ACTION OU UNE POLITIQUE

A) Les bases.

Le tracé d'une ligne de conduite, d'une politique pour un hôpital canadien-français en 1958 présuppose la reconnaissance des faits énoncés au début de ce travail et l'acceptation des obligations qu'ils entraînent. Nous traversons une *révolution sociale* dont la répercussion se fait sentir dans la vie de chaque malade qui vient à l'hôpital. Il y a aussi une *crise de la pensée religieuse et de la conscience morale*, plus grave en importance. Un hôpital

7. Cf. Ch.-U. Letourneau. « Seven Deadly Sins of Trusteeship: Dishonesty, personal profit, apathy, favoritism, disloyalty, interference, meddling. »

8. Parmi les responsabilités du personnel médical, le « Joint Commission on Accreditation of Hospitals » mentionne: « Support of medical staff and hospital policies. » Je trouve tout avantage pour un hôpital à énoncer explicitement et à faire savoir à ses membres son programme d'action. On ne supporte, on ne défend que ce que l'on connaît bien.

catholique moins que tout autre ne peut les méconnaître.

Or, les moyens dont nous disposons sont de deux ordres; les uns, très riches, spirituels: ce sont notre culture française, nos humanités gréco-latines et nos principes chrétiens; les autres, matériels, sont encore modestes et nous devons nous en servir avec ingéniosité et économie.

Si nous formions une nation autonome, la tâche de nos hôpitaux paraîtrait peut-être moins pénible, moins lourde; mais le fait que nous vivons parmi une population de langue, de culture et de foi différentes de la nôtre montre plus cruellement nos déficiences. De là un danger et un bienfait. Le danger serait d'attribuer à notre formation, à notre culture, à notre langue ou à notre foi la cause de nos misères alors qu'elle réside d'abord dans un long atavisme de pauvreté matérielle⁹ avec les défauts qui l'accompagnent: vanité, envie, manque du sens de l'organisation, prétentions enfantines. Par contre, l'avantage de côtoyer des plus fortunés nous permet de puiser chez eux les qualités qui font leur force et leur grandeur: le sens de l'organisation et l'esprit d'équipe.

Toute direction, toute administration, tout corps médical d'un hôpital tant soit peu important devrait donc s'inspirer de ces idées

9. Voici quelques réflexions de J.J. Butler et E.M. O'Hearn sur « La valeur de l'éducation médicale et de la recherche parmi les écoles médicales et les hôpitaux catholiques américains. . . » Les auteurs en recherchent les causes dans les facteurs suivants: l'éducation pré-médicale; la famille, la classe sociale et la nationalité; le groupement religieux et les écoles médicales. Plus loin, ils écrivent que: « l'on pourrait croire que le personnel des écoles médicales catholiques est, ou bien insuffisamment intéressé ou bien incapable de diriger de la recherche. C'est, disent-ils possible; et ce peut être dû: a) à certaines déficiences rencontrées chez les étudiants, b) mais aussi au manque d'hommes, d'espace et d'outillage. » Manque d'espace et d'outillage, cela veut dire: manque d'argent.

Mais ailleurs ils écrivent, non sans mélancolie, que les écoles catholiques de médecine n'instillent pas l'esprit de sacrifice nécessaire pour poursuivre un entraînement et des études post-graduées et même aller jusqu'au stade, en vérité moins rémunérateur, de l'enseignement et de la recherche. Ils affirment aussi que *ce n'est pas la recherche des dollars qui apporte du prestige, mais l'utilisation intégrale des talents pour le bien commun.*

pour orienter son action et formuler sa politique. Nous nous en tiendrons ici à l'institution parvenue à son stade le plus évolué, à l'hôpital du type enseignant ou post-universitaire.

B) *La politique.*

1. L'hôpital, en général, est en quelque sorte une institution de bienfaisance non lucrative, indispensable et dont le but est d'examiner ou de soigner tout individu pauvre ou riche devenu un problème trop compliqué pour être traité à domicile. S'il assume la charge de l'enseignement, il poursuit un deuxième but non moins important: la formation ou le perfectionnement des médecins ou des chirurgiens.

2. L'hôpital canadien-français, presque noyé dans la masse anglo-saxonne, en acceptera le fait comme un handicap sans doute, mais comme un handicap avantageux, puisqu'il lui permet de participer à la fois aux cultures française et anglaise. Il recherchera donc son épanouissement selon les lignes de force de sa formation humaniste et gréco-latine tout en puisant largement dans le fonds de l'expérience et de la science anglo-saxonnes.

3. L'hôpital n'oubliera pas qu'il est formé d'un personnel catholique. Or, parce qu'il faut bien que chacun de nous, sous une forme ou sous une autre, fournisse sa part d'apostolat laïc et parce que le médecin est de tous les laïcs, le plus sollicité et le plus à même d'agir dans le domaine moral, son hôpital s'inquiétera des moyens à lui fournir pour renforcer ou enrichir ses connaissances en matière de sociologie et de psychologie. Les deux exerceront ainsi une plus heureuse influence sur les malades et leur entourage, mais aussi contribueront à l'édification de ceux d'une autre foi qui viendront en contact avec eux. Ce souci, l'hôpital sera anxieux de l'étendre à ses infirmières, à ses employés, à ses malades.

4. Préoccupé des questions sociales, de concert avec son personnel médical et, au besoin, avec des conseillers du dehors; mieux encore, d'accord avec les autres hôpitaux, il

cherchera à trouver des formules nouvelles, des solutions personnelles qui avantageront les classes pauvre et moyenne de la société. Il se basera pour cela sur des faits d'expérience courante¹⁰.

5. Du fait de ces obligations inhérentes à sa nature et aux circonstances particulières des temps présents, tout hôpital soucieux de se montrer digne de son nom et de son rôle devra s'assurer les services de médecins particulièrement doués pour l'étude, la recherche et l'enseignement et prêts à sacrifier de leur temps au soin des pauvres.

En raison de leurs aptitudes particulières ou de la nécessité des services à rendre tant aux malades qu'aux étudiants, les uns seront engagés par l'hôpital par contrat à plein temps ou à temps partiel. Les autres, dépendant de leur clientèle privée, susceptibles de gagner davantage que les précédents et moins accaparés par l'enseignement, devront se considérer récompensés par le plaisir d'un travail

10. On pourrait, par exemple, suggérer la réforme du service privé des infirmières; une coordination de services de médecine d'urgence ou de médecins de garde pour les fins de semaine, la recherche d'un système de frais hospitaliers plus équitable; l'établissement, pour tous les hôpitaux de la province, d'un système d'enquête sur la solvabilité de leurs clients admis dans les services privés ou sous le régime de l'Assistance publique. Par les mêmes moyens, on pourrait suivre les déplacements des anciens clients. Les services ainsi apportés aux hôpitaux pourraient être étendus, moyennant contribution, à leurs médecins, peut-être même à toute la profession médicale. La collaboration avec les Facultés de médecine et le Gouvernement provincial par le truchement de ses Unités sanitaires ou de ses Départements d'hygiène permettrait de disséminer chez les nôtres, par des sessions scientifiques dans les centres éloignés, la valeur ou le bien-fondé des derniers progrès de la science médicale, etc., etc.

Si nous avons, religieuses autant que médecins, juste un peu d'esprit civique et de sens social, mettant à profit à la fois notre génie inventif français et le sens de l'organisation et de la coopération américains, nous pourrions beaucoup innover dans ce domaine et, qui sait, indiquer des voies nouvelles aux autres. A une condition: nous défaire d'abord de notre misérable complexe d'infériorité et nous convaincre que *notre rôle n'est pas seulement de suivre mais aussi de diriger*.

11. Les médecins engagés par l'hôpital, certains de ne pas toucher des rémunérations aussi élevées que les revenus de leurs confrères en pratique libre, devraient bénéficier d'un système d'assurance dont l'hôpital paierait une partie des primes. Je ne vois pas pourquoi les autres, gagnant davantage, iraient réclamer la même chose. Question d'équité.

scientifique approfondi, par la facilité de faire admettre leurs clients dans les hôpitaux et par le prestige attaché à leur titre de médecin d'hôpital¹¹.

6. Si l'hôpital assume la responsabilité de l'enseignement post-universitaire il doit, pour le prestige que cela comporte, en accepter les servitudes. Il facilitera donc à ses médecins — selon leurs qualités et leur rendement — leur tâche de professeurs en leur procurant l'assistance en personnel qualifié et en local, l'aide matérielle et le temps nécessaires pour l'étude, la recherche clinique, l'expérimentation sur l'animal, la publication du fruit de leurs travaux. Dans des cas particuliers, il leur accordera le temps et, à l'occasion, y ajoutera une aide pécuniaire pour des voyages d'information personnelle ou pour donner des conférences dans différents centres de la province, du pays ou à l'étranger. Dans le même but, il s'évertuera à aplanir les difficultés matérielles pouvant entraver leur action. Par contre, les médecins s'engageront à assumer sérieusement et à coups de sacrifices de temps et de loisirs leur responsabilité de professeurs. Tous accepteront d'être traités par l'institution conformément à l'effort fourni et aux services rendus.

C) *Les moyens de réalisation.*

Je propose ici, comme *canevas*, les bases d'un système d'organisation applicable à un hôpital enseignant universitaire ou post-universitaire.

1. Organisme de fonctionnement très compliqué du fait de l'évolution sociale et des progrès scientifiques, cet hôpital enseignant devra disposer d'une organisation adaptée à sa fonction, bien définie et surtout bien comprise de ses membres, du premier au dernier. La politique de l'hôpital avec ses règlements sera donc imprimée et soumise à la connaissance de chaque nouveau médecin admis et peut-être même de chaque interne ou infirmière.

2. Cet organisme comprendra un Bureau de Direction (Directeurs ou Gouverneurs comme

on voudra les nommer) représentant la personne légale responsable de l'hôpital, deux corps délégués de pouvoirs: le Conseil d'Administration, l'Exécutif médical; un Directeur médical.

3. Le Bureau des Gouverneurs, dans le cas des communautés religieuses, recueillera ses membres ailleurs que dans l'hôpital même, c'est-à-dire parmi les membres du Provincialat ou du Généralat. Il aura tout avantage à s'adjoindre quelques conseillers laïcs, hommes et femmes, pas trop nombreux, sérieux, indépendants, instruits des questions légales, économiques et sociales¹². Ce faisant, il fortifierait ses positions et se grandirait dans l'estime du public.

Ceux-ci, plus au fait que les religieuses de bien des choses de l'extérieur, seront susceptibles de les éclairer sur les sentiments du public à leur endroit, sur les tendances économiques, financières et politiques, sur les mouvements des organisations sociales. D'un autre côté, renseignés sur les problèmes hospitaliers, ils seront en mesure d'informer le public de bien des façons sur les services rendus par les hôpitaux et sur le bien-fondé de leurs exigences¹³.

4. Le Conseil d'Administration sera formé des chefs des grandes sections non-médicales que comprend un hôpital: section des malades, des infirmières, de l'entretien et de la subsistance. Le Chef (le ou la Présidente) du Conseil en est de facto la personne chargée

12. Frederic T. Hill.

"It is the individual who should be selected for his or her own personal qualities, character, background, experience, knowledge or organisation or for special skills. Financial or social position is not enough."

Arthur McElmurry.

"...No person can be a leader in the hospital field without considering the environment surrounding hospitals. We should know what is going on in medical research. We must be aware of the trends in the general health field. We should appreciate the thinking of labour and keep abreast of the latest procedures for training and teaching."

13. J.J. Butler et E.M. O'Hearn concluent ainsi leur rapport:

«Le rôle ou le devoir des institutions médicales est double: nourrir le respect pour la recherche et faire connaître comme il faut leurs besoins financiers.»

du problème des malades. Chacun des chefs de départements ou sections aura, pour l'assister, le nombre nécessaire de personnes parmi lesquelles il cherchera les remplaçants de demain.

Ce Conseil d'Administration sera formé de personnes particulièrement douées, expertes en administration et renseignées sur les problèmes sociaux.

Cette administration, pour être forte, devra être stable. Ce qui veut dire, dans le cas de communautés religieuses dirigeant un hôpital enseignant, que les femmes expérimentées responsables de l'administration devront être à l'abri des aléas de changements d'office automatique ou par suite de fondations¹⁴. Un hôpital universitaire ou post-universitaire qui veut garder son rang ne saurait se priver de ses meilleures têtes sans causer un préjudice grave à la société envers laquelle il a tacitement mais consciemment contracté des obligations vitales.

La Directrice du Nursing sera une femme intelligente et d'expérience avec beaucoup d'amour dans le cœur, de l'esprit de discipline et d'obéissance et le sens du sacrifice. Tout ce qu'il faut pour comprendre la jeunesse et se l'attirer¹⁵.

14. C'est un signe de vitalité pour une maison commerciale ou industrielle de pouvoir «ouvrir» des succursales ou fonder des compagnies subsidiaires. Elles le font généralement avec une extrême prudence.

Nos communautés, en fondant des maisons nouvelles, nous prouvent leur force. Quand il s'agit de fondations d'hôpitaux, si le sort d'un hôpital de haute responsabilité se trouve en jeu, la prudence dans le choix des sujets à garder ou à envoyer au loin est doublement requise.

15. Il faut donc beaucoup de qualités surnaturelles et surtout de l'amour au personnel chargé de la formation des infirmières. La jeunesse de tous les temps est avide d'héroïsme. Notre tiédeur d'adultes en tarit stupidement, misérablement la source. Tel un bateau muni de larges voiles, cette jeunesse a besoin d'un bon gouvernail. Elle attend un vent fort pour prendre le large et affronter les tempêtes. Quel souffle a-t-elle reçu? Quelle direction lui a-t-on donnée?

On se plaint de manquer de vocations religieuses. J'ai souvent causé de ce problème avec des religieuses (sic) et d'autres, avec des jeunes filles sérieuses, infirmières ou pas; avec des prêtres séculiers ou aumôniers. J'en ai gardé l'impression suivante. La vocation au service de Dieu est un appel au sacrifice. *Pour penser au sacrifice, il faut voir des gens,*

Sa grande préoccupation sera de former des femmes consciencieuses et charitables d'abord, débrouillardes ensuite et, après cela, savantes. Elle aura souci de dépister les sujets de valeur exceptionnelle et de prendre les moyens nécessaires pour les garder attachés à la maison. Ainsi devra-t-elle comprendre, et ses collègues du Conseil d'Administration avec elle, qu'il vaut mieux payer cher, et même très cher, des infirmières excellentes plutôt que de chercher à épargner en engageant des personnes à demi-compétentes.

Ce Conseil peut trouver son expression dans le tableau suivant.

CONSEIL D'ADMINISTRATION ¹⁶

Supérieure ou hospitalière en chef (présidente)

Voit aux problèmes des malades. Elle a sous sa juridiction les officières de tous les départements.

Bureau d'admission. Bureau des comptes. Bureau des réclamations. Pharmacie. Archives. Salles d'opération. Dispensaires ou services extérieurs. Départements privés. Départements publics.

Directrice du Nursing

Elle a sous son contrôle toutes les infirmières.

Etudiantes. Graduées en service régulier. Graduées en service interne. Auxiliaires-infirmières. Infirmiers.

Econome

Elle voit à l'entretien et à la subsistance de la maison, corps et biens, à la surveillance du personnel et à l'équipement scientifique.

Ouvriers. Buanderie. Cuisine. Achats.

Administration des biens divers (propriétés, dons, etc.).

Administration des revenus des malades privés et assistés.

5. L'Exécutif médical, responsable de tout le travail concernant la thérapeutique, l'enseignement de la médecine et la recherche,

beaucoup de gens qui se sacrifient, se mortifient pour les autres. L'exemple, en somme, demeure le meilleur médium de propagande. Or, c'est cet exemple répété, renouvelé, retrouvé chez beaucoup de religieuses que désirent nos grandes filles qui, à quinze ans, ne tolèrent ni le mensonge ni l'injustice.

Si ce souffle de générosité amoureuse, qui aurait attisé en elles les braises de vocation endormie sous les cendres des légèretés du monde, leur a manqué, elles se détournent sans enthousiasme, désenchantées.

16. Il existe d'autres formules, équivalent, en somme, à celle-ci.

représentera auprès des Gouverneurs les intérêts du Bureau médical, c'est-à-dire de tous les médecins réunis, comme il dirigera leurs activités, assignant à chacun sa tâche et ses devoirs en vue du bien commun: le progrès et la prospérité scientifiques ainsi que matériels de l'hôpital.

Il comprendra peu d'hommes mais des gens qualifiés et disposant du temps voulu. Ils seront choisis non pas tant en raison du nombre des années de services que de ceux qu'ils auront rendus et pourront rendre encore. Un médecin-chef, un chirurgien-chef et un chef des laboratoires seraient suffisants. Ils seraient conseillés par les chefs de section, eux-mêmes, à l'occasion, les porte-parole du Bureau médical.

L'homme désigné à ce poste devrait posséder certaines qualités dont en voici quelques-unes. Tout d'abord le sens de l'organisation et l'expérience de l'enseignement. Fermeté de caractère, curiosité intellectuelle, esprit d'inquisition, compréhension des besoins présents et futurs de son milieu. Il saura bien accueillir et utiliser au profit de tous aussi bien les conseils que les critiques. Il sera fier de sa culture et assez souple pour puiser partout ailleurs ce qu'il y a de bon. Préoccupé de l'avancement de la science qu'il sert par le perfectionnement constant du travail de son personnel, il aura continuellement à l'esprit le prestige de sa profession, de son hôpital, de son université, de la race à laquelle il appartient et de la foi qui l'anime. Cela suppose de l'esprit de sacrifice et de renoncement. Enfin, qualité non essentielle mais très utile, il sera assez liant et disposé à une certaine vie sociale.

Il sera choisi par les chefs de section qui en auront conféré avec leurs assistants et les autres membres de l'exécutif. Son acceptation sera proposée au Directeur médical, aux deux autres membres de l'Exécutif et au Conseil d'administration puis soumis à la sanction du Bureau des Gouverneurs et de la Faculté de Médecine. *A moins que, pour des raisons d'ordre supérieur, cette dernière et le Bureau*

des Gouverneurs ne jugent opportun de désigner à ce poste tel homme en particulier.

Devoirs des chefs de service.

Organiser l'enseignement, d'accord avec les autres centres éducatifs et la Faculté; prévoir les besoins de l'hôpital en hommes et en outillage scientifique; stimuler la recherche et les publications et voir à trouver les fonds nécessaires à cette fin. Représenter ou faire représenter l'hôpital ou la Faculté à des réunions ou à des congrès importants. Consulter les chefs de section ou leurs assistants et faire rapport au Bureau médical sur les progrès accomplis, ou les modifications apportées à l'organisation du service ou à la politique générale. Toujours, est-il nécessaire de le dire, leurs décisions seront prises après entente avec leurs collègues de l'Exécutif, le Directeur médical et le chef du Bureau d'Administration.

Leurs droits.

Pour réfléchir à tous ces problèmes et ne pas laisser les choses traîner en longueur, ils devront disposer des locaux, du personnel assistant et du temps nécessaires. La seule formule, vraiment efficace, c'est le travail à plein temps ou à temps partiel.

6. *Le directeur médical*, selon son esprit d'initiative, sa culture, sa science, sa formation, son tact et sa diligence devra être *l'agent de liaison*, le médiateur entre les internes, le Bureau médical, l'Exécutif médical et l'Administration, bref *la cheville ouvrière* de tout l'édifice hospitalier. Faut-il ajouter qu'il devra posséder l'expérience de la pratique médicale hospitalière!

7. *Le bureau médical* est censé être formé d'hommes présentant des qualités particulières: entr'autres le goût de l'étude et de l'enseignement, l'esprit inquisiteur, un certain altruisme et de la droiture. Ou bien ils ont été choisis et ont accepté librement de devenir membres de l'hôpital et de se conformer à sa politique, ou bien ils ont manifesté le désir d'être attachés à l'institution. Dans l'un et dans l'autre cas ils sont, répétons-le, non pas

des invités dans le sens français du terme mais ce personnage particulier, que la jurisprudence américaine, qui nous a précédés dans ce domaine, appelle un « Invité ». Et, redisons-le, ils sont des privilégiés. N'ayant pas fondé l'hôpital et en ayant d'avance accepté les lois, ils ne sauraient prétendre les élaborer. Cependant ce sera leur devoir de se réunir régulièrement afin de formuler toute suggestion visant à améliorer le bon fonctionnement de la maison et même à modifier l'orientation de sa politique générale. Ces suggestions seraient transmises, selon le cas, à l'Exécutif par l'intermédiaire du Bureau médical ou par un ou plusieurs chefs de section.

8. Les cas particulièrement épineux, *sources de tension* entre médecins et Exécutif médical ou administration, seront d'abord soumis à l'Exécutif médical. Si celui-ci ne peut ou n'ose pas les résoudre, ils devraient être référés à un Comité indépendant formé du Bureau des Gouverneurs, d'un représentant du Conseil d'Administration, du Directeur médical et peut-être de l'Exécutif médical. *Jamais une décision ne devrait être prise sans que l'intéressé ait pu défendre sa cause lui-même, seul ou avec l'aide d'un confrère.*

L'instauration d'un tel système devrait se faire par étapes. C'est un fait d'expérience humaine qu'aimait à citer Edouard Montpetit à la suite de Ferdinand Brunetière: « En vain vous changerez les lois si vous n'avez d'abord changé les cœurs ». Il faudra donc *amener les esprits à comprendre* le bien général et ce qu'on entend faire pour l'atteindre avant d'imposer des lois et des sanctions.

Que cette politique, cette ligne de conduite soit nettement énoncée avec détermination, l'on sentira du haut au bas de l'échelle l'obligation de se soumettre à de nouvelles exigences. Là où des réformes s'imposent, les intéressés sont prévenus un, deux, cinq ans à l'avance; après quoi, s'ils n'ont pas réussi à s'adapter à ce nouveau mode de vie, ils doivent céder la place sans mot dire, et même heureux d'en voir un meilleur aider au progrès collectif.

Résumé et conclusion.

Dans un hôpital bien organisé tout doit concourir à traiter les malades le mieux possible. Pour cela il faut tendre à faire les diagnostics les plus précis et le plus souvent possible. S'il se pratique de l'enseignement universitaire ou post-universitaire, il faut ambitionner de former les médecins les meilleurs ou de leur procurer le plus grand perfectionnement désirable.

Tout cela suppose une organisation solide, éclairée, intelligente. Celle-ci ne saurait être que par la volonté des chefs; et les chefs, dans un hôpital, c'est le Bureau des Gouverneurs (ou de Direction). Ce sont donc les Gouverneurs qui doivent d'abord comprendre ce qu'est un grand hôpital et à plus forte raison un grand hôpital enseignant.

Pénétrés de son sens et des obligations qui en découlent envers la collectivité ils n'auront plus qu'à se tracer une ligne de conduite qui indiquera à tout le personnel: médecins, infirmières, membres de l'administration, la voie à suivre pour atteindre de nouveaux sommets en s'adaptant aux exigences sociales et scientifiques de notre temps.

A eux de choisir, au départ, les conseillers nécessaires. A eux d'assumer ensuite leurs responsabilités. Tâche difficile et délicate; devoir impérieux.

Nous sommes catholiques, nous sommes français, nous œuvrons dans un milieu anglo-saxon que notre bilinguisme nous permet de pénétrer. Ces atouts exceptionnels en main, que nous manque-t-il pour jouer la partie... et gagner?

Serait-ce le sens du Vrai et le goût du Bien?

BIBLIOGRAPHIE

- John J. BUTLER et Edna M. O'HEARN: Medical Education and Research in Catholic Medical School and Hospitals. Report of a Special Study. (Publié après 1955: pas de date précise).
- COMMISSION on Hospital Care of the American Hospital Association. Cité par Butler et O'Hearn, *id.*
- Paul CREPEAU: *La responsabilité civile du médecin et de l'établissement hospitalier*. Wilson et Lafleur, édit., Montréal 1956, p. 252.

- DANIEL-ROPS: Conférence donnée à Montréal chez les Dames du Sacré-Coeur, le 17 mai 1952.
- DANIEL-ROPS: *Le monde sans âme*. Plon, édit., 1933, p. 75.
- Jean-Louis DORAIS: Communication personnelle. Extraits de notes de cours.
- Frederick T. HILL: Maintaining and Increasing Trustee Interest. *Hospital Management*, oct. 1957.
- René GROUSSET: *L'homme et son histoire*. Plon, édit., 1955, p. 243.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS: Standards for Hospital Accreditation, 28 janvier 1956.
- LEON XIII: *Lettre-Encyclique Rerum Novarum*, 15 mai 1891.
- Ch. U. LETOURNEAU: Seven Deadly Sins of Trusteeship. *Hospital Management*, 8: 53, 1956 et 8: 128, 1956.
- R. P. G.-H. LEVESQUE, o.p.: La grande vertu du civisme. Conférence au Congrès spécial de la Société des Artisans, le 15 sept. 1957.
- R. P. Bernard MAILHOT, o.p.: Crise de croissance de nos milieux hospitaliers. *Revue dominicaine*, juin 1957, page 269.
- MISSI (Magazine d'Information Spirituelle et de Solidarité Internationale), No 5, 1957 (mai): L'homme et le travail, page 165.
- Arthur McELMURRY: Morale Begins at the Top. *Hospital Management*, nov. 1957.
- PIE IX: *Lettre-Encyclique Quanta cura*, 1864.
- PIE XI: *Lettre-Encyclique Quadragesimo Anno*, 15 mai 1931.
- PIE XII: Discours à l'occasion du premier congrès international d'Histopathologie du système nerveux, le 14 sept. 1952. (Très bonne analyse dans le *Bulletin des Infirmières catholiques du Canada*, Québec, vol. XX, nos 1 et 2, 1953).
- PIE XII: Discours au premier congrès national italien des supérieures et religieuses hospitalières, le 24 avril 1957. (Extraits dans *Les Cahiers du Nursing canadien*, juillet 1957).
- Dom Charles POULET: *Histoire du Christianisme*, XXXI-XXXII, p. 749. Beauchesne, édit. (publication en cours).
- Lucien ROMIER: *Promotion de la femme*. Hachette, édit., 1930.

ERRATUM

Dans notre dernière note de la première tranche de ce travail, une erreur a fait interposer des noms propres, ce qui engendre une erreur de fait. Je tiens à la corriger tout de suite. Il faut donc lire:

13. Dans notre milieu universitaire... (un tel hôpital) peut être la propriété même de l'Université comme à Saskatoon, à Philadelphie pour Temple ou à Ann Arbor. Il peut aussi être possédé par une autre corporation, donc indépendant administrativement de l'Université: le cas de Johns Hopkins, Peter Bent Brigham ou Royal Victoria.

PLAIDOYER EN FAVEUR DU MOT "INTERNISTE"

Georges HÉBERT,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

INTRODUCTION

Il est d'usage courant parmi les membres de la profession médicale, de nommer « interniste » le médecin qui s'est spécialisé en médecine interne. Pourtant, le mot « interniste » n'est pas français. Ni le Larousse Universel de 1949, ni le Larousse Médical de 1952, pas plus que le Quillet 1956 n'ont inscrit ce mot dans leurs colonnes. Par ailleurs, on peut lire en 1950 dans le dictionnaire médical en trois langues du Dr Emmanuel Veillon, la traduction du terme « internist » par celle « d'interniste ». L'Académie Française m'a répondu en octobre 1956 qu'elle ignore le mot « interniste ». Pierre Lépine dans son Dictionnaire¹ Français-Anglais des termes médicaux et biologiques, traduit l'expression « internist » par « médecin d'hôpital, praticien spécialisé en médecine générale ». A une lettre que je lui adressais personnellement, il me répondit: « il n'existe pas de traduction rigoureusement identique de ce mot (internist), cependant, le terme qui correspond le mieux, surtout lorsque le sens internist désigne le médecin par opposition au chirurgien, est en français le mot clinicien ». On voit donc que le terme n'a pas officiellement reçu la consécration de la pensée française en dehors de celle de M. Veillon.

HISTORIQUE DU MOT « INTERNIST »

Quant au mot « internist » il est peu à peu devenu d'usage plus courant aux Etats Unis. C'est en 1911 qu'il apparaît pour la première fois dans *The American Illustrated Medical Dictionary*, sixth edition. Il aurait été mentionné quelques années plus tôt, en 1907 dans l'index du *Journal of American Medical Association*. Chose étrange cependant, la confusion règne, même au sujet du pays où aurait pris naissance le mot « internist », et l'on peut lire dans l'adresse présidentielle du docteur

O. H. Perry Pepper à la 24^e réunion annuelle de l'American College of Physicians en 1940, une assertion paradoxale à l'effet que le nom « internist » aurait tiré son origine de « l'interniste » français. En conséquence, et malgré nos recherches, il nous est impossible de savoir quand, et où, a pris naissance le terme « internist » duquel semblerait découler logiquement la traduction « interniste ».

ERREUR GROSSIÈRE

On est allé plus loin et on a poussé l'équivoque jusqu'à traduire, dans les dictionnaires anglais-français le terme « internist » par « interne » (Funk & Wagnall: *New standard Dictionary* New York & London 1943).

Nous savons combien les deux vocables sont loin d'être synonymes. Pourtant dans le public ils sont très souvent confondus. L'interniste envie peut-être à l'interne sa jeunesse avec tous les avantages que comporte celle-ci, mais il ne désire sûrement pas reprendre les efforts que nécessite la formation de l'interniste. Le mot interne fait immédiatement surgir à l'esprit un jeune médecin travaillant à l'intérieur des hôpitaux dans le but d'acquérir une formation médicale adéquate. C'est un étudiant que doivent diriger des aînés en vue d'une formation supérieure. D'autre part l'interniste est un médecin d'expérience, dont la spécialité est reconnue tant aux Etats Unis qu'au Canada: la médecine interne fait effectivement partie de la liste des spécialités du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec comme de celle du Collège Royal du Canada.

MÉDECINE INTERNE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

Mais cette médecine interne qu'est-elle en fait? En quoi diffère-t-elle de la médecine générale? Et, celui qui la pratique est-il autre chose qu'un médecin de famille, appelé également médecin praticien ou encore omniprati-

1. Paru en 1952.

rien? Récemment on a désigné ce dernier à tort probablement, « généraliste ». Le docteur Roméo Boucher dans l'Information Médicale mars 57 a sagement exprimé son opinion à ce sujet.

Disons d'abord que la médecine interne n'a été clairement définie nulle part. Malgré tout, l'usage a voulu que les médecins comprissent entre eux ce qu'elle signifiait, et c'est ainsi qu'elle apparaît, comme nous le disions tout à l'heure, sur la liste officielle des spécialités reconnues par notre Collège. Des certificats de médecine interne sont couramment décernés. Depuis quand parle-t-on de cette médecine interne? Encore là un point d'interrogation. A la fin du XIX^e siècle l'expression existait, puisque William Osler en 1897, pouvait faire une allocution à l'Académie de Médecine de New York intitulée « Internal Medicine as a vocation ». Il désirait alors qu'une autre appellation pût désigner ce vaste champ de la pratique médicale qui demeure, après qu'on en a éliminé la chirurgie, l'obstétrique et la gynécologie. Selon Osler celui qui s'adonnait à la pratique de la médecine interne ne devait pas s'appeler spécialiste malgré qu'une telle pratique en embrassât au moins une demi douzaine, mais portât le nom de médecin (physician) par opposition au praticien général (general practitioner). On peut donc considérer qu'en 1897, à New York, il y avait une différence reconnue entre la pratique de la médecine générale et celle de la médecine interne.

La préparation du médecin appelé à pratiquer la médecine interne était une véritable vocation. Osler rappelait à cet égard les paroles désormais célèbres de Sir Andrew Clark, qui après quarante ans de dur labeur lui disait que pour pratiquer la médecine interne, il avait dû lutter dix ans pour son pain, dix ans pour le pain et le beurre et vingt ans pour le gâteau et la bière (he had striven ten years for bread, ten years for bread and butter and twenty years for cake and ale).

Ceci nous amène de plus en plus à chercher à comprendre le sens exact de la médecine interne et par surcroît celui d'interniste.

Admettons pour les besoins de la cause que le mot interniste devienne la traduction exacte de « internist ». Rappelons que ce dernier terme a pu naître entre 1897 et 1911: en effet, en 1897 Osler parlait de médecine interne sans utiliser le mot « internist » et l'on trouve celui-ci dans les pages d'un dictionnaire en 1911.

Espérons qu'un jour nous apprendrons le nom de l'auteur du mot « internist ».

INTERNISTE — CLINICIEN — DIAGNOSTICIEN
THÉRAPEUTE — CONSULTANT — MÉDECIN
D'HÔPITAL — PRATICIEN SPÉCIALISÉ EN
MÉDECINE GÉNÉRALE — MÉDECIN SPÉCIALISÉ
EN PATHOLOGIE INTERNE

Avec votre permission et à l'instar du Dr Veillon, je continuerai dans cet article à parler de l'interniste tout comme si j'avais le consensus de l'Académie Française ou de l'Académie Canadienne-Française.

Je n'emploierai pas ce terme dans le sens de clinicien tel que proposé par Pierre Lépine de l'avis duquel je m'excuse de ne pas être tout à fait. Étymologiquement le clinicien enseigne la médecine au lit du malade; c'est là une fonction de l'interniste mais une seule. (C'est le médecin d'hôpital en France).

Le terme de « diagnosticien » (diagnostician), même s'il était français ne répondrait pas à la vérité: l'interniste en effet n'a pas pour unique fonction de poser des diagnostics; il sait en outre formuler un traitement approprié et son expérience dans l'art de guérir atteint souvent un très haut point. Aussi serait-ce illogique d'omettre ses qualités de thérapeute dans une appellation aussi restrictive.

On a proposé les termes de « medical consultant ». Là encore on limite les fonctions de l'interniste à un seul point de vue, celui de consultant. Il est vrai qu'on a souvent recours à ses lumières à ce titre mais ce n'est là qu'une fonction occasionnelle, et, si honorable que puisse paraître le terme, il ne répond pas encore à toute la réalité.

L'expression « médecin d'hôpital », n'est guère satisfaisante, du moins dans la Province

de Québec, où l'interniste, en plus de son travail hospitalier, peut, et doit avoir une clientèle privée.

Celle de « praticien spécialisé en médecine générale » se rapproche davantage du sens de l'interniste mais cette fois elle dépasse les cadres et paraît audacieuse. On ne saurait être spécialisé dans toutes les branches de la médecine générale!

Serait-il sage de traduire le mot interniste par la longue périphrase de « médecin spécialisé en pathologie interne » quand déjà des termes faciles comme ceux de médecine interne sont couramment employés depuis, et peut-être avant Osler?

RÔLE DE L'INTERNISTE,
SES RAPPORTS AVEC LE MALADE,
LA PROFESSION MÉDICALE ET LA SOCIÉTÉ

L'interniste est donc un médecin spécialisé en médecine interne et, si nous parvenions à définir la médecine interne nous serions fixés sur la signification d'interniste.

A l'époque de William Osler il était déjà reconnu que, de la pratique de la médecine générale, la médecine interne avait déjà exclu certaines branches techniques telles que chirurgie, obstétrique et gynécologie. Dès ce moment on voit se dessiner dans l'interniste, un médecin particulier désireux d'éliminer autant que possible de sa pratique médicale tout ce qui requiert de la dextérité manuelle. Son attention et sa science doivent dès lors porter sur les moyens intellectuels d'arriver au diagnostic et de décider du traitement d'un malade. Pour obtenir un tel résultat, il faut une étude approfondie des sciences de base telles que physiologie, bactériologie, biochimie et pharmacologie auxquelles se greffent les connaissances de la pathologie interne et de la thérapeutique. Ce sont là des études étendues que doit avoir faites l'interniste et ce n'est pas tout. Il doit posséder en plus l'expérience approfondie du malade, acquise par la connaissance de ses réactions psychiques et somatiques. Ainsi équipé l'interniste est tout désigné pour faire l'enseignement aux étu-

dians en médecine et, à ce titre il est le clinicien; il est également préparé à donner son avis sur les cas complexes de la médecine et peut être appelé consultant.

Par dessus tout, il joue un rôle de premier plan dans ses relations de médecin à malade: il est pour ce dernier un conseiller des plus judicieux. Russell V. Lee dans un Editorial des *Annals Of International Medicine*, Vol. 39, 1953, a clairement indiqué le rôle important de l'interniste dans la pratique médicale. « The internist is the most important man in the medical team » et, il ajoutait: « But I know I must yield in glamor (and income) to the surgeon; in the savings of lives to the public health man, to the radiologist in diagnostic precision, to the psychiatrist as an inspiration for modern literature ». Dans cet article auquel j'emprunte les pages suivantes, il démontre à juste titre que l'importance de l'interniste s'accroît en rapport avec celle de tous les scientifiques de la profession.

