D 1961

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

ME 90 — NUMÉRO 7 MONTRÉAL, JUILLET 1961

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

1872 - 1961

Fondée à Québec en 1902

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

LLETIN

CONGRES ET LE NOTRE 673
Roma Amyot

• • •

E DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA 676
Pierre Smith

EUX ACCEPTES PAR LE CONSEIL DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA LORS DU XXXe CONGRES TENU A QUEBEC, JUIN 1961 679

AVAUX ORIGINAUX

S CANCERS DU TUBE DIGESTIF 680
Gérard Gagnon, Emile Simard, François Brisson, Edouard Beaudry et Aubin Charbonneau

S FORMES DEGUISEES DES PHEOCHROMOCYTOMES 686
Murat Kaludi

NGIOGRAPHIE HEPATIQUE 694
André Viallet

CUEIL DE FAITS

SYNDROME DE TROUSSEAU 703
Murat Kaludi

SYNDROME D'EMPOISONNEMENT PAR L'OXYGENE 706
François Léger

OUVEMENT MÉDICAL

UDE CLINIQUE DE LA PYRROLIDINO-METHYL-TETRACYCLINE (REVERIN) 708
Gilles Gosselin

VUE GÉNÉRALE

SERVICE DE PSYCHIATRIE D'UN HOPITAL GENERAL ET LA THERAPEUTIQUE PAR LE MILIEU OU "MILIEU THERAPY" 713
Georges-H. Turcot

CZEMA CHEZ L'ENFANT 717
Gilles Huard

LES ALGIES 720
Pierre Lefebvre

ÉDITORIAL

CONGRES MONDIAL DE PSYCHIATRIE 724
Jean-Marc Bordeleau

UN SECRETARIAT DES FACULTES CANADIENNES DE MEDECINE .. 726
Roma Amyot

VARIÉTÉS

EXTRAIT DU DISCOURS DU DOCTEUR PIERRE JOBIN, PRESIDENT DU 31e CONGRES 728

ALLOCUTION DU PROFESSEUR ANDRE LAMBLING, DELEGUE OFFICIEL DE LA FRANCE AU 31e CONGRES 729

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

LA TACHYCARDIE VENTRICULAIRE 730
Jean-D. Gratton et Gisèle Fournier

A PROPOS DE LA FORME NEO-NATALE DE LA MALADIE DE MINKOWSKI-CHAUFFARD 732
P. Dagenais-Pérusse, E. Baril, E. Hazard et S. Ouadahi

DE L'IMPORTANCE DE LA VISITE PRE ET POST-ANESTHESIQUE.... 735
Gaston Carignan

CORRESPONDANCE

LETTRE DES ETATS-UNIS 738

• • •

ANALYSES 740
SOCIETÉS 750
NECROLOGIE 751
NOUVELLES 752
REVUE DES LIVRES 754
COMMUNIQUES 755
LIVRES REÇUS 758
L'Union Médicale du Canada en 1892 766
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 768

BIBLIOTHEQUE

Une considération de BASE . .
en corticothérapie cutanée

CORTICREME

1 mg. d'Hydrocortisone par gramme

Base spéciale hydrosoluble, évanescente: libère rapidement la concentration thérapeutique nécessaire.

INFLAMMATIONS • PRURIT • ECZÉMAS

Tubes de 10 et 20 grammes

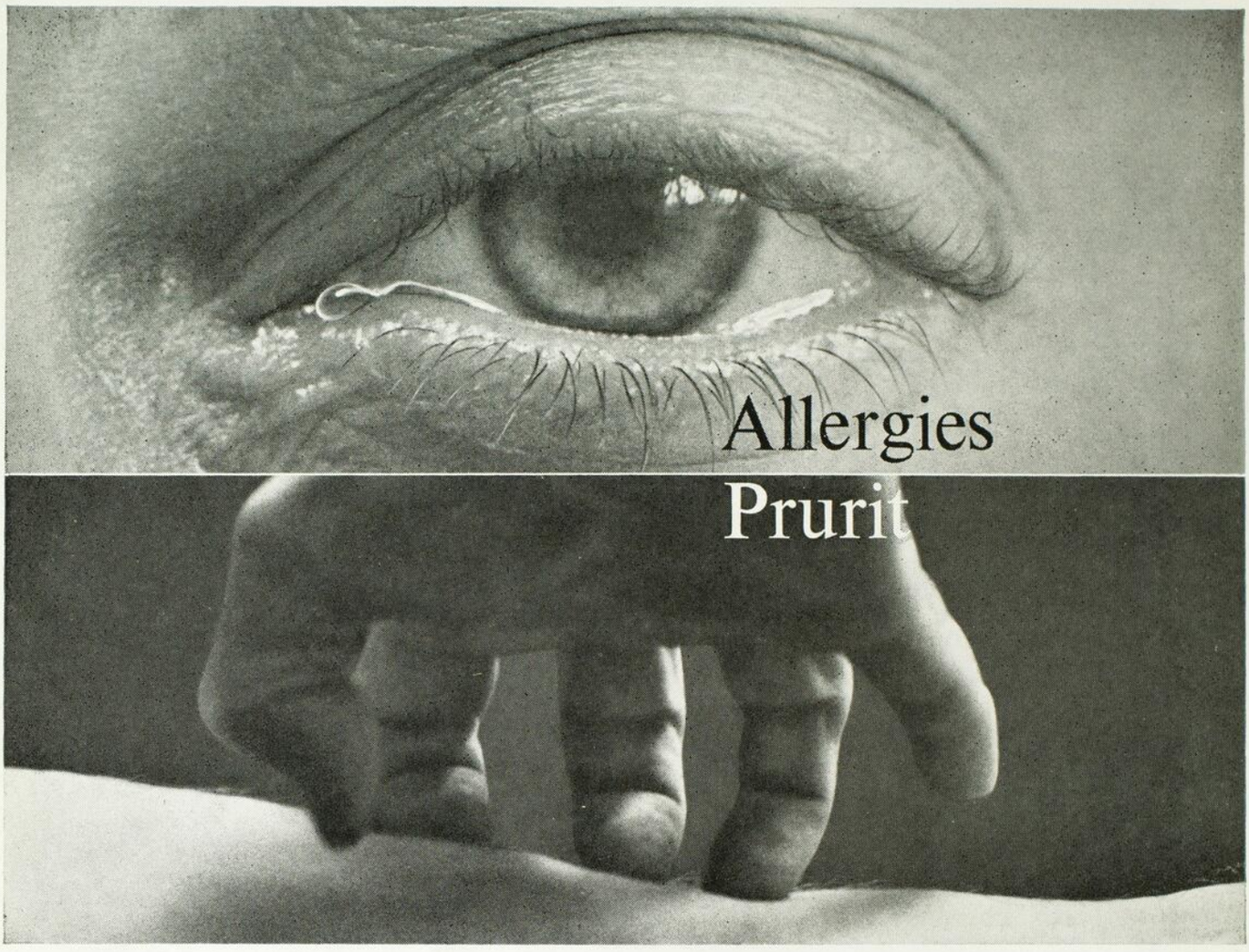
Dans les dermatites infectées

CORTICREME C NEOMYCIN

Hydrocortisone 1 mg. — Sulfate de Néomycine 5 mg.
Tubes de 10 et 20 grammes

Rougier INC.

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



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

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

avec le nouveau

Forhistal®

soulagement symptomatique net à moyen dans plus de 8 cas sur 10

Posologie moyenne:

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

Lontabs—1 Lontab matin et soir.

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

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

Présentations:

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

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

CIBA
OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION

1808



● Les troubles gastro-intestinaux fonctionnels peuvent être d'origine psychosomatique et donner lieu à leur tour à des troubles émotionnels. Les personnes actives peuvent souvent, par suite de leur vie intense, tomber dans ce cercle vicieux. Le PATHIBAMATE relâche la tension et apaise l'anxiété tout en traitant les troubles fonctionnels en cause du tube gastro-intestinal.

PATHIBAMATE* 400/200

PATHILON - Meprobamate Lederle

PATHIBAMATE 400, Comprimés:
PATHILON* (Chlorure de tridihexéthyle) 25 mg., méprobamate 400 mg., un comprimé t.i.d. aux repas et 2 comprimés h.s.

PATHIBAMATE 200, Comprimés:
PATHILON 25 mg., méprobamate 200 mg., un comprimé t.i.d. aux repas et 2 comprimés h.s.

*Marque Déposée

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

L'Union Médicale
du Canada

•

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

**Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins.**

**Secrétaire de la Rédaction:
Jean-Marc Bordeleau.**

BUREAU DE COLLABORATION

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

CORRESPONDANTS

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

INDICATIONS:

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

l'eau qui fait . . . du bien!

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

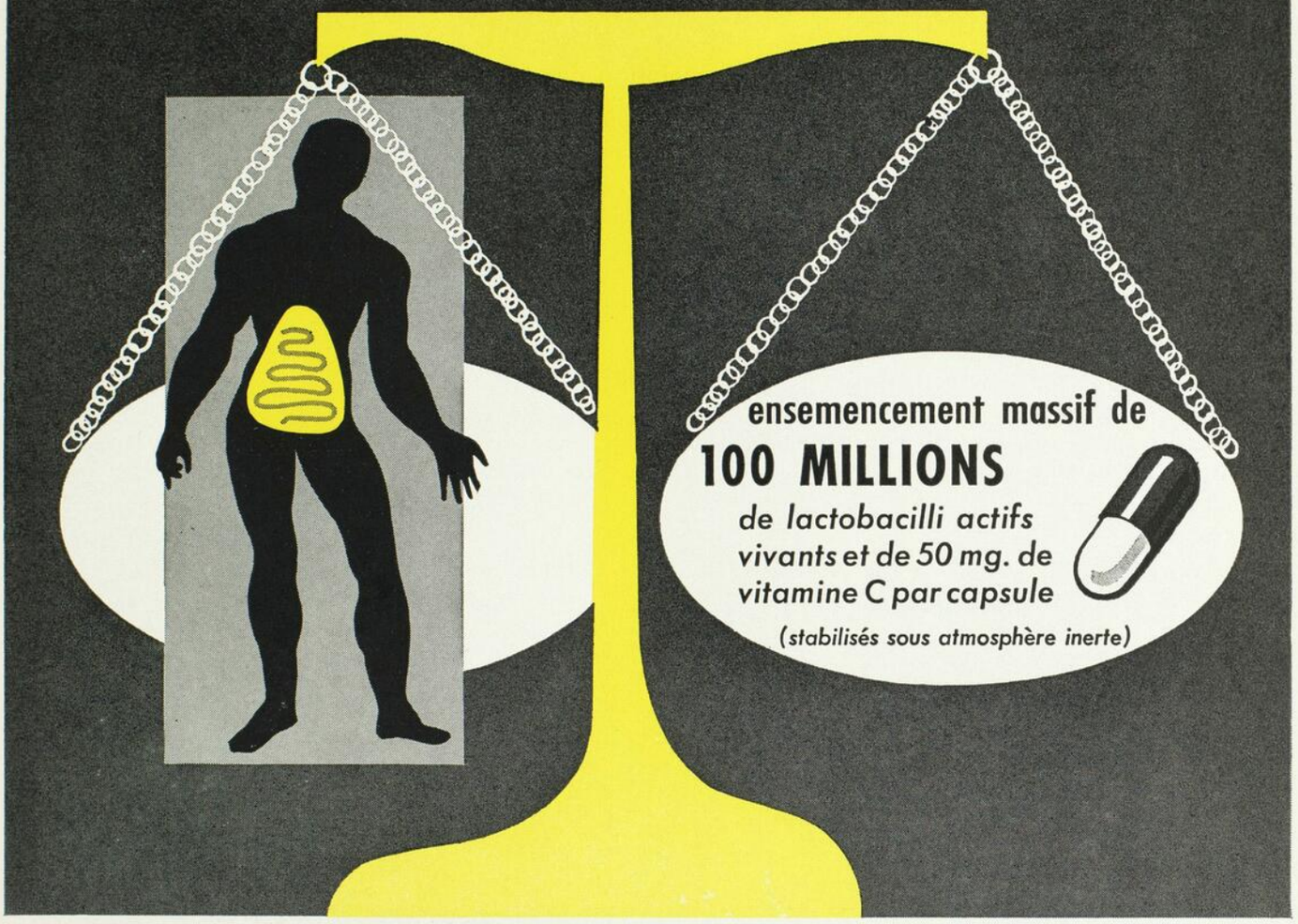
Composition naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

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

FERMALAC
"lyophilisé"

rétablit l'équilibre naturel dans les troubles intestinaux



FERMALAC est le meilleur agent prophylactique pour accompagner toute thérapie aux antibiotiques; le meilleur correctif des diarrhées et autres complications ano-rectales.

FERMALAC opère dans l'intestin un ensemencement massif de bacilles acidophiles de la fermentation lactique. Ces organismes, actifs, vivants et résistants, s'implantent dans l'intestin et y combattent les bactéries pathogènes.

FERMALAC:

- rétablit l'équilibre et stabilise la flore lactique de l'intestin
- combat les accidents cutanés ou digestifs—l'hypovitaminose—différentes affections intestinales provoquées par les antibiotiques, particulièrement ceux à large spectre
- répare les pertes en vitamine C (particulièrement sévères au cours des infections intestinales).

L'INNOCUITÉ DE FERMALAC EN FAIT UN MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LES ENFANTS ET LES NOURRISSONS.
Toute indication pour l'antibiothérapie est une indication pour FERMALAC.

ADMINISTRATION:
Adultes et enfants—
1 à 2 capsules 2 fois par jour.
Nourrissons—
1 à 2 capsules 1 fois par jour.
Dose massive—
jusqu'à 10 capsules par jour.

PRÉSENTATION:
flacon de 10 et 40 capsules.

ROUGIER INC., MONTRÉAL

L'Union Médicale

du Canada

•

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

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

BUREAU DE DIRECTION

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

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

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

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

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

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — AVenue 8-9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

CHIRURGIE DE CABINET DE CONSULTATION

ÉLECTIVE ET TRAUMATIQUE

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

TAMPONS PULVÉRISATEUR INFILTRATION BLOC DES NERFS



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

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

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

XYLOCAINE® HCI
(marque de lidocaine*)

CANADIAN PAT. NO. 503,645 MADE IN CANADA

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

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brochures et tarifs sur demande.



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

INSTITUT ALBERT PREVOST

6555 OUEST, BOULEVARD GOUIN, MONTRÉAL 9, CANADA.

AVANTAGES DU

panectyl

Le Panectyl, médicament **efficace par voie buccale,** est doué d'une **activité anti-prurigineuse spécifique intense. Il soulage le prurit, quelle qu'en soit la cause.** Les statistiques d'articles publiés jusqu'à ce jour démontrent 70% d'excellents résultats.

Le Panectyl est particulièrement utile dans les cas de **prurit compliqué par l'anxiété ou la tension nerveuse.** Il a apporté un soulagement chez des sujets qui étaient restés réfractaires à toute autre thérapeutique.

Le Panectyl **met fin au cycle "prurit-grattage-prurit"** et très souvent permet la cicatrisation des lésions cutanées.

Le Panectyl **permet souvent aussi de réduire ou de supprimer l'administration de corticoïdes** par voie locale ou générale.

RENSEIGNEMENTS ET ÉCHANTILLONS SUR DEMAND

PRÉSENTATIONS

COMPRIMÉS à 2.5 mg., 5 mg. et 10 mg.

LIQUIDE à 2.5 mg. par c. à thé (5 ml.)

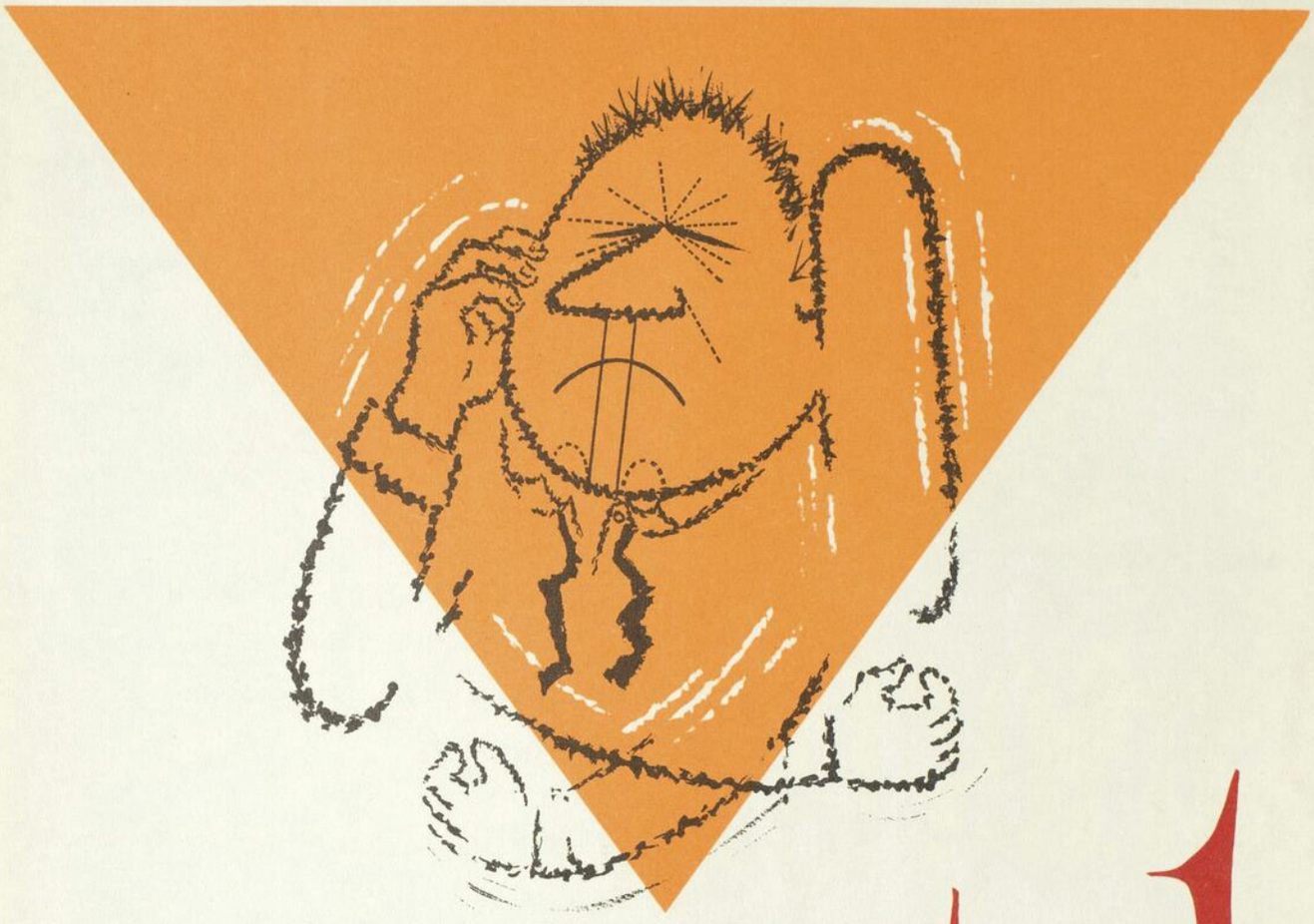
AMPOULES de 5 ml. et MULTI-DOSES de 10 ml. à 5 mg. par ml. pour injection IM

POSOLOGIE

AGIT À FAIBLE DOSE

dose moyenne pour les adultes: 2.5 mg. deux fois par jour, après les repas, et 5 mg. au coucher

Poulenc LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL



panectyl

TRIMÉPRAZINE

pour soulager le prurit...

quels qu'en soient le siège ou la cause



DANS L'AGITATION AIGUË

SPARINE enraye rapidement les manifestations aiguës des troubles mentaux et émotifs; sert ensuite de traitement d'entretien. Un des médicaments les plus souples qui soient.

- supprime l'excitation du système nerveux central, atténue l'appréhension, calme l'agitation
- auxiliaire du traitement du delirium tremens, des hallucinations aiguës, des tremblements aigus de l'ébriété
- amende les symptômes créés par le sevrage de médicaments chez les narcomanes
- enraye la nausée et le vomissement: se révèle utile dans le traitement de la douleur, par une potentialisation des analgésiques
- facilite le diagnostic et le traitement des cas d'urgence médicale, en atténuant l'agitation et l'appréhension

Les résultats les plus rapides s'obtiennent par la voie intramusculaire ou la voie intraveineuse; le traitement d'entretien se donne d'habitude sous forme de comprimés ou de sirop.

℗ Ordonnance obligatoire

INJECTION
COMPRIMÉS
SIROP

Chlorhydrate de
Sparine*
Chlorhydrate de promazine

Wyeth
*Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990 est, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

Directeur des Relations Extérieures:
Pierre SMITH.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

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

COMITÉ DU XXXIe CONGRÈS

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

MEMBRES DU CONSEIL

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

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

CONSACRÉE PAR LE TEMPS

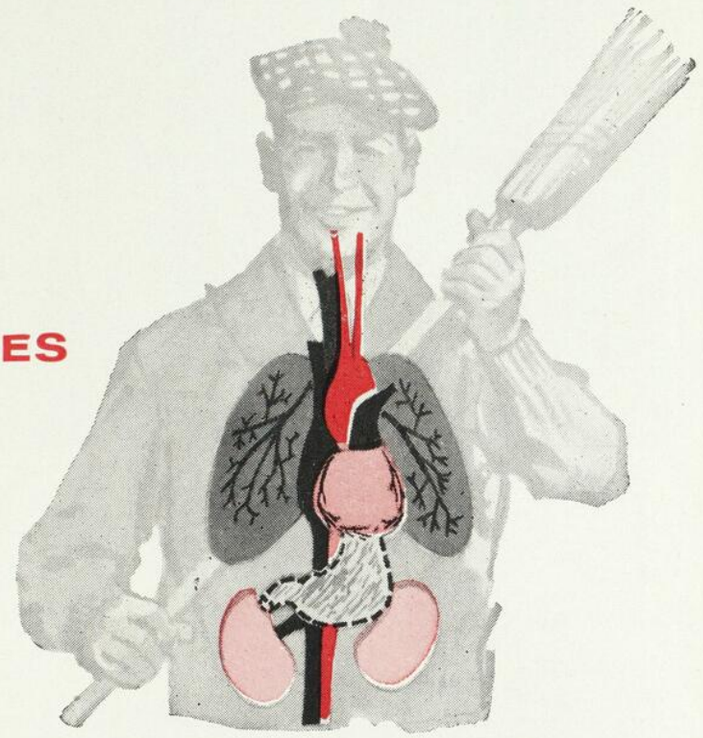
dans le soulagement des états suivants:

OEDÈME PULMONAIRE AIGU

TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES HYPERTENSIFS

DÉFAILLANCE CARDIAQUE

ASTHME



"THÉOLAMINE"

MARQUE D'AMINOPHYLLINE

. . . très soluble à l'eau . . . rapidement absorbée . . . bien tolerée

Un puissant vasodilatateur des coronaires. Un puissant bronchodilatateur. Un diurétique efficace.

"THÉOLAMINE"
Comprimé No 313
Théolamine..... 1½ gr. (0.1 G.)

"THÉOLAMINE" et PHÉNOBARBITAL
Dragée No 326
Théolamine..... 1½ gr. (0.1 G.)
Phénobarbital..... ¼ gr. (15 mg.)

POSOLOGIE — Un ou deux comprimés, ou dragées, trois fois par jour.

"THÉOLAMINE"
Ampoule No 541
Théolamine..... 7½ gr. (0.5 G.)
Eau distillée..... q.s.

POSOLOGIE — Injecter lentement 10 cc. (3 à 5 minutes), par voie intraveineuse, et répéter la dose toutes les 6 heures au besoin.

***"THÉOLAMINE"**
Tablette No 411 (enrobage entérique)
Théolamine..... 3 gr. (0.2 G.)

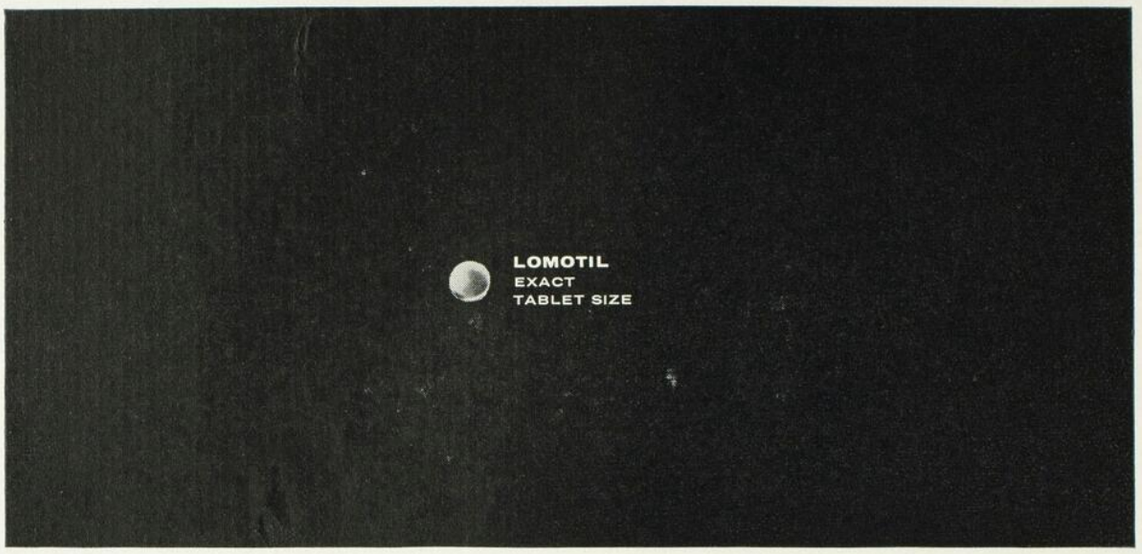
POSOLOGIE — Une tablette trois fois par jour.

MISE EN GARDE — L'injection intraveineuse de "THÉOLAMINE" doit se faire très lentement. Il faut de 3 à 5 minutes pour injecter la dose.

*Spécialement enrobé de "Polymère 37" pour éviter l'irritation stomacale tout en se désagrégeant rapidement dans l'intestin.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

NOUVELLE FORMULE THÉRAPEUTIQUE CONTRE LA DIARRHÉE



LOMOTIL

ABAISSE ÉLECTIVEMENT LA MOTILITÉ DE PROPULSION

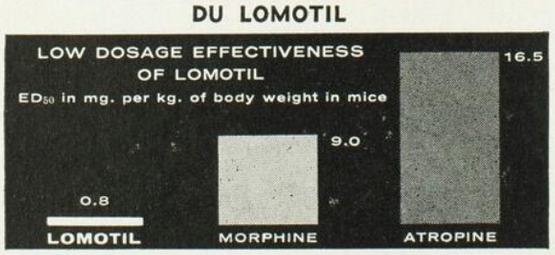
Le LOMOTIL constitue un progrès défini sur les dérivés opiacés parce qu'il enraye l'hypermotilité de propulsion qui se produit dans la diarrhée.

Des études pharmacologiques quantitatives prévises démontrent que le Lomotil enraye la propulsion intestinale à une dose égale environ au $^1/_{11}$ de celle de la morphine et au $^1/_{20}$ de celle de l'atropine, et qu'aux doses thérapeutiques, il n'entraîne pas ou presque pas les réactions secondaires diffuses rencontrées avec ces deux produits.

Des études cliniques effectuées chez 1,314 sujets confirment amplement ces données. Même dans le test d'activité antidiarrhéique très rigoureux que constitue l'hyperactivité du côlon chez des malades ayant subi une colectomie, le Lomotil ralentit efficacement le courant fécal.

Dans tous les cas où une action du type parégorique est indiquée, vous pouvez maintenant employer le Lomotil qui assure une action antidiarrhéique certaine... plus la sécurité et une plus grande commodité. De plus, comme le Lomotil est un produit qui ne peut être renouvelé sans une nouvelle ordonnance, cela donne au médecin l'avantage de pouvoir surveiller de près la médication prise par son malade.

EFFICACITÉ À FAIBLE DOSE DU LOMOTIL



L'EFFICACITÉ ET LA SÛRETÉ du Lomotil sont mises en évidence par sa dose moyenne efficace faible. D'après le degré d'inhibition de la propulsion du charbon de bois obtenu chez la souris, le Lomotil est efficace à une dose égale environ au $^1/_{11}$ de celle du chlorhydrate de morphine et au $^1/_{20}$ de celle du sulfate d'atropine.

PRÉCAUTION: Bien que le Lomotil soit nécessairement classé comme narcotique, jamais il n'a été observé d'accoutumance chez les sujets soumis aux doses thérapeutiques. Le risque d'abus avec le Lomotil se compare à celui de la morphine. Des malades ont absorbé quotidiennement des doses thérapeutiques de Lomotil pendant aussi longtemps que 300 jours sans présenter de symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement, même si on les soumettait dangereusement à la nalorphine.

Il ne faut pas dépasser les doses recommandées.

POSOLOGIE: La posologie initiale recommandée pour les adultes est de deux comprimés (5 mg.) trois ou quatre fois par jour; cette dose sera réduite selon les besoins individuels à mesure que diminuera la diarrhée. La dose d'entretien peut être aussi faible que deux comprimés par jour. Le Lomotil. marque du chlorhydrate de diphénoxylate avec sulfate d'atropine, est présenté en comprimés à 2.5 mg. non sécables, non dragéifiés, contenant chacun 0.025 mg. ($^1/_{2400}$ gr.) de sulfate d'atropine pour prévenir le surdosage délibéré.

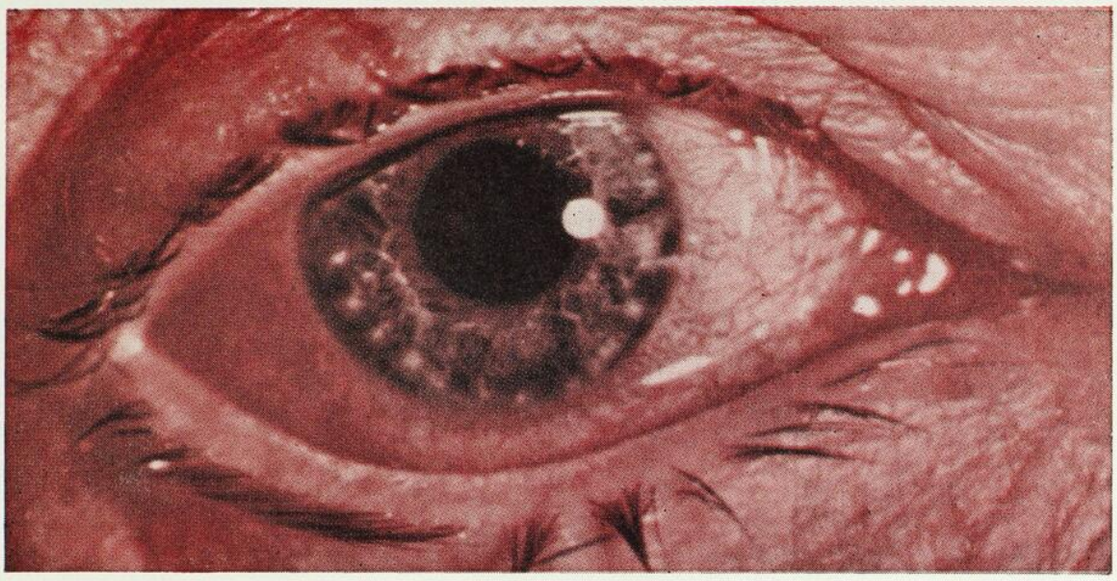
Sujet à la loi Fédérale des Narcotiques.

Littérature détaillée et instructions dans le "Physicians' Brochure Documentaire sur le Produit No. 81" qu'on se procure en écrivant à:

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA LTD.

247, Rue QUEEN Est, BRAMPTON, Ont.

La Recherche au Service de la Médecine



conjonctivite aiguë avant traitement

photographies cliniques

solution véritable—destinée au soulagement rapide de l'inflammation

SOLUTION OPHTALMO-AURICULAIRE 0.1%

NeoDecadron*

(21-phosphate de dexaméthasone et sulfate de néomycine)

INDICATIONS: Trauma—mécanique, chimique ou thermique; inflammation de la conjonctive, de la cornée ou de l'uvée antérieure; allergie; blépharite.

AVERTISSEMENT: Les stéroïdes sont contre-indiqués en présence de tuberculose ou d'herpes simplex.

NeoDECADRON est aussi en vente sous forme d'onguent ophtalmo-auriculaire (0.05%).

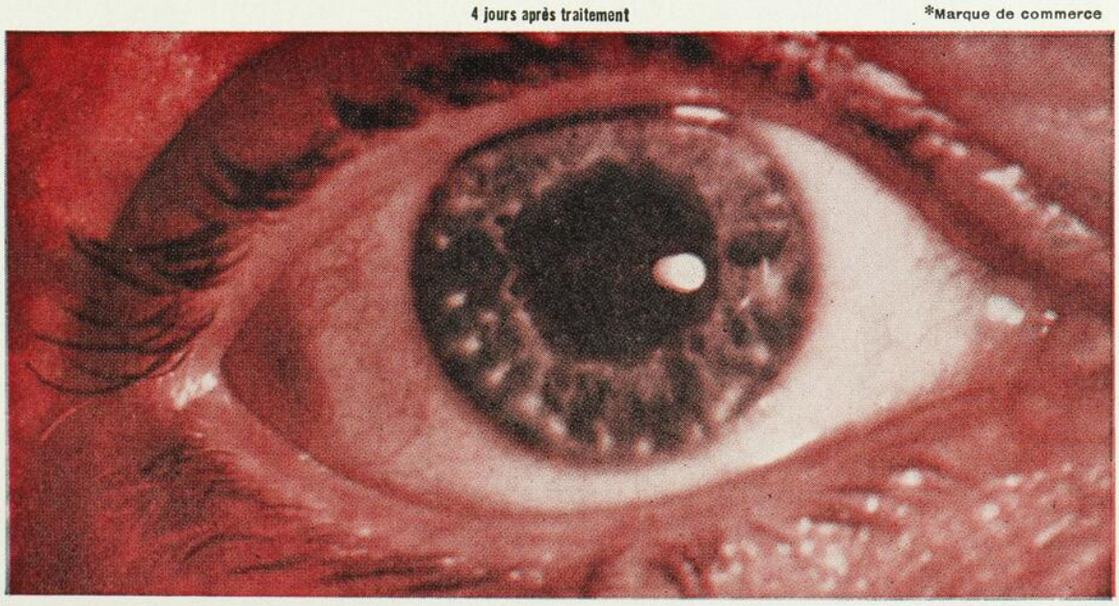
PRÉSENTATION: Solution ophtalmo-auriculaire 0.1% en flacons de 5 cc. avec compte-gouttes. Onguent ophtalmo-auriculaire (0.05%) en tubes de 3.5 Gm.

◆ activité stéroïdienne sans égale ◆ solution véritable conçue en vue d'une efficacité supérieure...assurant une concentration optima au siège même de la lésion ◆ traitement qui soulage le patient de façon remarquable et qui est exempt de particules irritantes ◆ activité antimicrobienne rapide et étendue.

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

4 jours après traitement

*Marque de commerce





Un malade à qui vous avez rendu son gagne-pain

Soma soulage la raideur et les douleurs lombaires

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

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

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

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

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

SOMA®

carisoprodal, Wallace

Wallace Laboratories, Toronto, Ontario

(betaméthasone)

nouveau CELESTONE* chez tout malade qui nécessite un traitement aux corticostéroïdes . . . et particulièrement chez les plus de 40 ans...lorsque la maladie justiciable d'une stéroïdothérapie s'accompagne d'une affection que les effets secondaires provoqués par les stéroïdes sont susceptibles d'aggraver, Celestone offre des avantages marqués.

Jusqu'ici les études cliniques indiquent une absence quasi totale ou une fréquence négligeable d'effets secondaires tels que l'œdème, l'augmentation de la tension artérielle, la faiblesse musculaire, l'ulcère peptique, le syndrome diabétique ou la dépression mentale par suite de l'administration de Celestone.

Par ses propriétés pharmacologiques et par le champ étendu de ses applications médicales, Celestone offre des avantages remarquables sur les dérivés plus anciens de la prednisolone, à savoir:

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

CELESTONE*

(betaméthasone)

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

LE PREMIER

il

CORTICOSTÉROÏDE qui répond aux trois exigences fondamentales

efficacité | *tolérance* | *économie*

Présentation: CELESTONE (betaméthasone), comprimés à 0.5 mg. en flacons de 30, 100 et 500.

*Marque de fabrique

Schering CORPORATION LIMITED MONTREAL

ARRÊTE LA CRISE D'ASTHME
EN QUELQUES MINUTES... POUR DES
HEURES... PAR VOIE BUCCALE

ELIXOPHYLLIN®

SOULAGEMENT RAPIDE EN QUELQUES MINUTES — en 15 minutes[1,2,3], les niveaux sanguins moyens de théophylline deviennent comparables à ceux produits par l'aminophylline I. V., de sorte que des crises aiguës ont pu être maîtrisées en 10 à 30 minutes.[1,4,5,6]

SOULAGEMENT CONTINU PENDANT DES HEURES — Après avoir été absorbée, la théophylline est lentement éliminée au cours d'une période de 9 heures,[7] rendant possible, au moyen de 3 doses par jour, une protection de 24 heures sur 24 pour les malades chroniques. **Note:** *Avec l'Elixophyllin, le patient peut apprendre à prévenir une crise dès les premiers symptômes prémonitoires.*

PAS D'EFFETS SECONDAIRES SUPERFLUS — Comme l'Elixophyllin n'a pas besoin d'"adjuvants", il ne contient ni éphédrine — ni barbituriques — ni iodures — ni stéroïdes. *Il est rare qu'il provoque des embarras gastriques.*[8,9]

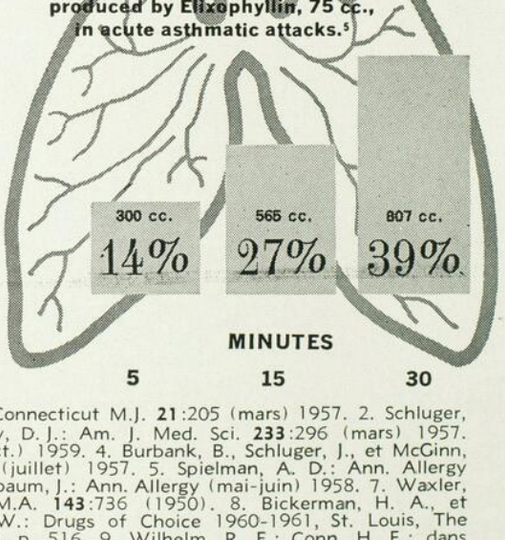
Chaque cuillerée à soupe (15 cm³) contient 80 mg de théophylline (équivalant à 100 mg d'aminophylline) dans un excipient hydro-alcoolique (20% d'alcool).

CRISES AIGUËS:

Une seule dose de 75 cm³ pour les adultes; 0,5 cm³ par livre de poids pour les enfants.

CONTRÔLE DE 24 HEURES:

Pour les adultes: doses de 45 cm³, avant le petit déjeuner, à 15 h. et avant le coucher; après deux jours, doses de 30 cm³. Enfants: 6 premières doses, 0,3 cm³ — ensuite, 0,2 cm³ par livre de poids, comme ci-dessus.



RÉFÉRENCES: 1. Kessler, F.: Connecticut M.J. **21**:205 (mars) 1957. 2. Schluger, J., McGinn, J. T., et Hennessy, D. J.: Am. J. Med. Sci. **233**:296 (mars) 1957. 3. Kessler, F.: Med. Times (oct.) 1959. 4. Burbank, B., Schluger, J., et McGinn, J.: Am. J. Med. Sci. **234**:28 (juillet) 1957. 5. Spielman, A. D.: Ann. Allergy **15**:270 (juin) 1957. 6. Greenbaum, J.: Ann. Allergy (mai-juin) 1958. 7. Waxler, S. H., et Shack, J. A.: J.A.M.A. **143**:736 (1950). 8. Bickerman, H. A., et Barach, A. L. dans Modell, W.: Drugs of Choice 1960-1961, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1960, p. 516. 9. Wilhelm, R. E.; Conn, H. F.: dans Current Therapy—1961, Philadelphie, W. B. Saunders Company, p. 417.

Tirés à part
sur demande

Sherman Laboratories
Windsor, Ontario



stimulation
peristaltique douce
par contact seulement

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



DULCOLAX®

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

Agit par contact avec la muqueuse du côlon.

N'agit pas par voie sanguine.

Virtuellement non-toxique et libre d'effets secondaires.

Commodité des deux formes pharmaceutiques.
- Dragées — pour effet le lendemain.
- Suppositoires — pour effet rapide.

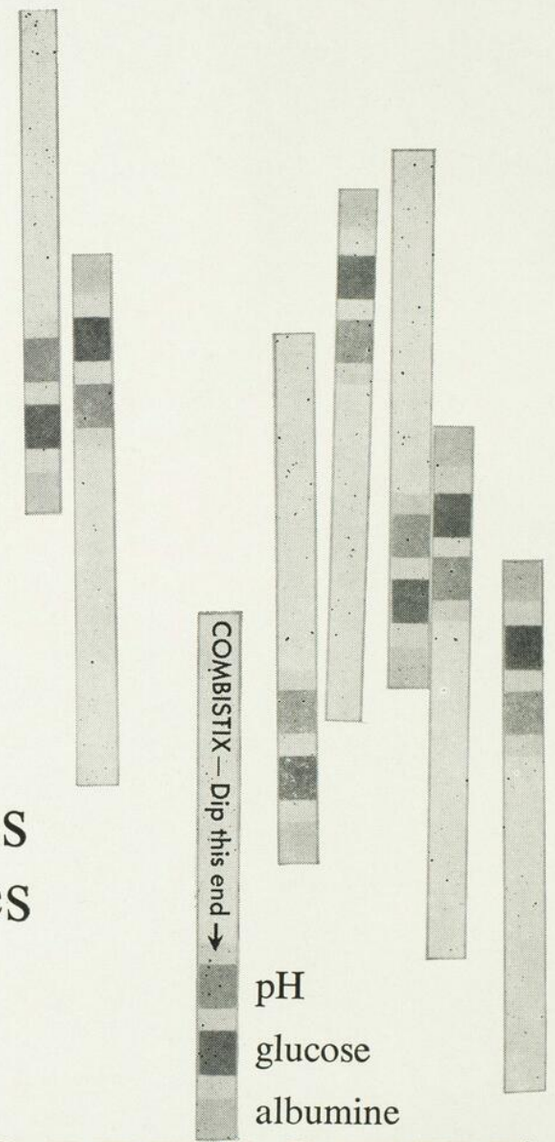
PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
distribués par
Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal



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

L-1476F

3
épreuves
urinaires
de base



pH
glucose
albumine

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto · Ontario

COMBISTIX*
Papiers réactifs

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

*MARQUE DÉPOSÉE

CA 079 F61



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

Equanitrate*

Méprobamate et tétranitrate de pentaérythritol Wyeth

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

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

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

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

Wyeth
Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

ANTI PRURITIQUE

DILOSYN

ANTI ALLERGIQUE

Chlorhydrate de methdilazine B.D.H.

COMPOSÉ EFFICACE POUR LE SOULAGEMENT RAPIDE ET DURABLE DANS UN SPECTRE ÉTENDU DE CONDITIONS PRURITIQUES ET ALLERGIQUES

Dilosyn est une préparation B.D.H. de chlorhydrate de methdilazine, un nouveau agent antipruritique et antiallergique. Son action de durée prolongée significative est due à son affinité inhérente pour les tissus. La pénétration et Dilosyn est à son maximum environ 30 minutes après son administration orale, et les excrétions du corps sont essentiellement complètes dans les 24 heures. Il n'y a donc aucun danger d'effets cumulatifs (1, 2).

Des études en clinique ont défini l'utilité de Dilosyn dans deux domaines principaux—elle est antipruritique et antiallergique. Howell (3) rapporte une efficacité antipruritique exceptionnelle dans 80.6% d'un groupe de 373 patients. Quarante enfants souffrant de prurit dû à une dermatite atopique, à la varicelle ou à une dermatite par contact, ont obtenu un soulagement substantiel ou complet de la démangeaison.

La methdilazine est efficace dans un spectre étendu de malaises allergiques (4, 5, 6). Un soulagement symptomatique a été constaté chez la majorité des patients sous observation. D'après les observations sur les animaux (2), il est équitable de spéculer que l'activité du "spectre étendu" de Dilosyn est prévue d'après sa capacité de bloquer les effets non seulement de l'histamine, mais aussi de la sérotonine.

Indications: Conditions pruritiques et allergiques, sans égard à l'étiologie.

Dosage: 1 comprimé deux fois par jour pour adultes; 1 cuillerée à thé de sirop deux fois par jour pour enfants.

Attention: Dilosyn peut causer la somnolence chez certains patients. Il peut aussi accentuer l'effet des déprimants CNS tels que barbituriques et alcool.

Présentation: *Comprimés* 8 mg en flacons de 60 et 250; *sirop* (4 mg /5 ml) en flacons de 16 oz.

REFERENCES: (1) *John H. Weikel, Jr., Allan S. Wheeler and Paul D. Joiner, Toxicology and Applied Pharmacology 2:68, 1960.* (2) *J. H. Weikel, Jr. and P. M. Lish, The Pharmacologist 1:64, 1959.* (3) *Charles M. Howell, Jr., North Carolina Med J. 21:194, 1960.* (4) *Heinz W. Wahner and Gustavus A. Peters, Proc. Staff Meet. Mayo Clinic 35:191, 1960.* (5) *Report of the Committee on Drugs, American Academy of Allergy, J. Allergy 31:283, 1960.* (6) *Lloyd V. Crawford and Fred T. Grogan, J. Tennessee State Med. Assoc. 53:307, 1960.*

BDH BRITISH DRUG HOUSES



ELLE A PENSÉ À TOUT, SAUF À SES PELLICULES *(elle avait pourtant tout noté)*

Il est curieux de voir combien de personnes cataloguent leurs maladies (réelles et imaginaires) jour après jour, sans cependant jamais mentionner à leur médecin qu'elles ont des pellicules. Elles en parleront à tous leurs amis, mais pas au docteur *car elles ne se rendent pas compte que les pellicules relèvent de la médecine.* Et elles se grattent et souffrent, se grattent encore et tentent des expériences aussi vaines que coûteuses. C'est pourquoi vous pouvez leur en parler de vous-même . . . et prescrire Selsun. Elles vous en sauront gré.

ABBOTT

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE
Montréal • Toronto • Winnipeg • Vancouver

SUSPENSION
SELSUN®
(Sulfure de sélénium Abbott)

sommeil profond... mais sans danger

Kevadon Merrell

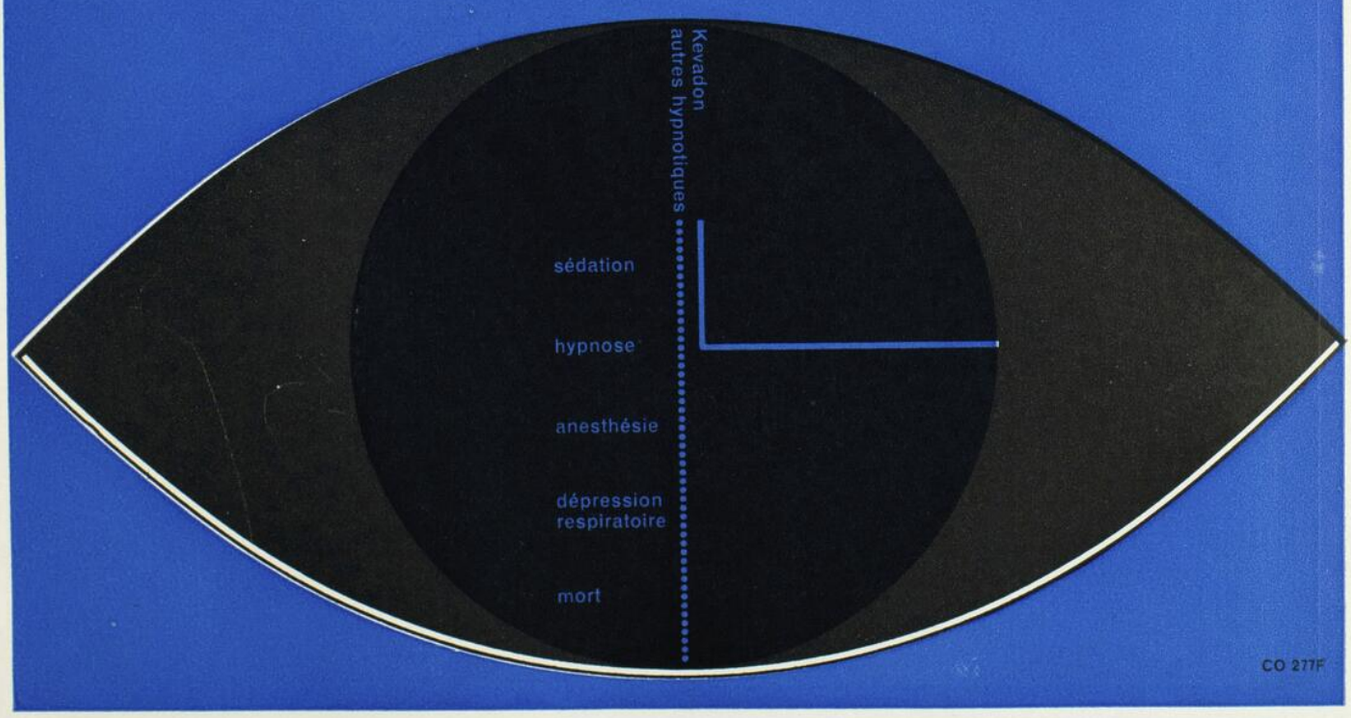
Aussi puissant que les barbituriques et pourtant, si sûr que même des surdoses massives n'ont pas provoqué d'accident fatal: pas même de dépression respiratoire.

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

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

Posologie: un comprimé de 100 mg au coucher.

Marque déposée: Kevadon (marque de thalidomide).



CO 277F


grossesse
mal des transports
chambre de recouvrance
ou en tout autre
état émétique
Tigan 'Roche'
Le Tigan n'est pas un antihistaminique ou un tranquillisant. Il ne possède qu'une seule propriété pharmacologique: inhibition du mécanisme émétique par action directe sur la zone chimioréceptrice déclenchante (ZCD) située dans la moelle.[1] Le Tigan est donc tout aussi efficace pour *enrayer* les vomissements en cours que pour *prévenir* les nausées et vomissements[2,3,4]. Le Tigan peut être administré sans danger même dans les cas où les antiémétiques du type antihistaminique ou phénothiazine sont contre-indiqués.
Présentation:
Capsules, suppositoires, ampoules, vials.
Tigan®
chlorhydrate de 4-(2-diméthylaminoéthoxy)-N-(3,4,5-triméthoxybenzoyl) benzylamine.
®Marque déposée
1. W. Schallek et coll., *J. Pharmacol & Exper. Therap.*, *126*:270, 1959. 2. W. B. Abrams et coll., *New York J. Med.*, *59*:4217, 1959. 3. O. Brandman, *Gastroenterology*, *38*:777, 1960. 4. B. Sheiner, *C.M.A.J.*, *83*:1377, 1960.
ROCHE
Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

indiqué dans la dépression



ELAVIL*

(CHLORHYDRATE D'AMITRIPTYLINE)

est un antidépresseur nouveau et exceptionnellement efficace dans le traitement des états dépressifs.

Il est en outre doté de propriétés anxiolytiques qui le rendent particulièrement utile en vue du soulagement de l'anxiété presque toujours liée à la dépression.

PRÉSENTATION: Le chlorhydrate d'ELAVIL (chlorhydrate d'amitriptyline) est présenté en comprimés dosés à 25 et à 10 mg., en flacons de 100.
Le chlorhydrate d'ELAVIL injectable (chlorhydrate d'amitriptyline) dosé à 10 mg./cc. est présenté en fioles de 10 cc.

UN PRODUIT DES LABORATOIRES DE RECHERCHES DE MERCK SHARP & DOHME

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

*Marque de commerce

Elastoplast

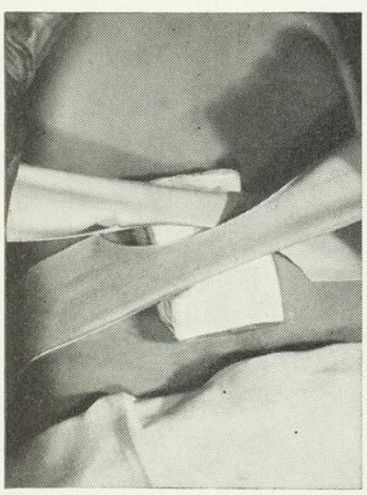
MARQUE DÉPOSÉE

en toute occasion

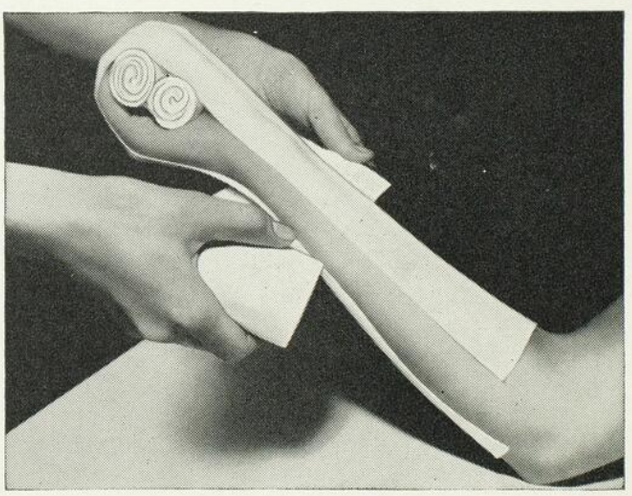
COUPURE · FOULURE · ENTORSE · MUSCLE ÉTIRÉ

LIGAMENT DÉCHIRÉ · INFLAMMATION · LUXATION

COLOSTOMIE · HERNIOTOMIE · LAPAROTOMIE



Les BANDAGES ELASTOPLAST constituent la méthode la plus simple de fermer une plaie après une opération. Ici, les lèvres d'une plaie abdominale sont rapprochées à l'aide de bandages Elastoplast.



Les BANDAGES ELASTOPLAST sont utilisés ici pour immobiliser partiellement le poignet, pour le traitement d'une ténosynovite.



Le DIACHYLON ELASTOPLAST protège et maintient immobile ce pouce foulé.

Bandages adhésifs élastiques Elastoplast — poreux

Pansements Elastoplast — en tissu poreux ou hydrofuge

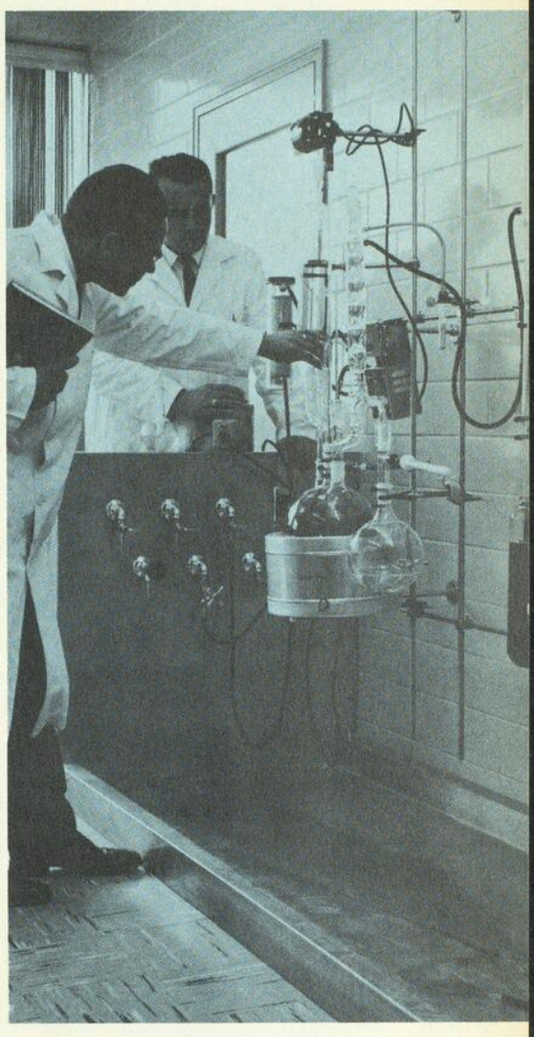
Pansements Elastoplast Airstrip — en plastique perméable à l'air

Diachylons Elastoplast — en tissu ou hydrofuge

S&N SMITH & NEPHEW, LIMITED

5640, RUE PARÉ, MONTRÉAL 9, QUÉ.

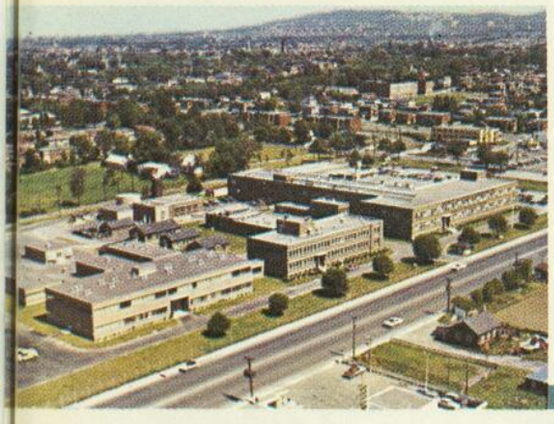




AYERST ET LA RECHERCHE PURE

La soif de connaissance et l'imagination des hommes de science intéressés à la recherche pure sont souvent à l'origine de la découverte de nouveaux médicaments. Entièrement dégagé des contingences pratiques et non gêné par des objectifs préconçus, le chercheur consacre ses efforts à la recherche méthodique de nouvelles connaissances.

La recherche pure occupe une place prépondérante dans les travaux entrepris aux Laboratoires de Recherche Pharmaceutique Ayerst — les plus vastes du Canada. Un groupe de chercheurs scientifiques consacrent une partie importante de leur temps à la recherche pure, recevant l'appui des équipes de recherche appliquée et de mise au point des produits. Des centaines de nouveaux produits chimiques obtenus chaque année par synthèse, un ou deux seulement seront retenus et deviendront en fait des agents thérapeutiques.