Son triple rôle est celui de coordination, d'intégration, d'interprétation. Ce rôle s'exerce auprès a) du malade b) de la profession et c) de la société.

Au point de vue coordination: l'interniste a pour fonction de coordonner au profit de tous, les découvertes qui émanent de tous les scientifiques.

Au point de vue intégration: il voit à ramener vers l'unification le fruit de telles découvertes.

Au point de vue interprétation: c'est à l'interniste que revient le rôle de faire connaître le fruit de toute cette coordination a) à son malade, b) à ses confrères plus spécialisés et c) à la société.

a) *Auprès du malade:* l'interniste est son guide dans le labyrinthe médical. Parmi ses aptitudes, la plus importante est sûrement l'acuité du diagnostic; il tient compte des facteurs héréditaires, du milieu, du stress émotionnel, de la nutrition, de tous les désordres systémiques présents et passés; le tout en regard de la personnalité du malade: il est le médecin personnel du malade. Il coordonne

toutes les constatations des collègues spécialisés; il les étudie en rapport avec ses propres observations et il en fait l'interprétation tant dans ses paroles que dans sa thérapeutique. C'est ici que nous devons insister sur l'importance de son influence psychique, non seulement dans le traitement mais aussi dans la prévention des troubles névrotiques. C'est là le rôle de l'interniste et non du psychiatre.

b) *Après de la profession*, l'interniste joue un rôle d'intégration et de coordination d'autant plus important que les membres à qui il a affaire sont plus hautement spécialisés dans une branche de la médecine.

c) *Après de la société*, l'interniste se doit de fournir quelques explications sur l'art médical. Il doit être le chef et l'agent de liaison entre les autres groupements de la société qui cherchent le bien-être de l'humanité (sociologues, économistes, biologistes, etc.). C'est à lui qu'incombe aussi le devoir de faire connaître à la profession médicale, le point de vue de la société. Ainsi que Russell V. Lee nous l'a donc démontré, les cadres de la médecine interne dépassent la science des maladies des viscères. L'homme qui y consacre sa vie doit être doué d'une force de caractère toute particulière et d'une largesse de vue qui embrasse de vastes horizons. Cet homme doit posséder en plus, un solide esprit de synthèse.

ESSAI DE DÉFINITION DE LA MÉDECINE INTERNE

A la suite des considérations de Russell sur le rôle de l'interniste et de l'opinion que s'était déjà faite Osler sur la pratique de la médecine interne, j'ose bien humblement, je l'avoue, proposer une définition de la médecine interne. Loin de moi la pensée qu'elle soit parfaite. Cependant, si elle pouvait servir de tremplin

à une définition meilleure, je crois qu'elle aurait mérité d'être soumise à la critique.

Définition. La médecine interne est la science du diagnostic et du traitement des maladies des viscères chez l'adulte, basée sur des études supérieures de physiologie, bactériologie, biochimie, pharmacologie, pathologie et thérapeutique, ainsi que sur l'expérience approfondie des malades tant au point de vue somatique que psychique et social.

Si peu élégante et si boiteuse que soit cette définition elle vaut peut-être mieux que l'absence de définition!

Conclusion

Pour en revenir au mot interniste, objet de cet article, nous avons donc constaté que c'est un terme déjà en usage chez nos confrères de langue anglaise; il est également employé en français dans notre Province. Je crois qu'il mériterait une consécration officielle de la part de notre Collège des Médecins et Chirurgiens, peut-être de notre Académie Canadienne-Française et pourquoi pas de l'Académie Française elle-même.

Ce terme, une fois accepté, tous comprendraient facilement que l'interniste peut être, à la fois: clinicien, diagnosticien, consultant et thérapeute; on pourrait le différencier du praticien général et de ses synonymes: généraliste, omnipraticien.

En résumé, j'ai fait un plaidoyer en faveur du terme « interniste ». Ce mot me semble idéal pour désigner le médecin spécialisé en médecine interne. Aussi verrais-je avec plaisir sa consécration dans la langue française, si tant est qu'il plaît aux autres internistes, aux membres de notre Collège des Médecins, à notre Faculté de Médecine et, bien entendu, à tous les linguistes.

ACTUALITÉ DE LA PSYCHANALYSE

Camille LAURIN,

Directeur des Services du Département de Psychiatrie de l'Université de Montréal,
Directeur scientifique à l'Institut Albert Prévost.

Qu'on la porte aux nues ou qu'on tire sur elle à boulets rouges, la psychanalyse est désormais bien entrée dans nos mœurs. Chacun se croit habilité à porter un jugement sur elle. Certains médecins sont d'avis qu'on ne saurait arriver à une compréhension globale du malade et de la maladie sans se référer à ses postulats essentiels. D'autres au contraire affirment qu'elle menace de faire perdre à la médecine son caractère scientifique. Quelques théologiens la considèrent comme une école d'athéisme et craignent pour le salut des âmes qui se livrent à ses adeptes. Par contre, les convergences entre psychanalyse et spiritualité font l'objet d'études toujours plus nombreuses. On peut de même soutenir que la problématique freudienne a rajeuni l'inspiration et la technique de plusieurs écrivains, peintres et musiciens ou qu'elle a contribué à l'avilissement des canons esthétiques. On a enfin parlé à son sujet de viol de la personnalité, de pansexualisme, ce qui vaut au psychiatre d'être regardé comme un être quelque peu lubrique, doué d'un pouvoir à la fois trouble et prestigieux, ayant accès aux régions interdites du fantastique, et qui fait naître sur son passage une angoisse dont il faut se délivrer par l'invective ou le sacasme.

Il y a probablement une part de vérité dans chacune de ces positions et attitudes. Si le médecin, le chrétien, l'artiste, le sociologue, le journaliste et l'homme tout court mangent et discutent de psychanalyse, c'est que celle-ci remet en question une certaine conception de l'homme, du monde, de l'art, de la vie, de la maladie et de la mort. Par cela même, elle constitue un sujet complexe, dont l'exploration vient à peine d'être entreprise. Il ne faudrait donc pas considérer *toutes* les affirmations de la psychanalyse comme définitives. Comme la médecine, dont elle est à certains égards partie intégrante, elle ne se haussera que graduellement, selon les lois de la dialectique

et de l'expérimentation, vers une approximation toujours plus parfaite de la vérité. Il n'en est que plus essentiel, si l'on veut ménager son temps et son énergie, de se faire une idée exacte de son acquis, de ses « questions disputatae » et de ses tendances. Les quelques remarques qui vont suivre, dont il faut dès l'abord excuser le caractère fragmentaire et décousu, n'ont pas d'autre but.

NATURE DE LA PSYCHANALYSE

Il n'est pas facile de retrouver son visage derrière la caricature qu'en donnent films, plaisanteries, ainsi qu'une certaine littérature qui se veut vulgarisatrice. Disons d'abord qu'elle ne constitue pas un substitut à la psychiatrie traditionnelle, qu'elle n'est pas un succédané de la direction de conscience, qu'elle n'est pas ce lieu secret pour initiés où grouillent les désirs coupables mais enivrants. On peut ici noter que chacun projette sur la psychanalyse les demandes particulières qu'il adresse au destin.

Historiquement, la psychanalyse est une méthode de travail, mise au point par Freud entre 1890 et 1910, qui a permis à celui-ci de comprendre le sens de certaines maladies telles qu'hystérie, phobie, névrose obsessionnelle, etc., et d'arriver parfois à les guérir. Par la suite, les observations psychologiques qu'accumulèrent les psychanalystes finirent par s'ordonner en une véritable théorie de la personnalité normale et pathologique. Les caractéristiques en sont: histoire du développement des instincts, depuis leurs modes primitifs de décharge violents et incoordonnés jusqu'à leurs formes d'expression les plus hautement sublimées: articulation des motivations inconscientes et conscientes des actes humains; importance cruciale des expériences et de l'entourage infantiles (cinq premières années de la vie) pour la formation de la personnalité; reviviscence des conflits existentiels imparfai-

tement résolu au sein de la situation analytique, (transfert), rendant possible une solution plus heureuse de ceux-ci (interprétation). Ces notions furent appliquées, en tant qu'hypothèses de travail, à certaines disciplines connexes à la psychologie, telles qu'anthropologie, sociologie, criminologie, critique littéraire et artistique, etc., pour le plus grand bénéfice de celles-ci, qui y gagnèrent une nouvelle dimension.

Pour celui qui s'y soumet, la psychanalyse comporte enfin d'autres aspects encore plus concrets. Le terme qui s'y appliquerait le mieux serait alors celui d'ascèse, quelque chose qui se rapprocherait de ce que saint Jean de la Croix a décrit comme cette nuit des sens et de l'esprit qui précède et prépare la vie unitive. Le sens d'une psychanalyse est la recherche de cette vérité qui nous constitue et que nous devons dégager progressivement des scories qui la masquent à notre propre regard. La paix, la joie, la liberté qu'on y acquiert valent les sacrifices de temps et d'argent, les souffrances et les humiliations dont il faut la payer.

Ces dernières phrases laissent à penser qu'une psychanalyse, aussi bien pour celui qui l'entreprend que pour celui qui la conduit, est une affaire extrêmement sérieuse. Et de fait, il en est bien ainsi. C'est un travail qui se poursuit durant des mois et même des années, qui engage tout l'être de chacun, qui est ponctué de crises exécrables, qui amène l'analysé à remettre en question les options les plus fondamentales de son existence, y compris les options religieuses, qui impartit à l'analyste, en raison de l'intensité du transfert un pouvoir tel qu'on peut s'inquiéter de la façon dont il sera conduit à en user.

Il n'est donc pas étonnant qu'en de nombreux quartiers la psychanalyse suscite la plus grande méfiance. Si l'on semble douter du pouvoir thérapeutique de la parole, si on prétend lui préférer les procédés traditionnels, tels que comprimés, injections et interventions diverses, c'est qu'on redoute de voir s'installer l'analyste au cœur même de l'âme du sujet. Quels souvenirs, révoltes, mesquineries et même tur-

pitudes n'y découvrira-t-il pas, que les familiers du patient étaient résolu à tenir cachés? De même, la guérison du patient ou plutôt sa libération, pose parfois à l'entourage des problèmes plus difficiles que la maladie antérieure. Ce processus de libération peut en effet amener le sujet à s'opposer à des parents trop tyranniques, à rompre des fiançailles qui lui avaient été imposées, à assumer au foyer un rôle et des responsabilités que le conjoint avait usurpés. Ce nouveau comportement, pour salutaire qu'il soit en réalité, est loin de plaire aux intéressés. Ceux-ci se défendent pied à pied et leur résistance prendra souvent la forme d'une hostilité sourde ou déclarée à l'égard de ce fauteur de troubles que devient désormais pour eux l'analyste. Si elle dépasse un certain degré et si le patient n'est pas financièrement autonome, cette hostilité amène d'ailleurs une interruption prématurée du traitement.

PSYCHANALYSE ET CATHOLICISME

Une entreprise thérapeutique qui oblige le patient à passer au crible ses convictions religieuses a de quoi inquiéter les parents mais encore plus le théologien. Celui-ci peut penser qu'on empiète ainsi sur son domaine. Il a pu de même entendre dire que Freud était un adversaire de la religion et que la plupart des analystes sont des agnostiques, ce qui n'est pas pour lui donner confiance dans les théories qu'ils ont élaborées et dans la façon dont ils les appliquent. Il ne possède guère enfin le moyen de se renseigner sur l'orthodoxie de l'analyste et il peut craindre que celui-ci n'impose au patient, sous le couvert d'interprétations et de suggestions thérapeutiques, un credo et une morale que l'Eglise ne saurait approuver. On ne peut donc nier qu'il y ait là matière à problème.

Il n'en a pas toujours été ainsi. Aussi longtemps que l'audience de la psychanalyse ne dépassait pas le cercle de ses premiers initiés, les autorités religieuses pouvaient se permettre d'ignorer celle-ci ou de la condamner en bloc. Mais à mesure que la théorie s'élaborait, qu'elle était sanctionnée par des succès

thérapeutiques toujours plus nombreux, qu'elles recrutait des adhérents de toute nationalité et de toute discipline, il devenait évident que l'on avait affaire à une doctrine sérieuse, qu'il était vain et dangereux de continuer à lui faire une opposition immotivée et qu'il fallait enfin se résoudre à l'examiner dans tous ses aspects. C'est à quoi s'appliquèrent, à partir des années 1930, les Dalbiez, Beaudoin, Odier, Nodet, Beirnaert, Zilborg, Mailloux, etc. Il s'écoulera encore beaucoup de temps avant que la lumière ne soit faite. Mais les études que nous possédons déjà montrent que les hypothèses théologiques de Freud peuvent être rejetées sans que l'on cesse pour cela d'être psychanalyste, que les postulats psychologiques, cliniques et techniques qu'il a établis hors de tout doute ne sont pas en contradiction avec le dogme et la morale, qu'ils se situent dans une perspective différente bien que s'adressant tous deux à la même personne humaine, qu'ils peuvent enfin s'éclairer mutuellement si au lieu de les opposer on songe à les articuler. On verra alors que la foi n'a rien à craindre de la vérité, si humble et fragmentaire que soit celle-ci et quel que soit l'endroit où il faille aller la chercher. Saint-Thomas l'avait déjà prouvé pour l'aristotélisme. Les sociologues chrétiens sont en train de le prouver avec le marxisme. L'avenir prouvera qu'il en sera de même pour la psychanalyse.

Sur le plan pratique, il en découle que l'analyste bien formé, catholique ou non, ne songe pas à faire office de directeur de conscience. Il se considère comme un artisan. Le fait même qu'il soit catholique ne fait que l'obliger davantage à viser à l'excellence professionnelle. Ce qu'on lui demande en premier lieu, c'est d'être convenablement versé dans la science dont il se réclame et dans l'art qu'il pratique. Ses convictions religieuses ne sauraient en aucun cas lui tenir lieu de certificat de compétence.

Ceci dit, il est un autre aspect dont il faut tenir compte. Ce n'est pas pour discuter de ses croyances que le patient s'adresse à l'analyste. Au fil des mois, il en parlera tout de même assez pour laisser voir que sur plusieurs points

elles sont déformées et utilisées à des fins névrotiques. Il revient à l'analyste de faire prendre conscience au patient de ces déformations et d'en démontrer le mécanisme opérationnel: hostilité qui s'exprime sous le couvert de l'amour, tyrannie qui choisit de s'exercer au nom des principes, attribution à autrui de ses propres tendances répréhensibles, prière conçue comme une opération de banque, etc.

Il revient également à l'analyste de mettre en lumière les sources et fonctions de ces déformations, qui sont habituellement l'évitement ou l'apaisement d'angoisses et de culpabilités archaïques et dénuées de fondement réel. Cette politique est suivie par tous les analystes, catholiques ou non. Ce qui les préoccupe tout au long du traitement, ce n'est pas la valeur objective de telle ou telle croyance ou pratique morale mais bien plutôt la signification affective qu'elle revêt pour chacun des patients qu'ils ont à connaître. Leur rôle est de redresser les sentiers et de préparer le sol pour que la semence de l'art, de la science ou de la vie divine y porte tout son fruit.

PSYCHANALYSE ET CULTURE GÉNÉRALE

Il va sans dire que pour débrouiller ces problèmes où le sacré et l'humain sont intimement mêlés, l'analyste doit viser à posséder une connaissance adéquate de la tradition humaniste et chrétienne. Ayant à explorer durant de longues périodes cette mer de sentiments, idées, peurs, espoirs, désirs, souffrances, conflits qui composent une âme humaine, rien de ce qui est humain ne devrait lui être étranger. Sur ce point, Freud a lui-même donné l'exemple. Il fut toujours un « liseur » avide, un passionné de théâtre et un amateur de littérature et d'art anciens. Dans un de ses articles, il compare le travail du psychanalyste à celui d'un linguiste ou d'un archéologue. On lui doit enfin de remarquables et nombreux travaux de psychanalyse appliquée: « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci », « Totem et Tabou », « La Gradiva de Jensen », « Les trois coffrets » (du Roi Lear de Shakespeare), « Malaise dans la civilisation », etc., etc.

A son exemple, le psychanalyste d'aujourd'hui se doit de posséder une solide culture générale, de connaître les us et coutumes, modes et préoccupations de son siècle, les progrès de la science qui sont appelés à bouleverser nos conditions de vie ou à renouveler la façon d'aborder les problèmes essentiels, les structures sociales et les courants qui les ébranlent, les grands penseurs ou artistes contemporains dont l'œuvre illumine notre dure existence quotidienne. En participant ainsi à la vie du siècle, il augmentera sa connaissance de l'homme éternel, développera ses dons de pénétration et son intuition, sera en mesure de comprendre à demi-mot son patient, quelles que soient les régions obscures et lointaines où celui-ci voudra bien l'entraîner.

FORMATION DE L'ANALYSTE

Nous venons déjà d'aborder le chapitre de la formation du candidat-analyste, en soulignant les goûts et aptitudes qu'il doit posséder et les connaissances générales qu'il doit s'efforcer d'acquérir. Mais à cette indispensable fondation doit également s'ajouter une superstructure spécifique, établie selon des règles strictes.

A) Le candidat doit d'abord être accepté par une société ou un institut qui comptent un certain nombre d'analystes expérimentés, dénommés analystes titulaires. Le candidat doit justifier d'un doctorat en médecine ou d'une licence en psychologie. (Certains instituts n'acceptent que les docteurs en médecine.) Son acceptation est soumise au jugement de trois analystes titulaires qui s'entretiendront séparément avec lui afin de se rendre compte des motifs qui le poussent à opter pour cette profession, de son équilibre affectif général, de sa culture humaine et professionnelle ainsi que de ses dons naturels de thérapeute.

B) Une fois accepté, le candidat choisit un analyste parmi ceux des titulaires vers lesquels il se sent particulièrement attiré. Son analyse personnelle (didactique) durera entre trois et cinq ans selon les cas et ne différera que sur des points de détail des analyses thérapeutiques ordinaires. Elle a pour but de

le familiariser avec les arcanes de l'inconscient et de résoudre ceux de ses conflits qui s'opposeraient à une juste compréhension des difficultés affectives de ses futurs patients.

C) Après une année ou deux de cette analyse didactique, le candidat est habilité à suivre les réunions, séminaires et cours organisés par la société ainsi qu'à commencer des analyses thérapeutiques sous contrôle. Le ou les analystes contrôleurs sont choisis parmi les titulaires. Ils écoutent, chaque semaine, le récit circonstancié de ce qui s'est passé entre le candidat analyste et son patient, font ressortir les aspects dynamiques et génétiques du cas, corrigent les erreurs techniques éventuelles et contrebalancent l'influence de l'analyste didacticien au cas où celle-ci se révèle excessive.

Après avoir complété deux analyses sous contrôle, à la satisfaction de ses professeurs, le candidat rédige un mémoire, portant de préférence sur un problème clinique, et il est ensuite accepté par ses pairs au sein de la société, avec le titre de membre adhérent ou de membre associé.

Il est bien entendu que durant tout ce temps, le candidat continue de fréquenter l'hôpital, d'assister aux cliniques et d'étendre le plus possible ses connaissances psychiatriques. Les futurs patients de l'analyste peuvent donc se rassurer en songeant que non seulement celui-ci possède une formation psychiatrique adéquate mais qu'il a également connu, au cours de son analyse personnelle, les émotions, tourments, angoisses et joies qu'eux-mêmes sont appelés à connaître.

ECOLE FRANÇAISE ET AMÉRICAINE

D'aucuns se demanderont si la formation psychanalytique reçue aux Etats-Unis est identique à celle qui se donne en France. La réponse est affirmative, si l'on ne veut considérer que les structures administratives, le contenu des programmes et les obligations qui sont imposées au candidat. Elle est toutefois négative si l'on compare la situation sociologique des deux écoles, l'esprit dont elles

s'inspirent et la direction dans laquelle s'orientent leurs travaux.

Les psychanalystes américains sont actuellement plus nombreux et mieux organisés que dans tout autre pays. Ils occupent des postes-clés dans la plupart des grands centres hospitaliers. Cela confère à leur groupe une puissance massive, qui se fait sentir à l'échelon international aussi bien que national. Cette influence se fait de même sentir à tous les niveaux de la société, ainsi qu'en témoignent la littérature tout court et la littérature populaire, la radio et le film, et jusqu'à ces plaisanteries qui font actuellement le tour du continent.

Mais cette influence n'est pas sans comporter certaines servitudes. Le pragmatisme et la sourde inquiétude de la société américaine ont orienté la recherche et la pratique psychanalytiques dans le sens du rendement et de l'hédonisme. Les spécialistes deviennent des managers d'âme qui tentent de trouver des moyens toujours plus efficaces en vue de réintégrer la névrosé dans son milieu, accroître son pouvoir d'adaptation, améliorer ses relations interpersonnelles, diminuer ses culpabilités et ses angoisses, le mettre sur la voie d'un « happiness » et d'un « success » standard. Ce sont là des buts très louables, à condition cependant de ne pas oublier que la psychanalyse, d'un côté, est bien plus qu'un instrument d'adaptation de l'homme à son milieu, et de l'autre, qu'elle ne doit pas devenir un substitut de l'expérience religieuse authentique.

En France, la psychanalyse s'est développée beaucoup plus tardivement qu'aux Etats-Unis. Le public cultivé lui reprochait la prééminence, jugée excessive, qu'elle accordait à l'inconscient. Il ajoutait foi également aux rumeurs qui l'assimilaient à une sorte de pansexualisme. Ces objections et malentendus sont désormais bien atténués et la psychanalyse française, sous l'impulsion de maîtres éminents tels que Lagache, Boutonier, Lacan, Dolto, Nacht, Bouvet, Lebovici et Ajuriaguerra, connaît un remarquable essor. Tous les domaines de la recherche, théorie de la com-

munication, psychologie génétique, technique, psychanalyse d'enfants, psychopédagogie, psychothérapie de groupe, criminologie, sont abordés et traités d'une façon originale et brillante.

D'une part, la psychanalyse française emprunte davantage aux grands courants philosophiques modernes, Sans verser entièrement dans la phénoménologie ou l'existentialisme, elle est informée par les thèses de Hegel, Husserl, Jaspers, Sartre, Heidegger, Binswanger, et depuis quelques années par celles des cybernéticiens. D'autre part, elle choisit de s'exprimer dans une forme plus littéraire et dans un style plus cartésien. On y est disert sans être prolix, clair et ordonné sans être superficiel. Les questions y sont toujours abordées sous l'angle historique, puis sous l'angle méthodologique, qui fait aussi bien droit à la théorie qu'à la clinique. Cela nous vaut des exposés bien charpentés, lumineux, systématiques, dans lesquels il est facile de se retrouver et de départager l'original du déjà connu. L'orientation en est enfin résolument humaniste sans pour cela cesser d'être empiriste et pragmatique. On connaît le goût du Français pour les idées générales. Dans un domaine où celles-ci risquent de disparaître par suite d'une spécialisation exagérée, cette disposition sert d'utile correctif.

Ajoutons pour conclure que les oeuvres des psychanalystes américains sont connues et commentées en France. La psychanalyse américaine, par contre, ignore ou presque les travaux français. Cet ostracisme est absolument injustifié. Nos confrères d'outre-quarante-cinquième se privent ainsi de contributions de valeur en même temps qu'ils donnent un bien piètre exemple de curiosité scientifique. Faudra-t-il qu'en ce domaine comme en plusieurs autres le Canada français se charge de faire connaître le point de vue de la France à l'Amérique?

La chose est d'autant plus possible que le Canada possède maintenant une Société de Psychanalyse, dont le siège social est à Montréal, qui comprend des tenants des deux écoles

et des analystes de langue française et de langue anglaise.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Il n'est pas suffisant de parler de la nature de la psychanalyse, de la façon dont on l'enseigne, de la méfiance qu'elle suscite, des problèmes philosophiques ou théologiques qu'elle pose et du contexte sociologique dans lequel elle s'insère. Il faut maintenant parler de sa valeur pratique. Un excès d'enthousiasme est ici à éviter. La longueur du traitement psychanalytique, son coût relativement élevé, les quatre ou cinq heures par semaine qu'il faut y consacrer, les pénibles tensions qui lui sont inhérentes, le petit nombre des analystes qualifiés, tels sont en effet les principaux facteurs qui limitent actuellement les indications de la psychanalyse et la destinent à demeurer pour de nombreuses années encore une mesure d'exception. De plus, la technique classique ne s'applique au mieux que dans certains cas de névrose qu'il n'est pas toujours facile d'évaluer au premier abord. Et encore faut-il, pour que le traitement ait des chances de réussir, que la motivation du patient soit authentique, que sa personnalité ne soit pas trop rigide ou trop fragile.

Il n'en reste pas moins que là où elle est possible et indiquée, la psychanalyse constitue le traitement le plus radical et le plus bénéfique qui existe actuellement.

Mais en fait, que ce soit pour des raisons extrinsèques ou intrinsèques, la plupart des cas rencontrés en clinique relèvent encore de ce que l'on pourrait appeler la psychothérapie d'inspiration analytique. Il ne s'agit pas ici d'un succédané de la psychanalyse. La psychothérapie emprunte certes à la dogmatique freudienne ses postulats, mais elle possède ses propres caractéristiques et moyens techniques, qui sont les meilleurs et les mieux adaptés pour les cas dont elle a à connaître.

PSYCHANALYSE ET MÉDECINE

La psychanalyse est d'abord une thérapeutique, ce qui en fait une discipline essentiellement médicale. Mais elle n'a pas révolutionné que la seule psychiatrie. Elle a fourni

de fécondes hypothèses de travail à bien d'autres branches de la médecine. On lui doit en partie l'essor que connaît depuis une vingtaine d'années la médecine psychosomatique. Non pas, comme certains le prétendent à tort, que la psychanalyse puisse à elle seule guérir les ulcères d'estomac, les dermites, l'asthme ou certaines maladies cardio-vasculaires. Mais elle a mis en lumière les facteurs psychogènes de ces diverses affections.

Les chercheurs, aussi bien physiologistes que psychologues, ont maintenant dépassé le vieil antagonisme matière et esprit, corps et âme, qui durant si longtemps a constitué une pierre d'achoppement pour la science. De même que la lumière est à la fois ondes et corpuscules, la moindre réaction de l'organisme comporte à la fois son avers et son revers, l'un organique et l'autre spirituel. A mesure que les divers spécialistes accepteront ce postulat, on peut prévoir qu'ils feront davantage appel aux lumières de la psychiatrie psychanalytique pour mieux comprendre la pathogénie et instituer une meilleure thérapeutique des affections qui relèvent de leurs disciplines respectives.

Conclusion

La psychanalyse a également éclairé bien d'autres domaines. Il serait trop long de les décrire tous en détail. Qu'il suffise de mentionner au hasard les suivants: puériculture, pédagogie, rééducation des jeunes délinquants, criminologie, psychologie scolaire, industrielle, militaire, pastorale, recherches en relations humaines, psychologie sociale, cours de préparation au mariage, hygiène mentale, dépistage précoce des troubles affectifs mineurs et majeurs, psychothérapie d'enfants, psychothérapie de groupe, gérontologie, etc.

La psychanalyse est appelée à un grand avenir. Mais pour cela, il faut qu'elle soit mieux connue et mieux enseignée, que s'accroisse le nombre de ses adeptes, que des institutions soient créées pour permettre à ceux-ci de dispenser à la communauté les multiples et précieux services qu'ils sont en mesure de lui rendre. On n'y arrivera que par un effort conjugué des analystes présents et futurs, des autorités universitaires et des pouvoirs publics

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

RAPPORT PRÉLIMINAIRE SUR L'APPLICATION CLINIQUE D'UN NOUVEAU DÉRIVÉ DE LA PHÉNOTHIAZINE¹

Julien MARC-AURELE, Lucien FRENETTE², Maurice COMEAU, F.R.C.P. (C)³
Pierre MEUNIER⁴ et Jacques GENEST, F.A.C.P., F.R.C.P. (C),
Du Département de Recherches Cliniques, Hôtel-Dieu de Montréal.

Depuis 1944, une étude intensive des amines dérivées de la phénothiazine par les Laboratoires Rhône-Poulenc a permis un progrès important dans la thérapeutique médicale. C'est ainsi que sont apparus le 3277 RP (Phenergan) et le 4560 RP (Largactil). Récemment, des mêmes laboratoires, on annonçait la synthèse d'un nouveau dérivé de la même famille: le 3828 RP.

Le 3828 RP ou Tétraméprozine est le fumarate de (bis (diméthylamino) — 2', 3' propyl) — 10 phénothiazine. L'intérêt suscité par l'étude de ce produit *in vitro* et *in vivo* chez l'animal se confine uniquement à ses propriétés spasmolytiques. Les premières données expérimentales semblent établir l'absence de pouvoir ganglioplégique, (sympathique ou parasymphathique).

MÉTHODE

Des 31 cas à qui nous avons administré le 3828 RP, 28 apparaissent dans cette étude. Trois ont été omis à cause des impressions trop peu fiables recueillies chez ces individus. L'âge des malades varie de 10 à 73 ans et la répartition selon les sexes est égale.

Le choix des malades soumis à la médication ne reposait que sur l'élément spasme douloureux quel que soit le système intéressé. L'emploi de toute autre médicament analgésique ou antispasmodique fut évité durant la période d'administration et une ou plusieurs périodes de contre-épreuve avec des placébos furent réalisées chez le tiers des malades qui montraient une réponse favorable. Une com-

paraison de l'effet avec d'autres médications couramment en usage put être pratiquée chez 7 individus.

Dans la majorité des cas, l'évaluation de l'effet du 3828 RP ne put être réalisée que sur une base exclusivement clinique: questionnaire ou examen physique du malade. Une amélioration dans l'ordre de 80% à 100% fut considérée comme excellente, de 60% à 80% comme bonne, de 40% à 60% comme médiocre et comme pauvre si n'atteignant pas 40%. Lorsque, dans des conditions identiques, un placebo s'avérait d'un bienfait égal à celui du médicament, la réponse était étiquetée pauvre.

RÉSULTATS

La diversité des malades soumis à l'essai commande une analyse séparée des diverses catégories. A cet effet, le tableau I présente un résumé de 25 observations cliniques. Le tableau II illustre le résultat d'épreuves respiratoires pratiquées chez 3 asthmatiques en crise d'intensité moyenne. Vient ensuite un sommaire des résultats au Tableau III.

Les limites de cette étude étant reconnues, il appert cependant que le 3828 RP s'est avéré un médicament efficace contre le spasme douloureux d'origine urétérale, vésicale ou urétrale.

Un soulagement appréciable fut observé dans 7 des 10 essais de cette catégorie, dont cinq classés comme excellent. L'échec du cas A.R. pourrait être attribué à un dosage insuffisant, la colique néphrétique semblant nécessiter l'administration parentérale du médicament (1). L'observation qui suit, démontre de façon certaine l'activité du produit.

Mme J. B., 62 ans, présente depuis 7 mois et demi des manifestations de cystite rebelle

1. Généreusement fournie par M. François Avon et le docteur G. Marié, de la Cie Poulenc, Montréal.

2. Résident, Service d'Urologie, Hôtel-Dieu de Montréal.

3. Institut Lavoisier, Montréal.

4. Chef du Service de Gynécologie, Hôtel-Dieu de Montréal.

TABLEAU I

<i>Age</i>	<i>Condition justifiant l'emploi du 3828 RP</i>	<i>Dose*</i>	<i>Durée du traitement</i>	<i>Résultat</i>
G.D.	46 Sonde urétrale à demeure; spasmes douloureux.	50 mg. q.i.d.	5 jours	Excellent
A.B.	62 Calculs vésicaux; Sonde urétrale.	50 mg. q.i.d. 50 mg. 6 fois/jour	2 jours 4 jours	pauvre
G.A.	35 Pyonéphrose droite; Sonde urétrale à demeure.	50 mg. q.i.d.	2 jours	excellent
M.S.	48 Post-opératoire (polype vésical); Sonde urétrale.	25 mg. i.m. 75 mg. 6 fois/jour	1 fois 24 heures	pauvre
A.A.	52 Calculs vésicaux; Sonde urétrale à demeure.	50 mg. q.i.d. 25 mg. q.i.d.	3 jours 9 jours	excellent
J.B.	62 Cystite chronique.	50 mg. q.i.d.	8 mois	excellent
A.S.	34 Gravelle urinaire.	50 mg. q.i.d.	3 jours	bon
R.B.	47 Hypertrophie du col vésical; Sonde urétrale.	50 mg. q.i.d.	3 jours	pauvre
A.R.	37 Calcul de l'uretère droit.	25 mg. q.i.d.	3 jours	pauvre
G.V.	25 Dysménorrhée organique uni-latérale gauche.	25 mg. q.i.d.	1 période menstruelle	bon
L.B.	23 Dysménorrhée spasmodique.	25 mg. q.i.d.	4 mois	pauvre
J.R.	Dysménorrhée spasmodique répondant aux œstrogènes.	25 mg. q.i.d.	2 mois	pauvre
L.L.	17 Dysménorrhée spasmodique.	25 mg. q.i.d.	3 mois	bon
G.D.	20 Dysménorrhée spasmodique.	50 mg. q.i.d. 25 mg. q.i.d.	1 mois	pauvre
A.L.	20 Dysménorrhée spasmodique.	50 mg. p.r.n.	2 mois	médiocre
C.G.	73 Sonde urétrale à demeure. Spasme douloureux.	25 mg. i.m. 25 mg. q. 6 hrs	1 fois 4 jours	excellent
G.R.	28 Insuffisance rénale terminale; hoquet.	25 mg. q.i.d. 50 mg. q.i.d.	2 jours 2 jours	pauvre
G.R.	Hoquet post-opératoire.	25 mg. q.i.d. 25 mg. i.m.	2 jours 1 fois	pauvre
F.M.	23 Bronchite asthmatique.	25 mg. q.i.d.	15 jours	bon
B.V.	38 Bronchite asthmatique.	25 mg. q.i.d.	4 jours	médiocre
R.S.	43 Bronchite asthmatique.	25 mg. q.i.d.	4 jours	médiocre
A.P.	35 Bronchite asthmatique.	25 mg. q.i.d.	6 jours	bon
J.R.	11 Bronchite asthmatique.	25 mg. q.i.d.	3 jours	pauvre
J.L.C.	49 Torticolis spasmodique.	25 mg. i.m.	1 fois	excellent
P.M.A.	27 Constipation chronique.	25 mg. q.i.d. 50 mg. q.i.d.	7 jours 8 jours	pauvre pauvre

* Administration par voie orale, à moins qu'indiqué autrement.

aux médications habituelles: pollakiurie diurne et nocturne, tenesme, dysurie, brûlements mictionnels et douleurs supra-pubiennes intenses. Le traitement au 3828 RP provoque un soulagement presque complet dès le premier jour du traitement à la dose de 200 mg. par 24 heures. A quatre reprises, la cessation du médicament ou la diminution de la dose à 100 mg. par jour a été suivie de la réapparition des symptômes avec la même intensité qu'au-

qu'une observation plus prolongée soit requise pour tirer des conclusions certaines.

Deux hoquets rebelles aux médications habituelles n'ont nullement été améliorés par la Tétraméprozine, alors qu'un torticolis spasmodique récidivant d'une durée habituelle de 2 à 3 jours a été soulagé complètement en 30 minutes par une injection intra-musculaire de 25 mg.

TABLEAU II

Patient	Age	Capacité Respiratoire Maximale (litres/minute)		Capacité Vitale Minutée (1ère seconde %)	
		Avant 3828 RP	Après 3828 RP	Avant 3828 RP	Après 3828 RP
P.D.	22	32	32	63	47
D.P.	27	68	82	59	51
A.M.	39	—	—	42	49

Effet du 3828 RP sur la capacité respiratoire maximale et la capacité vitale minutée, 30 minutes après l'injection intra-musculaire de 25 mg. du produit.

paravant, alors que la réinstitution de la dose initiale amenait le même soulagement. Le 3828 RP a été administré à cette patiente durant 8 mois sans aucun effet secondaire.

Les données physiologiques fournies par 3 asthmatiques (tableau II) suggèrent l'inactivité du produit sur le spasme bronchique. Les quelques résultats cliniques favorables de prime abord reflètent probablement l'instabilité de ces malades et la difficulté de leur évacuation exacte sans technique vraiment objective.

Dans la dysménorrhée, le 3828 RP semble d'utilité dans les types spasmodiques, quoi-

Dans l'ensemble, sur 28 observations une réponse favorable a été enregistrée chez 15 individus. Le domaine digestif n'a pas été investigué, mais il serait intéressant d'étudier l'action de ce médicament dans des affections telles que spasmes pyloriques, dystonies ou coliques des voies biliaires et colites spasmodiques.

TOLÉRANCE ET EFFETS SECONDAIRES

La tolérance du 3828 RP s'est avérée parfaite dans tous les cas soumis à la médication. Ceci confirme les observations de Crimé (1) et de Courjaret (2) qui ont démontré l'inno-

TABLEAU III

	No. de cas	Résultats			
		Excellent	Bon	Médiocre	Pauvre
Spasmes des voies urinaires	10	5	1	1	3
Dysménorrhée	6	0	2	1	3
Asthme	8	0	2	2	4
Hoquet	2	0	0	0	2
Constipation	1	0	0	0	1
Torticolis	1	1	0	0	0
TOTAL	28	6	5	4	13

cuité du produit aux points de vue hémato-
logique, hépatique, rénal et électrolytique.

Une somnolence assez marquée a été obser-
vée chez 3 cas cependant, dont deux après
administration intra-musculaire. Une autre
malade aurait éprouvé une céphalée frontale
intense après ingestion de 50 mg.

TEMPS ET DURÉE D' ACTIONS

Par voie parentérale, l'action du médica-
ment s'est toujours fait sentir en dedans de
30 minutes tandis que par voie orale, l'effet
semble s'amorcer entre 30 minutes et 1 heure.
Pour une thérapeutique soutenue, la répétition
du médicament aux 6 heures, parfois aux 8
heures, nous a paru nécessaire.

Conclusion

Ce rapport préliminaire résume nos obser-
vations cliniques d'un nouveau dérivé de la
phénothiazine dans le traitement de 28 cas
de spasmes douloureux traités par le 3828 RP.

Le 3828 RP semble un médicament efficace
dans le spasme des voies urinaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. CRIME, J.M. La semaine des hôpitaux de Paris,
6: 528-530, 1957.
2. COURJARET, J. Communication personnelle.

Nous tenons à remercier les docteurs André
Barbeau, Joffre Brouillette, Salles Leboeuf, Charles
Lépine et Berna Vityé pour leur collaboration.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

L'AFFAIRE DU STALINON ET LES ASPECTS CLINIQUES DE L'INTOXICATION PAR LES SELS ORGANIQUES D'ÉTAIN

Une grave affaire d'intoxication médicamenteuse collective vient d'endeuiller le pays en soulevant une émotion profonde.

On connaît les faits: la mise en circulation d'une spécialité pharmaceutique dite Stalinon à la vitamine F a été suivie d'une série d'intoxications dont on a officiellement dénombré deux cent vingt cas en comptant quatre vingt dix-huits morts.

Maintenant que sont clos les débats, il est possible de faire état de l'expertise médico-légale qui sert de base au jugement. L'objectivité en effet et la minutie des observations rapportées a permis de préciser les traits cliniques de cette variété d'intoxication essentiellement neurologique à laquelle les circonstances ont donné la valeur d'une véritable expérimentation.

L'agent toxique a pu être nettement identifié: il s'agit du diiododiéthyl étain, associé parfois au triiodomonoéthyl étain, ou au monoiodotriéthylétain.

Le tableau clinique réalisé a été celui d'une encéphalopathie toxique d'allure très spéciale dont Th. Alajouanine, Cossa et d'éminents collaborateurs neurologiques viennent dans un rapport récent à la Société Neurologique de donner une description détaillée où nous puiserons l'essentiel de cette étude.

Ce qui frappe d'ailleurs dans cette description, c'est son caractère assez équivoque.

Le début des troubles est fixé entre le deuxième et le vingt cinquième jour après la prise de toxique. Céphalée avec torpeur, parfois même coma brutal, apathie vomissements précédés ou non de brûlures gastriques sont l'essentiel de la séméiologie à ce stade.

Puis la somnolence, va dominer la scène. Mais on retrouve dans maintes observations une séméiologie fonctionnelle plus variée. Les

douleurs de la face, sus-orbitaires, les douleurs de la nuque avec raideur méningée sont fréquentes. Les troubles moteurs sont plus rares ou précédés de crises convulsives, ils peuvent réaliser une hémiparésie et même atteindre la musculature oculaire.

Parfois les altérations du fonds d'oeil associées ont conduit ces malades au neuro-chirurgien: œdème, stase papillaire, hyperémie.

On conçoit en effet à l'énoncé de ces symptômes: céphalée ou douleurs de nuque, vomissements et stase papillaire que l'on ait évoqué à juste titre le diagnostic de tumeurs cérébrales voire d'engagement d'une tumeur de la fosse postérieure.

Pour accroître l'embarras, l'examen neurologique s'est révélé pauvre en signes objectifs dans beaucoup d'observations.

Bien plus, l'absence de fièvre, l'importance des manifestations fonctionnelles émotives, l'état anxieux de ces malades, leur angoisse de la mort, en l'absence de signes neurologiques précis risquaient de les faire considérer comme des mentaux. Effectivement certains de ces sujets ont été dirigés sur les asiles psychiatriques où l'enquête les a retrouvés. En contraste avec cette carence séméiologique la gravité du pronostic avec ses 98 morts fut un des traits essentiels de cette intoxication.

La mort est toujours survenue brutalement après un coma, une syncope, une crise convulsive, et si l'on essaie de classer les éléments du pronostic, on les trouve dominés par l'état de la conscience. Tous les sujets arrivés au stade du coma ont succombé ou sont restés porteurs de graves séquelles: paraplégie, séquelles oculaires avec un cas de cécité définitive, séquelles psychiques et intellectuelles importantes, compromettant fortement l'activité professionnelle.

A reprendre l'étude des accidents terminaux: syncope, défaillance cardio-respiratoire aiguë, on s'aperçoit qu'ils sont la traduction d'un trouble neurologique profond. Parfois

existaient des variations importantes de la tension artérielle, chez d'autres existaient une glycosurie avec hyperglycémie.

Tout cet ensemble de troubles métaboliques, respiratoires, circulatoires, vomissements, vaso-moteurs et végétatifs s'inscrit dans un chapitre particulier de la neurologie qui a trait à la souffrance du tronc cérébral.

Mais ici, le syndrome est isolé dans toute sa pureté et ce qui renforce la valeur de son étude c'est qu'il est dû à une seule et même lésion retrouvée anatomiquement dans les constatations nécropsiques et dans les formes neurochirurgicales opérées. Cette lésion est un œdème du tissu nerveux. Et toute la séméiologie clinique observée résulte de cet œdème cérébro-médullaire pur, à l'exclusion de toute autre altération viscérale primitive.

On comprend la valeur exceptionnelle des documents recueillis dans ces conditions vraiment expérimentales.

Le diagnostic n'a pas trouvé grand appui dans les examens complémentaires lorsqu'ils ont été possibles. L'examen du fond d'œil fut trouvé normal deux fois sur trois, le liquide céphalo-rachidien huit fois sur dix, le tracé électro-encéphalographique lui-même n'a relevé que des anomalies diffuses de souffrance cérébrale.

Il est même assez remarquable de constater que la ponction lombaire légitimée par l'incertitude du diagnostic et la présence parfois de raideur méningée, ne s'est jamais accompagnée, dans cet œdème cérébral, d'accident. Cette innocuité cependant tient au fait qu'il s'agit ici d'un œdème cérébral diffus que l'on ne peut en aucune façon assimiler à l'œdème localisé ou à l'hypertension d'une tumeur circonscrite. Les règles classiques de faire précéder la rachicentèse d'un examen du fond d'œil et d'être d'une extrême prudence en cas

de doute d'hypertension restent entièrement valables.

L'énoncé de ces difficultés diagnostiques a pour corollaire de rappeler au clinicien et au neurologue en particulier qu'à côté de l'étiologie infectieuse invariablement invoquée devant un tableau d'encéphalopathie aiguë, il y a place pour l'origine toxique surtout si l'affection évolue sans fièvre et se complique brutalement de coma. Il n'en faut pas plus pour déclencher une enquête à la recherche d'un toxique du système nerveux.

Mais si l'énoncé et le classement méthodique des signes et symptômes a enrichi la clinique et donné sur la physiologie pathologique du système nerveux des données intéressantes, ils n'ont pas suffisamment éclairé la pathogénie pour permettre d'opposer un traitement efficace. Tous les efforts thérapeutiques sont restés vains. Aucune thérapeutique médicale n'a permis de contrôler l'hypertension intracranienne et les solutions hypertoniques n'ont eu qu'une valeur discutable.

La fixation du toxique sur la cellule semble être instantanée car aucune tentative médicale si précoce soit-elle tendant à éliminer le toxique même l'exsanguino-transfusion massive n'a eu une action quelconque.

Seule la décompression chirurgicale pratiquée huit fois, même dans des conditions dramatiques a permis de sauver six fois ces malades.

C'est donc vers la thérapeutique que doivent tendre nos efforts. On conçoit de quel profit serait l'enseignement de cette triste expérience si elle nous permettait d'aborder en pleine lumière après avoir précisé la clinique et la physiopathologie de l'œdème cérébro-médullo-méningé le traitement d'hypertension intracranienne.

Maurice PESTEL.

LETTRE DE SUISSE

« ANDREA DORIA » ATTITUDES HUMAINES.

Alors que, il y a une année et demi, nous regagnions l'Europe à bord de l'« Ile de France » après un voyage d'études aux Etats-Unis, nous fûmes témoins de ce gigantesque drame de la mer que fut la collision entre le navire italien « Andrea Doria » et le paquebot suédois « Stockholm ». Nous ne reviendrons pas sur les détails techniques de cet accident impensable pour les habitués des randonnées transatlantiques. Après le moment de stupeur et de désarroi passés, après l'organisation des secours menés avec esprit de décision par l'équipage de l'« Ile de France », notre paquebot regagna New-York avec près de 700 rescapés avec lesquels nous partageâmes la vie à bord pendant 12 heures environ. Nous fûmes frappés dès l'abord par la différence d'attitude des rescapés. Les Italiens, pratiquement tous des émigrants, pauvres et miséreux, avaient quitté le sol natal pour la grande aventure américaine, sans être sortis, probablement, une seule fois de leur village. C'était le grand voyage de leur vie, d'où une inexpérience complète des voyages, des communications, des transferts de fonds, etc. Ils avaient réalisé leur maigre avoir qu'ils emportaient avec eux; la catastrophe de l'« Andrea Doria » était comme un signe du ciel, voire une punition, et la plupart étaient atterrés, abattus. Les Américains qui revenaient d'un voyage d'agrément en Europe, étaient quelque peu émus; mais dans l'ensemble, sachant qu'ils retrouvaient leur port d'attache, leur foyer, leur famille et leurs amis dans quelques heures, voyaient dans cet accident une aventure, un exploit même, et leur attitude était complètement extravertie. La majorité d'entre eux s'étaient installés sur le pont et restaient à l'écoute des postes de radio américains qui nous apportaient le récit détaillé du drame.

Le désespoir des malheureux rescapés italiens était à son comble et nous ne pouvions que les encourager à avoir confiance dans la générosité des U.S.A. La Croix-Rouge américaine et de nombreuse organisa-

tions de secours, si répandues aux Etats-Unis, firent de leur mieux pour faire oublier à ces émigrants les misères de cette traversée. Deux psychiatres américains, les docteurs Frideman et Linn, témoins avec nous du désastre, ont fait part récemment de leurs impressions, sur les diverses attitudes humaines qu'ils ont observées et qu'ils ont analysées en spécialistes du comportement humain. Les psychiatres américains ont été frappés par l'état de stupeur des naufragés qui étaient devenus amorphes: ils étaient devenus passifs, somnolents et certains avaient oublié même des éléments importants de leur état civil. Il s'agit probablement des conséquences d'un choc violent d'origine émotionnelle avec tout son cortège de perturbations endocriniennes et vasculaires sur le système nerveux central. C'est un état semblable à celui observé lors des bombardements pendant la dernière guerre. Des psychiatres anglais ont remarqué alors, chez 35 personnes ensevelies sous les décombres mais non traumatisées, que les $\frac{2}{3}$ ont présenté des signes de névrose qui ont persisté pendant plusieurs mois. L'état de somnolence et d'indifférence provient d'un état d'inhibition semblable à celui observé par le physiologiste Pavlov. Une inondation ayant dévasté les laboratoires du savant russe, on réussit néanmoins à sauver quelques-uns de ses chiens chez lesquels on étudiait les réflexes conditionnés. Pavlov constata que ces chiens étaient devenus amorphes, somnolents et avaient perdu tous les réflexes conditionnés créés chez eux. En outre, chez quelques-uns d'entre eux, il ne fut pas possible de créer de nouveaux réflexes conditionnés pendant plusieurs mois.

Peu après la période initiale du choc et de stupeur, de nombreux rescapés éprouvèrent le besoin de raconter, à qui voulait les entendre, tous les détails de l'accident et du sauvetage. Certains racontèrent la même histoire plusieurs dizaines de fois, essayant de maîtriser enfin une situation psychologique qui les avait probablement dépassés. Il s'agissait alors d'une phase d'excitation réactionnelle après l'inhibition première.

Dans un troisième stade, de nombreux rescapés prirent une attitude agressive, accusant — à tort — l'équipage de l'« Andrea Doria » d'être responsable de l'accident. On retrouve ici le besoin instinctif de l'homme de trouver une cause plausible aux événements qui le dépassent. Il s'agit vraisemblablement d'un mécanisme de défense normal en face du doute et de l'incertitude qui sont mal tolérés par le système nerveux. Ces attitudes suscitèrent des réactions de la part de certains passagers de l'« Ile de France », de nationalités diverses, et qui, profondément endormis au moment des opérations de sauvetage se déroulant entre minuit et cinq heures du matin, n'avaient pas vécu ce drame. Ces passagers ne comprenaient pas que les malheureux se laissent aller à des démonstrations de leur désespoir et confondaient ces manifestations (dépendant en grande partie d'un tempérament racial) avec un manque de courage. Un problème intéressant de psychologie de masse se déroula sur l'« Andrea Doria » au moment de l'accident. En raison de la soudaineté de la panne d'électricité et de l'impossibilité de communiquer par haut-parleurs, les groupes de passagers furent isolés. D'emblée émergèrent des chefs, souvent des prêtres et des sœurs religieuses, parfois de simples passagers, qui surent organiser les opérations de sauvetage. Les psychiatres américains pensent que, du fait de la majorité des émigrants catholiques, une discipline et une soumission furent immédiatement consenties à ces chefs improvisés. L'expérience apprend qu'il existe une catégorie de chefs qui se révèlent toujours au moment d'un désastre local, régional ou national; ils savent s'identifier à un groupe d'individus et combattre les sentiments de désespoir et d'abandon, évitant ainsi l'apparition de l'hystérie collective, symptôme d'une absence de direction responsable. Les psychiatres américains pensent qu'il serait utile, en temps de paix, de donner une instruction spéciale à certains individus qui, de par leur fonction sociale, sont amenés à exercer une certaine autorité en toute circonstance, ils seraient ainsi prêts à jouer un rôle de premier plan

en cas de guerre ou de catastrophe.

Le principe « d'abord les femmes et les enfants » appliqué par l'équipage de l'« Andrea Doria » fut à l'origine de séparations brutales et d'isolements poignants dont nous fûmes les témoins impuissants. Pendant tout le voyage de retour à New-York, la radio de l'« Ile de France » appelait sans cesse le « Stockholm » et les autres navires pour savoir si l'un ou l'autre n'avait pas à son bord un père, une mère ou des enfants de telle ou telle famille dispersée sur la mer. Confirmant les expériences de la seconde guerre mondiale, ces incidents démontrèrent une fois de plus l'importance de la présence des parents pour l'enfant qui peut supporter bombardements, incendies et inondations pour autant que le père ou la mère soit présent avec lui dans cette situation tragique: il n'y a pratiquement pas de conséquences psychiatriques pour lui, alors qu'elles sont au contraire importantes lorsque l'enfant assiste à ces événements en l'absence de son père ou de sa mère. Les auteurs américains pensent qu'il faut modifier la formule « les femmes et les enfants d'abord » et dire « les enfants et un de leurs parents »; cette formule fut notamment appliquée pendant la guerre Israélo-Arabe par les Israéliens et semble représenter une application valable et meilleure des lois psychologiques modernes.

Une erreur fut commise par les équipages des bateaux sauveteurs qui n'établirent pas de listes des rescapés, laissant ainsi dans l'ignorance et le doute, dans l'incertitude et le désespoir, de nombreuses familles séparées. Les psychiatres américains notent l'importance, dans ces moments tragiques, du nom écrit, du prénom écrit, avec les autres détails de l'état civil, qui matérialisent leur existence. L'établissement de ces listes était d'autant plus nécessaire que beaucoup de ces émigrants avaient perdu leur passeport et devenaient ainsi des inconnus du point de vue officiel. Ce sentiment de frustration ajouta encore à la solitude de nombreux émigrés. Quelle fut l'attitude des passagers de l'« Ile de France »? Beaucoup restés endormis pendant les opéra-

tions de sauvetage (le commandant n'avait pas donné l'alarme afin d'éviter la panique) n'apprirent l'accident qu'au petit déjeuner alors que nous faisons déjà route sur New-York. Ils manifestèrent un sentiment de culpabilité, honteux d'avoir joué d'un sommeil réparateur, alors qu'à leurs côtés, des hommes, des femmes et des enfants se débattaient contre la mort par immersion: sentiment de culpabilité qui se manifesta par un débordement de générosité et d'aide morale aux rescapés. Ces faits confirment le principe selon lequel le sentiment de culpabilité peut constituer une force positive sur le plan social.

Il est curieux de noter que certains passagers de l'« Ile de France », réveillés par les opérations de sauvetage, ne comprirent pas le drame; certains pensèrent qu'on s'amusait beaucoup sur les paquebots français, jusque tard dans la nuit. D'autres voyant à travers le hublot la fantastique illumination, réalisée par les projecteurs des navires accourus au secours du paquebot en perdition pensèrent qu'il s'agissait d'un feu d'artifice ou d'une fête quelconque et regagnèrent leur couchette...

Que faut-il sauver en cas de désastre, outre sa propre personne et ses proches? Les passagers de l'« Ile de France », imaginant un pareil désastre pouvant leur survenir lors de la traversée en direction du Havre, après avoir assisté à cette collision de géants, se sont souvent posé cette question. Il est intéressant de noter que, d'une manière générale, les rescapés n'ont pas songé à sauver leurs biens, à quelques exceptions près. Mais, on a signalé quelques personnes qui, ayant sauvé des bijoux, les ont jetés à la mer, les sacrifiant en reconnaissance de leur vie sauvée, renouvelant ainsi un geste antique.

L'habillement joua un rôle psychologique important. Beaucoup de naufragés étaient à peine vêtus: pyjama, chemise de nuit, pieds nus. Leur sentiment de frustration était intense, d'autant plus qu'ils étaient souvent couverts d'huile. Dès qu'ils purent s'habiller convenablement, ils manifestèrent leur sentiment d'être à nouveau des êtres humains.

L'habit joua un rôle de protection, de sécurité, de dignité à l'égard des humains de l'« Ile de France » convenablement vêtus, propres, rasés, coiffés, voire parfumés. On put observer, une fois de plus, combien l'habit, dans notre civilisation, fait partie de la personnalité sociale d'un individu. On le remarque souvent dans la vie quotidienne. Un individu qui n'est pas habillé comme les autres ne se reconnaît pas comme membre de cette société, et, dans ce sens, il est frustré. L'habit joue un rôle de protection, de sécurité, de dignité et, en nous rendant semblables aux autres, signe notre appartenance au groupe, au clan. Sans habit, on est à l'écart du groupe. Il faut rappeler que chez les tribus primitives, vivant à l'état de nudité complète, les individus se tatouent d'une manière spécifique à leur tribu, ce qui les fait reconnaître comme membres de cette tribu. De rares rescapés refusèrent les vêtements qu'on leur offrait, par fierté ou par réaction agressive, certains par une sorte de besoin d'exhiber leurs sentiments de souffrance, de ruine; il s'agissait souvent de jeunes gens. Les enfants, inconscients, jouaient sur le pont ignorants probablement des dangers qu'ils avaient courus.

Quelle fut l'attitude des passagers de l'« Ile de France » pendant le trajet de retour du lieu d'accident au port de New-York. Les psychiatres américains n'ont insisté sur ce sujet, car eux-mêmes étaient trop préoccupés de leur rentrée sur le continent américains. Après un moment de stupeur, les passagers montrèrent d'une façon générale des sentiments de sociabilité qui se manifestèrent par une aide morale, matérielle et même financière et firent preuve d'un altruisme souvent extraordinaire.

Après avoir débarqué les rescapés et les blessés, nous reprîmes pour la seconde fois le départ de New-York en vue de la rentrée en Europe. Nous avions l'impression alors d'un isolement total, nous n'avions plus foi dans les organes de sécurité et notamment dans le radar. Le départ ayant lieu à 21 heures, personne n'eut l'idée d'aller se coucher, chacun

étant sûr qu'un accident surviendrait à nouveau atteignant cette fois-ci l'« Ile de France ». Les uns allèrent danser, les autres s'adonnèrent à l'alcool; certains, âgés ou non, essayaient de se donner une contenance mais toutes les conversations avaient pour objet l'accident survenu à l'« Andrea Doria ». Il y avait deux types de conversations: les uns narraient une fois de plus toutes les péripéties de l'accident qu'ils connaissaient, les causes probables, les autres ne pensaient qu'à l'accident qui allait se produire... Mentalement, chacun refit la manœuvre qui serait nécessaire lors des opérations de sauvetage si l'alarme était donnée. Chacun savait, en raison de l'expérience acquise la nuit précédente, qu'il fallait en tous cas avoir sur soi son passeport, qu'il fallait être chaudement habillé et chaussé. La psychose s'empara de tous les passagers. Nous réagissions à chaque coup de sirène que le navire donnait dans le brouillard épais. On sait, en effet, que l'anticipation de certains événements, leur crainte ou leur appréhension, sont capables de provoquer les mêmes réactions anormales que la présence réelle de ces événements. Puis la fatigue se fit sentir et, au petit matin, l'apparition des premières lueurs du jour redonna confiance, chacun s'endormit. Dès le lendemain, ces sombres heures étaient oubliées, la vie du

navire reprit son cours normal, la confiance était de nouveau là, malgré les détails invraisemblables que nous apprenions d'heure en heure par la radio.

La tragédie de l'« Andrea Doria », atténuée par le fait de circonstances météorologiques exceptionnellement favorables au moment du sauvetage, montra une fois de plus combien l'homme est faible en face de certaines catastrophes, mais elle démontra aussi les ressources étonnantes, physiques et psychiques, dont l'homme dispose pour s'adapter en quelques heures à une situation nouvelle. Les mécanismes divers qui conditionnent cette adaptation dépendent de l'hérédité raciale, du degré d'instruction et de culture, de l'intelligence. Chaque individu est capable, selon l'intensité de la stimulation externe, de manifester des réactions anormales; celles-ci dépendent du degré de résistance individuelle. Les plus fragiles sont les sujets plutôt simples mentalement (intelligence ou culture pauvre) chez qui la personnalité est peu développée et qui contrôlent mal leurs réactions émotives. La tragédie de l'« Andréa Doria » mit en évidence cette inégalité étonnante dans l'intensité et la qualité des réponses humaines à un événement si soudain et si imprévu.

Docteur Pierre RENTCHNICK.

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.

CARDIOLOGIE

U. CARCASSI et F. PITZUS. — **Valeur et signification de la détermination de la protéine C réactive et de la transaminase glutamino-oxalo-acétique dans l'infarctus du myocarde.** (*Valore e significato della determinazione della proteina C reattivo e della transaminasi glutammico-ossalacetica nell' infarto del miocardio.*) "Minerva Medica", 48: 2449 (21 juillet) 1957.

Malgré que l'infarctus du myocarde ait en général un tableau clinique et électro-cardiographique bien défini, il y a néanmoins des cas dans lesquels l'E.C.G., n'est pas typique et peut donner lieu à des incertitudes d'interprétation. Par exemple une péricardite ou un bloc de branche, un infarctus ancien ou une localisation muette peuvent cacher ou neutraliser un infarctus aigu récent.

La recherche dans le sérum de la transaminase-glutamino-oxalo-acétique (T.G.O.) constitue un index très sensible de la nécrose cellulaire, tandis que le test de la protéine C réactive (C.R.P.) révèle avec une extrême sensibilité, l'existence d'un processus inflammatoire, pour circonscrire qu'il soit. Les auteurs ont déterminé la C.R.P. et T.G.O. dans le sérum de 25 cas d'infarctus du myocarde, dont 3 d'interprétation douteuse.

La T.G.O. augmente rapidement dans les premières heures suivant l'infarctus, atteint les valeurs les plus hautes entre les 24-48 heures pour revenir graduellement à des valeurs normales de 5 à 7 jours après l'épisode aigu. Elle reste toujours normale dans les cas douteux.

La C.R.P. paraît entre les 16-48 heures au début de la symptomatologie et disparaît graduellement dans une période de 8 à 18 jours.

Ces données confirment celles des auteurs qui dans ces dernières années se sont occupés de cette intéressante question. On pose surtout l'accent sur le fait que l'augmentation de la T.G.O. est immédiate et constante et son taux est proportionnel à l'étendue de la lésion, tandis que la C.R.P. paraît plus tardivement et est indépendante de l'étendue du processus.

Marie-Thérèse BONACCORSI

Samuel LOSNER, Bruno W. VOL, Stanley M. ARONSON. — **Eléments cliniques et expérimentaux aidant au diagnostic de l'infarctus aigu du myocarde.** (*Diagnostic aids in Acute Myocardial Infarction: Clinical and Experimental.*) "Amer. Heart Journal", 54: 225 (août) 1957.

Des déterminations de la transaminase oxaloacétique glutamique et de l'aldolase du sérum, de la concentration en fibrinogène du plasma, des protéines réactives C et du taux de sédimentation des globules rouges ont été faites chez 40 patients (15 avaient un infarctus aigu du myocarde, 15, une insuffisance coronarienne et 10 une nécrose sous-endocardique) et chez 32 chiens (12 soumis à une ligature haute de l'artère coronaire gauche, 10, à une ligature basse et 10 servant de témoin ont subi une péricardotomie.) Ces examens ont été faits chez l'homme à tous les jours pour la première semaine et à tous les deux jours pour 4 semaines. Chez le chien il y eut détermination avant la ligature et après la ligature pour 7 jours consécutifs.

La Transaminase et l'aldolase sont présentes dans différents organes et au cours d'un infarctus du myocarde, par exemple, elles sont déversées dans le courant circulatoire où elles atteignent un sommet 1 à 2 jours après le début des symptômes et y demeurent présentes

pour 4 à 5 jours. L'hyperfibrinogénémie rend plutôt compte de la phase réparatrice ou cicatricielle. Elle est à son maximum au 2^{ème} et 3^{ème} jour pour disparaître à la fin de la 2^{ème} semaine ou dans le courant de la 3^{ème}. A noter que le fibrinogène est en grande partie formé par le foie.

On a obtenu une élévation marquée des enzymes et du fibrinogène dans l'infarctus du myocarde alors que dans l'insuffisance coronarienne et la nécrose sous-endocardique on a eu des taux normaux ou légèrement au-dessus de la normale.

Durant la convalescence, une élévation récurrente des 3 constituants a reflété une extension du processus infarctionnel. De plus une élévation du fibrinogène peut signifier une affection intercurrente telle que péricardite, insuffisance cardiaque avec oedème pulmonaire, ou embolie pulmonaire.

L'expérimentation chez l'animal a montré une relation semi-quantitative entre le taux des constituants et l'étendue de la lésion, ce qui d'ailleurs semble exister chez l'humain.

L'emploi de ces trois tests faits conjointement et en série peut être d'un secours précieux dans le diagnostic et l'évolution de l'infarctus.

Le taux de sédimentation des globules rouges et les protéines réactives C ne nous renseignent pas sur la sévérité, ni sur la durée de la maladie. Le taux de sédimentation des globules rouges peut par ailleurs être accéléré dans l'insuffisance coronarienne et pourra être normal dans l'infarctus du myocarde.

J.-M. LANOIE

P. BROUSTET et H. BRICATN. — **La circulation bronchique du poumon mitral.** "Arch. des Maladies du Cœur et des Vaisseaux", 50: 522 (juin) 1957.

Rappelons qu'une des fonctions des troncs artériels bronchiques consiste à fournir des vasa-vasorum aux artères et aux veines pulmonaires et que ces vaisseaux peuvent donner des anastomoses artériopulmonaires et artérioveineuses. Sur le trajet du retour veineux,

les anastomoses sont telles qu'une partie du sang des capillaires bronchiques va aux veines pulmonaires. Sur le trajet des artères pulmonaires, il existe des segments d'arrêt: ceux-ci sont des artères à média mince, à intima épaissie formées de fibres musculaires tantôt longitudinales, tantôt spiralées qui se développent dans un dédoublement de la limite élastique: ces éléments siègent surtout sur les artères pulmonaires à l'endroit où elles reçoivent les artères bronchiques. Dans les poumons pathologiques, ces segments d'arrêt se rencontrent en très grand nombre. De plus, chez sujets normaux, il existe des anastomoses entre les artères pulmonaires et veines pulmonaires.

Huit poumons de mitraux décédés ont été examinés: sur sept des pièces, on a pu mettre en évidence la présence de nombreuses communications artériopulmonaires; l'injection poussée dans les artérioles bronchiques d'un colorant remplit d'une manière rétrograde les artères pulmonaires. Les anastomoses se font à l'étage artériolaire.

Sur les cadavres des mitraux on trouve:

1. Un système artériel bronchique plus développé que dans le poumon normal.
2. Des anastomoses artériopulmonaires plus nombreuses et plus larges que dans le poumon normal.
3. Au lieu d'être spiralées, les artères bronchiques sont souvent presque rectilignes.

Au niveau des anastomoses des artères bronchiques, artères pulmonaires, il existe des structures très musclées; l'auteur conclut que l'accroissement des anastomoses entraîne une prolifération anormale des fibres musculaires aux points de jonction et ainsi se crée le second barrage des mitraux, le barrage artériolaire.

Causes du développement de la circulation bronchique.

- a) Les larges anastomoses veines pulmonaires-veines bronchiques vont être utilisées comme soupape où se déversera le sang veineux pulmonaire.

b) Chez les mitraux, la présence de réactions vasomotrices à l'étage artériolaire est souvent constatée: le segment musculaire responsable de ces réactions siège au niveau des segments d'arrêt; ces segments d'arrêt se développeraient sous l'impulsion de l'hypertension veineuse.

Conséquences physiologiques.

a) L'augmentation de la pression capillaire bronchique amène la formation d'œdème muqueux bronchique qui exclut les alvéoles; l'air résiduel augmente, l'emphysème pulmonaire s'installe. Les troubles de la ventilation et de la perfusion pulmonaire aident à aboutir à l'insuffisance ventriculaire droite.

b) Les dilatations variqueuses bronchiques sont responsables des hémoptysies.

c) L'œdème muqueux bronchiolaire qui entraînerait la formation de véritables foyers apoplectiques localisés serait cause de la présence intra-alvéolaire d'amas d'hémosidérine.

Gilles COTE

GASTRO-ENTEROLOGIE

M. J. GUERRE. — **Etude chez l'homme de l'action du potassium sur la motilité colique.** "Semaine des Hôp.", **32**: 11 (janv.) 1956.

Une étude de l'action du potassium sur la motilité colique a été faite, par l'étude des contractions intestinales par le sigmoïdogramme.

Le potassium a été administré pendant la réalisation du tracé, soit per os, à la dose de 1 gr. par 10 kg de poids, soit par voie veineuse à la dose de 10 mEq dilués dans 200 cc de sérum glucosé. Des épreuves d'hypoglycémie et d'hypokaliémie provoquées ont été réalisées chez d'autres malades. Enfin un certain nombre de sujets ont reçu un traitement de 1,50 gr. de KCl par jour, et ont eu un second enregistrement à la fin du traitement.

Sept observations sont présentées, qui concernent des sujets normaux, des constipés atoniques, des constipés spasmodiques. L'analyse

des résultats montre que, chez les sujets normaux ou à colon hyperspasmodique, le potassium est sans action, alors qu'il rétablit de façon satisfaisante la motilité colique déprimée des constipés atoniques.

P. HILLEMANT, Y. BARRE, P. ROUX (Paris) et J. DE LA GARZA (Mexique). — **Lithiase vésiculaire et insuffisance thyroïdienne.** "Arch. Mal. App. Digestif", **45**: 473 (mai) 1956.

Les auteurs ont étudié le fonctionnement thyroïdien chez 87 lithiasiques et notent chez ces malades, la fréquence de petits signes d'hypothyroïdie volontiers masquée par une hypertonie neuro-végétative, et surtout un abaissement souvent considérable du métabolisme basal, rencontré dans 76% des cas.

Par ailleurs pour vérifier si l'hypothyroïdie peut jouer un rôle éventuel par l'intermédiaire de son hypercholestérolémie habituelle et, secondairement, d'une hypercholestérolémie, ils ont fait doser le cholestérol dans la bile retirée par ponction vésiculaire chez des lithiasiques et chez des témoins. Les chiffres obtenus sont extrêmement variables selon les individus, et il est impossible de préciser un rapport quelconque entre les taux sanguins et biliaires du cholestérol: cependant, la concentration biliaire paraît, dans l'ensemble, abaissée dans la lithiase, et ceci en liaison directe avec la présence de l'hypothyroïdie. En définitive, cette hypothèse ne peut donc être retenue.

Cependant, les auteurs, qui ont déjà insisté sur le rôle de l'hypothyroïdie dans les mégacolons, dolichocolons et hernies diaphragmatiques par le mécanisme d'une diminution du tonus des muscles lisses, pensent qu'elle intervient également dans la genèse de certaines lithiases et qu'elle agit, par un mécanisme analogue, en réalisant une hypotonie vésiculaire.

Ils se demandent enfin, si une telle hypothèse peut justifier, lorsqu'elle semble digne d'être retenue, une simple cholécystostomie associée à la thyrothérapie post-opératoire.

P. HILLEMAND (de Paris) et COCOVINIS (de Salonique). — **A propos des accidents digestifs dus à l'emploi de la phénylbutazone.** "Arch. Mal. App. Digestif", **45**: 313 (avril) 1956.

Dans ce travail, les auteurs, à propos de leurs observations personnelles, font une rapide revue des accidents digestifs en rapport avec la phénylbutazone.

Dans une seconde partie, ils rapportent le résultat de leurs expériences portant sur le cobaye. Leurs travaux mettent en évidence, outre l'existence d'ulcérations en rapport avec une épithéliite érosive, comme l'avaient montré Bonfils et ses collaborateurs, trois faits nouveaux:

1. La constatation d'un œdème de la sous-muqueuse avec vasodilatation.
2. La notion de mégasplanchnie digestive.
3. La diffusion des lésions au niveau du grêle et du colon.

Ils attribuent les mégasplanchnies et certaines hémorragies à une action irritative portant sur le système neuro-végétatif.

Enfin, ils tentent de préciser la posologie du médicament qui, à leur avis, ne doit pas dépasser une dose quotidienne de 400 mg. et les contre-indications de ce traitement qui est à proscrire formellement chez les ulcéreux et les sujets présentant un gros déséquilibre neuro-végétatif.

Ils conseillent enfin la prise associée de chlorpromazine (Largactil).

PNEUMOLOGIE

R. H. OVERHOLT et M. S. SEGAL. — **Trachéotomie à long terme pour les bronchiectasies bilatérales étendues.** (*Long term tracheotomy in extensive bilateral bronchiectasis.*) "New Eng. J. Med." **257**: 1108 (5 décembre) 1957.

Se basant sur l'expérience obtenue avec les trachéotomies faites chez des malades en insuffisance respiratoire par suite de lésions diverses (lésions cérébrales et thoraciques, poliomyélite, acidose respiratoire chronique, inhalation de gaz ou de produits chimiques ir-

ritants), les auteurs essayèrent cette technique chez quelques malades souffrant de bronchiectasies purulentes et inopérables. Ils rapportent les résultats obtenus chez sept malades. D'une façon générale, l'amélioration notée fut la suivante: 1) les expectorations diminuèrent, de même que la toux et la dyspnée; 2) la cyanose disparut dans certains cas; 3) l'état général s'améliora, se traduisant par un gain de poids, des forces plus grandes et un meilleur psychisme.

Les malades avaient appris comment faire l'aspiration à travers le tube de trachéotomie, à la maison. Tous ont décidé de continuer le traitement, en dépit des inconvénients apportés par la présence du tube.

Charles LEPINE

H. B. HATCH et Buell C. BUCHTEL. — **La radiothérapie du syndrome du lobe moyen.** (*Roentgenotherapy in the Middle Lobe Syndrome.*) "The Am. Rev. Tub. and Pulm. Dis.", **76**: 291 (août) 1957.