Ayerst

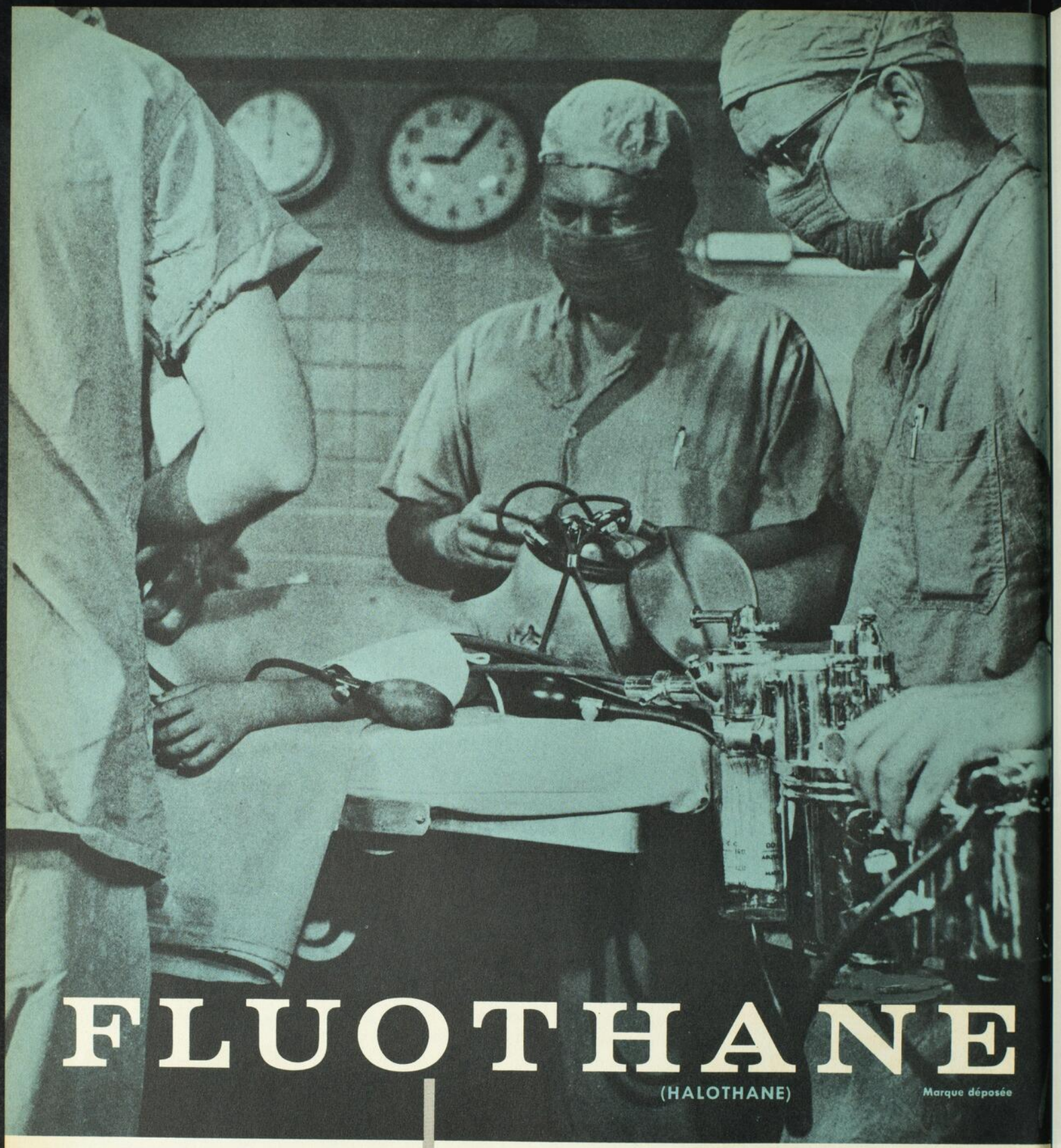
LABORATOIRES
de RECHERCHE PHARMACEUTIQUE
les plus vastes
du Canada

"FLUOTHANE" – *Ayerst répond à un besoin*

Depuis la découverte de l'anesthésie, les hommes de science ont recherché l'agent idéal, un anesthésique unique à inhaler qui offrirait toute sécurité, serait puissant, ininflammable et non explosif. "Fluothane" que présente AYERST est la marque du progrès le plus significatif en anesthésie par inhalation, depuis l'adoption de l'éther. Offert pour usage général en chirurgie après essais cliniques en plus de 20 000 cas, la supériorité de "Fluothane" est maintenant confirmée après utilisation chez des centaines de milliers de patients.

Administré par l'anesthésiste compétent en vaporisateurs exactement calibrés, cet agent de précision pour inhalation produit rapidement et sans heurt l'état anesthésique et le maintient de façon uniforme.

"Fluothane" permet encore le retour rapide à la conscience, avec le minimum de confusion, d'excitation, de nausées, de vomissements et d'hypersécrétion. Ces avantages simplifient très sensiblement le travail du personnel des salles de réveil. L'expérience de son emploi a créé la confiance dont il jouit.



FLUOTHANE

(HALOTHANE) Marque déposée

Confiance fondée sur l'expérience

Éprouvé cliniquement dans des centaines de milliers de cas (219 communications au moins ont été publiées à date)

Ayerst
LABORATOIRES de RECHERCHE PHARMACEUTIQUE les plus vastes du Canada

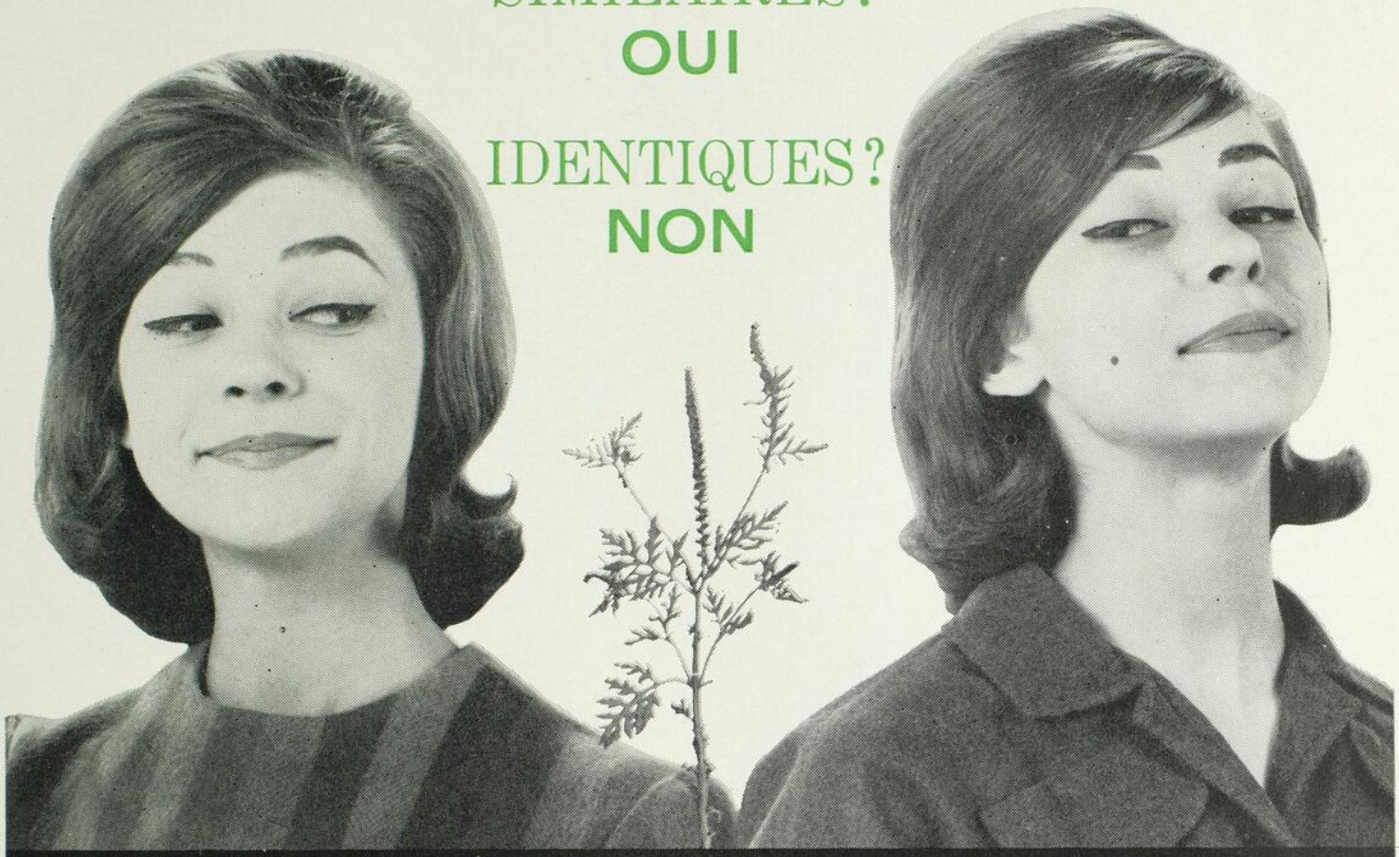
Vendu au Canada selon accord avec
IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED

anesthésie de précision par inhalation

* *inexplosible — ininflammable*

SIMILAIRES?
OUI

IDENTIQUES?
NON



A chaque patient
son remède

CHLOR-TRIPOLON
MALÉATE DE CHLORPHÉNIRAMINE

et

POLARAMINE
MALÉATE DE DEXTROCHLORPHÉNIRAMINE

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

NEUF FORMES POSOLOGIQUES

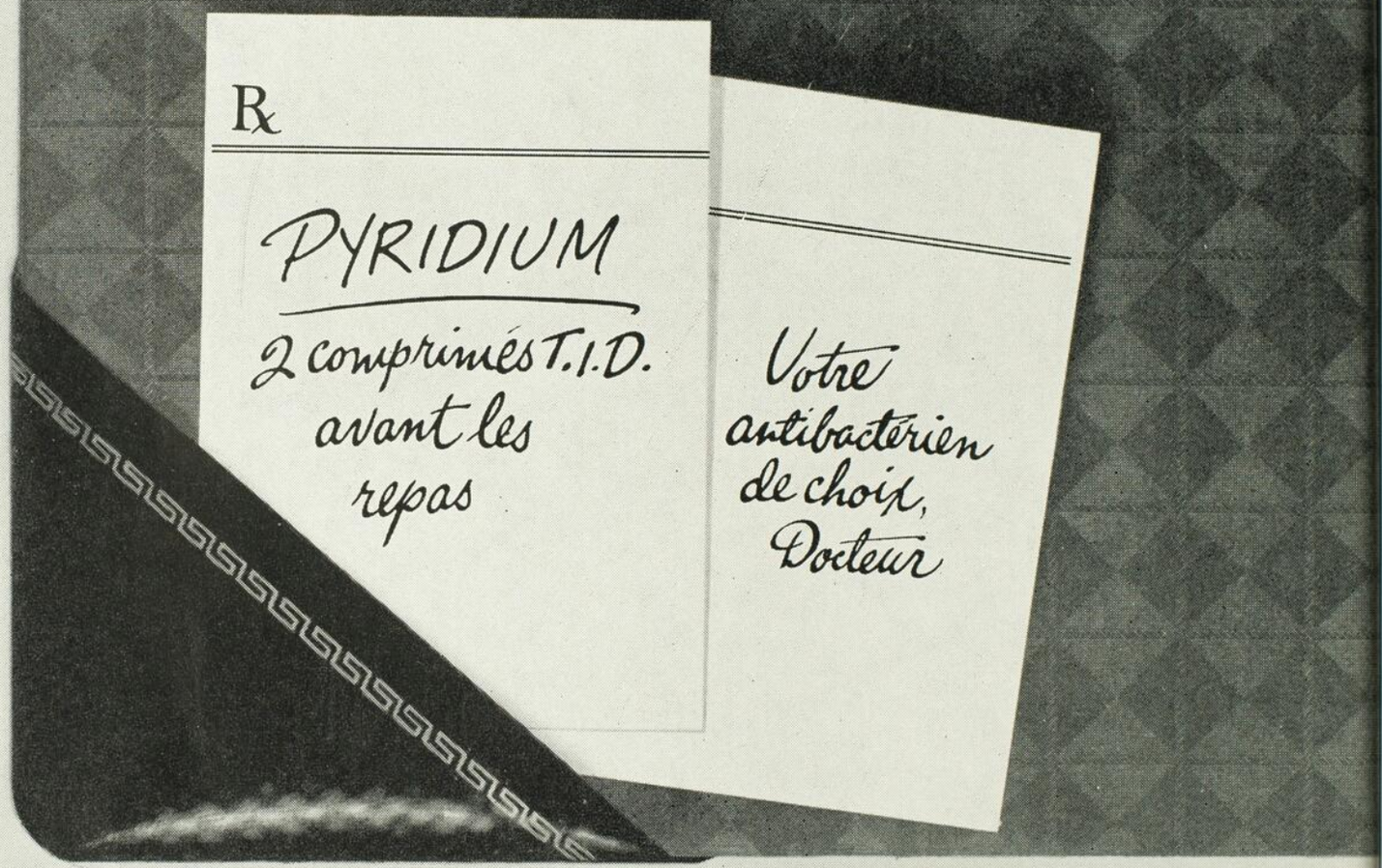
Chlor-Tripolon, comprimés, 4 mg., Répétabs, 8 et 12 mg., Injectable, 10 et 100 mg./cc., sirop, 2 mg./5 cc.

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

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

dans les infections
urinaires douloureuses

PYRIDIUM PERMET À LA FOIS LE CONTRÔLE PRÉCIS DE LA DOULEUR ET DES MICROBES PATHOGÈNES



Pour le patient: ÉLIMINATION DE LA DOULEUR

Pyridium soulage la douleur, brûlement, urgence et fréquence en 30 minutes. Différent des combinaisons antibactériennes analgésiques urinaires fixes, l'analgésie de Pyridium peut être continuée autant que nécessaire . . . arrêtée . . . ou reprise si la douleur réapparaît.

Pour le médecin: ÉLIMINATION DE CHOIX

Libéré des restrictions des combinaisons antibactériennes analgésiques fixes, le médecin peut choisir l'antibactérien urinaire le plus spécifique pour l'infection. En faisant votre choix d'antibactérien, pensez à Mandelamine.

PYRIDIUM

marque de phénylazo-diamino-pyridine HCl

supprime la douleur urinaire en 30 minutes

WARNER CHILCOTT
TORONTO ONTARIO

FABRICANTS DE: TEDRAL, GELUSIL, PROLOID, NARDIL, PERITRATE



THÉRAPEUTIQUE LOCALE DIRECTE

UN FONGICIDE TOPIQUE POUR LES INFECTIONS FONGIQUES TOPIQUES

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

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

onguent — poudre — solution

Desenex® Maltbie

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

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

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

VACCINATION OBLIGATOIRE CONTRE LA VARIOLE

Depuis près de trois décennies, la province de Québec n'a pas un seul cas de variole, mais, au dire des hygiénistes du ministère provincial de la Santé, il ne faut pas conclure que notre population est maintenant à l'abri des méfaits de cette infection. La loi exige toujours que tous soient vaccinés contre la variole; les règlements provinciaux d'hygiène stipulent même que nul ne saurait être admis dans une école s'il n'est pas vacciné. Le texte de ce règlement se lit:

"Tout maître d'école et toute personne ou corporation ayant le contrôle d'une école doit, selon le cas, refuser d'admettre dans l'école tout étudiant qui ne peut produire un certificat médical attestant, soit qu'il a été vacciné avec succès contre la variole, soit qu'il est insusceptible de prendre la vaccine. Cependant, ce dernier certificat n'est valable que pour un an à compter de la date à laquelle l'opération a été pratiquée, à la condition que la vaccination ait été essayée au moins à deux reprises successives avec du vaccin frais. L'admission de chaque étudiant en contravention avec le présent article constitue une offence distincte."

Il appartient aux commissions scolaires de donner des ordres sévères à cet égard afin que le règlement soit respecté. Les hygiénistes comptent sur la collaboration étroite de tous, dans ce domaine, afin de protéger la collectivité.

Le Ministère de la Santé de la Province de Québec

Hon. ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

Pr

RÉDUCTION PHYSIOLOGIQUE DU CHOLESTÉROL SÉRIQUE

choloXin

Marque de sodium dextro-thyroxine

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

choloXin — A l'étude depuis 1953.

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

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

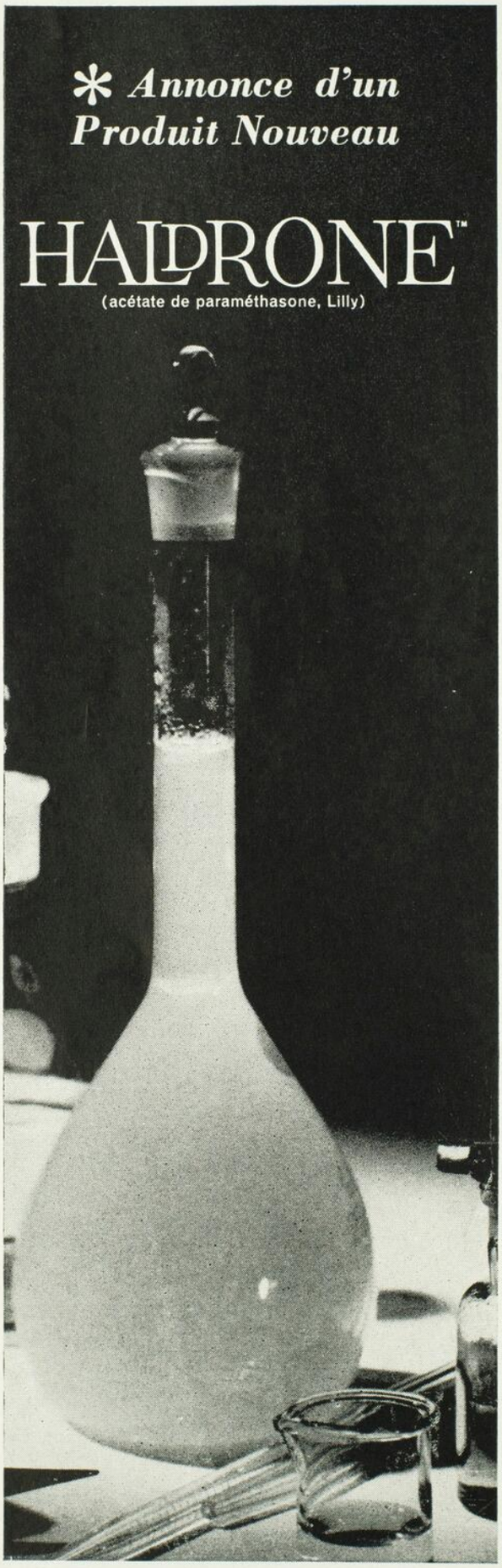
Dosage: 1 tablette journalière de 4 mg. Ce dosage peut être augmenté de 2 à 8 mg par jour, selon les prescriptions du médecin.

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

Contre-indication: Un infarctus myocardique aigu.

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

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD., Alliston, Ontario



Lilly

une réalisation importante des recherches sur les corticostéroïdes

Haldrone est un nouveau corticostéroïde de synthèse doué d'une activité anti-inflammatoire marquée. Dans les affections justiciables des stéroïdes, il procure un effet anti-inflammatoire prévisible avec un minimum d'effets secondaires. Une réponse satisfaisante a été obtenue lorsque l'on faisait passer les malades d'autres corticostéroïdes à l'Haldrone. Il exerce relativement peu d'effet défavorable sur le métabolisme des électrolytes. Lorsque l'Haldrone est administré une rétention sodique est peu probable, les effets psychiques sont minimes et il ne cause apparemment pas de faiblesse musculaire ni de crampes.

Haldrone, 2 mg, correspond à approximativement

Cortisone	25 mg
Hydrocortisone	20 mg
Prednisone ou prednisolone	5 mg
Triamcinolone ou méthylprednisolone	4 mg
Dexaméthasone	0,75 mg

Bien que le nombre d'effets secondaires significatifs soit faible, les contre-indications usuelles de la corticostéroïdothérapie s'appliquent à l'Haldrone.

Haldrone est présenté en flacons de 30 comprimés à 1 mg, jaunes (rainurés), et en flacons de 30 et de 100 comprimés à 2 mg, orange (rainurés).

Eli Lilly and Company (Canada) Limited
Toronto, Ontario

140079



NOUVEAU...et deux fois plus puissant...

NORLUTATE*

(acétate de noréthindrone, Parke-Davis)

progestinogène pour le traitement efficace, par voie buccale, de l'aménorrhée...de l'irrégularité menstruelle...de l'hémorragie utérine fonctionnelle

NORLUTATE, un produit nouveau, est l'acide acétique de l'ester de noréthindrone—17-alpha-éthinyl de la 19-nortestostérone. Physiologiquement, c'est un agent progestinogène très efficace par voie buccale. Il dépasse même les effets connus de la progestérone administrée par voie parentérale, ainsi que de l'éthistérone et de la noréthindrone administrées par voie buccale.

L'activité de NORLUTATE par voie buccale—à peu près deux fois plus élevée que tout autre agent administré par voie buccale, milligramme pour milligramme—en fait un médicament de choix dans les cas de troubles susceptibles de répondre à la progestinothérapie.

On peut maintenant, grâce à lui, corriger plus efficacement les déficiences de progestérone endogène... sans augmenter les risques d'effets secondaires.

Indications de NORLUTATE: Troubles menstruels—aménorrhée, irrégularité menstruelle, dysménorrhée, hémorragie utérine fonctionnelle • Stérilité d'origine endocrinienne • Avortement chronique ou danger d'avortement • Tension pré-menstruelle • Endométriose • Test de grossesse.

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

Présentation: Comprimés roses rainurés, de 5 mg, en flacon de 30.

*Marque déposée

53061

PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL 9

NOUVEAU...

HYPOTENSEUR

PR ANAPREL

COMPRIMÉS

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

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

ALCALOÏDE RARE TIRÉ DE LA RACINE de RAUWOLFIA SERPENTINA

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

LABORATOIRES SERVIER (PARIS)

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

VI. 9-7306



grâce aux

Medrol Medules

renfermant une dose de 4 mg. de méthylprednisolone qui est répartie en 135 doses minuscules et qui, de ce fait, étale l'action pharmacologique du stéroïde

le rhume des foins est souvent enrayé tout le long de la saison de la pollénisation, après une seule cure de 6 jours.

Autres produits à base de Medrol existants:

Medrol en comprimés
(méthylprednisolone)
comprimés à 2 mg., en flacons de 30 et de 100 comprimés
comprimés à 4 mg., en flacons de 30, de 100 et de 500 comprimés

Cordex amélioré
Composition par comprimé:
0.5 mg. de Medrol, 300 mg. d'acide acétylsalicylique en flacons de 100 et de 1000 comprimés

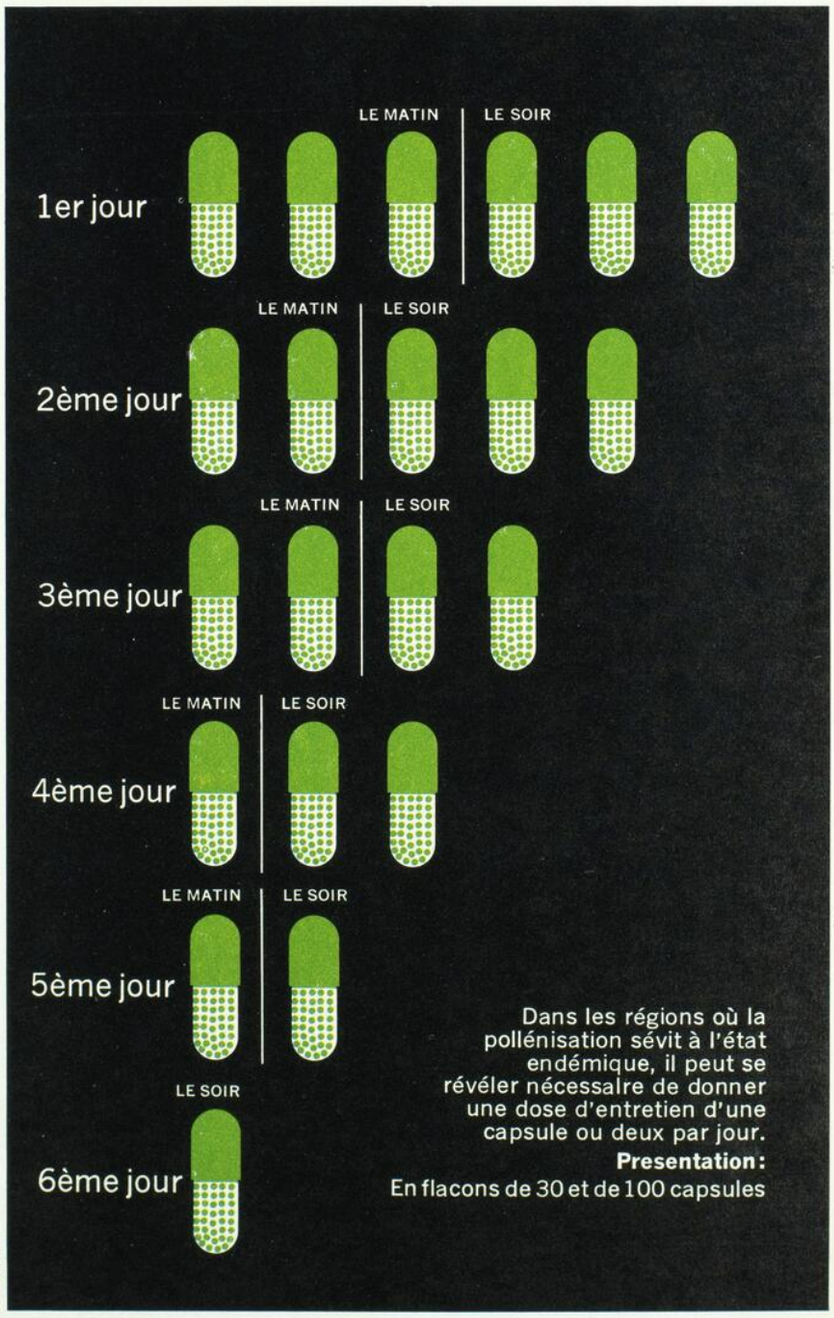
Cordex Forte améliore
Composition par comprimé:
1.5 mg. de Medrol, 300 mg. d'acide acétylsalicylique en flacons de 100 et de 500 comprimés

Medroxine
Un comprimé renferme:
Medrol, 2 mg. etchlorhydrate d'Orthoxine (méthoxyphénamine), 75 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

Depo-Medrol
Suspension aqueuse stérile
acétate de Medrol, 40 mg. par c.c. en flacon-ampoule de 1 c.c., de 2 c.c. et de 5 c.c.

Veriderm Medrol à 0.25%
tubes de 5 et de 15 Gm. renfermant 0.25% d'acétate de Medrol dans un excipient lipidique

Veriderm Neo-Medrol à 0.25%
tubes de 5 et de 15 Gm. renfermant 0.25% d'acétate de Medrol et 0.5% de sulfate de néomycine dans un excipient lipidique



Dans les régions où la pollénisation sévit à l'état endémique, il peut se révéler nécessaire de donner une dose d'entretien d'une capsule ou deux par jour.

Presentation:
En flacons de 30 et de 100 capsules

MARQUES DÉPOSÉES: CORDEX, MEDROL, MEDULES, MEDROXINE, NEO-MEDROL, ORTHOXINE, VERIDERM • MARQUE DE COMMERCE: DEPO

Upjohn

CF 871X

contre la diarrhée infectieuse

Kaomycin

MARQUE DÉPOSÉE

contre la diarrhée simple

Kaopectate

MARQUE DÉPOSÉE



POSOLOGIE

Kaomycin: Adulte—de 2 à 4 cuillerées à soupe, quatre fois par jour. Enfants de plus de 2 ans—de 2 à 4 cuillerées à thé, quatre fois par jour. Nourrissons de moins de 2 ans—de 1 à 2 cuillerées à thé, quatre fois par jour.

Kaopectate: Adulte—de 2 à 8 cuillerées à soupe après chaque selle jusqu'à normalisation de la fonction. Enfants—de 1 à 2 cuillerées à thés après chaque selle.

PRESENTATION

Kaomycin: en flacon de 16 onces liq.
Kaopectate: en flacons de 8 et de 80 onces liq.

Upjohn

CF 869X

CPMA



Un groupe de 24 patients handicapés par l'arthrite et à qui on administra de la dexaméthasone pendant des périodes variant de 8 à 16 mois virent l'enflure de leurs doigts diminuer peu à peu — preuve évidente d'activité antirhumatismale maintenue tout au long de la durée d'observation. Certains autres de leurs symptômes, tels que la douleur au moindre mouvement, la sensibilité au toucher, l'enflure, la raideur au réveil, furent également améliorés.[1]

Présentation: Comprimés sécables, de forme pentagonale, dosés à 0.75 mg. ou à 0.5 mg., en flacons de 30, 100 et 500, et Phosphate de DECADRON* injectable. Une documentation complémentaire est à la disposition des médecins qui en feront la demande.

Référence: 1. Bunim, J. J., in Hollander, J. L.: Arthritis and Allied Conditions, ed. 6, Philadelphia, Lea & Febiger, 1960, p. 364.

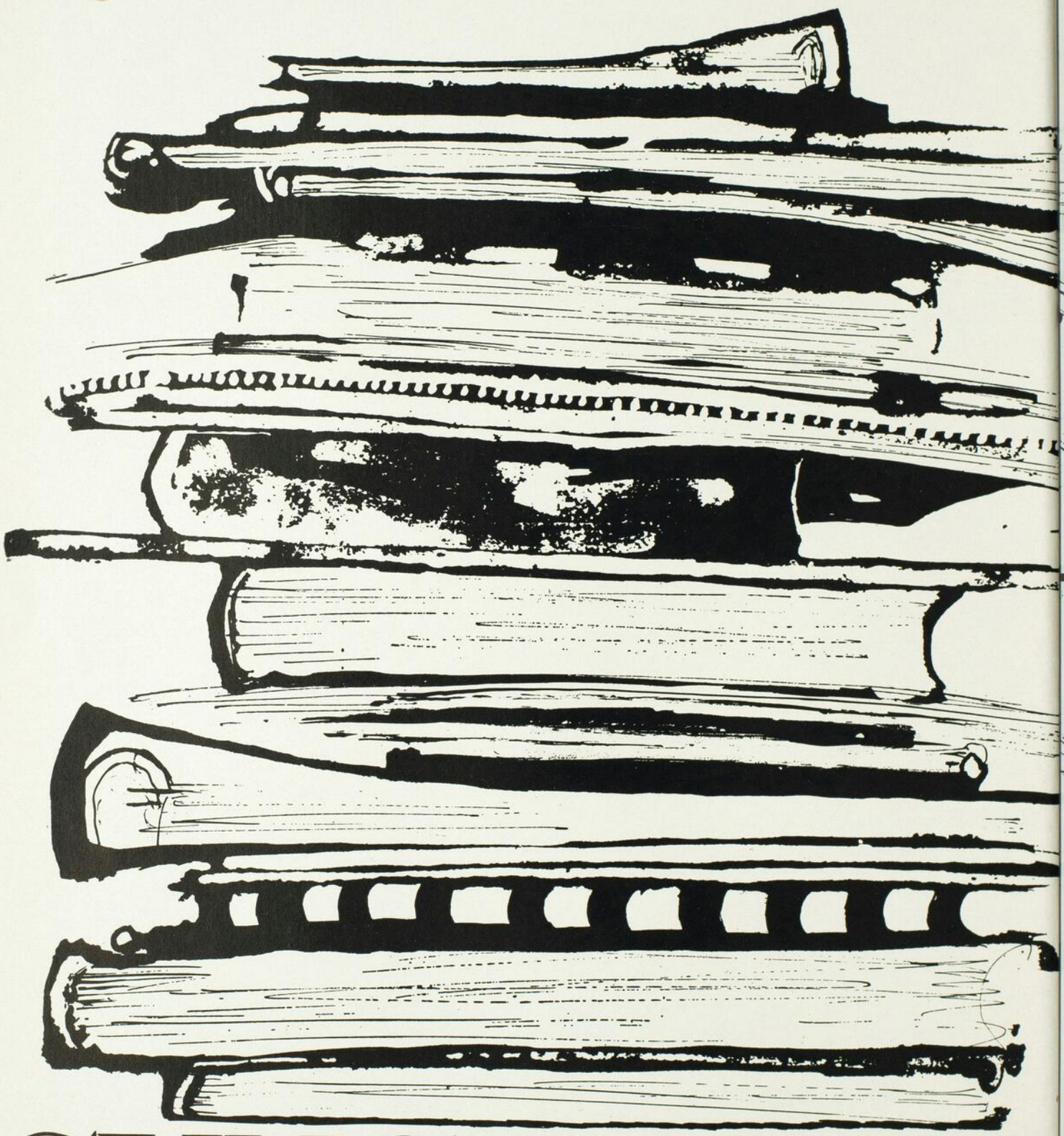
MSD MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 30, QUÉ.

Decadron*

Dexaméthasone

PERMET DE TRAITER PLUS DE PATIENTS PLUS EFFICACEMENT

*Marque de commerce



SYNCILLINE

*Marque déposée

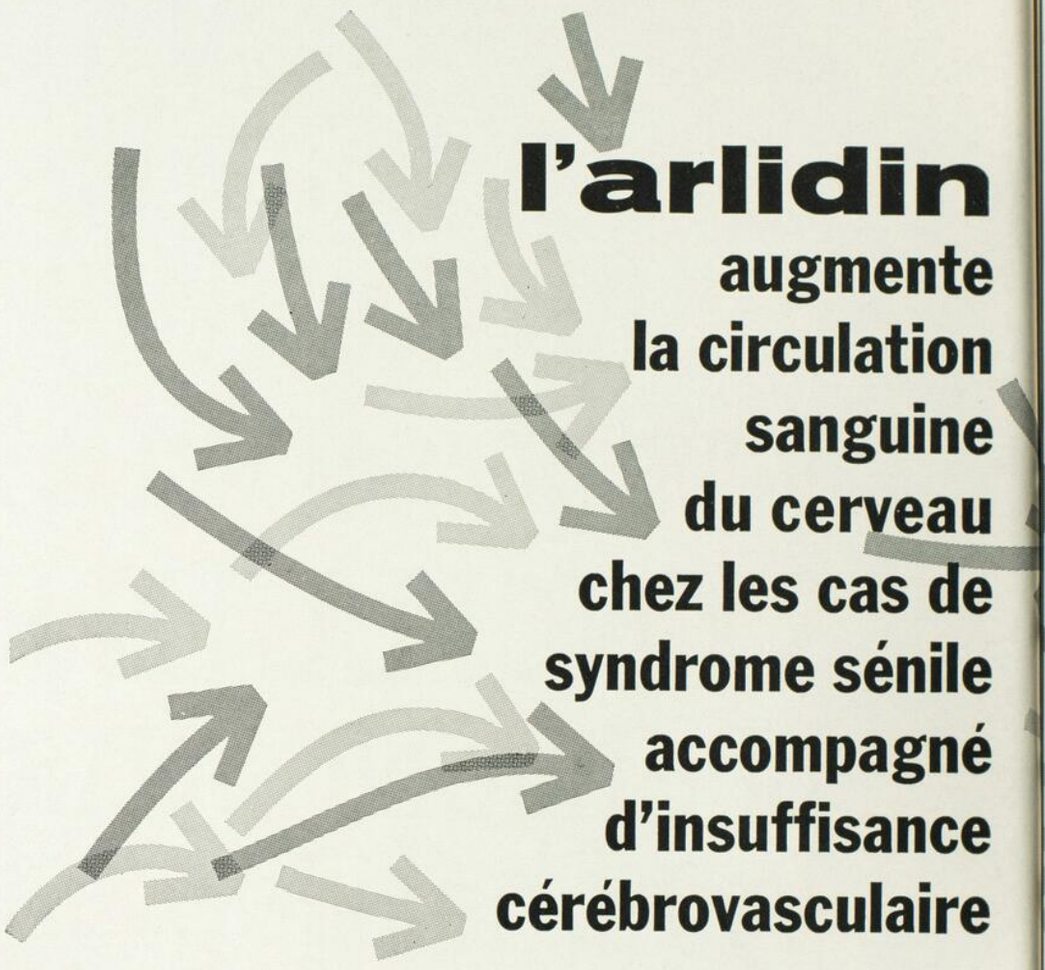
phénéthicilline potassique

Depuis
le 16 novembre 1959,
date à laquelle
les laboratoires **Bristol**
vous présentaient
SYNCILLINE*, la
première pénicilline
synthétique, un nombre
croissant de faits
cliniques† ont confirmé
que **SYNCILLINE**
n'était **pas** "juste
une autre pénicilline".

†Sur demande, vous recevrez une bibliographie détaillée sur l'utilisation de SYNCILLINE en pratique médicale au Canada et aux États-Unis.

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED, MONTRÉAL

Bristol



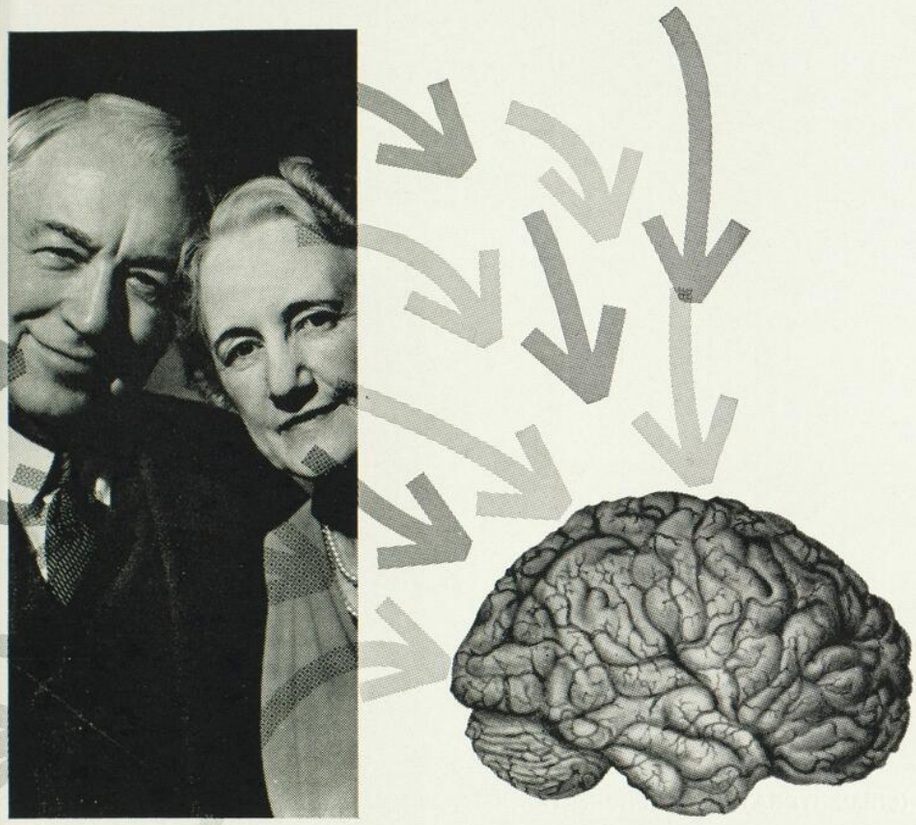
l'arlidin augmente la circulation sanguine du cerveau chez les cas de syndrome sénile accompagné d'insuffisance cérébrovasculaire

La circulation sanguine cérébrale incomplète — souvent causée par l'artériosclérose cérébrale — risque d'entraîner le "syndrome de la sénilité" avec son tableau de confusion mentale, de perte de mémoire, de dépression, de fatigue, d'apathie et de troubles du comportement.[1-3]

L'Arlidin accroît le flux sanguin cérébral de 43%[4]

Eisenberg[4] administra de l'Arlidin par voie orale pendant plus de deux semaines à des cas d'insuffisance cérébrovasculaire. La dose d'attaque était de 12 mg **t.i.d.** qu'il porta à 18 mg **t.i.d.** Il constata une augmentation de 43% du débit sanguin dans le cerveau après le traitement. La résistance vasculaire cérébrale diminua chez la plupart des cas.

Winsor et ses collègues notèrent que l'Arlidin "est très précieux en clinique pour soulager quelques uns des symptômes de l'insuffisance vasculaire cérébrale (vertige, étourdissement, confusion mentale, diplopie)."



L'Arlidin est un vasodilatateur unique et puissant qui augmente la circulation dans l'encéphale . . . dans l'oreille interne et dans l'oeil . . . ainsi que dans la musculature striée périphérique.

arlidin (HCl DE NYLIDRINE)

bibliographie: 1. Madow, L.: **Penn. M. J.** 62:861, juin 1959. 2. Stieglitz, E. J.: Geriatric Medicine, ed. 2, Philadelphia, Saunders, 1949, p. 274. 3. Winsor, T. et coll. **Amer. J. Med. Sciences** 239:594, mai 1960. 4. Eisenberg, S.: **ibid,** juillet 1960.

NOTE: Prière au médecin de se renseigner à fond sur le mode d'emploi général, les indications, la posologie, les effets secondaires éventuels, les contre-indications, etc. de l'Arlidin avant de le prescrire. Documentation complète et détaillée sur demande.

arlington-funk laboratories, division
u. s. vitamin corporation of canada, ltd.
1452 rue Drummond, Montréal, Québec.

fabriqué au Canada

nous vous présentons
un antagoniste des
ALLERGOTOXINES
nouveau et vraiment
exceptionnel dont
l'activité est également
ANTIPRURIGINEUSE:



indiqué en présence
de toute allergie
chronique ou aiguë ou
de tout prurit, quelle
que soit son étiologie.

*Marque de commerce

PERIACTIN* est un antagoniste des allergotoxines aussi actif que les plus puissants antagonistes de la sérotonine et de l'histamine.

Le champ d'activité antiallergique et antiprurigineuse de PERIACTIN égale et surpasse même celui de tout autre agent dépourvu de cette double activité.

PERIACTIN *est recommandée dans le traitement des affections suivantes:*

ALLERGIES: ■ Dermatoses, y compris la neurodermatite et la neurodermatite circonscrite ■ Oedème angio-neurotique ■ Eczéma ■ Dermatite eczématoïde ■ Réactions médicamenteuses et sériques ■ Urticaire ■ Dermatite de contact due à l'herbe à la puce ■ Excoriations neurotiques ■ Piqûres et morsures d'insectes ■ Rhume des foins et autres rhinites saisonnières ■ Rhinite vasomotrice chronique

PERIACTIN *est tout spécialement recommandée dans:*

LE PRURIT (*quelle que soit son étiologie*)
anal ■ vulvaire ■ associé à la rougeole et à la varicelle

On recommande l'essai de PERIACTIN *dans*

LA MIGRAINE
L'ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE: *Dose initiale pour adultes:* 1 comprimé (4 mg.) 3 ou 4 fois par jour, selon la réponse du patient. La gamme posologique est de 4 à 20 mg. (1 à 5 comprimés) par jour et la dose moyenne est de 12 à 16 mg. (3 ou 4 comprimés) par jour dans la majorité des cas.

Dose initiale pour enfants (2 à 14 ans): 2 mg. (½ comprimé) 3 ou 4 fois par jour. La gamme posologique est de 6 à 16 mg. (1½ à 4 comprimés) par jour selon le poids et la réponse du patient.

PRÉSENTATION: No. CA 3276 Comprimés PERIACTIN (chlorhydrate de cyproheptadine) dosés à 4 mg. chacun, en flacons de 100.

MSD

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

RÈGLEMENTS D'HYGIÈNE

PROTECTION DE LA SALUBRITÉ PUBLIQUE

Voici quelques-unes des dispositions des règlements provinciaux d'hygiène touchant l'eau potable, les égouts, l'approbation des systèmes d'eau et d'égouts:

Toute eau servant au breuvage et à la préparation des aliments dans un endroit public doit être potable, hygiénique et saine.

Les conduites d'égout et le procédé adopté pour disposer des eaux « usées » provenant des endroits publics doivent être conformes aux lois et règlements d'hygiène de la Province.

Avant la construction d'un hôtel, d'un chalet et d'un restaurant et avant la mise en opération d'un campement pour touristes, l'approvisionnement en eau et le mode de disposer et de traiter les eaux usées et gadoues doivent être approuvés par le Ministre ou son représentant.

Le verre, gobelet, tasse ou coupe pour usage en commun est interdit dans les institutions publiques, les écoles et tout autre endroit public.



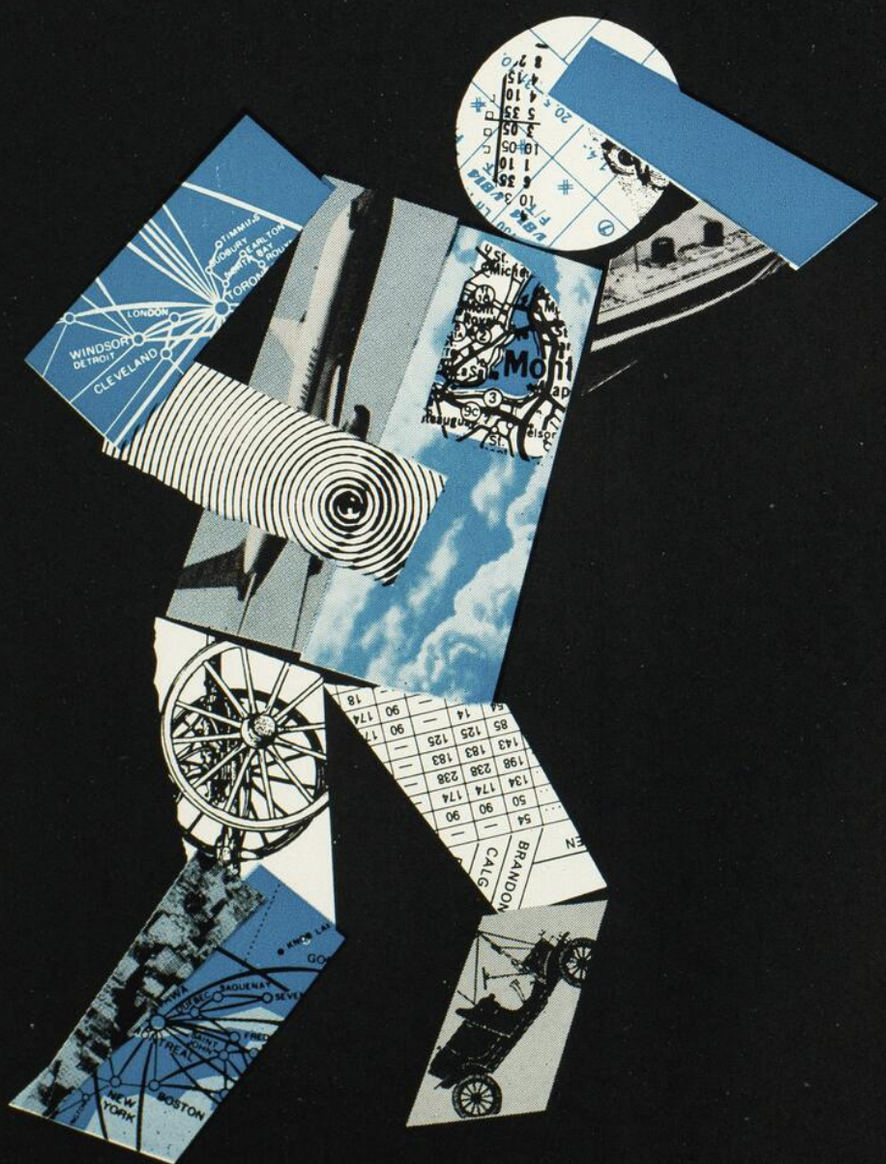
LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Hon. ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

Bonamine
chlorhydrate de méclizine

prévient le mal du mouvement



"Il s'ensuit donc que la Bonamine est l'agent de choix en administration de routine contre le mal de l'air pour la majorité des gens. Une dose unique de vingt-cinq milligrammes semble adéquate."

J. J. MOYER
Med. Clin. N. A., mars 1957

"La Bonamine semble l'agent de choix pour la prophylaxie du mal de mer car ses propriétés antiémétiques paraissent supérieures dans cette circonstance et le risque d'effets secondaires est moindre que dans le cas d'autres agents. Une prise (orale) de vingt-cinq milligrammes, une ou deux fois par jour, semble adéquate."

IBID.

présentation

Comprimés (sécables, sans saveur) de 25 mg, en flacons de 100 et 500.

Elixir (à la saveur de cerise) à 12.5 mg par cuil. à thé (5 cc), en flacons de 4 oz. et 16 oz.

Pfizer **PFIZER CANADA**
(Division de Pfizer Corp.)
5330, ave. Royalmount,
Montréal 9, P.Q.

2261 PFUM

épreuves essentielles au diagnostic

...faciles

...sûres

...rapides

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto · Ontario

papiers réactifs
épreuves colorimétriques
instantanées

DIP AND READ **albustix*** — *albuminurie*

DIP AND READ **clinistix*** — *glycosurie*

DIP AND READ **combistix*** — *albuminurie, glycosurie, et pH*

DIP AND READ **ketostix*** — *acétonurie*

DIP AND READ **phenistix*** — *phénylacétonurie*

DIP AND READ **uristix*** — *albuminurie, glycosurie*

Comprimés réactifs
pour dosage colorimétrique

dextrotest* — *dosage glycémique*

hematest* — *hémorragies occultes*

ictotest* — *bilirubinurie*

*MARQUE DÉPOSÉE CA06861F



Que la saison
en soit la raison
ou non

les allergies rebelles
répondent à

METRETON

"MÉTI" STÉROÏDE-ANTIHISTAMINIQUE

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

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

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

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

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL



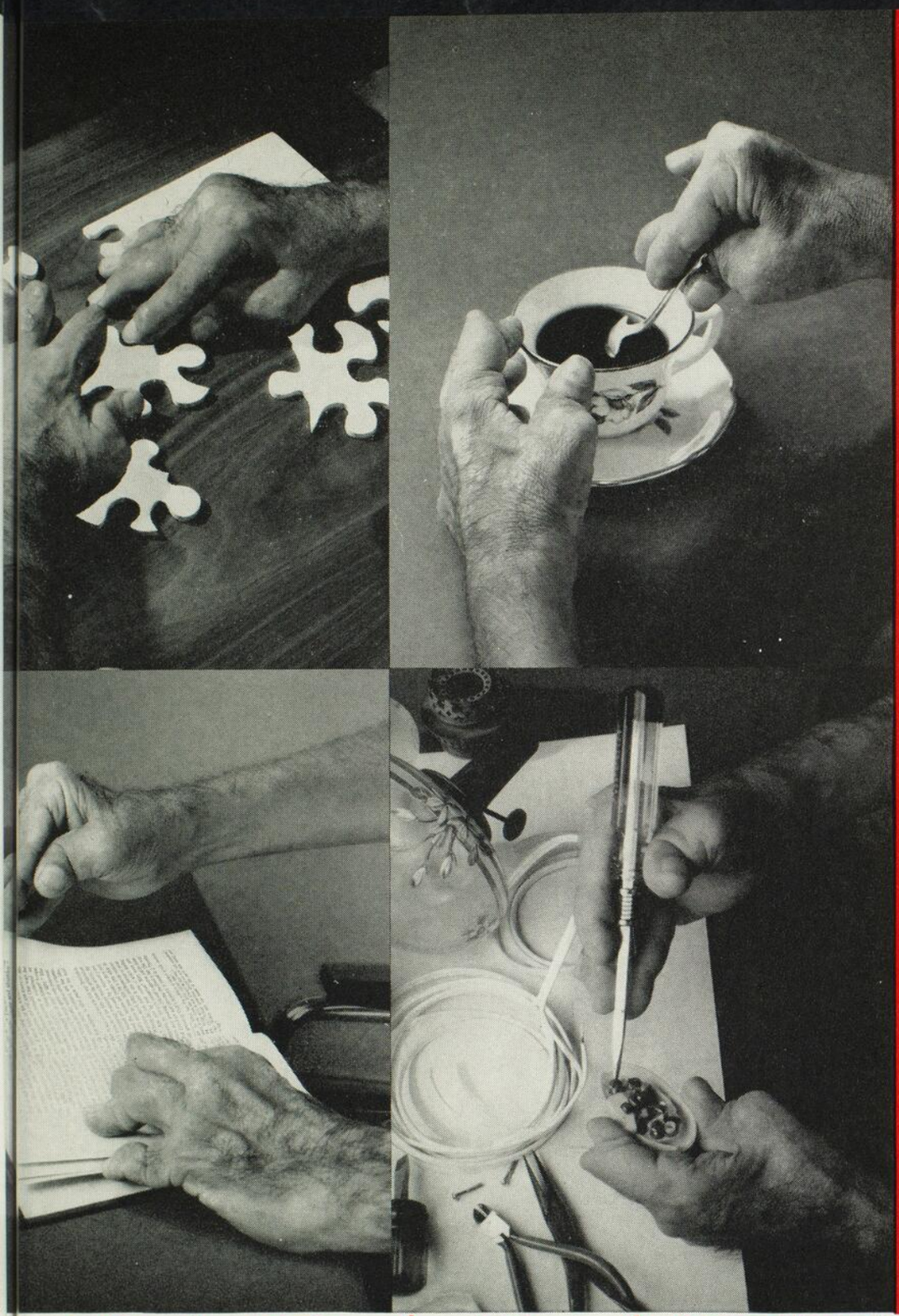
l'adolescence féminine—période de désarroi

Durant la puberté, la jeune fille est la proie d'une pénible confusion. Cette transition — rapide et pourtant mystérieuse de bien des façons — appelle sûrement des conseils particuliers. Et quand vous conseillez l'usage de Tampax — la méthode de protection moderne sous forme de tampon — vous offrez de plus à votre malade l'assurance d'une hygiène menstruelle discrète, complète et sans danger.

Avec Tampax, pas de friction ni d'irritation. Il ne cause aucune érosion et n'arrête pas l'écoulement. Parce que Tampax procure une protection *interne*, il ne favorise le développement d'aucune odeur ni l'invasion de bactéries pathogènes. Il est facile de se servir de Tampax et de s'en débarrasser. Et puisque de nombreuses constatations cliniques confirment que la virginité n'est pas une contre-indication, Tampax convient à tout âge durant la menstruation. Les jeunes filles apprécient surtout Tampax lorsqu'elles font de la culture physique et de la natation. Rien d'encombrant ne les embarrasse; rien ne gêne leur activité. La jeune fille plus âgée préfère Tampax à cause de l'aplomb qu'il lui permet d'avoir en société, en *tout* temps. Tampax est disponible en trois degrés d'absorption pour répondre aux différentes exigences.

Pourquoi ne conseilleriez-vous pas "Tampax" à vos malades adolescentes? Sa simplicité pratique et sa sécurité sont des avantages hors de pair qu'on apprécie sûrement de nos jours et qu'on appréciera aussi dans l'avenir.

Canadian Tampax Corporation Limited, Barrie, Ontario



de retour au travail manuel

PABALATE®

antirhumatismaux sans stéroïdes à action potentialisante

"supérieur à l'acide acétyl-salicylique"[2] et "indice thérapeutique plus élevé"[1]

Chaque comprimé de PABALATE, *jaune et enrobé, contient:*

Salicylate de sodium (5 gr.) 0.3 Gm.
Para-aminobenzoate de sodium (5 gr.) 0.3 Gm.
Acide Ascorbique .....50.0 mg.

Pour les diètes sans sodium —

PABALATE® SANS SODIUM

Chaque comprimé de PABALATE SANS SODIUM, *rose et enrobé, contient:*

Même formule que le PABALATE avec des sels de Potassium au lieu du Sodium.

Robins

Pour une thérapeutique aux stéroïdes —

PABALATE®-HC

Pabalate avec Hydrocortisone

Chaque comprimé de PABALATE-HC, *bleu pâle, et enrobé, contient:*

Même formule que le PABALATE SANS SODIUM, avec 2.5 mg. d'hydrocortisone (alcool).

1. Barden, F. W., et al.: J. Maine M.A. 46:99, 1955.
2. Ford, R. A., et Blanchard, K.: Journal-Lancet 78:185, 1958.

A. H. ROBINS CO. OF CANADA LTD. • MONTRÉAL 9, QUÉ.

DANS LA TERRIFIANTE PNEUMONIE STAPHYLOCOCCIQUE
DANS LA REDOUTABLE SEPTICÉMIE STAPHYLOCOCCIQUE
DANS L'ENDOCARDITE STAPHYLOCOCCIQUE
DANS TOUTES LES INFECTIONS A STAPHYLOCOQUES RÉSISTANTS

"le médicament de choix"

staphcilline*

DIMÉTHOXYPHÉNYL PÉNICILLINE SODIQUE

LA PÉNICILLINE "STAPH-ICIDE"

UNIQUE
POUR SON EFFICACITÉ ANTIBACTÉRIENNE
ET SON ABSENCE DE TOXICITÉ
RENOUVELÉE DE LA PÉNICILLINE

Spécifique des infections causées par les staphylocoques "résistants"

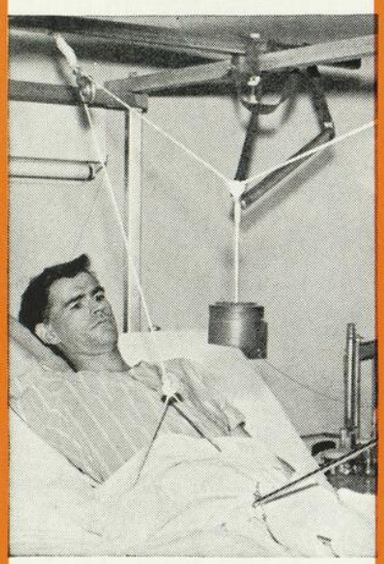
*Marque de fabrique

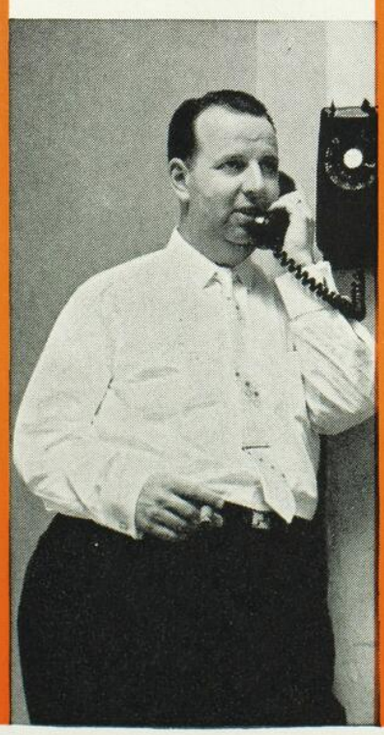
Bristol

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED, MONTRÉAL

SOUPLESSE DIÉTÉTIQUE







Présenté sous forme de poudre aromatisée à la vanille, en pots de ½ livre et en boites de 5 livres.