Le syndrome du lobe moyen a été décrit pour la première fois en 1948; il consiste en un processus suppuratif du lobe moyen secondaire à une obstruction de la bronche de ce lobe par une lymphadénopathie lobaire; cette adénopathie a toujours été décrite comme étant non tuberculeuse. L'obstruction amène une sténose bronchique, une pneumonie et finalement un affaissement du lobe. L'évolution de l'état de ce lobe dépend de la durée de l'obstruction et de la virulence de l'infection.

Trois possibilités au point de vue évolution:

1. Il peut reprendre son expansion et redevenir normal.
2. Il peut reprendre son expansion mais une bronchiectasie peut subsister.
3. L'affaissement du lobe peut atteindre un stade irréversible et par conséquent ce lobe deviendra afonctionnel.

Pathogénèse. — 1. Le drainage lymphatique particulier du lobe moyen dans les nodules lymphatiques fait que ce lobe est très susceptible à la compression. 2. La longueur, la dis-

position anatomique et l'angle particulier qu'il tient prédisposent ce lobe à l'affaissement.

Symptômes. — Parfois aucun. Ordinairement, toux, crachats, fièvre, douleurs thoraciques, hémoptysies peuvent apparaître.

Diagnostic. — 1. Radiologie: En latéral droit, on note une dépression de la scissure horizontale, une élévation de la scissure oblique avec image de forte densité entre ces deux scissures. 2. Bronchographie: Cet examen met en évidence l'obstruction bronchique. 3. Bronchoscopie: ici on perçoit l'inflammation et l'œdème à l'orifice du lobe moyen.

Traitement. — Jusqu'ici, le traitement usuel était la lobectomie. L'auteur rapporte le cas de deux patients traités par radiothérapie avec des résultats très satisfaisants; il semble que les adénopathies soient très sensibles aux rayons et que comme dans la furonculose, l'adénite et la parotidite il y ait régression rapide et marquée des phénomènes inflammatoires.

Gilles COTE

L'administration concomitante d'hydrocortisone à ces extraits (75 mg q 6 hrs) empêche l'effet favorable biochimique et clinique. Cependant, dès 24 heures après la cessation de l'hydrocortisone, on assiste à une amélioration clinique et biochimique.

Des préparations après extraction protéique à l'acétone ont été essayées sur un petit nombre de patients et à date, aucune résistance n'a été démontrée.

La nature de la substance active est inconnue mais les quelques notions connues permettent de dire qu'il s'agit probablement d'un polypeptide ayant un poids moléculaire d'environ 1,000. La place des extraits pinéaux dans le traitement de la schizophrénie reste à élucider et à date, aucune tentative de traitement n'a été poursuivie plus de 2 semaines. L'amélioration notée est différente de celle obtenue avec les tranquillisateurs car ceux-ci n'améliorent pas les troubles métaboliques associés. Ces extraits et les hormones stéroïdes semblent antagonistes.

André VIALLET

NEURO-PSYCHIATRIE

ALSTTSCHULE. — **Résultats de l'emploi d'extraits aqueux de pinéale de bœuf traités à l'acétone dans la schizophrénie chronique.** (*Some effects of aqueous extracts of acetone-dried beef-pineal substance in chronic schizophrenia.*) "New Eng. J. Med.", **257**: 919, 1957.

Depuis 6 ans environ, l'auteur démontre de façon plus ou moins conclusive que des extraits de pinéale corrigent momentanément les anomalies biochimiques et cliniques de la schizophrénie. Il cherche à extraire du complexe protéinique la fraction active.

L'injection d'extraits aqueux simples apporta une amélioration clinique et biochimique (augmentation du glutathion sanguin, l'élévation du taux d'éosinophiles et une diminution des 17 céstostéroïdes urinaires) temporaire vite suivie d'une résistance complète aux injections et un retour après 3 ou 4 semaines à l'état initial.

HEMATOLOGIE

E. D. THOMAS, H. L. LOCHTE, Lu WAN CHING et J. W. FERREBEE. — **Perfusion sanguine de moelle osseuse à des sujets soumis à de l'irradiation et de la chimiothérapie.** (*Intravenous Infusion of Bone Marrow in Patients Receiving Radiation and Chemotherapy.*) "New Eng. J. Med.", **257**: 491, 1957.

Après une dose létale d'irradiation chez les rongeurs, les canins ou les primates, la moelle osseuse détruite peut être repopulée par une infusion intraveineuse d'une suspension cellulaire de moelle provenant d'un donneur sain isologue, homologue ou même parfois hétérologue. Les receveurs acquièrent certaines caractéristiques immunologiques des donneurs et peuvent parfois prendre et accepter d'autres homotransplantations de ces mêmes donneurs.

Des techniques ont été développées pour la récolte et la conservation de la moelle osseuse; les cadavres fœtaux ou adultes, les côtes

enlevées chirurgicalement et la biopsie aspiration de la crête iliaque sont tous source de moelle. Ce tissu est filtré, centrifugé pour enlever la graisse et congelé avec des préservateurs.

Une première investigation clinique a été faite chez 6 sujets présentant des pathologies cancéreuses, myélomateuse ou leucémique. Aucune application radicale (irradiation totale léthale) n'a été tentée, mais ces quelques tentatives permettent les conclusions suivantes:

La perfusion intraveineuse de moelle est sans danger.

La stérilité des techniques est accomplie.

Aucun phénomène embolique ne s'est présenté i.e. aucun signe clinique, quoique des embolies microscopiques soient décelables.

Chez deux sujets, l'on a démontré que la greffe a « pris » temporairement.

Aucune réaction immunologique n'a été observée.

Deux patients recevant des cytotoxiques myéliqués (Mustargen et T.E.M.) ne montrent pas de « prise » de la greffe, ceci pouvant signifier que ces produits n'ont pas d'effet sur l'immunologie.

Des méthodes de conservation de moelle sont maintenant réalisables.

En conclusion, ces études cliniques montrent que la moelle osseuse humaine peut être récoltée et conservée en quantité appréciable et que son administration est sans danger. Cette expérience clinique est le fruit d'une année de recherche dans ce domaine.

André VIALLET

F. MILGRONS et S. DENBISKI. — **Mécanisme de l'auto-immunisation au cours des anémies hémolytiques.** "Le Sang", 28: 11, 1957.

La première démonstration d'auto-anticorps, responsables d'une réaction hémolytique est celle de Donath et Landsteiner, qui ont montré l'existence d'une hémolysine biphasique chez les malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique à frigore. Entre 1907 et 1909, Widal et Chauffard ont mis en évidence

la présence d'auto-anticorps chez des malades souffrant d'une anémie hémolytique acquise.

Des expériences sur des auto-anticorps d'organe, et les études conjointes sur l'auto-agression, cause de certaines maladies, ont montré que dans certaines conditions, naturelles et expérimentales, des anticorps pouvaient être produits contre les propres antigènes de l'organisme. Ces expériences ont remis en lumière le problème de l'auto-agression au cours des hémopathies.

De réels progrès n'étaient guère possibles dans ce domaine avant la mise au point de méthodes permettant de déceler les anticorps incomplets. Grâce à ces méthodes, de nombreux auteurs ont pu mettre en évidence l'existence d'auto-anticorps dans des centaines de cas. Boorman a montré que les globules rouges d'anémiques étaient sensibilisés *in vivo* et qu'ils donnaient un test de Coombs direct positif. Il convient de distinguer deux types d'auto-anticorps à l'origine d'anémies hémolytiques: 1) les anticorps complets, qui peuvent être mis en évidence par une réaction d'agglutination habituelle, de la même façon que les anticorps naturels anti-A et anti-B; 2) les anticorps incomplets qui ne sont décelés que par des réactions analogues à celle qui est utilisée pour détecter des anticorps anti-Rh d'immunisation.

Tous les organismes humains fabriquent dans leurs tissus des anticorps anti-O, qui entrent dans le torrent circulatoire et sont absorbés par les globules rouges. Ceux qui ont une affinité plus faible pour les globules rouges ne sont pas absorbés et ils demeurent dans le sérum en tant que panagglutinines froides. Dans certains états pathologiques, comme par exemple au cours de la pneumonie atypique, il existe une production accrue d'anticorps anti-O, se traduisant par une augmentation du taux des auto-agglutinines froides.

L'affection sanguine due à ces anticorps est connue sous le nom d'anémie hémolytique par auto-anticorps froids. Elle est symptomatique et apparaît principalement au cours de maladies à virus.

Les anticorps incomplets. Le premier stimulus induisant l'auto-immunisation serait constitué par un facteur extérieur qui modifie le globule rouge (remorqueur exogène). Ce rôle peut être joué par des virus, des germes figurés, des toxines bactériennes, des substances végétales, etc. La surface des globules rouges étant ainsi modifiée, ceux-ci peuvent devenir auto-antigéniques. Apparaissent alors des auto-anticorps correspondant aux haptènes érythrocytaires et des anticorps correspondant aux « remorqueurs exogènes » fixés aux globules rouges.

La première période de l'auto-immunisation se termine par la disparition du remorqueur exogène, l'auto-immunisation cessant en même temps dans de nombreux cas. Mais l'auto-immunisation persiste souvent pendant plusieurs années, et alors la production d'auto-anticorps pendant cette période peut être expliquée par l'action d'un « remorqueur endogène », qui suscite la formation d'anticorps antiglobuliques.

J.-G. LAURIN

ENDOCRINOLOGIE

DONALDSON, Vom EIGEN, DWIGHT. — **L'hypersécrétion gastrique de l'ulcère peptique et tumeur langerhansienne du pancréas.** (*Gastric Hypersecretion Peptic Ulceration and Islet-Cell Tumor of the Pancreas (the Zollinger-Ellison Syndrome.)*) "New Eng. J. Med.", **257**: 965 (14 nov.) 1957.

Durant les 2 ans qui précédèrent sa première hospitalisation, le patient, un paysan de 35 ans, présenta une diarrhée rebelle (10/die), sans évidence d'organismes pathogènes, de pus, sang ou de mucus. Des R.-X montrèrent une hypertrophie marquée de la muqueuse gastro-duodéno-jéjunale sans évidence d'ulcus. Une hypersécrétion gastrique fut notée et durant deux jours une aspiration continue fut pratiquée qui arrêta la diarrhée, mais amena un spasme carpopédal, dysarthrie et crampes abdominales. A ce moment: R.A.: 39 meq, CA: 10.7 mg.% et CI: 88 meq./L. L'aspiration avait causé une alcalose hypo-

chlorémique avec tétanie. Un dosage de l'uropepsine revint à près de 40,000 u./24h. La gastroscopie révéla une gastrice hypertrophique sans évidence d'ulcération.

On dut recourir à plusieurs reprises à l'aspiration gastrique dans les mois qui suivirent. Finalement, plus de deux ans après la première hospitalisation, le malade fut admis pour douleur abdominale intense, vomissements continus depuis 5 jours, déshydratation, hypotension, méléna, leucocytose et évidence radiologique d'ulcus perforé. Le jéjunum, qui contenait quatre ulcérations, dont une perforée, fut réséqué, complété par un bout à bout. Les suites opératoires furent mauvaises, le patient sécrétant jusqu'à 12 litres de liquide gastrique par jour. La mort survint 8 jours après l'opération.

L'autopsie montra la présence de deux masses tumorales au niveau du pancréas, identifiées comme des épithéliomas langerhansiens. De multiples petites ulcérations furent trouvées au niveau du cardia, du fundus, de la région pylorique, et du duodénum. La paroi de celui-ci contenait une petite masse identique au tissu néoplasique pancréatique. L'hypophyse contenait un adénome chromaphobe. Les surrénales étaient hypertrophiées.

21 cas ont été rapportés à date de l'association d'ulcères gastriques avec des tumeurs non fonctionnelles du pancréas.

Les ulcérations sont caractérisées par leur multiplicité, leur localisation atypique, leur récurrence après traitement médical et chirurgical, la haute mortalité à la suite de complications.

Ellison suggère de soupçonner le syndrome si la sécrétion gastrique dépasse 2 litres.

Les tumeurs pancréatiques sont habituellement multiples avec métastases fréquentes. Zollinger croit que le glucagon serait responsable des ulcérations; cela n'a jamais pu être mis en évidence. Dragsted provoqua des ulcères duodénaux chez tous les cent chiens dont il avait ligaturé le canal pancréatique, ou qui étaient porteurs d'une fistule pancréati-

que. Le pancréas contiendrait donc un facteur ulcérogénique.

Une atteinte multi-endocrinienne est retrouvée dans la plupart des cas rapportés: adénome éosinophilique de l'hypophyse, adénome parathyroïdien, adénomatosose des surrénales.

Raymond BARCELO

PEDIATRIE

Carroll POUNDERS. — **Rectalgie fugace infantile ou défécation douloureuse chez l'enfant allergique.** (*The Proctalgia Fugax Infantum.*) "J. Pediatrics", 51: 413 (oct.) 1957.

Nombre de bébés sont conduits à la consultation entre 0 et 6 mois présentant une douleur violente à la défécation. Parfois ces bébés présentent des alternances de diarrhée et de constipation. Parfois, au dire de la mère, ils présentent des selles très dures, ce qui n'est pas toujours vrai mais toujours la défécation est accompagnée de violentes douleurs.

On a fait dans bien des cas un diagnostic de fissures, d'hémorroïdes ou de sténose anale et pourtant après traitement la douleur a persisté. Dans bien des cas, on n'a rien observé du tout ni fissure, ni hémorroïde, ni rétrécissement au toucher rectal ou à la rectoscopie.

Pounders a recherché un facteur allergique dans ces derniers cas, facteur allergique manifesté par des spasmes tout comme ceux rencontrés dans les spasmes bronchiques des asthmatiques, ou les spasmes pyloriques des allergiques alimentaires ou les spasmes intestinaux, type colique, des bébés intolérants.

Chez un grand nombre de ces bébés qui présentent un passé personnel ou familial allergique, Pounders a constaté des spasmes au niveau du sigmoïde suffisants pour expliquer un facteur douloureux à la défécation de même qu'au niveau de la région ano-rectale. Comme traitement, le lavement salin quotidien est préconisé.

Service de Pédiatrie,
(Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc).

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 4 février 1958.

Tenue à l'hôpital Pasteur

Présidence du docteur Louis-Philippe Bélisle.

Nouveaux règlements provinciaux d'hygiène.

Docteur G. CHAREST

Avant de mentionner les nouveaux règlements, le docteur Charest insiste sur l'importance primordiale de l'éducation en matière d'hygiène. Par la suite, il mentionne: 1) les pouvoirs du Ministre (qui sont très étendus); 2) le rôle du médecin traitant qui consiste surtout à rapporter les cas et à indiquer les mesures préventives; 3) le rôle du médecin hygiéniste qui doit faire rapport à l'épidémiologiste, vacciner les contacts, demander les analyses de laboratoires nécessaires et fermer les institutions, si cette mesure s'impose; 4) les devoirs du « Directeur Médical » d'un hôpital, lesquels consistent à faire, pour tout le personnel les analyses nécessaires pour éliminer la diphtérie, la variole, le typhus, le typhoïde et la T.B. pulmonaire.

Les nouveaux règlements stipulent que la déclaration des cas doit se faire *immédiatement* pour les maladies soumises à la quarantaine internationale, i.e., la variole, le choléra, le typhus, la fièvre jaune, la peste et la fièvre récurrente.

Pour ce qui est des affections moins graves, telles que la poliomyélite, les hépatites, les salmonelloses, la déclaration de ces cas s'impose dans les vingt-quatre heures. Pour ce qui est de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, on ne fait la déclaration que du premier cas saisonnier.

Dans ses conclusions, le docteur Charest mentionne que seule la collaboration de tous les médecins peut assurer le bon fonctionnement d'un service d'hygiène.

L'évolution clinique des maladies contagieuses.

Docteur J.-H. CHARBONNEAU

Le docteur Charbonneau passe en revue les différentes maladies contagieuses et insiste particulièrement sur les nouvelles modalités cliniques de plusieurs maladies contagieuses qui résultent de la vaccination en masse et de l'emploi judicieux des antibiotiques. Il mentionne que la variole est disparue de Montréal depuis 1930, grâce à une vaccination précoce et bien contrôlée, et que la diphtérie est maintenant un objet de musée.

Pour ce qui est de la scarlatine, la mortalité, qui était de 20% en 1926, a diminué considérablement, à tel point que cette maladie est reconnue comme bénigne actuellement, même si les complications possibles de cette affection sont toujours à craindre; d'autant plus qu'il existe certains cas de scarlatine qui sont résistants aux antibiotiques.

Les cas de typhoïde sont beaucoup moins nombreux; de plus, la typhoïde soignée dès le début guérit très bien, grâce à la chloromycétine.

Pour ce qui est des maladies à virus, telles que la rougeole, la rubéole, elles n'ont subi aucune modification. L'encéphalite demeure toujours une complication très sérieuse. Chez les patients atteints d'oreillons, on peut prévenir les orchites par l'emploi des oestrogènes. De plus, les moniliases sont à la hausse, à cause des traitements prolongés par les antibiotiques. La Bronchopneumonie à moniliase demeure toujours très sérieuse.

Dans ses conclusions, le docteur Charbonneau mentionne que le dernier mot n'était pas dit en ce qui concerne les maladies à virus et qu'on devrait s'attendre à une subdivision encore plus complète dans l'avenir. De plus, il semble que l'emploi de la gamma-globuline prévient certaines complications des maladies à virus, en particulier les encéphalites.

Programme de vaccination et d'immunisation à Montréal.

Docteur Lucien DUBREUIL.

Le docteur Dubreuil, après avoir fait un bref rappel historique de la vaccination à Montréal, mentionne que l'on a fait plus de 22,000 vaccinations à Montréal pendant l'année 1957. L'âge recommandé pour la vaccination est de six mois; cependant, pour la T.B., on procède dès la naissance, par la méthode de scarification interscapulaire avec le B.C.G.

Le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos se donne à trois mois. On injecte habituellement 1 cc S.C. à trois reprises. Contre la variole, on vaccine à cinq mois. Actuellement, plus de 92,000 enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite. L'âge des enfants vaccinés est de sept mois et plus: actuellement, jusqu'à 20 ans. On injecte 1 cc deux fois à un mois d'intervalle et on donne une dose de rappel un an plus tard.

Gilles LEDUC,
Le Secrétaire des séances.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-A. BERTRAND

Le docteur J.-A. Bertrand vient de mourir à Val-d'Or à l'âge de 61 ans. Diplômé en 1919, de l'Université Laval, le docteur Bertrand s'était établi dès le début à Macamic. Né à St-Antoine-de-Tilly, le docteur Bertrand avait fait ses études au Séminaire de Québec.

LE DOCTEUR FLORIAN DROUIN

Le docteur Florian Drouin, âgé de 60 ans et exerçant la médecine aux Méchins en Gaspésie est décédé le 8 avril 1958, alors que son auto a dérapé et est tombé dans un fossé près de Méchins.

Le docteur Florian Drouin avait fait sa médecine à l'Université Laval de Québec. Il était de la promotion de 1920.

LE DOCTEUR TANCRÈDE FISET

Le docteur Tancrede Fiset est décédé récemment à l'âge de 60 ans au Lac-Mégantic, où il pratiquait sa profession.

Le docteur Fiset, diplômé de l'Université Laval, était de la promotion 1923.

LE DOCTEUR DOMINIQUE GAUDRY

Le docteur Dominique Gaudry est décédé subitement à Québec, le 6 avril 1958 à l'âge de 52 ans.

Diplômé de l'Université Laval en 1932, le Dr Dominique Gaudry a pratiqué la chirurgie à Chicoutimi jusqu'en 1954, alors qu'il laissa cette ville pour s'établir à Québec. Le docteur Dominique Gaudry était *fellow* du Collège Royal des Chirurgiens du Canada et de l'*American College of Surgeons*; il était parmi les membres fondateurs de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec et il fut directeur du Comité provisoire, de cette Association.

LE DOCTEUR LORENZO LAMY

Le docteur Lorenzo Lamy, originaire de Yamachiche et chirurgien de l'Hôpital Général d'Ottawa jusqu'à sa retraite en septembre 1956, est décédé récemment à Acapulco, Mexique à l'âge de 73 ans.

Le docteur Lamy a fait ses études classiques au Séminaire des Trois-Rivières et sa médecine à l'Université de Montréal, où il obtint son doctorat en 1910.

LE DOCTEUR ÉDOUARD LAVERDURE

Le docteur Edouard Laverdure de Hull est mort, à l'âge de 60 ans, le 27 mars 1958 des suites de brûlures qu'il avait subies dans un incendie qui avait ravagé sa demeure le 20 février.

Le docteur Laverdure, qui avait obtenu son doctorat en médecine de l'Université de Montréal en 1923, était gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

LE DOCTEUR ANDRÉ LEGENDRE

Le docteur André Legendre de Shawinigan est décédé à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 20 avril 1958 à l'âge de 35 ans, après une longue maladie.

Il avait fait ses études classiques au Collège de l'Assomption et ses études médicales à l'Université de Montréal, où il obtint en 1948 son diplôme de doctorat.

LE DOCTEUR PIERRE MARCHILDON

Le 11 janvier 1958 est décédé à Lafontaine, Province d'Ontario, le docteur Pierre Marchildon, âgé de 95 ans. Le docteur Marchildon était autrefois de Montréal.

LE DOCTEUR GÉRARD MICHAUD

A Chicoutimi, à l'âge de 54 ans est décédé subitement le 10 avril 1958 le docteur Gérard

Michaud, directeur des services médicaux de l'Aluminum Company du Canada aux usines d'Arvida.

Originaire de St-Alexandre de Kamouraska, le docteur Michaud fit ses études de médecine à l'Université Laval, où il obtint son doctorat en 1928. Après son internat à l'Hôtel-Dieu de Québec le Dr Michaud devint assistant surintendant médical au Sanatorium du Lac-Edouard de 1930 à 1936, puis directeur médical du Sanatorium de Roberval. Le docteur Michaud était médecin consultant de l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi et fellow de l'American College of Chest Physicians.

LE DOCTEUR NOËL TURGEON

Le docteur Noël Turgeon est décédé récemment à l'âge de 54 ans, à sa résidence de Pont-Rouge, comté de Portneuf, où il exerçait la médecine depuis sa graduation à l'Université Laval en 1929.

NOUVELLES

UN VOLUME DU PROFESSEUR ALBERT JUTRAS ET
DU DOCTEUR FISCHGOLD, ÉDITÉ À PARIS

Un beau volume de radiologie dû à la collaboration du professeur Albert Jutras, de Montréal, et du docteur H. Fischgold, de Paris, vient de sortir des presses de la maison d'édition Masson & Cie, de Paris.

Le titre du volume est:

Amélioration et reproduction des radiographies par modulation électronique: le logetron.

HONNEUR CONFÉRÉ AU PROFESSEUR RAOUL
KOURILSKY

Une nouvelle de dernière heure nous apprend que l'Université de Paris vient de nommer le docteur Raoul Kourilsky professeur titulaire de clinique médicale à l'Hôpital Saint-Antoine.

JOURNÉE MÉDICALE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ
MÉDICALE DE MONTRÉAL

La Journée Médicale Annuelle de la Société Médicale de Montréal a eu lieu, à l'Hôtel Reine Elizabeth samedi le 26 avril 1958.

La séance de l'avant-midi, présidée par le docteur Albert Royer comprenait trois causeries par les docteurs Gustave Gingras, de Montréal, Donat P. Cyr, de Boston et E. Boltanski, de Paris. Le docteur Gingras a parlé de la réhabilitation, le docteur Cyr de la splénectomie et le docteur Boltanski des troubles digestifs fonctionnels.

La séance de l'après-midi comportait également trois conférences qui furent données par les docteurs Louis G. Johnson, de Montréal, Alexander Brunschwig, de New York et S. S. B. Gilder, de Toronto; le premier a traité de l'arthrite rhumatoïde, le second de l'exérèse large des tumeurs hépatiques et le troisième du médecin et des moyens d'information.

Le déjeuner, présidé par le docteur Louis-Philippe Belisle, président de la Société Médicale, fut suivi d'une spirituelle causerie par le docteur C.-A. Martin, psychiatre de Québec.

♦♦

**CONFÉRENCES À WASHINGTON DU DOCTEUR
ALBERT JUTRAS**

Le docteur Albert Jutras, chef du service de radiologie de l'Hôtel-Dieu et professeur titulaire de radiologie à l'Université de Montréal, a prononcé le 14 avril 1958 une conférence sur la cholécystographie au *Walter Reed Hospital*, de Washington.

Les jours suivants, le docteur Jutras a présenté en trois conférences devant les membres de l'Institut de pathologie des forces armées américaines le résultat de ses recherches sur le logetron et il a exposé les principes du radiodiagnostic par le truchement de la télévision.

♦♦

**"FELLOWSHIPS" HONORAIRES ACCORDÉS PAR LE
COLLÈGE INTERNATIONAL DE CHIRURGIENS**

Le Collège International de Chirurgiens a décerné des "fellowships" honoraires, lors de son Congrès annuel de Los Angeles à une douzaine de sommités médicales, au nombre desquelles on remarque les professeurs Albert P. La Chapèle, de Bordeaux, D.L.C. Bingham, de Kingston, Ontario, Jean-Jacques Lussier, doyen de la Faculté de Médecine d'Ottawa et le professeur agrégé Raymond Simard, de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

♦♦

CONGRÈS DE LA DIVISION DU QUÉBEC DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

La Congrès de la Division du Québec de l'Association Médicale Canadienne a eu lieu à Sainte-Adèle les 1, 2 et 3 mai 1958.

Le Congrès était sous la présidence du docteur Georges Leclerc, dermatologiste de l'Hôpital Notre-Dame. Les séances d'étude ont été présidées par les docteurs T. James Quintin, de Sherbrooke, Renaud Lemieux, de Québec et F. Walter Fitzgerald, de Lachute, président élu pour l'année 1958-59.

♦♦

**CONFÉRENCE À L'HÔTEL-DIEU DU PROFESSEUR
LACHAPÈLE, DE BORDEAUX**

Invité du professeur Albert Jutras, le professeur A. P. LaChapèle, titulaire de la Chaire de Cancérologie de l'Université de Bordeaux et Directeur du Centre Anticancéreux de Bordeaux, France, a donné mardi, le 8 avril, à 5 heures de l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu, en la salle de Conférence, au

deuxième étage du pavillon de Bullion, une conférence dont le sujet était: *Le diagnostic radiologique de certaines mastopathies chroniques*.

♦♦

**CONFÉRENCIERS AU 33^e CONGRÈS ANNUEL DU
COLLÈGE INTERNATIONAL DE CHIRURGIENS**

Le 33^e Congrès Annuel du Collège International de Chirurgiens s'est tenu à Los Angeles du 9 au 14 mars 1958.

A cette occasion, de nombreux travaux ont été présentés. Parmi les rapporteurs au Congrès, on remarquait les docteurs Jean-Paul Legault, de l'Hôtel-Dieu, de Montréal, qui a parlé de la néphropexie. Paul Archambault, de Montréal, qui a traité de *practical considerations of anorectal fistulas*, Albert Pierre LaChapèle, de Bordeaux, qui a donné une causerie intitulée: *x-ray studies of mastosis*, et Raymond Darget, de Bordeaux, qui a discuté de *new achievements in treatment of prostatic cancer*.

♦♦

**ÉLECTIONS AU CONSEIL DES HÔPITAUX DE
MONTRÉAL**

Lors de l'assemblée annuelle du Conseil des Hôpitaux de Montréal tenue récemment à l'Hôpital Notre-Dame, les membres ont procédé à l'élection de leurs officiers. Le docteur J. Gilbert Turner, du Royal Victoria Hospital, a été élu président en remplacement de M. J. H. Roy, de l'hôpital St-Luc qui avait détenu la présidence pendant une vingtaine d'années. Le docteur R. Boutin et M. S. S. Cohen ont été élus vice-présidents; M. M. Duhamel a été choisi comme secrétaire honoraire et M. R. A. Slute comme trésorier honoraire. Le docteur Gaston Gosse et la Révérende Soeur Tourigny ont été nommés directeurs. Le docteur Gérald Lasalle conserve ses fonctions de secrétaire général.

♦♦

**CONFÉRENCE DU DOCTEUR LÉON LONGTIN DEVANT
LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA RIVE SUD**

Mercredi, le 2 avril 1958, le docteur Léon Longtin, anesthésiste de l'Hôtel-Dieu et professeur agrégé d'anesthésiologie à l'Université de Montréal, était le conférencier d'honneur à la séance, tenue au club LeMoyné de Longueuil, de la Société Médicale de la Rive Sud. Le thème de sa conférence portait sur *les Concepts nouveaux en anesthésie*.

♦♦

**RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE
ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE
QUÉBEC**

La Société d'orthopédie et de traumatologie de la Province de Québec a tenu une journée des fractures

POUR UN RÉVEIL SANS APPRÉHENSION...

... contre les nausées et vomissements de la grossesse

Pr

GRAVINON

POSOLOGIE:

1 dragée t.i.d. ou selon l'avis du médecin.

PRÉSENTATION:

Flacons de 24 et 100 dragées.

Composition: chaque dragée contient:

Bromure de scopolamine.....	0.2 mg.	Pyridoxine.....	5.0 mg.
Sulfate d'atropine.....	0.1 mg.	Niacinamide.....	25.0 mg.
Phénobarbital.....	15.0 mg.	Vitamine C.....	10.0 mg.
Riboflavine.....	3.0 mg.	Menadione.....	0.75 mg.



ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE • MONTRÉAL 18

vendredi le 25 avril 1958 de 2 heures à 4 heures p.m. à l'Hôpital Queen Mary.

Les fractures de la diaphyse tibiale ont fait l'objet de la discussion et des cas ont été présentés par les membres. Cette séance a été suivie du dîner annuel tenu au Cercle Universitaire, où l'invité était M. G. Sarrault, Ing. P., qui a parlé des *Problèmes dans la construction scientifique des hôpitaux*.

Samedi le 26 avril 1958, il y eut séance de 9 h. 30 à 11 h. 30 a.m. à l'Hôpital Maisonneuve où le *Traitement des fractures chez les enfants*, était le thème au programme.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES LAURENTIDES

La Société Médicale des Laurentides a été fondée le 23 mars 1958 lors d'une réunion tenue à l'Unité Sanitaire de Mont-Laurier des médecins habitant les comtés de Labelle, Gatineau et Terrebonne.

L'honorable ministre de la Santé le docteur J.-H.-A. Paquette, le docteur Toussaint Lachapelle, de Mont-Laurier, et le docteur Jean-Paul Legault, de Montréal ont été élus membres honoraires de la Société.

Le premier exécutif de la Société choisi le premier jour comprenait les officiers suivants: président: le docteur J.-E. Lemieux, vice-président: le docteur Raymond Dupré, secrétaire: le docteur Yvan Marcotte, directeurs: les docteurs G. Reid, L.-P. Poliquin, J. Cartier et André Ouellette.

Le docteur Jean-Paul Legault, urologue de l'Hôtel-Dieu, de Montréal, était le premier conférencier d'honneur et il fit l'historique de l'urologie.

BOURSIER DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

Le docteur Léopold Genest, de Québec, s'est vu accorder une bourse par la Société Canadienne du

Cancer, pour une année d'entraînement en thérapie par radiation, en Angleterre et en France, à partir du 1er octobre 1958.

La bourse, venant du Fonds commémoratif John S. McEachern créé à la Société, permettra au docteur Genest d'étudier à l'hôpital Royal Marsden, de Londres (Angleterre), et à l'Institut du Radium, de Paris (France). A la fin de son entraînement, il compte rentrer au Canada et se livrer au travail clinique dans le domaine du cancer, dans la région de Québec.

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

L'exécutif du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame pour l'année 1958-59 vient d'être choisi récemment avec le résultat suivant: président: le docteur Léon-Gérin Lajoie, vice-président: le docteur Roland Décarie, secrétaire trésorier: le docteur Yves Chaput; les docteurs Charles-E. Hébert, Charles-Emile Grignon, Louis-Charles Simard et Jean-Louis Léger, conseillers; secrétaire-adjoint: docteur Georges Leclerc; représentants du bureau médical au conseil d'administration: docteurs L.-Gérin-Lajoie, R. Décarie, C. E. Grignon, C. E. Hébert et Jean-Louis Léger.

"LES MATINS DU PRATICIENS" À L'HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE CARTIERVILLE

Le bureau Médical de l'Hôpital du Sacré-Coeur, de Cartierville, a préparé une série de cours intitulée: "Les matins du praticien", cours ayant trait aux "urgences" et qui ont été donnés les 25, 27 et 29 mars 1958.

Le programme des cours se lisait comme suit:

MARDI — (avant-midi) 25 mars

- 9 h. 30 a.m. — Inscription et allocution de bienvenue
- 10 h. 15 a.m. — Choc traumatique
- 10 h. 30 a.m. — Empoisonnements
- 10 h. 45 a.m. — Usages et abus des antibiotiques
- 11 h. a.m. — Usages et abus des solutés et transfusions
- 11 h. 15 a.m. — Usages et abus des laboratoires
- 11 h. 35 à midi Forum et discussion libre sur les sujets exposés durant la matinée

Président: docteur Roland Guy

- Dr Fernand Hébert
- Dr Paul Gagnon
- Dr Jacques Gougoux
- Dr Paul Dionne
- Dr Adrien Ruel
- Dr Maurice Doray

JEUDI — (avant-midi) 27 mars

- 10 h. a.m. — Urgences cardiaques
- 10 h. 15 a.m. — Traumatismes fermés du thorax
- 10 h. 30 a.m. — Indications de la bronchoscopie et de la trachéotomie
- 10 h. 45 a.m. — Obstruction intestinale
- 11 h. a.m. — Traumatisme abdominal

Président: docteur Georges Deshaies

- Dr Jean Gratton
- Dr Ruben Laurier
- et Dr B.-Guy Bégin
- Dr Pierre-E. Gauthier

HYPER- PROSTAL



PROSTATISME

NOUVELLE FORMULE

AMÉLIORÉE

et plus **CONCENTRÉE**

EXTRAIT HYDRO-GLYCÉRINÉ ORCHITIQUE
(correspondant à 0 gr. 831 de glande
fraîche)..... 1 cm³ 5

SÉRODAUSSE A (Sérum de Taureau) 2 cm³ 5
pour un tube scellé de 5 cm³

INDICATIONS:

Toutes les phases du prostatisme, sénilité
précoce, troubles dépressifs, etc.

POSOLOGIE:

1 à 2 ampoules par jour dans un peu d'eau
sucrée, à jeun, une demi-heure avant le petit
déjeuner.

Préparé par
LES LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs
au Canada

**AMPOULES
BUVABLES 5 c.c.**

Documentation et échantillon à
Messieurs les médecins sur demande.

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

- 11 h. 15 a.m. — Hémorragies gastro-intestinales hautes
 11 h. 30 a.m. — REPOS
 11 h. 35 a.m. — Forum et discussion libre sur les sujets exposés durant la matinée

Dr Jean-Paul Venne
 Dr Robert Weigand
 Dr William Lochhead

SAMEDI — (avant-midi) 29 mars

Président: docteur J.-A. Vidal

- 10 h. a.m. — Traumatismes crâniens
 10 h. 15 a.m. — Traumatismes du rachis et des membres
 10 h. 30 a.m. — Ressuscitation du nouveau-né
 10 h. 45 a.m. — Hémorragies post-partum
 11 h. a.m. — Avortements
 11 h. 15 a.m. — Rétention vésicale aiguë
 11 h. 30 a.m. — REPOS
 11 h. 35 a.m. — Forum et discussion libre sur les sujets exposés durant la matinée

Dr Fernand Charest
 Dr Guy Lafond
 Dr René Foisy
 Dr Alexandre McNeill
 Dr Berchmans Laforest
 Dr Jean Joyal

LA SEMAINE DU PRATICIEN À L'INSTITUT DE
CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

A l'intention des médecins praticiens, l'Institut de Cardiologie de Montréal a organisé pour la se-

maine du 2 au 7 juin 1958 toute une série de conférences sur la thérapeutique cardio-vasculaire. Ces cours se donneront à l'Institut, logé dans l'hôpital Maisonneuve, boulevard de l'Assomption.

Le programme détaillé suit:

LUNDI — le 2 juin 1958

Traitement de la Fièvre Rhumatismale et des Lésions Valvulaires

- 9.00 à 10.00 a.m. — Inscrition et allocution.
 10.15 à 10.45 a.m. — Conduite à tenir en face d'un rhumatisant.
 10.55 à 11.15 a.m. — Les stéroïdes dans le traitement de la fièvre rhumatismale
 11.30 à 11.50 a.m. — Le salicylate et autres drogues dans le traitement de la fièvre rhumatismale.
 12.00 à 12.20 p.m. — Prophylaxie des Récurrences rhumatismales.
 2.15 à 2.35 p.m. — Indications chirurgicales des lésions valvulaires.
 2.45 à 3.05 p.m. — Etat actuel de la chirurgie des lésions valvulaires.
 3.15 à 4.30 p.m. — FORUM: Dr Ghislaine Gilbert, Dr Marc Savard et Dr Osman Gialloreto.

Dr Paul David
 Dr Osman Gialloreto
 Dr Marc Savard
 Dr Lucien Campeau
 Dr Ghislaine Gilbert
 Dr Paul David
 Dr Edouard Gagnon

MARDI — le 3 juin 1958

Traitement des Malformations Cardio-Vasculaires Congénitales

- 9.00 à 10.00 a.m. — Démonstration clinique.
 10.15 à 10.45 a.m. — Conduite à tenir en face d'un congénital.
 10.55 à 11.15 a.m. — Traitement du canal artériel, de la sténose pulmonaire isolée et de la coarctation de l'aorte.
 11.30 à 11.50 a.m. — Traitement des communications septales.
 12.00 à 12.20 p.m. — Traitement des maladies bleues.
 2.15 à 2.35 p.m. — Etat actuel de la chirurgie des malformations congénitales
 2.45 à 3.05 p.m. — Présentation de spécimens anatomiques de lésions congénitales.
 3.15 à 4.30 p.m. — FORUM: Dr Edouard Gagnon, Dr Ghislaine Gilbert et Dr Jean de L. Mignault.

Dr Osman Gialloreto
 Dr Paul David
 Dr Ghislaine Gilbert
 Dr Marc Savard
 Dr Ghislaine Gilbert
 Dr Edouard Gagnon
 Dr Louis P. Legresley
 Dr Nicholas Aerichide

MERCREDI — le 4 juin 1958

Traitement des Troubles du Rythme

- 9.00 à 10.00 a.m. — Démonstration clinique.
 10.15 à 10.45 a.m. — La quinidine, le pronestyl et autres drogues.
 10.55 à 11.15 a.m. — Traitement des tachycardies.

Dr Ghislaine Gilbert
 Dr Lucien Campeau
 Dr Jean Gratton



pour tous ces patients qui réagissent mieux aux hormones

Les hormones Schering sont titrées minutieusement, contrôlées uniformément et ajustées biologiquement pour assurer les résultats que vous désirez à un coût apprécié de vos patients.

Association œstrogène-androgène — soulagement additif pour les femmes ménopausiques.

repetabs gynétone

(ethinyl œstradiol avec méthyltestostérone)

gynétone injectable

(benzoate d'œstradiol avec propionate de testostérone)

Androgénothérapie spécifique — pour les patients âgés et dans le climatère masculin.

oreton

(testostérone)
Oral, injectable, "Pellets"

Œstrogènes — pour la ménopause féminine

estinyl comprimés
(ethinyl œstradiol)

Progestine — dans l'avortement habituel, la dysménorrhée et les troubles menstruels.

pranone comprimés
(éthistérone)

proluton

(progestérone)
Injectable, Comprimés buccaux

SUR ORDONNANCE MÉDICALE SEULEMENT

Schering
CORPORATION LIMITED



HORMONES SCHERING pour le praticien moderne

- 11.30 à 11.50 a.m. — Traitement de la fibrillation auriculaire.
 12.00 à 12.20 p.m. — Traitement des bradycardies et de l'extrasystolie.
 2.15 à 3.15 p.m. — Rôle du stress en cardiologie.
 3.30 à 4.30 p.m. — FORUM: Dr Léandre Décarie, Dr Yves Desroches et Dr Osman Gialloreto.

Dr Osman Gialloreto
 Dr Yves Desrochers
 Dr Hans Selye

JEUDI — le 5 juin 1958

Traitement de la Maladie Coronarienne

- 9.00 à 10.00 a.m. — Démonstration clinique.
 10.15 à 10.45 a.m. — Conduite à tenir en face d'un coronarien.
 10.55 à 11.15 a.m. — Les vasodilatateurs coronariens.
 11.30 à 11.50 a.m. — Traitement de l'hypercholestérolémie.
 12.00 à 12.20 p.m. — Indication des anticoagulants.
 2.15 à 2.35 p.m. — Traitement de l'insuffisance coronarienne aiguë et chronique.
 2.45 à 3.05 p.m. — Traitement de l'infarctus du myocarde.
 3.15 à 4.30 p.m. — FORUM: Dr Harold Segall, Dr Gaston Choquette et Dr Yves Desrochers.

Dr Osman Gialloreto
 Dr Paul David
 Dr Réginald Johnson
 Dr Gaston Choquette
 Dr Yves Desrochers

Dr André Proulx
 Dr Harold Segall

VENDREDI — le 6 juin 1958

Traitement de L'Hypertension Artérielle

- 9.00 à 10.00 a.m. — Démonstration clinique.
 10.15 à 10.45 a.m. — Conduite à tenir en face d'un hypertendu.
 10.55 à 11.50 a.m. — Les hypotenseurs: Avantages et inconvénients.
 12.00 à 12.20 p.m. — La diète dans le traitement de l'hypertension.
 2.15 à 2.35 p.m. — Traitement de l'hypertension non essentielle.
 2.45 à 3.05 p.m. — Traitement des complications de l'hypertension.
 3.15 à 4.30 p.m. — FORUM: Dr Yves Piette, Dr Jean de L. Mignault et Dr Lucien Campeau.

Dr Paul David
 Dr Jean de L. Mignault
 Dr Jacques Genest
 Dr Marc Savard.
 Dr Jean de L. Mignault
 Dr Yves Piette

SAMEDI — le 7 juin 1958

Traitement de L'Insuffisance Cardiaque

- 9.00 à 10.00 a.m. — Démonstration clinique.
 10.15 à 10.45 a.m. — Conduite à tenir en face d'un insuffisant cardiaque.
 10.55 à 11.15 a.m. — La digitale.
 11.30 à 11.50 a.m. — Les diurétiques et diète désodée.
 12.00 à 12.20 p.m. — Traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë.
 2.15 à 2.35 p.m. — Les indications de l'antibiothérapie en cardiologie.
 2.45 à 4.00 p.m. — FORUM: Dr Osman Gialloreto, Dr Lucien Campeau et Dr. Marc Savard.
 6.30 p.m. Coquetel et dîner pour tous les médecins inscrits et leurs épouses.

Dr Jean de L. Mignault
 Dr Osman Gialloreto
 Dr Paul David
 Dr Yvan Rouleau
 Dr Lucien Campeau
 Dr Yves Desrochers

NOUVEAUX "FELLOWS" DU COLLÈGE INTERNATIO-
 NAL DE CHIRURGIENS

Un grand nombre de *fellowships* ont été décernés par le Collège International de Chirugiens, à l'occasion de son 33e Congrès annuel de Los Angeles. Au nombre des nouveaux *fellows*, on remarque les noms des docteurs E.-M. Bertho (Québec), Réal Chénier (Montréal), Albert Couturier (Montréal), B. Laforest (Montréal), Léonard Legault (Montréal), Bernard Paradis (Québec), L.-J. Tessier (Montréal),

Richard Beaulieu (Québec) et Maurice Bourgouin (Rouyn).

THÈSE DE DOCTORAT (Ph.D.) À LA FACULTÉ DE
 MÉDECINE DE MONTRÉAL

La Faculté de médecine de l'Université de Montréal doit présider à la soutenance de thèse de M. Joaquin C. Ventura, M.D., pour l'obtention d'un Doctorat (Ph.D.) en Médecine et Chirurgie Expérimentales. Cette soutenance aura lieu le vendredi

marro-dausse

(solution d'Intrait de Marron d'Inde et de Vitamine P)

P

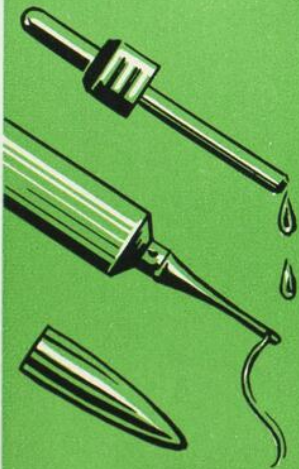


La préparation
la plus riche en
vitamines

"P" native

11,000 γ
de vitamine P
par cc.

3 FORMES



HÉMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
VARICES • PHLÉBITES
ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Présentation : Solution : Flacons de 1 oz. et 4 oz.
Pommade : Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.
Suppositoires : Boîte de 10 suppositoires.
Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France
Représentants exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

2 mai 1958, à 4 heures de l'après-midi, à la salle des conférences de la Faculté de médecine. (H 404).
Le titre de la thèse: *Influence of the Hypophysis on Hormonal Hypertension*.

NOUVEAU PRÉSIDENT DE LA SECTION CANADIENNE
DU COLLÈGE INTERNATIONAL DE CHIRURGIENS

Au Congrès de Los Angeles, le docteur Georges Strean du Montreal Jewish Hospital a été élu président de la Section Canadienne.

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL
DE LA MISÉRICORDE

Récemment, ont eu lieu, à l'Hôpital de la Miséricorde, les élections des officiers du bureau médical:

Ce sont les docteurs: Berthold Bourgie, président; Jacques Lebel, vice-président; Martial Bachand, secrétaire; Lucien Mercier, trésorier; Gérard Bélanger, directeur médical et Maurice Gagnier, chef de service.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE
MONTREAL

Les conférenciers au programme de la séance du mercredi, 23 avril 1958 de la *Montreal Neurological Society*, étaient les docteurs Annie Courtois, Pietro Corti et Guy Courtois.

Le titre de leur communication, qui a été donnée à l'Institut Neurologique, se lisait: *Acute localized encephalopathy of undetermined cause in childhood*.

REVUE DES LIVRES

Chirurgie à cœur ouvert. — Par Ch. DUBOST et Ph. BLONDEAU. — Masson et Cie, édit., Paris, 1957.

Un volume de 320 pages, avec dessins nombreux et quelques photographies, où les auteurs présentent les développements successifs de la chirurgie intra-cardiaque à ciel ouvert jusqu'au début de 1957. Le tome est bien agencé et le thème se développe en deux parties, après un excellent préambule historique.

La première partie explique les principes de l'hypothermie, de même que les diverses modalités de son application de par le monde. Puis, les auteurs présentent une discussion bien menée des avantages et désavantages de la méthode, en exposant ses limitations.

La deuxième partie, plus longue, passe en revue les techniques de circulations extra-corporales partielles et totales, et présente une très bonne discussion des problèmes encourus et des solutions possibles. Le tout est bien documenté et la bibliographie est exacte. Dans des chapitres séparés, une dissertation plus détaillée 1: — de l'appareil à barbotage de De Wall - Lillehei et 2: — de l'appareil de Gibbon - Kirklin est faite. Suit, l'exposition et la

discussion de l'arrêt cardiaque provoqué. Enfin, les auteurs présentent, avec commentaires honnêtes, l'application à l'humain de cette technique chez 18 malades. Les résultats sont analysés franchement et la place actuelle de ce genre de chirurgie ainsi que ses limitations sont présentées.

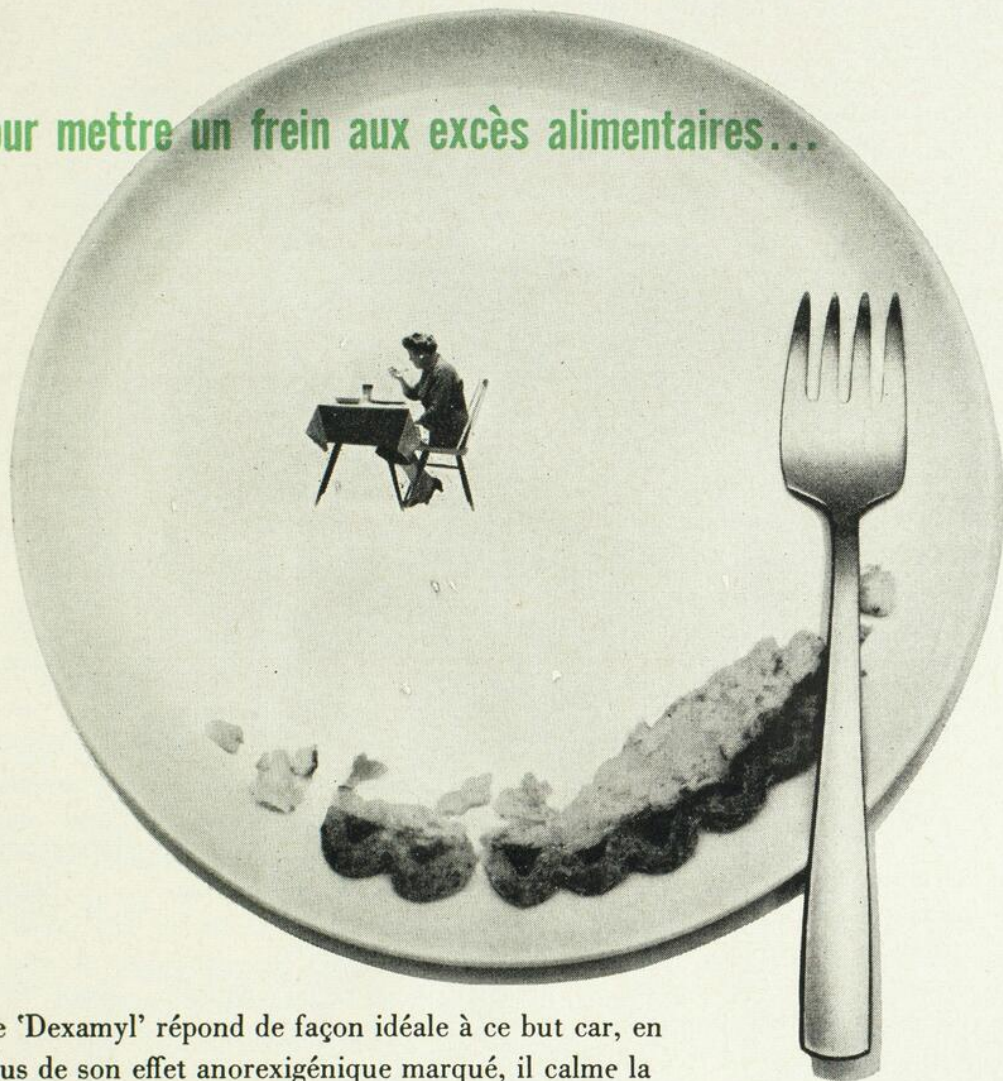
En somme, une synthèse méthodique, à la fois claire et simple, d'un plan ordonné et tout ceci d'un sujet fort complexe. Indispensable à qui veut s'intéresser à la chirurgie cardiaque, comme disent les auteurs: « à quelque titre que ce soit ».

Edouard-D. GAGNON

Broncho-pneumopathies à virus et à rickettsies chez l'enfant. — Par R. SOHIER, M. BERNHEIM, J. CHAPTAL et M. JEUNE. Avec la collaboration clinique de: MM. Jean, Larbre et de Mmes Batisse, Campo, Dejon, Prenat; et technique de: Mlles Chalut, Chardonnet et Freydier. Monographie No 13, de l'Institut National d'Hygiène, 3, rue Léon-Bonnat, Paris 16e. Un vol. de 172 pages, 1957.

L'ouvrage est divisé en deux parties: la première expose l'état actuel des connaissances en ce qui concerne les broncho-pneumopathies

Pour mettre un frein aux excès alimentaires...



Le 'Dexamyl' répond de façon idéale à ce but car, en plus de son effet anorexigénique marqué, il calme la tension affective qui pousse si souvent l'obèse à trop manger.

Dans le traitement du surpoids, le 'Dexamyl' maîtrise le désir de "grignoter" continuellement et donne au patient la force morale nécessaire au développement d'habitudes alimentaires plus saines.

Dexamyl* comprimés et capsules Spansule*



Smith Kline & French • Montréal 9

à virus et rickettsies et le syndrome « pneumonie primitive atypique », la deuxième partie présente les résultats d'une enquête tenue pendant 16 mois, pour tous les enfants de 0 à 15 ans atteints de broncho-pneumopathies aiguës infectieuses qui, d'après les données épidémiologiques, cliniques et aussi d'après les résultats thérapeutiques, paraissaient non bactériennes et par conséquent pouvaient avoir pour origine un virus ou une rickettsie. Il s'agissait d'enfants hospitalisés dans deux cliniques de Lyon et une de Montpellier.

Les réactions sérologiques utilisées furent: recherche des hémagglutinines à froid et des agglutinines pour le streptocoque MG destinées à identifier la « pneumonie dite primitive atypique » des réactions de fixation du complément ayant pour but de dépister l'intervention des virus du groupe ornithose- psittacose, et des virus grippaux A et B et aussi de la *Rickettsia burneti*, agent de la fièvre Q. Ils ont aussi, pendant quatre mois, effectué la réaction de filtration du complément pour la recherche des adénovirus. Le tout composé avec un groupe de malades des mêmes hôpitaux, chez des enfants du même âge mais atteints d'affections médicales non infectieuses et n'intéressant pas l'appareil respiratoire.

Les techniques utilisées pour les réactions sérologiques sont indiquées en détail ainsi que les modalités de lecture et d'interprétation. Le diagnostic biologique est établi en fonction soit de l'apparition et de l'augmentation des anticorps, soit de la diminution à la convalescence, ou après elle, d'un titre d'anticorps trouvé élevé au cours de la maladie, soit enfin, lorsqu'il n'avait été possible d'obtenir qu'un seul sérum, sur le titre d'anticorps en tenant compte de titres dits significatifs établis au cours d'enquêtes systématiques effectuées dans la même région.

Malheureusement, il n'y a eu aucun isolement de virus chez ces malades car l'hospitalisation, prétendent-ils, était trop éloignée du début de la maladie.

Victor MARCHESSAULT.

Pathologie et chirurgie des carotides. Par Georges ARNULF. Un vol. de 544 pages, avec 154 fig. Broché: 6.000 fr.; cartonné toile: 6.800 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1957.

Ce livre a été suggéré à l'auteur par son maître, le professeur Leriche.

Son but est de rassembler et de confronter tous les documents valables pour essayer de codifier la chirurgie des carotides, hasardeuse et délicate: « Chacun en voit trop peu de cas, soulignait l'éminent maître disparu, et il est difficile à chaque chirurgien de se faire une opinion car c'est un secteur trop touffu et mal déchiffré qu'il faut éclaircir ».

G. Arnulf a écrit ce traité didactique dans l'esprit et comme prolongement de son précédent ouvrage sur la « Chirurgie artérielle ». Il a désiré, à la lumière de la documentation actuelle, codifier les indications de la chirurgie carotidienne. Il envisage surtout l'étude des gros troncs, ne faisant qu'esquisser celle des branches qui appartiennent plus spécialement à la pathologie cérébrale.

La première partie est consacrée à l'exposé de données anatomiques complémentaires sur l'aspect radiologique et l'innervation des carotides, et au rappel de notions physiologiques essentielles.

La deuxième partie est réservée à la technique. Après une étude complète sur les voies d'abord carotidiennes, sont exposées les principales opérations que l'on pratique à leur niveau: ligatures, greffes, anastomoses, artériectomies, transfusions intra-carotidiennes et artériographie.

La troisième partie étudie la pathologie des carotides: malformations, plaies, contusions, thromboses, anévrysmes artériels cervicaux et intra-crâniens, fistules artério-veineuses au cou et dans le crâne.

La quatrième partie est réservée à la pathologie et à la chirurgie du corpuscule carotidien. Après un rappel anatomique et physiologique, sont indiquées toutes les opérations sur le corpuscule carotidien, en particulier l'infiltration et l'innervation, avec leurs indications respectives.

L'HYPOTENSEUR LE PLUS EFFICACE TROUVÉ JUSQU'ICI

*quand l'objectif principal
est d'abaisser
la tension artérielle*

VERATRITE AVEC RAUWOLFIA

VERATRITE SIMPLE

VERATRITE SIMPLE:

Chaque comprimé contient:

Crypténamine*3 mg.**
Phénobarbital 1/4 gr.
Nitrite de Soude 1 gr.

VERATRITE-R (Avec Rauwolfia)

Chaque comprimé contient:

Crypténamine*3 mg.**
Nitrite de Soude 1 gr.
Phénobarbital 1/8 gr.
Résérpine 0.05 mg.

- soumis à une double épreuve: pour son effet hypotenseur et pour la réaction de vomissement
- abaisse la tension artérielle d'une manière décisive et prolongée
- absence de réactions secondaires dangereuses

Associé à la formule de VERATRITE-R, le Rauwolfia, reconnu pour son action sédativ, procure une sensation de bien-être sans euphorie exagérée.

*Ester des alcaloïdes du Veratrum viride obtenu au moyen d'un procédé d'extraction non aqueux exclusif à Irwin Neisler.

**Equivalent à 40 unités R.S.C.

Dose moyenne: deux tablettes 2 heures après le déjeuner, deux tablettes 2 heures après le repas du midi et deux tablettes au coucher.

Présentation: Flacons de 50, 100, 500 et 1000 comprimés.

Echantillon et documentation aux médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER & CO. • Decatur, Illinois, U.S.A.

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

Enfin un chapitre spécial est réservé aux tumeurs du corpuscule carotidien, lésions sans doute peu habituelles, mais actuellement bien connues et dont toutes les thérapeutiques sont conditionnées par leur contact avec les carotides.

Certaines questions, chemin faisant, conduisent l'auteur à des recherches complémentaires originales, en particulier sur l'innervation des carotides, sur le rôle du sympathique sur la circulation carotidienne et cérébrale, sur les conséquences artériographiques des ligatures, sur l'action des compressions carotidiennes sur la circulation rétinienne, sur le rôle de la carotide externe dans le rétablissement de la circulation carotidienne après ligature des gros troncs carotidiens.

Cette vaste mise au point intéresse tous les médecins, mais particulièrement les chirurgiens, les neurologues, les neuro-chirurgiens, les ophtalmologistes et tous les spécialistes de l'appareil circulatoire.

Technique chirurgicale infantile. Par Bernard DUHAMEL, avec la collaboration de Simone SEGaux. Un vol. de 354 pages, avec 289 fig. Broché: 2.800 fr.; cartonné toile: 3.500 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1957.

Depuis dix ans la chirurgie infantile a évolué de manière prodigieuse. Les progrès de l'anesthésie-réanimation, l'apparition des antibiotiques et la meilleure discrimination anatomo-radiologique des affections tant congénitales qu'acquises ont eu pour conséquence une extension des indications opératoires et un renouvellement des techniques chirurgicales qui permettent de sauver la vie à de nombreux enfants autrefois condamnés.

Cependant l'extension incessante du champ d'action de la chirurgie infantile a abouti à son démembrement partiel: c'est ainsi que l'orthopédie, la neuro-chirurgie, la chirurgie, pleuro-pulmonaire et cardiovasculaire, enfin, sont devenues de véritables spécialités requérant l'attention exclusive de ceux qui s'y consacrent.

Le domaine de la chirurgie infantile proprement dite reste toutefois extrêmement vaste et le but de l'auteur est d'essayer d'en tracer les limites et les possibilités actuelles, en fonction de son expérience personnelle.

Au début de chaque chapitre on trouvera un rappel anatomo-clinique, surtout développé pour les affections dont la connaissance est récente ou la thérapeutique renouvelée, et une discussion des indications opératoires. L'ouvrage s'adresse donc autant au chirurgien qu'au pédiatre, à l'accoucheur et au praticien.

La description des techniques de chirurgie courante a été particulièrement détaillée, car elle est destinée aux internes qui font l'apprentissage de la chirurgie infantile, alors que la description des techniques de chirurgie spéciale s'adresse aux chirurgiens déjà avertis.

Le docteur Simone Segaux a rédigé le chapitre d'Anesthésie et Réanimation qui comporte la description des techniques les plus courantes, adaptées à la physiologie particulière aux différents âges de l'enfance.

Grandes divisions de l'ouvrage (et leurs principaux chapitres)

Anesthésie et réanimation. — Dispositions techniques générales: instrumentation et matériel de suture.

I. — Chirurgie courante: appendicites, hernies, ectopie testiculaire, phimosis.

II. — Œsophage, diaphragme, paroi abdominale: atrésie œsophagienne, hernies diaphragmatiques, omphalocèles.

III. — Tube digestif abdominal: gastrostomie, sténoses du pylore et du duodénum mésentère commun, occlusions congénitales, invaginations, mégacolon, malformations ano-rectales.

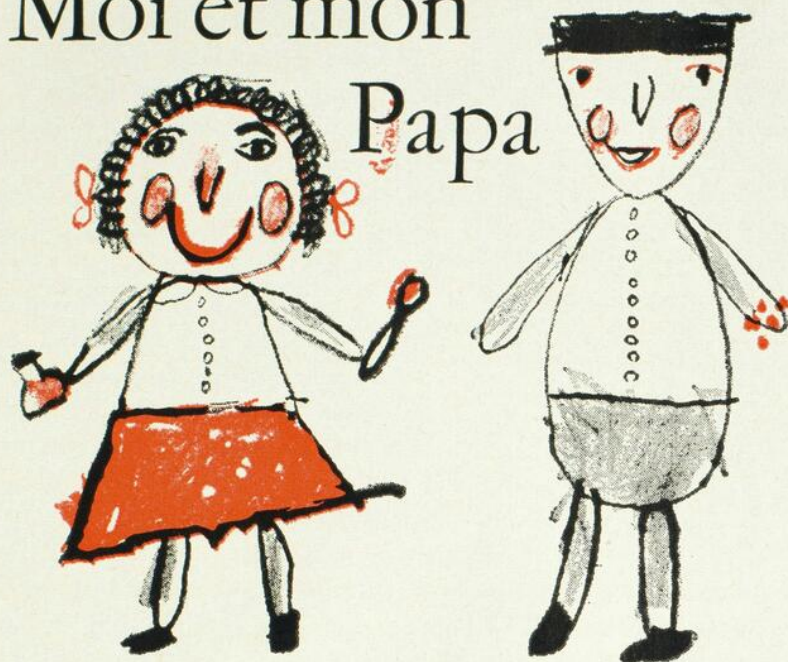
IV. — Foie, rate, appareil urinaire, rachis: ictères congénitaux, splénectomie, tumeurs du rein, exstrophie vésicale, tératomes sacro-coccygiens, spinabifida.

V. — Tête et cou: kystes et fistules du cou, lymphangiomes, adénopathies tuberculeuses.

VI. — Chirurgie plastique et reconstructive: Bec de lièvre et division palatine, oreilles décollées, hypospadias, épispadias, angiomes.

Table analytique.

Moi et mon Papa



dans l'infection urinaire:

Nouvelle

Mandelamine

(Marque du mandélate de méthénamine)

Suspension

plaît aux enfants

La Suspension Mandelamine est la nouvelle forme liquide, très agréable au goût, préparée spécialement pour les besoins des bébés et des enfants.

PRÉSENTATION: 250 mg. par 5 cc. (c. à thé).
Flacons de 4 onces liquides.

PAR JOUR

ADULTES Mi-grammes	
ENFANTS de plus de 18 mois (1 c. à thé)	
ENFANTS de moins de 18 m. (1/2 c. à thé)	

dans l'infection urinaire:

Mandelamine

(Marque du mandélate de méthénamine)

Mi-grammes

(0.50 Gm. 7½ gr.)

commode pour les adultes

Les effets thérapeutiques *complets* de la Mandelamine peuvent être obtenus avec moins de comprimés, si vous prescrivez Mandelamine Mi-grammes.

La Mandelamine est un antiseptique urinaire efficace d'une très faible toxicité et d'une activité thérapeutique étendue.

La Mandelamine est un traitement *pratique*, parce que même à l'usage prolongé, elle ne cause pas d'hypersensibilisation, de réactions toxiques graves ou de résistance.

PRÉSENTATION: Comprimés glutinisés renfermant chacun 0.50 Gm. (7½ gr.). Flacons de 100, 500 et 1,000.

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO. LIMITED, TORONTO, CANADA

Les champs de perturbation et de compensation en rhumatologie. — Par le prof. A. KNIPFER. — Un vol. de 92 pages (650 fr.). — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1958.

Cette récente publication présente le problème du rhumatisme sous un angle tout à fait nouveau et réussit à éclaircir plusieurs problèmes encore obscurs. A la lumière des plus récentes recherches sur le végétatif, ce système se voit aujourd'hui attribuer une importance de premier plan et un rôle pathogénique toujours plus déterminant.

Les deux plus importantes théories sur le végétatif, soit l'interprétation de Stoehr dans le sens d'un « réticule syncytial neuraplastique », et la théorie électro-physiologique facultative de Scheidt — appliquées maintenant pour la première fois au problème du rhumatisme permettent de comprendre plusieurs situations, restées jusqu'à présent dans l'ombre, et d'éclaircir des conditions pathogéniques encore douteuses.

Suivant ce schéma interprétatif, on entrevoit les mécanismes moyennant lesquels un stress quelconque, incidant sur un tissu, y détermine un « champ végétatif de perturbation » (condition que la pathologie conventionnelle laisse dans l'ombre). A ce moment, l'incidence dysréactivante, de nature électro-inductive, commence avec un long vaguer suivant de différents circuits végétatifs, raccordés entre eux plus en sens corrélatif et segmentaire qu'anatomique (phase « organismique » de l'affection, à laquelle s'adapte si admirablement le terme de rhumatisme = couler).

Lorsque le quid neuro-énergétique dysréactivant ne peut plus être redistribué à l'entier réseau syncytial, il est forcé de rencontrer une zone apte à fonctionner en guise de « champ de compensation » (dans cette phase, la maladie « commence à se prononcer »).

Des mécanismes bien précis, d'ordre physiologique, anatomique ou hémodynamique président à la localisation d'un champ de compensation, dont la pathologie fluide et inconstante ne se laisse évidemment pas saisir par les méthodes habituelles d'une science exacte, la-

quelle, à force de raisonner en termes de maladie, perd de vue l'importance des corrélations et des processus neuro-électriques, qui en constituent l'essence.

Le problème du rhumatisme apparaît ainsi de plus lié à la conception des champs de compensation, c'est-à-dire d'un mécanisme qui présente toutes les caractéristiques de la réaction végétative, apte à protéger l'existence ou, tout au moins, d'empêcher l'ultérieur convoiement d'incidences électro-dysréactivantes vers des zones biologiquement moins engageantes et ces réactions doivent être considérées d'une manière foncièrement différente des conditions que la pathologie courante contemple avec ses processus phlogistiques en siège anatomique obligé.

La connaissance desdits mécanismes est d'une acquisition relativement récente et nous fait comprendre la pathogenèse qui, par des téléreflexes et l'évolution de champs de compensation satellites, conduit au stade organique de la fluxion rhumatismale.

Ainsi, se profile de plus en plus l'importance fonctionnelle du segment cervical, lequel, pour un complexe de raisons, est si souvent le siège de champs de compensation. Cette région, avec la richesse de conductions végétatives en tout sens et ses ganglions cervicaux en fonction de relais, constitue pour les convoiements neuro-énergétiques un passage critique.

Un champ de compensation important est celui qui est dû à la dyshépatie et est localisé au niveau de C8.

Un champ de compensation satellite, une fois installé dans un instrument de précision, tel que l'articulation — banal et réversible au début et constituant un processus plutôt marginal — finit par produire un état fluxionnaire, qui ne pourra qu'avoir les répercussions les plus délétères sur la fonctionnalité articulaire, représentant ainsi une réponse en sens dysadaptatif et une tentative de réparation, restée inachevée.

Le « mécanisme d'autonomisation » du processus rhumatismal consiste dans sa persistance même lorsque la cause qui l'a provoqué aura disparu.



DIAMOX*
diurétique non-mercuriel ACETAZOLAMIDE LEDERLE

**DANS LA
TENSION
PRÉMENSTRUELLE**

UN CERCLE D'INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE SANS CESSÉ CROISSANT

Un agréable soulagement sera la règle plutôt que l'exception dans le traitement de la tension prémenstruelle si souvent associée à la rétention liquidienne.

Les patientes rapportent une amélioration marquée du bien-être physique et émotionnel avec un régime simple au DIAMOX — 1/2 à 1 1/2 comprimé par jour, selon le poids. Le traitement commence 6 à 10 jours avant le début des règles, ou au début des symptômes.

Bien tolérée, une seule dose orale de DIAMOX procure une diurèse diurne et un repos nocturne convenables.

Présentation: Comprimés à rainure de 250 mg. et flacons de 500 mg. pour usage parentéral.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION, CYANAMID OF CANADA LIMITED
5550, AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT-ROYAL, MONTREAL, P. Q.

*MARQUE DÉPOSÉE



Lederle
CANADA

Ce mécanisme donne ainsi naissance à un processus, qui ne sera plus éliminable spontanément et qui, vu en section, aura pour organe d'actualité morbide l'hémo-dynamisme dérégulé, pour siège les capillaires, pour milieu le mésenchyme, et pour mécanisme la perturbation végétative.

Parmi d'autres nombreux arguments développés d'une façon entièrement nouvelle, il faut rappeler « l'hyperergie rhumatismale des sujets dystrophiques », les « courts-circuits intermuraux », ainsi que la « fonction de rappel » exercée par des tissus végétativement perturbés.

Cette fonction d'attraction se manifestera par des sédimentations et précipitations (floculats, toxines, micro-organismes, métabolites, etc.) sur ce terrain végétativement dysréactif.

Précis de sémiologie médicale. — Publié sous la direction du prof. CHIRAY. Par P. CHENE et J. JOLY. Un vol. de 623 p., avec 223 figures en noir dans le texte et 2 planches en couleurs hors texte (4.600 fr.). — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1957.

C'est le *premier livre de l'Étudiant en Médecine*.

Les auteurs rénovant entièrement un ouvrage ancien, ont remis à jour ce volume qui vient combler une importante lacune dans la bibliothèque de l'étudiant.

Le plan est simple. Dans chaque domaine se succèdent: Sémiologie fonctionnelle (renseignements par l'interrogatoire); sémiologie clinique (données de l'examen au lit du malade); sémiologie des explorations. Une synthèse d'application rassemble ensuite, dans une vue cavalière, les éléments des syndromes essentiels des divers appareils. Ce plan avait été arrêté par l'un des auteurs et son regretté maître, le Professeur Chiray, dont l'esprit didactique était allié à une grande simplicité d'exposition. Le volume actuel, dans un sentiment de piété et de gratitude, est placé sous son patronage. Depuis le « Sergent » le « Martinet », le « Chiray-Chêne » datant de vingt ans, seul, plus près de nous, le Professeur Rimbaud avait tenté l'effort nécessaire à l'exposé des données élémentaires indispensables pour les premiers pas en médecine.

L'association, dans l'ouvrage actuel, d'auteurs de générations différentes, marque le souci de demeurer dans la ligne traditionnelle de la médecine française.

La sémiologie clinique a relativement peu changé depuis de longues années mais quelques chapitres se présentent avec une orientation nouvelle. C'est surtout la richesse des acquisitions survenues depuis la dernière guerre dans le domaine des explorations fonctionnelles qui modifie, à leur profit, l'équilibre des ouvrages de sémiologie classiques et vient donner à ce Précis son caractère d'actualité. Les auteurs se sont efforcés de ne pas rompre dangereusement cet équilibre. Ils ont cherché à demeurer pratiques, clairs, démonstratifs, s'inspirant plus des commentaires habituels aux conférences d'externat que des plans suivis dans les traités purement didactiques. Pour maintenir la clarté de l'exposition, ils ont, dans quelques cas où cela s'avérait nécessaire, abandonné la rigueur d'un plan pré-établi.

Ce Précis est aussi le premier livre du stagiaire auquel il apprendra l'essentiel des grands tableaux pathologiques. Il l'aidera à assimiler des leçons magistrales qui, trop souvent, durant de longs mois, « passent au-dessus de sa tête ». Dans ce but, améliorant une réalisation précédente, la table des matières est assortie à un lexique qui permettra au débutant de comprendre exposés et textes médicaux en y trouvant certaines des expressions courantes non définies ou non développées dans le texte. Une iconographie claire, souvent schématique, apporte des documents démonstratifs sans recherche de l'exception.

Prolongement de l'enseignement universitaire, introduction à la pratique hospitalière, cet ouvrage est un véritable trait d'union entre l'enseignement officiel et celui des conférences. Il devrait trouver auprès des élèves l'audience qu'ont eue éditions et ouvrages précédents. Il répond, dans l'état un peu confus des études médicales, à un besoin essentiel: guider les premiers pas, réduire les pertes de temps, apporter des notions solides et claires qui, ultérieurement, s'intégreront avec aisance à l'enseignement de la Faculté et à la préparation des concours.