Pour le cas de gériatrie, le convalescent ou l'obèse le GÉVIRAL PROTÉINIQUE permet la souplesse requise dans le régime par la variété des troubles rencontrés.

Comme supplément diététique pour les patients plus âgés ou pour les convalescents, le GÉVIRAL PROTÉINIQUE fournit des vitamines et minéraux et en plus des protéines. Pour l'obèse, sa faible teneur en calories (105.3 calories à l'once) le rend utile, soit seul, soit avec un régime amaigrissant, pour assurer une nutrition adéquate.

Le GÉVIRAL PROTÉINIQUE se prête bien à l'alimentation par sonde gastrique du malade comateux.

GÉVIRAL* PROTÉINIQUE

Supplément Vitamino-Minéralo-Protéinique

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED,
Montréal

TRAITEMENT DOUBLE DU CARDIAQUE

PURODIGIN*

digitoxine cristallisée Wyeth

pour réaliser une digitalisation uniforme dans l'insuffisance cardiaque

D'une activité uniforme, d'une grande stabilité, entièrement absorbée après son ingestion, la PURODIGIN permet une digitalisation soutenue répondant aux besoins de chaque malade. La possibilité pour le médecin de faire varier à son gré la dose de cardiotonique réduit au minimum les risques de réactions secondaires. Lentement éliminée, la PURODIGIN permet d'assurer un traitement d'entretien avec une seule dose quotidienne. En présence d'une décompensation grave, on peut amorcer le traitement au moyen de la PURODIGIN par voie intra-veineuse.

Présentation : PURODIGIN en COMPRIMÉS : à 0.2 mg, en flacons de 30, de 100 et de 500 comprimés ; à 0.15 mg et à 0.1 mg, en flacons de 100 et de 500 comprimés.
PURODIGIN en AMPOULES à 0.2 mg, par boîte de 6 ampoules.



THIOMERIN* SODIQUE

Mercaptomérine sodique Wyeth

réalisant une diurèse rapide et sûre dans l'oedème cardiaque

La THIOMERIN parentérale permet de réaliser rapidement une diurèse douce et prévisible, en présence d'oedèmes, comme l'oedème cardiaque (périphérique ou pulmonaire), l'oedème néphrotique, l'ascite ou les affections hépatiques. L'absence virtuelle d'irritation locale permet de l'employer par voie sous-cutanée aussi bien que par voie I.M. ou I.V. La toxicité générale et la toxicité cardiaque du produit sont extrêmement faibles.

Présentation : SOLUTION DE THIOMERIN — prête à être injectée, en flacons-ampoules de 2 c.c. et de 10 c.c.

Wyeth

* Marque déposée
WALKERVILLE, ONTARIO



JOCK SCOTT

...contre les dermatoses estivales

dermatite vénéneuse (herbe à la puce)/miliaire/dermatite eczématoïde/intertrigo

Veriderm Medrol

dans les pathologies non-compliquées

Composition par gramme:
Acétate de Medrol (méthylprednisolone)....2.5 mg (0.25%)
Incorporé au Vediderm (excipient à base de lipides cutanés)
Présenté en tubes de 5 et de 15 grammes

Veriderm Neo-Medrol

dans les pathologies compliquées d'infection

Composition par gramme:
Acétate de Medrol (méthylprednisolone)....2.5 mg (0.25%)
Sulfate de néomycine.....5 mg
(correspondant à 3.5 mg de néomycine pure)
Incorporés au Veriderm (excipient à base de lipides cutanés)
Présenté en tubes de 5 et de 15 grammes

MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, NEO-MEDROL ET VERIDERM CF858X

Upjohn

pionniers dans le domaine de la recherche en stéroïdes

CP MIA

En théorie, le risque qu'une seule bactérie devienne résistante à deux antibiotiques simulantément est extrêmement faible : il n'est que de 1 sur 10 quadrillons.* En vue de tenter de traduire sur le plan de l'expérience pratique les résultats de la théorie, les autorités dans le domaine de l'antibiothérapie considèrent que le meilleur moyen de retarder ou de prévenir l'apparition du phénomène de la résistance est de prescrire des doses suffisantes de deux antibiotiques différents sans lien entre eux. Pour cette raison, on prescrit souvent ensemble l'Albamycin et la tétracycline et de très nombreux médecins tiennent à spécifier Albamycin T, produit qui associe les deux antibiotiques dans le rapport de 1 à 1.

Albamycin*T

(NOVOBIOCINE ET TETRACYCLINE)

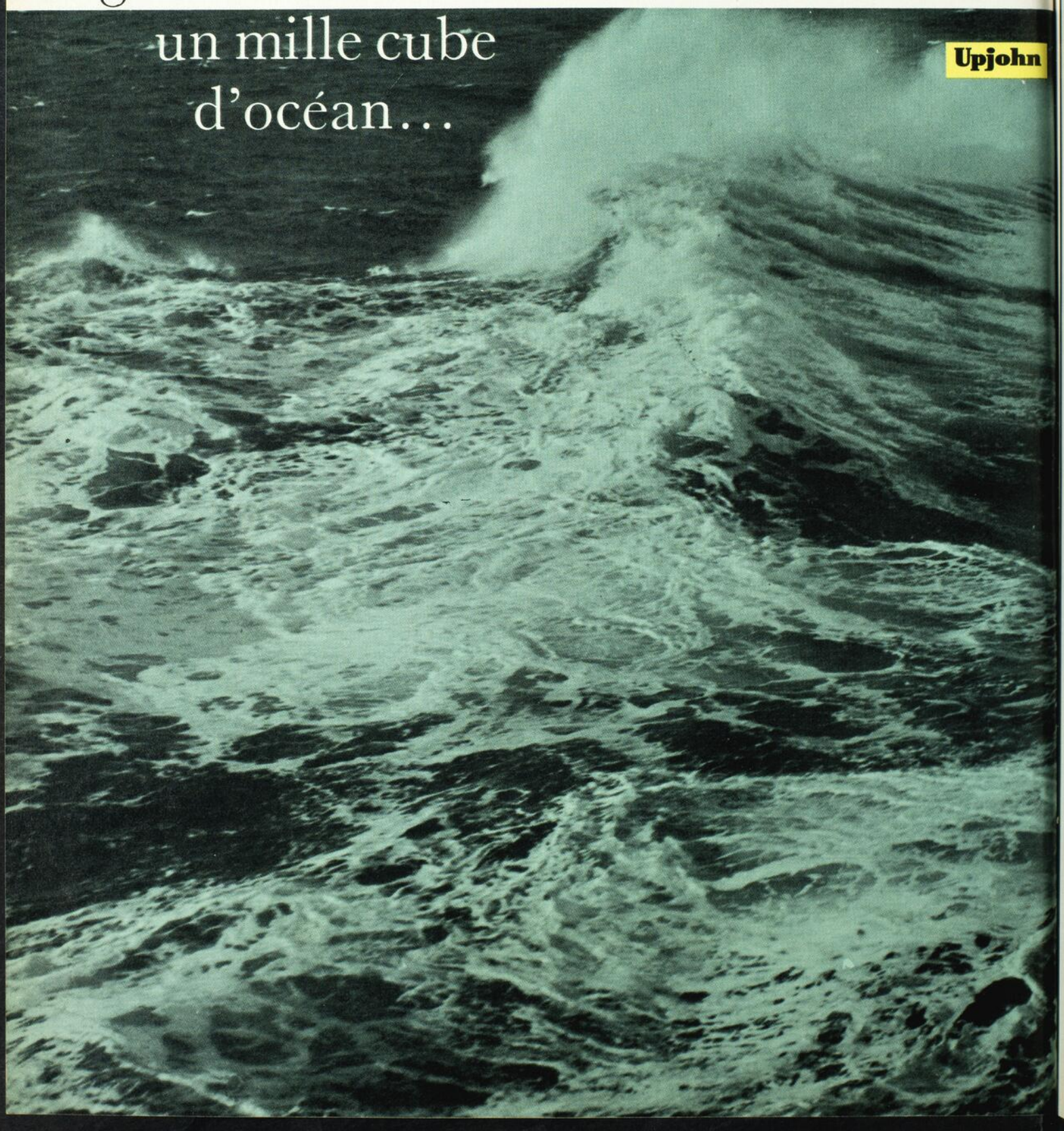
A l'instar d'une goutte d'eau dans un mille cube d'océan...

*Pour se faire une idée de l'immensité de la quantité de 10 quadrillons (10^{16}), imaginons toutes les gouttes d'eau contenues dans un volume d'océan d'un mille de long, d'un mille de large et d'un mille de profondeur.

Comprimés—En flacons de 16 et de 100 comprimés. **Granulé aromatisé**—En flacon de 60 c.c. (après solubilisation)

*MARQUE DEPOSEE

Upjohn



BULLETIN

LES CONGRÈS ET LE NÔTRE

Que de congrès et de réunions annuelles d'associations médicales en juin qui vient de passer!

A mesure que les spécialités se multiplient et s'imposent par leur importance, leurs oeuvres et le nombre de leurs adhérents, ces réunions s'accroissent numériquement.

L'intérêt se trouve ainsi dispersé et à la fois concentré: dispersé sur des groupes différents dont les sujets d'étude et les préoccupations scientifiques se distinguent les uns des autres; concentré ou convergent par l'approfondissement des sujets communs entre gens qui se comprennent bien.

Et ainsi va la vie médicale.

Mais il existe encore des associations dont les perspectives sont plus larges, qui englobent même toute la médecine y compris la chirurgie et les diverses spécialités dont la multiplicité se couple au nombre des appareils, des systèmes et même parfois des organes quand ce n'est pas à des techniques, à des conceptions pathogéniques ou étiologiques.

Ces associations habituellement nationales tendent à opérer une synthèse de tous ces éparpillements et permettent aux médecins qui exercent leur profession dans sa totalité, de prendre connaissance de l'évolution de la science qu'ils appliquent, de se tenir à jour sur les données nouvelles et les recherches aux conclusions praticuables.

Ce mois de juin bourdonnant de paroles savantes, de colloques sinon inspirés, du moins réfléchis et coordonnés, est chose du passé. Les organisateurs sont maintenant en mesure de savourer à bon droit le succès de leurs entreprises, les rapporteurs, de ressentir un juste contentement de leur participation à une action commune et de l'illustration de leur mérite respectif. Enfin, les auditeurs, sans lesquels ces congrès ne pourraient avoir lieu, ont maintenant plus de science dans leur entendement.

La *Canadian Medical Association* a tenu ses assises nationales à Montréal. Impressionnant concours de médecins canadiens de toutes les provinces de notre pays, programme abondant.

Encore mieux, un congrès international a eu ses réunions dans la métropole et des psychiatres de nombreux pays ont versé au patrimoine de la maladie mentale des efforts généreux et ils ont marqué le point actuel dans l'évolution éminemment grouillante de la psychiatrie qui cherche avidement sa maturité. Notre collègue Bordeleau en parle dans son éditorial.

203318

Enfin et pour rejoindre ce qui doit nous être le plus cher, le XXXI[e] congrès de notre Association s'est déroulé à Québec.

Sans forcer la note et sans pécher par préjugé narcissique, on peut affirmer que ce congrès fut réussi. Le vocable « succès » est bien usé et fait office trop souvent d'hyperbole de circonstance. Je ne l'emploie pas, mais je réaffirme que la réunion de Québec fut pleinement réussie. Inscription généreuse; mais, bien mieux, assistance compacte à toutes les séances scientifiques. Que les organisateurs, les rapporteurs et les démonstrateurs savourent l'après-goût de leur réussite.

De celle-là, je tiens à mentionner trois aspects qui m'ont paru dominer les autres.

Des rapporteurs, la majorité fut des jeunes médecins de nos facultés et de nos hôpitaux. Bien disciplinés à l'oeuvre de présentation de travaux et de communications, ils nous communiquèrent des études étayées par des notions, des techniques et des conceptions actuelles. Qu'on veille ainsi sur nos jeunes collègues, qu'on les mette à l'épreuve et en lumière dans nos congrès, et on obtiendra des réunions dynamiques. Nos séances seront marquées de la conjoncture médicale du temps présent et même de la projection dans l'avenir inhérente aux projets et à la recherche qui passionnent nos jeunes collègues. Au surplus, ils s'attacheront plus sûrement à notre Association et contribueront à la faire encore plus agissante et prestigieuse.

Second aspect: les séances de télévision en couleur et en circuit fermé, sur large écran. Bien entendu, le fait n'est pas une innovation, mais on ne peut ignorer ni mésestimer l'attention de l'image animée et l'intérêt suscité par le dialogue ininterrompu entre la salle des auditeurs-spectateurs et l'opérateur qui a quelque chose d'animé à montrer. Ce dernier explique les différentes modalités de l'opération; assisté de « panellistes », il répond extemporanément aux questions de l'assistance par l'intermédiaire d'un modérateur qui dirige les commentaires sur les diverses facettes de la pathologie traitée. Excellente méthode d'enseignement, que ce ne serait que par l'attraction du procédé qui impose une présence et conséquemment offre une occasion heureuse d'instruction.

Enfin, des cours de médecine et de chirurgie avaient été organisés pour auditeurs inscrits en nombre limité et sur versement d'une contribution. Ces cours étaient donnés à une heure matinale. Première expérience à nos congrès et on attendait avec impatience le résultat de cette initiative. Elle fut heureuse. Les assistances furent à capacité et l'intérêt a été soutenu. Les auditeurs parurent satisfaits de cette formule; ils acquirent des connaissances nouvelles plus solides et précises. Salle de dimension restreinte, climat d'intimité, leçon sur le ton d'une conversation et sans mise en scène magistrale, échange de vues et d'opinions créant une liaison étroite entre conférencier et auditeur, éminemment propice à l'enseignement post-scolaire. Tout cela est bien.

Que les fruits n'en soient pas perdus et surtout qu'un congrès de notre Association après les nombreux autres qui l'ont précédé soit une action continue qui la porte vers une destinée que nous lui voulons belle et forte.

Le président de ce XXXI[e] congrès a appuyé au cours de son allocution du dîner de clôture sur le parallé'isme des deux cultures au Canada; notre Association a la mission de promouvoir la nôtre dans le champ de la médecine canadienne. Elle réussira cette mission à condition que nos médecins veulent avoir la fierté de lui prêter leur concours, soit de se le procurer à eux-mêmes, de se servir eux-mêmes en servant leur propre institution.

Roma AMYOT.

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

LE XXXI[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA — PREMIÈRE SESSION : QUÉBEC

L'épreuve d'un congrès en deux sessions, l'une à Québec, l'autre à Paris, apparaissait à quelques-uns redoutable. L'attrait de la session lointaine, du voyage, du dépaysement ne ferait-il pas une concurrence inquiétante aux assises de Québec?

Tous doivent convenir, maintenant, que le succès du congrès de Québec dépasse les prévisions même les plus optimistes, quant à l'assistance et à l'intérêt général. Le Président, le docteur Pierre Jobin et tous ses collaborateurs ont droit, sans réserve, à tous les éloges.

Les Québecois ont dit à leurs confrères: « Méritez votre voyage à Paris, mais auparavant, venez travailler avec nous ». Et l'impression générale qui prévaut c'est que ce congrès, qui présentait d'heureuses initiatives — comme les cours de médecine et de chirurgie et les opérations télévisées en couleurs sur un grand écran — fut véritablement un congrès de travail. L'exposition du livre médical français mérite d'être particulièrement signalée.

La solide équipe qui appuyait le docteur Pierre Jobin a mis l'accent sur un programme scientifique accessible au plus grand nombre des praticiens et répondant à ce désir que nous avons tous, au cours de notre carrière, de faire le point sur un certain nombre de questions. Placer une certaine forme d'enseignement médical post-universitaire — même si cette forme est restreinte dans le temps — sous l'égide de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, et de ses congrès, répond à un besoin actuel et cette initiative ne demeurera certainement pas sans lendemains.

Je n'entrerai pas dans le détail du programme scientifique de Québec, sinon pour rappeler l'importance du colloque sur la génétique, consacré aux maladies familiales chez les Canadiens français, colloque qui aura des répercussions dans l'enseignement universitaire. J'insisterai également sur la part prise par le professeur H. Rocke Robertson, comme membre du colloque sur la gastrectomie télévisée, et sa communication sur « la thrombose veineuse, étude clinique et expérimentale », qui fut faite en français.

Egalement membre du colloque de la séance télévisée de gastrectomie, le Professeur André Lambling, délégué officiel de la France, fit une communication très appréciée sur « l'ulcère gastrique expérimental de contrainte: recherches psychosomatiques et pharmacodynamiques », conférence illustrée de diapositives.

La présence active et rayonnante à Québec du Professeur André Lambling — qu'accompagnait sa femme également médecin, le docteur Yvonne Le Grand Lambling, — a non seulement ajouté au prestige scientifique de ce congrès, mais aussi à son caractère universitaire. L'octroi d'un doctorat honoris causa par l'Université Laval a rappelé que le titulaire, le Professeur Lambling, est membre du Comité d'orientation des médecins canadiens en France, et qu'il exerce ainsi une influence profonde sur la carrière de notre jeune élite médicale.

Nous devons aussi souligner l'excellent travail du Comité d'Economie Médicale et de la Filiale du Québec de l'A.M.L.F.C. qui ont tenu leurs séances dans le cadre du congrès et ont mis l'accent sur des questions d'une grande actualité, dont nous entendrons de nouveau parler en cours d'année.

Lorsqu'un congrès incite à la réflexion, suscite des projets complémentaires et des améliorations et permet de faire le point, c'est qu'il a bien rempli sa mission. A cet égard,

le futur congrès de Montréal de novembre 1962 pourra s'en inspirer avec bénéfice, tout en innovant, lui aussi. Mais il est également certain que la session de Québec du XXXIe congrès nous permet d'aborder en septembre la session de Paris avec la pleine conscience de notre valeur scientifique et culturelle. Après le brillant discours prononcé par le premier Ministre, l'Hon. Jean Lesage, au banquet de clôture de notre XXXIe congrès, nous devenons en quelque sorte les témoins des brillantes perspectives et des impulsions nouvelles que prend en ce moment l'enseignement, sous toutes ses formes, dans la province de Québec.

L'A.M.L.F.C. À L'HÔPITAL SANTA CABRINI

La ville de Montréal s'étend à vive allure. Des hôpitaux s'agrandissent, d'autres se construisent. L'Hôpital Santa Cabrini récemment terminé, présente une disposition architecturale et des commodités intérieures qui en font, dit-on, l'un des plus modernes de l'Amérique du nord. Cet hôpital fut béni solennellement le jeudi premier juin, par son Eminence le Cardinal Paul-Emile Léger et inauguré le même jour. Après les cérémonies de la bénédiction, de nombreux amis, bienfaiteurs, médecins et invités d'honneur entendirent des allocutions prononcées à cette occasion, notamment par son Eminence le Cardinal Paul-Emile Léger, de même que par son Excellence Carlo Deferraris Salzano, ambassadeur d'Italie et par l'Honorable Alphonse Couturier, ministre provincial de la Santé. Le directeur des relations extérieures représentait l'A.M.L.F.C. à l'occasion de ces cérémonies inaugurales.

L'A.M.L.F.C. À L'A.H.Q.

Les 19, 20 et 21 avril s'est déroulé à l'Hôtel Reine Elizabeth le troisième Congrès annuel de l'Association des Hôpitaux du Québec. Sous la présidence du docteur Paul Bourgeois, et la direction générale du docteur Gérald Lasalle, ce congrès, judicieusement préparé, a connu, tant par son assistance que par les sujets présentés, un succès remarqué. Je ne saurais énumérer ici toutes les questions d'actualité concernant l'administration hospitalière et les sujets pratiques concernant la vie des hôpitaux, qui furent traités par des conférenciers de choix venus de différentes provinces du Canada. Son Eminence le Cardinal Paul-Emile Léger au banquet du jeudi soir, 20 avril a prononcé une causerie sur les problèmes humains de l'hospitalisation, et le premier ministre du Québec, monsieur Jean Lesage a été le conférencier invité au déjeuner du mercredi, 20 avril. Le ministre provincial de la santé, le docteur Alphonse Couturier a ouvert officiellement les assises et a prononcé une allocution à cette occasion.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada était représentée à l'ouverture traditionnelle par son Directeur des relations extérieures et au banquet officiel par le Directeur général, le docteur Emile Blain.

L'A.M.L.F.C. À LA RÉUNION GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX CATHOLIQUES DU CANADA

La réunion générale de l'Association des Hôpitaux Catholiques du Canada a eu lieu cette année à l'Hôtel-Dieu de Montréal les 25, 26, 27 et 28 mai.

Sous la direction du R.P. Lorenzo Danis, o.m.i., et la présidence du Rév. Père Durocher, o.m.i., ce congrès ou réunion générale a connu une fois de plus un succès grandement justifié; le thème général de « La conservation de la charité traditionnelle dans nos hôpitaux ». Les messages apportés par Son Eminence le Cardinal Paul-Emile Léger, archevêque de Montréal, et par Son Excellence Monseigneur Maurice Roy, archevêque de Québec, soulignaient la portée morale de ces assises; et les réunions spéciales pour administrateurs, personnel des écoles d'infirmières, aumôniers, dames auxiliaires, confirmaient leur valeur pratique et administrative.

A l'ouverture officielle, des allocutions furent prononcés par des représentants de la Cité et de l'Université de Montréal, des associations d'hôpitaux, de médecins et d'in-

firmières; l'Association des Médecins de Langue Française du Canada y était représentée par son directeur des relations extérieures qui formula les voeux d'usage. Au banquet de clôture l'Honorable Noël Dorion, secrétaire d'Etat du Canada, et le docteur Laurent Lizotte, adjoint parlementaire au ministère provincial de la santé, prirent la parole au nom de leur gouvernement respectif.

L'A.M.L.F.C. AU CONGRÈS DE LA C.M.A.

La Canadian Medical Association a tenu son congrès annuel à Montréal, à l'Hôtel Reine Elizabeth, du 19 au 23 juin dernier, sous la présidence du docteur Gerald W. Halpenny. De nombreuses séances d'étude sur de multiples questions d'actualité ont constitué les éléments les plus intéressants du programme scientifique. Des séances d'économie médicale ont été aussi insérées au programme; et fort logiquement vu les transformations actuelles en cours dans ce domaine, dans notre Province: l'assurance-hospitalisation, l'assurance-santé, la loi des hôpitaux. A l'assemblée plénière tenue le soir du mercredi 21 juin, les représentants d'associations confraternelles présents ont formulé leurs voeux à l'adresse de la C.M.A. Le docteur Emile Blain, Directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, a prononcé l'allocution suivante: « Mesdames, messieurs,

Au nom de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, il me fait plaisir d'offrir à la Canadian Medical Association nos meilleurs voeux de succès.

C'est l'hommage d'une association-soeur qui habite le même pays, qui fait face à des problèmes identiques, et qui partage des espoirs semblables. Mais chacune des deux associations a des moyens d'expression différents et une formation qui lui est propre.

Dans le monde médical canadien, toutes deux contribuent à la diversité, tout en concourant à l'unité. C'est là le reflet d'une double culture que les gens bien pensants trouvent enrichissante, et dont les esprits éclairés ne voudraient pas se départir.

Dans d'autres pays, cette dualité culturelle pourrait paraître incompréhensible; chez nous, elle n'est que la conséquence logique d'un état de choses voulu par l'histoire. Et sa présence ici, ce soir, manifeste que nos deux associations sont toujours prêtes à collaborer au progrès de leur commune et unique patrie, le Canada.

En ce 94e congrès de votre association, la nôtre vous tend une main confraternelle, et tient à vous redire ses meilleurs sentiments ».

L'A.M.L.F.C. ET LES TROIS PRIX DÉCERNÉS AUX FINISSANTS EN MÉDECINE

On se rappelle qu'au nombre des initiatives prises depuis 1960 par l'Exécutif de l'A.M.L.F.C., figure l'attribution de trois prix, décernés à l'élève finissant en médecine qui a conservé le plus grand nombre de points dans l'ensemble de ses examens.

La remise de ces prix est accordée par l'Université de Montréal, par l'Université Laval et par l'Université d'Ottawa. Par ce geste louangeur, l'Association prolonge ainsi son action en milieu universitaire et souligne l'intérêt qu'elle porte au jeune médecin dès le début de sa carrière.

Les bénéficiaires de cette année sont les docteurs Marc Launay, de l'Université de Montréal, François Jobin, de l'Université Laval, et André Lafrance, de l'Université d'Ottawa.

A chacun des récipiendaires, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada est heureuse d'offrir ses plus chaleureuses félicitations.

Pierre SMITH
directeur des relations extérieures

VOEUX ACCEPTÉS PAR LE CONSEIL DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA LORS DU XXXe CONGRÈS TENU À QUÉBEC, JUIN 1961

Considérant que l'enseignement dans les universités canadiennes d'expression française doit être donné en langue française;

Considérant que l'enseignement par le livre doit être placé au même niveau d'importance que l'enseignement oral;

Considérant que toute déviation à cette politique fondamentale constitue une viciation de principe et un péril pour la pureté et l'intégrité de la langue;

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, réunie en son trente et unième Congrès, émet le voeu:

Que les manuels de médecine imposés ou recommandés aux étudiants des Facultés de médecine de langue française soient des ouvrages rédigés en langue française.

Pour cela, elle recommande soit l'usage de manuels français, soit la traduction française de livres écrits en langues étrangères, soit préférablement la composition par les professeurs des Facultés canadiennes-françaises de manuels qui complèteraient ainsi leur propre enseigneemnt oral.

* * *

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, réunie en son trente et unième Congrès, émet le voeu:

Que les Universités canadiennes-françaises voient, dans le plus bref délai possible, à la création et à l'organisation de départements de Génétique Clinique en collaboration avec les Facultés de Médecine, de Sciences Sociales et de Sciences ».

* * *

La Filiale du Québec de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, à son assemblée annuelle lors du 31e congrès, émet les voeux suivants:

1) Que sur recommandation du médecin traitant, les examens de laboratoire et de radiologie, pour les patients ambulants, soient intégrés dans le système d'Assurance-Hospitalisation, tant à l'hôpital qu'au bureau du médecin certifié dans ces disciplines, afin de limiter le plus possible l'hospitalisation;

2) Elle appuie le Bureau Provincial de Médecine dans le plein exercice des pouvoirs qui lui sont reconnus par la Loi;

3) Elle recommande que l'accréditation des hôpitaux soit provinciale, en regard de l'Assurance-Hospitalisation;

4) Elle réitère le voeu que les médecins radiologistes soient rémunérés à l'acte médical;

5) Tout en recommandant que l'Etat puisse être appelé à jouer un rôle supplétif, la Filiale du Québec de l'A.M.L.F.C. croit cependant que dans l'intérêt de la santé publique, l'étatisation de la médecine doive être écartée, et recommande que les médecins s'appliquent à fournir, par l'intermédiaire de l'assurance médicale privée appropriée, d'excellents services médicaux à un coût que la population puisse payer.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES CANCERS DU TUBE DIGESTIF

Gérard GAGNON, Emile SIMARD, François BRISSON,
Edouard BEAUDRY et Aubin CHARBONNEAU,
Hôtel-Dieu Saint-Vallier (Chicoutimi).

Cette communication a pour but de présenter une étude des cas de cancers du tube digestif observés à l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi depuis janvier 1950 jusqu'à avril 1960

Nous avons revisé tous les dossiers des malades atteints de cancer du tube digestif au cours de cette période. Seuls furent utilisés les dossiers où le diagnostic était mis en évidence d'une façon indiscutable soit par un examen histologique, radiologique ou endoscopique. Nous avons éliminé ceux où les renseignements étaient insuffisants et laissaient planer un doute sur la nature de la lésion.

Nous avons ainsi colligé les résultats de 413 malades atteints de cancers du tube digestif, dont la classification peut être examinée au *tableau 1.*

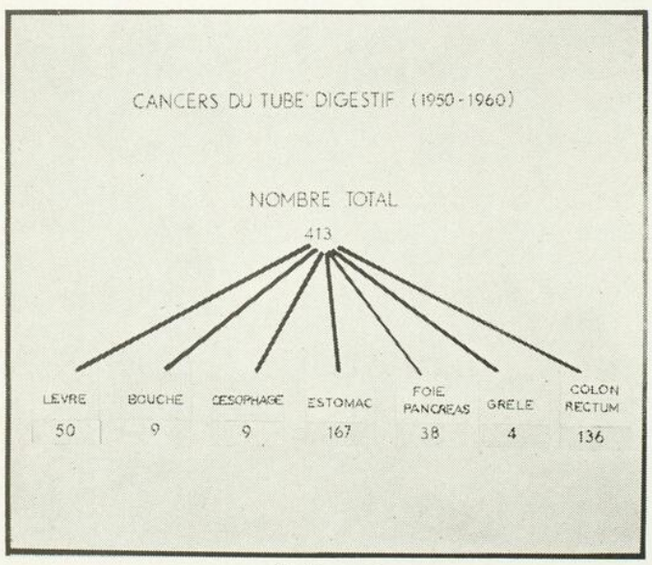


Tableau I.

Nous pouvons remarquer une prédominance indiscutable des localisations gastrique et colique.

Nous passerons en revue les renseignements recueillis de l'étude des dossiers suivant les différents étages du tube digestif et exposerons rapidement les conclusions que nous avons cru devoir en tirer.

Lèvre

Le cancer de la lèvre se rencontre presque exclusivement chez l'homme; nous n'avons rencontré qu'un seul cas chez la femme. L'examen histologique a montré que toutes les lésions étaient de type spino-cellulaire. Le traitement chirurgical dans la majorité des cas a consisté dans l'exérèse simple et à trois occasions on a fait une dissection radicale du cou.

Neuf (9) cas seulement ont été traités avant 1955. La survie chez ces cas est de 100%.

Bouche et Oesophage

Au niveau de la bouche, neuf malades seulement ont été traités dont un seul antérieurement à cinq ans.

De même à l'œsophage, le nombre de nos cas se limite à neuf et la survie la plus longue a été deux ans et demi.

Ces chiffres sont trop restreints pour être significatifs du point de vue statistique.

Estomac

Nous avons relevé 167 cas de cancer de l'estomac. C'est le groupe le plus important de notre série. La prédominance chez l'homme est confirmée et représente plus de 75% des cas. Les deux tiers se situent entre l'âge de 40 et 70 ans avec un maximum à la sixième décade (*tableau II*)

L'âge moyen selon le sexe, est de 56 ans chez l'homme et de 58 ans chez la femme.

Le *tableau III* indique les symptômes dominants. La douleur et l'amaigrissement sont les symptômes le plus fréquemment rencontrés. Des hémorragies sont survenues chez 33% des patients. Remarquons toutefois que le plus souvent ces saignements n'étaient pas suffisants pour produire une anémie notable. Nos observations semblent plutôt indiquer que ce symptôme survient seulement à la phase terminale de la maladie. L'anémie n'est donc pas un élément de diagnostic dans le cancer de l'estomac. Une masse a été rencontrée chez 28% des malades. Il s'agissait le plus souvent de cancer avancé. Les autres symptômes ne présentent pas d'importance diagnostique.

L'étude anatomo-pathologique a été faite sur 144 malades (*tableau IV*). L'examen histologique n'a

pas été obtenu dans 23 cas. Il s'agit de malades chez qui une certitude diagnostic a été réalisée par l'endoscopie et la radiologie. Le plus souvent ces malades ont refusé l'intervention et l'étude histologique n'a pu être complétée. Des cancers étudiés par l'anatomo-pathologiste, nous remarquons 140 épithéliomas formés surtout par les cancers du type glandulaire. Signalons le faible pourcentage de linite plastique qui s'établit à environ 10%.

Les quatre sarcomes sont du type lymphosarcome.

En regard du traitement du cancer de l'estomac nous constatons que 29 malades n'ont pas été opérés (*tableau V*). Il s'agit de malades qui avaient atteint soit la phase terminale de leur maladie ou qui ont refusé l'intervention.

Dans l'ensemble des 138 malades qui ont été soumis à la chirurgie, 56, soit 40% présentaient des

CANCER DE L'ESTOMAC
SYMPTOMES

167 CAS	NOMBRE	%
DOULEUR	137	89
AMAIGRISSEMENT	130	79
SAIGNEMENT	56	33
MASSE	47	28
CONSTIPATION	46	28
DIARRHEE	15	9
DYSPHAGIE	15	9

Tableau III.

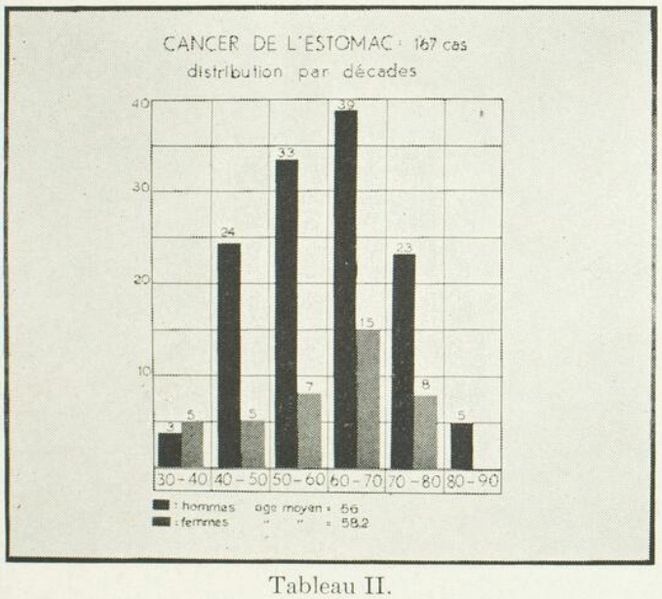


Tableau II.

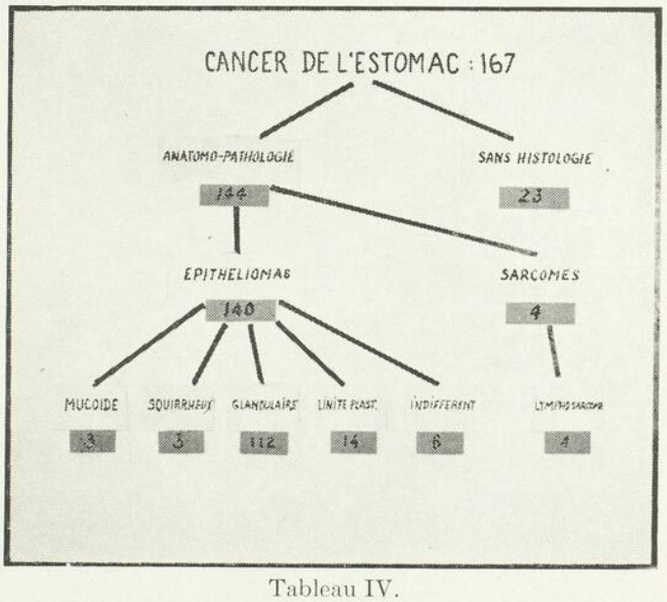


Tableau IV.

lésions ne permettant pas la résection soit à cause de l'extension locale ou de la présence de métastases importantes. Dans certains cas, une intervention palliative a été pratiquée, le plus souvent une gastro-entérostomie. Le plus grand nombre de malades, soit 60% ont subi une gastrectomie totale ou subtotale. Dans la gastrectomie totale on a associé le plus souvent l'exérèse d'un autre organe en raison de l'étendue des lésions. La gastrectomie sub-totale est plus rarement associée à une chirurgie d'organe voisin.

L'étude de la survie des gastrectomisées révèle que 30.7% sont vivants après cinq ans (*tableau VI*). En vue de cette étude, nous avons conservé uniquement les cas opérés avant août 1955, de façon à obtenir une survie dépassant cinq ans. Treize patients n'ont pu être retracés. Parmi les 72 cas

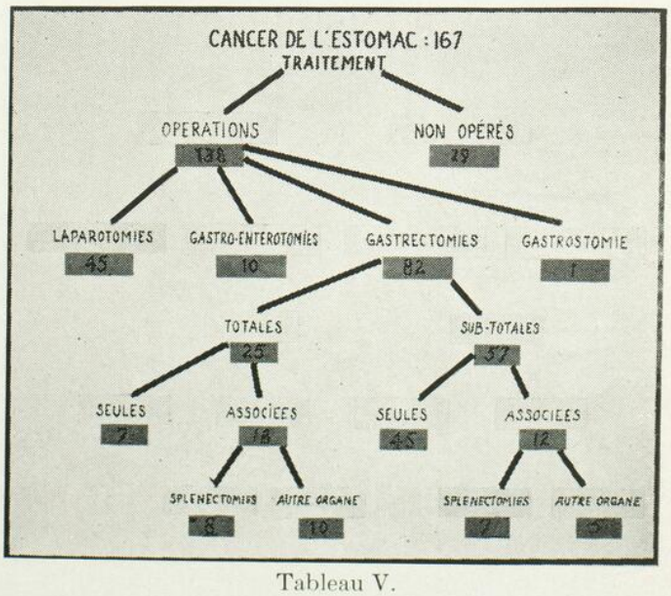


Tableau V.

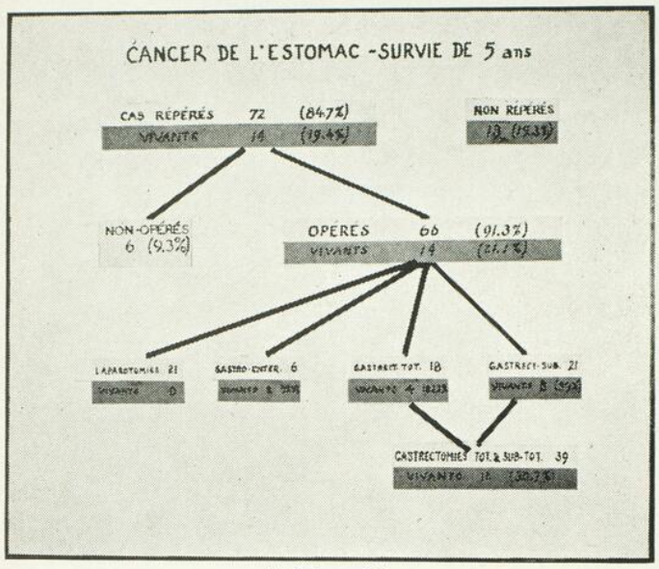


Tableau VI.

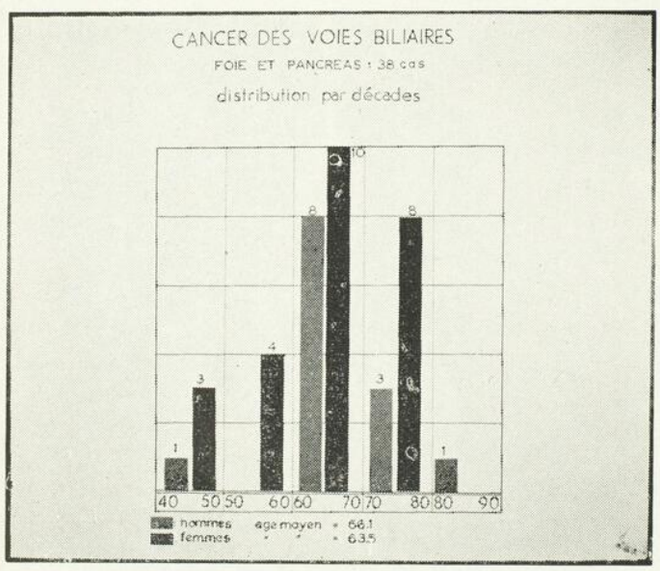


Tableau VII.

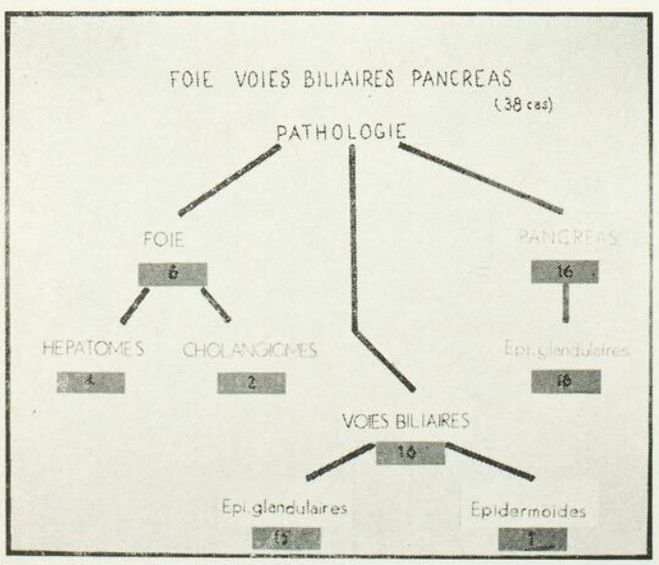


Tableau VIII.

repérés, quatorze étaient vivants après cinq ans. Six malades répérés n'avaient pas subi d'intervention. Ils sont tous décédés. Des 66 opérés, 21.1% sont vivants après cinq ans. Tous ceux qui n'ont subi qu'une exploration, soit 21, et ont été jugés inopérables sont tous décédés. Il est par ailleurs remarquable de noter que parmi ceux qui ont subi des opérations palliatives, deux sont vivants après cinq ans.

L'évolution des gastrectomisés révèle une survie moyenne de 22.2% chez les malades ayant subi une gastrectomie totale et 39% une gastrectomie subtotale, ce qui fait une moyenne de 30.7% de survie chez les malades traités par gastrectomie pour cancer de l'estomac.

FOIE · VOIES BILIAIRES · PANCREAS

SYMPTOMES

38 CAS	FOIE VOIES BILIAIRES		PANCREAS	
	No	%	No	%
AMAIGRISSEMENT	19	86	9	56
DOULEUR	18	82	12	75
CONSTIPATION	12	54	3	18
MASSE	11	50	6	37
HEMORRAGIE	2	9	0	-
ICTERE	2	9	2	12
DIARRHEE	1	4	1	6
VOMISSEMENTS	3	14	1	6
DYSPHAGIE	0	-	2	12
ANEMIE	4	18	4	25

Tableau IX.

VOIES BILIAIRES (FOIE ET PANCRÉAS)

Dans les cancers des voies biliaires, du foie et du pancréas, on note contrairement au cancer gastrique, une prédominance nette chez la femme (*tableau VII*). Elle constitue environ les deux-tiers de tous les cas, soit 25 cas sur 38. On rencontre le cancer des voies biliaires surtout dans la sixième et la septième décades. L'âge moyen chez l'homme est de 66 ans et chez la femme de 63 ans.

L'étude anatomo-pathologique des voies biliaires révèle au niveau du foie: 4 hépatomes et 2 cholangiomes (*tableau VIII*). Au niveau du pancréas tous les épithéliomas opérés étaient du type glandulaire. Seize cancers des voies biliaires ont été opérés. Quinze (15) sont du type épithélioma glandulaire et un seul du type épidermoïde.

Dans les cancers du foie et des voies biliaires, les symptômes par ordre de fréquence sont l'amaigrissement, la douleur, la constipation et la présence

d'une masse (*tableau IX*). Dans les cancers du pancréas par ailleurs, les symptômes les plus fréquents sont la douleur, la perte de poids, la présence d'une masse palpable et la constipation.

Trente-sept (37) malades souffrant de cancer des voies biliaires et du pancréas ont subi des interventions (*tableau X*).

Au niveau du foie, on note 5 laparotomies qui ont été accompagnées de biopsie et une opération de dérivation constituée par une cholécysto-jéjunostomie.

Au pancréas: 5 laparotomies, 7 opérations dérivatives et 4 Whipple.

Au niveau des voies biliaires: 9 laparotomies, une cholécystostomie et 2 cholécystectomies avec plastie du cholédoque. Trois (3) cholécystectomies simples.

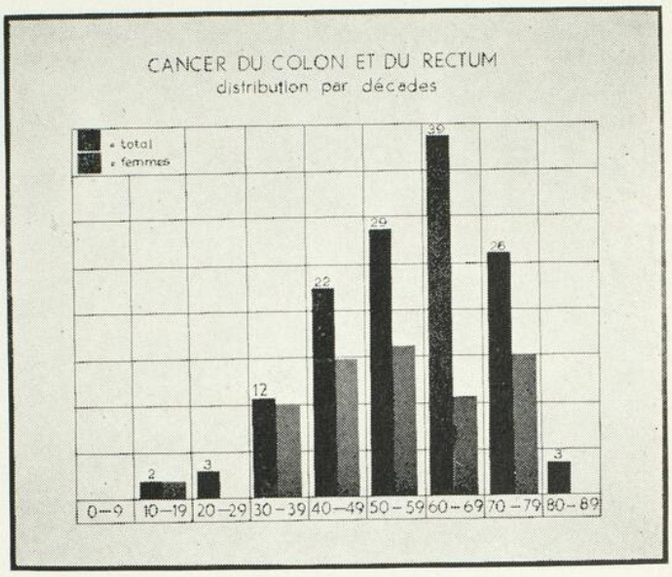


Tableau XI.

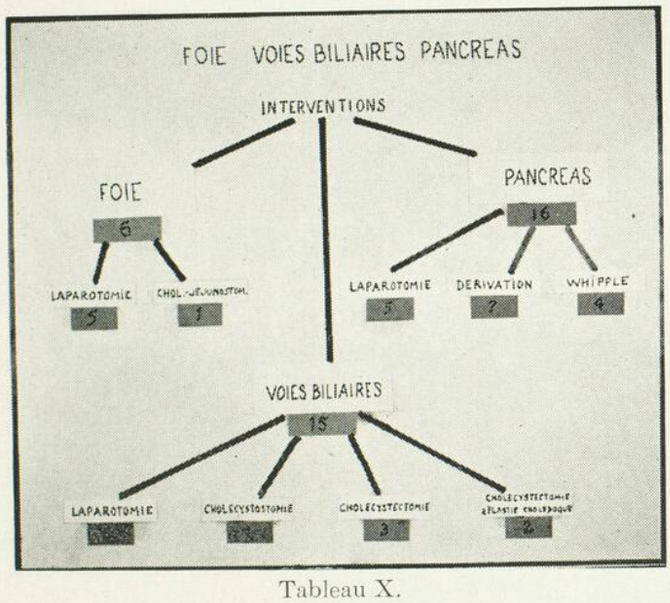


Tableau X.

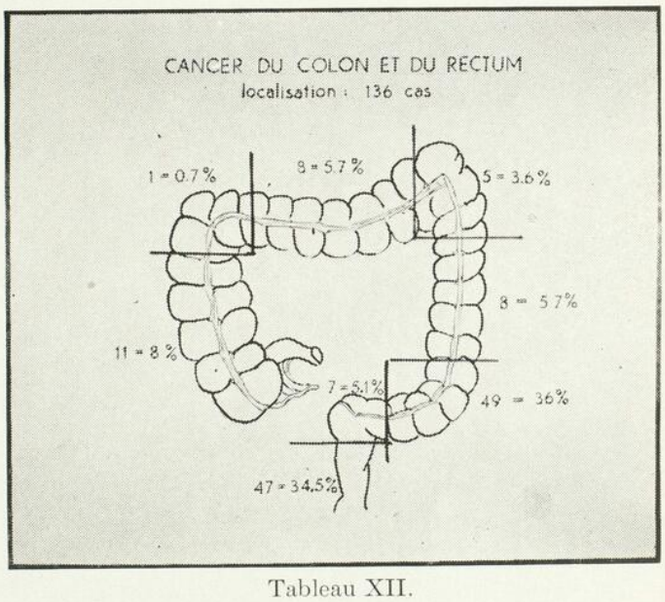


Tableau XII.

En résumé, 19 malades n'ont bénéficié d'aucune chirurgie palliative ou curative. Neuf opérations ont été pratiquées dans un but curatif et 9 ont été uniquement palliatives constituées par des opérations de dérivation.

Sur les 38 malades porteurs d'un cancer des voies biliaires et du pancréas, 15 cas ont été traités depuis plus de cinq ans. Un seul malade a survécu.

Côlon et rectum

Nous avons traité cent trente-six (136) cas de cancer du côlon et du rectum (*tableau XI*). On a remarqué que la fréquence s'élève à partir de la quatrième décade pour atteindre un maximum entre 60 et 70 ans. Si l'on considère l'ensemble des lésions du côlon, la fréquence est sensiblement la même chez l'homme et chez la femme.

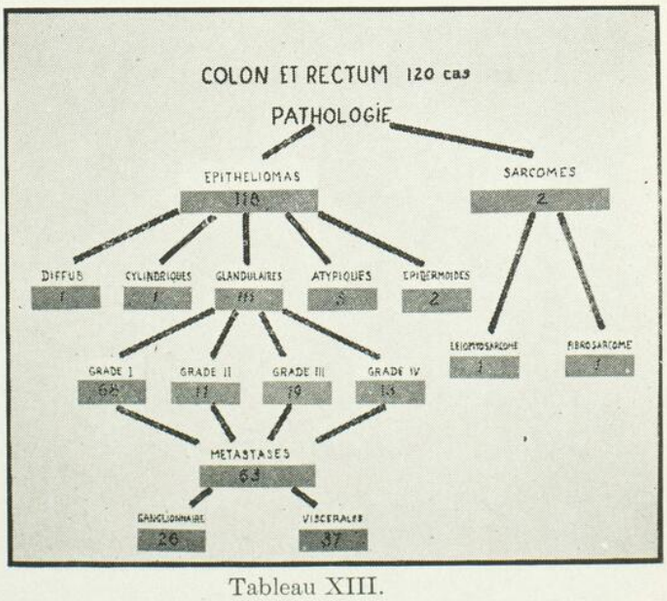


Tableau XIII.

Au point de vue de la localisation du cancer sur le côlon, la répartition se fait comme suit: (*tableau XII*). Côlon ascendant et cœcum: 11 cas. Angle hépatique: 1 cas. Angle splénique: 5 cas. Transverse et descendant: 8 cas respectivement.

Cent trois (103) cancers se trouvent situés sur le sigmoïde, le recto-sigmoïde et le rectum, ce qui fait une proportion de 75.6%.

Un fait notable, c'est qu'aucun cancer de l'anus n'a été rencontré au cours de la présente série.

Sur 136 malades, l'évidence anatomo-pathologique a été recueillie dans 120 cas (*tableau XIII*). La presque totalité est constituée par des épithéliomas, soit 118. On ne rencontre que 2 sarcomes: un léiomyosarcome et un fibrosarcome.

COLON ET RECTUM
SYMPTOMES

136 CAS	NOMBRE	%
DOULEUR	82	60.3
HEMORRAGIE RECTALE	76	55.8
CONSTIPATION	76	55.8
MASSE	68	50
AMAIGRISSEMENT	63	46.3
DIARRHEE	44	32.5
ALTERNANCE DE DIARRHEE ET CONSTIPATION	22	16.3

Tableau XIV.

La forme glandulaire est de beaucoup la plus fréquente. Deux cancers épidermoïdes ont été décrits; ils étaient situés à distance de l'anus.

Selon la classification de Broders, on remarque que 68 cas sur 111 sont du grade 1.

L'étude des métastases a été faite et parmi les épithéliomas glandulaires, 63 ont donné des métastases, dont 26 ganglionnaires et 37 viscérales.

Dans les cancers du rectum et du côlon, le symptôme dominant semble constitué par la douleur qui a été rencontrée dans 60.3% de tous les malades. (*tableau XIV*). Les autres symptômes par ordre de fréquence sont l'hémorragie rectale rencontrée dans 55% des cas; la constipation rencontrée dans le même pourcentage; la présence d'une masse dans 50%. Les autres symptômes de moindre importance sont l'amaigrissement, la diarrhée et l'alternance de diarrhée et de constipation.

TRAITEMENT DES CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM

De nos 136 malades, 62 subirent des opérations curatives (*tableau XV*). Parmi celles-ci, il y a 10 résections antérieures et 23 résections abdomino-périnéales pour des cancers du rectum; 29 résections coliques pour des cancers localisés en dehors du rectum et du recto-sigmoïde ont été effectuées. Quarante-neuf opérations palliatives furent pratiquées, dont 24 colostomies et 16 résections; 7 abdomino-périnéales et 2 résections antérieures. Certains malades au nombre de 9 ne subirent tout simplement qu'une exploration. Enfin, 16 malades ne furent pas opérés. Il s'agissait de malades qui ont refusé l'intervention ou dont l'état ne justifiait pas l'opération.

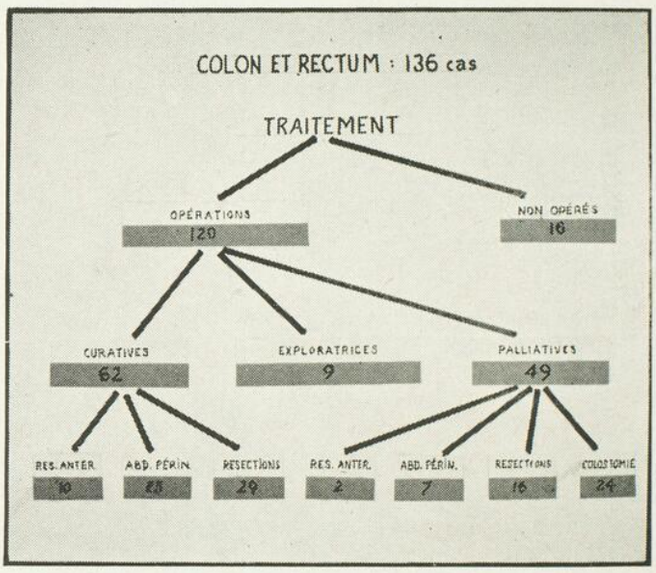


Tableau XV.

L'étude de la survie des cancers du côlon et du rectum (*tableau XVI*) a montré qu'on a obtenu une survie globale de 42.55% si l'on fait l'addition des patients qui furent opérés pour une opération curative et pour une opération palliative. En effet, sur 120 cas qui furent opérés, 48 le furent antérieurement à cinq ans. De ceux-ci 27 furent des opérations curatives et l'ensemble de ce groupe donne une survie de cinq ans de 55.5%. D'autre part, 21 patients eurent soit des opérations palliatives ou simplement une exploration dans un cas. Sur ce second groupe, la survie de cinq ans s'élève à 25%. La survie globale, comme nous le mentionnions est de 42.5%. Maintenant si l'on fait une perspective du nombre total de tous les cancers que nous avons traités dans les dix dernières années en regard de la survie de cinq ans, les chiffres s'établissent comme suit: (*tableau XVII*). Le nombre total des can-

cers traités est de 413. Parmi ceux-ci, 160 ont été traités dans une période antérieure à cinq ans. De ces cas, 13 ont été perdus pour le follow-up de sorte que la survie de cinq ans est reportée sur l'étude de 147 malades.

Dans le cancer de la lèvre, la survie a été de 100%.

Au niveau de la bouche, de l'œsophage et du grêle, aucun patient n'a survécu cinq ans.

L'estomac représente une survie de 19.4%.

Les voies biliaires 6.6%.

La survie la plus prolongée est rencontrée au niveau du côlon soit dans 42.55% des cas.

La moyenne du groupe dans son entier est de 33.4%, ce qui représente la survie globale de cinq ans chez 147 cas qui ont été opérés et repérés.

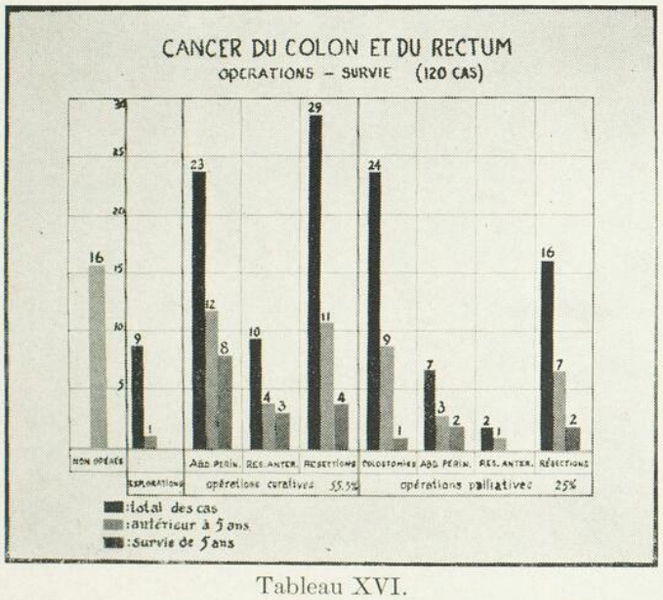


Tableau XVI.

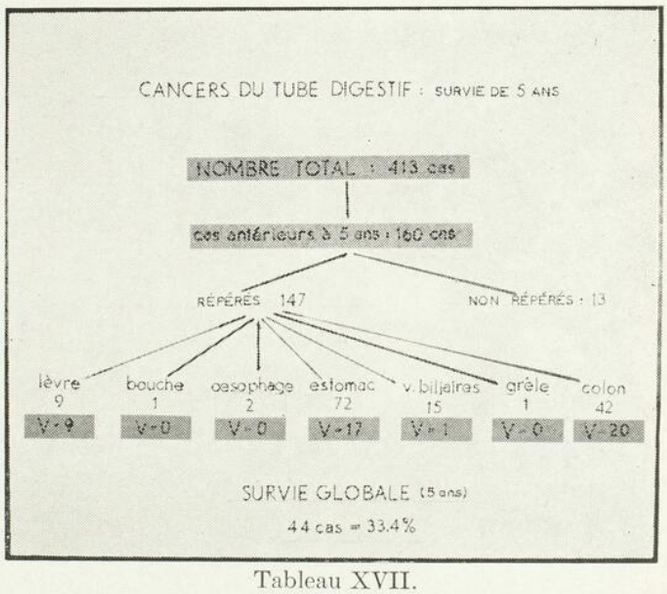


Tableau XVII.

Dans l'ensemble des cancers du tube digestif, on constate une prédominance marquée de l'homme dans les cancers des segments supérieurs. En effet, une seule patiente a été traitée pour cancer de la lèvre. Au niveau de l'estomac la lésion chez l'homme est manifeste et c'est d'ailleurs un fait bien reconnu. Par contre, au niveau des voies biliaires, la plupart des cancers rencontrés ont été chez les femmes lithiasiques, alors qu'inversement les lésions pancréatiques sont découvertes avec prédilections chez l'homme. Dans les segments inférieurs et en particulier au niveau du sigmoïde, du recto-sigmoïde et du rectum, la proportion homme et femme devient à peu près égale.

Du côté de la symptomatologie du cancer de l'estomac quelques faits saillants sortent de nos constatations.

Tout d'abord, il faut remarquer que les deux symptômes dominants du cancer de l'estomac sont d'abord la douleur dans une proportion de 89% et l'amaigrissement dans une proportion de 79%.

Fait paradoxal à première vue, la rareté de l'anémie et des hémorragies. L'anémie ne se rencontre que dans la phase très avancée de la maladie et ne constitue pas un symptôme important pour le diagnostic à la phase curable. Quant à la présence d'une masse palpable cliniquement, elle ne s'est rencontrée que dans environ le quart des cas.

En ce qui concerne le pronostic et la curabilité, nous avons constaté que sur 138 malades qui ont été opérés, 45 ne subirent qu'une laparotomie exploratrice alors que la lésion chez eux avait dépassé les limites de la curabilité et même de la palliation. Donc le tiers des patients sont totalement inopérables au moment où ils consultent. Par ailleurs, si l'on considère que la survie de cinq ans est d'au-delà de 30% dans les cas opérés, tant avec une opération palliative que curative, on doit conclure que le facteur qui influence le plus la survie n'est pas le genre d'opération mais la précocité du diagnostic. Il semble donc que le diagnostic précoce constitue le meilleur moyen pour améliorer le pronostic du cancer de l'estomac.

La gastrectomie totale a été abandonnée en faveur de la gastrectomie sub-totale.

Quant au cancer du pancréas nous avions l'habitude de penser qu'il était plutôt indolore, mais nos statistiques prouvent que le cancer du pancréas est un cancer douloureux.

Les lésions œsophagiennes que nous avons eu l'occasion de traiter ne représentent pas un nombre

suffisant pour tirer des conclusions. Cependant l'évolution des 9 malades est extrêmement décevante, puisque la plus longue survie est de 2½ ans. Nous pouvons donc conserver l'opinion que même si les techniques opératoires semblent très précises, dans l'ensemble l'évolution des cancers de l'œsophage est peu favorable.

En somme, nous pouvons conclure de cette étude comparative que le traitement chirurgical du cancer du tube digestif doit être considéré comme étant la meilleure forme de traitement. N'oublions pas cependant que le cancer demeure une maladie mortelle contre laquelle il n'existe pas de traitement idéal.

Résumé

Les auteurs étudient des cas de cancers du tube digestif observés à l'Htel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi.

Des 413 malades observés, on relève 167 cas de cancer de l'estomac et 136 cas de cancer du côlon et du rectum.

Il est signalé que le traitement chirurgical du cancer du tube digestif doit être considéré comme étant la meilleure forme de traitement. N'oublions pas cependant que le cancer demeure une maladie mortelle contre laquelle il n'existe pas de traitement idéal.

Summary

The authors discuss G. I. tract cancers treated at Hôtel-Dieu Saint-Vallier Hospital in Chicoutimi.

Statistical data on 413 cases include 167 carcinomas of the stomach and 136 of the colon and rectum.

It is pointed out that the best form of palliation is still the curative type of surgery.

LES FORMES DÉGUISÉES DES PHÉOCHROMOCYTOMES

COMMENTAIRES SUR QUATRE CAS

Murat KALUDI,
Hôpital Saint-Luc (Montréal).

Les phéochromocytomes, ces tumeurs qu'on avait cru faciles à diagnostiquer grâce à la sagacité clinique et surtout aux épreuves pharmacologiques si bien codifiées depuis la dernière décennie, continuent toujours à entretenir la chronique médicale et en cela leur intérêt va grandissant au fur et à mesure que nos connaissances avancent.

Pourtant, elles dédaignent, pourrait-on dire, nos épreuves et notre perspicacité qui ne font que cacher, sous des dehors soumis, nos illusions diagnostiques et thérapeutiques.

Qu'on se rapporte à l'observation de Labbé, Tinel et Doumer (9) concernant la jeune malade de 28 ans où le diagnostic fut posé à l'autopsie ou qu'on tienne compte de l'observation de Duncan et de ses collaborateurs (6), sans oublier le travail de l'équipe de la Clinique Mayo et surtout le beau cas de Barbeau (2) plus près de nous, force est d'admettre que le commun dénominateur de toutes ces observations peut se résumer d'une part dans les difficultés diagnostiques et, d'autre part, dans les aléas du traitement qui, guidé par les meilleures intentions, ne fournit pas toujours les guérisons escomptées. Pourtant, ni la hardiesse des entreprises ne surpasse la capacité chirurgicale, ni les soins infinis de l'exécution ne sont au-dessous de la vigilance.

Est-ce à dire que le phéochromocytome n'a pas tiré la moindre parcelle de la gloire tapageuse que la foire littéraire dispense périodiquement aux lauréats de la chirurgie ou aux vedettes de la clinique?

Que le diagnostic du phéochromocytome soit fatidique dans nombre de cas, il n'y a là rien de surprenant. Scrutons le tableau clinique et les épreuves de laboratoire ainsi que les résultats et les sanctions thérapeutiques, surtout dans ce qu'ils ont de réel et de définitif. Mais les nouvelles facettes présentées par lui ne sont pas déchues de pouvoir. En cela leur caractère n'est nullement finaliste.

Le maigre butin que nous versons dans le dossier de cette rubrique n'est pas apporté avec l'intention de mettre l'accent sur les résultats du traitement qui, avouons-le, n'ont pas été des plus spectaculaires, mais plutôt dans le but de présenter le problème des phéochromocytomes sous certains angles et de montrer quelques-uns de leurs aspects peu connus ou ignorés et trompeurs. En réalité, ce sont des particularités d'apparence mineure qui semblent avoir été négligées malgré les publications périodiques qui en font mention.

C'est ce qui justifie ce travail concernant quatre cas où il y a matière à foison pour la discussion tant du diagnostic que de la thérapeutique.

Observation 1.

Mr. P. R., âgé de 30 ans, ingénieur en électronique, vient consulter pour amaigrissement et surtout pour une éruption érythémato-squameuse, bilatérale, localisée dans les régions inguinales et très prurigineuse. L'amaigrissement évalué à douze livres s'est installé progressivement en l'espace de cinq mois, tandis que la dermatose remonte à deux mois.

Rien à signaler dans ses antécédents directs et collatéraux. Il a fait son service militaire en Algérie, il y a trois ans. Depuis deux ans environ, il est traité pour un diabète découvert au cours d'un examen systématique pratiqué par un diabétologue de la ville. Signalons qu'il n'existe trace de diabète dans sa famille soit du côté de la lignée paternelle soit du côté maternel. A l'âge de quinze ans, il contracte la scarlatine qui, à ses dires, a laissé quelques séquelles sous forme d'albuminurie transitoire.

On est en présence d'un malade de constitution maigre, mais assez robuste qui, à l'inspection, ne frappe que par un strabisme divergent, très discret. L'examen clinique ne décèle qu'une tension artérielle de 195/120 sans répercussions nulle part ailleurs. Le fond d'oeil est normal et le système nerveux se situe dans le domaine physiologique. Les symptômes de son diabète sont manifestes, sauf la polyurie. D'ailleurs, dans ses urines, on découvre 17 grammes de sucre et la glycémie est de 2.45 gms.

Le diagnostic posé est celui de diabète sucré avec hypertension artérielle modérée due probablement à une glomérulonéphrite chronique. Les examens complémentaires pratiqués à l'hôpital n'apportent aucune contribution édifiante. Sa maladie est équilibrée de nouveau, assez facilement, avec une dose modérée d'insuline et un régime alimentaire de restriction glucidique approprié. Il est suivi assez régulièrement pendant huit mois, jusqu'au jour où il est obligé de partir aux U.S.A appelé qu'il était par ses activités professionnelles.

En 1959, après une absence de 18 mois, le malade se présente de nouveau à mon cabinet de consultation. Et j'apprends alors qu'à la suite d'une intervention chirurgicale pratiquée en Californie il s'est débarrassé de son diabète. Il ajoute que, malgré l'embarras que cela lui cause, il a tenu à m'annoncer cela, mesurant la portée du profit que peuvent en tirer des malades placés dans des conditions semblables aux siennes. Il faut avouer que, même si le coup fut dur, son raisonnement logique et intelligent incite à lui en savoir gré. Plus tard, le service des Archives de l'hôpital où il fut opéré confirma l'ablation d'un phéochromocytome bénin.

Observation 2.

Malade âgée de 52 ans, admise à l'hôpital pour une symptomatologie assez disparate où dominent des céphalées cycliques à localisation occipitale, une perte de poids de 15 lbs en 3 mois, des palpitations nocturnes; de la fatigue, accusée surtout dans la deuxième partie de la journée; des transpirations abondantes et, assez souvent, de la dyspnée. Dans ses antécédents, à signaler une hystérectomie totale et, à 32 ans, une pneumopathie mal étiquetée.

Il y a deux ans, à la constatation de ce tableau clinique, son médecin, aidé en cela par des chiffres de métabolisme basal élevés, institua un traitement iodé.

C'est une malade maigre, de constitution gracile, et très angoissée, dont le parler volubile, joint à un inventaire écrit de ses maux, fait penser à ces malades qu'on catalogue volontiers de « fonctionnels ».

L'examen clinique, électrique et radiologique, met en évidence une légère hypertrophie ventriculaire gauche. Sa T.A. demeure entre 240/130 et 195/115. La thyroïde est de forme, de consistance et de situation normales. Il n'existe pas d'exophtalmie, mais le tremblement des extrémités des membres supérieurs est manifeste. Le M.B. est de $\div 60$, $\div 49$, $\div 50$, $\div 32$. Le cholestérol sanguin, l'analyse des urines et une pyélographie I.V. sont normaux.

Une chose nous frappe particulièrement chez cette malade: le tableau clinique simulant une hyperthyroïde et la tension artérielle, celle-ci avec une note plus évocatrice que celui-là, car existant depuis l'âge de 32 ans.

On pratiqua les épreuves classiques dirigées vers la possibilité de l'existence d'un phéochromocytome.

On ne jugea pas utile d'avoir recours à d'autres examens, la patiente ayant été transférée dans un autre hôpital pour compléter le bilan pré-opératoire et pour les sanctions thérapeutiques qui s'imposaient. La malade décéda une heure après l'ablation de la tumeur. Elle fera l'objet d'une publication ultérieure de la part du chirurgien.

Observation 3.

Malade âgé de 65 ans, admis dans l'hôpital pour insuffisance cardiaque globale dont l'origine semble avoir trait à une hypertension artérielle de longue date chez un polyscléreux avéré et, de surcroît, éthylique incorrigible.

Il a déjà séjourné quatre fois dans cet hôpital, pour la même affection, sans compter deux autres

hospitalisations antérieures dans un autre hôpital de la ville.

L'œdème remonte jusqu'à mi-cuisse, l'ascite est modérée, l'épanchement pleural droit est du type radiologique et la dyspnée très intense. Les perturbations des électrolytes et celles du spectre électrophorétique des protéines sont à leur acmée. Malgré le traitement institué, le malade meurt. A l'autopsie, on découvre une masse tumorale de la grosseur d'une châtaigne, localisée au niveau de la surrénale droite.

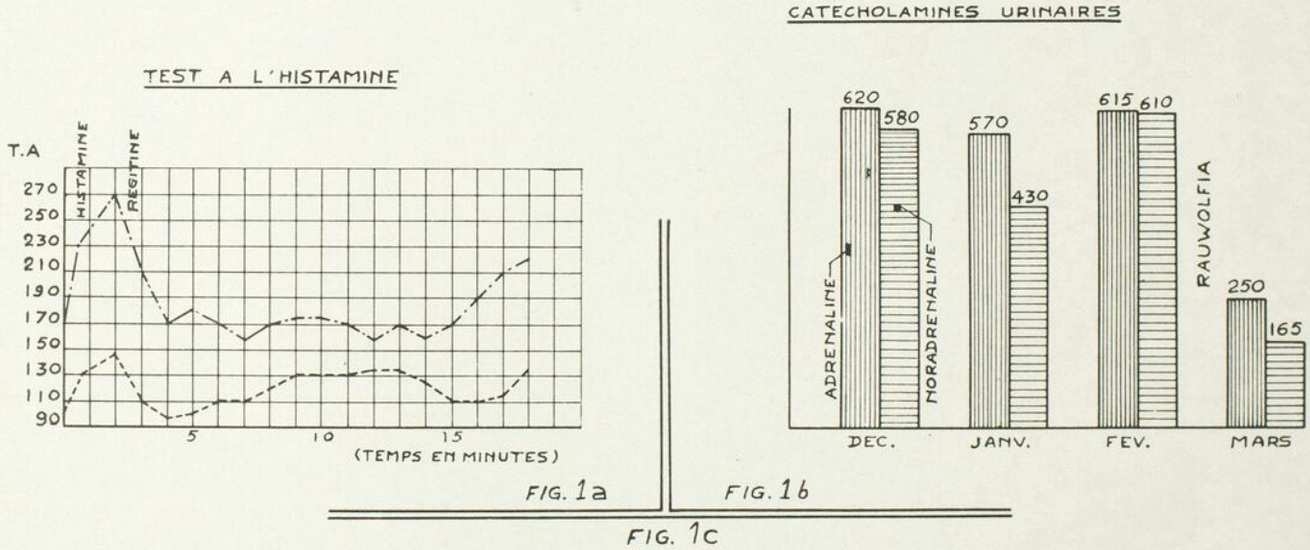
Observation 4.

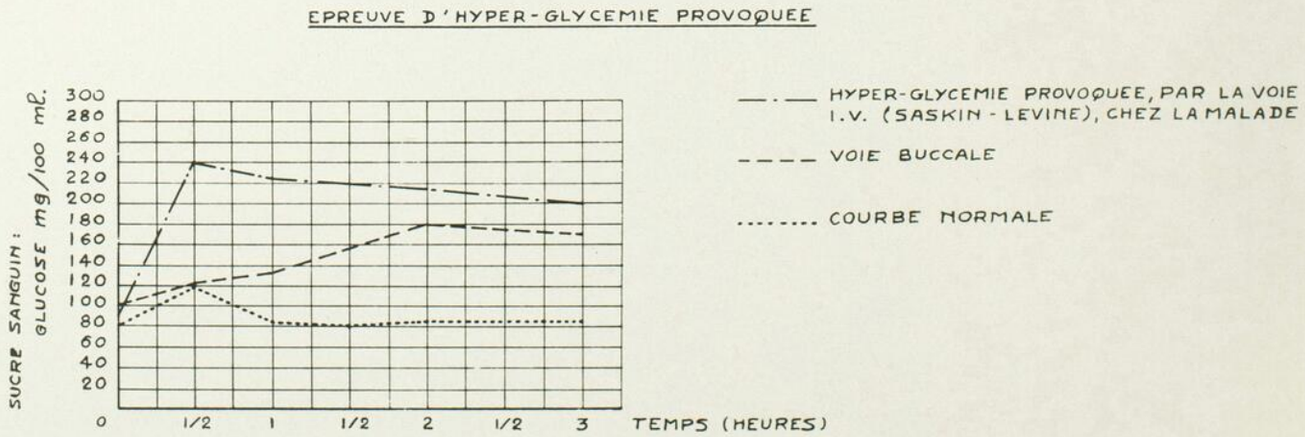
Mlle L.R., âgée de 55 ans, venant consulter pour hypertension artérielle. La maladie qui l'affecte remonte, aux dires de la patiente, à dix ans. Elle a été hospitalisée plusieurs fois pour des phénomènes analogues, simulant tour à tour une hyperthyroïdie et le syndrome post-ménopausique.

Pendant l'examen, elle passe par toutes les phases de l'angoisse et de la volubilité, adjoignant à celles-ci une gesticulation gênante rendant la prise tensionnelle compliquée. Il existe indiscutablement une hypertrophie cardiaque gauche sans décompensation, un fond d'œil d'hypertendu grade II, une circulation de retour légèrement compromise par un réseau veineux variqueux aux membres inférieurs, un regard brillant, des palpitations précordiales surnuméraires et une douleur provoquée dans la loge costo-vertébrale gauche. La tension artérielle est de 260/130 présentant des fluctuations avec les changements de position. La malade insiste surtout sur la gêne apportée par des transpirations intenses, à caractère nocturne, et sur l'insomnie dont elle est affectée depuis 2 ans.

Devant ce bilan, on propose à la malade l'hospitalisation qui est refusée d'emblée. Cette résistance opiniâtre nous pousse à prescrire une médication à base de cholinergiques habituels, quitte à revenir sur la même proposition ultérieurement.

Finalement, une fois admise à l'hôpital, toutes les batteries des épreuves pharmacodynamiques furent mises en œuvre, dont une, celle de l'histamine (Fig. 1 a) faillit avoir des conséquences désastreuses.





Figures 1a-1b-1c.

L'intervention chirurgicale, malgré les nombreuses sollicitations, fut catégoriquement repoussée. Ainsi, elle fut suivie pendant trois mois, à titre de patiente externe, essayant tant bien que mal d'endiguer les coups imprévus de cette tension artérielle capricieuse, variant entre 280/140 à 200/100 et se contentant, assez régulièrement, de faire faire des dosages de catécholamines urinaires (Fig. 1 b) auxquels la malade se prêtait avec diligence.

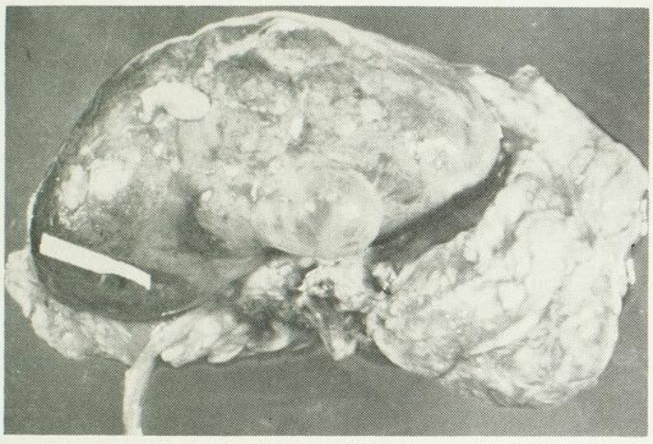


Figure 2a.

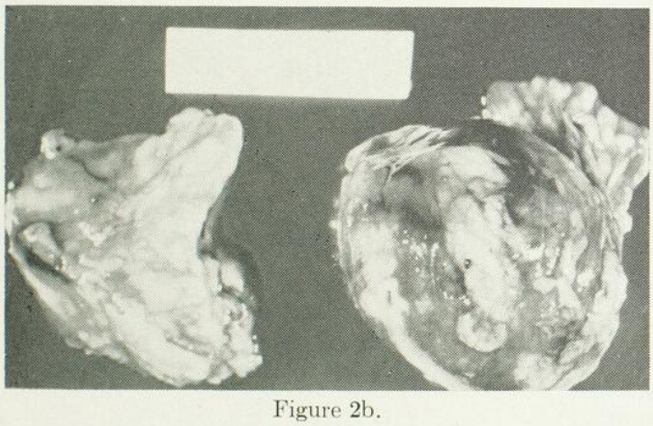


Figure 2b.

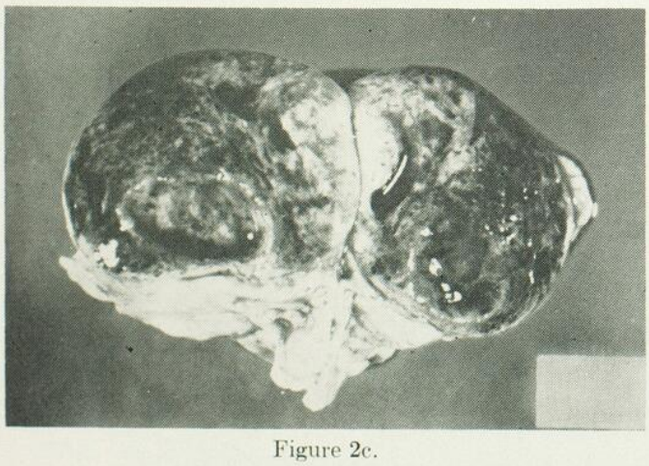


Figure 2c.

Finalement, un beau jour de l'été 1959, on la ramena à l'hôpital dans le coma le plus profond en rapport avec une inondation ventriculaire.

Le docteur J.M. Verreault qui pratiqua l'autopsie donna le compte-rendu ci-après:

La surrénale droite pèse 4 grammes et semble normale macroscopiquement; quant à la surrénale du côté gauche, elle est très augmentée de volume et de forme sphérique, elle pèse 34 grammes. A la tranche de section: massif brunâtre, hémorragique, avec quelques petits foyers de dégénérescence kystique. Il ne persiste qu'un mince liséré de tissu cortico-surrénalien de coloration chamois. Consistance molle et friable de la tumeur (Fig. 2 a, 2 b, 2 c).

L'examen histologique confirme le diagnostic de phéochromocytome bénin.

Cerveau: Les deux hémisphères sont normaux. La protubérance est tuméfiée et à la section on note une destruction massive par hémorragie avec inondation ventriculaire. (Fig. 3).

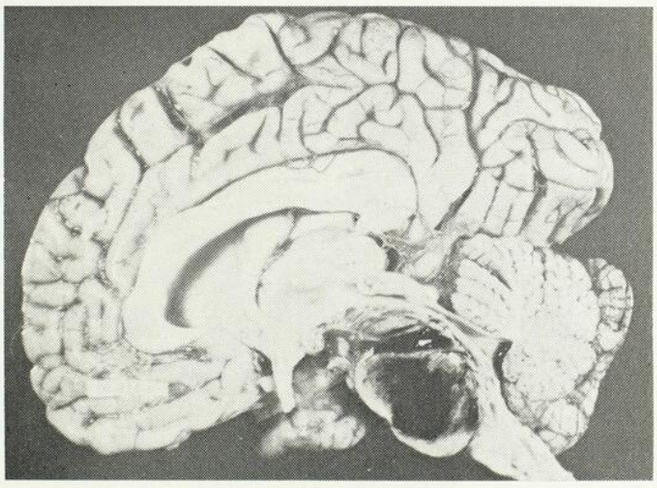


Figure 3.

Remarques

Les quatre cas de phéochromocytomes, présentés ci-dessus d'une façon sommaire, font ressortir des physionomies à peu près semblables; mais, néanmoins, en regardant de près, on remarque que chacun, tout en conservant l'ébauche de l'architecture générale, projette l'ombre de son cachet personnel, faisant ainsi éloigner le diagnostic dans des proportions respectables.

Le premier cas fut considéré, d'un bout à l'autre, comme un diabète banal, facile à équilibrer avec un régime approprié et une petite quantité d'insuline. Le malade fut suivi pendant neuf mois sans le moindre incident dans l'évolution de son affection. L'existence, dans le passé, d'une glomérulo-néphrite hypothétique post-scarlatineuse, malgré l'absence de signes urinaires, fut acceptée avec beaucoup de complaisance, conduisant à une attitude téméraire,

heureusement corrigée par des cliniciens chevronnés.

Pourtant il y avait bien, dans le tableau clinique, la notion d'une tension artérielle anormale, l'absence de diabète quatre ans auparavant, au moment de la conscription du malade; l'absence d'antécédents héréditaires et, surtout, il s'agissait d'un homme jeune. Voilà donc tout un faisceau de preuves qui n'auraient pas dû permettre de fausser le jugement clinique.

La deuxième observation a trait à une malade de 52 ans présentant, en apparence, le tableau clinique d'une hyperthyroïdie avec un métabolisme basal élevé, mais sans exophtalmie, et une « captation » d'iode radioactif dans des limites normales. Le traitement, au surcroît, n'eut jamais de résultats patents.

Ici, deux caractères nous poussèrent à envisager la possibilité de l'existence du phéochromocytome: l'ancienneté de l'hypertension artérielle d'une part et les signes et symptômes vosomoteurs périphériques sous forme de transpirations, de palpitations, de bouffées de chaleur et de céphalées. Le fait de constater que cette hypertension artérielle, accompagnée de phénomènes hypermétaboliques ajoutant ainsi une note « fonctionnelle » particulière, n'amenait, malgré sa longue durée, aucune répercussion secondaire, il devenait évident que les épreuves pharmacodynamiques réservées aux phéochromocytomes avaient l'indication majeure dans leur application. Que l'intervention chirurgicale ait eu des résultats fâcheux entre les mains d'excellents chirurgiens, cela n'a rien d'insolite.

L'histoire du troisième malade se résume dans l'insuffisance cardiaque globale datant de quelques années. Ici, la tumeur fut une découverte fortuite de nécropsie, rejoignant en cela la statistique de Mino et de ses collaborateurs (11). D'ailleurs, l'état du malade ne permettait aucune investigation en vue du diagnostic. On pourrait, bien sûr, épiloguer sur les nombreuses hospitalisations antérieures.

Quant à la quatrième malade, elle peut être plutôt prise comme exemple de diagnostic posé avec des arguments cliniques, pharmacologiques et des indications de sanctions thérapeutiques.

La tension artérielle anormale existait depuis environ 10 à 12 ans et les phénomènes secondaires, qui accompagnent habituellement les phéochromocytomes, étaient présents faisant passer la malade, à juste titre, de la gamme des névroses d'angoisse à celle de la ménopause. Notons, en passant, que l'hyperglycémie provoquée fut du type diabétique (Fig. 1 c) et que le taux des catécholamines, à plusieurs reprises, était élevé (Fig. 1 b). A signaler également que le test à l'histamine faillit compromettre l'évolution d'une manière désagréable. La complication cérébrale terminale ne fait que constituer une étape banale dans l'évolution de l'affection. Enfin, ajoutons à titre posthume et aussi de consolation, que, savoir qui de la malade ou du clinicien eut raison, cela est profondément indifférent car on ignore qui nous émeut davantage: le refus de se faire opérer ou le danger que courait la patiente.

Discussion

L'incidence des phéochromocytomes est diversement interprétée. Entre les assertions de Mino et de ses collaborateurs de la Clinique Mayo dont la statistique imposante porte sur 15,984 autopsies échelonnées sur une période de 23 ans et le compte-rendu de Berkheiser et Rappoport portant sur 2,012 nécropsies, il y a place pour les spéculations les plus imprévues.

Aranow (1), dans une monographie consacrée aux phéochromocytomes, expose la question en nous en donnant une classification des plus intéressantes.

Les phéochromocytomes:

a) revêtant le masque qui leur est assigné classiquement;

b) découverts fortuitement au cours d'autopsies de malades décédés d'une intervention chirurgicale ou après un traumatisme;

c) traduisant une découverte inattendue de l'examen radiologique systématique;

d) dont le tableau clinique s'identifie à une hypertension artérielle essentielle ou non;

e) empruntant la symptomatologie de la maladie de Basedow, traitée comme telle pendant des années et sans succès thérapeutique;

f) s'emparant des attributs du diabète sucré, ayant été traités comme tels avec des résultats immédiats satisfaisants.

Comme on s'en rendra compte, l'intérêt qui se dégage de l'ensemble des observations colligées dans la littérature, réside surtout dans les formes déguisées, à note endocrinienne dominante, soit diabétique soit basedowienne.

On a dit et répété que les phéochromocytomes sont des néoformations qui se caractérisent par l'hypertension artérielle continue ou paroxystique suivant que la masse tumorale sécrète d'une façon permanente ou intermittente. La forme paroxystique dont le tableau clinique est dominé par l'anxiété, les palpitations, les nausées, les douleurs précordiales, les transpirations et les éblouisse-

ments, englobe un tiers des cas tandis que la forme continue s'empare des deux autres tiers.

Il est bien évident que ces cadres ont toujours été considérés comme provisoires et artificiels, à la merci des contrôles anatomo-cliniques et des certitudes qui se font continuellement encore sur la nature même de ces tumeurs complexes. Malgré les brillantes offensives techniques, cliniques et physiologiques, malgré les conquêtes inexpugnables de la chirurgie dues à l'ingéniosité et à la virtuosité de ses adeptes, des chapitres totalement ignorés sont introduits dans la pathologie des phéochromocytomes.

En effet, il n'est pas rare de retrouver des formes avec des signes plus ou moins manifestes d'attente endocrinienne, réalisant de véritables endocrinopathies difficiles à rattacher à leur origine réelle. On comprend aisément l'importance de la reconnaissance de celles-ci si on n'oublie pas que l'ablation de la tumeur peut entraîner la disparition de ces nombreuses anomalies. Il n'est d'ailleurs pas dans nos intentions de dégager la part probable de vérité contenue dans ces observations, mais de la montrer subissant la loi presque fatale des déclins et des renaissances. Les arguments employés sont toujours au service de la théorie en honneur, par conséquent ces armes, peu sûres, sont à double tranchant.

I — *Les phéochromocytomes s'identifiant à un diabète sucré*

Il est de notion courante que les perturbations métaboliques des glucides s'observent avec une fréquence relative au cours des phéochromocytomes: en effet, glucosuries et hyperglycémies transitoires survenant pendant les crises d'hypertension paroxystique ne font que dénoter l'origine médullo-surrénale de cette hypertension. Par contre, un diabète sucré ayant pour corollaire thérapeutique l'administration d'insuline avec un régime de restriction glucidique, n'est pas une éventualité fréquente. Il va sans dire que pareil diabète doit ne pas passer inaperçu puisque l'ablation de la tumeur apporte une double série de prospections: elle fait disparaître le diabète et soumet à une norme raisonnable l'hypertension artérielle. C'est ce qui eut lieu dans notre cas, au grand mérite de nos confrères californiens.

De la lecture des 28 cas que nous avons pu trouver dans la littérature, nous pouvons tracer quelques-uns des caractères de ce diabète:

a) il s'accompagne d'une hypertension paroxystique ou permanente;

b) il se voit chez les sujets jeunes;

c) c'est un diabète simple, réductible par le régime alimentaire et une administration d'insuline à faibles doses, quoique le malade de Rogers (12) exigeait, en plus de son régime de Gl. 140, P. 80 et L. 70, 63 unités d'insuline.

d) son évolution peut être longue: ainsi le malade de Duncan, Semans et Howard (6), âgé de 63 ans, fut suivi pendant 3 ans à l'hôpital Johns Hopkins.

e) Le coma, l'acidose et la dénutrition sont rarement signalés, ainsi que les caractères héréditaires.

f) L'ablation de la tumeur est grevée d'une mortalité élevée, ce qui est bien compréhensible quand on sait que même le phéochromocytome isolé, confié aux mains des chirurgiens les plus expérimentés, présente déjà un bilan passif exorbitant.

g) Après l'ablation de la tumeur, le diabète guérit, dans la majorité des cas: il en est ainsi dans le premier cas publié, celui de Duncan.

h) Rarement le diabète fait son apparition après l'ablation de la tumeur. Ce fait est, cependant, signalé par Hutchison (7) à propos de son malade, mais l'auteur précise qu'il s'agissait d'une forme maligne avec des métastases.

Hutchison, dans son étude sur les phéochromocytomes, relève dans 9 cas sur 13 la présence de diabète. Parmi ces 9 cas, on note 7 hypertensions artérielles permanentes et 2 hypertensions paroxystiques. Signalons que dans 5 de ces 13 cas la tumeur médullo-surrénale s'accompagne d'augmentation du M.B.

Le mécanisme qui régit la production de ce diabète n'est pas à la portée des explications simplistes et faciles: si les perturbations cliniques qui ont lieu à la périphérie de l'économie, sous forme d'hypertension, sont sous la dépendance de la libération prodigieuse d'adrénaline et de noradrénaline par l'intermédiaire de la stimulation des terminaisons nerveuses du sympathique au niveau de la tumeur où ses cellules, ayant accumulé ces mimétiques, se déchargent presqu'à un rythme continu, il n'en est plus de même quand il s'agit d'aborder le problème pathogénique du diabète.

Rappelons que la glycémie est une constante du milieu intérieur. Cette constante résulte de l'équilibre entre les apports alimentaires, la synthèse des glycogènes hépatique et musculaire, la libération du glucose par glycogénolyse et, finalement, l'utilisation glucidique tissulaire. Un mécanisme de régulation neuro-hormonale, hypo ou hyperglycémiant et un système de stockage essentiellement hépatique,

avec ses processus mal élucidés, rend cet équilibre possible.

Les mécanismes régulateurs hormonaux hyperglycémiants représentés tour à tour par l'hypophyse, par l'hormone de croissance et l'A.C.T.H.; la cortico-surrénale, par la sécrétion des II-oxycorticostéroïdes; la médullo-surrénale, par l'adrénaline; le pancréas, par le glucagon, tout cela peut provoquer un diabète sucré. Devant cet édifice à dédales compliqués, force est d'admettre des hypothèses nombreuses, il est vrai, mais contenant chacune une part de vérité.

Il se peut que l'adrénaline provoque une libération d'adrénocorticotropine qui, à son tour, stimule la production des corticosurrénales comme il se peut que cette même adrénaline en excès, en accélérant le métabolisme de l'économie ainsi que son action sur le mécanisme entier des glucides, ne fasse que traduire l'exacerbation d'un diabète sucré latent. La tumeur agirait-elle par l'intermédiaire du cortex en mettant en branle quelque hormone ou, directement, en libérant ses décharges d'adrénaline?

Une chose est certaine: l'adrénaline rehausse le taux du sucre sanguin en accélérant la glycogénolyse hépatique. Elle n'intéresse ni la néoglucogénèse, ni l'action de l'insuline, ni celle de l'hexokinase. A cet égard elle n'est pas diabétogène. De plus, elle rehausse le catabolisme du glycogène musculaire avec, comme résultante, la production exagérée d'acide lactique. Pour arriver à cela, l'adrénaline stimule l'activité de la phosphorylase hépatique. Peu importe si cette hyperglycémie, induite et maintenue par l'adrénaline, peut ou non occasionner secondairement l'exhaustion et la dégénérescence des îlots de Langherans, comme certains le veulent.

II — *Les phéochromocytomes qui revêtent des apparences d'hyperthyroïdisme.*

Ils constituent une deuxième curiosité clinique. Signalons, à titre historique, que la malade de Labbé et Tinel, porteuse de phéochromocytome, présentait l'aspect d'une basedowienne. Mieux encore, la statistique de G. B. Hutchison, portant sur treize observations, dénombre trois malades hyperthyroïdiens dont un dut subir une thyroïdectomie pour adénome non toxique 14 mois après l'extirpation de la tumeur médullaire (7).

Depuis ces premières observations, cette notion a été portée d'une façon péremptoire à l'attention des chirurgiens et des médecins par E. C. Bartels et R. B. Catell (3).

En cela, il n'y a rien de surprenant: devant un tableau clinique où dominent la tachycardie, le tremblement des extrémités, l'amaigrissement, les bouffées de chaleur et l'émotivité, on a vite fait de n'y voir qu'hyperthyroïdie, surtout quand un métabolisme basal élevé fait partie du syndrome. Pour que l'erreur ait été commise par des cliniciens d'envergure tel que Kvale, il faut bien admettre que, dans certains cas, la maladie prend une forme déroutante. Toutefois, la fixation d'iode-actif demeure dans des cadres physiologiques et l'exophtalmie n'a été que rarement notée.

A regarder de près, il faut tout de même dire que de telles manifestations thyroïdiennes constituent plutôt des réactions secondaires à l'action des substances sympathico-mimétiques sécrétées par la tumeur.

En effet, les relations plus ou moins étroites existant entre l'hormone thyroïdienne et les catécholamines sont de connaissance acque depuis longtemps. Les effets calorigènes et hémodynamiques de cette hormone, conduisant à la consommation exagérée d'oxygène, dépendent pour une bonne part de la présence des catécholamines, surtout de l'adrénaline. Une preuve d'ordre physiologique nous est fournie par le processus de suppression en ayant recours au blocage du sympathique préganglionnaire. Mieux encore, l'épreuve de Goetsch qui, somme toute, ne fait que traduire la tendance accusée de l'hyperthyroïdien à réagir à l'adrénaline, apporte un autre argument de valeur à cette interprétation.

Bien entendu, dans un terrain aussi mouvant, d'autres mécanismes peuvent entrer en jeu: ainsi l'augmentation de la consommation périphérique de la thyroxine ou encore le jeu des relais hypothalamo-hypophysaires offerts par de nombreux auteurs ne semblent pas faciles à réfuter.

Ce qui est beaucoup plus troublant encore, c'est la description de cas authentiques de maladie de Basedow durant l'évolution d'un phéochromocytome. Le cas de Gennes et collaborateurs, où exophtalmie et fixation d'iode radio-actif signaient l'affection, en est un exemple. La maladie, apparue bien longtemps après l'ablation de la tumeur médullo-surrénale, ne disparut qu'après le traitement par l'iode radio-actif.

Cette éventualité, rare, ne paraît pas aisée à être expliquée. Les idées et les hypothèses formulées au sujet de son mécanisme de production sont nombreuses et plus ou moins aléatoires. Si, dans l'affirmation des uns qui n'y voient que pure coïncidence on ne trouve que sortie facile, il n'en est pas de même pour l'interprétation des autres. Pour ceux-ci, les catécholamines ayant déclenché l'hyperactivité thyroïdienne, celle-ci continue son évolution, en

quelque sorte pour son propre compte et d'une façon indépendante. A ce point de vue, le cas de Hutchison (7) semble refléter ce que nous venons de dire. Enfin, la troisième hypothèse formulée prétend que phéochromocytome et maladie de Basedow, subissant la même excitation diencéphalique, ne représentent que deux aspects à des étapes discontinues d'un même processus.

Résumé et conclusion

Quatre cas de phéochromocytomes sont présentés et passés en revue. Le premier, celui d'un jeune homme dont l'affection revêtait une forme purement diabétique; le deuxième, celui d'une malade ayant été traitée, pendant des années, comme simple thyroïdienne; le troisième, cas diagnostiqué à l'autopsie d'un patient décédé en état d'insuffisance cardiaque et, le quatrième, celui d'une malade hypertendue avec un aspect hyperthyroïdien apparent.

A la faveur de ces observations, l'auteur, après avoir rappelé le schéma des cadres classiques, insiste sur la fréquence des formes déguisées revêtant l'aspect des endocrinopathies du type diabétique et basedowien.

Les épreuves de laboratoires telles que M. B., glycémie, hyperglycémie provoquée, dosage des catécholamines, les tests pharmacologiques, quoique non spécifiques, ainsi que les examens radiologiques, méritent de figurer péremptoirement aux claviers des examens complémentaires.

Il semble qu'à la lumière de nos connaissances sans cesse accrues en physiopathologie, et à propos des mécanismes déclenchant les nombreuses perturbations métaboliques des glucides et des décharges adrénaliques, l'aspect des conceptions cliniques concernant les phéochromocytomes doive être revisé. En effet, de la riche floraison contemporaine des publications médicales, que l'abondance des faits montre un peu touffus, quelques tendances se dégagent: la multiplicité des formes déguisées et la perte de l'isolement splendide dans lequel était confinée la forme classique avec son allure dramatique qui lui conférait une certaine autonomie. Désormais, la description du phéochromocytome ne saurait se comprendre ni se faire si on ne la divisait en deux chapitres: la forme classique d'une part et les formes endocriniennes, d'autre part.

Déterminer avec précision les cheminements vers le diagnostic, suivre jour après jour l'évolution, jauger la résistance du malade, fixer le moment opportun d'intervenir et limiter, pendant l'acte opératoire, les décharges imprévues d'adrénaline, tout cela est affaire de sens clinique et d'expérience chirurgicale qui s'intègre au sein de la thérapeutique générale.

La richesse des symptômes, la finesse des conceptions pathogéniques, la rigueur des déductions physiologiques si l'on ignore ces faits, risquent d'éloigner le geste utile et souvent d'aller à l'encontre du seul but à atteindre: la guérison.

Summary

Four patients with proven pheochromocytoma are reviewed.

In two cases, in which the patients had been treated for hyperthyroidism, the diagnosis was discarded; in one case, the principal clinical manifestation was diabetes mellitus; in a fourth case, the diagnosis was made following the post mortem. The patient had been considered and treated as a global cardiac insufficiency.

On the basis of these observations, in accordance with classical conceptions, the author thinks that a suspicien of pheochromocytoma seems justified in any patient with vasomotor attacks who has such associated symptoms as excess sweating and fluctuant or no hypertension.

Furthermore, this study reveals the diagnostic importance of a syndrome of hypertension associated with diabetes mellitus or hypermetabolic state.

A number of potential sources for error in the interpretation of retroperitoneal pneumographic studies such as enlarged spleen or the duodenal shadow are well known. In addition, a silent biochemical phase of pheochromocytoma exists. Even if the pharmacological incitatory tests have been enhanced with both provocative tests and catecholamines, and if tomograms taken with an intravenous pyelogram might pick up these tumours more safety than presacral air studies, many pheochromocytomas remains anonymous and many patients still die from cardiovascular or cerebral complications.

Both metabolic glycosuria and the precipitation of true clinical diabetes mellitus may be produced by pheochromocytoma.

Finally, the numerous extrathyroidal causes of hypermetabolisms constitue common condition which have, at times, been mistaken for thyrotoxicosis. Indeed, an endocrinopathy may be the first significant clue to the solution of a perplexing diagnostic problem. After a period of dormancy, this field seems rapidly expanding. A classification based on pathophysiologic mechanisms seems justified which should not only serve to categorize aberrations but should also provide a framework for the incorporation of new findings as they emerge.

BIBLIOGRAPHIE

1. H. ARANOW, Jr.: Pheochromocytoma. *Monog. Med.*, pp. 179-224. Williams and Wilkins Co., éditeurs, Baltimore, 1952.
2. A. BARBEAU et Coll.: Le phéochromocytome bilatéral: présentation d'un cas et revue de la littérature. *L'Union Méd. du Canada*, **87**: 167, 1958.
3. E. C. BARTELS et R. B. CATELL: Pheochromocytoma: Diagnosis and Treatment. *Ann. Surg.*, **131**: 903 (juin) 1950.

4. S. W. BERKHEISER et A. E. RAPPOPORT: Unsuspected Pheochromocytoma of the Adrenal: Report of 5 cases. *Am. J. Clin. Pathol.*, **21**: 657, 1951.

5. CASE RECORDS OF THE MASSACHUSETTS GEN. HOSPITAL (Case 42231): *New Eng. J. Med.*, **254**: 1090, 1956. (Cushing's Syndrome Coexisting with Pheochromocytoma.)

6. L. E. DUNCAN, Jr., J. H. SEMANS et J. E. HOWARD: Adrenal Medullary Tumor. *Ann. Int. Med.*, **20**: 815, 1954.

7. G. B. HUTCHISON, J. A. EVANS et D. C. DAVIDSON: Pitfalls in the Diagnosis of Pheochromocytoma. Ann. Int. Med., **48**: 300, 1958.

8. W. F. KVALE, G. M. ROTH, W. M. MANGER et M. T. PRIESTLEY: Present Day Diagnosis and Treatment of Pheochromocytoma: A Review of 51 cases. *J. A. M. A.*, **164**: 854, 1957; *Ibid*: Pheochromocytoma. *Circulation*, **14**: 622, 1956.

9. LABBE, TINEL et DOUMER: Crises solaires et hypertension paroxystique en rapport avec une tumeur surrénale. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, **46**: 982, 1922.

10. P. MASSON et F. MARTIN: Paragangliome surrénal: étude d'un cas humain de tumeur maligne de la médullo-surrénale. *Bull. Ass. Franç. Etudes Cancer*, **12**: 135, 1923.

11. A. M. MINNO, W. A. BENNETT et W. F. KVALE: Pheochromocytoma: A Study of 15 Cases Diagnosed at Autopsy. *New Eng. J. Med.*, **251**: 959, 1954; *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **30**: 394, 1955.

12. E. ROGERS: Paroxysmal Hypertension Associated with a Ganglioneuroma of the Suprarenal Medulla. *Am. Heart J.*, **8**: 269, 1932.

L'ANGIOGRAPHIE HÉPATIQUE [1]

I. — LA SPLÉNOPORTOGRAPHIE

André VIALLET.[2]

L'exploration radiologique des vaisseaux hépatiques a permis, depuis une dizaine d'années, de préciser, sinon d'identifier un très grand nombre d'affections vasculaires hépatiques. En 1951, Abeatici et Campi (1) réalisèrent la première portographie transplénique percutanée chez l'animal, inaugurant ainsi l'ère de l'angiographie hépatique clinique. Quelques semaines plus tard, Léger (2) réussissait la première splénoportographie chez l'homme pendant une laparotomie et par la suite il démontra, avec plusieurs autres chercheurs, l'inocuité de cette méthode (3, 4, 5, 6). L'association de la splénomanométrie à la splénoportographie (7) et la démonstration que cette pression de la pulpe splénique correspond bien à la pression portale (7, 8, 9), apporta un nouvel élément à l'étude clinique des syndromes portaux.

Un très grand nombre de techniques furent ensuite proposées (tableau I) dont certaines conservent un intérêt considérable, mais dont l'application ne peut être envisagée que pour un nombre restreint de malades. C'est ainsi que l'artériographie est indispensable pour le diagnostic d'un anévrisme de l'artère hépatique ou d'un hémangiome du foie

TABLEAU I

ANGIOGRAPHIE HÉPATIQUE.

Phlébographie:
- a) Portale:
  - 1 — Splénoportographie (13)
  - 2 — Portographie percutanée transhépatique
    - — Voie antérieure (32)
    - — Voie latérale (12)
    - — Voie postérieure (33)
- b) Sus-hépatique:
  - 1 — Splénoportographie (37)
  - 2 — Cathétérisme sus-hépatique (34)
  - 3 — Cathétérisme sus-hépatique avec occlusion de la veine cave par une sonde à ballonnet (35)
  - 4 — Transhépatique percutanée (12)
  - 5 — Angiocardiopneumographie « élargie » (36)
  - 6 — Reflux auriculo-sus-hépatique (37)

Artériographie:
- a) Voie directe:
  - 1 — Aortographie percutanée lombaire (38)
- b) Voie indirecte:
  - 1 — Fémorale:
    - — transcutanée (39)
    - — après dénudation (40)
  - 2 — Humérale (41).

Méthodes accessoires:
- a) Cavographie:
  - 1 — Voie trans-somatique lombaire (42)
  - 2 — Voie saphène (43)
  - 3 — Angiocardiopneumographie « élargie » (36)
  - 4 — Cavographie-aortographie (44)
- b) Plébographie médullaire costale (45)

1. Travail du Service du Prof. René Fauvert, hôpital Beaujon, Clichy.

2. Résident étranger, Service du Prof. René Fauvert.

(10), la phlébographie sus-hépatique pour un syndrome de Budd-Chiari (11) et la portographie rétrograde transhépatique pour le diagnostic d'une thrombose portale chez un splénectomisé (12).

Cependant, de toutes ces techniques décrites et employées depuis dix ans, la splénoportographie, tant par sa facilité d'exécution que par son innocuité presque totale, demeure la méthode de choix (13, 14). Nous lui consacrerons donc la plus grande partie de notre exposé en nous efforçant d'illustrer, à l'aide de quelques observations, la valeur et l'intérêt considérable de cet examen. Nous réserverons la description des autres méthodes d'angiographie hépatique pour un second article.

Technique

La technique de la splénoportographie est maintenant parfaitement mise au point et seuls quelques détails d'exécution varient d'un auteur à l'autre (5, 13, 14, 15). Le malade étant hospitalisé, sa coagulation et sa tolérance au produit organo-iodé utilisé doivent être étudiées. Après une préparation adéquate (mépéridine et prométhazine), le malade à jeun est placé en décubitus dorsal sur la table de radiographie où l'opérateur peut lui-même préciser la position de l'hémicoupole gauche sur l'écran ou sur un premier cliché sans préparation. La matité splénique est alors repérée. Une anesthésie locale (xylocaïne) est ensuite pratiquée et l'aiguille est introduite dans le 9e ou 10e espace intercostal, sur la ligne axillaire postérieure, alors que le malade est en apnée complète. La position intrasplénique de l'aiguille est reconnue par les mouvements assez amples, synchrones de la respiration, que décrit son pavillon et par l'écoulement spontané de sang, généralement plus rouge que le sang veineux périphérique (13, 14).

Dans un premier temps, on procède à la splénomanométrie avec un manomètre anéroïde (type manomètre de Claude) ou mieux encore avec un manomètre à eau (type manomètre de Stookey). Dans un deuxième temps, l'injection rapide de 30 à 50 ml. d'une solution iodée à 70% est pratiquée et les clichés sont pris à 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 24 et 36 secondes après le début de l'injection. Le malade est ensuite laissé au lit et surveillé pendant 24 heures.

De nombreuses variantes de cette méthode ont été proposées. L'association d'un pneumopéritoine (16) d'un rétropneumopéritoine (17) ou même d'une insufflation gastrique (18) ont été préconisées sans pour cela que la nécessité de ces artifices soit démontrée. Cependant, le danger d'une hémorragie splénique a incité un auteur (19) à pratiquer la splénoportographie sous contrôle laparoscopique. D'autres procèdent toujours à une anesthésie du nerf phrénique gauche avant l'examen afin d'obvier au danger des mouvements respiratoires involontaires du malade lors de la ponction splénique (20). Enfin, l'injection d'éther dans la rate avant la splénoportographie a permis de mesurer le temps de circulation spléno-pulmonaire et de le comparer au temps de circulation spléno-hépatique radiologique (21).

Toutes ces modifications ne présentent qu'un intérêt très limité puisqu'elles compliquent singulièrement la méthode, et en définitive, elles doivent être réservées à l'étude de certains cas très particuliers.

Indications

La splénoportographie doit être pratiquée chez tout malade atteint d'hypertension portale globale ou segmentaire ainsi que chez tout sujet ayant une splénomégalie ou une hémorragie digestive d'étiologie indéterminée (13, 14, 15). Elle présente un très grand intérêt dans l'étude de certaines affections tumorales ou inflammatoires sous-diaphragmatiques (13), notamment dans l'exploration des néoplasies pancréatiques. Parfois, elle peut élucider la cause d'un syndrome abdominal douloureux ou l'origine d'une ascite inexpliquée. Elle peut nous renseigner sur la présence de masses intra-hépatiques, tumorales, inflammatoires ou kystiques, si elles sont suffisamment importantes pour entraîner un défaut d'opacification au temps de l'hépatographie (12 à 36 secondes). Au cours de la cirrhose, elle nous révèle d'importantes modifications de l'arbre portal intra-hépatique dont l'aspect morphologique « en arbre mort » (22) est l'image la plus caractéristique.

Mais c'est surtout dans l'étude de l'hypertension portale et de son retentissement vasculaire que la splénoportographie trouve son indication majeure. Les données tensionnelles, morphologiques et fonctionnelles qu'elle apporte sont indispensables pour l'évaluation de ces syndromes, surtout depuis que l'on opère volontiers les malades dont le degré d'hypertension portale entraîne des accidents hémorragiques. Ces malades, d'ailleurs, doivent souvent subir une splénoportographie de contrôle après leur intervention pour s'assurer que l'anastomose est bien fonctionnelle et que la pression portale a chuté (14, 15).

Contre-indications et complications

Les contre-indications de la splénoportographie sont essentiellement les mêmes que celles de la ponc-

tion-biopsie du foie (23), c'est-à-dire un trouble de la coagulation, la non-coopération du malade, un état de suppuration ou une tumeur au voisinage de la rate, un kyste hydatique splénique, une toux rebelle et incontrôlable, une ascite importante et enfin l'intolérance au produit iodé.

Les complications à redouter sont peu nombreuses, mais une réaction allergique, parfois anaphylactique, à l'iode peut entraîner un collapsus. L'hémorragie de la capsule ou la rupture splénique nécessitant des transfusions (14) ou une intervention chirurgicale (13) sont rares. Cependant, une fébricule pouvant durer de 24 à 36 heures n'est pas exceptionnelle (14). Une douleur locale, parfois irradiant vers l'épaule gauche, peut survenir et s'accompagner d'un frottement pleural. Enfin, un viscère voisin de la rate peut être ponctionné par erreur: l'intestin, le rein, et le lobe gauche du foie ont été ainsi injecté sans conséquence fâcheuse (5, 14, 15, 24).

Peu d'auteurs ont publié des cas de mortalité à la suite d'une splénoportographie (5, 14) mais Hillemand, dans une discussion (25) évoque trois décès directement attribuables à cette technique. Il est donc certain que cette manœuvre n'est pas entièrement dépourvue de danger et qu'elle ne doit être pratiquée que par des opérateurs expérimentés. Plus de 150 splénoportographies ont été pratiquées dans le service du Prof. Fauvert, sans incident notable.

Observation 1.

Mme Rolande M., 46 ans, éthylique, est admise le 18 septembre 1954 pour une hépatomégalie.

Quinze mois avant son admission apparaissent une anorexie, une asthénie et des gingivorragies suivies d'une première poussée ascitique. Quatre jours avant son hospitalisation dans le service, survient un épisode de delirium tremens.

A l'examen, le foie déborde de 8 cm. le rebord costal et la rate est perçue en inspiration forcée; il existe une circulation collatérale très importante formée d'un lascis veineux en « tête de méduse » entre l'ombilic et l'apophyse xyphoïde mais il n'y a pas de souffle ou de « thrill ». A part quelques angiomes stellaires, le reste de l'examen est négatif.

Les explorations biologiques fournissent les résultats suivants: Protides totaux: 7.4 g. %; albumine: 26%; alpha-1-globulines: 10%; alpha-2-globulines: 13%; béta-globulines: 17%; gamma-globulines: 34%; bilirubine totale: 0.8 mg. %; cholestérol total: 118 mg. %; cholestérol estérifié: 81 mg. %; prothrombine (temps de Quick): 45%; thymol-turbidité: 49 unités Vernes (N: 0 - 10); céphaline-cholestérol: 3 +.

La splénoportographie (fig. 2) révèle d'une part la persistance d'une veine ombilicale qui est très dilatée et d'autre part, l'absence de toute autre voie de dérivation veineuse. Le réseau porte intrahépatique est tout à fait caractéristique d'une cir-

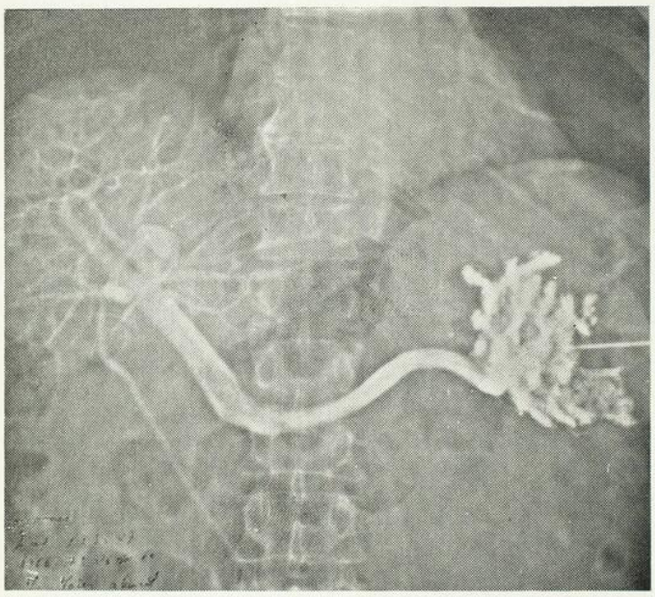


Figure 1a.

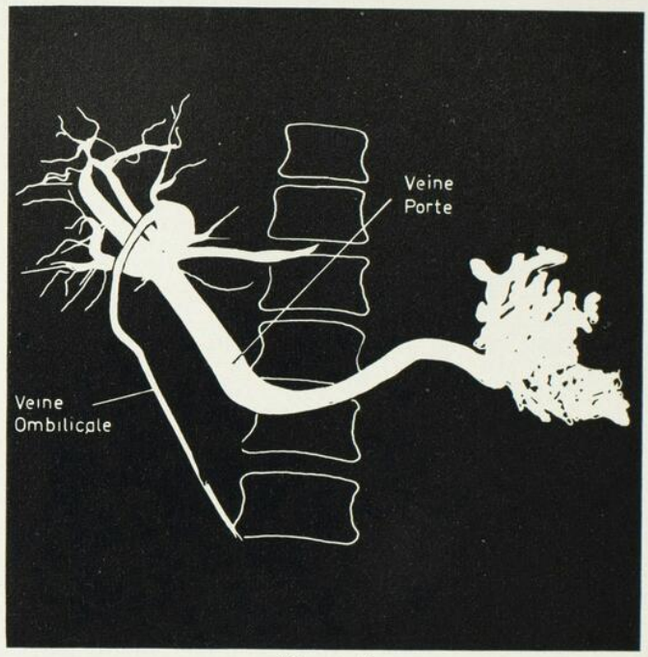


Figure 1b.

Splénoportographie (4e seconde) chez un sujet porteur d'une anomalie veineuse de Cruveilhier, i.e. d'une veine ombilicale originant de la branche gauche du tronc porte. Le tronc spléno-portal et le réseau intrahépatique sont normaux. Il n'y a pas d'hypertension portale.

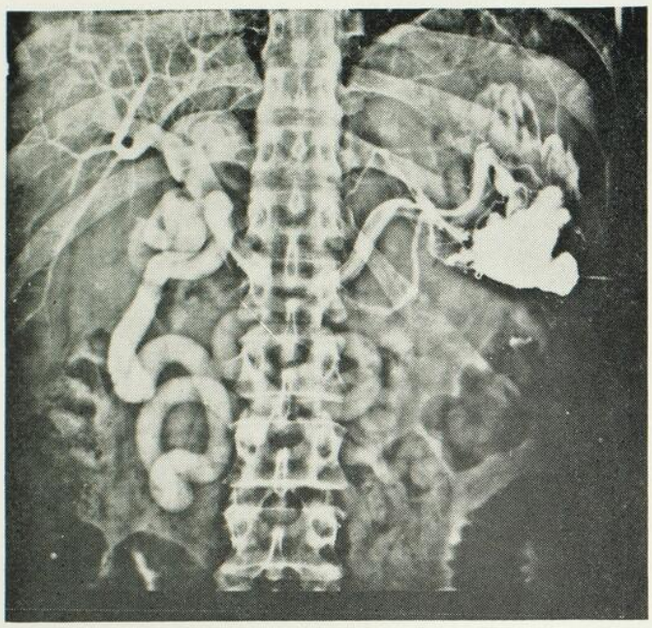


Figure 2a.