1

Insurpassable

NIVEAU

*de tétracycline
dans le sang
avec la*

Nouveau

COSA-TÉTRACYNE*

TÉTRACYCLINE AVEC GLUCOSAMINE



Le progrès par la recherche

PFIZER CANADA
5330 AVE. ROYALMOUNT,
MONTRÉAL 9, QUÉ.

L'antibiotique à large
spectrum le plus
utilisé, offert désormais
avec la glucosamine,
l'adjuvant de choix.

Présentée en capsules de
250 mg, flacons de 16
et de 100, et en capsules
de 125 mg, flacons de
25 et de 100.

COMMUNIQUÉS

RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE ANTITUBERCULEUSE DU 9 AU 12 JUIN 1958 — CHÂTEAU FRONTENAC, QUÉBEC

Lundi, 9 juin:

9 h. 30 a.m. — *Ouverture du Congrès*: Dr G. F. Kincade, président de l'Association canadienne antituberculeuse.

Président: Hon. Juge Thomas Tremblay, président de la Ligue antituberculeuse de la Ville de Québec.

I. TUBERCULOSE — Tour d'horizon

a) Au Canada — Dr G. J. Wherrett, le secrétaire général l'Association canadienne antituberculeuse.

b) Situation internationale — Professeur Etienne Bernard, le secrétaire général, Union internationale.

11 h. a.m. — Assemblée annuelle du Comité provincial de défense contre la tuberculose.

II. FILMS

11 h. a.m. — La résection en tuberculose pulmonaire: Docteur R. B. Lynn, Saskatoon.

Résection pulmonaire telle que pratiquée à l'hôpital Laval: docteurs J.-A. Gravel et W. Lou, Hôpital Laval, Québec.

La bronchoscopie: docteurs Jules Hallé, Lionel Montminy et Gérard Paradis, Hôpital Laval, Québec.

2 h. à 5 h. p.m.

I. DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE — Symposium.

a) Organisation du dépistage. — Docteur R. A. Benson.

b) Dépistage massif par la radiographie. — Docteur Herman Gauthier.

c) Test à la tuberculine à l'île du Prince-Edouard. — Docteur E. M. Found.

d) Dépistage dans des groupes spéciaux. — Docteur H. T. McClintock.

e) Rôle du médecin hygiéniste dans le dépistage. — Docteur J.-S. Sirois.

II. B.C.G. — Docteur Armand Frappier.

III. DANGER DU RAYONNEMENT ET RADIOGRAPHIE PULMONAIRE.

Vérité et exagération. — Docteur S. A. Holling.

Mardi, 10 juin

9 h. à 12 h. 30 p.m.

Président: Docteur C. G. Shaver.

L'ÉDUCATION EN TUBERCULOSE — Forum

a) Au Sanatorium. — M. Douglas Geekie.

b) Au Dispensaire. — Mademoiselle Gilberte Bédard.

c) Sur le plan provincial. — M. W. Anderson.

d) Sur le plan local. — Madame Margery Pewtress.

e) Vue d'ensemble. — Docteur M. E. Nix.

II. ORIENTATION ACTUELLE DES DIRECTIVES AUX TUBERCULEUX — Forum.

Modérateur: docteur C. G. Shaver.

Participants: docteurs G. F. Kincade, C. A. Wicks, Roland Desmeules, Gaétan Jarry, J. E. Hiltz, Mademoiselle M. E. Larkin.

SECTION MÉDICALE

Mardi, 10 juin

Château Frontenac

2 h. p.m. — Introduction par le président de la section: Docteur W. S. Barclay.

Président: Docteur J.-A. Vidal, Directeur des Services antituberculeux de la Province de Québec.

1. Service des Indiens et du Département de Santé des Territoires du Nord.

2. Les effets de la chimiothérapie à long terme pour prévenir les rechutes en tuberculose. — Docteurs A. C. Ronald et J.-F. Stitt, Toronto Hospital for Tuberculosis, Weston.

3. Fonction pulmonaire à la suite de la résection bilatérale. — Docteur R. C. Young, Point Edward Sanatorium, Point Edward, N. S.

4. Les kystes du Poumon. — Docteurs J. J. Quinlan et H. M. Holden, Sanatorium Nova Scotia, Kentville.

Mercredi, 11 juin

Séance à l'Hôpital Laval

9 h. a.m. — Bienvenu par le docteur Alphonse L'Espérance, Directeur médical.

Président: Docteur Fernand Hébert, Directeur médical, Hôpital du Sacré-Coeur, Cartierville.

1. Tuberculose pulmonaire bilatérale et chirurgie. — Docteur J.-M. Lemieux, Hôpital Laval, Québec.

2. Fonction hépatique en relation avec l'anesthésie chez les tuberculeux pulmonaires. — Docteurs J.-P. Déchène, F. Hudon et M. Giroux, Hôpital Laval, Québec.

3. Cinq ans de Follow-up chez des tuberculeux refusés pour chirurgie thoracique. — Docteurs C.-H. Dorval, R. Desmeules et F. Moisan, Hôpital Laval, Québec.

4. Traitement Chirurgical de l'anévrisme aortique. — Docteurs E. D. Gagnon et Léo La Flèche, Institut Bruchési, Montréal.

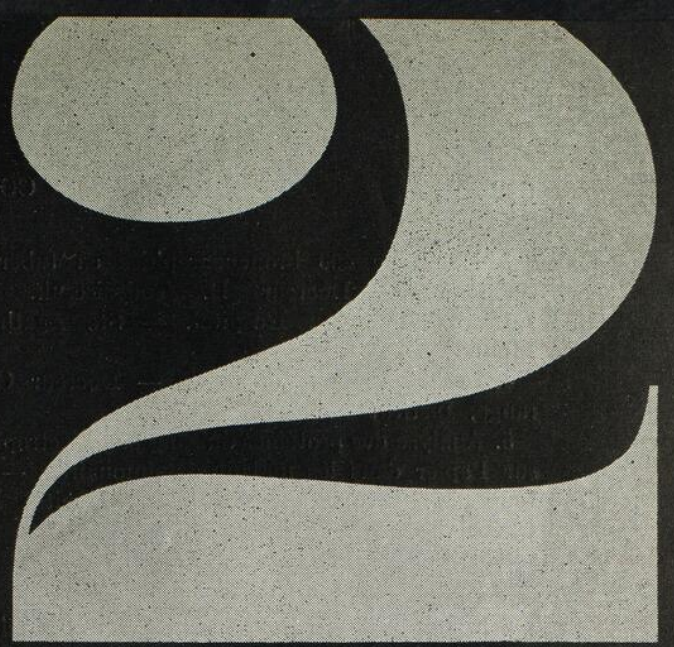
5. Chirurgie expérimentale avec la circulation extra-corporelle. — Docteurs J.-A. Gravel et Maurice Beaulieu, Hôpital Laval, Québec.

6. Etude des échanges gazeux, au repos et à l'effort, chez le tuberculeux pulmonaire comparée à ceux de l'emphysémateux, du fibréux et de l'individu normal. — Docteurs Fernand Grégoire, Roméo Soucy, Chs. Lépine et M.-J. Laberge, Institut Laivoisier, Montréal.

2 h. p.m. — *Président*: Le professeur J.-B. Jobin, Doyen de la Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

1. Les antibiotiques et le traitement de la tuberculose en 1958. — Professeur Etienne Bernard.

2. Contribution de la bronchoscopie au traitement de l'abcès pulmonaire. — Docteurs Lionel Montminy, Jules Hallé et Gérard Paradis, Hôpital Laval, Québec.



Insurpassable

RÉGULARITÉ

*d'obtention de
niveaux plus élevés
de tétracycline dans
le sang avec la*

Nouveau

COSA-TÉTRACYNE

TETRACYCLINE AVEC GLUCOSAMINE

Pfizer *Le progrès par la recherche*

PFIZER CANADA
5330 AVE. ROYALMOUNT,
MONTRÉAL 9, QUÉ.

L'antibiotique à large
spectrum le plus
utilisé, offert désormais
avec la glucosamine,
l'adjuvant de choix.

Présentée en capsules de
250 mg, flacons de 16
et de 100, et en capsules
de 125 mg, flacons de
25 et de 100.

3. Etude de 400 bronchographies en tuberculose pulmonaire. — Docteur D. Todosizcsuk, Royal Edward Laurentian Hospital. — Ste Agathe des Monts.

4. Les Mycoses pulmonaires. — Docteur G. Lorange, Institut Bruchési, Montréal.

5. Analyse des protéines du sang par Electrophorèse sur Papier dans les maladies pulmonaires. — Docteurs M. Giroux et F. Martel, Hôpital Laval, Québec.

Judi, 12 juin
Château Frontenac

9 h. a.m. — *Président*: Docteur W. S. Barclay.

1. Histoire de la tuberculose chez l'enfant. — Docteur Peter Davies, London, England.

2. Résultats de culture sur lames. — Docteur J. A. Romeyn, Saskatchewan Anti-Tuberculosis League, Fort San.

3. Sngnification biologique du bacille tuberculeux atypique. — Docteurs Edith Mankiewicz et Stephen Juhasz. Royal Edward Laurentian Hospital, Montréal.

4. Pathologie des cavités stériles. — Docteur Roland Guy, Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal.

5. Le porteur de germes tuberculeux. — Docteur René Dubos.

2 h. p.m. — Rapport des différentes sections. Séances d'affaires de la section médicale.

SYMPOSIUM
(INTERNATIONAL)

Maladies cardio-respiratoires dans l'industrie
SOUS LES AUSPICES DE L'UNIVERSITÉ MCGILL ET DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE SON EXCELLENCE
L'HONORABLE ONÉSIME GAGNON, LIEUTENANT-
GOUVERNEUR DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le Reine Elizabeth
Montréal, Canada, 16, 17, 18 juin, 1958.

L'intérêt grandissant que l'on porte à la santé du travailleur dans l'industrie en général et plus particulièrement dans l'industrie minière et celle des fonderies est à la base de ce symposium.

Y seront mis en relief les aspects cliniques, radiologiques, physiologiques et pathologiques.

La tuberculose comme le cancer pulmonaire, le cor pulmonale, l'emphysème entre autres conditions pathologiques y seront étudiés.

Parmi ceux qui y participeront...

Professeur Etienne Bernard, Université de Paris, France; Dr Anna Baetjer, Johns Hopkins University; Dr L. C. Stevenson, McGill University (Dean Faculty of Medecine); Professor Philip Drinker, Harvard University; Dr Harriet Hardy, Massachusetts General Hospital; Dr J. P. Cartier, Directeur Clinique Industrielle, Thetford-Mines; C.R. Williams, Chairman American Industrial Hygiene Association; Dr George W. Wright, Cleveland, School of Medecine, St-Lukes Hospital; Dr Hervé Gagnon, Président Association Médicale Industrielle P. Qué; Dr Léonard Bristol, Saranac Laboratory; Professor David U. Bates, McGill University; Dr J. E. MacArthur, (Director Noranda Industrial Clinic); Dr Marvin Kuschner, University of New-York; Dr A. J. Lanza, New-York, University; Dr Fernand Grégoire, Institut Lavoisier, Montréal; Professor Percy Vivian, McGill University, Director Health and Social Medecine; Dr Donald Grant, Chairman Ontario Medical Ass. (Industrial Medecine Section); Dr Philip Pratt, Ohio State University; Dr J. A. Vidal, Président Comité Pneumoconioses; (Commission des Accidents du Travail du Québec; Dr Roland Guy, Pathologiste, Commission des Accidents de Travail du Québec; Dr Bertrand Bellemare, Commissaire (Com. des Accidents de Travail du Québec); Professeur Hans Selye, Université de Montréal, Directeur Institut de Médecine et de Chirurgie Expérimentale; Dr R.S.M. Fisher, Director (Bourlamaque Industrial Clinic); Dr Margaret Becklake, McGill University; Previously with Pneumoconiosis Bureau, Johannesburg, S.A.; Dr Daniel Brown (past Medical Director Industrial Hygiene Foundation, Pittsburgh); Dr Louis-Charles Simard, Ass-prof. Université de Montréal et Dir.-gén. Institut du Cancer (Montréal). Dr Kenneth Smith, Ass. Professor Clinical Medecine, N.Y. University, Dr Hervé Lacharité, Radiologiste (prés. la Com. des Accidents de Travail du Québec); Dr Gaetan Jarry, membre Comité Pneumoconioses (Commission des Accidents de Travail du Québec); Dr Basil Cuddihy, membre Comité Pneumoconioses (Commission des Accidents de Travail du Québec); Professor Eugene P. Pendergrass, M.D. (Hospital of the University of Pennsylvania.

Le programme définitif vous sera adressé dans quelques jours.

Dr J.-A. Vidal,
Committee Chairman,
Président du Comité,
389 est, boul. St-Joseph, Montréal



Insurpassable

AVANTAGES

PHYSIOLOGIQUES

*de la glucosamine,
métabolite normal
de l'homme,
dans la*

Nouveau

COSA-TÉTRACYNE*

TETRACYCLINE AVEC GLUCOSAMINE

Pfizer *Le progrès par la recherche*

PFIZER CANADA
5330 AVE. ROYALMOUNT,
MONTRÉAL 9, QUÉ.

L'antibiotique à large
spectrum le plus
utilisé, offert désormais
avec la glucosamine,
l'adjuvant de choix.

Présentée en capsules de
250 mg, flacons de 16
et de 100, et en capsules
de 125 mg, flacons de
25 et de 100.

LE TRAITEMENT DU CANCER

Mai 1889

Y a-t-il un traitement médical du cancer, ou si l'on aime mieux, de la diathèse cancéreuse? En présence d'un cas de cancer, chez un individu cachectique ou non, l'homme de l'art doit-il se borner, en dehors de toute intervention chirurgicale, à instituer un traitement palliatif, à calmer la douleur, faire des pansements antiseptiques, administrer des toniques et des stimulants?

Peut-on faire quelque chose de mieux et combattre la carcinose elle-même.

M. le docteur Neudorfer, de Vienne, répond dans l'affirmative et prétend que, comme la tuberculose et la syphilis, la diathèse, cancéreuse, ajoute-t-il, relève de cures climatériques et diététiques.

La carcinose, paraît-il, ne s'observe qu'exceptionnellement sur le plateau de Mexico, de même qu'au Cap de Bonne-Espérance et dans certaines régions de l'Europe. Il conviendrait donc d'y diriger nos cancéreux. En même temps il serait utile, si les observations de MM. Verneuil et Reclus sont exactes autant qu'elles sont rationnelles, de soumettre ces malades à un régime absolument azoté. Comme médicaments, M. Neudorfer recommande particulièrement la créosote, la créoline, l'arsenic, le condurango, la térébenthine de Chypre, l'eau ozonisée.

Sans vouloir attacher à ce traitement interne de la carcinose plus d'importance qu'il n'en mérite, puisque l'expérience est là pour nous dire combien cette maladie donne peu de prise à la médication, nous croyons cependant devoir réclamer en faveur des cancéreux, principalement dans nos hôpitaux, un peu plus d'attention de la part des praticiens et une thérapeutique plus active et mieux dirigée.

Il y aurait tout avantage, croyons-nous, à réunir les cancéreux dans une même salle d'hôpital ou, ce qui vaudrait mieux encore, dans un hôpital spécialement consacré aux incurables de cette catégorie. Cela rendrait plus facile l'application des moyens de traitement et les recherches pathologiques en vue d'une médication appropriée, spécifique ou non. Même dans le cas d'un traitement purement palliatif, il y aurait matière à amélioration, attendu que les malheureux atteints du cancer sont souvent négligés par les chefs de service, dans un hôpital dit général, sous prétexte que le cas est désespéré et ne saurait être d'un grand intérêt clinique. Ces deux derniers points sont fort discutables, à notre avis, attendu qu'il n'est pas d'affection, si légère qu'elle soit, si

incurable qu'on la suppose, qui ne comporte un enseignement pratique dont tous, même les plus habiles, peuvent faire leur profit en temps et lieu.

Et puis, pourquoi ne chercherait-on pas, dans ce siècle d'universelles perquisitions, à trouver pour le cancer et la carcinose un ou des modes de traitement susceptibles de donner de meilleurs résultats que ceux obtenus jusqu'à présent? Longtemps la phthisie a été regardée comme une affection absolument incurable dans tous les cas. Aujourd'hui qu'on est mieux renseigné sur sa véritable nature et sur l'action des agents destinés à la combattre, les guérisons se multiplient. Il est conforme à la raison et au sens commun que l'espoir d'un semblable résultat puisse être entretenu à l'égard de la diathèse cancéreuse.

* * *

La faradisation comme moyen de diagnostic et de traitement de l'attaque d'hystérie.

M. le docteur Didier, interne des hôpitaux de Lyon, reprenant à nouveau l'étude des effets de la faradisation chez les hystériques, a employé, sous la direction de son chef de service, M. Carrier, médecin de l'Antiquaille, le courant faradique dans le traitement de l'attaque d'hystérie, et en a obtenu des résultats qu'il consigne dans les conclusions suivantes: (Lyon Médical):

1. De tous les moyens préconisés jusqu'ici pour arrêter la crise d'hystérie ou pour la prévenir, la faradisation électrique est incontestablement le meilleur. Elle a fait avorter les crises dans tous les cas d'hystérie convulsive et dans deux cas d'hystéro-épilepsie.

2. Cette faradisation permet dans les cas difficiles et en l'absence d'un clinicien expert de distinguer un épileptique d'un sujet atteint d'hystérie, soit d'hystérie épileptiforme, soit d'hystérie convulsive de Charcot, puisque chez le premier la crise n'est pas modifiée, alors que chez les seconds elle est arrêtée.

3. A l'aide de ce procédé l'électrisation on peut encore discerner chez un malade atteint des deux névroses à la fois, les manifestations qui appartiennent à l'hystérie puisqu'elle sont arrêtées dans leur marche, des manifestations épileptiques qui se produisent complètes malgré les efforts qu'on leur oppose.

4. Le manuel opératoire consiste à appliquer les électrodes d'un courant faradique de moyenne intensité, le long du trajet de l'aura, c'est-à-dire au creux



*partout où
la digitale
est indiquée*

'LANOXINE'

marque de la

DIGOXINE

*précédemment connue sous la désignation
Digoxine 'B. W. & Co.'*

*"Si une seule préparation
de digitale était à
recommander pour son
adaptabilité aux diverses
et multiples contingences
cliniques, nous
considérerions la
Digoxine comme [un]
agent d'élection."*

*Lown, B., et Levine, S. A.: Current
Concepts in Digitalis Therapy, Boston,
Little, Brown & Company, 1954,
p. 23, par. 2*



BURROUGHS WELLCOME & CO. (CANADA) LTD., Montréal



*convalescence,
sans appétit,
simplement
fatigué*

Rx

Alertonic

*...ramène
à la normale
plus vite*



THE WM. S. MERRELL COMPANY
New York • ST. THOMAS, ONTARIO • Cincinnati

MARQUE DE FABRIQUE: ALERTONIC

épigastrique et à la partie antérieure du cou, lorsqu'on arrive au début de la crise. Lorsqu'on n'intervient que pendant la période tonique ou clonique, on place un électrode au cou, l'autre dans une main, ou les deux électrodes dans les deux mains.

5. Outre ses effets abortifs sur la crise d'hystérie, la faradisation a en même temps un effet curatif comme les autres modes d'électricité. Ainsi Erb recommande dans l'hystérie la faradisation générale et les bains électriques. C'est que les applications faradiques répétées à chaque nouvelle attaque ont la propriété de retarder, d'éloigner progressivement les attaques, et à la longue de les faire disparaître, quelquefois complètement. Il est évident qu'il faut s'aider en même temps du traitement général de la névrose et de l'hydrothérapie.

Tels sont les points sur lesquels nous voulions attirer l'attention. Notre seul but est de mettre en

lumière un mode de traitement (facilement applicable et utilisable pour tous) d'une névrose contre laquelle on est souvent et pendant longtemps impuissant.

* * *

On annonce un nouveau traitement de l'incontinence d'urine chez les garçons. Suivant certain docteur Oberlander, l'incontinence d'urine serait toujours liée à une irritation réflexe se produisant sur la muqueuse de l'urèthre au niveau du sphincter de la vessie. Or, pour combattre cette irritation, l'auteur recommande la dilatation forcée du tiers postérieur de l'urèthre et du sphincter de la vessie!... En reproduisant une note relative à cette étrange médication, M. le docteur Bouchut ajoute avec à propos: «Voilà une médication qu'il sera bon de ne pas employer».

ENFIN... un antibiotique simple vous donne

Tet

PHOSPHATE COMPLEXE

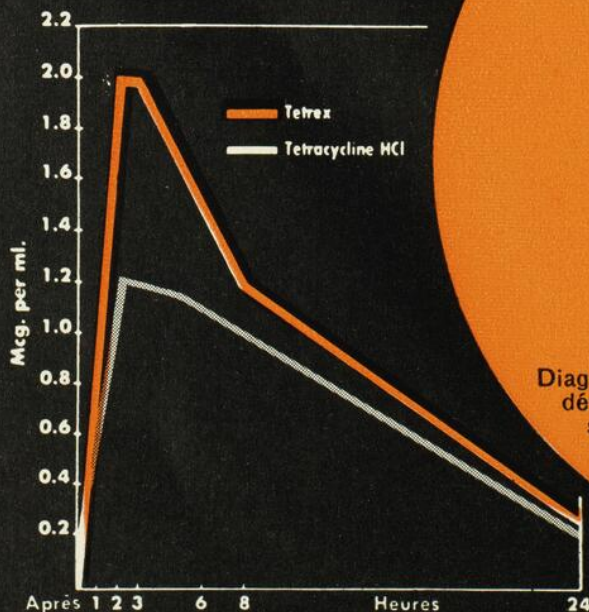


Diagramme (à gauche)
démontrant les niveaux
sanguins de Tetrex
pratiquement doubles.

(tiré de 3 études cliniques
indépendantes sur 188
malades)

NIVEAUX SANGUINS APRÈS UNE SEULE DOSE

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

POUDRE DE BRADOSOL

Le Bradosol est un composé quaternaire d'ammonium employé dans la préparation de solutions antiseptiques, germicides, désodorisantes et détersives. Même en dilutions très faibles, Bradosol exerce une action antibactérienne et antifongique puissante sur une variété d'organismes (y compris les staphylocoques) sans toutefois affecter la peau et les muqueuses, les tissus et les métaux. Bradosol étant un produit chimiquement pur, son efficacité, sa solubilité, son absence d'irritabilité et ses autres caractéristiques ne changent pas.

Bradosol est présenté sous une forme d'emballage spéciale. En effet, pour simplifier le travail du médecin, Bradosol est présenté dans une petite enveloppe pratique contenant 1 g. mesuré à l'avance. Les solutions germicides peuvent ainsi être préparées instantanément en ajoutant la poudre de Bradosol à

de l'eau du robinet. Sa sûreté et sa facilité d'emploi font de Bradosol un agent de décontamination idéal pour le foyer.

La solution de Bradosol est employée le plus souvent comme antiseptique pour diminuer les dangers de contamination staphylococcique associée aux épisodes de furoncles. Mais Bradosol s'avère aussi très utile comme antiseptique et désinfectant d'usage général en médecine et en chirurgie. Il possède d'ailleurs de multiples avantages sur les autres agents communément employés dans ce domaine.

Bradosol s'emploie ordinairement en solution de 0.1% (1 g. de Bradosol dans une pinte d'eau du robinet) mais les solutions de 0.01% (1 g. de Bradosol dans 2 gallons d'eau du robinet) sont suffisantes dans plusieurs indications. Des renseignements plus complets à ce sujet peuvent être obtenus sur demande.

Poudre de Bradosol pour préparation de solutions: enveloppes de 1 g., boîtes de 5. (Ciba)

des niveaux sanguins doubles

rexTM

DE TÉTRACYCLINE

En capsules équivalentes à 250 mg.
d'hydrochlorure de tétracycline

Un antibiotique à large spectre d'activité doué d'une intensité accrue — niveaux sanguins accélérés et pratiquement doubles de ceux fournis par l'hydrochlorure de tétracycline.



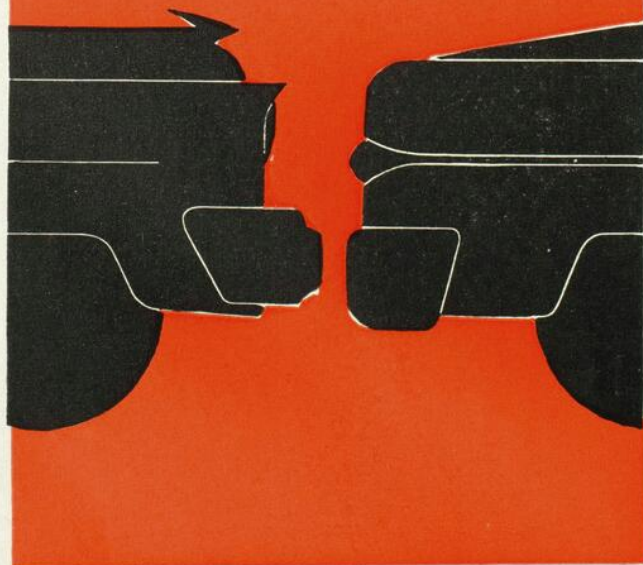
*si les retards
de la circulation
deviennent
irritants*

soulagez l'hyperacidité
gastrique de source
émotive en prescrivant

GELUSIL

antiacide non constipant
au goût rafraîchissant

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO., LIMITED, TORONTO, CANADA



UNE NOUVELLE ARME CONTRE LA LÈPRE

Comme la malaria et la peste, comme la petite vérole et le choléra, la lèpre est un fléau répandu sur de vastes territoires de notre planète. La lèpre, maladie infectieuse chronique, évolue en général pendant des décennies; elle se caractérise par des lésions frappantes de la peau, des nerfs et des os. Le bacille de la lèpre a été décrit en 1874 par un médecin norvégien du nom de Hansen. La terreur de la contagion, l'horreur des mutilations, furent cause de tout temps que l'on tint ces malades complètement à l'écart de la société, en les isolant dans les léproseries. Au Moyen Age, on compta par époques jusqu'à 10,000 de ces établissements. Bien qu'aujourd'hui la maladie se rencontre surtout dans les régions tropicales, il existe encore de nombreux asiles pour les lépreux hors de ces zones; on en trouve par exemple loin au nord en Islande, à Reykjavik.

Outre l'importance qui lui revient au point de vue médical, la lèpre pose essentiellement un problème sociologique. L'isolement des malades, généralement sanctionné par la loi, a pour effet que les lépreux dissimulent leur mal aussi longtemps que possible. Ainsi s'explique qu'actuellement encore on ne connaisse qu'environ 600,000 cas de lèpres avérés, tandis que le nombre total des sujets effectivement atteints de lèpre est estimé à plus de dix millions. La lutte contre cette plaie représente donc indubitablement l'une des tâches les plus urgentes de la médecine.

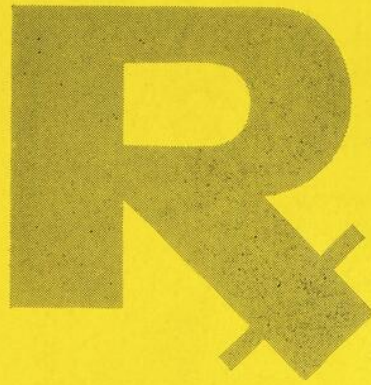
Un rapport publié dans le périodique anglais *Leprosy Review* est particulièrement intéressant à cet égard, car il signale les progrès considérables réalisés dans la prévention et le traitement de la lèpre au cours de ces dernières années. La Nigeria (Afrique Occidentale) offre un exemple remarquable des succès que l'on peut obtenir dans le contrôle de la lèpre grâce à une étroite collaboration entre services gouvernementaux, OMS, FISE et missions. Parmi les mesures prises dans ce domaine, il faut citer, en plus des traitements médicamenteux appropriés, l'instruction du personnel indigène capable de donner les soins requis, l'orientation des populations sur l'hygiène et la prophylaxie, enfin l'effort de persuasion nécessaire afin que les malades se fassent soigner. L'intérêt des milieux médicaux se concentre actuellement sur un nouveau remède essayé avec succès depuis 3 ans par le docteur T. F. Davey, directeur d'un groupe de chercheurs financé par la *British Leprosy Relief Association*, à Uzuakoli, en Nigeria Orientale. Il s'agit d'une substance du groupe de la diphényl-thio-urée, mise au point en Suisse et aux Etats-Unis dans les laboratoires de recherches de Ciba.

Le docteur Davey, dont les observations ont été confirmées par d'autres groupes de chercheurs, signale qu'il a obtenu de très bons résultats avec ce médicament, le « Ciba 1906 », dans le traitement de

la lèpre. Ce produit offre divers avantages sur les médications appliquées jusqu'à présent. Il évite la cicatrisation et les déformations cutanées particulières à la lèpre, et convient en outre de façon remarquable au traitement des enfants. Le docteur Davey le considère comme « un médicament contre la lèpre d'une grande importance potentielle et doué de propriétés sortant de l'ordinaire ». Se fondant sur les essais entrepris dans les léproseries, grâce à l'intervention de l'OMS, de la FISE et d'autres organisations, enfin sur les résultats obtenus avec le nouveau remède, le rédacteur en chef de la *Leprosy Review* estime qu'on parviendra selon toute vraisemblance dès la prochaine génération à délivrer radicalement de cet antique fléau la population de certains territoires.

ROVAMYCINE

La Rovamycine (nom déposé de la spiramycine, 5337 R.P.) est un nouvel antibiotique, isolé des cultures du streptomyces ambofaciens et mis sur le marché par la maison Poulenc Limitée. Le spectre antibactérien de la Rovamycine est très voisin de celui des autres antibiotiques du groupe de l'érythromycine. Elle est très active sur les germes Gram-positifs et particulièrement sur les staphylocoques normaux ou résistants aux antibiotiques usuels, les streptocoques, les pneumocoques, les coryno-bactéries. Elle montre également une activité importante sur *Neisseria* et sur quelques souches du genre *clostridium*. Les indications cliniques de la Rovamycine résultent de son activité antibactérienne. Elle est très efficace dans le traitement des infections à germes Gram-positifs et en particulier dans les pneumopathies (bronchites, pneumonies, pleurésies purulentes, suppurations pulmonaires, etc.). Elle donne d'excellents résultats dans les infections à pneumocoques, dans les staphylococcies cutanées (pyodermites, plaies infectées, folliculites, furoncles, anthrax, abcès, etc.), dans les streptococcies (par exemple érysipèle), dans les endocardites à entérocoques, dans les viroses (l'ectodermose érosive pluri-orificielle), dans les septicémies à germes sensibles, dans les urétrites gonococciques et non gonococciques (Sylvestre et Ethier ont obtenu 77.4% de guérisons dans les urétrites non gonococciques et 94.29% dans les urétrites gonococciques), etc... En pédiatrie, elle est efficace dans les affections communes du nourrisson avec otite, dans l'ostéomyélite, dans la panophtalmie infectieuse, dans la coqueluche (Tremblay et Edouard ont obtenu des résultats excellents et ils la considèrent comme un des traitements de choix de la coqueluche), etc... La Rovamycine est un antibiotique de sécurité de la pratique courante car elle n'irrite pas la muqueuse gastrique, respecte la flore intestinale utile et agit sur les staphylocoques résistants aux autres antibiotiques. Les doses usuelles par 24 heures sont: Adultes: 2 à 3 g. répartis en 3-4 prises. Dans les cas graves, la posologie peut être portée à 4 g., voire même à 5 g. Enfants: 50 mg. par kg. de poids; pouvant être portés sans inconvénient à 100 mg. par kg. de poids.



laxatif

AGAROL

agréable au goût

Lorsque la constipation vient compliquer la thérapeutique, recommandez Agarol... le laxatif doux et efficace.

WARNER-CHILCOTT

Laboratories CO. LIMITED, TORONTO, CANADA



*sentez-vous
'vraiment bien'
de nouveau*

Rx

Alertonic

*...procure
à votre malade
une sensation
de mieux, dès
la première dose*



THE WM. S. MERRELL COMPANY
New York • ST. THOMAS, ONTARIO • Cincinnati

MARQUE DE FABRIQUE: ALERTONIC

*un glucoside
sur lequel
vous pouvez
toujours
compter pour*

- digitalisation courante ou urgente
- thérapeutique d'entretien à long terme

en plus des avantages suivants:

- prompts signes gastro-intestinaux avertisseurs de surcharge digitalique
- courte durée des effets toxiques au cas de surcharge digitalique

'LANOXINE' — COMPRIMES
comprimés cochés de 0,25 mg (blancs)

'LANOXINE' — INJECTIONS
ampoules à 0,5 mg par 2 cc (I.V. ou I.M.)

'LANOXINE' — ELIXIR
PEDIATRIQUE 0,05 mg par cc

'LANOXINE'
marque de la

DIGOXINE

précédemment connue sous la désignation
Digoxine 'B. W. & Co.'



BURROUGHS WELLCOME & CO. (CANADA) LTD., Montréal

Dans les rhinites et sinusites infectieuses et allergiques

Biomydrin "est efficace comme antibiotique et libère le nez d'agents pathogènes et de sécrétions purulentes.

Dans plusieurs cas, on a obtenu des cultures stériles après un court traitement."

Antibiotics & Chemotherapy 3,299 (Mars) 1953.

La composition de Biomydrin

BROMURE DE THONZONIUM 0.05%. Produit de synthèse des laboratoires Warner-Chilcott. Antibactérien très puissant. Augmente grandement l'activité antibiotique de la néomycine et de la gramicidine. Réduit la tension superficielle, facilite la dispersion et la pénétration. Mucolytique.

SULFATE DE NÉOMYCINE 0.1%. Efficace contre les gram-positifs et les gram-négatifs.

GRAMICIDINE 0.005%. Efficace contre les gram-positifs.

PHÉNYLÉPHRINE HCl 0.25%. Vaso-constricteur de choix.

THONZYLAMINE HCl 1.0%. Cet antihistaminique efficace en *concentration thérapeutique* aide à contrôler les manifestations allergiques locales.

- Contraction rapide et prolongée de la muqueuse nasale sans congestion secondaire.
- pH de 6.2. Solution tampon et isotonique.
- N'empêche pas l'activité ciliaire.
- La vaporisation couvre une plus grande surface que les gouttes.

POSOLOGIE: Adultes — 2 à 3 vaporisations dans chaque narine; 4 à 5 fois par jour au besoin, ou selon l'avis du médecin.

Enfants — 1 ou 2 vaporisations dans chaque narine; 4 ou 5 fois par jour au besoin, ou selon l'avis du médecin.

Amélioration de 113 patients sur 124*

Diagnostic	Nombre de patients	Amélioration
Rhinite chronique catarrhale	11	11
Rhinite chronique allergique	26	25
Sinusite maxillaire droite	2	1
Catarrhe chronique nasopharyngien	6	6
Sinusite chronique purulente	3	3
Coryza, rhume de cerveau, rhinite catarrhale	58	51
Grippe	2	1
Catarrhe aigu	4	3
Rhinite hypertrophique	12	12
TOTAL	124	113 (91.1%)

*Eye, Ear, Nose and Throat Monthly 32:512 (Sept.) 1953.



BIOMYDRIN

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO. LIMITED, TORONTO, CANADA

“... c'est comme avoir
deux paires de mains”



TRANSFORMATEUR MURAL

peut garder deux instruments Welch Allyn
illuminés à la fois, et prêts à l'usage

- ✓ **Levez simplement l'instrument** — il est allumé et prêt à l'usage. Remplacez-le... la lumière s'éteint.
- ✓ **Manches pour deux instruments** — évite l'ennui de changer souvent les têtes.
- ✓ **Maximum de brillance** lumineuse sans surcharge des lampes, grâce à un rhéostat et à un voltmètre de lecture facile. Les lampes durent plus longtemps.
- ✓ **Pas de piles à remplacer** — manches de poids léger.
- ✓ **8 pieds de fil** en spirale pour chacun des manches — grande variété d'usages, sans besoin de fils d'extension traînant derrière.
- ✓ **Serre-fils** pour les extrémités des fils.
- ✓ **Facile à monter** — se branche au CA régulier à 110 - 120 v.

No 745 — CHEZ VOTRE FOURNISSEUR
D'ACCESSOIRES CHIRURGI-
CAUX à \$60.00

WELCH ALLYN

J. F. HARTZ CO. LIMITED
Toronto Montréal

Halifax

THE STEVENS COMPANIES
Toronto Winnipeg Calgary Vancouver

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE
Montréal Ottawa Québec

Pour vous aider à maîtriser la constipation:

*Quand
la motilité
intestinale
est*

suffisante

*Quand
la motilité
intestinale
est*

restreinte

Colace*

Capsules
Gouttes
Sirop

Sulfosuccinate de sodium dioctyl, Mead Johnson

**Ramollit les selles
pour évacuation facile—
sans action laxative
sans apporter de volume**

Colace, par ses propriétés à réduire la tension superficielle, augmente l'humidité et la pénétration des liquides dans l'intestin, et favorise la formation d'émulsions. Il garde les selles normalement douces et molles et facilite l'évacuation naturellement et facilement.

Le nouveau

Peri-Colace*

Capsules
Sirop

Stimulant du péristaltisme—
ramollissant des selles, Mead Johnson

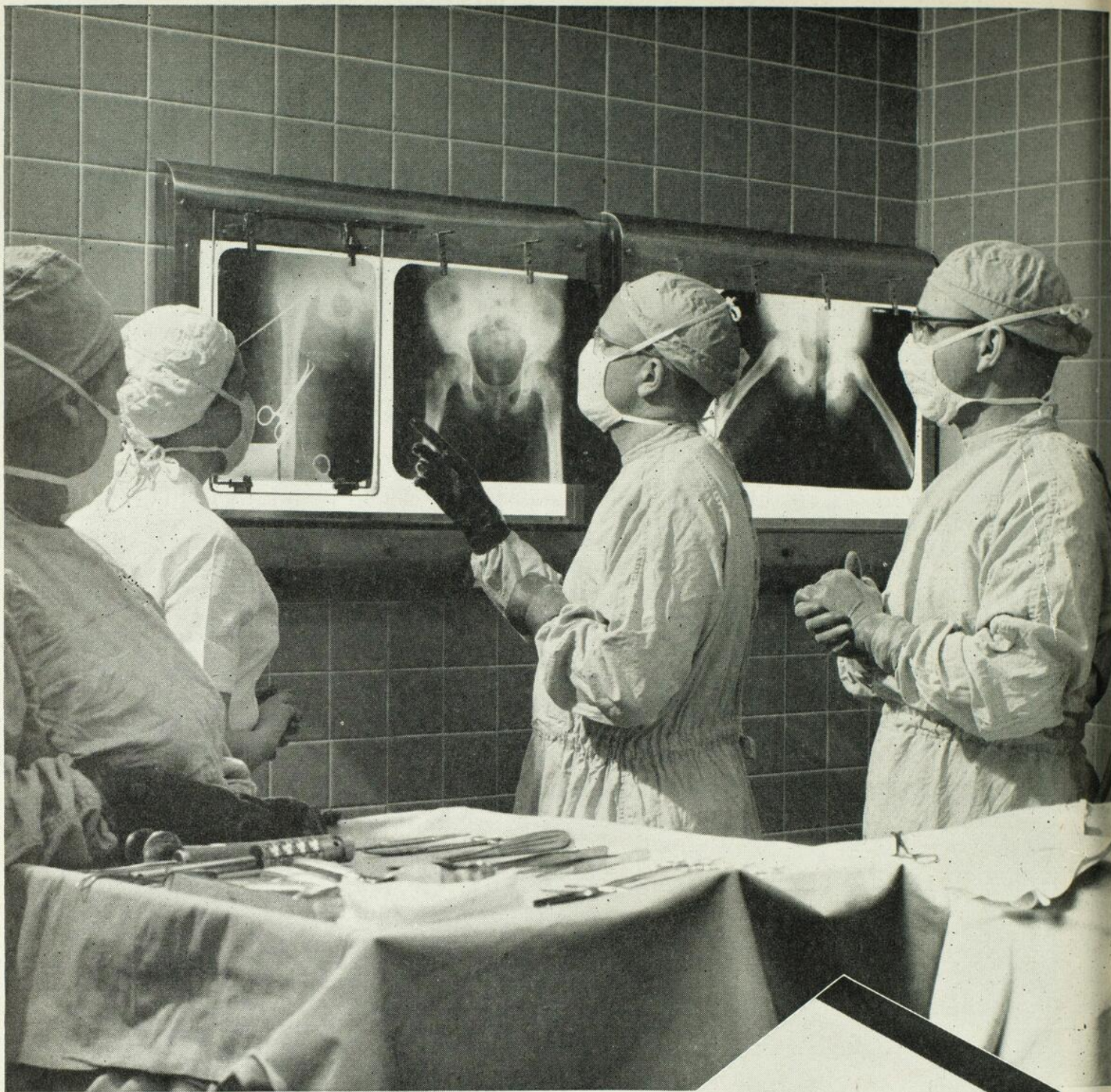
**Ramollit les selles, et
stimule le péristaltisme—**

Pour une action synergique, le Peri-Colace associe le Colace, ramollissant des selles, avec un nouveau stimulant du péristaltisme—Peristim (un mélange standardisé d'antraquinones sélectionnés provenant de glucosides de cascara.) Et, en raison de ce que le Colace garde les selles molles et facilite l'évacuation, la quantité requise du stimulant péristaltique est extrêmement diminuée.

MEAD JOHNSON

EMBLÈME DE SERVICE À LA PROFESSION MÉDICALE

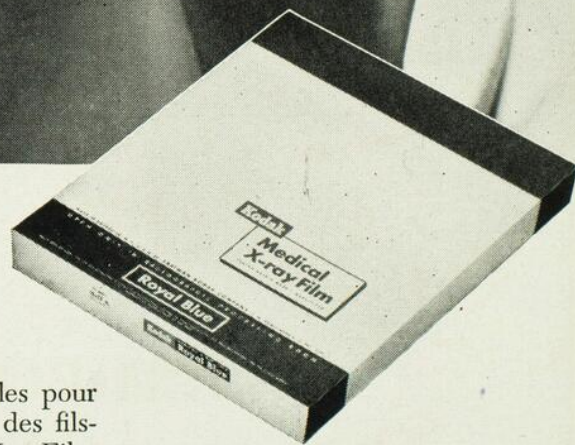
TORONTO • BELLEVILLE • MONTRÉAL



Dans le chevillage de la hanche...

Il est souvent désirable de prendre des radiographies multiples pour montrer (a) la réduction de la fracture, (b) la mise en place des fils-guides, (c) l'emplacement, étape par étape, de la cheville. Le Film Kodak Royal Blue pour Radiographies Médicales est idéal pour cela. C'est le film le plus sensible qui soit. En fait, l'expérience montre que la quantité de facteurs au MaS utilisée auparavant peut généralement être réduite de moitié. En outre, il élève l'accentuation des contrastes à des densités bien plus élevées.

N.B. Pour profiter pleinement de la sensibilité du Royal Blue, il faut le développer pendant 5 minutes à 68 F — ou l'équivalent. Pour les meilleurs résultats, utilisez le Révélateur et Reproducteur Liquide Kodak pour Radiographies, ou le Révélateur Rapide Kodak pour Radiographies.



*Commandez chez votre
marchand de fournitures
Kodak pour rayons X*

CANADIAN KODAK CO., LIMITED, Toronto 9, Ontario

Kodak
MARQUE DÉPOSÉE

20 ANS

*d'expérience clinique continuent
de mettre en évidence les avantages de*

PROLOID

le complexe thyroïdien total

renferme tous les constituants de la sécrétion thyroïdienne.

provenant de la source naturelle la plus puissante
thyroïde fraîche de porc, source animale supérieure.

d'une activité physiologiquement uniforme
tous les éléments sont en proportions naturelles
de façon à normaliser toutes les facettes de la fonction thyroïdienne.

titré doublement

test chimique: iode et iode-thyroxine;
test biologique: activité métabolique et prévention du goitre.

très purifié

thyroglobuline purifiée (débarassée de 90% des
tissus étrangers, inertes).

indéfiniment stable

activité encore intacte après 1 ans de séjour sur les tablettes.

d'une activité uniforme

le double titrage assure une action douce, facile à prévoir.

d'une posologie souple

5 formes de comprimés ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$ et 5 grains)
assure précision et commodité à tous les niveaux de la posologie.

traitement sûr et économique pour toute la vie

sécurité prouvée par les années, dans la conservation d'un
état thyroïdien semblable à la normale.

PROLOID

thyroïde améliorée

se prescrit aux mêmes doses que
la thyroïde ordinaire et est présenté
en comprimés de $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$ et 5 grains.

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO. LIMITED, TORONTO, CANADA

Un Antiacide-Laxatif Idéal



PRÉÉMINENCE

Dans tous les domaines, la prééminence se gagne grâce à une qualité constante et à une démonstration de confiance pendant de nombreuses années. Le Lait de Magnésie Phillips' a conquis cette position comme laxatif et antiacide idéal. Depuis plus de 75 ans, il constitue le choix de la grande majorité des médecins et des clients.

Nouvel Antibiotique
pour Usage Local

Soframycine

POMMADE

(1.5% de Soframycine en tubes de 15 Gm.)

Particulièrement
active contre

{ le STAPHYLOCOQUE
le PROTEUS
le BACILLE PYOCYANIQUE

On n'a jamais rencontré de résistance à la Soframycine parmi les nombreuses souches de staphylocoques isolées chez l'homme, y compris celles qui sont résistantes aux autres antibiotiques.

On n'a jamais rapporté, en clinique de SENSIBILISATION à la Soframycine, et la tolérance tissulaire à ce produit est excellente.



La Soframycine est très soluble dans l'eau, et est extrêmement stable en solution aqueuse à la température ambiante.

ROUSSEL (Canada) LTÉE.

Distributeurs Exclusifs :

Anglo French Drug Compagnie Ltée.

209 est. rue Ste-Catherine, Montréal 18. Tél : PLateau 7903.

SÉDATIF ET ANALGÉSIQUE COMBINÉS

SEDUMAX

**dans
les
cas de TENSION, ANGOISSE ET INSOMNIE**

SEDUMAX a été mis au point en vue de fournir aux médecins une arme thérapeutique efficace et inoffensive, dans les cas de tension, angoisse et insomnie, surtout lorsque ces symptômes s'accompagnent de douleur bénigne. Le carbromal et le bromisoval furent choisis pour leur effet sédatif reconnu dans les états de tension et d'angoisse; en outre, ils ne créent pas d'accoutumance et le risque de toxicité est faible. La phénacétine a été ajoutée à la formule, vu ses propriétés analgésiques, tandis que la vitamine B₁—chlorhydrate de thiamine—fut incluse en raison de son action reconnue contre la névrite de la grossesse et les symptômes de tension connexes se manifestant fréquemment durant cette période.

Effet thérapeutique

SEDUMAX offre les avantages suivants:

1. *Sédation efficace et inoffensive.*
2. *Aucun risque d'accoutumance.*
3. *Soulagement des douleurs bénignes.*
4. *Sans effet sur la capacité adaptative.*
5. *Doses minimales.*

Dans les cas de tension émotive, un comprimé t.i.d. soulagera la tension sans diminuer la capacité adaptative du malade en ce qui concerne son aptitude à faire face aux problèmes quotidiens. SEDUMAX est particulièrement avantageux en tant qu'analgésique sédatif, dans les cas d'insomnie résultant de douleurs bénignes accompagnant diverses affections médicales, la tension pré-menstruelle et les autres symptômes similaires.

Formule: Chaque comprimé renferme:
Carbromal . 120 mg.
Bromisoval . 120 mg.
Phénacétine . 180 mg.
Chlorhydrate
de thiamine . 2 mg.

Posologie:
Médication diurne:
un comprimé t.i.d.

Cas d'insomnie:
Deux comprimés
à prendre au
coucher.

Présentation:
Paquets de
50 et
300 comprimés.

CALMIC LIMITED 220 Bay Street, Toronto • Crewe et Londres, Angleterre
Johannesburg, Afrique du Sud • Sydney, Australie



médicament moderne
À GAMME THÉRAPEUTIQUE
ÉTENDUE

*ataraxique d'une grande souplesse,
doté d'avantages particuliers*

DANS LES CAS D'URGENCE PSYCHIATRIQUE

chez le psychopathe
chez l'alcoolique en phase aiguë
chez le narcomane

DANS LA NAUSÉE ET LE VOMISSEMENT
COMME SÉDATIF EN OBSTÉTRIQUE
COMME SÉDATIF EN CHIRURGIE

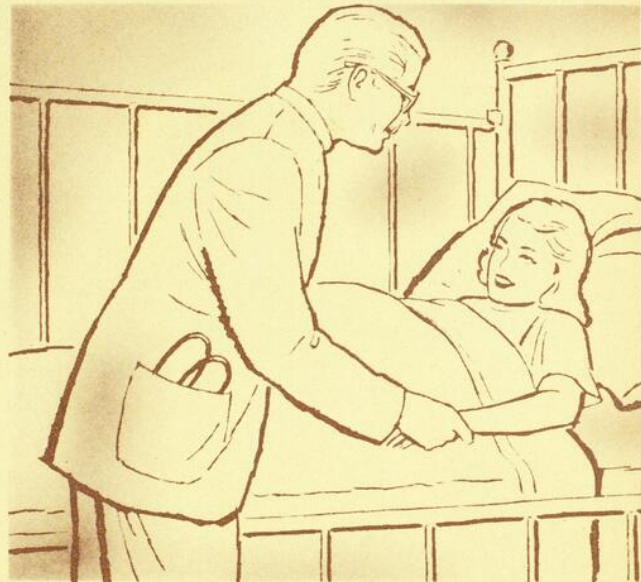
Le chlorhydrate de SPARINE est un composé couvrant une gamme thérapeutique étendue. Comme psycho-sédatif, son efficacité et sa large marge de sécurité ont été amplement démontrées et admises. Certaines propriétés pharmacologiques propres à SPARINE ont éveillé récemment l'intérêt des chercheurs. L'étude de ces propriétés a donné lieu à de vastes recherches thérapeutiques.

présentation:

COMPRIMÉS—à 25 mg. (jaune), à 50 mg. (orange) et à 100 mg. (rose), en flacons de 50 et de 500 comprimés; à 200 mg. (rouge), en flacons de 500 comprimés.

INJECTION—à 50 mg. par c.c., en fioles de 2 et de 10 c.c.

SIROP—à 25 mg. par cuillerée à thé (5 c.c.), en flacons de 4 onces liq.



Sparine*


CHLORHYDRATE DE PROMAZINE

Breveté 1952, 1955



WALKERVILLE, ONTARIO
MONCTON - MONTRÉAL
WINNIPEG-VANCOUVER

*Marque déposée

 Ordonnance obligatoire

MARQUE DÉPOSÉE

Détend l'esprit et le muscle

Wyseals

Equanil[®]



WALKERVILLE, ONTARIO
MONCTON-MONTRÉAL-WINNIPEG-VANCOUVER

CARACTÉRISTIQUES

Les WYSEALS EQUANIL sont des comprimés jaunes enrobés, ne portant aucune marque d'identification et qui sont dosés à 400 mg. d'EQUANIL. La posologie des WYSEALS est la même que celle des comprimés ordinaires à 400 mg. d'EQUANIL.

L'ENROBAGE SPÉCIAL LES REND FACILES À AVALER

Les WYSEALS sont pourvues d'un enrobage spécial qui fait glisser le comprimé, au simple toucher de la langue et en facilite l'ingestion. C'est là un avantage marqué pour les jeunes et pour les vieux qui pourraient éprouver une certaine difficulté à avaler.

PRÉSENTATION

WYSEALS EQUANIL— à 400 mg., comprimés jaunes, non-divisibles, en flacons de 50 comprimés.

autre forme:

EQUANIL — à 400 mg., comprimés blancs ordinaires, divisibles, en flacons de 50 comprimés.

*Marque déposée

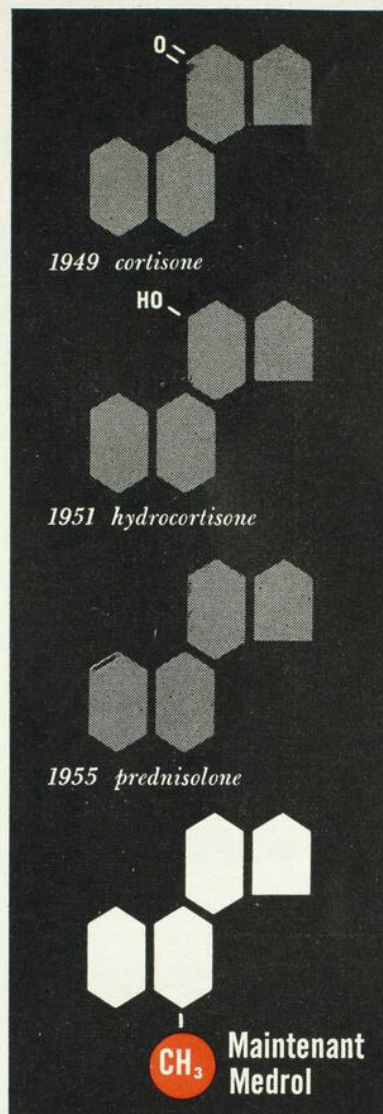
une nouvelle
forme pratique d'

E
Equanil[®]
MÉPROBAMATE

Upjohn

annonce une
amélioration
cortico-stéroïde
d'importance
capitale

*les plus petits
changements
chimiques peuvent
entraîner des
améliorations
thérapeutiques
d'importance
capitale*



Medrol*

Le plus
efficace de tous
les stéroïdes
anti-inflammatoires

Présentation: Comprimés de 4 mg,
en flacons de 30 et 100 comprimés.

*MARQUE DE COMMERCE DU MÉTHYLPREDNISOLONE UPJOHN

Pour des détails plus complets, veuillez consulter votre représentant régional Upjohn ou écrire au Service Médical
THE UPJOHN COMPANY OF CANADA, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

- **Posologie réduite**
($\frac{1}{3}$ de moins que pour la prednisolone)
- **Mieux toléré**
(moins de rétention sodique, moins d'irritation gastrique)

OPOBYL

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

*Affections hépatiques
Constipation*

YAB - Spécialités A. BAILLY
19, RUE DU ROCHER - PARIS

VINANT Limitée, 8355, Bd St-Laurent, Montréal 11, P.Q.

*1 à 2
pilules
aux repas*



PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)
ANTI-URIQUE TYPE



THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) (Ampoules 5 cc.)
Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODÉRAZINE MIDY

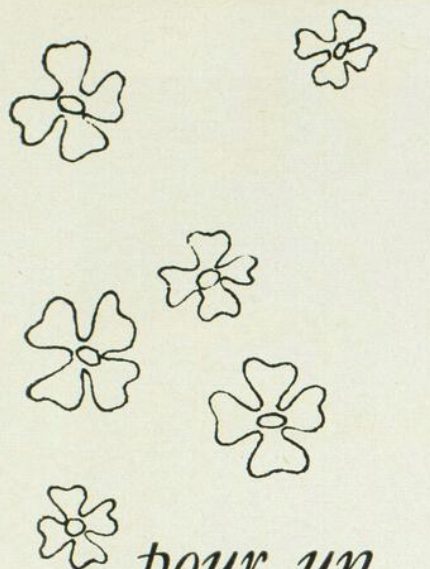
(buvable) (Gouttes)
Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)
Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 8355, Bd St-Laurent, Montréal 11, P.Q.

 *pour un
problème
féminin...*



GELÉE VAGINALE **Elsix**

Peut-être que rien ne peut détruire aussi facilement son sentiment de la féminité que les pénibles symptômes d'une vaginite.

Toutefois, avec Elsix vous pouvez rapidement amener le bien-être et la quiétude et contrôler l'infection. Convient particulièrement à vos patientes: dans la moyenne des cas, il suffit d'une application tous les deux soirs jusqu'à un total de six. Cependant, des infections sérieuses peuvent nécessiter un traitement chaque soir durant environ deux semaines. Le traitement devra être poursuivi la durée d'une période menstruelle.

Elsix est à votre disposition dans un tube de 1½ once avec six applicateurs pratiques.

GELÉE VAGINALE **Elsix**

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO., LIMITED, TORONTO, CANADA



CAS: Troubles gastriques?

SOLUTION POSSIBLE: Une formule lactique

Dans de nombreux cas d'alimentation difficile—alors que de nombreuses formules ont été essayées sans succès—le lait à l'acide lactique présente souvent le meilleur moyen de combattre les troubles gastriques chez les nourrissons. En essayant le lait à l'acide lactique *en premier lieu*, vous pouvez souvent éviter des essais décevants et réduire le nombre de modifications au régime du bébé.

Le lait en poudre Borden à l'acide lactique (marque CMP) est préparé d'après la formule établie à l'Hôpital des enfants, de Toronto. Il possède toutes les qualités du lait à l'acide lactique frais, et, de plus, il est toujours uniforme et parfaitement stable.

Chaque boîte contient des indications concernant la reliquéfaction.

.....

MODE D'EMPLOI DU LAIT EN POUDRE BORDEN À L'ACIDE LACTIQUE

.....

L'acide lactique à teneur maximum se prépare en mélangeant 1 once (4c. à table rases) de lait en poudre à l'acide lactique dans 8 oz. d'eau. Fournit 14.7 calories à l'once.

.....



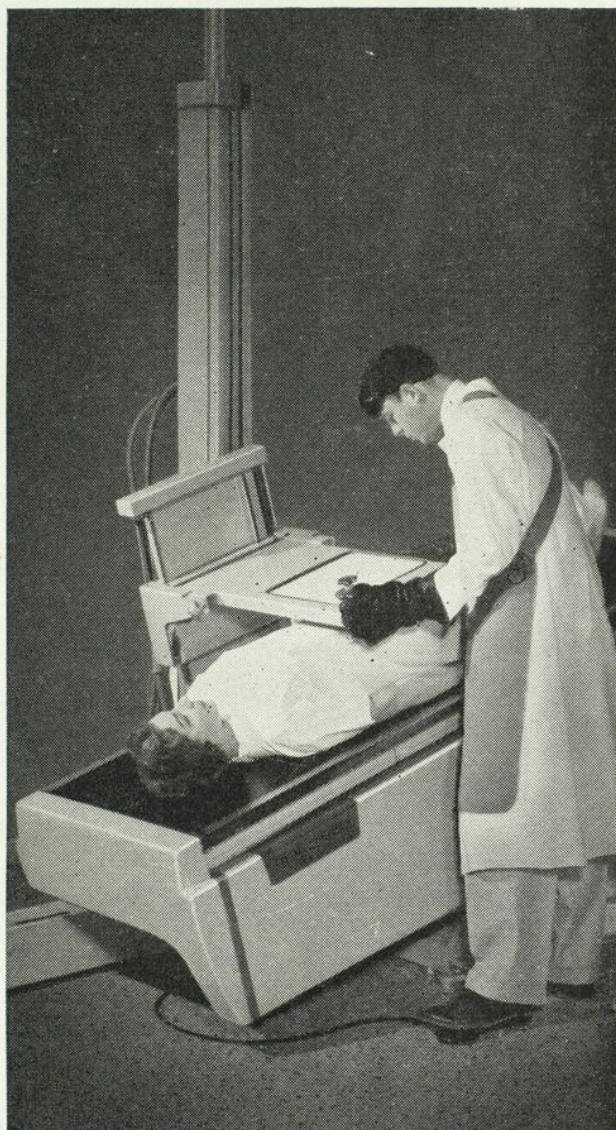
LA COMPAGNIE BORDEN, LIMITÉE

Service des aliments pour régimes, 6290, rue Périnault, Montréal 9, P.Q.
Spadina Crescent, Toronto, Ont.

Aucun autre appareil à rayons X à prix modique ne possède toutes ces caractéristiques

Seul G-E PATRICIAN vous procure
une telle économie à l'achat...

GENERATEUR DE RAYONS-X A CAPACITE TOTALE	200 ma, 100 kvp, onde à capacité totale pour "fixer" le mouvement involontaire du patient.
RAPIDE CONVERSION DE LA RADIOGRAPHIE A LA FLUOROSCOPIE	Le tube anodique à double foyer, rotatif, pivote facilement de par sa position sous la table.
TRES LONGUE TABLE INCLINABLE	La table de 81 pouces ne nécessite pas de rallonges pour les patients de haute taille. Inclinaison à 105° avec arrêt à l'horizontale.
MOBILISATION FACILE DE L'ECRAN	L'écran fluoroscopique équilibré avec précision par contre-poids demeure constamment parallèle à la table.
TUBE A SUPPORT INDEPENDANT	L'absolue liberté dans la mise en place du tube au patient... simplifie la mise en position radiographique.
CHAMP TOTAL	L'écran parcourt 41½" longitudinalement, 10" transversalement; il se meut verticalement de 16½ à 70" au-dessus du sol.
BUCKY AUTOMATIQUE A MOUVEMENT ALTERNATIF	Elimine les manipulations... en conséquence produit des radiographies brillantes, claires avec une excellente absorption des rayons interférents.
EMISSION RECTIFIEE AU CENOTRON	La rectification de l'onde totale à chaque émission prolonge la durée du tube, augmente l'efficacité de l'opération.
PRIX MODIQUE	A un prix concurreçant les appareils à faible capacité, à portée limitée — la fameuse qualité General Electric.



Pour les conditions relatives aux commodes et nombreux plans de finance, communiquez avec votre plus proche bureau de la General Electric X-Ray Corp., Ltd. — Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg. Ou envoyez ce coupon par la poste.



X-RAY DEPARTMENT
GENERAL ELECTRIC CO.
Milwaukee 1, Wisconsin, Rm. F-41

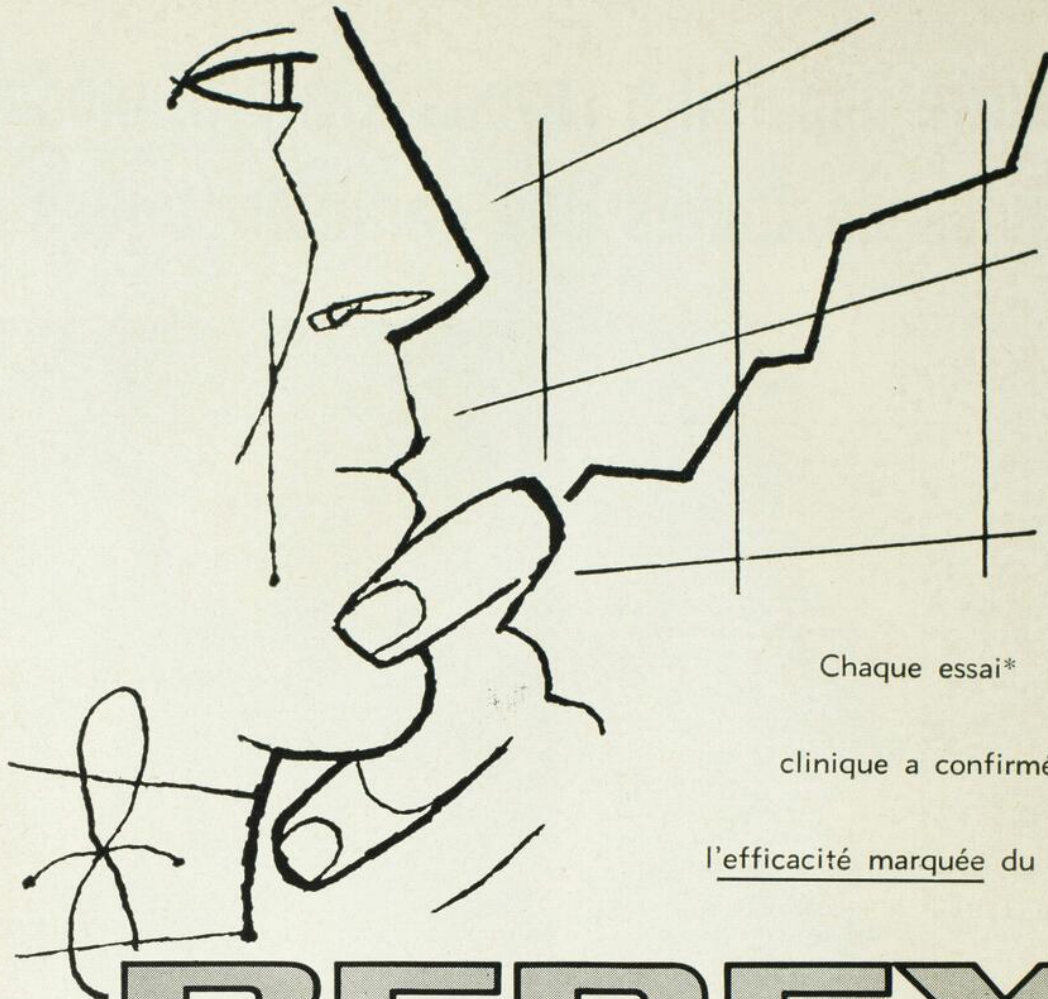
- S.V.P. m'envoyer votre brochure de 16 pages "PATRICIAN"
- Renseignements sur paiement par versements
- Plan de location MAXISERVICE

Nom

Adresse

Le Progrès est le plus important de nos produits

GENERAL  ELECTRIC



Chaque essai*

clinique a confirmé

l'efficacité marquée du

BEREX

SUCCINATE-SALICYLATE

contre les affections arthritiques et rhumatismales

- Possibilité de dose massive de salicylate
- Nul embarras gastrique
- Nul toxicité de salicylate
- Protection contre la dépression du métabolisme du tissu

Les essais thérapeutiques* ont confirmé l'efficacité marquée de la combinaison du succinate de calcium et d'acide acétylsalicylique de BEREX contre les affections arthritiques et rhumatismales. Cette combinaison unique prévient les effets toxiques et agit en tant que catalyseur respiratoire physiologique. Il permet des doses massives de salicylate.

BEREX — la thérapie efficace contre les affections arthritiques et rhumatismales

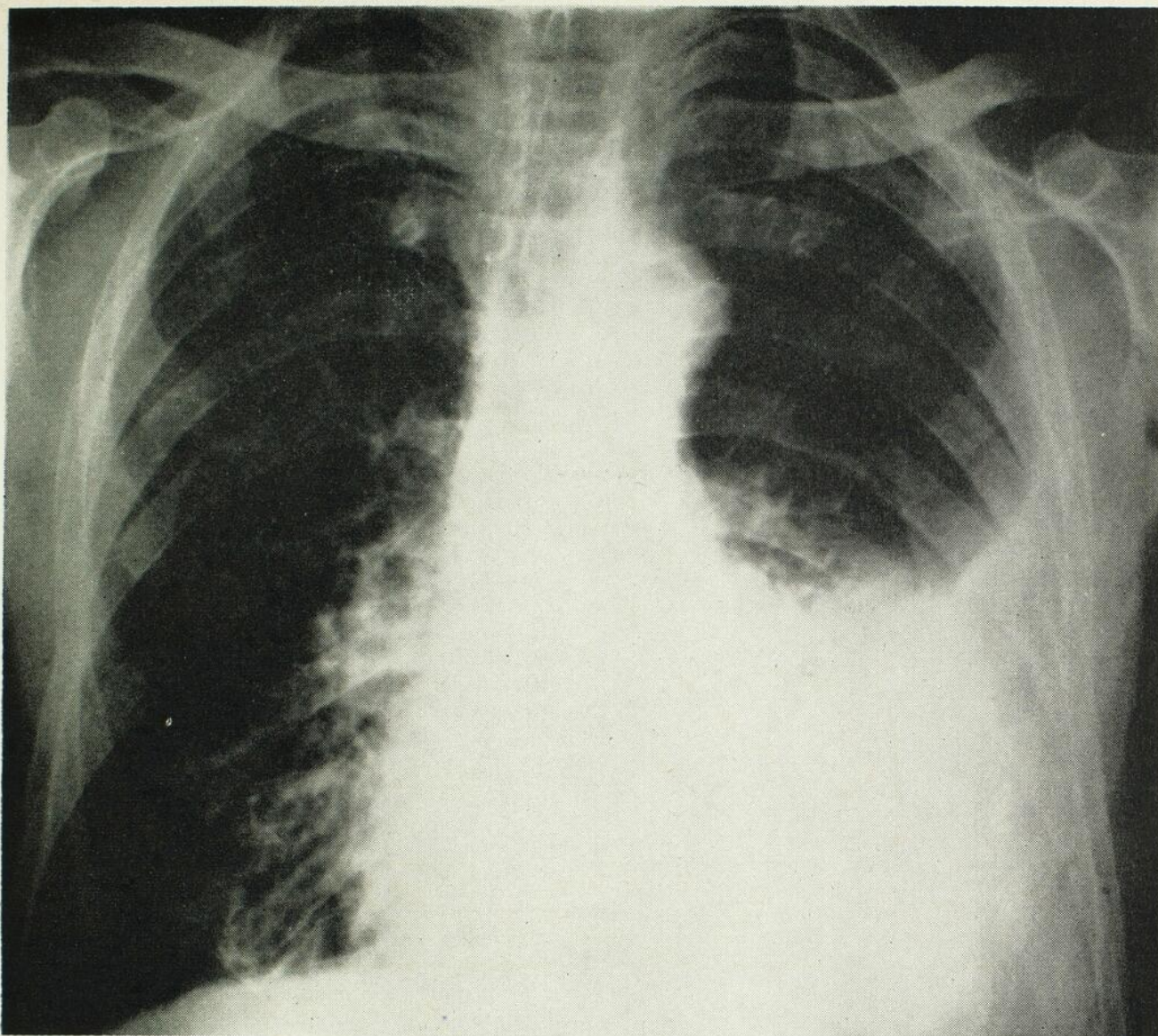
Chaque comprimé **BEREX** contient 2.8 gr. de succinate de calcium, 3.7 gr. d'acide acétylsalicylique

*Ohio State Medical Journal 43:1035, 1947
Journal American Medical Assn. 135:1114, 1947
Raska, S.B., L'effet de Berex et de l'acide acétyl-salicylique sur la respiration du foie d'un rat (rapport personnel), Annales des maladies rhumatismales 7:191, 1948
Essais Berex parmi les médecins Canadiens, 1952, 1955

Imprimés et échantillons sur demande

BEREX PHARMACAL COMPANY

36 Caledonia Road, Toronto 10
Ontario



Cholédyl, 400 mg. 4 fois par jour, apporta un soulagement au bronchospasme associé

Diagnostic—emphysème, bronchite chronique et atélectasie. Alors, pour prévenir l'épisode de crise dans l'*emphysème*, prescrivez Cholédyl. Cholédyl, xanthine orale facilement absorbée, soulage le bronchospasme, prévient les crises d'asthme aiguës, stimule les centres respiratoires, contribue à soulager l'œdème interstitiel... avec moins d'irritation gastrique que n'en cause l'aminophylline orale.

CHOLÉDYL

pour prévenir l'épisode de crise dans l'emphysème

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO. LIMITED, TORONTO, CANADA

Une Revue des Taux de Survie dans la Thérapeutique Anticoagulante

De nombreuses études cliniques ont été faites au cours de ces dernières années pour déterminer jusqu'à quel point les taux de survie dans les états pathologiques de coagulation étaient influencés par la thérapeutique anticoagulante.

Glueck, Ryder et Wasserman¹ ont rapporté, dans des études nécropsiques sur 151 patients morts d'infarctus du myocarde, que les anticoagulants avaient réduit les complications emboliques de 41% parmi le groupe « non traité » à 9% chez les patients traités. Les complications emboliques responsables de la mort, de l'avis du pathologiste, ont été réduites de 21% à 4%.

L'hémorragie n'était pas une cause de mort significative.

Dans une étude² portant sur 1031 cas faite par le Comité sur les Anticoagulants de l'Association Américaine du Cœur, la mortalité par infarctus du myocarde a été de 16% dans le groupe traité par les anticoagulants comparativement à 23.4% dans le groupe de contrôle; et la fréquence des complications thrombo-emboliques a été de 13.1% dans le groupe traité et de 41.8% dans le groupe de contrôle.

Wishart et Chapman³ ont rapporté une diminution de la fréquence de l'embolie pulmonaire de 22% à 6.5% dans 61 cas d'insuffisance avec stase.

Une étude contrôlée de Anderson et Hull⁴ a donné des résultats semblables. La fréquence des complications thrombo-emboliques n'était que de 2% dans le groupe traité comparativement à 8% chez les contrôles non traités. La mortalité dans les groupes traités et non traités était respectivement de 7.5% et 13.3%.

Bien que la valeur des anticoagulants soit bien établie, il y a encore des médecins qui semblent craindre les hémorragies par suite de leur emploi. Cependant, Wright, Marple et Beck² concluent d'études nécropsiques que les hémorragies fatales et les ruptures du cœur sont peu fréquentes à la suite de la thérapeutique anticoagulante convenablement administrée, et que ces pertes sont compensées par un nombre de vies sauvées environ cinq fois plus élevé. Les hémorragies, tant majeures que mineures, peuvent être minimisées par un traitement approprié.