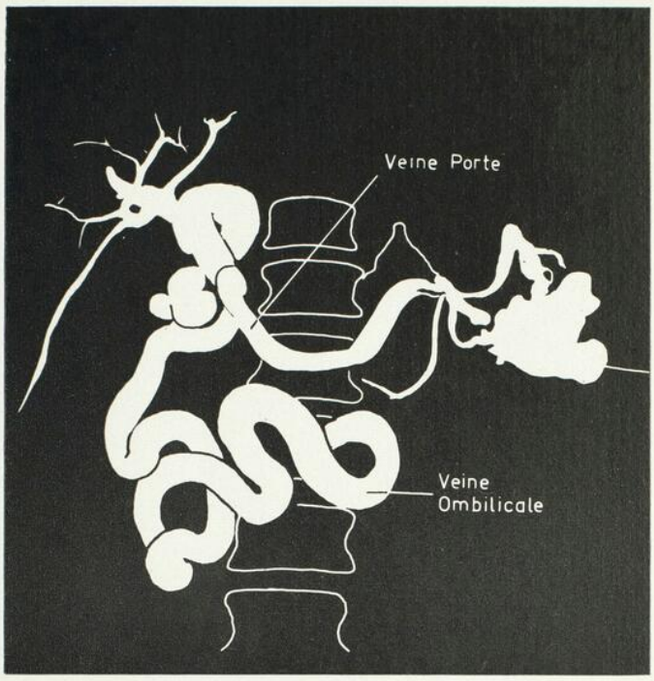


Figure 2b.

Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten (observation 1). La veine ombilicale est dilatée et tortueuse. La trame vasculaire hépatique est apauvrie (en « arbre mort ») et il n'y a pas de reflux dans la coronaire stomachique ou dans les mésentériques. La pression intrasplénique est de 22 cm. d'eau.

rhose et réalise cet aspect en « arbre mort » des auteurs algérois. La pression intrasplénique est à 22 cm. d'eau (N: 10-20 cm.).

Diagnostic: Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten.

Cette observation objective l'intérêt de la splénoportographie dans la cirrhose en général et dans la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten en particulier (26, 27). En effet, cette veine ombilicale persistante joue le rôle d'une « soupape de sûreté » et a protégé la malade, pour un certain temps tout au moins, du retentissement vasculaire habituel du bloc intrahépatique cirrhotique: sa tension portale est à peine élevée et aucune autre voie de suppléance hépatofuge ne s'est développée. Il est facile de comprendre que cette cirrhose ne se soit pas compliquée d'hémorragie digestive. On peut même supposer qu'en l'absence de cette veine ombilicale, une pression portale plus élevée se serait développée, car au cours d'une laparotomie, Léger a constaté que l'occlusion de la veine ombilicale, chez un sujet atteint d'une cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten, faisait monter la pression portale de 30 à 45 cm. d'eau (28). La veine ombilicale peut donc représenter, dans certains cas du moins, une anastomose porto-cave fonctionnellement efficace et doit donc être respectée.

Observation 2.

M. Maurice L., 56 ans, est admis le 17 novembre 1960 pour douleurs abdominales.

Ce malade a été hospitalisé dans un autre hôpital en septembre 1959 pour une pleurésie purulente gauche. Il fut de nouveau hospitalisé en janvier 1960 pour une splénomégalie. La pression intrasplénique est alors de 50 cm. d'eau et la splénoportographie montre une thrombose spléno-portale complète. Une splénectomie est impossible en raison de l'importance de la circulation collatérale péri-splénique; une résection, après ligature de l'artère splénique est réalisée. La biopsie hépatique per-opératoire révèle que le parenchyme hépatique est normal, mais qu'il existe une discrète sclérose portale. Depuis l'opération, le malade se plaint de douleurs dans l'épigastre et l'hypocondre gauche. Il n'a jamais présenté d'ascite, d'ictère ou d'hémorragie digestive.

A l'examen, on retrouve une splénomégalie débordant le rebord costal de 9 cm., non douloureuse et très dure. Il n'y a ni hépatomégalie, ni circulation collatérale, ni ascite ni subictère, ni agiomes stellaires mais on note de discrètes hémorroïdes. La base gauche respire peu et on entend un discret souffle systolique de pointe. Le reste de l'examen est négatif.

L'exploration biologique nous apporte les renseignements suivants: Hémoglobine: 14.6 gr. %. Globules blancs: 5,800 avec une formule leucocytaire normale. Bilirubine totale: 0.8 mg. %, bilirubine indirecte (libre): 0.5 mg. %. Phosphatase alcaline: 1.3 unités P.N.P. (N: 1-2). Cholestérol total: 254

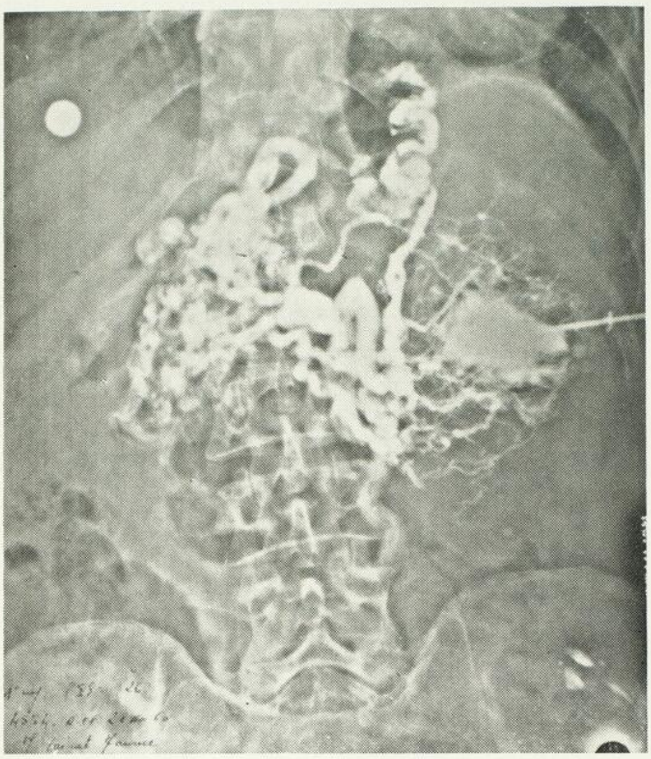


Figure 3a.

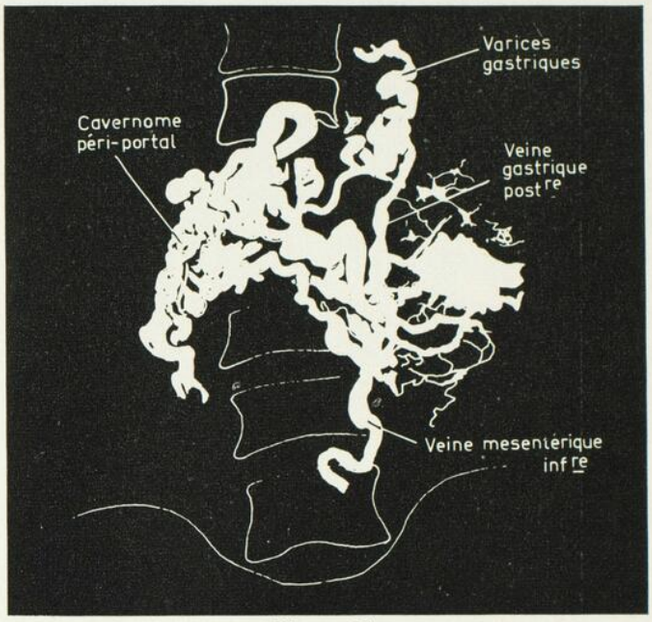


Figure 3b.

Splénoportographie (1ère seconde) chez un malade ayant une thrombose spléno-mésaraïque complète (observation 2). La veine splénique n'est pas injectée mais une énorme circulation collatérale spléno-portale hépatopète réalise un cavernome péri-portal. Le liquide opaque reflue dans la mésentérique inférieure et dans une veine gastrique. Il n'y a pas de dérivation dans la veine coronaire stomachique. La pression intrasplénique est de 26 cm. d'eau.

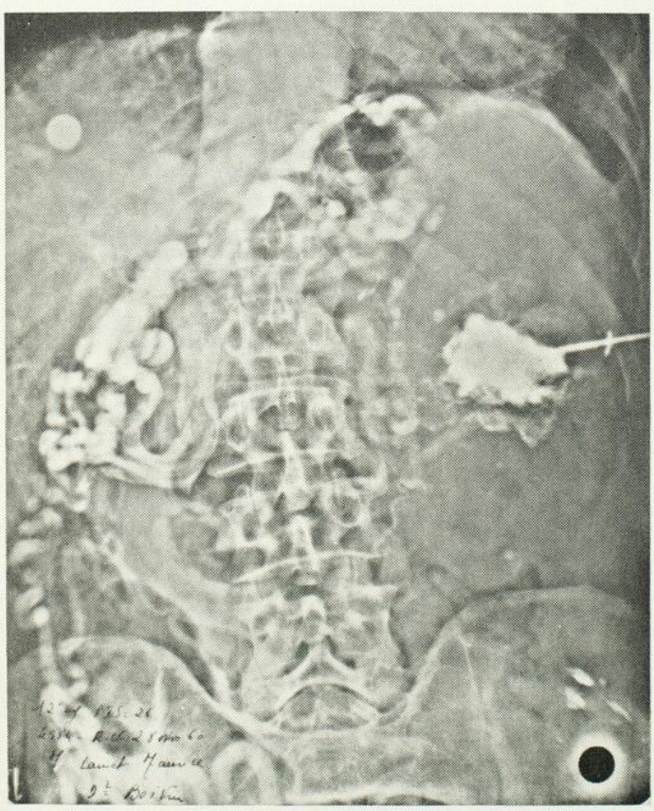


Figure 4a.

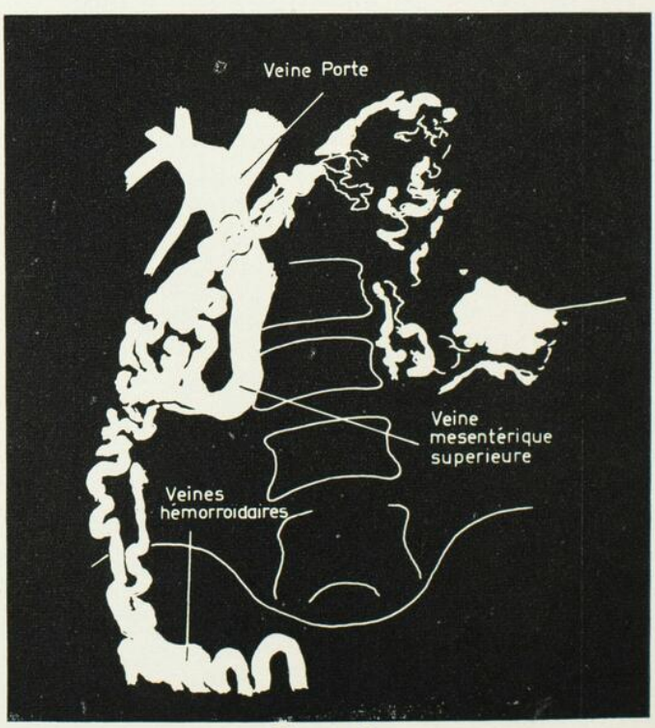


Figure 4b.

Même splénoportographie à la 12ième seconde (observation 2). Les varices gastriques tubérositaires dessinent la poche à air gastrique. Le produit de contraste, qui injectait la veine mésentérique inférieure (fig. 3), opacifie un réseau hémorroïdaire pour finalement injecter la mésentérique supérieure et le tronc porte. Le foie est bien injecté. Dans ce cas, il existe donc 3 grands réseaux de suppléance spléno-portale, un direct (cavernome péri-portal) un gastrique et un autre mésentérique. Il n'y a aucune voie de dérivation spléno-cave et il n'y a pas de varices œsophagiennes.

mg. %, cholestérol estérifié: 145 mg. %. Transaminase G.O.T.: 5 unités, transaminase G.P.T.: 20 unités. Protides totaux: 7.56 gr. %; albumine: 52%; alpha-1-globulines: 5%; alpha-2-globulines: 10%; béta-globulines: 14%; gamma-globulines: 19%. Prothrombine (temps de Quick): 70%; prothrombine vraie: 74%; proaccélérine: 70%; complexe VII (proconvertine et facteur Stuart): 78%. Thymol-turbidité: 12 unités Vernes. Céphaline-cholestérol: +. Une radiographie pulmonaire montre les séquelles importantes de la pleurésie gauche et la radiographie de l'œsophage est normale.

La splénoportographie (vg. 3 et 4) démontre qu'il s'agit bien d'une thrombose splénique complète avec une énorme circulation spléno-portale hépatopète réalisant un véritable cavernome. Le reflux dans les veines gastriques postérieures entraîne l'injection d'importantes varicosités tubérositaires dessinant la poche à air gastrique. Le produit de contraste injecte également la veine mésentérique inférieure puis, les veines hémorroïdaires pour enfin opacifier la veine mésentérique supérieure et le tronc porte. Cette circulation collatérale considérable pallie l'occlusion du tronc spléno-mésaraïque car les vaisseaux portes intra-hépatiques apparaissent sur les clichés dès la 4ème seconde après l'injection. La pression intrasplénique est de 26 cm. d'eau.

Diagnostic: Thrombose spléno-mésaraïque complète avec hypertension portale segmentaire (secondaire à une pleurésie purulente gauche).

Ce cas montre bien à quel point la splénoportographie est indispensable pour l'étude de l'hypertension portale (13, 14). Elle a permis l'opacification de la circulation collatérale hépatopète spléno-portale qui, par des voies insoupçonnées, parvient à alimenter la circulation portale intra-hépatique de façon à peu près normale. Elle a permis, également, de constater l'absence de dérivations spléno-caves, et en particulier, de vérifier l'absence de varices œsophagiennes. La splénomanométrie a confirmé l'efficacité du geste thérapeutique chirurgical, car la pression a chuté de 50 à 26 cm. d'eau 11 mois après la section de l'artère splénique. L'importance de la circulation de suppléance explique l'intégrité histologique et fonctionnelle du foie.

Observation 3.

M. Maurice R., 49 ans, est admis le 4 janvier 1960 pour une cirrhose.

En mai 1956, survient une première hématémèse qui fait évoquer le diagnostic d'ulcère duodénal. Une deuxième hémorragie, en février 1958 nécessite des transfusions (4.5 litres) et malgré l'absence de signes cliniques et radiologiques d'ulcère, le malade est opéré. Il n'existe pas d'ulcère, mais on découvre un foie cirrhotique. La biopsie per-opératoire révèle une cirrhose péri-portale avec discrète stéatose. Le malade nie toute intoxication éthylique.

L'examen est entièrement négatif sauf la rate qui est palpée en inspiration. Il n'y a pas de circulation collatérale, d'ascite, d'angiomes stellaires ou de subictère.

L'exploration fonctionnelle hépatique est perturbée: Bilirubine totale: 1.0 mg. %; bilirubine libre (indirecte): 0.9 mg. %. Transaminase G.O.T.: 90 unités; transaminase G.P.T.: 70 unités. Cholestérol total: 125 mg. %; cholestérol estérifié: 66 mg. %. Phosphatase alcaline: 1.4 unités P.N.P.; protides totaux: 7.46 gr. %; albumine: 39%; alpha-1-globulines: 6%; alpha-2-globulines: 7%; béta-globulines: 10%; gamma-globulines: 38%. Thymol-turbidité: 39 unités Vernes. Céphaline-cholestérol: +++; clearance de la B.S.P.: 0.063 (N: 0.145); clearance de l'or colloïdal radioactif: 0.10 (N: 0.166) (29); ammoniémie: 14 microg. (N: 10 - 20 microg.). Les radiographies de l'œsophage révèlent la présence de volumineuses varices œsophagiennes.

La splénoportographie (fig. 5) confirme l'existence de varices œsophagiennes et gastriques importantes. La pression intra-splénique est de 48 cm. d'eau.

Le malade quitte le service le 6 janvier 1960 pour être réadmis, 3 jours plus tard, pour une hématémèse. Il reçoit un litre de sang et l'hémorragie s'arrête spontanément. Le 1er février, une anastomose porto-cave termino-latérale est pratiquée. Une nouvelle biopsie hépatique per-opératoire montre cette fois une cirrhose portale constituée. Le 25 mai 1960, la splénoportographie (fig. 6) démontre que l'anastomose porto-cave est bien fonctionnelle et que le reflux coronaire stomachique et les varices œsophagiennes ont complètement disparu. La pression intrasplénique a chuté à 10 cm. d'eau

Diagnostic: Cirrhose portale; hypertension portale avec varices œsophagiennes et gastriques (décompression chirurgicale).

L'indication absolue de la splénoportographie chez les malades devant subir une anastomose porto-cave est parfaitement démontrée par cette observation. Cet examen permet de constater que le tronc porte est libre et que le chirurgien pourra pratiquer une intervention correctrice sur ce vaisseau. Par ailleurs, le succès de l'opération dépendra de la perméabilité de l'anastomose et de la chute tensionnelle qu'elle entraînera. Il est donc indispensable de pratiquer une splénoportographie avant et après

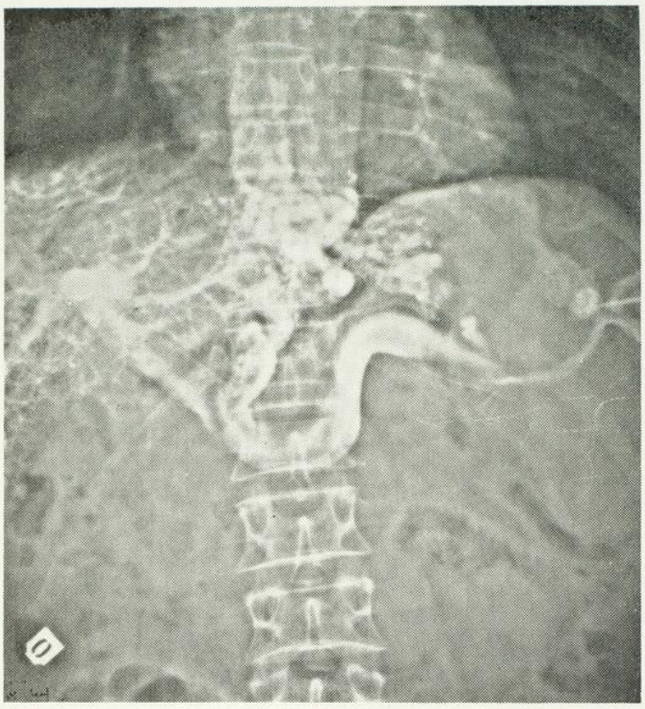


Figure 5a.

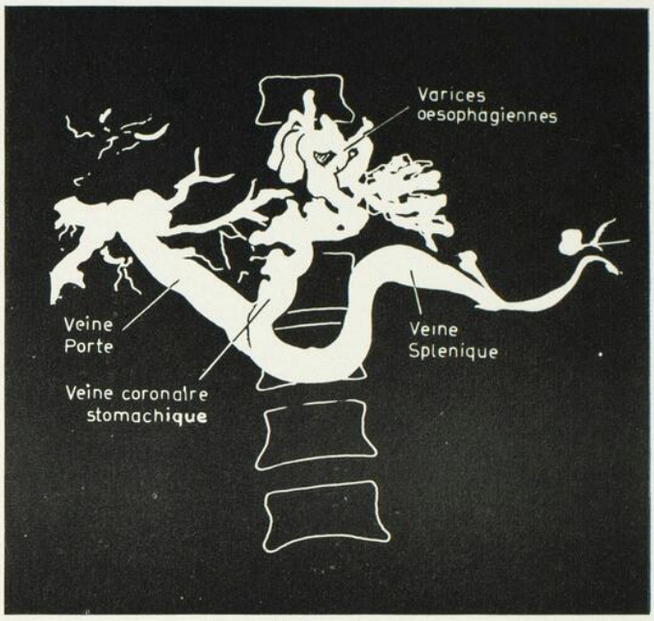


Figure 5b.

Splénoportographie (4ième seconde) chez un cirrhotique (observation 3). La pression intrasplénique est de 48 cm. d'eau. La dérivation porto-cave par la veine coronaire stomachique détermine le developpement de volumineuses varices œsophagiennes. Il n'y a pas de reflux dans les mésentériques.

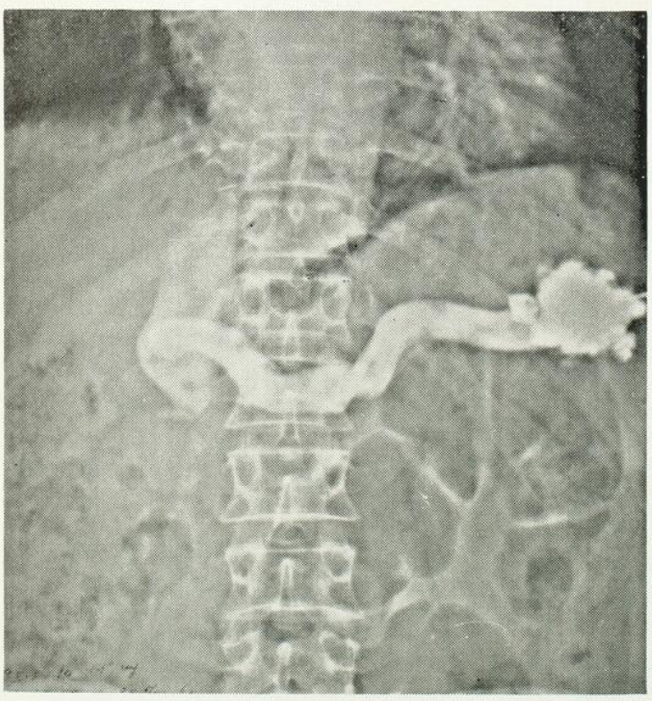


Figure 6a.

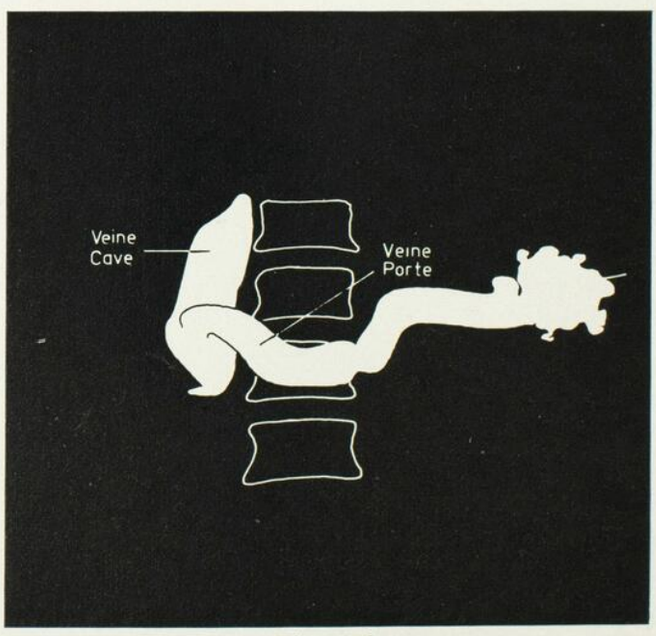


Figure 6b.

Splénoportographie (1ère seconde) du même malade (observation 3) après intervention. L'anastomose porto-cave termino-latérale est fonctionnelle et les varices œsophagiennes ont disparu. La pression intra-splénique est maintenant de 10 cm. d'eau.

l'intervention (14). Cet examen est d'ailleurs insuffisant comme unique exploration hémodynamique portale pré-opératoire, et il est devenu nécessaire de compléter l'exploration par un cathétérisme des veines sus-hépatiques et par une mesure du débit hépatique (30, 31). Ce n'est qu'en multipliant ces examens qu'il sera possible d'évaluer physiologiquement les gestes thérapeutiques fondés le plus souvent sur de simples notions anatomiques et d'arriver ainsi à des conclusions valables sur la valeur de ces interventions.

Résumé et conclusion

Depuis 10 ans, la splénoportographie est utilisée dans l'exploration des affections hépato-spléniques. Cette méthode est rapidement devenue indispensable pour l'étude de l'hypertension portale et de divers syndromes abdominaux. Presque totalement dépourvue de danger, si elle est pratiquée par une équipe médico-radiologique expérimentée, la splénoportographie apporte des renseignements très précieux ainsi que l'illustrent nos trois observations.

Summary and conclusions

For the past ten years, splenoportography has been used for the investigation of hepato-splenic diseases. In a short time, it became indispensable for the study of portal hypertension and of different abdominal syndromes. Splenoportography is almost completely devoid of danger when performed by a well-trained group and our 3 cases show the considerable interest of this technique.

BIBLIOGRAPHIE

1. S. ABEATICI et L. CAMPI: La Visualizzazinone radiologica della porta per via splenica. *Minerva Med.*, **92**: 593 (avril) 1951.
2. L. LEGER: Phlébographie portale par injection splénique intra-parenchymateuse. *Mém. Acad. Chir.*, **77**: 712 (mai) 1951.
3. R. BOULVIN, M. CHEVALIER, P. GALLUS et M. NAGEL: La portographie par voie splénique transpariétale. *Acta Chir., Belg.*, **50**: 534 (nov.) 1951.
4. B. DREYER et O. E. BUDTZ-OLSEN: Splenic Venography. *Lancet*, **262**: 530 (mars) 1952.
5. B. S. ZEID, B. FELSON et L. SCHIFF: Percutaneous splenoportal venography with additional comments on transhepatic venography. *Ann. Int. Med.*, **52**: 782 (4) 1960.
6. L. M. ROUSSELOT, F. F. RUZICKA et G. A. DOEHNER: Venography via portal and percutaneous splenic routes: Anatomical and clinical studies. *Surgery*, **34**: 557 (septembre) 1953.
7. J. LEBON, M. FABREGOULE, R. EISENBETH et R. LE GO: Splénoportographie transpariétale et manométrie intra-splénique. *Algérie Méd.*, **57**: 105 (fév.) 1953.
8. M. ATKINSON et S. SHERLOCK: Intrasplenic pressure as an index of the portal venous pressure. *Lancet*, **1**: 1325, 1954.
9. L. LEGER: La mesure de la pression portale par ponction trans-splénique. *Presse Méd.*, **62**: 910 (43) 1954.
10. F. MORINO: Die arteriographie der arteria hepatica. *in* Röntgendiagnostik der Leber, Sp inger-Verlag, Berlin, Göttingen und Heidelberg, 1959, p. 57-76.
11. A. J. BRINK et M. B. BOTHA: Budd-Chiari syndrome: Diagnosis by hepatic venography. *Brit. J. Radiol.*, **28**: 330, 1955.
12. A. PARAF, J. CHALUT et J. CAROLI: La portographie rétrograde transhépatique chez les splénectomisés. La veinographie sus-hépatique transhépatique. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **76**: 554 (13-14) 1960.
13. L. LEGER: *Spléno-portographie*. Masson, édit., Paris, 1955.
14. W. F. PANKE, E. G. BRADLEY, A. H. MORENO, F. F. RUZICKA et L. M. ROUSSELOT: Technique, hazards and usefulness of percutaneous splenic portography. *J. A. M. A.*, **169**: 1032 (7 mars) 1959.
15. M. D. TURNER, S. SHERLOCK et R. E. STEINER: Splenic venography and intrasplenic pressure measurement in the clinical investigation of the portal venous system. *Am. J. Med.*, **23**: 846, 1957.
16. R. BOURGEON et M. GUNTZ, cité *in* L. LEGER: *Spléno-portographie*. Masson, édit., Paris, 1955, p. 15.
17. L. LEGER, L. GALLY et N. ARVAY: *Ibid.*, p. 15.
18. J. LEBON: *Ibid.*, p. 15.
19. L. WANNAGAT: Die laparoskopische splenoportographie. *Klin. Wschr.*, **33**: 750, 1955.
20. B. VARELA FUENTES, J. R. POLERO et M. P. RUBINO: Nouvelle technique pour l'anesthésie du phrénique au niveau du cou avec immobilisation respiratoire du foie ou de la rate. *Arch. Mal. App. Digestif*, **49**: 942 (7-8) 1960.
21. V. GILSANZ, A. VERGARA et M. GALLEGO: A new method for determining the portal circulation time. The spleen-lung Ether Time. *Arch. Int. Med.*, **99**: 428, 1957.
22. A. BLONDEAU, Y. BENEJAM et R. LE GO: La splénoportographie trans-pariétale. *J. Radiol.*, **35**: 197 (3-4) 1954.
23. A. VIALLET: La ponction-biopsie du foie. *Montréal Médical*, **10**: 7 (9), 1959.
24. R. BOURGEON, cité *in* L. LEGER: *Spléno-portographie*. Masson, édit., Paris, 1955, p. 19.
25. P. HILLEMAND, discussion *in* L. LEGER, C. DEBRAY, P. DETRIE et P. GUYET: Adéno-cancer du foie, cirrhose avec surcharge ferrique et thrombose portale. *Arch. Mal. App. Digestif*, **49**: 1306, 1960.
26. R. BOURGEON, H. PIETRI, M. GUNTZ et J. VIDEAU: La splénoportographie dans les cirrhoses. *Ann. Radiol.*, **3**: 305 (5-6), 1960.
27. R. FAUVERT, L. HARTMANN et P. VIGNERON: A propos de la « cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten ». *Rev. Int. Hép.*, **5**: 409 (3) 1955.
28. L. LEGER, *in* R. FAUVERT, L. HARTMANN et P. VIGNERON: *Ibid.*, p. 419.

29. R. FAUVERT, J. P. BENHAMOU, S. NICOLLO et A. LOVERDO: Etudes cliniques sur les clearances hépatiques. *Rev. Int. Hép.*, **8**: 525 (7), 1958.
30. J. P. BENHAMOU et R. FAUVERT: Hémodynamique normale et pathologique de la circulation porto-hépatique. Etude manométrique. *Rev. Prat.*, **11**: 111 (2), 1961.
31. J. P. BENHAMOU, C. GIROND, F. NICOLLO, R. TRICOT, L. LEGER et R. FAUVERT: Etudes sur l'hémodynamique porto-hépatique. En préparation.
32. H. L. STEINBACH, H. R. BIERMAN, E. R. MILLER et W. A. WASS: Percutaneous transhepatic portal venography. *Radiology,* **60**: 368 (3), 1953.
33. P. DETRIE et L. LEGER: La portographie percutanée. *Presse Méd.*, **69**: 169 (4), 1961.
34. G. TORI: Hepatic venography in man. *Acta radiol.*, **39**: 89, 1953.
35. G. TORI et W. G. SCOTT: Experimental method for visualization of the hepatic vein — venous hepatography. *Am. J. Roentgenol.*, **70**: 242 (2), 1953.
36. P. VIALLET, L. CHEVROT, L. SENDRA, P. COMBE, P. AUBRY et J. SARROUY: Méthode angiographique simple permettant l'étude de la grande circulation. Angiocardiopneumographie « élargie ». *J. Radiol. Electrol.*, **37**: 285, 1956.
37. M. GUNTZ: Les veines sus-hépatiques. *in* Travaux du laboratoire d'anatomie de la faculté de Médecine d'Alger, 1959.
38. L. RIGLER, P. C. OLFET et R. W. KRUMBACH: Roentgen hepatography by injection of a contrast medium into the aorta. Preliminary report. *Radiology,* **60**: 363, 1953.
39. S. I. SELDINGER: Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography. A new technique. *Acta Radiol.*, **39**: 368, 1953.
40. M. SERVELLO: Angiographie hépatique. *Ann. Radiol.*, **2**: 31 (1-2), 1960.
41. F. MORINO, A. TARQUINI et S. OLIVERO: Artériographie abdominale sélective par le cathétérisme de l'artère humérale. *Presse Méd.*, **64**: 1944, 1956.
42. P. DETRIE, M. BOELY et L. LEGER: Cavographie par voie trans-somatique. *Presse Méd.*, **68**: 1223 (31), 1960.
43. R. BOURGEON, J. P. PANTIN et M. GUNTZ: La phlébographie cave inférieure. Exploration des étages rénal, hépatique, diaphragmatique et péricardique. *Presse Méd.*, **68**: 128 (13), 1960.
44. R. BOURGEON, M. GUNTZ et F. MESNARD: Cavographie-aortographie abdominale dans les phlébites, les compressions caves, les tumeurs hépatiques et les cirrhoses. *Presse Méd.*, **64**: 1573 (68), 1956.
45. R. SCHOBINGER: Costal intra-osseous venography in the diagnosis of portal hypertension. *Gastroenterologia,* **88**: 21 (1), 1957.

RECUEIL DE FAITS

LE SYNDROME DE TROUSSEAU

Murat KALUDI,
Hôpital Saint-Luc (Montréal).

La phlegmatia alba dolens des cancéreux peut accompagner toutes les néoplasies, surtout quand elles sont ulcérées.

Elle apparaît quelquefois alors que le cancer est cliniquement avéré; mais elle peut être le premier symptôme, le signe révélateur de la maladie et à ce point de vue, on devine facilement l'intérêt qu'elle présente.

C'est Trousseau qui a montré, dans ses Leçons Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, la valeur séméiologique de cette thrombophlébite dans le diagnostic du cancer de l'estomac. Par une cruelle ironie du sort, il devait, quelques années plus tard, constater chez lui la justesse de ce qu'il avait si bien décrit.

Il est curieux de noter en passant que les ouvrages didactiques d'expression française n'en font pas mention. Il est encore plus curieux de voir que c'est la littérature de langue anglaise qui a créé, dans le clavier de la nomenclature, le Syndrome de Trousseau. En effet, le premier cas rapporté est celui d'Osler et de McCrac, en 1900.

En 1932, Thoenes en Allemagne publie deux cas de thromboses segmentaires multiples, localisées aux membres supérieurs, chez des malades ayant un cancer de la tête du pancréas.

En 1933 Umlauft, en Allemagne, relate deux observations chez des malades atteints, eux-aussi, de cancer de la tête du pancréas.

La même année Moser présente un travail d'ensemble sur les thromboses veineuses multiples au cours du cancer de l'estomac.

En 1938 Spraul fait une large enquête sur les relations existant entre les thromboses veineuses et les diverses affections médicales. Dans un document intéressant portant sur 4,258 autopsies pratiquées au Presbyterian Hospital de New-York, on y note que le cancer du pancréas fournit à 30% près, autant de phlébites que le cancer de l'estomac, que 36% des thrombophlébites du cancer du pancréas sont du type plurisegmentaire alors que ce même type ne se retrouve que dans 6% des thrombophlébites du cancer de l'estomac.

Spraul signale que malgré ses recherches minutieuses, il n'a trouvé que d'une façon inconstante des cellules cancéreuses sur les parois thrombosées. Il insiste d'autre part sur le fait particulier qu'il n'a pas rencontré de processus inflammatoire.

En 1943, Kennedy publie deux cas de thromboses multiples chez deux malades atteints, l'un de cancer du corps et l'autre de la queue du pancréas.

Enfin, avec une confrontation anatomo-clinique des « Case Records » de « Massachusets General Hospital », l'affection entre dans les discussions habituelles des cénacles médicaux

Observation 1.

Le 12 septembre, M. J.K., âgé de 51 ans, se présente accusant de vives douleurs abdominales qui surviennent sous forme de crises.

On le voit traverser le cabinet de consultation, courbé en deux, à un point tel qu'on le prendrait pour un traumatisé de la voie publique. Assis sur une chaise, tout recroquevillé, le corps penché en avant et le faciès grimaçant de souffrances, il nous apprend que durant un séjour dans la Légion Etrangère, il y a contracté le paludisme et l'amibiase.

Il y a quatre mois environ, sont apparues à la partie postérieure de l'hémithorax droit des douleurs continues, avec impression de transfixion antéropostérieure empêchant le sommeil et obligeant le malade à interrompre son travail. Malgré de nombreuses consultations chez des médecins différents, son état ne subit aucune amélioration. Au contraire, il y a un mois à peu près, ce syndrome s'est brusquement aggravé. Les douleurs se sont étendues à l'abdomen où à présent elles prédominent. Enfin leur caractère a complètement changé puisque des crises paroxystiques se sont greffées au point de devenir subintrantes. Elles surviennent d'une façon spontanée, sans cause provocatrice apparente. Rien ne peut les soulager, hormis une piqûre de morphine.

Il n'y a pas d'autres troubles fonctionnels. L'appétit est conservé, les selles sont normales, mais l'état général semble assez atteint: il aurait maigri de 15 lbs. La palpation abdominale est normale. Le foie et la rate sont normaux et les divers autres appareils ne mettent en évidence aucune anomalie. T.A. 145/80.

On soulève comme diagnostic celui de thrombose veineuse mésenthérique et séance tenante, on admet le malade à l'hôpital.

Au bout de quelques jours, tout semble rentrer dans l'ordre, ceci permettant de pousser les investigations biochimiques, radiologiques et hématologiques assez loin. On ne décèle aucune cause.

Au quinzième jour d'hospitalisation l'état du malade semble tellement amélioré que sur la demande de la famille l'autorisation de départ faillit être accordée, mais à ce moment précis, l'interne signale l'apparition d'un syndrome algo-dyspnéique thoracique droit accompagné de toux, d'expectoration sanglante et d'hyperthermie en rapport avec un infarctus pulmonaire. Sous l'action des anticoagulants, tout rentre dans l'ordre, en deux semaines environ, mais une thrombophlébite du membre inférieur droit fait son apparition avec son cortège habituel des phénomènes généraux et locaux. Douze jours après, au déclin de l'évolution de la phlébite de la jambe droite, la jambe gauche à son tour présente la même atteinte.

A son 48e jour d'hospitalisation, alors que la décision d'une laparatomie exploratrice est prise, le malade présente d'une façon brusque une hémiplégie avec aphasie. Bientôt son état décline de jour en jour et au bout d'une semaine le patient s'éteint.

L'autopsie découvre:

Pancréas. L'organe est augmenté de volume au dépens du corps et de la queue. Une section à ce niveau, montre un parenchyme remplacé par un tissu blanc-grisâtre de consistance très ferme. La tumeur envahit le méso-côlon et on note de nombreux ganglions métastatiques autour de la tête de l'organe. A l'histologie: prolifération d'éléments canaliculaires atypiques.

Foie. Présence en surface, de multiples nodules ombiliqués de type métastatique.

Rate. Présence de petits nodules blanchâtres métastatiques. Au microscope il y a invasion vasculaire par des éléments tumoraux.

Veine cave inférieure. Gros thrombus accolé à l'intima et situé à 6 cm. de l'abouchement de la veine rénale droite.

Observation 2.

Homme de 57 ans, platrier, admis pour thrombophlébite de la jambe droite, remontant à dix jours environ.

Dans ses antécédents à signaler une pneumonie lobaire aiguë, deux mois avant l'admission ainsi qu'une cure radicale de hernie inguinale gauche, il y a 4 semaines.

A l'examen le malade paraît émancié et pâle. Son appétit est devenu capricieux et le malade a maigri de douze livres depuis son épisode pneumonique. Un léger clocher thermique se dessine tous les soirs, avec des transpirations abondantes. L'abdomen est souple, le foie et la rate ne sont pas palpables. Il n'a jamais éprouvé de ténesmes, de vomissements ou d'émissions de selles diarrhéiques ou sanglantes. Sa T.A. se situe à 140/75. Tous les examens de laboratoire, l'électrocardiogramme ainsi que les diverses radiographies pulmonaire et du tube digestif en entier, sont normaux.

Cinq jours après son admission, un infarctus pulmonaire de moyenne intensité fait son apparition. Au dix-septième jour de son hospitalisation, un processus thrombophlébitique analogue au premier a lieu au niveau du mollet gauche durant deux semaines. Au décours de sa maladie, le patient quitte l'hôpital malgré un avis médical contraire, pour revenir trois semaines après, cette fois-ci avec une troisième attaque au niveau de la cheville droite.

Quatre jours après, une laparatomie exploratrice met en évidence un cancer du corps et de la queue du pancréas, avec des métastases hépatiques et inopérable.

Diagnostic

Il n'est pas dans notre intention de passer en revue la symptomatologie du cancer du pancréas avec ses diverses localisations; tous les ouvrages didactiques en font assez abondamment mention. Disons toutefois que le diagnostic clinique demeure difficile à cause de la rareté des symptômes et des signes, tout en ajoutant que les examens radiologiques et autres sont d'un maigre apport.

Il est vrai que la douleur à caractère transfixiant et à localisation particulière, que l'amaigrissement, les perturbations du transit intestinal, les hématémèses inexpliquées forment un ensemble de preuves qui, bien interprétées, aident grandement à l'établissement du diagnostic.

C'est surtout la présence des thrombo-phlébites qui mérite une plus grande attention. Ces thromboses veineuses apparaissent de bonne heure, bien avant la période terminale. Elles se développent insidieusement, elles sont multiples, segmentaires et souvent fugaces en ce sens qu'elles disparaissent en quelques jours, sans laisser de traces.

Ces thrombophlébites multiples nous mettent en présence d'un tableau clinique auquel nous ne sommes pas habitués. Impressionnés par la multiplicité, nous sommes naturellement enclins à leur re-

chercher une étiologie importante telle qu'une leucémie atypique, une polyglobulie, une goutte ou une septicémie.

Toute thrombophlébite multiple et fugace qui, pour employer l'expression consacrée, n'a pas fait sa preuve, doit faire songer à un cancer du pancréas, lors même que l'état général demeure satisfaisant. Restent ensuite les autres moyens d'investigations à mettre en œuvre qui d'ailleurs, ne constituent que le prélude de la laparatomie exploratrice.

A ce propos, il ne serait pas superflu de rappeler que dans le domaine des épreuves enzymatiques, un pas en avant semble avoir été fait. En effet, on se souvient des controverses suscitées lors des publications des premiers investigateurs concernant les modifications pondérales du taux de la leucine-aminopeptidase au cours du cancer du pancréas et des viscères du carrefour pancréatico-cholédocien. On peut dire sans se tromper que l'unanimité en est faite. Si l'on exclut les modifications constatées quelquefois au cours des métastases hépatiques on peut affirmer que le cancer de la queue et du corps du pancréas provoque une mobilisation exagérée de la leucine-aminopeptidase sérique. Ainsi, le taux élevé de cet enzyme associé à la douleur caractéristique et à l'amaigrissement accusé, impriment un cachet quasi pathognomonique à la maladie.

Pathogénie.

Sur l'étiologie du cancer du pancréas, on sait peu de choses. A plus forte raison, on ne fait que se leurrer d'hypothèses quand on essaie de fournir une explication pathogénique relative aux thrombophlébites multiples et segmentaires.

On sait, uniquement, que dans la majorité des cas, il n'existe aucune infiltration des parois des vaisseaux atteints. De plus, le processus inflammatoire est, pour ainsi dire, inexistant. Bien sûr, on a fait appel aux divers facteurs incriminés habituellement dans la pathogénie des thromboses veineuses tels que l'altération de la parois veineuse, la stase sanguine, le ralentissement du courant sanguin, etc. Tout cela fait parti de l'ensemble de nos connaissances dans le cadre classique d'une pathologie générale, mais n'offre pas l'explication attendue.

Il est indiscutable que le courant sanguin est animé d'une tendance spéciale à la formation des thromboses, mais le mécanisme réel demeure hors de la portée de nos connaissances. Déjà, Spraul en 1938 se basant sur la statistique de 125 cas de cancer de la tête et surtout du corps du pancréas, avait émis l'hypothèse de l'existence d'un facteur spécial libéré par les cellules néoplasiques. Il faut admettre que ce facteur n'a jamais été mis en évidence.

Innerfield dans son travail récent, montre qu'il y a une relation étroite entre le taux de trypsine sanguine et le taux de l'antithrombine. A l'appui de son hypothèse, il fournit l'exemple de la pancréatite hémorragique où les taux de la trypsine et de l'antithrombine sont élevés. Par contre, en ce qui concerne le cancer pancréatique, le même auteur a toujours trouvé une chute significative de ces deux facteurs.

Toutefois, McLachlin, Paul et Paterson ayant repris ce même travail, semblent donner l'impression d'éprouver des difficultés pour confirmer les assertions du premier. D'ailleurs, des objections majeures ne manquent pas: à ce point de vue le cancer bronchique qui s'accompagne quelquefois de thromboses veineuses multiples et segmentaires peut en constituer une.

Résumé

Deux cas de thrombophlébites segmentaires multiples traduisant la présence d'un cancer de la queue et du corps du pancréas, sont rapportés.

Le premier cas fit son entrée en scène par un infarctus pulmonaire, tandis que le deuxième se manifesta d'emblée par des thrombo-phlébites multiples et segmentaires.

L'auteur passe ensuite en revue les symptômes fonctionnels classiques attribués à ces localisations néoplasmiques.

Une courte incursion dans la littérature lui permet de dégager les données essentielles sur le diagnostic, la pathogénie et la séméiologie du Syndrome de Trousseau. Finalement, il insiste sur la valeur énorme qui doit s'attacher à la présence des thrombophlébites segmentaires, multiples et fugaces.

Summary

Two personally observed cases of migrating, recurrent and multiple thrombophlebitis associated with visceral carcinoma, are reported. The two concern carcinoma of the tail and the body of the pancreas.

In the first case, the pulmonary embolism was the initial complaint whereas in the second case veinous thrombosis was the common complication.

The author recall that there are several classical important clues which can build up the diagnosis. These include: persistent pain in either the abdomen or back; a rapid weight loss; an unexplained change in the bowel habit; an unexplained thrombophlebitis; significant gastrointestinal bleeding may result from infiltration of the alimentary tract either by secondary deposits or by the primary neoplasm. In addition to the occurrence of repeted and ocult thrombophlebitis, carcinoma of the pancreas may

become manifest by the feature of a cerebral embolism and hemiplegia.

The presence of an idiopathic thrombophlebitis with the characteristics of the variety associated with carcinoma, constitutes an indication for further investigations and laparatomy must be performed to discover the neoplasm.

BIBLIOGRAPHIE

1. CASE RECORDS OF THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL (Case 33491): *New Engl. J. Medicine*, **237**: 875, 1947.
2. W. F. KENNEDY: Association of Carcinoma in the Body and Tail of Pancreas with Multiple Venous Thrombosis. *Surgery*, **14**: 600, 1943.
3. S. MOSER: Multiple Venenthrombosen als Fruhssymptom von Magenkarcinom. *Munch. Med. Wohenschrift*, **1**: 2022, 1933.
4. SPRAUL: Carcinoma and Venous Thrombosis. *Amer. J. of Cancer*, **34**: 566, 1938.
5. R. THOENES: Multiple Venethrombosen, ein bisher unbekanntes Fruhsymptom beim Pankreaskarcinom. *Munch. Med. Wohenschrift*, **2**: 1677, 1932.
6. A. TROUSSEAU: *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 3-8 octobre, 1877, p. 379.
7. UMLAUF: Thrombosen und Pankreaskarcinom. *Munch. Med. Wohenschrift*, **1**: 607, 1933.

LE SYNDROME D'EMPOISONNEMENT PAR L'OXYGÈNE

François LÉGER.

Cela fait bien quinze ans qu'on a décrit et documenté le syndrome d'empoisonnement par l'oxygène; ce n'est nullement une nouveauté. Cependant, le fait qu'on en ait encore des cas dans nos hôpitaux, nous justifie de vouloir attirer l'attention sur ce sujet. Trop de médecins sont trop prompts à prescrire l'administration d'oxygène à toutes les catégories de malades, et le cathéter nasal ou la tente sont souvent des mesures d'urgence que l'on emploie sans discrémination. Pourtant, à une certaine catégorie de malades, cette mesure thérapeutique peut être non seulement nuisible, mais dangereuse et fatale.

L'emphysémateux chronique ventile mal ses alvéoles. Cette hypoventilation, non seulement diminue la quantité d'oxygène qui atteint la membrane alvéolo-capillaire, mais elle réduit surtout la vidange du CO_2. L'emphysémateux retient donc du CO_2 dans ses alvéoles mal ventilées; ce CO_2 alvéolaire étant en équilibre avec le CO_2 artériel, l'emphysémateux retenant du CO_2 développe de l'hypercapnie. Cette hypercapnie, dans certains cas, peut aller jusqu'à et même dépasser quatre-vingt volumes pour cent. Evidemment l'hypercapnie s'accompagne d'une anoxémie importante.

A l'état normal, c'est l'augmentation du gaz carbonique dans le sang qui stimule le centre respiratoire, provoquant une augmentation de la ventilation et des échanges gazeux.

Cependant, chez un malade qui maintient pendant des mois une hypercapnie chronique, le centre respiratoire « s'habitue » et ne répond plus au stimulus normal. Ce sont alors les chémorécepteurs de l'arc aortique et des sinus carotidiens qui deviennent responsables de la stimulation respiratoire. Ces chémorécepteurs ne sont sensibles qu'à l'anoxémie et non pas à l'hypercapnie.

On comprend que lorsqu'on donne à respirer à un malade dont le centre respiratoire est « paralysé » par la rétention de CO_2, de l'oxygène à cent pour cent, on satisfait ses chémorécepteurs. L'anoxémie, corrigée par l'oxygène ne stimulera plus la respiration; il n'y aura plus de stimulus à la respiration. Alors, rose et bien oxygéné, le patient respirera de moins en moins, augmentant sa rétention de CO_2 jusqu'à des niveaux dangereux.

Les symptômes de cette intoxication sont variables. Ils comprennent des phénomènes moteurs: tremblements, trémulations, myoclonies; des changements psychologiques: dépression, irritabilité, ballucinations, agitation; enfin, cela peut aller à la stupeur et le coma.

Le traitement n'est pas facile. Il faut d'abord cesser l'administration d'oxygène. Ensuite, il est essentiel de provoquer l'hyperventilation. Il sera souvent nécessaire d'utiliser des méthodes de respiration artificielle; les respirateurs de type Drinker peuvent être utilisés, mais les appareils à pression positive intermittente sont beaucoup plus commodes.

Un cas parmi nombre d'autres sera maintenant relaté pour illustrer l'état de chose décrit plus haut.

Observation

Monsieur A.B., âgé de 67 ans, fut admis à l'hôpital, le 11 mai 1960. Ce patient souffrait d'une

bronchite chronique de longue date; en 1946, soit 14 ans auparavant, alors qu'il était hospitalisé pour prostatite, on notait qu'il toussait et crachait abondamment. Il se plaignait aussi de dyspnée d'effort. Une radiographie pulmonaire faite en 1949 montrait entre autres choses, un aplatissement des coupoles diaphragmatiques.

Environ cinq semaines avant l'admission, le malade fut traité pour une infection des voies respiratoires avec forte élévation de température; probablement une pneumonie. Depuis cet épisode, il n'avait pas complètement récupéré sa condition normale; il toussait et crachait beaucoup, se sentait faible et avait de fréquents étourdissements.

La veille de l'admission, il fit une chute. Cette chute fut suivie d'une période de désorientation, légère déviation de la bouche vers la gauche et légère dysarthrie. Ces signes avaient régressé au moment de l'examen d'admission; il persistait une céphalée occipitale et une certaine difficulté à finir ses phrases; pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Le diagnostic provisoire d'accident vasculaire cérébral fut porté, et entre autres manœuvres thérapeutiques, on administra par cathéter nasal, de l'oxygène à 100%.

Loin de s'améliorer, l'état de conscience se détériora. Le lendemain, le patient était très confus, bredouillant des paroles incompréhensibles. Un neurologue nota à ce moment, un examen fundoscopique normal, un régime de réflexes normal, des cutanés plantaires en flexion et l'absence de troubles sensitifs et moteurs. On suggéra un diagnostic d'abcès cérébral frontal métastatique ou de thrombose évolutive de la carotide.

Un électroencéphalogramme objectiva une souffrance cérébrale diffuse de forte intensité (grade III), et la possibilité d'anomalies localisées sur la région temporo-pariétale gauche. La radiographie du crâne était négative.

Le 15 mai, l'état du malade oscillait entre une agitation extrême et une profonde stupeur. A cause d'une expansion thoracique limitée, d'une hypersonorité des bases, d'une rétraction vers le bas du cartilage thyroïde, on cessa l'oxygène.

Le malade redevint un peu cyanosé, mais retrouva ses esprits. Le 16 mai, on nota qu'il était calme et bien éveillé; l'examen neurologique n'avait pas changé. L'état psychique du malade demeura normal par la suite et le malade fut congédié le 25 mai, après guérison d'une infection urinaire.

Un second électroencéphalogramme fait le 23 mai montra une amélioration considérable de l'électrogénèse par rapport au tracé précédent; il ne persistait qu'une dysfonction diffuse modérée.

Après un an, le patient demeure parfaitement bien et sans séquelle neurologique. Ayant cessé de fumer, il ne tousse plus, ne crache plus, a engraissé de plusieurs livres et malgré ce gain de poids, n'accuse pas une plus forte dyspnée.

On peut résumer le cas comme suit: un homme de 67 ans, tousseur et emphysémateux était plus ou moins bien compensé du point de vue de sa fonction respiratoire. Une infection respiratoire aggrava sa rétention de CO_2, le rendant plus sensible à une intoxication à l'oxygène qui ne manqua pas de se produire quand on le lui administra.

* * *

De tout ceci, il ne faut pas conclure que les emphysémateur ne doivent jamais recevoir d'oxygène. Mais on peut affirmer que l'oxygène, comme toutes les drogues et les méthodes de traitement, a des indications et des contre-indications. Celui qui le prescrit doit en connaître les dangers comme les bienfaits et savoir en varier le débit, la concentration et le mode d'administration selon les besoins de chaque cas.

Résumé

Le malade souffrant d'emphysème obstructif chronique développe parfois une importante hypercapnie. Cette hypercapnie « paralyse » le centre respiratoire; c'est alors l'anoxémie, à laquelle répondent les chémo-récepteurs de l'arc aortique, qui devient le stimulus de la respiration.

Chez un tel malade, l'administration d'oxygène peut être dangereuse.

Un cas d'empoisonnement par l'oxygène est présenté.

Summary

The chronic emphysematous patient often develops a high degree of CO_2 retention. In such a case, the respiratory center becomes "paralyzed" or anesthetized, and the anoxemia is the only stimulus of respiration.

The administration of pure oxygen can then be a danger, suppressing that stimulus.

A case of oxygen poisoning is presented.

MOUVEMENT MÉDICAL

ÉTUDE CLINIQUE DE LA PYRROLIDINO-MÉTHYL-TÉTRACYCLINE (REVERIN)[1]

Gilles GOSSELIN,
Hôtel-Dieu de Montréal.

L'objet de ce travail est un nouveau dérivé des tétracyclines, la pyrrolidino-méthyl-tétracycline.

Depuis 1953, un grand nombre de travaux ont été publiés sur les propriétés biologiques du chlorhydrate de tétracycline en tant que substance fondamentale de toute la série des tétracyclines. Ils remontent à une publication de Finland (1), ainsi qu'à dix études d'un groupe de chercheurs américains qui ont exposé les résultats de leurs travaux sur la tétracycline au cours d'un symposium tenu à Washington, en octobre 1953.

Fussgaenger (2) a tenté de comparer les différentes actions biologiques de la tétracycline elle-même, et de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline obtenue par voie synthétique. Ces examens comparatifs ont montré que la pyrrolidino-méthyl-tétracycline correspond par ses propriétés antibiotiques à la substance fondamentale de la série, le chlorhydrate de tétracycline. Par ailleurs, des expériences comparatives sur l'appareil de Warburg ont montré que cette action est due à la pyrrolidino-méthyl-tétracycline elle-même, sans qu'il y ait scission préalable de la chaîne latérale (3).

Enfin, Dimmling (4) affirme, à la suite d'études comparatives faites « in vitro » par la méthode des dilutions croissantes sur 169 couches de streptocoques, staphylocoques, colibacilles et protéus, isolées sur du matériel pathologique, qu'il est impossible de reconnaître des différences d'action significatives entre la pyrrolidino-méthyl-tétracycline et le chlorhydrate de tétracycline.

La concentration de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline dans le sang et dans l'urine après une seule injection intraveineuse fut étudiée par Strauch et Koch (5). Il ont noté, dans les premières heures, après une seule injection de 275 mg. de Reverin intraveineux, une concentration sanguine 10 fois plus élevée qu'après l'administration par voie buccale d'une dose unique de 250 mg. de tétracycline-HCl. Dans les 4 à 6 heures qui suivirent, les taux sanguins étaient encore 2 fois plus élevés, et même après 24 heures, on pouvait déterminer, dans tous les cas examinés, des concentrations actives envers les germes sensibles. Strauch et Koch ont mesuré dans l'urine des concentrations de pyrrolidino-méthyl-tétracycline particulièrement élevées, de sorte qu'on peut envisager son emploi dans les maladies des voies urinaires, puisqu'elle est de même ordre de grandeur que celle du sérum.

D'autre part, il est prouvé qu'une élévation de la dose unique intraveineuse, au-dessus de 275 mg. n'entraîne pas une augmentation durable de la concentration sanguine, ce dont il faut tenir compte du point de vue clinique et économique (6) En outre, la fluctuation incalculable des taux sanguins (Welch) contatée au cours du traitement per os à la tétracycline ne s'observe pas avec la pyrrolidino-méthyl-tétracycline.

Un test particulier au Reverin, à côté de ceux pratiqués pour les autres tétracyclines n'a pas de valeur pratique, car le spectre des 4 dérivés de ce groupe est identique. Les tests usuels des antibiotiques n'indiquent jamais quelle concentration peut être obtenue « in vivo ». C'est ainsi qu'avec un halo d'inhibition faible pour les tétracyclines, le Reverin peut quand même avoir une bonne efficacité, précisément à cause de la concentration initiale 4 fois plus élevée, c'est-à-dire le rapport de 275 mg. de Reverin pour 1 gm. de n'importe quelle autre tétracycline administrée par voie buccale.

Holly et Fussgaenger (9) ont démontré qu'il n'existe pas de relations entre la résistance « in vitro » et l'action « in vivo » des tétracyclines, surtout du pyrrolidino-méthyl-tétracycline. En effet, leurs travaux ont démontré que les souches de staphylocoque doré employées (285, 8655, 8633) étaient toutes résistantes in vitro aux quatre types de tétracyclines utilisées (oxytétracycline, tétracycline, chlortétracycline, pyrrolidino-méthyl-tétracycline). In vivo, les résultats furent tout à fait différents. Après administration intra-péritonéale de 0.3 cc. d'une suspension bactérienne, 100% des souris non traitées mouraient en moins de 24 heures. D'autre part, le pourcentage des souris (protégées par les tétracyclines), qui survécurent à cette même inoculation intrapéritonéale de bactéries, varia selon le type de tétracycline administré. 75% des souris, protégés par la pyrrolidino-méthyl-té-

1. Produit gracieusement fourni par la maison Hoechst Pharmaceuticals of Canada Limited, Montréal.

tracycline survécurent à l'inoculation, tandis que 20%, 18% et 13% des souris protégées respectivement par l'oxytétracycline, le chlortétracycline et la tétracycline (à des doses analogues) survécurent. Les auteurs démontrent par ailleurs que dans tous les cas, les taux sanguins n'étaient pas statistiquement différents.

Etude clinique

L'évaluation clinique d'un antibiotique est naturellement difficile du fait de l'absence de possibilité de comparaisons exactes (7, 8).

Nous avons maintenant plus de 90 malades à qui nous avons administré par voie intraveineuse de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline. Ces malades furent choisis: 1) soit parce qu'ils étaient des cas d'infections prouvées bactériologiquement, ou à staphylocoque doré, ou à d'autres microbes pyogènes, 2) soit parce qu'ils présentaient une insuffisance rénale aiguë et ses complications, 3) soit parce qu'ils recevaient des agents cytotoxiques, par voie intraveineuse et/ou intra-portale et/ou intra-péritonéale, pour épithélioma du poumon, du côlon, de l'estomac, etc., 4) soit parce qu'ils étaient diabétiques et présentaient des complications de leur artériosclérose oblitérante.

Le premier groupe comprend surtout des malades atteints de furonculose et de pneumonie, quelques cas de septicémie, de méningite purulente et d'infections osseuses. Nous avons aussi inclus quelques cas d'infection à streptocoque hémolytique (angines, cellulites périphériques). En général, nous pouvons affirmer que la majorité de ces malades du premier groupe ont grandement bénéficié du traitement au Reverin, qu'ils ont évolué vers la guérison, sans séquelle et sans récidive, sauf pour deux cas de méningite purulente aiguë post-opératoire.

Pour ce qui est du deuxième groupe de malades, i.e. les 12 cas d'insuffisance rénale aiguë, il faut comprendre la situation à laquelle nous devons faire face chez chacun de ces malades. Ceux-ci nous arrivent habituellement 4 ou 5 jours après l'installation de leur insuffisance rénale aiguë, avec une urée et une créatinine sanguines très élevées, des désordres métaboliques importants (hypochlorémie, hyponatrémie, hyperkaliémie, etc.). Ils sont habituellement pyrétiques, déshydratés et porteurs d'une sonde urinaire qui leur fut installée peu après l'accident. Lorsque le malade arrive à l'hôpital, nous changeons la sonde, installons une dissection veineuse, un tube de succion gastrique, etc. Ces différents procédés sont tous des sources de contamination. D'autre part, certains de ces malades devront être dialysés par des méthodes artificielles (hémodialyse, dialyse péritonéale) qui comportent de grands dangers de contamination. Pour cette raison et à titre prophylactique, nous avons tenté d'administrer du Reverin à chacun de ces malades, même après avoir pris toutes les précautions nécessaires pour éviter la contamination infectieuse par ces différents orifices. Des 12 malades que nous avons ainsi traités avec le Reverin, seulement 3 des malades décédés présentaient, à l'autopsie, des lésions infectieuses importantes. Par ailleurs, les 4 malades qui ont survécu à leur insuffisance rénale aiguë, n'ont présenté aucune séquelle extra-rénale de cette affection.

Quant au troisième groupe, celui des cancéreux, des leucémiques et des lymphomateux, à qui nous devons, à certains moments, administrer des cytotoxiques, à hautes doses, nous avons cru, dans un bon nombre de cas, devoir administrer de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline à titre prophylactique, surtout si des réactions dépressives sévères de la moelle (hypoplasie médullaire transitoire) se produisaient. La leucopénie est habituellement le fait le plus marquant et ces malades opérés ne peuvent se défendre contre les infections que peuvent susciter les intervention chirurgicales délabrantes qu'ils ont subies. Nous avons décidé, chez les malades qui étaient soumis à une intervention chirurgicale et qui recevaient du Mustargen ou autres produits analogues, de prescrire de routine des doses prophylactiques de pyrrolidino-méthyl-tétracycline, et les doses sont habituellement de 2 ampoules par jour, pour une période d'environ 8 à 10 jours. Jusqu'à date, nous avons très probablement évité des désastres, c'est-à-dire des infections importantes qui pourraient survenir lorsque les leucocytes tombent aux environs de 1,000 ou de 750 par mm^3, temps idéal pour la pullulation des microbes dans un organisme qui ne peut se défendre

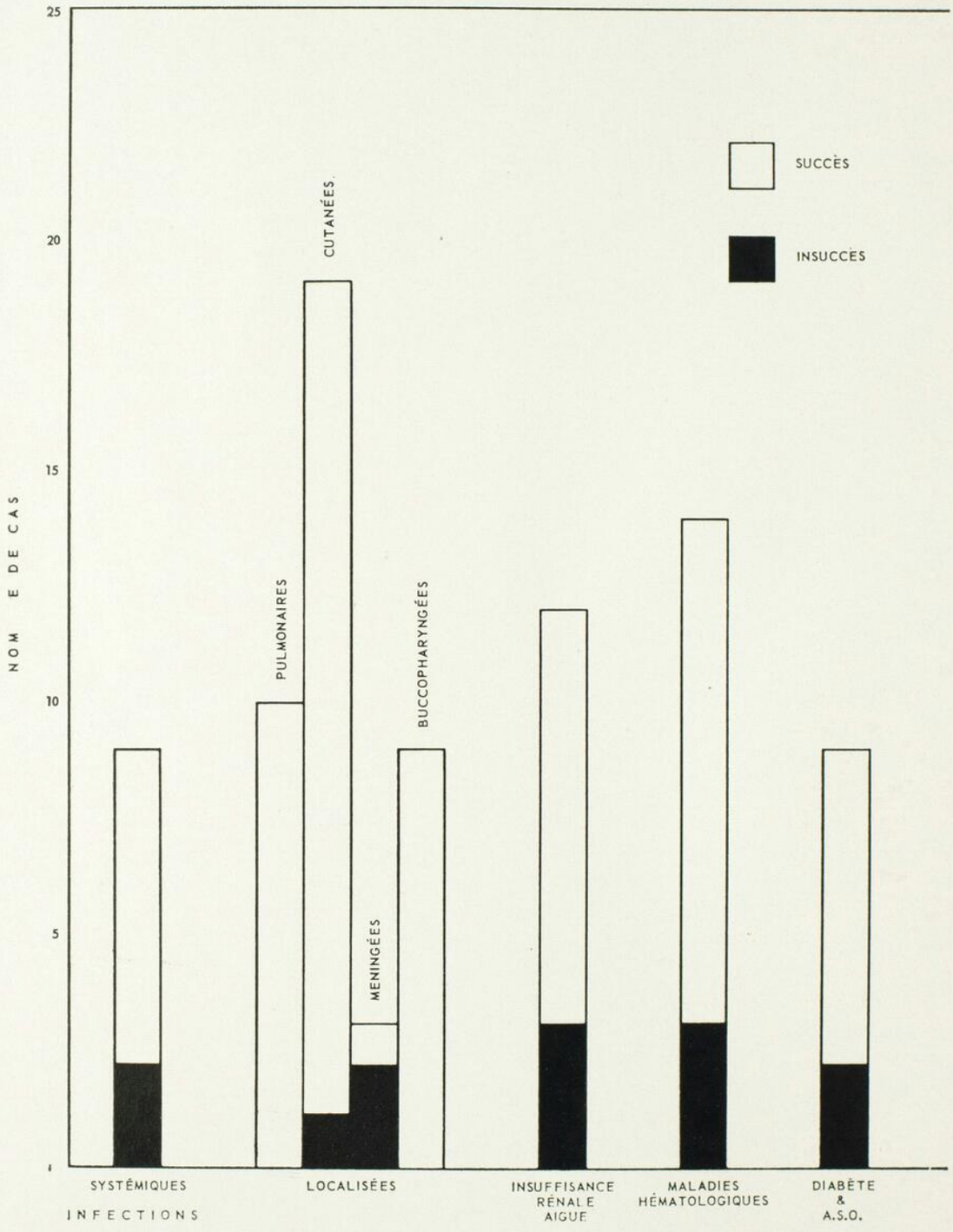
Le quatrième groupe est composé de diabétiques de 50 à 70 ans, porteurs de lésions ischémiques ou neuro-trophiques des membres inférieurs. La pyrrolidino-méthyl-tétracycline leur fut administrée par voie intraveineuse et/ou intra-artérielle et/ou localement. En général, les résultats furent, à notre avis, beaucoup plus satisfaisants qu'avec les autres moyens habituellement employés, mais le nombre de cas traités reste encore trop infime pour nous permettre de tirer des conclusions valables.

Des 90 cas que nous avons étudiés, nous voulons présenter un résumé de deux observations.

Cas no 32

Il s'agit d'un malade de 37 ans, qui fut transféré le 31 mai 1959, d'un hôpital régional vers l'Hôtel-

Dieu, pour investigation diagnostique. Le début des symptômes datait déjà de quelque trois semaines, et ceux-ci avaient été caractérisés par un état grippal, accompagné de toux productive, d'expectorations verdâtres, d'asthénie progressive et d'hyperthermie oscillant entre 101° et 104°. A l'arrivée, l'examen du malade nous laissait voir une atteinte profonde de l'état général, une tachypnée, et l'auscultation pulmonaire montrait les signes d'un épanchement pleural droit. Par ailleurs, on entendait aux deux plages pulmonaires, des râles bronchiques et parenchymateux. Le diagnostic clinique fut celui de broncho-pneumonie avec épanchement pleural droit. Les analyses de laboratoire révélaient une polynucléose à neutrophiles, une sédimentation à 50 mm. à la minute, une hémoculture positive avec croissance de staphylocoque doré, de même que la présence de ce même type de bactérie dans le liquide pleural. Des tests hépatiques pratiqués le lendemain de l'arrivée du malade étaient tous anormaux. En effet, le brome-sulfaléine à 18%, l'électrophorèse des protéines était nettement perturbée, avec une



augmentation des gamma et bêta globulines et diminution du rapport albumine/globuline. Par ailleurs, les urines montraient de nombreux cylindres granuleux et hyalins, des leucocytes en très grande quantité, du pus, des bactéries (Staphylo doré). Une radiographie pulmonaire faite le lendemain de l'arrivée du malade, montrait un épanchement pleural d'intensité modérée à droite. Cependant, une deuxième radiographie pulmonaire nous laissait voir, le 3 juin 1959, que toute la plage pulmonaire droite était maintenant voilée par un épanchement massif. Le liquide retiré à ce moment était franchement purulent. Les chirurgiens thoraciques demandés en consultation voyaient le malade le 4 juin 1959, et portaient le diagnostic d'empyème pleural post-septicémique. Tous étaient d'accord pour affirmer l'atteinte hépatique et rénale. Un drainage ouvert fut pratiqué avec d'excellents résultats, tant du point de vue clinique que radiologique. Ce malade fut traité au Reverin, du 4 juin 1959 au 1er août 1959; il reçut une dose totale de 24.25 grammes.

Le malade quitta l'hôpital le 3 août 1959 et fut, par la suite, suivi à la Clinique Externe. Des radiographies de contrôle montrèrent une régression graduelle des lésions pleurales, mais en aucun temps, n'a-t-on pu retirer, à partir de septembre 1959, de liquide pleural purulent. Enfin, les dernières radiographies pulmonaires ont montré une disparition à peu près complète des images notées antérieurement, et le malade reprenait son travail en avril 1960, et il travaille régulièrement depuis.

En résumé, il s'agissait d'un malade qui a présenté une septicémie à staphylocoque doré avec localisations métastatiques multiples, à prédominance pleuro-pulmonaire, hépatique et rénale. Guérison après drainage ouvert et administration de Reverin pendant près de 2 mois.

Cas no 44

Il s'agit d'un diabétique de 43 ans, qui présentait à son entrée à l'hôpital, les symptômes et signes d'un état septicémique, dont l'agent étiologique fut prouvé être du staphylocoque doré. Ce type de bactérie fut isolé tant du pus de l'abcès dorsal (sous-scapulaire droit) que des 4 hémocultures qui furent pratiqués dès son entrée. Le malade reçut un traitement intensif au Reverin du 23 octobre au 7 novembre 1959, avec disparition complète des symptômes généraux, et guérison de la lésion dorsale suppurée. Les investigations ultérieures, tant du point de vue pulmonaire que rénal, n'ont montré aucune évidence de séquelle à ces niveaux.

En conclusion, abcès staphylococcique important de la région dorsale chez un diabétique, le tout compliqué de septicémie à staphylo doré; disparition des symptômes systémiques et locaux avec l'administration de Reverin.

Commentaires

La préparation est fournie sous forme d'une poudre jaune clair, en ampoule contenant 275 mg. de Reverin. L'ampoule est fermée par un bouchon de caoutchouc perforable. Son contenu est dilué dans 10 cm. d'eau bi-distillée. La dissolution est immédiate et produit un peu de mousse. La solution ainsi préparée, limpide, du jaune au jaune foncé, doit être injectée dans la veine lentement et régulièrement en 1 minute. En général, l'injection quotidienne de 257 mg. de Reverin est suffisante, tant du point de vue curatif que préventif. Cependant, au cours des infections graves ou en présence de germes présentant une sensibilité moindre vis-à-vis de la tétracycline (affirmé par un test de résistance), on a eu recours à 2 injections intraveineuses par jour. Dans quelques cas exceptionnels, on a pratiqué 4 à 5 injections par jour.

Le traitement fut arrêté, dans la majorité des cas, après 6 ou 7 jours. Dans quelques cas, le Reverin fut administré durant une période de 9 à 15 jours. Dans 2 cas, les malades furent traités au Reverin pendant plus de 2 mois. Aucune réaction hématologique (leucopénie, thrombocytopénie) ne fut observée, même chez les malades à qui le Reverin fut administré pendant plusieurs semaines.

En raison de son excellente solubilité à des pH neutres ou faiblement alcalins, le Reverin est facilement toléré et l'on peut injecter par voie intraveineuse des quantités élevées de substances actives avec moins de dissolvant. Aucune des 4,800 injections intraveineuses pratiquées n'a entraîné de manifestation d'irritation locale, même pas dans les cas où, par suite de mauvaise condition veineuse, une petite partie du médicament se répandit à côté de la veine, ou lorsque toutes les injections furent pratiquées dans la même veine du même bras.

Un effet secondaire de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline qui est signalé par environ 80% des malades, est une saveur âpre, amère, qui se fait sentir encore après l'injection intraveineuse et qui disparaît quelques minutes après la fin de l'injection. Chez les malades au goût très sensible, on peut compenser cet inconvénient par un morceau de sucre qu'ils laissent fondre sur la langue pendant l'injection.

Il faut insister sur un domaine particulier d'application de Reverin: les différentes maladies hématologiques, avec défaut de maturation des granulocytes, telles l'agranulocytose, les pancytopénies, les différentes formes de leucémies, etc. L'agranulocytose, maladie encore assez souvent rencontrée, est une affection particulièrement dangereuse, du fait que les composées toxiques circulent particulièrement longtemps en liaison avec les protéines sanguines et entretiennent ainsi, durant des semaines, la destruction des granylocytes du sang et de la moelle osseuse.

A titre prophylactique, nous avons également pu tirer grand profit de l'effet protecteur antibiotique du pyrrolidino-méthyl-tétracycline intraveineux dans les cas d'extractions dentaires, de cystoscopies ou de pyélographies rétrogrades de même que chez les malades cachectiques, les cardiaques à système circulatoire défaillant, pour prévenir les pneumonies de stase.

Résumé

Quatre-vingt-dix malades furent traités par la pyrrolidino-méthyl-tétracycline, injectée par voie intraveineuse. Grâce à sa bonne tolérance générale et locale, le Reverin est le premier dérivé de la tétracycline qui peut être injecté en 1 minute par voie intraveineuse, dans une quantité normale de solution, sans qu'apparaissent des manifestations locales d'irritation.

Dans les cas bénins de gravité moyenne, l'injection intraveineuse de 275 mg. par jour fut suffisante. Dans les cas graves, on pratiqua, les premiers jours, 2 injections quotidiennes, à intervalles de 12 heures. En accord avec d'autres auteurs, nous n'avons pas observé de troubles hématologiques ou gastro-intestinaux attribuables au seul Reverin, complication très redoutée jusqu'à présent, au cours des traitements par la tétracycline.

Nous possédons maintenant avec le pyrrolidino-méthyl-tétracycline un antibiotique à large spectre dont l'action biologique est tout à fait analogue à celle du chlorhydrate de tétracycline; son intérêt particulier pour le praticien réside dans ses taux sanguins élevés. On n'a jamais constaté de manifestation d'irritation veineuse, après des injections répétées dans la même veine. A part une sensation de goût désagréable qui apparaît dans 80% des cas, on n'a pas observé de réaction secondaire notable chez tous les malades traités.

Summary

The literature on pyrrolidino-methyl-tetracycline and its antibiotic properties is reviewed.

Pyrrolidino-methyl-tetracycline was administered to more than 90 patients presenting with severe acute staphylococcal or other types of bacterial infections. The results are analyzed. No major side effects were encountered even in patients who received intense and prolonged dosage.

BIBLIOGRAPHIE

1. FINLAND, M., et Coll.: Clinical and laboratory observations on a new antibiotic: Tetracycline. *J. A. M. A.*, **154**: 561, 1954.
2. FUSSGAENGER, R.: Examens microbiologiques comparatifs de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline et du chlorhydrate de tétracycline. *Muench. Med. Woch.*, **100**: no 17, 1958.
3. HERGOTT, J., et THER, L.: Contribution à la pharmacologie de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline. *Muench. Med. Woch.*, **100**: no 17, 1958.
4. DIMMLING, Th.; HUENER, H.; LUTZEYER, W., et SIMON, G.: Etudes expérimentales et cliniques sur la pyrrolidino-méthyl-tétracycline. *Muench. Med. Woch.*, **100**: no 17, 1958.
5. STRAUCH, D., et KOCH, E.: La concentration du Reverin dans le sang et l'urine après injection intraveineuse unique. *Muench. Med. Woch.*, **100**: no 17, 1958.
6. BOHN, H., et KOCH, E.: Le traitement intraveineux avec la pyrrolidino-méthyl-tétracycline. *Muench. Med. Woch.*, **100**: no 17, 1958.
7. FUCHS, G., et KAEMMERER: Expériences cliniques obtenues avec le Reverin. *Medizinische Klinik*, **54**: 260, 1959.
8. ALBRECHT, K. F.: Expérimentation clinique en milieu chirurgical du Reverin. *Der chirurg.*, **29**: 445, 1958.
9. HOLLY, H., et FUSSGAENGER, R.: The action of the tetracyclines on resistant staphylococci. *Dtsch. Med. Wdschr.*, **85**: 1762, 1960.

REVUE GÉNÉRALE

LE SERVICE DE PSYCHIATRIE D'UN HÔPITAL GÉNÉRAL ET LA THÉRAPEUTIQUE PAR LE MILIEU OU "MILIEU THERAPY"

Georges-H. TURCOT,
Psychiatre à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le nombre des malades hospitalisés dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux attent maintenant le chiffre total des patients admis dans les hôpitaux psychiatriques (1).

L'hôpital général, en ouvrant ses portes aux malades psychiatriques, a contribué à l'intégration des maladies mentales ou émotionnelles dans le domaine de la pratique courante. L'atmosphère psychothérapique des services spécialisés y est d'un apport précieux pour la cure du malade.

Dans un service de psychiatrie, le milieu hospitalier se distingue par l'importance qu'il accorde aux rapports du personnel soignant avec les malades. Cet aspect pratique, parfois négligé des traitements psychiatriques, est connu dans la littérature médicale américaine sous le nom de *Milieu Therapy*.

Le présent article est consacré à cette thérapeutique; et la description des méthodes de traitement des malades en milieu spécialisé par le personnel psychiatrique permanent y est faite à l'exclusion des procédés physiques. Les membres actifs du *Milieu Therapy* sont les infirmières, les thérapeutes d'occupation, les travailleuses sociales et les psychologues. La thérapeutique du milieu résulte non seulement des attitudes et des interventions psychothérapiques du personnel soignant dans ses rapports avec les malades, mais également de toutes les activités du service: thérapeutiques d'occupation et de récréation, psychothérapie de groupe, psychodrame, groupes de discussion avec les malades. La convergence de tous ces efforts vers la réadaptation des malades à la vie sociale exige un travail d'équipe, sous la direction des médecins. Une certaine harmonie fonctionnelle s'obtient par une formation de base donnée à tous les membres de l'équipe.

Bref rappel historique

Les auteurs américains rattachent la pratique du *Milieu Therapy* à l'initiative de Pinel qui, à la fin du dix-huitième siècle recommandait l'adoption de méthodes plus humanitaires. Le « traitement moral » qu'il préconisait comprenait toutes les méthodes non médicales destinées à améliorer le psychisme des malades et ainsi il avait jeté les bases de la thérapeutique par le milieu. Esquirol, entre autres, définissait le « traitement moral »: l'application de la faculté de l'intelligence et de la sensibilité dans le traitement de l'aliénation mentale. Aichorn, (2) guidé par les principes psychanalytiques, nous a montré comment il avait réussi à modifier le milieu d'une institution pour jeunes délinquants à des fins thérapeutiques. Mais c'est à Bettelheim (3) que nous devons une notion plus précise de *Milieu Therapy* où, à la faveur d'un milieu approprié, le personnel soignant et les malades sont considérés comme des personnes ayant leur identité propre et leurs réactions aux rapports interhumains. Dans son remarquable travail *The Therapeutic Community*, Maxwell Jones (4) nous montre l'avantage thérapeutique qu'il y a à mettre en commun les ressources et les connaissances du personnel travaillant en équipe et la valeur de la participation de chaque malade à son traitement et à celui des autres. Powles (5) a dépassé Jones en insistant sur l'idée d'interaction.

Le cadre

La thérapeutique de milieu suppose l'aménagement d'un cadre qui réponde aux besoins spécifiques du service de psychiatrie. Comme les salles d'opérations modernes, les salles de réveil et une instrumentation adéquate sont indispensables en chirurgie, de même, en psychiatrie, les salles de thérapie d'occupation et de récréation et les salles de réunion de service constituent les moyens modernes de travail.

En mil neuf cent cinquante-quatre (1954), Moll (6), peu de temps avant l'organisation du service psychiatrique du *Montreal General Hospital*, faisait la recommandation suivante: « A mon sens, on n'attache pas d'habitude assez d'importance au besoin d'espace. Pourtant, la liberté de circuler est une bonne façon d'atténuer la tension nerveuse. » Cet espace doit satisfaire au double besoin d'intimité et de société. Il faut aussi que la disposition, la décoration et l'ameublement du service psychia-

trique rappellent l'atmosphère d'un foyer ou d'un centre social. Tout cela guidera les plans d'un hôpital psychiatrique.

Le principe

La nécessité d'une thérapeutique de milieu découle de la notion suivante: la maladie mentale résulte ordinairement de difficultés interpersonnelles actuelles ou passées et son traitement logique ne se conçoit pas sans l'intervention de méthodes interpersonnelles (7). Quand la psychothérapie, associée ou non à la psychopharmacothérapie se révèle inefficace et que l'hospitalisation s'impose, l'aspect social du traitement devient des plus importants.

Dans les cas où la maladie commande l'utilisation intensive de traitements physiques, y compris les psychomédicaments, ces traitements se font quand même dans l'optique des problèmes psychologiques et sociaux des malades: observation prolongée en milieu hospitalier, étude approfondie des conditions de vie des malades et de leurs réactions à l'entourage (8). On sait le grand rôle que jouent les nouvelles médications psychiatriques dans l'amélioration de l'atmosphère des milieux « thérapeutiques ». Cependant, ces moyens faciles ne devraient pas nous faire perdre de vue la primauté des rapports avec les malades.

Les médecins

Une thérapeutique du milieu suppose des médecins gagnés à la psychologie relationnelle ainsi qu'à la psychiatrie dynamique.

L'objectif de l'administrateur du service est d'organiser dans un esprit démocratique le travail d'équipe où chaque membre remplit une fonction et un rôle défini, tout en gardant une certaine autonomie (9).

La psychothérapie individuelle est du ressort exclusif des médecins et résidents du service. Les différentes formes de psychothérapie collective sont dirigées selon les besoins, soit par les médecins, soit par les travailleuses sociales ou par les psychologues compétents.

Il revient aux médecins traitants de subordonner les différents aspects de la thérapeutique du milieu aux besoins psychologiques de chaque malade.

Les communications entre les différents membres du personnel naissent de fréquentes réunions du service. Les directions précises et plus particulièrement les décisions prises en groupe concourent à la création d'un milieu thérapeutique actif. Cette thérapeutique n'est pleinement efficace que par une collaboration étroite des membres de l'équipe entre eux et par des mises au point périodiques concernant les interactions multiples des malades entre eux, des malades avec les membres du personnel, des infirmières entre elles et des infirmières avec les médecins.

La différence entre la psychothérapie individuelle et la thérapeutique du milieu est grande; dans la première, le médecin limite sa présence auprès du malade à l'heure qu'il lui consacre quotidiennement, tandis que, dans la seconde, les membres de l'équipe soignante *vivent* avec les malades. Autrement dit, la thérapeutique du milieu souligne « l'importance de ce qui se passe autour du malade durant les vingt-trois heures par jour où il n'est pas entre les mains de psychothérapeutes » (10).

Dans la thérapeutique du milieu, l'infirmière devient une collaboratrice indispensable du médecin, et elle participe à l'élaboration des plans de traitement. La qualité des soins administrés par elle est en relation étroite avec sa formation spécialisée dans les techniques de nursing psychiatrique moderne.

Morris B. Parloff (11), à la suite d'une analyse des facteurs de réussite ou d'échec dans la réorganisation d'un milieu psychiatrique, fait les suggestions suivantes: « Pour créer une nouvelle atmosphère thérapeutique, l'administrateur se guidera dans le choix des infirmières à l'aide de tests psychologiques ». On recrutera de préférence parmi les étudiantes en stage celles qui montrent de la compréhension, de l'intérêt dans le soin des malades. Mais les qualités personnelles de caractère sont tout aussi importantes que les aptitudes intellectuelles.

Comme dans les autres services, l'hospitalière est chargée de l'administration matérielle et de l'organisation sociale du service. Elle partage ses responsabilités avec toute l'équipe thérapeutique et réserve la majeure partie de son temps à l'étude spécifique des relations humaines entre les différents membres de la communauté thérapeutique. Son attitude exerce un effet certain sur l'atmosphère du service (12). Une de ses principales fonctions, c'est d'élaborer un programme d'enseignement dynamique et pratique.

Dans les services de psychiatrie moderne, l'enseignement du nursing est avant tout clinique et se donne sur les lieux mêmes du travail, au moment où les problèmes se présentent dans toute leur acuité. L'enseignement théorique ne peut être vraiment

utile sans sa contre-partie clinique. M. Kalkman (13) dit, dans son manuel *Nursing Education*: « L'enseignement didactique des méthodes académiques ne doit pas être dispensé au personnel soignant. Souvent les infirmières peuvent interpréter ces cours comme une méthode destinée à souligner leur ignorance ou leur infériorité. Les groupes de discussion spontanée, dirigée par le psychiatre ou l'infirmière du service sont plus utiles ».

Lebovici (9), qui s'est intéressé particulièrement au travail d'équipe en psychiatrie, recommande fortement que la formation du personnel soignant soit « orientée essentiellement dans un sens concret et pratique. Plus que de techniques psychothérapiques, dit-il, le personnel a besoin de connaître les bases émotionnelles de son identification avec les malades, identification qui repose sur le phénomène de la connaissance émotionnelle de l'autre, qu'on pourrait appeler l'empathie ».

Par ses relations étroites avec le malade, l'infirmière peut recueillir des renseignements cliniques importants, tels que troubles de la mémoire, erreurs de jugement, peurs, même idées délirantes non avouées au médecin. Elle doit rendre compte de l'état du malade à son arrivée, de ses réactions au milieu psychiatrique, de son amélioration ou sa régression, de son intérêt aux activités suggérées, de son degré de coopération ou d'opposition (14). Le médecin a intérêt à connaître dans le détail les critiques du malade à son endroit ou contre le milieu psychiatrique. Tous ces renseignements importent au travail diagnostique ou thérapeutique du psychiatre.

Une méthode complémentaire d'observation nous vient des travaux de Moreno sur la sociométrie (10). L'étude du climat social du service psychiatrique révèle qu'il existe entre le personnel et les malades des courants affectifs d'attrait ou de répulsion qui peuvent servir à une classification des malades selon la nature des rapports qu'ils établissent avec les membres du personnel. Le questionnaire sociométrique auprès des infirmières révèle l'intensité des contacts, les choix ou les rejets et sert de base à l'étude sociopathologique du service. Certains malades sont des préférés, d'autres des rejetés, d'autres encore des isolés.

La connaissance de ces faits et leur discussion entre les membres de l'équipe soignante servent à rajuster leurs attitudes envers les malades.

Au cours de ses rapports quotidiens avec les malades, l'infirmière s'applique à atténuer leur angoisse et à favoriser des attitudes positives. Elle se prête aux confidences des malades qui aiment à parler de leur hospitalisation, de leurs malaises physiques ou psychologiques, de leurs problèmes familiaux ou conjugaux, de leurs théories personnelles ou de leur philosophie de la vie. Toujours, elle accepte le malade comme il est.

Quant au malade, il s'attend à être compris et respecté. Il ne retrouvera pas à moins sa fierté personnelle et l'assurance intérieure si nécessaire à sa guérison. D'ailleurs, la monitrice explique à l'infirmière les motivations de comportements apparemment irrationnels, ne manquant pas à cette occasion de souligner l'effet nocif de certaines contre-attitudes.

Lors de la première conférence sur le nursing psychiatrique, à l'Université McGill en novembre 1958, E. L. Brown (15) insistait sur la nécessité de soutenir le moral des infirmières. Elles ont besoin d'être appréciées, non seulement des malades, mais aussi de leurs supérieurs. On a observé, chez les groupes d'infirmières qui s'entendent bien, un intérêt plus marqué pour leur travail. La liberté d'exprimer leur opinion en réunion du service favorise chez les étudiantes une participation plus active au traitement.

Un aspect des plus important de la contribution des infirmières au *Milieu Therapy* consiste dans l'application des techniques du « Marginal Interviewing » de Redl. Au cours des rapports quotidiens dans le service, l'infirmière se permet d'attirer l'attention du malade sur la répétition de certaines conduites pathologiques, tentera d'en élucider les motivations pour l'aider à prendre conscience de son état. Ce dialogue cordial, libre de toute tonalité critique peut avoir lieu dans la salle de thérapie d'occupation, à la salle à manger ou au lit du malade.

Nombre de malades psychiatriques se présentent à l'hôpital dans un esprit de soumission et de démission. Abandonnés à eux-mêmes durant les longues heures où ils ne reçoivent aucun traitement spécifique, ils risquent de devenir plus ou moins indifférents à leur sort. Ils ont moins besoin de repos que de changement d'occupation. Pour éveiller leur intérêt, on les invite à discuter en groupe leurs problèmes. La valeur thérapeutique de ces réunions s'est révélée telle que des nouveaux services de psychiatrie ont décidé d'y consacrer une heure tous les jours (17). Le climat de ces réunions est fait d'optimisme et de confiance. Leur utilité est de favoriser des attitudes adultes, d'habituer les malades à compter sur eux-mêmes et de favoriser leur réadaptation sociale. Les malades, mis à leur aise, expriment librement leurs opinions et

leurs sujets de mécontentement. Les thèmes ne manquent pas: la T.V. fonctionne mal, la nourriture est froide, on devrait faire ceci, on devrait faire cela, etc. A partir de ces récriminations, un esprit de groupe se forme; des malades qui jusque-là étaient repliés sur eux-mêmes se joignent à la discussion. L'orientation de la discussion est faite par le personnel soignant au besoin.

Thérapie d'occupation

La thérapie d'occupation et de récréation dans l'unité psychiatrique moderne est un atout en thérapeutique de milieu. L'apprentissage et l'exécution d'occupation productive éveillent l'intérêt des malades, les tire d'eux-mêmes et leur fournit une occasion naturelle de contact avec l'entourage. Cette activité utile aux malades favorise la détente, stimule l'humeur et distrait des préoccupations morbides. Elle peut également servir de dérivatif à l'hostilité ou à l'agressivité en la transformant en activité constructive.

Il s'agit d'abord pour la thérapeute d'intéresser les malades aux différents métiers de l'occupation thérapeutique. Le choix de l'activité sera déterminé par le principe empirique suivant: le malade déprimé se livre volontiers à des activités ingrates, tandis que le malade euphorique recherche des activités stimulantes. Chez les malades déprimés ou schizoïdes, les activités thérapeutiques machinales tendent à renforcer les moyens de défenses obsessionnelles indispensables à leur récupération.

Par ailleurs, les activités plus libres comme la céramique et la peinture peuvent amorcer la solution de certains conflits de façon symbolique. La thérapeute d'occupation cherchera alors à favoriser l'expression des sentiments déclenchés au cours du travail, puis encouragera le malade à poursuivre le dialogue avec son psychiatre. Enfin, dans la thérapie de récréation, il ne s'agit pas principalement d'amuser les malades, mais surtout de profiter de facteurs psycho-dynamiques de la situation hautement significative du jeu pour amener leur resocialisation (18).

Si, au début, le travail thérapeutique tient une place de premier choix dans le traitement, au fur et à mesure de l'amélioration, il le cède aux relations interhumaines. Les auteurs américains, Jeasen et Kerschbaum (19) entre autres, considèrent que l'aspect le plus important de l'occupation thérapeutique est l'interaction avec la thérapeute d'occupation, consciente de par sa formation, des effets psychothérapiques de ses rapports avec les malades.

Discussion

L'établissement d'un nouvel atmosphère thérapeutique dans un service de psychiatrie déjà existant est une tâche délicate et demande beaucoup de prudence, de travail d'éducation et de réorganisation.

Les techniques de thérapeutique du milieu en usage dans les instituts psychiatriques avancés où le temps d'hospitalisation des malades n'est pas limité, ne sont pas toutes applicables telles quelles dans un service de psychiatrie d'un hôpital général.

Cependant, la thérapeutique du milieu est compatible avec un temps limité d'hospitalisation.

Les modalités de l'organisation découlent des objectifs thérapeutiques du service et des catégories de malades à traiter, à l'exclusion des malades chroniques.

La thérapeutique du milieu réussira d'autant mieux que le médecin admettra plus volontiers que l'infirmière y joue un rôle de collaboratrice.

Powles (5) résume bien l'esprit de cette philosophie psychiatrique: « Plus le milieu thérapeutique est actif, moins on a besoin de se servir de techniques impersonnelles comme l'élextroplexie, l'insulinothérapie ou la psychopharmacothérapie ».

Résumé

Dans cet article, nous avons tenté de donner un bref aperçu des conditions de la thérapeutique du milieu. Nous avons insisté sur l'importance de la formation et de la contribution des infirmières au traitement et de la participation active des malades à leur guérison psychologique.

Summary

We have attempted, in this paper, to illustrate briefly the ideal conditions under which Milieu Therapy can take place. We have insisted on the importance of expert training for the psychiatric nurse, on the value of the nurse's contribution to the treatment and also the participation of the patients to their treatment.

BIBLIOGRAPHIE

(1) CAMERON, D. Ewen: Research and The Nurse. Proceedings of First Can. Conf. on Nursing in Psychiatric Div. of Gen. Hosp., Nov. 1958.

(2) AICHORN, August: *Wayward Youth*. Viking Edit., New-York, 1935.

(3) BETTELHEIM, B.: Milieu Therapy — Indication and Illustration. *Psychoan. Rev.*, **36**: 54, 1949.

(4) JONES, Maxwell: The Therapeutic Community — A New Treatment Method in Psychiatry. *Basic Books*, New-York, 1953.

(5) POWLES, William E.: An Examination of the Concept of Milieu Therapy. *The Can. Psy. Ass.*, **5**: 203, 1960.

(6) MOLL, Albert E.: Therapeutic Management of a Psychiatric Ward in a General Hospital. *C. M. A. J.*, **71**: 555, 1954.

(7) SCHWARTZ, M.S., et SCHWARTZ, C.G.: Consideration in Determining a Model for the Mental Hospital. *A. J. Psy.*, **116**: 435, 1959.

(8) RASHKIS, H. A.: A General Theory of Treatment in Psychiatry. *Neurol. and Psychiat.*, **78**: 491, 1959.

(9) LEBOVICI, S.: Le travail d'équipe en psychiatrie. *L'Evol. psy.*, fasc., **11**: 253, 1959.

(10) RACAMIER, P. C.: Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. *L'Evol. psy.*, fasc. **1**: 47, 1957.

(11) PARLOFF, B. Morris: The Impact of Ward Milieu Philosophies on the Nursing Role Concepts. *Psychiatry*, **33**: 141, 1960.

(12) SCHWART, M.S., et LANNING, E.M.: *The Nurse and the Mental Patient*. Russell Sage Foundation, édit., New-York, 1956.

(13) KALKMAN, Marion E.: *Nursing Education in the Practice of Psychiatry in General Hospitals*. Univ. of Calif., édit., Berkeley et Los Angeles, 1956.

(14) TUDBURY, Mary A.: *The Psychiatric Nurse in the General Hospital*. Thomas, édit., Springfield, Ill., 1959.

(15) BROWN, E. L.: Psychological and Sociological Methods of Improving Patient Care. Proceed. of First Can. Conf. on Nursing in Psychiatric, Div. of Gen. Hosp., nov. 1958.

(16) NOSHPITZ, Joseph: Milieu Therapy. *Amer. J. Occup. Ther.*, **14**: 221, 1960.

(17) BOAG, T.J.: Further Developments in the Day Hospital. *Am. J. Psychiat.*, **116**: 801, 1960.

(18) DAVIS, J.E.: Thérapeutique divertissante, *in* Dunton, W. W., et Lights: *Occupational Therapy*. Thomas, édit., Springfield, Ill., 1950.

L'ECZÉMA CHEZ L'ENFANT

Gilles HUARD,
Service de Pédiatrie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

L'eczéma est une dermatite polymorphe causée par des facteurs multiples et atteignant des sujets sensibilisés et prédisposés. Cliniquement, l'éruption eczémateuse peut se présenter d'une façon aiguë, sub-aiguë ou chronique. On peut distinguer la dermatite atopique et la dermatite de contact. L'atopie indique une tendance allergique transmise par l'hérédité où l'on retrouve en plus des anticorps spécifiques circulant dans le sérum, tandis que la dermatite de contact est une sensibilité épidermique, acquise au contact continu ou intermittent de substances variables du règne minéral, végétal ou animal.

Nous voulons traiter ici de l'eczéma atopique. L'éruption peut apparaître à tout âge. Chez le jeune enfant, elle débute sur les joues, puis se répand aux paupières, sur le front et derrière les oreilles. Elle peut s'étendre aux surfaces de flexion des coudes, des genoux et du cou. Quelquefois même la maladie peut se généraliser sur tout le corps.

L'évolution de l'eczéma est souvent imprévisible. Nous assistons à des rémissions spontanées surtout vers la deuxième année où les lésions peuvent disparaître définitivement. Mais le plus souvent la maladie a un caractère chronique avec des poussées aiguës fréquentes. Plus tard, même lorsque les lésions s'atténuent, l'allergie persiste et peut revêtir une forme respiratoire, tels l'asthme et la pollinose.

Dans la dermatite atopique, la sensibilisation a lieu aux couches vasculaires de la peau, l'épiderme n'étant touché que secondairement. Les anticorps spécifiques sont fixés aux cellules des parois vasculaires et aux tissus avoisinants et lorsqu'un antigène spécifique vient en contact avec eux, il se produit une substance irritante vaso-dilatatrice, voisine chimiquement de l'histamine, qui cause l'éruption et par irritation des terminaisons nerveuses, la démangeaison. Le prurit est le symptôme le plus constant de l'eczéma, il est responsable à la fois des lésions secondaires dues au grattage et des transformations psychiques de l'enfant.

La morphologie de l'eczéma est très variable. La vasodilatation capillaire cause de l'érythème si le processus est diffus, ou seulement une macule si la rougeur n'a lieu qu'à un petit point de la peau. Au cours de cette congestion capillaire, le sérum transsude et éloigne les cellules du derme et de l'épiderme causant de l'œdème ou un soulèvement urticarien en plaques. Des globules sanguins vont suivre ce mouvement et en se déposant aux couches superficielles du derme, provoquent un épaississement étendu ou limité à de petites surfaces pour former des papules. Ce processus inflammatoire entraîne ensuite la formation de vésicules due à l'exsudat de sérum sous l'épiderme Le contenu de ces vésicules peut se résorber, et leur toit former une squame ou il peut s'écouler de la vésicule rupturée

et recouvrir la lésion d'un exsudat épais et jaunâtre qui, en s'asséchant, forme une croûte.

Telles sont les images de l'eczéma. Elles peuvent être concomitantes dans un cas donné où chacune peut à elle seule créer la maladie. Si d'autres lésions accompagnent ces images, elles sont le résultat du grattage, du frottement ou de l'infection secondaire. De cette morphologie, les vésicules sont les lésions les plus constantes de l'eczéma atopique infantile et aussi les plus caractéristiques.

L'enfant eczémateux a habituellement un bon état général et est souvent hypernourri. Par ailleurs, l'hyponutrition est possible à la suite d'anorexie, de désordres psychiques, de restriction alimentaire prolongée ou d'infections respiratoires associées.

Il existe trois conditions nécessaires à l'apparition de la dermatite atopique. Il faut tout d'abord une cause spécifique, facilitée ou non par des causes précipitantes, puis un état de sensibilisation et finalement une base constitutionnelle transmise par hérédité.

Les causes spécifiques sont multiples. On doit les rechercher par une histoire très détaillée du début de la maladie. Puis il faut suivre son évolution durant des semaines et des mois pour reconnaître les différents facteurs qui, dans les mêmes circonstances, produisent les mêmes effets. Les aliments sont souvent en cause, et parmi eux, le lait, les céréales et l'œuf sont les plus responsables. La sensibilsation à ces allergènes se fait ordinairement à la fin de la première semaine d'administration. On les reconnaît lorsqu'après une période de retrait heureux d'un aliment suspect, suivie d'une reprise de ce même aliment, l'épreuve entraîne la réapparition des signes cliniques. L'investigation porte aussi sur des causes spécifiques d'un autre ordre, tels les irritants externes, produits de toilette, vêtements, couvertures, poussières de maison, plumes, poils d'animaux et même les allergènes bactériens. Ces irritants exogènes ou externes peuvent produire une allergie par absorption de l'allergène à travers l'épiderme avec dissémination dans le courant sanguin.

Ces antigènes spécifiques sont parfois favorisés par la présence de facteurs précipitants. Ainsi, il n'est pas rare d'assister à une exacerbation des symptômes atopiques lors d'une émotion, d'une tension nerveuse, d'une fatigue, ou après une période d'épuisement ou de maladie ou même sous l'influence d'un changement de climat et de température. L'eczémateux voit sûrement beaucoup d'amélioration de son état au cours d'une vacance ou durant les mois d'été.

Les facteurs déclenchants agissent comme allergènes sur un sujet déjà sensibilisé. Ceci explique pourquoi les signes cliniques se manifestent après quelques jours d'administration d'un aliment donné ou à une deuxième exposition d'un contact allergénique.

En troisième lieu l'apparition de l'eczéma, est fonction de la constitution même de l'enfant reçue par hérédité, c'est-à-dire, de sa tendance à l'hypersensibilité, de la réponse différente de son organisme vis-à-vis un ou plusieurs allergènes spécifiques.

Si l'histoire clinique approfondie ne peut offrir les renseignements nécessaires quant à l'étiologie d'une allergie, on a recours aux épreuves cutanées. Celles-ci permettent de découvrir les agents de sensibilisation par la réaction érythémateuse qu'ils causent au contact de la peau. Elles ont fait avancer la connaissance de la maladie et son traitement en le plaçant sur une base rationnelle. L'amélioration des techniques et des préparations d'extraits, ainsi qu'une meilleure interprétation des résultats ont rendu les épreuves plus fiables. Il existe quatre variétés d'épreuves utilisées pour le diagnostic d'une allergie. La première épreuve à choisir est la scarification. Elle ne cause pas de réaction systématique et fournit des renseignements cliniques utiles. Elle est simple et bien acceptée.

La deuxième épreuve est l'intra-dermo-réaction. Elle offre une grande sensibilité, d'où son importance en pédiatrie, où les sujets allergiques ont un développement récent de leur affection. Par ailleurs, il y a danger de réaction systématique et peu d'épreuves peuvent être effectuées en même temps par cette méthode, ce qui diminue d'autant les chances d'un diagnostic rapide.

Une troisième épreuve est très utile lorsque l'eczéma est généralisé, ou si l'état clinique est sévèrement atteint. C'est l'épreuve de transfert passif. Par cette méthode, un allergène est déposé en des sites choisis d'un sujet sain, préalablement sensibilisés par le sérum d'un sujet allergique et en des sites de la peau non sensibilisés et servant de contrôle. Les réactions positives sont une fois plus grandes sur les sites sensibilisés que sur les endroits de contrôle.

Enfin l'épreuve de contact, ou timbre, n'est employée que dans les dermatites de contact et dans les sensibilités médicamenteuses. Cette méthode est très spécifique, si l'on utilise un produit standardisé quant à sa qualité de pureté et de concentration.

Le laboratoire apporte aussi ses données pour aider au diagnostic de l'eczéma atopique. Citons l'index leucopénique qui diminue de 1000 le compte leucocytaire après l'ingestion d'un aliment-allergène. La valeur de ce renseignement n'a pas l'approbation de tous les allergistes. L'éosinophilie est acceptée plus généralement.

Les lésions qui pourraient ressembler à l'eczéma atopique sont celles de la dermatite de contact, mais celle-ci est une sensibilité acquise due à un allergène exogène. Elle apparait plus tardivement que la dermatite atopique. Elle est limitée au début au site de contact. L'épreuve de contact est positive. La scarification et l'intra-dermo-réaction n'ont aucune valeur. L'épreuve du transfert passif est négative par l'absence d'anticorps circulant dans le rérum et anatomiquement la dermatite de contact siège au niveau du tissu épidermique, tandis que la dermatite atopique atteint les tissus vasculaires.

On doit aussi différencier la dermatite atopique de la dermatite séborrhéique. Celle-ci se localise aux surfaces de flexion, mais ses plaques squameuses et grasses sont mal définies et moins infiltrées que dans l'eczéma atopique. La maladie atteint le cuir chevelu et cède facilement au traitement salycilé.

Avant d'aborder le traitement de l'eczéma chez l'enfant, nous allons exposer les possibilités prophylactiques de cette maladie. Connaissant son terrain allergique, la femme enceinte doit éviter les aliments allergisants. Cette précaution évitera la sensibilisation trop précoce de son bébé. Plus tard, durant l'allaitement au sein, la maman doit conserver les mêmes restrictions alimentaires. Si on choisit l'alimentation artificielle pour nourrir le nouveau-né, il faut éviter le lait de vache, hautement allergisant, puis les œufs, le blé et autres allergènes possibles. Les céréales doivent être installés plus tardivement chez l'enfant possédant un terrain allergique, pas avant deux à trois mois, et chaque aliment nouveau par la suite doit être augmenté très lentement pour dépister les moindres signes d'allergénicité. Il convient pour les mêmes raisons prophylactiques d'offrir les aliments à l'état pur, donc d'éviter les céréales mélangées, ou les légumes et les fruits variés présentés sous une même étiquette. Finalement, il est préférable d'offrir les aliments cuits.

Comme autre mesure préventive, il faut éviter tout inhalant, comme les poussières, les animaux, les plumes, la fumée et toute substance de contact possiblement capable de sensibiliser un enfant de famille allergique, tels la laine, la flanelle, le nylon, la soie, le savon, l'eau, les parfums. Un allergène spécifique peut avoir besoin d'un facteur précipitant pour prouver sa nocivité. D'où il faut épargner à l'enfant les émotions vives, les déceptions amères, les contradictions inutiles. On doit lui ménager un bon climat et une température égale, soigner précocement tout foyer d'infection, surtout respiratoire, prévenir la fatigue et les exercices trop violents. Notons ici qu'il est très dangereux pour un enfant eczémateux de venir en contact avec un vacciné de la variole dans sa phase réactionnelle. Le virus peut se propager à une lésion d'eczéma, porte d'entrée facile d'une infection généralisée, contre laquelle on ne connait aucun traitement spécifique. Pour la même raison, un enfant eczémateux ne peut être vacciné lui-même contre la variole.

Le traitement curatif de l'eczéma impose trois voies à suivre avec des indications assez précises pour chacune. Il faut d'abord éliminer ou éloigner tous les allergènes connus lors de l'histoire de la maladie ou par des épreuves cutanées. Ainsi, les aliments et les substances de contact que l'on sait allergisants peuvent être exclus efficacement. Les inhalants doivent être éloignés dans la mesure du possible. Lorsqu'il est impossible de supprimer totalement un allergène de l'entourage d'un enfant eczémateux, on a recours au deuxième mode de traitement, c'est-à-dire, à la désensibilisation. Malheureusement, c'est un moyen thérapeutique peu praticable chez le tout jeune enfant psychiquement fragile en cette matière. L'anxiété et la peur seraient une entrave au succès du traitement lui-même. Par contre, l'enfant plus âgé qui accepte ce mode de traitement voit son état s'améliorer progressivement. Il lui procure une immunité active qui sera utile non seulement pour combattre l'eczéma déjà existant, mais aussi pour prévenir l'apparition de toute autre manifestation ultérieure d'allergie.

Le troisième moyen de traiter l'eczéma atopique, c'est l'emploi de médicaments. C'est un traitement symptomatique, souvent prolongé, mais toujours suivi d'amélioration, sinon de guérison. Car on ne guérit pas une allergie, on corrige et contrôle la tendance allergique. Les médicaments employés sont sous forme de pommades, lotions, crèmes ou vaporisations. L'apparence de chaque lésion indique le choix de ces différentes présentations. Les principales bases médicamenteuses efficaces sont l'amidon, l'oxyde de zinc, la calamine, le goudron et les cortico-stéroïdes. Une médication orale peut être utile contre le prurit. On choisit les anti-histaminiques. Les cortico-stéroïdes par voie orale peuvent

être données pour une courte période, au cours d'une phase aiguë de la maladie et en doses décroissantes. Mais si l'on prévoit un traitement prolongé, il vaut mieux éviter leur emploi, à cause des complications inévitables qu'ils entraînent: ulcérations digestives, désordre électrolytique, perturbations hormonales.

Il est opportun de bien soigner ces petits malades, car il est toujours possible de les soulager. La patience et la persévérance du trio: enfant, parents, médecin sont les conditions du succès. L'observation quotidienne de toutes les réactions de l'enfant permet la reconnaissance des facteurs allergéniques puis leur élimination. La plupart des malades peuvent être maintenus dans un état très tolérable avec ce maximum de prophylaxie et de précaution thérapeutique.

Résumé

Nous avons fait une brève étude de l'eczéma, indiquant sa morphologie et ses conditions d'apparition. Puis nous avons décrit la valeur des épreuves cutanées qui permettent le diagnostic étiologique de la maladie et la différencient de certaines lésions similaires. Nous avons exposé le traitement prophylactique et curatif de l'eczéma infantile.

Summary

A brief study of eczema has been advanced in this paper, with special mention of its morphology and its causes. The various skin tests have been mentioned in regard to their reliability in the etiology of the disease and differentiation with similar diseases. Preventive and curative treatment of infantile eczema has been exposed.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRENNEMAN, J.: *Practice of Pediatrics*, 4, W. F. Prior Company, Inc., Hagerstown, Md., 1944.
2. MITCHELL-NELSON: *Textbook of Pediatrics*. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1945.
3. HILL, L. W.: Children with eczema. *Ped. Clin. N. Am.*, **6**: 3, 1959.
4. TUFT, Louis: Environmental allergens as causes of atopic dermatitis. *Ped. Clin. N. Am.*, **6**: 3, 1959.

LES ALGIES [1]

Pierre LEFEBVRE,
Institut Albert-Prévost (Montréal).

Je dois aujourd'hui vous parler des algies. Mais qu'est-ce qu'une algie? Voilà un terme que l'on connaît bien comme suffixe d'une série de vocables d'usage courant en médecine: gastralgie, précordialgie, céphalalgie, etc., mais j'ignore s'il a acquis, une fois débarrassé de son préfixe, un sens précis et sûr. Donnons-lui en un, si vous voulez, pour la commodité de cette présentation, et disons qu'il s'agit de *douleurs localisées, persistantes, auxquelles le malade attache une grande importance, mais dont il n'est pas possible de retracer la cause, en s'en tenant à l'examen physique et aux analyses de laboratoire les plus consciencieuses*. En somme, l'algie serait une douleur sans maladie physique démontrable. En séméiologie, il y a les signes et les symptômes. Les signes fournissent au praticien des données sûres, objectives, grâce auxquelles son sens clinique peut s'orienter sans trop de difficultés. Mais les symptômes, pour leur part, font intervenir un facteur déformant, si vous me permettez cette expression, facteur qui est constitué par la personnalité totale du malade, avec ses émotions, ses passions, ses idées, la conception qu'il a de lui-même et son mode de relations avec les autres.

Parmi les symptômes, la douleur est certainement celui qui est soumis à la plus forte variation subjective. Tous les jours, il vous est possible d'observer combien le seuil douloureux varie d'un individu à un autre, pour une stimulation qu'on peut imaginer égale, et tous les jours, vous constatez qu'un individu pourra n'accorder que fort peu d'importance aux douleurs, parfois sérieuses, qu'il ressent, alors qu'un autre n'en finira plus de raconter, décrire, monter en épingle le plus petit mal. Dans la majorité des cas, je suis sûr que votre expérience vous permet de ne pas vous laisser influencer par ces variations subjectives, et vous devinez à qui vous avez affaire. Mais entre l'hystérie la plus pure, d'une part, et la simulation la plus crasse, à l'opposé, il existe un domaine moins théâtral, plus indistinct, où il n'est pas toujours facile de faire le partage du psychique et de l'organique. La psychiatrie, y rejoint la pratique générale, et c'est, je crois, un

1. Communication aux « Journées d'études » à l'adresse de médecins praticiens sous les auspices de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et en collaboration avec le Collège de Médecine générale du Canada, Hôtel-Dieu, 20-23 mars 1961. Organisateur, docteur de Guise Vaillancourt. Nous publierons les autres conférences dans les éditions qui suivront.

terrain d'échange tout indiqué entre les deux disciplines.

Walters, de Toronto, distingue 3 composantes dans la douleur vécue:

1) *La sensation elle-même,* découlant de l'excitation ou de la stimulation de certains éléments du système nerveux.

2) *Le sentiment douloureux,* éprouvé sur le plan des émotions, et qui accompagne la douleur, l'intensifie, ou même parfois la précède, par le jeu de souvenirs et des associations d'idées.

3) *La réaction devant la douleur* qui peut être aussi bien le retrait-réflexe de la partie du corps soumise à une stimulation douloureuse que l'attitude générale du malade devant la douleur qu'il ressent, sa façon de la rationaliser et de l'intégrer dans son expérience globale.

Ces trois composantes vont toujours de pair, et correspondent aux trois plans classiques de la sensation, de l'émotion et de la pensée; il y a, cela va de soi, influence réciproque de chacun des plans sur les autres, si bien qu'il y a de vraies douleurs, ressenties physiquement et facilement localisables, qui proviennent d'un stimulus purement mental. Par exemple, une jeune fille qui ne peut s'avouer consciemment l'éveil de son désir sexuel peut le ressentir sous la forme d'une douleur pelvienne intolérable. A ce moment, la représentation mentale, porteuse d'une émotion forte (honte ou culpabilité) aura complètement déformé le sens de la sensation initiale.

Les communications étant limitées à dix minutes, je ne parlerai aujourd'hui que de 3 types d'algies, qui sont d'ailleurs les plus courantes, et j'essaierai de vous faire voir comment elles s'articulent aux problèmes émotionnels et psychologiques de beaucoup de malades.

Ce seront donc: les céphalalgies, les rachialgies et les précordialgies.

Céphalalgie

Le mal de tête est-il oui ou non le symptôme le plus courant en pratique médicale? On a dit que 50% des malades, qui vont chez le médecin se plaignent de mal de tête. Il n'y aurait que la constipation qui pourrait, à la rigueur, battre ce record de justesse. Il arrive à tout le monde d'avoir mal à la tête, à un moment ou l'autre, et il arrive souvent qu'on connaisse bien la raison de cette céphalée. Cette raison n'est pas toujours liquide, elle peut être émotive et la langue populaire nous offre une série d'expressions qui nous démontrent que le rapport céphalée-émotion est reconnu par tout le monde: « en avoir plein la tête, ou le casque, donner mal à la tête à quelqu'un, monter sur la tête, *to be a pain in the neck,* casser la tête, etc. ».

Beaucoup de céphalées, c'est entendu, s'expliquent par des causes physiques, et la prudence impose dans tous les cas un examen médical attentif: il y a les lésions organiques de l'encéphale, les troubles cérébro-vasculaires, les facteurs toxiques et, bien entendu, les traumatismes et leurs séquelles. Il y a aussi la migraine qui constitue un type de céphalalgie noble, si l'on peut dire, mais on sait que la migraine est entrée depuis longtemps dans le champ de la médecine psychosomatique.

Tous ces facteurs, pourtant, n'expliquent qu'une fraction des céphalées que l'on rencontre en pratique courante. Autrefois, le praticien avait recours, devant une explication qui se dérobait, à des hypothèses commodes, qui ont été populaires chacune à leur tour, mais qu'on a dû abandonner par suite du peu de preuves que l'on trouvait pour les étayer. La constipation, la fatigue oculaire, la sinusite, la « basse pression » ont chacune leur tour connu leur heure de vogue, mais on se méfie de plus en plus de ces explications. Dans beaucoup de cas, l'effet placebo est encore le meilleur outil du praticien.

Pierre Marty s'est intéressé longtemps, dans une série d'articles publiés dans « l'Evolution psychiatrique » et « La Revue Française de Psychanalyse» à l'aspect psycho-dynamique dans l'étude clinique de certains cas de céphalalgie.

L'auteur, après avoir éliminé de son étude les cas chez lesquels la céphalée s'explique par un trouble organique précis, constate l'existence, chez les malades qui restent, d'une double participation, dysfonctionnelle organique, d'une part, névrotique d'autre part. La céphalée est pour lui une « *inhibition douloureuse de l'acte de penser* ». Et ceci pourrait être vrai aussi pour les céphalées d'origine organique, si l'on se met à la place du malade.