Miradon, qui permet un traitement simple,⁵ est un nouveau dérivé oral de l'indanedione, Blaustein,⁶ qui fut le premier à se servir de Miradon, a présenté un rapport sur 59 cas dont la plupart souffraient de thrombose coronaire. Chez 56 de ces patients le traitement par Miradon a réussi. Il n'y a eu aucun indice d'agranulocytose ou de leucopénie,

pas de nausées, de vomissements, de diarrhée ou de protéinurie. Dans deux des trois cas où on s'est servi de vitamine K₁ pour neutraliser l'activité thérapeutique, le traitement a pu être promptement repris lorsque les temps de prothrombine furent revenus à des niveaux thérapeutiques. Cela représente un progrès important sur les anticoagulants plus anciens.

Lange, Perchuck et Mahl⁵ ont présenté un rapport sur l'emploi de Miradon sur 52 patients pendant un total de 1,198 jours-patients. Ils remarquent: « La constance de la réaction chez différents individus était surprenante, la réponse variant peu d'un patient à l'autre. » Ils n'ont observé aucune hypersensibilité et aucun cas où les niveaux thérapeutiques avaient été outrepassés. Les effets secondaires ont remarquablement fait défaut — il n'y a eu ni chromaturie, ni pétéchies, ni agranulocytose, ni atteinte du foie.

A cause de la rapidité de son action par voie orale, Miradon semble se rapprocher de l'héparine plus que les autres produits oraux; il réduit ainsi la nécessité de l'héparine intraveineuse après le traitement initial et évite le coût élevé, l'incommodité pour le patient et la brièveté d'action que comporte l'administration parentérale.

L'action uniforme et prévisible de Miradon réduit la nécessité de déterminations fréquentes du temps de prothrombine, et son atoxicité relative, l'absence d'action cumulative et la commodité d'une seule dose par jour sont des facteurs qui facilitent le traitement.

Miradon peut être administré pour le traitement et la prévention de tous les troubles pathologiques où intervient une coagulation excessive du sang artériel ou veineux. Les doses suggérées sont de 300 mg. le premier jour, 200 mg. le deuxième jour et 100 mg. le troisième jour. La dose d'entretien est d'environ 75 à 100 mg. par jour selon la réponse prothrombinique.

Présenté en comprimé de 50 mg. Miradon est fabriqué par Schering Corporation Limited, Montréal.

BIBLIOGRAPHIE

1. GLUECK, H. I.; RYDER, H. W., et WASSERMAN, P.: "Circulation", 13: 884, 1956.
2. WRIGHT, I. S.; MARPLE, C. D., et BECK, D. F.: "Myocardial Infarction, Its Clinical Manifestations and Treatment with Anticoagulants". Grune & Stratton, New York, 1954.
3. WISHART, J. H., et CHAPMAN, C. B.: "New England J. Med.", 239: 701, 1948.
4. ANDERSON, C. M., et HULL, E.: "American H. Journal", 39, 697, 1950.
5. LANGE, K.; PERCHUK, E., et MAHL, M. M.: "American Heart Journal", 55: 1, 1958.
6. BLAUSTEIN, A.: A preliminary report on the clinical use of a new anticoagulant. A paraître.

UN supplément nutritif durant la GROSSESSE et la LACTATION



Le Tutamate est un supplément nutritif, particulièrement conçu pour la période de grossesse et de lactation. L'administration régulière du Tutamate est une garantie que la mère atteindra le terme de sa gestation dans un excellent état de nutrition, et que le bébé sera bien préparé pour faire face aux dangers de son nouveau milieu.

L'ANÉMIE MACROCYTAIRE DE GROSSESSE — "Depuis les débuts de 1953 jusqu'à l'heure actuelle, aucun cas d'anémie mégalo-blastique associée à la grossesse et à la puerpéralité n'a été dépisté, en dépit d'une analyse hématologique constante.

*L'absence de cette anémie de nos cliniques et salles d'hôpital depuis juin 1953, date à laquelle commença l'administration quotidienne, durant la période précédant la naissance, d'un supplément renfermant 4.5 mcgm. de vitamine B₁₂ et 3.0 mg. d'acide folique, peut présenter plus qu'un intérêt passager."¹

*On employa le "TUTAMATE"

"TUTAMATE"

(TUTAMINA MATRIS = PROTECTION DE LA MÈRE)

Chaque tabsole renferme:

*Sulfate ferreux	150 mg. (2½ gr.)	} Aident à la prophylaxie et au traitement de l'ANÉMIE NUTRITIONNELLE. Essentiels à la bonne formation des GLOBULES ROUGES du SANG.
Sulfate de cuivre	2.5 mg.	
Stéarate de magnésium	8 mg.	
Carbonate de manganèse	0.3 mg.	
Vitamine A	2500 unités int.	— Aide à tenir la PEAU et les MUQUEUSES en bon état. Essentielle à la croissance normale.
Vitamine D	1000 unités int.	} Nécessaires au développement normal des OS et des DENTS. Préviennent le rachitisme.
†Farine d'os	130 mg. (2 gr.)	
Iodure de potassium	0.2 mg.	— Aide à prévenir l'HYPOTYROIDÉMIE.
Vitamine B ₁	1 mg.	} Aident à la prophylaxie de l'avitaminose B, y compris les manifestations nerveuses et cardiovasculaires d'un bérubéri latent.
Vitamine B ₂ — Riboflavine	1.5 mg.	
Vitamine B ₆ — Pyridoxine	1 mg.	
Niacinamide	6 mg.	— Aide à la prophylaxie de la PELLAGRE.
Vitamine C — Acide ascorbique	25 mg.	— Prophylaxie du SCORBUT. Aide au développement normal et à la conservation de l'OSSEATURE, de la DENTURE et des GENCIVES.
Vitamine B ₁₂	2 mcgm.	} Facteurs additionnels du complexe vitamini-que B.
Acide folique	1 mg.	
Succinate d'acide de d-alpha tocophérol	2 mg.	— Traitement prophylactique de L'AVORTEMENT HABITUEL et de la GESTOSE.

*Fer à l'état ferreux, 30 mg.

†Teneur moyenne: 44 mg. de calcium, 20 mg. de phosphore, 0.15 mg. de fluor.

¹Lowenstein, L., Pick, C., et Philpott, N. W.: "Megaloblastic anemia of pregnancy and puerperium." Am. J. Obst. & Gynec. 70:1309, 1955.

POSOLOGIE. Deux tabsoles par jour, ou plus au besoin. Procurable en flacons de 50, 100 et 250 tabsoles.

En moyenne, ce supplément coûte au patient environ 10 centins par jour.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

**BIBLIOGRAPHIE PARTIELLE
DU PROPYLTHIOURACIL**

1. Asper, S. P., Jr.: "Observations on the preparation of hyperthyroid patients for subtotal thyroidectomy with propylthiouracil." *Surgery* 34: 655, 1953.
2. Astwood, E. B., et Vanderlaan, W. P.: "Thiouracil derivatives of greater activity for the treatment of hyperthyroidism." *J. Clin. Endocrinol.* 5:424, 1945.
3. Astwood, E. B., et Vanderlaan, W. P.: "Treatment of hyperthyroidism with propylthiouracil." *Ann. Int. Med.* 25:813, 1946.
4. Bartels, E. C.: "Propylthiouracil: Its use in preoperative treatment of severe and complicated hyperthyroidism." *Tr. Am. A. Study Goiter*, 1947, pp. 89-98.
5. Bartels, E. C.: "Appraisal of the goitrogens: Results of treatment with thiouracil, propylthiouracil and related antithyroid drugs." *J. Clin. Endocrinol.* 8:766, 1948.
6. Bartels, E. C., et Kohn, M. M.: "Large doses of propylthiouracil in the treatment of hyperthyroidism." *J. Clin. Endocrinol.* 14:1403, 1954.
7. Blattner, E. J.: "Comments on current literature. Hyperthyroidism." *J. Pediat.* 40:679, 1952.
8. Bowen, D. D., et Lensner, A. R.: "Use of propylthiouracil in hyperthyroidism and diabetes: A study of 41 cases." *New England J. Med.* 254: 626, 1951.
9. Colcock, B. F.: "Treatment of thyroid disease." *Clin. Med.* 2:981, 1955.
10. Crile, G., Jr.: "Treatment of hyperthyroidism." *Canad. M. A. J.* 57:359, 1947.
11. Griffin, A.: "Management of hyperthyroidism in children." *Clin. Proc. Child Hosp.* 9:144 1953.
12. Goodman, L.S., et Gilman, A.: "The Pharmacological Basis of Therapeutics." ed. 2, New York, The Macmillan Company, 1955, chap. 65, p. 1543 ff.
13. Greenberg, S. U., et Bruger, M.: "Observations on the prolonged medical management of toxic diffuse goiter with thiouracil and propylthiouracil." *Am. J. M. Sc.* 220:373, 1950.
14. Ingbar, S. M.: "The influence of single doses of propylthiouracil on the kinetics of iodine accumulation by the thyroid glands of normal and hyperthyroid subjects." *J. Clin. Endocrinol.* 15:331, 1955.
15. Kappes, W. C.: "Modern concepts in the treatment of goitre." *J. Kennedy M. A.* 54:866, 1956.
16. Lynch, F. W., et Krafchuk, J. D.: "Serum lipids and thyroid activity in lupus erythematosus. Modification with propylthiouracil." *J. Invest. Dermatol.* 25:3, 1955.
17. McCullagh, E. P.; Hibbs, R. E., et Schneider, R. W.: "Propylthiouracil in the treatment of hyperthyroidism." *Am. J. M. Sc.* 214:545, 1957
18. McCullagh, E. P., et Cassidy, C. E.: "Propylthiouracil: 4-6 year follow-up of selected patients with Graves' disease." *J. Clin. Endocrinol.* 13:1507, 1953.

ACCEPTÉ



comme étant l'agent le plus sûr,
le plus uniformément efficace contre
LA THYROTOXICOSE

"PROPYL-THYRACIL"

marque de propylthiouracil

contrôle médical de la thyrotoxicose . . .
. . . a rendu le contrôle médical de la thyrotoxicose "relativement sûr et pratique".

mesures préalables à la thyroïdectomie . . .
. . . "Avec l'avènement du propylthiouracil, préparation moins toxique, l'emploi simultané d'un agent goitrigène et d'iode est devenu le traitement accepté . . ."¹²

et chez les patients gravement atteints, déjà traités à l'iode radioactif (I^{131}), le PROPYL-THYRACIL peut être employé avantageusement durant les deux ou trois mois qui s'écoulent avant que l'iode radioactif (I^{131}), ait exercé tous ses effets.

Le régime alimentaire des patients hyperthyroïdiens doit être riche en protides et en hydrates de carbone, et renforcé d'un supplément polyvitaminé. Le PROPYL-THYRACIL à 100 mg. aux VITAMINES aide à simplifier le régime.

Les institutions autorisées peuvent se procurer de l'iode radioactif ainsi que du radiophosphore et du radio-or de Charles E. Frosst & Co.



"PROPYL-THYRACIL"

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

Aussi procurable:

"PROPYL-THYRACIL" à 100 mg. aux VITAMINES
Comprimé N° 448 "Frosst"

DOSE D'ATTAQUE: 100 mg. trois ou quatre fois par jour, jusqu'à rémission. **DOSE D'ENTRETIEN:** de 25 à 50 mg. trois ou quatre fois par jour.

Flacons de 100 comprimés

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



romicil[®] roche

*les 3 qualités de
l'antibiotique Romicil*

efficacité clinique dans la grande majorité des infections couramment rencontrées dans les hôpitaux et au bureau du médecin

respect de la flore intestinale physiologique et la tolérance digestive parfaite

absence de résistance croisée avec la pénicilline, la streptomycine, le chloramphénicol et les tétracyclines.

PRÉSENTATION: Capsules à 100 mg.,
flacons de 12 et 100

Capsules à 250 mg.,
flacons de 16 et 100

ROMICIL: Marque de phosphate
d'oléandomycine



HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE
MONTRÉAL



MAINTENANT 14 VARIÉTÉS de VIANDES SWIFT'S pour BÉBÉS

Comme vous le savez, les bébés aiment . . . et devraient avoir . . . de la variété dans leur alimentation. C'est pourquoi la maison Swift prépare 14 variétés de Viandes pour Bébés: 13 variétés 100% viande, et du Saumon. Elle prépare également des Jaunes d'Oeufs. Le tout est soigneusement choisi, cuit et passé au tamis fin de sorte que ces aliments sont délicieux, nourrissants et faciles à digérer.

Les trois nouvelles variétés de Viandes Swift's pour Bébés ont été créées spécialement pour les bébés qui ne s'habituent que lentement à la viande, afin qu'eux aussi puissent profiter de la valeur nutritive de la viande. Ce sont les nouvelles viandes aromatisées aux fruits: Porc avec Compote de Pommes, Jambon avec Sauce aux Raisins et Agneau avec Menthe. Seulement un peu de fruits ou de menthe a été ajouté . . . juste assez pour que les bébés trouvent les viandes plus appétissantes.

Vous pouvez recommander toutes les variétés de Viandes Swift's pour Bébés en toute confiance. (La plupart sont également disponibles sous forme hachée pour Enfants.)



Boeuf • Porc • Jambon • Agneau
• Poulet • Veau • Poulet et Veau
• Foie • Coeur de Boeuf • Foie
et Bacon • Porc avec Compote de
Pommes • Jambon avec Sauce aux
Raisins • Agneau avec Menthe •
Jaunes d'Oeufs • Saumon

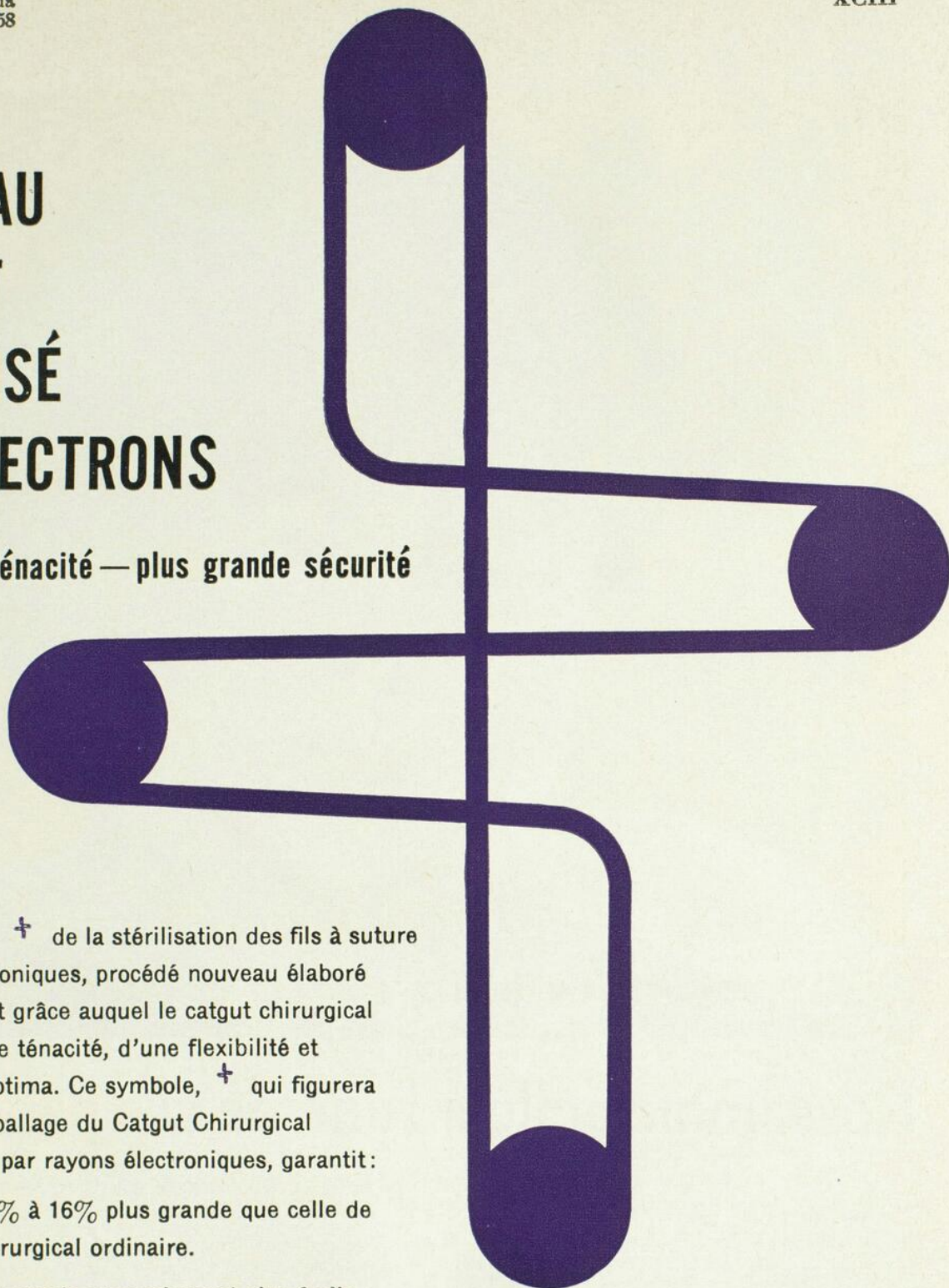
Swift

pour mieux vous servir

VIANDES POUR BÉBÉS • LE PLUS PRÉCIEUX DES PRODUITS SWIFT'S

NOUVEAU CATGUT STÉRILISÉ PAR ÉLECTRONS

plus grande ténacité — plus grande sécurité



Voici le symbole \oplus de la stérilisation des fils à suture par rayons électroniques, procédé nouveau élaboré par ETHICON et grâce auquel le catgut chirurgical Ethicon est d'une ténacité, d'une flexibilité et d'une sécurité optima. Ce symbole, \oplus qui figurera bientôt sur l'emballage du Catgut Chirurgical Ethicon stérilisé par rayons électroniques, garantit:

- ténacité de 10% à 16% plus grande que celle de tout catgut chirurgical ordinaire.
- flexibilité plus grande et maniement plus facile.
- stérilisation électronique après emballage à joint scellé, écartant tout danger de nouvelle contamination.

ETHICON*



Ressemble-t-elle à l'une de vos patientes?

UN grand nombre de médecins se trouvent dans l'obligation de défendre ou de restreindre l'usage, à certains de leurs patients, de breuvages tels que le café, le thé, le cacao et les liqueurs douces.

Le Postum Instantané ne contient pas de caféine, de théobromine, de théophylline ou de tanin. Fait de blé entier, de son et de mélasse, il est inoffensif. Une tasse

moyenne de Postum ne contient que 10 mg. de sodium et 16 calories.

Avec Postum, vous avez un breuvage chaud, réconfortant, mais qui ne stimule pas.

Pour obtenir des échantillons professionnels, sans aucune obligation de votre part, veuillez adresser votre demande à: Instant Postum, General Foods, Limited, Cobourg, Ontario.

Postum Instantané

Sans caféine

P-18F



Un produit de
General Foods, Limited

Voici
SUX-CERT

**CHLORURE DE
SUCCINYLSCHOLINE
lyophilise
DANS UN INCERT®**

*pas de
refrigeration
requis*

**Adjuvant anesthésique stérile
—calmant prompt et rapide
des muscles striés**

Grâce au procédé INCERT® qui permet une reconstitution stable et instantanée, cet agent de blocage neuro-musculaire produit un relâchement rapide et prompt des muscles striés, soit avant ou après une intervention chirurgicale.

Aucune date d'expiration ... conserve son efficacité à une température normale ... le dispositif INCERT permet de multiplier les dosages ... reconstitution immédiate dans les solutions parentérales ... transfert aseptique des solutions sans seringue ni aiguille ... procédé additif entièrement clos, sûr et stérile ... économique.

*Présenté en fioles stériles additives renfermant 500
et 1000 mg. de chlorure de succinylcholine anhydre.*

AUTRES PREPARATIONS INCERT®

VI-CERT (Vitamines B lyophilisées avec Vitamine C) — cinq vitamines essentielles du groupe B et vitamine C. **INCERT T41** — 25 mg. de Thiamine HCl, 10 mg. de Riboflavine, 100 mg. de Niacinamide, 20 mg. de Pantothénate de Calcium, 20 mg. de Pyridoxine HCl, 500 mg. d'Acide Ascorbique.

SOLUTION DE CHLORURE DE POTASSIUM INCERT T2010 — 20 mEq. K et Cl dans une solution stérile de 10 cc. (2 mEq/cc.). **INCERT T2020** — 40 mEq. K et Cl dans une solution stérile de 12,5 cc. (3.2 mEq/cc.).

SOLUTION DE PHOSPHATE DE POTASSIUM INCERT T31 — Phosphate de Potassium (1,579 gm. de HPO_4K_2 et 1,639 gm. de H_2PO_4K par 10 cc.). Renferme 30 mEq. de K et HPO_4 dans une solution stérile de 10 cc.

SOLUTION DE LEVULINATE DE CALCIUM INCERT T51 — Solution de Lévilinate de Calcium à 10 %, 1,0 gm. (6,5 mEq. de Calcium) dans une solution stérile de 10 cc.

TRAVENOL LABORATORIES, INC.

Distribués au Canada par

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD.

alliston, ontario

Conçu pour répondre à vos standards—

Le Lait Morning

le lait semi-écrémé garanti par Carnation



Votre recommandation du Lait Morning semi-écrémé est justifiée par cette qualité contrôlée, longuement éprouvée, qui a fait du Lait Carnation le lait accepté pour l'alimentation des nourrissons qui exige une forte teneur en gras.

NOURRISSANT ET DIGESTIBLE:

On a uniformisé la production pour avoir les proportions précises de la vitamine D et de la teneur en gras.

UNIFORME: On maintient une haute qualité uniforme dans chaque boîte, grâce à une surveillance constante au laboratoire.

SÛR: On accepte seulement le meilleur lait qui a passé l'inspection et on vérifie chaque étape de la production. Et le Lait Morning est protégé par la boîte spéciale de Lait Evaporé Carnation.

UN AUTRE PRODUIT DE QUALITÉ CARNATION

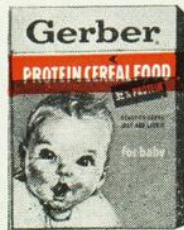




Une portée majeure en alimentation Infantile

La Céréale Protéinée Gerber est d'une valeur nutritive supérieure par suite de sa teneur *élevée* en protéines... une teneur de 35% en protéines dérivées d'un mélange bien équilibré d'avoine, blé, soja et levure. Enrichie de fer, calcium et vitamines B, comme toutes les autres Céréales Gerber, elle est précuite et prête à servir avec du lait ou de la formule. Sa saveur originale de noix plaît aux bébés comme aux bambins.

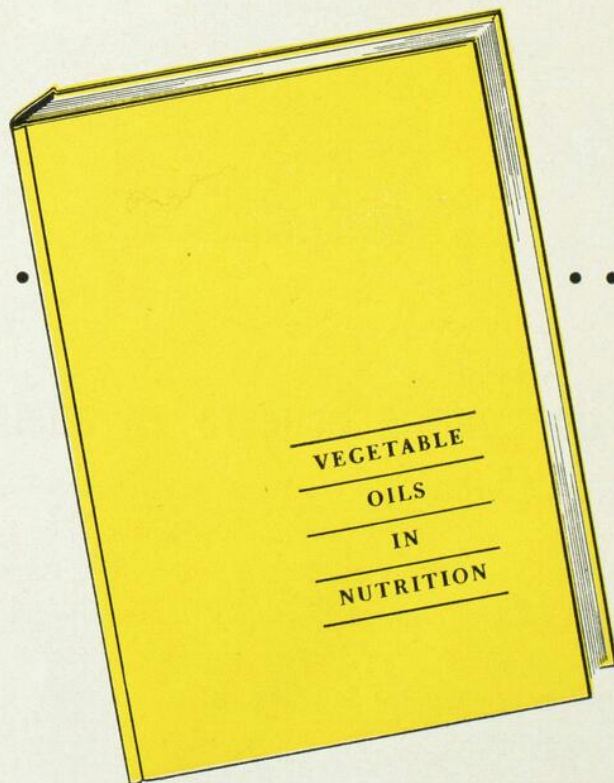
Céréale Protéinée Gerber



Distribution opportune

On est porté en général, à attacher de plus en plus d'importance au rôle joué par les lipides alimentaires comme facteurs santé ou maladie. Et les études tendent à prouver que la qualité du gras alimentaire pourrait être un facteur plus important que sa quantité.

Cette étude de 88 pages vous donne une vue d'ensemble des publications et des recherches sérieuses, tant au laboratoire qu'en clinique, du rôle particulier des gras poly-insaturés sur le métabolisme.



(anglais
seulement)

d'une étude d'ensemble

DANS UNE PROPORTION DE 100%, L'HUILE DE MAÏS MAZOLA EST UN DÉRIVÉ PUR DU MAÏS

- Sous une forme naturelle—*non hydrogénée*
- Ne contient pas de cholestérol
- Plus de 85% de ses acides gras composants sont non saturés
- Contient une bonne proportion d'acide linoléique qui joue un rôle particulièrement important dans le métabolisme.
- Constitue un excellent véhicule des vitamines lipo-solubles
- Grande tolérance, digestion rapide et absorption facile.
- Peut facilement trouver place dans le régime de tous les jours, et cela, de bien des façons différentes

**Un livre de recettes à base d'huile de maïs
Mazola sera envoyé sur demande*

.....

FAITES VENIR VOTRE EXEMPLAIRE GRATUIT DÈS AUJOURD'HUI

The Canada Starch Company Limited
Division M—1940 Building Sun Life
Montréal, P.Q.

Veillez m'expédier, port payé, votre nouveau livre de référence: "Le rôle des huiles végétales dans la nutrition". Veuillez aussi m'expédier un certain nombre d'exemplaires de votre nouveau livret: "Recettes avec l'huile de maïs Mazola pour une meilleure alimentation".

Indiquez la quantité.....

Docteur.....

Adresse.....

Ville..... Province.....



PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

Littérature sur demande.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

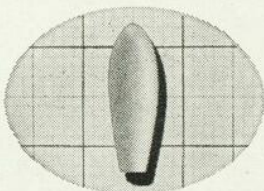
DE QUOI DEMAIN SERA-T-IL FAIT ?

Nul ne connaît l'avenir. Il est facile de prévoir, cependant, que demain apportera sa part de besoins, d'obligations et de charges. Ne vivez pas au jour le jour; prenez vos dispositions pour l'avenir. Le moyen d'avoir de l'argent, c'est d'en amasser avec régularité. Rien n'encourage autant l'économie qu'un compte d'épargne. Vous recevrez le meilleur accueil à la

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

588 bureaux au Canada

CONCUS
pour une introduction
et une rétention faciles



D'UNE FORMULE
qui assure un
prompt soulagement



CLINIQUEMENT
efficaces et sûrs



WYANOIDS

SUPPOSITOIRES HÉMORRHOÏDAIRES

Wyeth

Marque Déposée

autre forme:
ONGUENT WYANOID

*Le Cognac
de l'amitié*

MARTELL

★★★

*Le cognac le plus demandé
au monde*

*Depuis 1715, les hôtes accueillants
offrent du Martell*

MIS EN BOUTEILLE À COGNAC, FRANCE.

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories (Selsun — Ibérol)	LI - LII	Merrell Company, The Wm. S. (Alertonic)	LXIV — LXX
Anglo-French Drug Limitée (Gravinon)	LIII	Millet, Roux & Compagnie (Palmorectal)	III
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Prémarine — Miltown)	XXIX - XXX	Mowatt & Moore Limited (Senilex)	XLVII
Banque Canadienne Nationale	C	Nestlé (Canada) Limitée (Pélagon)	CII
Berex Pharmacal Company (Berex)	LXXXVI	Parke, Davis & Company Limited (Gouttes ABDEC) ...	XLI
Borden Company (Lait en poudre)	LXXXIV	Pfizer Canada Limited (Cosa-Tétracyne)	LXI - LXII - LXIII
Bristol Laboratories (Tetrex) (646 - 647)	LXVI - LXVII	Poulenc Limitée (Largactil - Larga-Dex)	XIX - XX
British Drug Houses (Mepedyl — APC)	XL	Robins Company of Canada Limited (Robaxin)	L
Burroughs-Wellcome (Lanoxine)	LXIV — LXX	Robins Company of Canada Limited (Phenaphen)	XVII
Calmic Limited (Sedumax)	LXXVIII	Robins Company of Canada Limited (Allbee)	XXXIII
Canada Drug Ltée (Somenal — Bétagène — Lacto-Cal)	XIV	Rougier Frères (Lipotrope)	V
Canada Drug Ltée (Paveral)	C	Rougier Frères (Pygmal)	1ère page de la couverture
Canada Starch Co. (Huile Mazola)	XCVIII — XCIX	Roussel (Canada) Limitée (Soframycine)	LXXVII
Canadian Kodak Co. Limited (Film Royal Blue)	LXXXIV	Sandoz (Canada) Limited (Sandostène)	XXIV
Carnation Milk (Lait Morning)	XCVI	Schering Corporation Limited (Meti-Derm)	XI
Ciba Limitée (Bradosol)	2ème page de la couverture	Schering Corporation Limited (Hormones Schering)	LV
Ciba Limitée (Serpasil)	3ème page de la couverture	Schering Corporation Limited (Miradon)	LXXXVIII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Examens)	X	Schmid, Julius (Canada) Limited (Vagisec)	XLIV
Crookes-Barnes Canada, Ltd. (Argyrol S. S.)	XXXII	Searle Company, G. D. (Enovid)	XXXIV
Desitin Chemical Company (Desitin)	XLII	Sherman Laboratories (Elixophyllin)	XLVI
Eddé, J., Limitée (Neurinase — Alepsal — Génévral)	XXVIII	Shuttleworth, E. B. (Novahistine)	XXVII
Frosst, Chas. E. & Company (Sedalka)	IV	Smith & Nephew Limited (Gypona)	XXII
Frosst, Chas. E. & Company (Falapen — Zéphadon) VII - VIII	VII - VIII	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Dexamyl)	LVII
Frosst, Chas. E. & Company (Tutamate — Propylthy- racil)	LXXXIX - XC	Squibb & Sons Limited (Florinef-S)	XXV
Geigy Pharmaceuticals (Finalgon)	XII	Sterling Drug Mfg. Limited (Prééminence)	LXXVI
Geigy Pharmaceuticals (Préludine)	XLIII	Swift Canada Company Limited (Viandes pour bébés)	XCII
General Electric X-Rays (G-E Patrician)	LXXXV	Travenol (Sux-Cert)	XCV
General Foods, Limited (Postum Instantané)	XCIV	Upjohn Company Limited (Medrol)	LXXXI
Gerber Products of Canada Limited (Céréale Protéinée)	XCVII	U. S. Vitamin Corporation of Canada Limited (C.V.P.)	XVIII
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II	Vinant Limitée (Opobyl — Pipérazine — Thiodérazine)	LXXXII
Herd & Charton, Inc. (Hyperprostal)	LIV	Warner-Chilcott Laboratories (Anusol)	VI
Herd & Charton, Inc. (Marro-Dausse)	LVI	Warner-Chilcott Laboratories (Peritrate)	XV
Herd & Charton, Inc. (Veratrite)	LVIII	Warner-Chilcott Laboratories (Pyridium)	XXXVII
Hoechst Pharmaceuticals (Orinase)	XXXV	Warner-Chilcott Laboratories (Mandelamine)	LIX
Hoffmann-La Roche Limitée (Romicil)	XCI	Warner-Chilcott Laboratories (Gelusil)	(648) LXVIII
Horner Limited, Frank W. (Histol-C)	XXXVI	Warner-Chilcott Laboratories (Agarol)	(649) LXIX
Johnson & Johnson Limited (Ethicon)	XCIII	Warner-Chilcott Laboratories (Biomydrin)	LXXI
Laboratoires Desbergers (Agobyl — Taractine)	4ème page de la couverture	Warner-Chilcott Laboratories (Proloid)	LXXV
Lakeside (Canada) Limited (Néohydrin)	XXXI	Warner-Chilcott Laboratories (Elsix)	LXXXIII
Lastonet Limited (Bas élastiques)	X	Warner-Chilcott Laboratories (Cholédyl)	LXXXVII
Lederle Laboratories (Achromycin)	I	Welch Allyn (Transformateur mural)	LXXII
Lederle Laboratories (Aristocort)	XLVIII - XLIX	Westwood Pharmaceuticals (Fostex)	XXVI
Lederle Laboratories (Diamox)	LX	Winthrop Laboratories of Canada Limited (PNS suppositoires)	XVI
Librairie Beauchemin Limitée	XXXVIII	Whyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Diamagma — Polymagma)	XIII
Martell (Cognac)	C	Whyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Pen-Vee Oral)	XXIII
Mead Johnson Company of Canada (Peri-Colace)	LXXXIII	Whyeth & Bros. (Canada) Limited, John (S.M.A)	XLV
Merck, Sharp & Dohme (Leritine)	IX	Whyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Sparine — Equanil)	LXXIX - LXXX
Merck, Sharp & Dohme (Néo-Hydeltrasol)	XXXIX	Whyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Wyanoids)	C
Merrell Company, The Wm. S. (Bendecten)	XXI		

*Nouveau! réponse moderne aux problèmes
d'alimentation infantile*

pelargon*

Lait en poudre modifié*
dont l'action physiologi-
que se rapproche le plus
du lait maternel par

- son excellente
digestibilité
- la régularité
remarquable de la
courbe du poids
- son action
prophylactique

Documentation et échantillons à
la disposition des membres de
la profession médicale unique-
ment.

donne au pédiatre et
à la mère un sentiment
de sécurité inconnu
avec d'autres formules
d'alimentation infantile.



NESTLÉ au service de la pédiatrie depuis plus de 80 ans.

NESTLÉ (CANADA) LTÉE

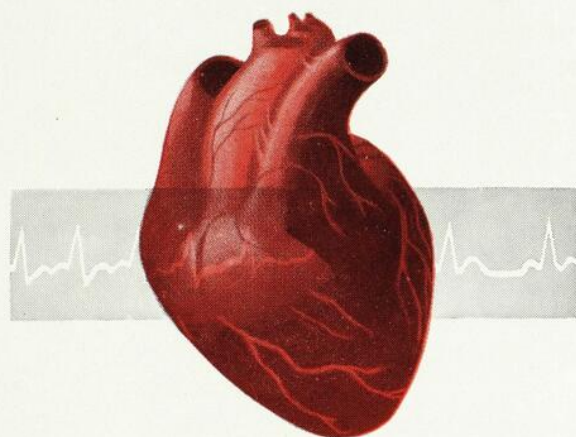
DOCUMENTATION MEDICALE

27 CARLTON ST., TORONTO, ONTARIO

* Pelargon—Lait en poudre entier modifié par l'adjonction contrôlée de
dextrine-maltose, sucrose, amidon précuit et acide lactique.



nouvel adjuvant très précieux dans le traitement
des cardiopathies*



* S E R P A S I L[®] calme le "Coeur Nerveux"

1. Diminue la fréquence cardiaque 2. Prolonge la diastole 3. Réduit l'excitabilité réflexe du système circulatoire 4. Ménage le coeur 5. Diminue la pression sanguine trop forte dans les poumons 6. Calme et tranquillise le malade.

Remarque: Serpasil n'augmente pas la force des contractions du coeur et ne peut par conséquent être employé à la place de glycosides cardiaques lorsqu'on désire obtenir une action inotrope positive.

[®] marque déposée

C I B A



AGOBYL

**GRANULÉ FRIABLE, SOLUBLE
CHOLAGOGUE AUTHENTIQUE
AGENT DE DRAINAGE DES VOIES BILIAIRES**

AGOBYL est le seul cholagogue qui ait soutenu avec succès l'épreuve cholécystographique et dont l'action sur la vésicule biliaire ait été prouvée hors de tout doute par la cystographie.

AGOBYL est préconisée dans les troubles du foie, ictères aigus ou chroniques, sauf ceux d'origine spécifique ou nécessitant une intervention chirurgicale.

PRÉSENTATION:

AGOBYL GRANULÉ: Boîtes de 125 grammes.
AGOBYL ELIXIR: Flacons de 6 et 12 onces.

TARACTINE®

**Médication ataractique;
Antispasmodique; Sédatif et
non déprimante.**



PRÉSENTATION:

Flacons de 30 et 100 dragées.

FORMULE:

Chaque dragée contient:

Sulfate de spartéine	15 mgm
Méphénésine	60 mgm
Tr. Belladonne (8 minimes)	50 mgm
Phényl - Ethyl - Barbital	20 mgm
Ext. Crataegus	30 mgm
Ext. Passiflore	60 mgm

INDICATIONS:

Anxiété; Hyperémotivité; Angoisses; Insomnie; Céphalées; Excitabilité; Dyspnée; Palpitations.

POSOLOGIE:

Une ou deux dragées après les repas; Insomnie. Deux à quatre dragées le soir au coucher.