Si la céphalée est une « inhibition douloureuse de l'acte de penser », on constate qu'elle peut être liée à certaines situations de motricité bloquée. Par exemple, une impulsion à agir, surtout dans un sens agressif, peut très bien déclancher un mal de tête si elle est bloquée non pas consciemment, mais inconsciemment. Le malade, à ce moment, n'est conscient ni de la pulsion agressive, ni du blocage qui intervient, mais il a bien mal à la tête. Ce genre de céphalalgies apparaît parfois au cours de séances d'analyse, et s'accompagne dans la pensée du malade, d'images sans mouvement. Celles-ci ne seraient que le reflet visuel de la double inhibition, intellectuelle et motrice, à laquelle se trouve soumis le

malade. En somme, un mouvement de colère que l'on ne peut pas admettre consciemment est court-circuité vers les terminaisons sensitives avant d'avoir atteint la pensée consciente. Il se produit d'ailleurs, et certains auteurs l'ont noté, (allant jusqu'à en recueillir des preuves électromyographiques), une contracture des muscles cervicaux d'insertion crânienne, qui constituerait l'élément dysfonctionnel organique de beaucoup de céphalées.

Donc, chez les céphalalgiques, il faut toujours envisager la possibilité d'un élément psychogénique. Ces malades sont presque toujours d'un niveau intellectuel qui dépasse la moyenne. Les enfants, les débiles mentaux ont rarement mal à la tête. Il faut aussi, semble-t-il (et je cite Marty) une certaine qualité de pensée, une certaine puissance intellectuelle, et la douleur paraît proportionnée à l'inhibition, c'est-à-dire à la puissance de l'instinct psychique.

Rachialgies

Ces facteurs psychogéniques pouvant provoquer des céphalées concourent, pour une bonne part, dans l'apparition d'un autre symptôme douloureux, lui aussi extrêmement fréquent: les « rachialgies ou low-back pain »: le « mal des rognons » de nos grands-pères. Weiss et English remarquent plaisamment que la douleur lombaire tourmente l'humanité depuis que notre ancêtre le plus lointain s'est redressé sur ses pattes de derrière pour se distinguer des quadrupèdes. C'est un fait que la région lombaire est pour l'être humain un point de fortes pressions, donc un point faible. C'est une région richement musculariséе et innervée, qui est intéressée par toutes les décharges motrices importantes, qu'il s'agisse de l'agression, de la fuite ou de l'activité sexuelle. L'inhibition psychique de l'une ou l'autre de ces activités provoque souvent une tension douloureuse des muscles de la région lombaire, tension qui peut devenir une hypertonie persistante. Marty et Fain voient comme facteur prémordial de ces algies (une fois que l'investigation clinique a pu éliminer toute organicité) un besoin de décharge motrice immédiate, dont la satisfaction se trouve entravée. Comme pour les céphalées, c'est le plus souvent une pulsion agressive qui est en jeu, et si l'on se donne la peine de laisser ces malades nous parler un peu d'eux-mêmes et de leur vie, on retrouvera très souvent une hostilité mal contenue contre tel ou tel membre de la famille ou de l'entourage, hostilité que le malade essaiera de dissimuler au médecin, comme il se la dissimule à lui-même, mais dont on retrouvera la preuve inversée dans la force même de ses dénégations.

Dans le monde animal, la riposte immédiate est une valeur positive; il faut frapper vite pour survivre. Il n'en est pas de même dans la société humaine, où cela deviendrait plutôt une valeur négative. Pour l'être humain normal, les impulsions agressives sont ressenties consciemment et maîtrisées d'une façon délibérée. Mais certains malades ont trop peur de leurs pulsions pour se les admettre à eux-mêmes: leur capacité de contrôle conscient est trop faible, et les peurs désordonnées du jeune âge ont déterminé un circuit plus primitif de la pulsion agressive, qui se transforme en hypertonie musculaire douloureuse. Les symptômes dont se plaignent ces malades n'ont que très peu tendance à la rémission. Une des meilleures thérapeutiques pratiques est incidement la gymnastique médicale, qui fait passer la contracture du plan inconscient au plan conscient. Il se crée alors des circuits nouveaux dans lesquels l'énergie motrice peut être canalisée sans éveiller d'angoisse.

Précordialgies

Le problème des précordialgies d'origine fonctionnelle se situe sur un plan un peu différent. La névrose cardiaque, comme on l'appelle, se relie de façon moins précise à l'agressivité et représente, de façon presque constante, un équivalent somatique de l'angoisse. La maladie de cœur, entraînant si souvent une mort foudroyante est, avec le cancer, un de ces avatars de l'existence humaine qui frappent le plus les imaginations. Combien de malades recevez-vous en consultation, qui se présentent chez vous dans un état de panique à faire pitié, accusant des points au cœur, des palpitations à leur faire sauter le thorax, et allant maintes fois jusqu'à décrire, en termes cliniques, de savantes irradiations de la douleur le long du bras gauche. Une fois que l'examen physique vous a quelque peu rassuré sur l'état de ce cœur, vous apprenez, après quelques minutes d'interrogatoire, que la mort subite d'un parent ou d'un compagnon de travail aura bouleversé le malade, l'aura poussé à lire tout ce qu'il a pu découvrir sur le sujet des maladies de cœur, puis a ressentir à peu près tous les symptômes dont il vient de lire la description. Toutes sortes de facteurs peuvent déclencher cet investissement pathologique du cœur par l'angoisse. L'exemple de la maladie cardiaque chez un autre, ou les propos imprudents d'un médecin qui, à l'occasion d'un premier examen, communiquera au malade certaines observations sur le fonctionnement de son cœur, propos qui sont amplifiés et déformés dans l'esprit du malade jusqu'à devenir l'annonce d'une maladie grave.

En fait, il y a un type de personnalité qui s'avère plus vulnérable que les autres à la névrose cardiaque, ou à ses multiples équivalents, tels l'asthénie neuro-circulatoire, la névrose tachycardique, le cœur irritable, etc. Cette personnalité est marquée avant tout par l'intensité des besoins de dépendance, besoins qui la poussent à rechercher la protection d'une image maternelle, image perdue mais qui demeure indispensable, et que le malade recherche dans son entourage ou dans le cabinet du médecin. Le lien particulier qui unit ce type de malade à l'image maternelle est d'ailleurs équivoque. Fait surtout de dépendance, de passivité, il n'en comporte pas moins une forte dose d'agressivité ou, si vous voulez, de revendication agressive. Avec leur médecin, par exemple, ces malades témoigneront toujours d'une sorte d'insatisfaction: leur agressivité s'exprimera subtilement par une tendance à culpabiliser le médecin, à lui faire sentir qu'il ne fait pas tout ce qu'il faudrait faire. Mais qui dit agressivité dit, par voie de conséquence, culpabilité d'être agressif, besoin de se punir: angoisse.

Pour ces malades, le trouble cardiaque polarise l'angoisse et la rend plus supportable. Leur symptôme leur permet aussi d'obtenir les égards de l'entourage et l'attention du médecin, sans compter d'autres bénéfices secondaires (inconscients, notez-le bien) qui pourront aller jusqu'à l'exemption totale du travail. Donc, chez ces malades qui souffrent d'une précordialgie purement fonctionnelle, on retrace un caractère dépendant, passif et agressif tout à la fois.

La meilleure façon de traiter leur symptôme n'est certainement pas, vous le savez autant que moi, de les expédier après un examen superficiel en leur disant qu'ils n'ont rien au cœur. Il convient plutôt de procéder à un examen physique et à un interrogatoire minutieux, que des recherches de laboratoire viendront étayer lorsque la chose est possible. Les paroles de réassurance que le médecin pourra alors prononcer seront doublement efficaces. Encore plus si le praticien s'est donné la peine d'écouter le malade avec sympathie, de s'intéresser aux difficultés de sa vie, de fournir en somme à cet être dépendant l'assurance d'une protection bienveillante contre ses angoisses.

L'UNION MEDICALE DU CANADA
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

•

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

Tome 90, No 7 — Montréal, juillet 1961

CONGRÈS MONDIAL DE PSYCHIATRIE

Du 4 au 10 juin dernier avait lieu à Montréal le IIIe Congrès Mondial de Psychiatrie, organisé par l'Association Canadienne de Psychiatrie et l'Université Mc Gill. L'organisation d'un congrès d'une telle envergure permet de constater la vitalité de l'A.C.P., la plus jeune de toutes les associations de spécialistes canadiens puisqu'elle fêtait son dixième anniversaire cette année. Jeunesse, vitalité, réévaluation pourraient d'ailleurs caractériser ce congrès pendant lequel toutes les disciplines psychiatriques exposaient à plus de 3,000 délégués, venant de 60 pays, les différents aspects de leur évolution.

En écrivant cet éditorial, je constate qu'il me faudra plusieurs mois avant d'assimiler les centaines de résumés des conférences qui étaient données dans une quinzaine de salles, toutes les discussions libres des tables-rondes, toutes les conférences que j'ai pu entendre et finalement toutes les conversations faites d'une façon impromptue dans un coin de corridor. Je ne saurais dire à ce moment ce qui a été le plus utile, des conférences académiques ou de ces rencontres humaines qui permettent de faire des comparaisons, de confronter des expériences de la vie de tous les jours ne pouvant faire l'objet d'une présentation magistrale. Ce que j'écris constitue uniquement des impressions préliminaires qui valent pour le moment.

La première journée était réservée aux grands maîtres: Jean Piaget, de Genève, H. C. Rumke, d'Utrech, J. H. Masserman, de Chicago et Henri Ey, de Paris. Ils donnèrent chacun brièvement la synthèse de leur œuvre et vouloir résumer ici ce qu'ils ont dit serait une offense à ces hommes qui restent des chefs de file.

La deuxième journée marquait le début de la ronde des sujets et le premier thème discuté était celui de l'hôpital mental. Nous ne pouvons pas envisager l'avenir de la psychiatrie sans tenir compte de la population psychiatrique actuelle, logée pour une très forte majorité dans les hôpitaux mentaux. Ces hôpitaux avaient été abandonnés à eux-mêmes pour plusieurs raisons dont la plus importante est sans doute la pauvreté de la thérapeutique spécifique. Cet abandon a permis aux administrateurs d'augmenter progressivement le nombre des lits, et des hôpitaux qui avaient au moment de leur fondation 700 ou 800 lits ont pu atteindre des chiffres aussi effarants que 14,000 lits. Comme les traitements étaient limités et peu efficaces, le nombre des admissions dépassait toujours de beaucoup celui des sorties et des mortalités naturelles; il est difficile de blâmer ceux qui avaient une tâche impossible à remplir. Par ailleurs nous devons maintenant chercher des solutions à cette hypertrophie monstrueuse et, s'il est impossible de démolir ces vastes asiles, nous devons chercher à les utiliser de la manière la plus pratique et la plus heureuse. En Russie, les hôpitaux psychiatriques ne dépassent pas 1,000 lits et partout dans le monde on préconise la construction de petits hôpitaux pour traitement rapide des syndromes aigus. La tendance actuelle ne consiste plus à attendre que le malade soit détérioré au point de n'avoir d'autre solution que l'internement, mais plutôt à se rendre auprès du malade, à lui offrir toutes sortes de possibilités de traitement ou de support. Parmi les pays occidentaux, l'Angleterre a pris l'initiative, en 1959, de changer sa Loi de la Santé Mentale *(Mental Health Act)* et les modifications apportées au système permettent de prévoir qu'en 1971 les lits psychiatriques seront réduits de moitié. Il est évident qu'une telle réalisation est l'œuvre d'un comité d'experts qui sont conscients des possibilités de la psy-

chiatrie moderne et qui sont incapables d'accepter la domination d'un gouvernement qui chercherait à faire de la pseudo-économie. Pour réduire le nombre des lits psychiatriques dans un pays, il faut absolument donner des soins psychiatriques adéquats dès le début de la maladie et continuer un traitement intensif. Cette attitude permet au malade de rester dans son milieu ou dans la communauté. Le fractionnement des grands hôpitaux en unités indépendantes est également nécessaire et le docteur D. R. Gunn, du « New Toronto Hospital », m'apprenait que cet hôpital de 1,200 lits était maintenant divisé en cinq sections absolument indépendantes les unes des autres à tous les points de vue.

Dans le même ordre d'idée, la réhabilitation et le « follow-up » du malade mental deviennent des problèmes majeurs en psychiatrie. Lorsque le malade est suivi d'une façon adéquate après sa sortie de l'hôpital, il peut recevoir le support ou la thérapeutique nécessaire; si les symptômes psychotiques réapparaissent, à la place d'un nouvel internement, un séjour de quelques semaines dans une clinique ou dans un hôpital de jour (*day hospital*) permettra un retour de l'équilibre sans qu'on risque de voir s'installer la chronicité malgré toute la bonne volonté du personnel de l'endroit.

Pour traiter la maladie mentale, il est fondamental d'avoir certaines conceptions ou hypothèses sur ce qu'elle peut être. De ces conceptions découleront les méthodes de traitement. Sur ce chapitre, l'accord est loin d'être absolu quoique le fossé entre les diverses écoles soit parfois moins profond. Les écoles analytiques varient du freudisme le plus orthodoxe aux récentes théories de l'analyse existentielle. Lorsque nous pourrons faire la synthèse de toutes les théories — dynamiques et organicistes — nous aurons sans doute une meilleure compréhension de la maladie mentale. Une telle synthèse est sûrement possible et toutes les conceptions péniblement accumulées pendant les dernières décennies nous permettent maintenant d'aborder sans crainte les facteurs étiologiques de la schizophrénie. Nous ne croyons plus qu'il s'agisse d'une démence qui deviendra irréversible et parce que nous comprenons mieux la maladie nous pouvons faire l'analyse d'un délire, saisir partiellement le sens des hallucinations. Nous parvenons souvent à contrôler la panique du paranoïde et nous avons ainsi appris que notre présence vaut parfois beaucoup plus que l'injection du meilleur des neuroleptiques.

L'évolution de la psychopathologie et les besoins innombrables créés par le désir de traiter le malade mental posent le problème de l'enseignement de la psychiatrie et de nombreuses sessions ont été consacrées à ce sujet. L'enseignement ne peut pas se limiter seulement aux futurs psychiatres, mais doit être généralisé et toucher aussi bien l'étudiant en médecine que le médecin praticien, les garde-malades et les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues.

Depuis le Ier Congrès Mondial de Psychiatrie, tenu à Paris en 1950, le champ d'action qui a sans doute le plus évolué est la recherche psychiatrique. Etudes des psychoses expérimentales produites par l'isolement sensoriel, par les hallucinogènes ou par la privation de sommeil, études pharmacologiques de base ou recherches cliniques en psycho-pharmacologie, recherches neuro-physiologiques, psychopathologie expérimentale, recherches biochimiques ou neuroendocrinologiques, études psychosomatiques, etc., tous ces sujets constituaient une large part de la contribution scientifique des psychiatres à ce congrès. La psychiatrie était habituée à la spéculation pure, mais elle a rapidement accepté les principes de la recherche la plus stricte et les observations souvent empiriques d'autrefois sont maintenant soumises à des contrôles rigides.

La recherche psychiatrique, par sa rigueur, influence déjà la psychiatrie générale et il est devenu urgent de préciser les cadres nosologiques et la symptomatologie des maladies mentales.

Seulement citer les têtes de chapitre constitue une tâche difficile et il faudrait donner

certaines précisions à propos de la psychiatrie infantile, des problèmes de la délinquence juvénile, de la psychiatrie légale, des rapports qui existent entre la psychiatrie et les diverses religions, de l'art psychopathologique, de l'hypnose comme méthode de traitement et comme moyen d'investigation du psychisme, etc. L'aspect social de la psychiatrie devient de plus en plus important et on s'occupe beaucoup des phénomènes transculturels. Le rôle de la famille dans la genèse des maladies mentales est toujours étudiés et les facteurs morbides sont mieux compris.

Parce que les Russes n'ont pas souvent participé aux divers congrès dans le passé, la présence de dix psychiatres de ce pays a soulevé beaucoup d'intérêt et surtout de la curiosité, aussi bien chez les délégués que chez les journalistes. Je n'ai pas entendu tous les délégués russes, mais j'ai écouté deux de leurs conférences à propos de la schizophrénie et j'en ai gardé une impression malheureuse. L'approche surtout descriptive et les conceptions uniquement organicistes ont provoqué une discussion qui aurait pu être interminable parce que les conceptions sont tellement différentes. Les Russes nient la possibilité d'une influence étiologique par les facteurs psychologiques; à partir de là ils expliquent la schizophrénie par la présence de facteurs physiologiques, circulatoires, métaboliques, héréditaires, etc... Lorsqu'ils parlent de traumatisme psychologiques, ils voient le phénomène émotionnel comme la résultante des mêmes perturbations physiologiques, métaboliques, circulatoires, etc. Les théories analytiques et les théories pavloviennes sont loin d'être réconciliées!

Enfin à l'occasion du IIIe Congrès Mondial de Psychiatrie est née « l'Association Mondiale de Psychiatrie » dont le premier président est le docteur D. Ewen Cameron. Nous profitons de cet éditorial pour féliciter le docteur Cameron de cette importante nomination ainsi que du succès du Congrès dont il était le président du Comité exécutif. Il a eu l'audace d'accepter une charge très lourde et il a su s'adjoindre des collaborateurs qui ont permis que tous les rouages de l'organisation fonctionnent avec une souplesse remarquable.

Jean-Marc BORDELEAU

UN SECRÉTARIAT DES FACULTÉS CANADIENNES DE MÉDECINE

Le docteur G. H. Ellinger, doyen de la Faculté de Médecine de « Queen's University » et président de l'Association des Facultés canadiennes de Médecine, annonçait tout récemment la nomination du docteur Wendell MacLeod, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Saskatchewan, à la direction d'un secrétariat général de l'Association, dont le siège sera à Ottawa.

Le rôle de ce secrétariat sera multiple mais surtout de promouvoir l'enrôlement d'un plus grand nombre de jeunes dans la carrière médicale.

Il est à noter que 35% des médecins qui débutent dans l'exercice de la médecine seraient des diplômés d'universités étrangères. On s'en émeut et un des rôles principaux de ce secrétariat sera de favoriser auprès des jeunes canadiens l'inscription dans les écoles de médecine, d'en établir les moyens et d'améliorer la situation actuelle.

Le coût des études, leur longue durée qui comporte 6 années d'études universitaires et cinq autres années d'entraînement post-universitaire pour atteindre la formation d'un spécialiste sont des éléments qui doivent être étudiés sérieusement.

L'enseignement clinique dans les hôpitaux devient une autre difficulté à surmonter depuis que l'assurance-hospitalisation est instaurée dans toutes les provinces et a supprimé l'existence des salles publiques qui servaient à cet enseignement clinique.

On étudiera les moyens propres à restaurer un mode d'enseignement standardisé de la médecine dans toutes les Facultés.

Au surplus, le secrétariat s'emploiera à l'instauration d'une accréditation des Facultés canadiennes selon des standards ou

normes canadiennes, au lieu de recourir aux bons offices d'une évaluation de leurs critères et de leur valeur par des visiteurs délégués de « Association of American Medical Colleges ». On ajoute qu'une fondation américaine non identifiée assistera financièrement l'instauration de ce secrétariat.

Nous avons peu de commentaires à formuler sur cette initiative. Il va sans dire que bien des problèmes doivent être étudiés en regard de la situation actuelle dans l'enseignement de la médecine et en perspective surtout de ce que réserve un avenir prochain.

Il semble que la profession attire beaucoup moins les jeunes canadiens depuis quelques années. Serait-ce que la durée des études se prolonge de plus en plus? que les exigences académiques sont de plus en plus sévères pour obtenir le diplôme à mesure que la science médicale se développe et se complique? serait-ce surtout que les développements à venir laisseront moins de liberté au médecin et limiteront ses revenus? Les étrangers ont tout à gagner en venant exercer au Canada. Leur standard de vie se valorise et ils n'ont pas à lutter contre une concurrence aussi serrée que dans leur pays d'origine, qu'il s'agisse d'Européens ou de nationaux des Iles Britanniques.

L'enseignement clinique se modifiera sûrement de lui-même dans des conjonctures nouvelles. En fait, déjà il change et les cliniciens se sentent limités dans leur rôle en présence d'un matériel humain moins accessible à la démonstration. De nouvelles méthodes devront être employées et il apparaît comme si la leçon auprès du malade devra dorénavant se faire par groupes de quelques unités d'étudiants introduits à titre d'associés du clinicien ou du médecin traitant.

Enfin, comme terme à ces commentaires formulés en survol, l'accréditation des Facultés par un organisme et selon des normes canadiennes nous semble présenter une signification analogue à celle de l'accréditation des hôpitaux canadiens par un Conseil canadien, instaurée il y a quelques années.

C'est dans cette perspective que ce projet nous paraît-être non seulement un symbole, mais aussi une mesure relevant d'une indépendance et d'une maturité culturelles désirées. Tout cela à condition que les responsables de nos Facultés d'expression française prenant part à ce mouvement, sachent sauvegarder une saine liberté de l'enseignement et de principes qui relèvent de notre entité française au sein de la communauté universitaire canadienne.

Roma AMYOT

VARIÉTÉS

XXXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Québec, juin 1961

BANQUET DE CLÔTURE

EXTRAIT DU DISCOURS DU DOCTEUR PIERRE JOBIN

Président du 31e Congrès.

Nous avons placé tout notre congrès sous le signe de l'enseignement et nous nous en félicitons, car nous avons vu, durant ces trois derniers jours, les spécialistes et les généralistes, les chercheurs et les praticiens, étudier et vivre en commun les problèmes les plus actuels et les plus difficiles de la médecine d'aujourd'hui. Quand on se rend compte que plus de 160 médecins ont pris une part active à cet enseignement devant un auditoire toujours nombreux, parfois trop, on ne peut que se réjouir du travail accompli et se consoler des fatigues de l'organisation. La soif du savoir est grande chez nous.

Il est vrai que les formules employées étaient attrayantes parce que dynamiques, v. g. symposium, forum, colloque, cours de médecine, cours de chirurgie, et la télévision. Deux innovations ont marqué notre congrès: les cours spécialisés en médecine et en chirurgie, et la télévision en couleurs sur écran géant. Le succès peut être attribué à l'attrait de leur nouveauté, mais j'en doute, ou à la compétence des responsables et des exécutants, j'en suis convaincu. Mais leur succès met aussi en évidence le goût de s'instruire, l'appétit d'un savoir nouveau, en somme le besoin de s'éduquer soi-même, de s'élever toujours plus haut dans l'échelle des valeurs scientifiques, humanitaires et morales.

C'est en cela, M. le Premier Ministre, que nous rejoignons le sujet de votre discours de tout à l'heure et que nous nous sommes préparés pendant trois jours à vous entendre parler d'éducation.

Je tiens simplement à rappeler une idée fondamentale qui me tient à coeur.

La présence à la tribune de notre congrès de deux conférenciers officiels est le reflet patent de notre conviction et de notre patriotisme: le Prof. André Lambling, de Paris, et le Prof. Rocke Robertson, de McGill. Ils ont connu l'un et l'autre, et nous en sommes fiers, un succès éclatant par leur science et la limpidité de leurs présentations. Ils sont les brillants témoins de notre difficile position dans le contexte canadien: au degré universitaire, en effet, lorsqu'un Canadien français est à la recherche d'une fine spécialisation et d'un supplément de culture, c'est vers la France qu'il doit se tourner pour y puiser aux sources pures de la civilisation qui nous a donné naissance. D'autre part, l'histoire a voulu qu'en terre canadienne vivent deux grandes races: l'histoire, i.e. la Providence de Dieu; par conséquent, notre devoir est de vivre en paix, en harmonie, en parallèle, avec nos compatriotes. Je dis bien « en parallèle », car s'il fallait par malheur que les deux grandes races viennent à se fondre en une seule, à se confondre, ce serait au détriment de la civilisation canadienne. Chaque groupe ethnique a le devoir de développer ses valeurs culturelles, naturelles, morales et linguistiques propres, afin d'enrichir d'autant le patrimoine canadien. C'est l'union de deux races qui constitue l'unité canadienne; c'est l'union de deux cultures qui enrichit la civilisation canadienne.

Voilà comment nous sommes fiers d'avoir mis en oeuvre dans notre congrès ce concept de nos positions nationales. Les bien pensants croient avec nous qu'il ne peut jamais être au bénéfice du Canada de fusionner en les mélangeant deux lignes de force qui, pour être pures et efficaces, doivent progresser parallèlement; que notre parallélisme culturel soit donc la conséquence naturelle de notre compréhension du problème canadien, car en matière d'éducation et de valeurs morales, il ne peut pas être question de juger par le nombre. C'est un droit historique que chacune de nos deux grandes races a acquis, et un devoir corollaire, de développer au maximum les valeurs morales que nous ont légués nos ancêtres en venant nous déposer, à 200 ans d'intervalle, sur le sol du plus beau pays que j'aie jamais visité, notre cher Canada.

ALLOCUTION DU PROFESSEUR ANDRÉ LAMBLING,
Délégué officiel de la France au 31e Congrès.

Le délégué de la France cède d'autant plus volontiers à la pressante et amicale insistance de votre Président qu'il avait bien pris la ferme résolution de s'emparer du microphone pour vous exprimer tout ce dont son cœur éclate. Comment, Français ou Française, rester muet au terme d'un premier séjour à Québec!

Excellence, Monseigneur le Chancelier, il y a peu de jour, au soir de ma carrière, après une longue pratique, vous m'avez solennellement confirmé dans ma profession. Au médecin, au Français, le diplôme de Docteur Honoris Causa de l'Université Laval, la doyenne des universités canadiennes, est source de profonde et intime émotion, justification qu'il est pour moi d'un long effort dont le seul mérite fut d'avoir eu pour opiniâtre propos, mais sans y atteindre, tout ce que dans votre bienveillance, vous avez estimé devoir récompenser en me décernant ce titre. Croyez bien que votre nouveau récipiendaire mesure le grand honneur que vous lui avez réservé en l'admettant dans votre Collège de Docteurs et laissez-moi vous exprimer sa gratitude pour votre distinction. Je la tiens pour la plus grande marque d'estime que j'aie jamais reçue.

Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, dès notre première rencontre qui date maintenant d'un lustre, j'ai senti incontinent que je ferais amitié avec vous. La simplicité de votre abord, la finesse de votre regard, la netteté de vos paroles, expression d'une pensée réfléchie, compréhensive et efficiente, parce que tournée vers l'action, promettaient à cette amitié les plus grandes satisfactions. Cette intuition ne comporta pas de déceptions.

Dut votre modestie foncière en souffrir, je m'en voudrais de ne pas vous traduire en ce moment, avec cette amitié, mon estime, mon admiration pour la réalisation d'une exceptionnelle portée à laquelle vous avez consacré de longues années de votre vie de grand médecin et de grand administrateur. Il ne faut pas être un clerc bien subtil pour prévoir que dans un avenir prochain la Faculté de Médecine de l'Université Laval se classera parmi les centres les plus renommés d'enseignement et de recherche. Avec vous mon orgueil de Français s'en réjouit!

Monsieur le Président du Congrès, votre gentillesse, votre sourire se sont répandus pendant ces journées, grâce à une infatigable ubiquité dont vous seul avez le secret, dans toutes les salles de travail et les ont éclairées. Cette élégance du cœur masquait avec grâce la charge éprouvantable de l'organisation de ces assises que vous avez pu heureusement partager avec vos fidèles collaborateurs, les docteurs Turcot et Caron que j'associe dans les remerciements que je vous adresse. Ce 31e Congrès que vous avez présidé, votre Congrès, cher monsieur Pierre Jobin, est un grand succès, un exceptionnel succès, je puis en parler en connaissance de cause, pour en avoir fréquenté sur bien des méridiens et sous bien des latitudes.

C'est un grand succès aussi pour l'Association des Médecins de Langue Française du Canada aux destinées de laquelle préside avec tant de talent votre Directeur Général, le Dr Emile Blain. Nous sommes, ma femme et moi, les hôtes très favorisés de votre Association et les trop brefs remerciements que nous lui adressons ce soir nous savons que dans peu de jours, nous pourrons les lui renouveler.

Mesdames, mesdemoiselles, messieurs.

Au cours des semaines qui ont précédé notre départ pour Québec, en un accord unanime et nullement prémédité, de nombreux amis qui avaient le privilège de déjà connaître votre pays, nous ont vanté la chaleur de votre accueil, l'intimité familiale de vos foyers, le charme du vieux Québec, la saveur de vos villages, la limpidité et la finesse de vos ciels. Mais combien, si convaincantes qu'elles puissent être, les paroles sont loin de la réalité. Dès notre arrivée, ce fut de la part de votre ville, de votre fleuve, de votre campagne, de votre forêt, une prise de possession totale, irrésistible, émouvante. Avant que nous ayons pu reprendre notre souffle, nous étions conquis, nous étions des vôtres.

Oserais-je ajouter, mes chers collègues, combien les Français sont sensibles au charme et à la grâce de vos épouses qui me permettront de les remercier — et mes remerciements s'adressent très spécialement à madame Pierre Jobin, des attentions délicates qu'elles ont tout au long de chaque jour, réservées à ma femme. Elles m'ont été au cœur.

Mes chers amis,

Je vous convie à lever avec moi votre verre au Canada, au Canada Français et à la vieille terre de France, à l'amitié indissoluble de nos deux pays et à leur avenir, je veux dire à la jeunesse de nos deux pays, à cette jeunesse que nous voulons ardente car nous savons avec Bernanos que « c'est la fièvre de la jeunesse qui maintient le reste du monde à la température normale et lorsque la jeunesse se refroidit, le reste du monde claque des dents ».

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

LA TACHYCARDIE VENTRICULAIRE

Jean-D. GRATTON, Cardiologue et Gisèle FOURNIER, Interne, Service de Médecine
Hôpital Notre-Dame (Montréal)

Définition

La tachycardie ventriculaire est le rythme rapide ventriculaire le plus grave. Elle se caractérise par:

a) un début et une fin brusque;

b) une abolition du contrôle ventriculaire par le nœud auriculo-ventriculaire;

c) des contractions ventriculaires rapides, quasi régulières (alternance d'une irrégularité de 4 à 8 cont./min. selon Levine);

d) sur électrocardiogramme par un QRS élargi où l'onde P est souvent noyée.

Mécanisme et physiopathologie

Ce désordre consiste en une série rapide de contractions prématurées partant d'un foyer ectopique dominant qui maintient le rythme ventriculaire de 160 à 240/minute.

Ce foyer ectopique peut se trouver n'importe où dans le ventricule et même alterner d'un point à un autre et d'un ventricule à l'autre.

On a fait ici les mêmes expériences que pour les arythmies auriculaires. Les conclusions sont que le mouvement circulaire était peu probable, l'enregistrement synchrome en divers points faisant opter pour un foyer ectopique, surtout à cause de la contraction simultanée (et non successive) des deux ventricules.

Le rythme auriculaire est habituellement indépendant. Une conduction rétrograde, ventricule — oreillette, avec ondes P inversées peut cependant être observée.

Le résultat de cette anarchie de contraction est:

a) Un débit cardiaque/minute diminué à cause de la courte durée de la diastole et des battements indépendants des oreillettes qui ne coïncident pas toujours avec ceux du ventricule.

b) Un temps de circulation allongé sans avoir par ailleurs augmentation de tension veineuse pulmonaire, à moins de défaillance cardiaque.

c) Une dilatation cardiaque avec élongation des fibres. Elle favorise des foyers ectopiques augmentant la force de contraction.

d) Une chute de la tension artérielle entraînant rapidement une défaillance cardiaque et la mort.

Classification et étiologie

La tachycardie ventriculaire est paroxystique avec un début et une fin soudaine, soit pour un retour au rythme sinusal, soit pour la défaillance cardiaque et la mort.

La tachycardie ventriculaire se greffe rarement sur un cœur intact. Elle accompagne surtout les cardiopathies organiques telles que:

1) *Maladies coronariennes (50%) dues à l'artériosclérose.* Une thrombose coronarienne entraînant un infarctus peut être la cause ou l'effet de la tachycardie ventriculaire. Le même mécanisme joue *au début* une chute de tension artérielle avec diminution de la circulation coronarienne et de l'apport d'O_2 aux ventricules et *plus tard*, l'infarctus agit, comme irritant, soit mécanique (inflammation, cicatrice) soit chimique avec ses produits toxiques.

On observe parfois le syndrome de Wolff-Parkinson-White dans les maladies coronariennes. Il s'agit d'un élargissement du complexe QRS avec raccourcissement de l'intervalle PR, accompagnée de tachycardie ventriculaire.

2) *Les vices valvulaires découlant du rhumatisme articulaire aigu,* en particulier l'insuffisance mitrale, engendrent plus de 4% des tachycardies ventriculaires. L'hypertrophie du ventricule donne une mauvaise conduction de l'influx et provoque des battements prématurés des ventricules.

3) *Les sujets normaux comptent pour 12% des tachycardies ventriculaires.* Il s'agit ici de salves d'extrasystoles ventriculaires d'origine inconnue, peut-être vagales.

4) *La digitale à haute dose* en réduisant trop la conduction auriculo-ventriculaire, oblige le ventricule à compenser. De plus, le myocarde altéré favorise les foyers ectopiques.

5) *La quinidine* en augmentant trop la période réfractaire du nœud A.V. peut obliger le ventricule à recourir à un rythme ventriculaire rapide compensateur.

6) *Les anesthésiques* comme le cyclopropane et le chloroforme prédisposent à la tachycardie ventriculaire, s'il y a administration d'épinéphrine à l'anoxie et à l'intoxication. L'épinéphrine cherchant

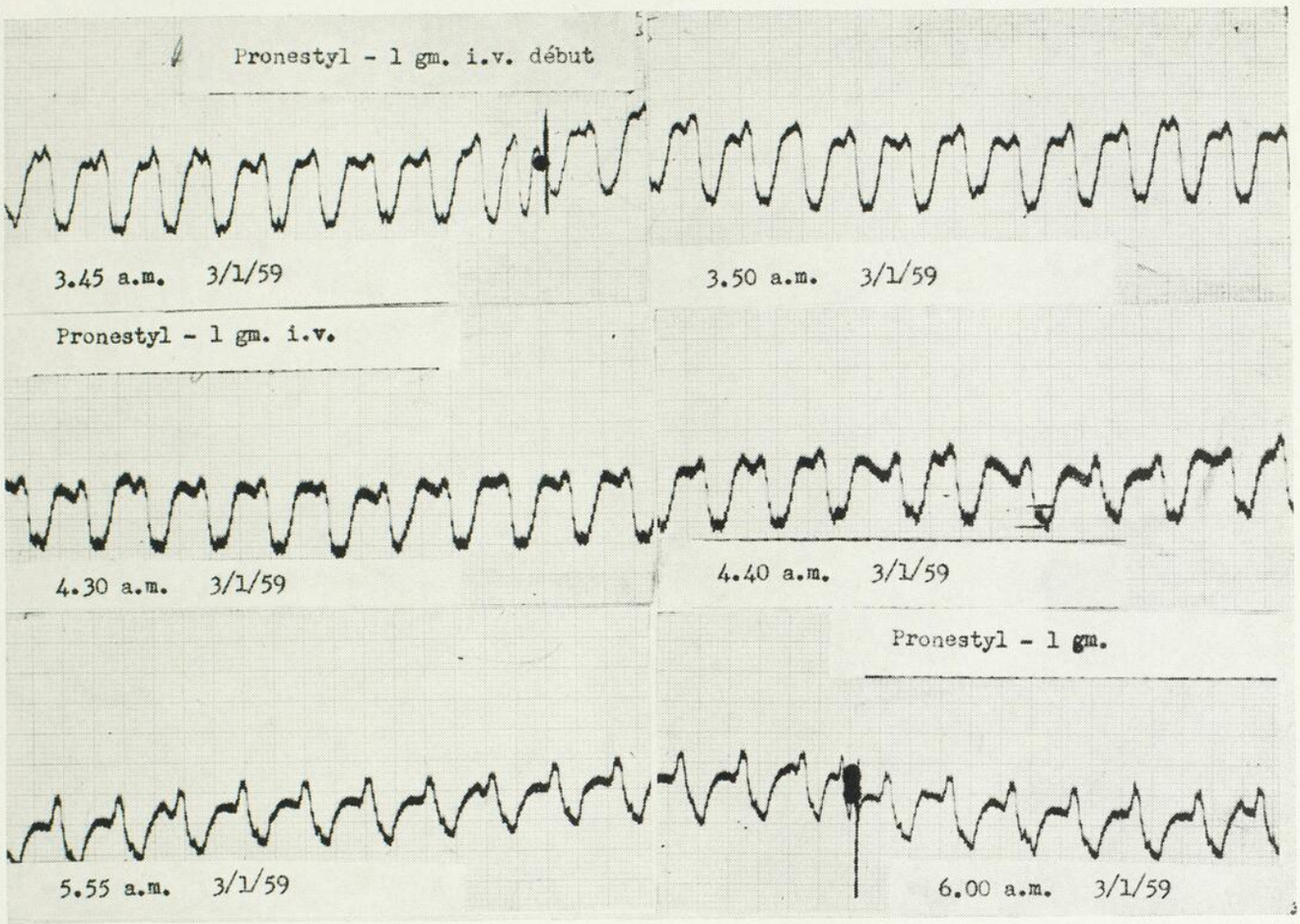


Fig. 1. — Malade en crise de tachycardie ventriculaire après un infarctus du myocarde.

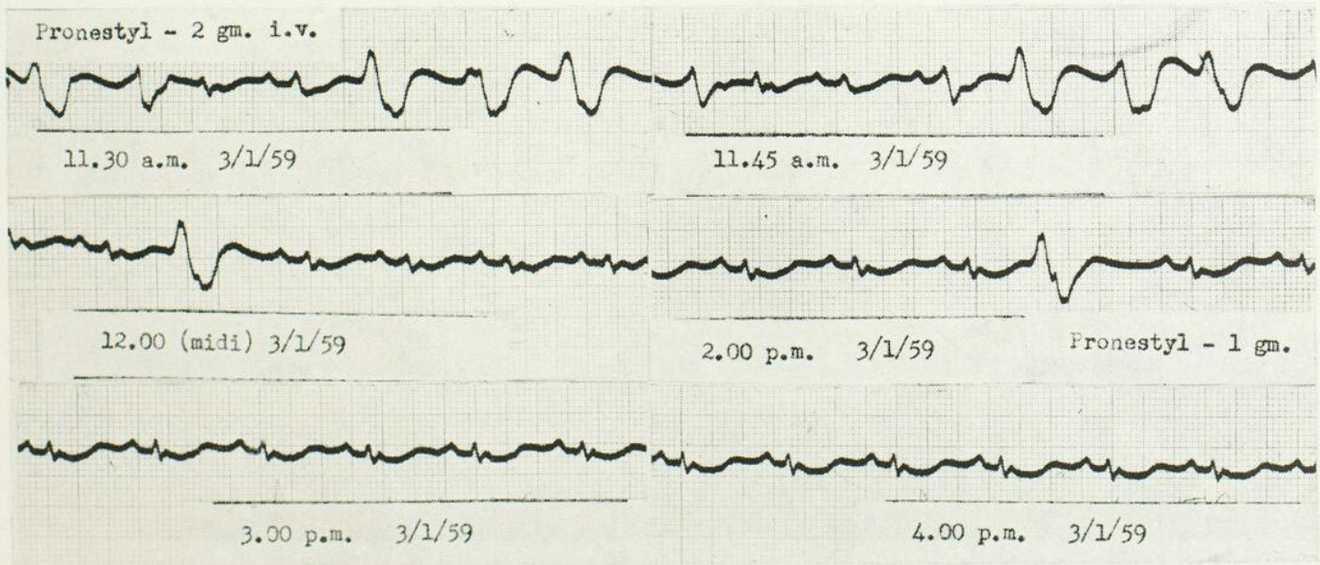


Fig. 2. — Retour à un rythme sinusal après administration de 5 grammes de Pronestyl par voie intra-veineuse.

à augmenter la tension artérielle avec des fibres répondant mal, cause une surcharge relative qui peut être diminué par l'atropine.

7) *Le potassium sanguin élevé* produit un ralentissement du rythme obligeant le ventricule à une tachycardie compensatrice.

Traitement

Il est d'urgence, s'il y a cardiopathie sous-jacente à cause du danger de défaillance cardiaque.

Le médicament le plus rapide et le plus effectif est le Pronestyl (Amide Procaïne). On emploie la voie intra-veineuse, s'il y a intoxication digitalique avec rythme bidirectionnel. Le rythme redevient normal durant l'injection contrôlée par l'électrocardiogramme. Si on a une hypotension, on emploie un vaso-presseur.

La voie orale est employée, si la cause est une angine de poitrine avec salves d'extrasystoles. On a plus rarement de l'hypotension à cause du délai d'une heure pour obtenir un niveau thérapeutique.

On peut aussi employer la quinidine.

Résumé

Le mécanisme et la physiopathologie de la tachycardie ventriculaire paroxystique sont étudiés dans ce court article. En faisant l'étude de l'étiologie de cette maladie, nous constatons qu'elle se greffe rarement sur un cœur sain. Ce sont plutôt les maladies coronariennes artériosclérotiques et les maladies valvulaires qui sont touchées le plus souvent. Des médicaments tels que la digitale, la quinidine et quelques anesthésiques généraux peuvent prédisposer à la tachycardie ventriculaire. Le traitement le plus efficace s'est avéré être le Pronostyl par voie intra-veineuse.

Summary

A review of the mechanism and physiopathology of paroxysmal ventricular tachycardia is made. A normal heart is rarely afflicted with this arythmia. It is mostly coronary, arteriosclerotic and rhumatic heart diseases which may produce it some drugs as digitalis, quinidine and some anesthetics also may be responsible. The best treatment so far has been with intra-venous Pronestyl.

À PROPOS DE LA FORME ICTÉRIQUE NÉO-NATALE DE LA MALADIE DE MINKOWSKI-CHAUFFARD

P. DAGENAIS-PÉRUSSE, E. BARIL, E. HAZARD et S. OUADAHI (Montréal).

La maladie de Minkowski-Chauffard, ou sphérocytose héréditaire, est connue de tous; elle se manifeste classiquement au cours de la deuxième enfance ou plus tard. Ces dernières années, divers auteurs ont insisté sur la relative fréquence des manifestations néonatales et sur les difficultés de diagnostic. Il est en effet habituel devant un ictère apparaissant dans les vingt-quatre à quarante-huit premières heures de la vie, d'évoquer divers diagnostics: incompatibilité fœto-maternelle, hépatite infectieuse, ictère par obstruction... Mais le sphérocytose? Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service, un nouveau-né ayant présenté un ictère que nous avons pu rattacher secondairement à la maladie de Minkowski-Chauffard. Nous allons en résumer l'observation, puis rappeler les principaux éléments du diagnostic, à l'aide de récentes publications.

Observation

L'enfant D., Louise, est née le 18 juillet 1960; accouchement normal, primiparité, grossesse de 35 semaines. A noter que la mère, pendant le travail, avait reçu une injection de 75 mg. de « synkavit »! A la naissance le nouveau-né est cliniquement sain.

Antécédents familiaux

Les antécédents sont banaux au premier abord; la mère aurait eu plusieurs épisodes d'anémie non vérifiés par examens de sang.

Evolution

Le 19 juillet, vers la 12e heure de la vie, on note l'apparition d'un ictère qui va, dans les heures suivantes, se généraliser et s'intensifier. L'examen clinique est par ailleurs strictement normal: pas d'hépatomégalie, pas de splénomégalie. La formule sanguine est de 5,000,000 de globules rouges, 15,400 de globules blancs, 3 erythroblastes, l'hémoglobine est de 15.9 grammes et la bilirubine est de 21.2 mg. pour cent.

L'érythroblastose est éliminée car la mère est du groupe B Rh + et l'enfant du groupe A Rh +; d'ailleurs le test de Coombs est négatif.

Le 20 juillet, l'ictère est très intense, flamboyant. L'examen clinique est identique (le foie déborde légèrement le rebord costal), la température est normale. Les jours suivants, alors que l'ictère reste stationnaire, la bilirubiménie monte jusqu'à 28 mg. (le 23 juillet), sans signes cliniques, neurologiques ou autres, sans modification de la formule sanguine et notamment, pas d'anémie. A dater du 24 juillet, l'ictère décroît parallèlement à la bilirubinémie; pas d'incidents évolutifs, si ce n'est l'apparition de petites taches purpuriques périanales, d'ailleurs transitoires (taux de prothrombine: 95%).

La dernière formule sanguine est de 6,000,000 de globules rouges et de 30,000 de globules blancs, l'hémoglobine est de 19 gr. et il y a 6 érythroblastes.

L'enfant sort du service le 29 juillet. Le diagnostic étiologique reste méconnu; cependant avaient été éliminés: l'ictère physiologique, par la date d'apparition précoce de l'ictère, et son intensité, l'incompatibilité fœto-maternelle, l'ictère obstructif, la maladie des inclusions cytomégaliques. (L'examen clinique était resté négatif; pas d'inclusions dans les urines).

S'était-il agi d'une hépatite infectieuse? d'une hépatite toxique due à la vitamine K? Certains examens sanguins n'avaient pu être pratiqués en raison des difficultés de prélèvement.

L'enfant est revu le 5 août. Il présente alors une pâleur intense et généralisée, sans ictère, isolée cliniquement. La formule sanguine est de 2,500,000 globules rouges, de 19,600 globules blancs et l'hémoglobine est de 7.65 gr. En plus l'hématologiste note: thrombocytose; sphérocytes; potkilocytose; polychromatophilie; anisocytose; normoblastes: 4%.

Lors d'une nouvelle hospitalisation le 9 août, l'examen clinique est normal; pas de splénomégalie, la fragilité globulaire est très marquée. Une transfusion de 150 cc. de sang A Rh + est pratiquée. Le lendemain, nous assistons à l'apparition d'un ictère généralisé, mais peu intense. Il va regresser en quelques jours, sans que nous ayons pu mettre en évidence une hépatomégalie ou splénomégalie. La formule sanguine du 12 août montre 4,100,000 globules rouges, 9,000 globules blancs et l'hémoglobine est à 12 gr. L'hématologiste note: 7 *érythroblastes* — 3 *sphérocytes, réticulocytes* — 30%.

Voici le compte rendu de la consultation de l'hématologiste: « Nouveau-né: ictère (bilirubine sériqué élevée) reticulocytose 30% — sphérocytose. Fragilité globulaire en solution hypotonique, très accrue. Pas d'hémolysines. Sensibilisation chez la mère: négative, d'où ictère hémolytique congénital ou sphérocytose congénitale.

Histoire génétique: L'enquête familiale révèle que la mère aurait été anémique et maladive durant son enfance. Soupçon: le sang de la mère contient quelques sphérocytes actuellement. Les autres causes habituelles de l'ictère ont été éliminées. La forme classique exigerait en plus des données ci-dessus une sphénomégalie et une histoire familiale. Car la mère, ici, serait suspecte! Quand à la splénomégalie chez le nouveau-né la rate pourrait ne pas être palpable, car chez l'enfant, elle ne l'est que dans 60% des cas ».

Opinion: anémie hémolytique congénitale.

Ce diagnostic est donc proposé. Il se confirmera dans les mois suivants par la survenue de deux nouveaux épisodes anémiques sévères. Ces épisodes n'ont pas permis de retrouver une hépatomégalie ou une splénomégalie, mais les hémogrammes pratiqués ont montré la persistance de la sphérocytose, et de la fragilité globulaire.

* * *

Quarante-trois cas de manifestations néonatales de la maladie de Minkowski-Chauffard avaient été publiés jusqu'à maintenant; récemment, Bernheim et ses collaborateurs, à propos de quatre cas personnels, ont fait l'étude de ces publications, et ont pu ainsi mettre en évidence les principaux éléments de diagnostic clinique et biologique. La plupart de ces éléments sont retrouvés dans notre observation.

Les antécédents familiaux

Des antécédents familiaux nets sont présents dans près de trois cas sur quatre, leur connaissance a un grand intérêt diagnostique. Pour notre part, nous n'avons retrouvé que des épisodes anémiques chez la mère de l'enfant (sans contrôle sanguin) mais des sphérocytes ont été mis en évidence lors de l'hémogramme d'août 1960.

Les signes cliniques

Trois dominent le tableau: l'ictère, l'anémie, et à un degré moindre, la sphénomégalie.

1) *L'ictère.* S'il n'est pas constant, il est très fréquent. Apparaissant le plus souvent dans les dix-huit premières heures de la vie, il est très intense, s'accompagnant d'une bilirubinémie pouvant atteindre les taux élevés nécessitant une ex-sanguino transfusion (plusieurs ictères nucléaires ont été observés).

La durée de l'ictère est variable: en général quelques jours à plusieurs semaines, elle a pu se prolonger jusqu'à 2 mois.

2) *L'anémie.* Si elle s'associe à l'ictère, elle est cependant décalée par rapport à lui de quelques jours à quelques semaines. Alors que notre nouveau-né avait 6,000,000 de globules rouges et 19 grammes d'hémoglobine lors de son ictère, il a présenté 2,500,000 de globules rouges et 7 grammes d'hémoglobine à l'âge de trois semaines. Cette anémie sévère survenant dans les semaines suivant l'ictère est très évocatrice de la maladie.

3) *La Splénomégalie.* Elle est rarement retrouvée à la période néonatale; elle apparaît le plus souvent dans les mois qui suivent· cependant, après 7 mois d'évolution, la petite D... Louise, ne présente pas de splénomégalie.

Les signes biologiques

Puisqu'aucun signe clinique n'est spécifique de la maladie, les données biologiques prennent de l'importance; mais là encore, il n'existe pas de spécificité absolue de ces signes lors de la période néonatale

1) *La sphérocytose.* Elle oriente d'emblée le diagnostic. Mais elle n'existe pas toujours dans les premiers jours; nous ne l'avons pas d'ailleurs retrouvé lors de la première hospitalisation de notre cas (soit pendant les onze premières journées de la vie). D'autre part, la sphérocytose n'est pas spécifique. Cependant, sa constatation devra faire rechercher la fragilité osmotique.

2) *La fragilité osmotique.* Elle est retrouvée dans la presque majorité des cas, plus ou moins accentuée. Mais la fragilité naturelle des hématies du nouveau-né, quoique discutée, est bien connue; et de plus, l'administration de transfusions antérieures peut perturber le test.

Bernheim insiste donc sur les difficultés d'interprétation des signes biologiques. D'autres ont été proposés, mais le diagnostic de la maladie de Minkowski-Chauffard dans sa forme néonatale reste délicat, et sera parfois posé après avoir éliminé les autres causes d'ictère et d'anémie.

Le traitement

Outre les transfusions habituelles, l'ex-sanguino transfusion et la splénectomie sont les deux principales indications thérapeutiques

1) *L'ex-sanguino* ne constitue qu'un traitement symptomatique et permet de prévenir les complications neurologiques de l'ictère nucléaire. Ses indications sont variables selon les auteurs; certains la pratiquent lorsque le taux de bilirubinémie indirecte s'élève qu'au delà de 20 mg., d'autres préfèrent baser leur conduite sur la courbe évolutive des bilirubinémies indirectes.

2) *La splénectomie* a été l'objet de nombreuses publications ces dernières années, en raison des accidents infectieux survenants dans les mois ou les années suivant l'intervention. L'indication de la splénectomie ne s'est pas encore posée pour notre cas; de simples transfusions réparatrices ont été pour l'instant suffisantes, après sept mois d'évolution (nombre de transfusions).

3) Dans le cadre de la maladie de Minkowski-Chauffard, retenons les conclusions de Bernheim: la splénectomie, restant notre seule arme efficace vis-à-vis de la tare sphérocytaire, doit être décidée sans arrière-pensée devant des troubles sévères et récidivantes. La splénectomie peut être réalisée précocement en attendant, si possible, le second ou troisième semestre de la vie.

L'opéré doit faire l'objet d'une surveillance particulière au cours de l'année qui suit l'intervention; tout épisode infectieux sera prévenu, dépisté et traité avec le maximum d'efficacité. L'injection préventive de gamma-globulines ne paraît pas justifiée dans l'état actuel de nos connaissances.

Résumé

Les auteurs tirant avantage d'un cas difficile de diagnostic, en profitent pour reviser la littérature à date. Ils résument les signes cliniques à un trépied, ictère, anémie, splénomégalie, et suggèrent trois traitements: l'échange-transfusion à la naissance, les transfusions simples et la splénectomie.

Summary

The authors describe a case of spherocytic anemia at birth and also revise present literature on the subject. The clinical symptoms are usually icterus anemia and an enlarged spleen. They discuss the indications of exchange-transfusion, transfusion and splenectomy.

BIBLIOGRAPHIE

Marcel LELONG, D. ALAGILLE, G. DORMONT: La forme ictérique néonatale de la maladie de Minkowski-Chauffard. *Arch. Françaises de Pédiatrie*, **16**: 577, 1959.

M. BERNHEIM, R. FRANÇOIS, O. MOURIQUAND, D. GERMAIN, M. HERMIER: Les manifestations néonatales de la maladie de Minkowski-Chauffard. *Ann. de Pédiatrie*, **37**: 476, 1960.

NELSON: *Textbook of Pediatrics*, 7e édition. Saunders, édit., 1960.

DE L'IMPORTANCE DE LA VISITE PRÉ ET POST-ANESTHÉSIQUE

Gaston CARIGNAN,
Service d'Anesthésie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Depuis la dernière guerre, la recherche clinique et expérimentale, la découverte des curares et l'application de nouvelles techniques, ont révolutionné l'anesthésie. Quantité d'interventions chirurgicales jugées impossibles il y a à peine quinze ans, sont maintenant réalisables et avec succès.

Un nombre encore important d'individus, identifie l'anesthésiste, les uns avec un masque imbibé d'éther et de chloroforme, les autres, un peu plus évolués, avec une seringue de penthothal. La plupart ignore que l'anesthésiste moderne doit connaître et manier des appareils susceptibles de causer des accidents, s'il ne peut en déceler les imperfections. Les agents anesthésiques sont plus nombreux et plus puissants, ils demandent plus de connaissances et plus de doigté de la part de ceux qui doivent les administrer. L'anesthésie que doit recevoir le malade est en fonction de l'opération qu'il doit subir et la technique à suivre pour maintenir l'anesthésie sera influencée par la technique opératoire elle-même. D'où, chaque futur opéré doit être examiné par l'anesthésiste pour établir les bilans psychique, physique, physiologique et biologique du malade. De là, l'importance de la visite pré-anesthésique.

Visite pré-anesthésique

L'anesthésiste ne se présente pas au chevet du malade pour une simple visite de courtoisie. Il s'y rend à titre de consultant. Il doit porter une attention spéciale aux problèmes posés par les vieillards, les cardiaques, les insuffisants respiratoires, les débiles et les traumatisés.

Il ne s'est à peine présenté, que déjà le patient lui fait part de ses craintes, non pas sur les dangers opératoires mais sur les dangers anesthésiques. Tel patient garde peut-être un mauvais souvenir d'une anesthésie générale ou régionale antérieure. Il sied alors à l'anesthésiste de faire préciser les incidents malheureux qui ont accompagné ou suivi cette expérience antérieure. Il s'agit le plus souvent, par ordre de fréquence, de nausées, vomissements, céphalées, plus rarement de perte de mémoire et d'algies. Avec l'anesthésie moderne, nous pouvons facilement diminuer et même supprimer les premiers, prévenir les seconds.

Dès cette prise de contact, l'anesthésiste peut évaluer le psychisme de son patient, son état d'anxiété. Il doit par la même occasion, le rassurer et lui expliquer son rôle dans le travail d'équipe avec le chirurgien. Il peut même discuter du genre d'anesthésie possible.

Une incursion dans les antécédents personnels permet à l'anesthésiste d'explorer les séquelles possibles de maladies antérieures qui peuvent fournir d'importants renseignements sur les médicaments pris par le patient et par ricochet éviter à celui-ci des synergismes ou des antagonismes désastreux. Retenons, entr'autres, les corticoïdes. S'ils ont été administrés d'une façon régulière de trois à six mois avant l'intervention proposée, il faut administrer de la cortisone la veille et le matin de l'intervention en quantité suffisante pour éviter une hypotension grave lors de l'induction et de la maintenance par des agents anesthésiques. Si le patient a reçu ou reçoit des tranquillisants ataraxiques, il s'agit peut-être d'un hyperémotif, d'un psychosé ou d'un hypertendu. Dans ce cas, une anesthésie régionale pourrait être mal supportée par le patient. La coopération nécessaire du patient pour réussir cette technique pourrait laisser à désirer. De plus, connaissant l'effet potentialisateur des ataraxiques, il faudra diminuer la prémédication.

Le patient prend-il des anti-histaminiques? Si oui, il possède un terrain allergique. A-t-il déjà fait des réactions aux anesthésiques, à une transfusion, à des détergents? Prend-il régulièrement de la digitale, des barbituriques, des extraits thyroïdiens, pour traiter soit son cœur, soit son petit-mal ou son hypothyroïdie?

L'interrogatoire sur les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire est très important pour l'appréciation du risque. C'est pourquoi, l'anesthésiste doit pouvoir déceler les troubles ou les états morbides qui peuvent être néfastes au cours de l'intervention. Citons, par exemple, la fibrillation auriculaire qui peut devenir le point de départ d'une embolie pulmonaire; les aortites qui peuvent être suivies d'un collapse cardio-vasculaire lors d'un changement de position; les infarctus anciens, les insuffisances cardiaques grades I et II, l'hypertension artérielle.

Certaines affections du système respiratoire, considérées comme entité négligeable par le patient, sont parfois des causes d'embêtement pour l'anesthésiste. Dans notre pratique quotidienne, il nous arrive de déclencher par quelques centimètres cubes

de pentothal des spasmes bronchiques et bronchiolaires violents qui ne cèdent qu'à l'administration rapide de broncho-dilatateur. Une enquête ultérieure révèlera alors un bronchitique chronique, un allergique respiratoire, un asthmatique ou un bronchiectasique.

Les autres systèmes comportent peu de difficultés pour l'anesthésiste. Cependant, les maladies des glandes endocrines telles la thyrotoxicose, le diabète, le syndrome de Cushing, le phéochromocytome, la myasthénie grave, les hypophysectomisés doivent faire le sujet d'une discussion avec l'interniste qui traite le malade.

Nous possédons déjà une foule de renseignements. Un examen physique sommaire nous aidera à préciser la nature des troubles subjectifs du patient. L'auscultation du cœur, des poumons et la prise de la tension artérielle sont de rigueur. Il faut aussi évaluer l'état d'hydratation du patient, les infections cutanées, les malformations, l'aspect du malade et sa coloration. On recherchera la présence de varices qui peuvent favoriser l'apparition de phlébites post-opératoires. On étudiera l'état du réseau veineux pour apprécier la facilité des injections intra-veineuses dont l'importance est maintenant considérable tout au long de la période chirurgicale.

Il nous reste par la suite, à compléter notre investigation par l'examen du dossier qui peut encore nous révéler des inconnus.

L'anesthésiste, s'il le juge nécessaire, se doit aussi de demander certains examens de laboratoire qui pourraient l'éclairer davantage sur l'appréciation du risque. Un nombre encore trop imposant de patients de plus de 50 ans ayant présenté des épisodes vagues de douleurs pré-cordiales, arrivent à la salle d'opération sans E.C.G. La formule sanguine, la glycémie, l'azotémie et l'examen des urines doivent être demandés de routine avant chaque opération. S'il s'agit d'une intervention majeure, la groupement sanguin doit être inscrit sur le dossier du malade.

Nous connaissons maintenant assez bien le malade pour ordonner une prémédication adéquate. La prémédication a pour but de procurer au malade une bonne sédation la veille et le matin de l'opération, sans déprimer sa respiration. De plus, nous ajoutons un parasympathicolitique pour diminuer les sécrétions des glandes salivaires et des voies respiratoires, pour couper les réflexes vagaux, Un analgésique nous permettra une induction plus facile.

Depuis la dernière décade, nous disposons de médicaments tranquillisants ataraxiques qui sont de précieux adjuvants dans la prémédication. Plusieurs théories ont été suggérées concernant le mode d'action de ces agents. La plus probable, situerait le site d'action dans le sous-cortex du cerveau, particulièrement dans l'hypothalamus et le système réticulé. Il semblerait qu'en inhibant la transmission d'influx nuisibles, moteurs, sensitifs ou psychiques, les ataraxiques atténueraient la tension nerveuse, et de ce fait l'appréhension et l'anxiété. Les plus employés, des anesthésistes, sont ceux du groupe phénothyazine.

La plupart diminue l'incidence des vomissements post-opératoires, incident important dans la chirurgie du cerveau, de l'oeil et dans les réparations de plaies de la figure. Toutefois, il faut éviter leur emploi dans certains cas bien spécifiques. Chez l'insuffisant cardiaque, ils peuvent provoquer une décompensation fatale; interdiction absolue dans le coma diabétique, barbiturique et éthylique. Chez les déprimés, ils risquent d'augmenter la dépression. Un surdosage cause habituellement une dépression du système respiratoire et cardiovasculaire, une hypotension posturale, de l'hypothermie. Dans la chirurgie abdominale, plusieurs chirurgiens interdisent l'emploi du largactil qui aurait pour effet de prolonger l'ileus paralytique post-opératoire.

Enfin, avant d'appliquer la prémédiation, il faut d'abord et avant tout tenir compte du poids et de l'état général du patient s'il s'agit d'un enfant; de l'âge, du tempérament et de l'état général s'il s'agit d'adulte.

Visites post-anesthésiques

Beaucoup d'hôpitaux ont une Salle de Réveil dans le bloc opératoire qui reçoit les opérés au sortir de la salle d'opération. Cette première phase de réanimation fait l'objet d'une surveillance soutenue dont le premier responsable est l'anesthésiste. Au cours de ses visites, l'anesthésiste doit se rendre compte de l'état d'éveil du patient. L'étude de la feuille d'anesthésie le renseignera sur le type d'anesthésie, l'agent anesthésique employé, l'association d'ataraxiques ou de narcotiques, l'adjonction de curares.

L'étude du pouls et de la tension artérielle est de première importance. Les fluctuations de la courbe en hyper doivent faire éliminer: soit l'accumulation de CO_2 par mauvaise ventilation causée par dépression respiratoire, encombrement trachéo-bronchique ou par douleurs, excès de vaso-presseurs ou de liquides. Il faut remarquer une hypo-

tension progressive consécutive à une hémorragie interne, un mauvais pansement compressif. Les drainages, l'état des pansements doivent être l'objet d'une surveillance continuelle. Lorsque le patient a récupéré divers réflexes tels les pharyngés, les conjonctivaux, qu'il réagit à de légères stimulations et mieux encore lorsqu'il peut exécuter des ordres simples comme ouvrir et fermer les yeux, tirer la langue et enfin que sa tension artérielle et le pouls sont stables, on peut alors le faire reconduire à sa chambre.

Les visites faites au patient le lendemain de l'opération sont souvent riches de renseignements de toutes sortes. Elles sont souhaitables pour toutes les interventions mineures, elles sont nécessaires et indiscutables chaque fois qu'il y a une complication anesthésique per ou post-opératoire.

Ces visites sont un réconfort moral pour le patient et quelles que soient les éventualités, elles marquent l'intérêt que leur porte l'anesthésiste. Souvent lors de ses visites, l'anesthésiste peut calmer l'appréhension du patient au sujet de tels malaises comme les nausées, la céphalée, les algies, les érythèmes allergiques, les maux de gorge et les ecchymoses. Par contre, s'il y a complication plus grave comme l'atélectasie, les troubles neurologiques, psychiques ou autres, il devra accepter ses responsabilités et suivre le traitement et l'évolution de ces complications d'accord avec le médecin traitant.

Conclusion

Ces dernières années, la mortalité per et post-opératoire s'est nettement améliorée malgré la gravité des opérations dont la chirurgie du cœur, la chirurgie pulmonaire et le neuro-chirurgie. Ceci est dû pour une grande part au développement de l'anesthésie qui a dû se perfectionner pour pouvoir s'adapter aux problèmes créés par les progrès de la chirurgie.

Pour tous les cas électifs, le malade doit se présenter à la salle d'opération bien équilibré et demeurer durant et après l'opération dans un état physiologique le plus près de la normale.

Les visites pré-anesthésiques au cours desquelles l'anesthésiste fait un bilan complet de l'état du malade peuvent concourir à garder cet équilibre par le choix rationnel d'une technique et d'agents anesthésiques appropriés.

Summary

Notwithstanding the magnitude of present-day surgical procedures, the decline in operative and post-operative mortality rates demonstrated in recent years has been notable. In large measure, this significant decrease in mortality rates may be attributed to the realisation of concomitant advances in the realm of Anaesthesia to meet the challenge of modern surgical technique.

In order to diminish operative and post-operative risk to a minimum, and to preserve a near normal physiological state regardless of the nature of surgical aggression, all elective cases must receive adequate medical preparation before surgery.

The thorough pre-operative assessment of the patient by the Anaesthetist and the appropriate selection of anaesthetic agents and techniques contribute to the safety of the patient undergoing surgery.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. E. KERCHER: Tranquillizing Drugs in Psychiatry. *Med. Service J.*, **16**: 631 (août) 1960.
2. Allen B. DOBKIN: Efficacity of Ataractic Drugs in Clinical Anaesthesia: A review. *Canad. Anaesth. Soc. J.*, **5**: 117 (avril) 1958.
3. Ronald A. MALT: Effect of preanesthetic Medication on Cardiovascular Force. *Anesthesiology*, **19**: 353 (mai-juin) 1958.
4. J. GRENIER et R. RUELLAND: Iléus paralytique et chlorpromazine. *Laval Médical*, **27**: 600 (mai) 1959.
5. N. DU BOUCHET et J. LE BRIGAND: Anesthésie et réanimation. Edition Médicale Flammarion, Paris, 1957.
6. Otto C. PHILLIPS: The Anesthesiology Department of a Private Hospital. Problems of Organization and Development. *Anesthesia and Analgesia*, **37**: 379 (nov.-déc) 1958.

CORRESPONDANCE

LETTRE DES ÉTATS-UNIS

L'un des chapitres les plus intéressants de la médecine moderne est celui de la substitution de certains organes par des appareils de prothèse. Certes, les appareils de prothèse artificielle sont employés depuis longtemps pour remplacer les parties externes du corps, mais ils sont d'un usage relativement récent pour la substitution des organes internes. Suivant une communication faite le 2 mai 1961 dans « l'University of California Clip Sheet », **l'implantation dans le coeur d'une valvule artificielle a été couronnée de succès.** *Avant l'opération, le malade présentait un état cardiaque alarmant dû à une lésion aortique d'origine rhumatismale. Huit mois après l'implantation de la valvule artificielle, son invalidité cardiaque a considérablement diminué et on considère qu'elle comporte un excellent pronostic. La mise au point de cette valvule artificielle a été le résultat de cinq années de recherche et sa valeur réelle ne pourra être établie définitivement qu'à la suite d'études prolongées chez un plus grand nombre des malades. Bien que le résultat obtenu soit plein de promesses pour l'avenir, il n'est pas envisagé, pour le moment, d'utiliser cette prothèse dans les cas où l'insuffisance aortique peut être traitée par les moyens classiques.*

* * *

P. M. Johnson et ses collaborateurs ont décrit, lors de la 61ième réunion annuelle de l'« American Roentgen Ray Society » qui s'est tenu récemment à Atlantic City, **un procédé nouveau pour « voir » la rate.** *Il n'était pas possible auparavant de concentrer dans la rate d'une substance radio-active permettant de l'examiner aux rayons-X. La méthode décrite par les auteurs permet de concentrer une substance radio-active, le chromium-51, dans la rate normale ou malade. Cette méthode ouvre des horizons nouveaux à l'étude du fonctionnement, non seulement de la rate, mais aussi du foie. L'an dernier, l'utilisation de ce procédé chez 30 malades s'est révélée être sans danger.*

* * *

Un antibiotique qui semble, à la fois, être un amibicide puissant et posséder une activité antibactérienne étendue, **la paromomycine (Humatine), s'est montré des plus efficaces dans le traitement de l'amibiase intestinale aiguë.** *Dans le numéro de novembre de l'« Antibiotic Medicine and Clinical Therapy » (7: 681, 1960), A El Sheikh rapporte les résultats du traitement de 62 malades atteints d'amibiase intestinale aiguë par l'Humatine, administrée pendant 5 jours, à la dose de 25 mg. par kilo et par jour. La guérison fut obtenue dans 60 cas, y compris 5 cas qui nécessitèrent une répétition du traitement. La paromomycine agit à la fois contre les amibes et contre les bactéries associées. Le traitement ne s'est accompagné d'aucun effet défavorable au niveau du système hématopoïétique, des reins ou du foie.*

Les médecins présents à la réunion qui a eu lieu à Bal Harbour, en Floride, à l'occasion du dixième anniversaire de l'« American College of Obstetricians and Gynecologists », ont pu assister à la présentation, à la télévision, d'une technique gynécologique nouvelle. J. H. Ferguson et ses collaborateurs ont mis au point **un procédé permettant de prélever, au niveau du col utérin, une quantité de tissu suffisante pour permettre un diagnostic précis de cancer ou de toute autre affection de cet organe.** *La technique employée permet une grande précision dans les résultats, s'accompagne raement de complications et le saignement, pendant ou après le prélèvement, est négligeable. Le procédé est sans danger et a même pu être utilisé, avec certaines légères modifications, chez une femme enceinte, sans complication pour la mère ou l'enfant.*

W. R. Eyler a décrit, au cours d'une communication faite à Cincinnati, à la « Radiological Society of North America », **une excellente méthode pour déceler la calcification des valvules cardiaques.** *Cette méthode, appelée laminographie, consiste, en fait, à rendre visible à la radiographie, les différentes couches ou sections du tissu cardiaque. La laminographie est des plus utiles lorsque le malade a un gros coeur ou présente un épanchement pleural important. Elle sert aussi: 1) à confirmer un diagnostic radioscopique quand la lecture de celui-ci est difficile; 2) à distinguer les calcifications valvulaires des autres calcifications; enfin, et ce qui est peut-être sa plus grande utilité, à identifier les calcifications valvulaires multiples.*

* * *

60 malades atteints de maladie de Ménière ont été traités avec succès par les ondes ultra-sonores. *Jusqu'à présent, dans les cas où le traitement médicamenteux ne donnait pas de bons résultats, il fallait recourir à la chirurgie qui, en détruisant l'oreille interne, rendait inévitable la perte de l'ouïe. Dans le « Journal of the American Medical Association » du 22 avril (176: 215, 1961), F. Altman communique la disparition des vertiges chez 80% de ces 60 malades à la suite du traitement par les ultra-sons. Le nouveau procédé comporte la pose d'un applicateur spécial le long du canal semi-circulaire latéral, mis à jour par une incision mastoïdienne. La destruction de l'oreille interne est alors obtenue par le passage des ondes ultra-sonores. L'ouïe n'est pas altérée par le traitement et même parfois légèrement améliorée par suite de l'atténuation des bruits internes de l'oreille.*

* * *

J. P. McGovern rapporte dans le « Journal of the American Medical Association » du 1er avril 175: 1155, 1961) **l'apparition d'un nouveau problème sanitaire posé par une chenille venimeuse dans le sud des Etats-Unis.** *La chenille, appelée parfois « hérissone », possède de nombreux piquants qui libèrent un poison au contact. Chez l'homme, la piqûre peut provoquer une douleur locale aiguë, un gonflement de la céphalée, un véritable état de shock et des convulsions. Etant donné la sévérité des symptômes, il n'est pas impossible que la piqûre puisse entraîner la mort, bien qu'aucun cas de mort n'ait été signalé jusqu'ici. Environ 2,130 cas de piqûres par cette chenille venimeuse ont été signalés dans la partie sud-est du Texas au cours de l'été 1958. Le nombre des chenilles semble augmenter périodiquement et de manière considérable tous les 4 ou 5 ans.*

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. BEERENS: Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

R. BARNES et W. W. SCHOTTSTEADT: **L'influence de l'état émotif sur l'excrétion de l'eau et des électrolytes chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.** *(The relation of emotional state to renal excretion of water and electrolytes in patients with congestive heart failure.)* "Am. J. of Med.", **29:** 217, 1960.

Une corrélation franche entre certains états d'esprit et l'apparition d'insuffisance cardiaque avait déjà été démontrée dans des travaux antérieurs.

Il s'agissait de démontrer que certains états d'esprit, autre que la colère, la honte ou la peur, pouvaient avoir un effet déterminé sur l'apparition de l'insuffisance cardiaque en favorisant la rétention d'eau et d'électrolytes.

Huit patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque furent choisis; ceux-ci, une fois rétablis à un état de compensation furent soumis à une étude minitieuse. D'abord, études métaboliques: dosages des liquides et du sodium ingérés et excrétés; et enfin, complètement à part, des observations quotidiennes sur l'état d'esprit des patients.

Les résultats compilés en moyenne pendant vingt jours, montrent une diminution des liquides excrétés, mais encore plus de sodium excrété, quand les patients étaient dans des états anxieux ou déprimés. Des dosages du potassium ne montrèrent aucune fluctuation importante.

Si vraisemblablement une telle relation existe, elle prendrait d'autant plus d'importance que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque sont souvent exposés à l'anxiété ou à la dépression.

P. E. BERTRAND.

E. CORDAY et J. H. WILLIAMS: **Etudes directes de la circulation du cerveau, du coeur, du rein et du foie pendant l'état de choc et l'administration de vaso-constricteurs.** *(Effect of shock and of vasopressor drugs on the regional circulation of the brain, heart, kidney and liver.)* "Am. J. of Med.", **29:** 228, 1960.

L'usage des Vaso-constricteurs pour combattre les états de choc, étant de plus en plus répandu de nos jours, il convenait d'établir directement leur action sur la circulation des divers organes principaux.

L'étude fut fait sur 46 chiens chez lesquels on canulait une ratère coronaire, une carotide, une veine rénale, l'artère hépatique et la veine porte; ou enregistrait simultanément le débit de ces vaisseaux alors que l'animal était en choc et ensuite sous vaso-constricteurs.

Pendant l'état de choc le débit rénal et splanchique diminue considérablement en faveur du débit cérébral et cardiaque; celui-ci diminue aussi, mais moins.

Après l'administration de vaso-constricteurs, le flot sanguin augmentant au cerveau, au cœur et légèrement dans l'artère hépatique, il continue à diminuer dans la veine portale et au rein. La circulation portale et rénale ne revient à la normale que lorsqu'on cesse les vaso-constricteurs. Ceux-ci ne feraient donc qu'accentuer la réponse normale de l'organisme au choc.

D'où l'effet dangereux d'ischémie hépatique ou rénale si on abuse de ces substances.

P. E. BERTRAND.

Arne FRETLAND: **Thrombocythémie essentielle, avec anémie importante et évolution rapide.** "Le Sang", **4:** 349, 1960

Cet article concerne un cas de thrombocythémie essentielle. La malade, âgée de 78 ans, est admise à l'hôpital en octobre 1958. Contrairement à ce qui est signalé jusqu'ici dans la littérature, elle avait une importante anémie et l'évolution de la maladie a été brève.

Aucune histoire d'hémorragie et d'anémie n'a guère répondu aux thérapeutiques classiques. Aussi, la malade a-t-elle eu, à titre symptomatique, plusieurs transfusions. La malade meurt 11 mois après l'admission

A l'admission, 1,600,000 plaquettes/mm^3 dans le sang périphérique et on a noté une augmentation considérable des mégacaryocytes dans la moelle sternale. Au cours de la maladie, le chiffre des plaquettes descendit à des valeurs normales et subnormales.

Malgré tout, à l'autopsie: Augmentation considérable des mégacaryocytes dans la moelle osseuse.

Anthony ALCINDOR.

ELLENBERG et BOOKMAN: **Diabète avec diarrhée et stéatorrhée (Sprue).** *(Diabetic diarrhea with malasorption syndrome.)* "Diabetes", **1:** 14, 1960.

1 — Deux patients diabétiques de longue date développent une diarrhée avec stéatorrhée, lésions radiologiques du Tractus digestif, amaigrissement, etc., bref diabète et sprue.

2 — Après l'échec des Rayons-X classiques, réponse dramatiquement favorable avec cortisone.

3 — Discussion de la pathogénie. Suggestion de l'auteur.

Antony ALCINDOR.

KORELITZ et JANOWITZ: **Dilatation du côlon: complication grave de la côlite ulcéreuse.** *(Dilatation of the Colon, a Serious Complication of Ulcerative Colitis.)* "Ann. Int. Med.", **53:** 153 (juillet) 1960.

Aux complications naturelles et connues de la colite ulcéreuse (perforations — abcès péricolonique — péritonite — hémorragie massive — carcinome) s'ajoute la dilatation rapide et considérable avec extrême toxicité du côlon. On constate que cette complication coïncide avec l'apparition de la corticothérapie.

Seize patients au cours de 19 épisodes aigus sont étudiés dans cet article au point de vue clinique, radiologique, pathologique et thérapeutique.

La dilatation du côlon survient au cours d'une exacerbation de la maladie, elle devient évidente après l'apparition des symptômes toxiques; d'ailleurs tous les patients ici étaient fébriles, toxiques, déshydratés, la plupart d'entre eux en tachycardie, anémiques, hypotendus. Les bruits intestinaux étaient hypotoniques ou absents: un abdomen tendu et silencieux est un signe imminent de perforation. Une selle sanglante ou non coïncide souvent avec la distension.

Au point de vue radiologique une dilatation importante du transverse avec les signes habituels de colite ulcéreuse grave est pathognomonique, fait à remarquer le rectum n'est jamais touché par cette distension.

Le diagnostic différentiel se fait avec l'ileus paralytique, l'obstruction côlonique, la dilatation sentinelle de la pancréatite aiguë, la dilatation du grêle dans l'iléo-jéjunite, la dilatation du côlon dans la sprue.

Les ulcérations multiples de la côlite ulcéreuse atteignent jusqu'à la muscularis, les perforations sont rares; les auteurs ont remarqué une destruction des ganglions de la sous-muqueuse et musculeuse.

Cette atteinte ganglionnaire est-elle spécifique et responsable de la dilatation du transverse, ou doit-on l'attribuer à une hypopotassémie, problème non résolus par les auteurs.

Et pourquoi le transverse comme site l'élection? Est-ce la laxité de son mésentère qui fait emprisonner les gaz entre les deux angles spléniques et hépatique à la faveur d'un amincissement de la paroi.

Des 16 patients, 5 subirent un traitement médical aux antibiotes, liquides et électrolytes, intubation par long tube et stéroïdes. 3 furent améliorés, 2 durent subir une colectomie, les autres subirent un traitement chirurgical: iléostomie et colectomie sub-total, ou décompression par cécostomie. Tous furent améliorés, un décès post-opératoire.

Tous reçurent des stéroïdes, ceux-ci sont-ils la cause de la distension, mais nous n'avons aucune preuve à offrir, disent les auteurs.

Voici leurs conclusions: la dilatation du côlon est grave, on doit d'abord décomprimer le patient par intubation par long tube, la décision d'intervenir est très difficile, quand la perforation est imminente, il faut procéder.

Il est établi que les stéroïdes sont bons dans l'exacerbation de la maladie mais ils nuisent au processus de guérison.

Donc 1° Si une dilatation toxique survient chez un patient déjà aux stéroïdes, il faut continuer les stéroïdes et intuber; si aucun succès ne vient il faut opérer en continuant les stéroïdes avant comme après l'opération.

2° Si une dilatation toxique survient chez un patient qui ne reçoit pas de stéroïdes et si on soupçonne une perforation, ne pas donner de stéroïdes; quand on croit que la perforation n'est pas encore survenue, les stéroïdes peuvent améliorer de façon dramatique l'état du patient, on peut intuber prudemment.

3° Le patient en colite ulcéreuse aiguë et fulminante avec ulcérations profondes prouvées au lavement baryté ne doit pas recevoir de stéroïdes.

P. MASSICOTTE.

Wesley W. SPINK: **Thérapie par les adrénocorticostéroïdes chez certains patients ayant des maladies infectieuses.** *(Adrenocortical stéroids in the management of selected patients with infectious diseases.)* "Ann. Int. Med.", **53:** 1 (juillet) 1960.

Il ne fait plus de doute que l'A.C.T.H. et les corticoïdes apportent fréquemment chez les patients atteints d'infections graves une amélioration immédiate dramatique mais ces médicaments restent dangereux en vertu même des inconvenues qui planent sur leur mécanisme d'action.

Une étude faite à l'Université du Minesota Medical Center entre 1950-1959 sur 81 patients choisis a donné les résultats exposés ici:

38 d'entre eux étaient atteints de collapsus vasculaire périphérique aigu dû à des infections accablantes à bactéries Gram négatif. (Coli-pseudomonar-méningo-Salmonella ainsi qu'à Staphilo et un L.E. compliqué de septicémie et à Clostridia).

43 autres patients étaient atteints de réactions inflammatoires indésirables en présence d'infections graves dont 9 réactions médicamenteuses (aux antibiotiques surtout) les autres, (mononucléose infectieuse compliquée (encéphalo-méningite ou d'ictère, oreillons aussi compliquée d'encéphalo- méningite avec ou sans orchite, brucellose, T.B., R.A.A., hépatite).

En première analyse, il ressort de cette étude que les stéroïdes administrés le furent en doses importantes et que la fonction surrénalienne de ces patients étaient habituellement normale mais insuffisante en présence de stress grave.

1° Le premier groupe, (38 patients) atteint de choc dû à l'infection présentaient un état mal compris dit de « choc bactérien », les auteurs rapportent quelques expériences sommaires effectuées sur le chien; — la seule référence connue est le syndrome de Waterhouse-Frederickson bien que l'hémorragie intra-surrénalienne fut rare chez les patients étudiés, de même que les troubles marqués de la fonction surrénalienne.

Dans ce premier groupe, 25 furent atteints d'infection à bactéries Gram (nég.) (coli-pseudomonar et protéus), 17 d'entre eux moururent, fort avancés en âge d'ailleurs; les facteurs principaux qui contribuèrent au décès furent d'abord la défaillance rénale, ensuite la rétention d'urine, les infections urinaires, les cathétérismes vésicaux et les opérations.

Voici les traitements utilisés: antibiotes, infusion de sang, plasma, sérum glucosé et salin vaso-constricteurs, corticoïdes et O_2.

Notons qu'au stage initial du « choc bactérien ou endotoxique » nous assistons à une vaso-constriction importante suivie d'une vaso-dilatation, une chute de la tension artérielle avec « pooling » du sang du côté veineux.

Les auteurs font remarquer que dans le traitement du choc par les vaso-constricteurs (norepinéphrine ou métaramisol) il faut s'exercer chez les normotendus à maintenir la T.A. à 90.

Quant aux corticoïdes, des doses de 300 à 500 mg. d'hydrocortisone I.V. aux 12 heures pendant deux ou trois jours furent nécessaires.

Une monographie de la plupart des patients suit: sur 38, 23 moururent, âgés pour la plupart, 15 furent améliorés; la pathogénie du choc et le mécanisme d'action des corticoïdes restent un mystère.

2° Les deuxième groupe 43 patients présentaient des réactions inflammatoires indésirables en présence de maladies infectieuses.

L'inflammation est habituellement reconnue comme un facteur essentiel de la défense normale de l'organisme contre l'infection mais il arrive parfois que l'inflammation soit nuisible, ainsi les réactions inflammatoires au niveau des valvules mitrales ou des articulations dans le R.A.A. Souvent il s'agit de type retardé d'hypersensibilité microbienne acquise, la T.B. par exemple.

Les patients étudiés ici étaient dans un état fébrile et toxique critique: atteints de mononucléose infectieuse avec encéphaloméningite, d'oreillons, aussi avec encéphaloméningite avec ou sans orchite, de T.B. de brucellose, de R.A.A., d'hépatite, de trichinose et de méningite à pneumo.

Le traitement aux corticoïdes ajouté au traitement spécifique de la maladie en question a amélioré tous les patients sauf quelques cas désespérés: tuberculeux âgés présentant ulcère rectal ou L.E. discoïde, méningitique à pneumo.

Les patients présentant des réactions médicamenteuses (pénicilline pour la plupart) ont tous été guéris par les corticoïdes.

L'hydrocortisone a été le médicament de choix; d'ailleurs dans les infections avec choc il fallait utiliser un stéroïde rapidement métabolisable: l'hydrocortisone fut ainsi donnée à raison de 500 à 1,000 mg. I.V. par 24 heures en deux ou trois doses pendant 4 à 5 jours.

Quand de fortes doses sont ainsi administrées en peu de temps, il n'est plus besoin de retirer le médicament graduellement ou d'ajouter de l'A.C.T.H

Dans les réactions inflammatoires en présence d'infection, les auteurs ont aussi donné dans les cas critiques de l'hydrocortisone I.V. 100 à 200 mg. aux 8 à 12 heures; dans les cas moins graves les corticoïdes furent administrés par la bouche; rarement crurent-ils nécessaire de produire une stimulation additionnelle de cortex surrénalien par l'A.C.-T.H.

Enfin les effets secondaires indésirables des corticoïdes furent à peu près nuls en raison de la brièveté du traitement même si des doses importantes furent parfois utilisées.

P. MASSICOTTE.

A. VACHON, C. BESSET, H. BRONDEL et B. HERNETTE: **La lithiase pancréatique — Données anatomiques, cliniques et biologiques. Possibilités thérapeutiques actuelles.** "La Rev. Lyonnaise de Méd.", **9:** 1105 (30 déc.) 1960.

A propos de 15 observations personnelles sont exposées des notions concernant l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes cliniques et biologiques qui servent de base au diagnostic et à la thérapeutique de la lithiase pancréatique.

Du point de vue étiologique le rôle de l'alcoolisme, la prédominance masculine, sont soulignés et la place de la pancréatite primitive, secondairement lithogène, à côté de la pancréatite secondaire par stase canaliculaire est discutée.

Du point anatomique, il faut retenir à côté de la sclérose du tissu parenchymateux frappant les acini et les ilôts Langerhansiens, la distension canaliculaire due à la rétention pancréatite et la constitution de kystes, dépendant du même facteur, et de pseudo-kystes par nécrose pancréatique.

La localisation des calculs permet d'opposer les lithiases localisées de la moitié droite et les lithiases diffuses souvent secondaires à un empierrement progressif qui se fait de droite à gauche, notion qui à côté des lésions anatomiques secondaires à la stase, plaide en faveur des interventions d'exérèse précoce par pancréato-duodénectomies céphaliques.

Sur le plan clinique, la lithiase beaucoup plus fréquemment et précocement que les pancréatites chroniques non calcifiantes, associe aux manifestations douloureuses des signes traduisant le dysfonctionnement pancréatique.

La stéatorrhée clinique ou décelée par l'examen des selles est fréquente et la lithiase est de beaucoup la plus diabétogène des affections pancréatiques (67% dans notre statistique personnelle qui sur 15 cas comporte 2 diabètes précoces et sévères).

Bien que rares (3 sur 15) les formes analgiques, généralement décelées par des signes de dysfonctionnement pancréatique, doivent être connues.

Parmi les nombreux examens de laboratoire habituellement utilisés, les plus fidèles concernent la mise en évidence des troubles de la glycorégulation et de la digestion lipidique.

C'est dans ce cadre que prend place l'épreuve utilisant les graisses marquées à l'I 131 et la comparaison des courbes à l'acide oléique et à la trioléine.

Les différents types d'opérations proposées, qui doivent s'adapter aux conditions anatomiques — interventions indirectes portant sur les voies biliaires ou le splanchnique, interventions pancréatiques de drainage ou d'exérèse — sont exposées avec leurs indications respectives.

Guy ALBOT.

André PARAF et B. BONNEVILLE: **Etude clinique des thromboses spléno-portales.** "Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris", **76:** 1281 (2 déc.) 1960.

Etude de 54 cas de thromboses spléno-portales diagnostiquées 44 fois par splénoportographie, 3 fois par hépatoportographie rétrograde chez des sujets splénectomisés, 7 fois par iléoportographie per-opératoire.

Au point de vue topographique, les 54 observations se répartissent ainsi: 19 thromboses spléniques, 21 thromboses portales, 14 thromboses spléno-portales diffuses.

Contrairement aux données classiques, l'ascite est rare, 10 fois sur 35 thromboses portales.

La circulation veineuse sous-cutanée abdominale est exceptionnelle, 5 fois sur 54.

Les douleurs abdominales (18 fois sur 54) et la fièvre, (12 fois sur 54) ont une grande importance diagnostique, surtout quand ces deux symptômes sont associés réalisant le syndrome « fièvre-douleurs abdominales » inexpliqué.

La splénomégalie est presque constante dans les thromboses portales et spléno-portales diffuses. 32 fois sur 35. Au contraire, la splénomégalie est rare, 6 fois sur 19, dans les thromboses de la veine splénique.

Les hémorragies digestives sont fréquentes, 30 fois sur 54, sur l'ensemble de cette série; mais elles sont rares dans les thromboses de la veine splénique (6 sur 19), elles sont très fréquentes dans les thromboses portales (17 sur 21, soit dans 80 p. 100 des cas), elles sont moins fréquentes dans les thromboses spléno-portales diffuses (7 sur 14).

Guy ALBOT.

L. L. LOWBEER: **Tumeurs extra-pancréatiques produisant de l'hypoglycémie.** *(Hypoglycemia-producing Extrapancreatic Neoplasms.)* "Am. J. C. Path.", **35:** 233-43, 1961.

C'est une revue des néoplasmes qui s'accompagnent d'hypoglycémie. Il y a 25 tumeurs mésodermiques et 23 tumeurs épithéliales rapportées dans la littérature à cet égard.

Définition de l'hypoglycémie. — C'est un glucose sanguin en bas de 55 mg. % par la méthode Folin-Wu ou 40 mg. % par la méthode Somogyi-Nelson s'accompagnant de troubles du système nerveux central ou du système nerveux autonome à l'état de jeûne et s'amendant par l'administration de glucose (triade de Whipple)

Le type de syndrome dépend du taux du glucose, de la vitesse de sa chute et de la durée de l'hypoglycémie. Dans les chutes rapides, il y a de la transpiration, de la faiblesse, du tremblement et de la tachycardie (hyperadrénalisme). Dans les baisses plus lentes, on note des céphalées, des troubles visuels, de la confusion, des convulsions et du coma, (troubles cérébraux). Si l'hypoglycémie dure trop longtemps, il s'ensuit des troubles neurologiques ou psychiques, allant jusqu'à l'hémiplégie.

Seize tumeurs hépatiques primitives de grande taille ont entraîné de l'hypoglycémie, qui survient quand 80% du parenchyme est détruit. Le test de la tolérance au glucose montre une augmentation rapide suivie d'une chute rapide. (Dans les dysfonctions hépatiques, la montée rapide est suivie d'une baisse lente.) Ces tumeurs, contiennent une grande quantité de glycogène alors que le parenchyme hépatique restant est pauvre en glycogène. La plupart des auteurs pensent que le glucose est storé dans les cellules tumorales. A remarquer qu'on n'a pas rapporté d'hypoglycémie dans les cas de foie farci de métastases. (Note: il semble que toutes ces tumeurs hypoglycémiantes soient des hépatomes à l'exception d'un cas où il s'agit d'un cholangiome).

Cinq cancers surrénaliens de grande taille ont entraîné une hypoglycémie. Il ne s'agit pas d'une hypoglycémie par déficience surrénalienne, puisque l'autre surrénale était intacte. (Dans un cas, la tumeur contenait beaucoup de glycogène: dans un second cas, l'extrait de la tumeur a entraîné une hypoglycémie chez l'animal).

Vingt-cinq sarcomes extrapancréatiques. — Tous ces cas ont fait des épisodes d'hypoglycémie spontanée corrigée rapidement par l'injection de glucose, corrigée par l'ablation de la tumeur et réapparaissant avec les métastases pourvu que ces métastases fussent extensives.

Caractères généraux: toutes ces tumeurs étaient de grande taille. *Site*: 7 (28%) proviennent de la cavité pleurale; elles étaient toutes reliées au diaphragme, à la plèvre pariétale et au poumon. Les autres au nombre de 18 (72%) étaient localisées dans l'abdomen; 8 intrapéritonéales; 10 rétro-péritonéales. Aucune n'avait de relation avec le pancréas. Celui-ci quand il fut examiné soit macroscopiquement, soit microscopiquement, y compris l'examen à l'autopsie dans certains cas, ne présentait rien d'anormal.

Type de tumeur: 5 tumeurs étaient bénignes; 20, malignes, le plus souvent d'une malignité réduite. Le diagnostic histologique le plus souvent posé fut celui de fusosarcôme. Souvent on a noté des cellules épithélioïdes autour des vaisseaux. Dans 6 cas, la tumeur a été cataloguée comme étant d'origine mésothéliale.

Pathogénie de l'hypoglycémie. Plusieurs hypothèses explicatives ont été proposées: a) que la tumeur serait assoiffée de glucose; b) que la glycolyse serait plus rapide dans le tissu tumoral que dans un tissu normal; c) que le cortex surrénalien serait en cause (association dans quelques cas de goître nodulaire, gynécomastie, hirsutisme léger); d) que la tumeur exerçant des pressions sur le splanchnique et le ganglion caeliaque: il s'en suivrait une non mobilisation du glycogène hépatique; e) et enfin que la tumeur sécréterait une substance hypoglycémiante s'apparentant à l'insuline: l'insulinoïde.

Trois auteurs ont récemment rapporté avoir trouvé une substance s'apparentant à l'insuline dans ces tumeurs. Dans une tumeur, l'un des auteurs (Volk.) a trouvé 16 unités « d'insulinoïde ».

Les rapports entre ces tumeurs mésodermiques et les tumeurs hépatiques ou surrénaliennes sont encore obscures.

S. LAUZE.

Ch. DEBRAY, J.-P. HARDOUIN, G. CHARLIER et Et. MARTIN: **Maladie de Hodgkin gastro-duodénale (un cas reconnu par le cysto-diagnostic du liquide d'ascite.)** "Arch. Mal. App. Dig.", **50:** 197 (3) 1961.

Une femme de 58 ans est porteuse d'une infiltration gastrique étendue d'aspect néoplasique, mais la lésion déborde sur le duodénum jusqu'à la jonction du deuxième et du troisième duodénum. Les antécédents tuberculeux de la malade orientent d'abord vers un diagnostic de tuberculose gastrique.

Les explorations sont poursuivies. La laparoscopie ne montre rien. La gastroscopie montre de vastes ulcérations et une infiltration, mais ne permet pas de diagnostic spécifique. La ponction-biopsie hépatique est normale. Un cyto-diagnostic du liquide d'ascite laisse voir des cellules de Sternberg et révèle qu'il s'agit d'une maladie de Hodkin gastro-duodénale.

Les auteurs rappellent les difficultés de ce diagnostic clinique et radiologique. Ils soulignent les particularités anatomiques des Hodgkin digestifs: le processus lymphogranulomateux reste assez localisé à la paroi et aux ganglions satellites. Ils mentionnent les rapports fort controversés entre tuberculose et lymphogranulomatose maligne.

Cecil GENDREAU.

PNEUMOLOGIE

J. VIDAL, J.-J. GUIN et J.-C. MARTY: **Les possibilités réelles d'un traitement antibiotique correctement conduit, dans la tuberculose pulmonaire.** "Revue de la Tub. et de Pneum.", **24:** 668 (mai-juin) 1960.

Depuis l'emploi des antibiotiques (douze ans après les débuts de l'antibiothérapie et huit ans après la découverte de l'isoniazide), des rapports plus ou moins contradictoires sont venus entretenir la confusion quant aux résultats ultimes de cette thérapeutique.

A cause du mauvais usage que l'on fait des antibiotiques, il en découle des erreurs thérapeutiques qui nuisent aux succès curatifs.

Dès l'abord, les auteurs veulent établir un parallèle entre deux catégories de malades.

Le premier groupe: ce sont les initialement mal traités. Le deuxième groupe: ce sont les non traités ou ceux qui ont bien été traités avant l'admission à l'hôpital ou au sana.

La différence dans les deux cas est importante puisque pour le premier groupe on obtient 27 pour 100 de guérisons, tandis que pour le deuxième, 65 pour 100.

Le but de ce travail, c'est de connaître les résultats de la cure chez des sujets qui ont conservé leur « virginité antibiotique » lorsque le traitement antituberculeux a été institué. Ce sont des malades « neufs » qui n'ont reçu à leur admission aucun traitement antibiotique d'après une enquête très poussée. Les auteurs ont dû refuser de compter pour fins statistiques de nombreux tuberculeux quand on sait combien les antibiotiques sont employés sans discernement. Ils ont recueilli 100 observations qui ont pu répondre à leurs normes, c'est-à-dire sans passé thérapeutique.

Chaque fois, la tuberculose pulmonaire a été confirmée bactériologiquement chez 86 parmi les 100 malades étudiés. Chez les 14 autres, la clinique et la radiologie sont venus confirmer le diagnostic de T.B.

La routine thérapeutique: perfusion quotidienne I.V. de P.A.S. et d'isoniazide avec une injection intra-musculaire de Streptomycine (1 gramme) 3 fois par semaine.

La cure de repos a été rigoureuse. Le traitement a été contrôlé mensuellement.

Quant aux résultats thérapeutiques sur les 100 cas, nous constatons 94 guérisons et 6 échecs. Chez les guéris, 15 (16%) ont été traités durant moins d'un an, 48 (51%) durant 12 à 15 mois, 19 (20%) durant 15 à 20 mois, enfin 9 (9.5%) pendant plus de 20 mois.

Les résultats thérapeutiques sont plus spectaculaires en milieu sanatorial (40 sur 60, soit 66% ont guéri en moins de 15 mois, tandis que nous obtenons 14 guérisons sur 40% à l'hôpital).

Les six échecs semblent être secondaires au type de tuberculose: ulcéro-caséeuse commune.

C'est la preuve que l'hôpital antituberculeux et surtout le sanatorium ont encore leur utilité de nos jours.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTROENTEROLOGIE

MM. LEVRAT, BRETTE, DALLOZ, GRANDMOTTET, PASQUIER: **Le traitement des formes graves de recto-côlite ulcéro-hémorragique.** "La Rev. Lyonnaise de Méd.", **9:** 1227 (déc.) 1960.

Sun un total de 80 recto-colites hémorragiques traitées dans leur service depuis 7 ans, les auteurs ont étudié spécialement 17 observations qu'ils pensent légitime de qualifier de formes graves de l'affection; en raison soit de l'évolution fatale (10 cas) soit de la gravité de l'état général, de l'intensité du syndrome dysentérique ou de la survenue de complications sévères, locales ou générales.

Ils se livrent à une étude critique de l'attitude thérapeutique qu'ils ont adoptée (indication de colectomie posée 3 fois mais n'ayant été réalisée qu'une seule) traitement purement médical (réanimation, antibiothérapie, corticothérapie, chocs thermiques, etc.) dans les 14 autres observations.

L'indication de colectomie ne leur paraît pouvoir être posée sans la certitude que l'abstention chirurgicale comporte un risque vital pratiquement certain. Or cette conviction ne peut s'appuyer sur aucun élément pronostique tiré des antécédents ni de l'état clinique ou biologique du sujet lors de son hospitalisation et avant que l'évolution ne rende la mortalité opératoire prohibitive. Ils ne retiendraient que la gravité particulière des toutes premières atteintes de la maladie et celle de la coexistance d'une psychose caractérisée: or, en soi, ces 2 éléments constituent plutôt des contre indications à une intervention précoce.

Ils soulignent par contre (et ils en rapportent 2 observations particulièrement démonstratives) que les atteintes les plus graves comportent toujours la possibilité de les voir tourner court et d'obtenir une guérison dont on désespérait.

L'impossibilité pratique d'établir à temps un pronostic sûr et la nature capricieuse de la maladie les poussent à faire confiance au seul traitement médical dans presque tous les cas.

Guy ALBOT.

Ch. DEBRAY, P. HOUSSET, S. SEGAL, J.-A. PAOLAGGI et F. PETTE: **La photographie et la cinématographie endoscopique digestive. Etat actuel en France.** "Sem. Hôp. Paris", **37:** 963 (16) 1961.

En France, les progrès de l'iconographie endoscopique digestive sont liés à plusieurs facteurs: appareillage plus maniable et standardisé, perfectionnement des caméras de prises de vues, émulsions plus sensibles et, avant tout, amélioration de l'éclairage et de l'optique.

L'augmentation de l'intensité lumineuse disponible a été obtenue soit en transmettant la lumière par un guide lumière (Eclairage universel de Fourestier, Gladu et Vulmière), soit en introduisant dans la cavité explorée un tube éclair électronique.

Aux endoscopes rigides (œsophagoscope, rectosigmoïdoscope, laparoscope), on peut adapter deux types d'éclairage: lumière proximale transmise et lumière distale.

Les endoscopes digestifs rigides à lumière distale ont un système d'éclairage interne intra-corporel. De dimensions assez faibles, ce système ne peut être utilisé pour le cinéma; il n'est employé que pour la photographie. En France, deux appareils de ce type sont utilisés: le rectoscope photographique de Mme M. Albot et le laparoscope photographique de Fourès-Caroli. Ces appareillages permettent la prise de films en couleur.

Les endoscopes digestifs rigides à lumière proximale transmise ont une source lumineuse extra-corporelle. Le flux lumineux (soit une lampe survoltée, soit une lampe éclair électronique ou au magnésium) est transmis par une tige de quartz à l'extrémité interne de l'endoscope. Avantages de ce procédé: lumière intense, diamètre de l'endoscope non augmenté, utilisation des optiques endoscopiques usuelles et des appareils de prises de vues du commerce. Et avec semblable appareillage, on peut, au cours d'une même endoscopie, passer en quelques secondes de l'examen visuel à l'iconographie, — celle-ci pouvant être de la photographie ou du cinéma.

Des conditions particulières liées au caractère propre du gastroscope font que le système d'éclairage en photocinématographie gastroscopique ne peut être que distal, endo-corporel.

Pour prendre des photographies gastriques, deux techniques ont été employées. L'une, la caméra introduite dans l'estomac, a pour inconvénient que les photographies sont prises à l'aveugle sans aucun contrôle visuel gastroscopique. L'autre, mise au point en 1956 par MM. Debray et Housset, permet d'obtenir des images grâce à un tube éclair électronique miniature qui, placé à l'extrémité du

gastroscope à côté de la lampe de veille, est introduit dans l'estomac: un système de synchronisation permet de prendre la photographie au moment choisi par la simple pression sur le déclencheur de la caméra. (La sécurité du malade et de l'opérateur est assurée, comme l'attestent des milliers de gastrophotographies prises sans incident depuis plusieurs années).

La gastrocinématographie est réalisable mais les difficultés techniques n'ont pas toutes été résolues. Le premier film gastrocinématographique a été fait par MM. Debray et Housset en 1955. L'appareillage comporte un gastroscope standard muni de deux lampes que l'on survolte au moment opportun. Les séquences obtenues montrent bien la mobilité de l'estomac et l'aspect des lésions gastriques sur le vivant. Mais de gros progrès restent à faire dans ce domaine pour gagner de la lumière, soit par l'utilisation de lampes plus puissantes, soit par celle de films plus sensibles.

Tous ces perfectionnements expliquent que les méthodes endoscopiques digestives — et surtout l'œsogastroscopie — n'aient cessé de se développer dans ces dernières années.

Cecil GENDREAU.

Ch. DEBRAY, J.-P. HARDOUIN et A. DEPORTE: **Les indications chirurgicales au cours de la diverticulose côlique.** "Vie Méd.", **42:** 329 (3) 1961.

Maladie du vieillissement, la diverticulose côlique a vu sa fréquence augmenter avec la prolongation de la durée de la vie. Un certain nombre de ces formations herniaires se compliquent. Rarement des hémorragies, beaucoup plus souvent des phénomènes inflammatoires (plus ou moins aigus, souvent récidivants), ces complications peuvent aller jusqu'à l'abcédation, la perforation ou l'occlusion.

L'indication opératoire sera formelle dans les perforations en péritoine libre, dans les formes occlusives, dans les fistules internes, dans les formes obstructives subaiguës ou à répétition.

Les indications opératoires méritent discussion dans les poussées de diverticulite aiguë, dans les formes frustes de sigmoïdite avec diverticulite, dans les accidents sub-occlusifs répétés. Chaque malade devra faire l'objet d'une discussion particulière: à des considérations d'ordre général vont alors s'ajouter des arguments, favorables ou hostiles à la chirurgie, tirés d'un bilan complet clinique, radiologique, biologique et viscéral.

Cecil GENDREAU.

CARDIOLOGIE

Alfred BLALOCK: **Massage cardiaque externe.** *(External Cardiac Massage.)* "J. A. M. A.", **176:** 609 (20 mai) 1961.

Le principe permettant le massage du coeur à thorax fermé, est basé sur le fait que le coeur est plus ou moins ancré entre le sternum en avant et la colonne vertébrale en arrière et que ses mouvements latéraux sont limités par le péricarde. Par conséquent, le coeur peut être comprimé par pression sur la partie inférieure du sternum.

La cage thoracique des enfants est très mobile de même que celle d'un adulte inconscient. Une pression rapide sur le sternum à la vitesse de 60 compressions à la minute, chasse le sang des cavités cardiaques dans les artères. Les résultats sont meilleurs lorsque le patient est étendu sur une surface dure. L'opérateur se place à angle droit du bassin du malade et applique le talon d'une main sur le sternum, juste au-dessus de l'appendice xyphoïde. Une pression ferme et rythmique est appliquée de haut en bas. La pression est relâchée à la fin de chaque contraction, afin de permettre au thorax de se dilater et aux cavités cardiaques de se remplir. La pression doit se faire sur le sternum avec le talon de la main et on ne doit pas peser sur les côtes avec les doigts.

Le sternum peut être déprimé même chez l'adulte, sur une distance de 1½ à 2 pouces sans provoquer de fractures de côtes. Chez les malades où la ressuscitation cardiaque réussit, mais chez qui l'on trouve des dommages au système nerveux central, l'emploi de l'hypothermie à 32° C et l'injection intraveineuse d'urée peut diminuer l'oedème cérébral et les dommages qui peuvent en résulter.

Chez la plupart des malades, l'activité cardiaque et la respiration reviennent en dedans de vingt minutes. Cependant, si l'électrocardiagramme montre une détérioration myocardique progressive ou s'il y a indice d'atteinte cérébrale grave, on doit cesser les efforts de réanimation.

La valeur de ce procédé de massage cardiaque externe est dû à sa simplicité et à sa sécurité. Si on combine ce procédé avec la ventilation pulmonaire bouche à bouche, on n'a pas besoin d'équipement spécial à moins que l'on doive se servir d'un défibrillateur externe. Ce procédé pourra sauver de nombreuses vies.

Sylvio DESAUTELS.

Paul MILTON, Robert A. MILLES et Willis J. POTTS: **Résultats lointains des anastomoses aortico-pulmonaires dans la tétralogie de Fallot.** *(Long-term results of Aortic-Pulmonary Anastomosis for Tetralogy of Fallot.)* "Circulation", **23:** 525 (avril) 1961.

Les auteurs rapportent les 100 premiers cas successifs de tétralogie de Fallot, chez lesquels une anastomose aortico-pulmonaire fut entreprise à l'hôpital Children's Memorial de Chicago. Une appréciation clinique et physiologique fut faite, 11 à 13 ans après l'opération.

Les auteurs réussirent à retrouver 92 des patients opérés. Parmi ceux-ci, 9 moururent au moment de l'intervention chirurgicale et, de 1946 à 1957, 10 malades moururent surtout de défaillance cardiaque. Seulement 3 patients eurent besoin d'une seconde intervention pour soulager une cyanose récidivante. Les résultats cliniques ont été considérés de bons à excellents dans 68% des survivants, moyens dans 30% et médiocres dans 2%.

Les résultats médiocres à longue échéance et les cas de mortalités furent attribués à une anastomose initiale trop grande qui a provoqué à la longue une surchage ventriculaire gauche avec défaillance cardiaque, ou une hypertension pulmonaire sévère et une obstruction vasculaire pulmonaire progressive.

Un cathétérisme du coeur droit, fait sur un groupe de 18 patients, montra une résistance vasculaire pulmonaire normale chez 15 de ces malades.

En conclusion, malgré l'avènement de la chirurgie correctrice à coeur ouvert, les auteurs rappellent l'importance que peut avoir l'opération par shunt chez certains malades porteurs de tétralogie de Fallot ou d'autres cardiopathies cyanogènes.

Sylvio DESAUTELS.

PEDIATRIE

R. K. SLUNGAARD et J. L. JAECK: **Hypoplasie rénale bilatérale.** *(Bilateral Dwarfed Kidneys.)* "J. Dis. Child.", **97:** 75 (mai) 1959.

Il s'agit d'un garçon de 10 ans, mesurant 48 pouces de longueur et pesant 50 lbs, qui présente de l'albuminerie depuis 3½ ans, une densité urinaire à 1.010, quelques érythrocytes dans son urine, une urée à 140 mgm, et une pression artérielle à 115/85.

La pyélographie rétrograde a montré des petits reins avec bassinets étroits et allongés. La radiologie montra aussi une maturation osseuse retardée, et une fibrose de la moelle osseuse: à la ponction iliaque, on vit une baisse de la lignée rouge et de la lignée blanche.

Il est à noter qu'à la naissance, l'enfant avait présenté quelques malformations: d'abord une phalange surnuméraire à la phalange distale du pouce droit, et une déviation cubitale de pouce gauche. Il avait de plus une difformité aux deux pieds.

Autopsie. Les deux reins pèsent ensemble 18 g. et mesurent 3 × 2 × 1 cm. Les artères, veines et bassinets sont absolument normaux, tandis que la capsule adhère aux reins. A la coupe, la coloration est gris jaunâtre et le cortex granuleux. On ne trouve ni kyste, ni infarctus, ni pétéchie, ni abcès, ni calcification. Chaque rein est composé de 4 à 5 pyramides auxquelles correspondent de petits calices. Au microscope, on voit de l'atrophie tubulaire et de l'hyalinisation des glomérules. On rencontre ici et là, de petits ilots lymphocytaires. Les auteurs considèrent les reins hypoplasiques, vu le petit nombre de pyramides et l'absence de calices majeurs.

A cette hypoplasie s'est ajoutée une glomérulo-néphrite chronique, qui a contribué à rendre les reins encore plus petits. Le tableau clinique appuie ce diagnostic microscopique.

Conjointement à cette maladie rénale, l'enfant a développé une hyperparathyroïdie avec hyperplasie des cellules parathyroïdiennes. Cependant, le calcium sanguin ainsi que le phosphore sont toujours demeurés normaux. Les auteurs considèrent que l'acidose créée par la perte de CO_2 et l'augmentation de l'urée dans le sang, a pu causer cette hyperplasie des parathyroïdes. De même la fibrose de la moelle osseuse a elle aussi pu être causée par l'acidose de l'insuffisance rénale.

Pierre GAUVIN.

NEUROLOGIE

MEYER, Jr., JOHNSON, BRAWFORD et DASCOMBE: **Syndrome du système nerveux central d'étiologie virale.** *(Central Nervous System Syndromes of "Viral" Etiology.)* Am. J. Med.", **29:** 334 (août) 1960.

Cette étude très intéressante fut faite de 1953 à 1958; on y trouve 713 cas.

Les malades étaient divisés en trois grandes classes:

1° Ceux présentant un épisode fébrile avec légers signes méningés entraient dans la classe des méningites aseptiques: 430 cas.

2° Les cas avec signes d'atteinte méningo-encéphalique plus marquée: (convulsions, coma, signes méningés violents, etc.), étaient considérés comme des encéphalites: 139 cas.

3° Enfin les cas avec paralysie flasque sans signes d'atteinte centrale étaient classés comme poliomyélites: 144 cas.

On réussit à mettre en évidence, par culture ou sérodiagnostique, l'agent causal dans 521 cas sur 713, donc 739 cas.

1° Eliminons d'abord les 116 cas de polio puisqu'ils comportent moins d'intérêt, ayant tous comme agent causal un des virus de la polio.

2° Les agents les plus souvent retrouvés dans les cas d'encéphalites furent les virus des oreillons, de la méningite aseptique, de l'herpès simplex, et enfin ceux transmis par les insectes (St-Louis, Equine est et ouest, fièvre du Colorado, etc.).

3° Enfin, dans la classe des méningites aseptiques nous relevons les agents par ordre de fréquence: coxsakie B, oreillons, Echo, chorioméningite lymphocytaire et enfin les virus de la polio. A noter qu'aucun coxsakie A ne fut mis en évidence.

On discute aussi des divers degrés de virulence des agents responsables d'encéphalites: le virus d'herpès simplex semble être le plus dangereux avec 5 décès sur 13 cas.

Pour ce qui est du rôle des saisons, on note une hausse marquée des entéro-virus l'automne. Rien de trop particulier par ailleurs.

Donc, un article passablement intéressant qui jette un peu de lumière sur le problème des maladies virales.

P.-E. BERTRAND.

ENDOCRINOLOGIE

MUIRHEAD et STIRMAN: **Propriété antihypertensive d'extrait de la médulla rénale.** *(Antihypertensive property in renoprival hypertension of extract from renal medulla.)* "J. Lab. and Clin. Med.", **56:** 167, 1960.

1 — Après néphrectomie bilatérale, une hypertension rénoprive se développe.

2 — Un tissu rénal intact sans voie d'excrétion (comme après l'anastomose urétéro-cave) n'est pas suivi d'hypertension.

3 — L'hypertension rénoprive est rapidement corrigée après réimplantation de rein normal par transplantation de rein homogène ou par perfusion rénale.

4 — Des extraits de rein entier ou de médulla rénale protègent de l'hypertension rénoprive alors que les extraits corticaux sont inefficaces.

L'hypothèse d'une secrétion de la médulla rénale antihypertensive fut donc soulevée et semble se prouver par les expériences faites. En effet, cet extrait: 1° protège contre l'hypertension rénoprive pour une période de 9 à 10 jours, 2° abaisse à son niveau normal une hypertension rénoprive lorsqu'injectée par voie endoveineuse en assez grande quantité.

Guy LOISELLE.

CARREON et CANAY: **Fonction adrénocorticale après thérapeutique stéroïdienne de longue durée.** *(Adrenocortical Function after Long-term Corticoid Therapy.)* "J. Lab. and Clin. Med.", **56:** 235, 1960.

L'hypofonction adrénocorticale après thérapie stéroïdienne de longue durée est bien connue.

L'administration subséquente d'A.C.T.H. fut suggérée pour y remédier, mais il est douteux que la surrénale revienne à une fonction normale après arrêt d'A.C.T.H.

L'étude de 3 patients révèle en effet les faits suivants, tous ayant été soumis à une thérapeutique stéroïdienne soutenue.

Après arrêt brusque: les 17 hydroxystéroïdes et kétostéroïdes étaient tous abaissés.

Une stimulation I.V. de 8 heures à l'A.C.T.H. donna une excrétion sub-normale.

Une stimulation soutenue de 4 à 5 jours à l'A.C.T.H. Gel donna une excrétion élevée.

L'arrêt de l'A.C.T.H.: retour à l'hypofonction. Et 4 à 11 jours après, 2 des 3 malades ont encore une réponse inadéquate au test de l'A.C.T.H. de 8 heures.

Il n'est donc pas certain que l'A.C.T.H. offre une assurance de restauration permanent de la fonction surrénalienne.

Guy LOISELLE.

UROLOGIE

R. GURLY: **Les complications urologiques des sigmoïdites.** "Vie Méd.", **42:** 307 (3) 1961.

Les complications urologiques des sigmoïdites sont la péricystite et la fistule sigmoïdo-vésicale.

Leur diagnostic sera évoqué devant un malade se plaignant soit de cystite, soit de signes coliques (syndrome infectieux associé à des troubles du transit).

Parmi les explorations à pratiquer, deux sont essentielles: la cystoscopie, le lavement opaque.

Le traitement sera mixte: médical et chirurgical. Médical, anti-infectieux local et général, afin de permettre au malade de supporter une intervention. Chirurgical, soit une colectomie avec rétablissement de la continuité colique et suture de la brèche vésicale, soit l'exérèse en bloc de la masse inflammatoire avec réparation de la vessie sur sonde à demeure et rétablissement de la continuité colique par une colorraphie.

Cecil GENDREAU.

BACTERIOLOGIE

L. A. ROBIN et H. MAGARD: **Contribution au diagnostic bactériologique des méningites à Listeria monocytogènes.** "Ann. de l'Inst. Pasteur", **99:** 905 (déc.) 1960.

Six souches de Listeria monocytogénès ont été isolées par les auteurs, deux chez des adultes et quatre chez des prématurés ou des nouveau-nés.

Les caractères culturaux répondent aux données classiques et l'étude antigénique révèle que 2 souches sont de type I et 4 de type IV. Les auteurs ont reproduit chez l'animal les stades septicémiques, méningoencéphalitiques et le début de la forme nodulaire disséminée. Pour les six souches une conjonctivite suppurée a été observée chez le cobaye ou le lapin après instillation oculaire de II gouttes d'une culture de Listeria.

L'étude de la sensibilité aux antibiotiques et aux sulfamides révèle que parmi les antibiotiques, la kanamycine, l'érythromycine, la spiramycine paraissent in vitro les plus actifs de façon constante et que toutes les souches sont sensibles aux sulfamides. Les auteurs étudient ensuite le diagnostic différentiel entre Listeria, Erysipèlothrix rhusiopathiae, diphtérimorphes et Streptocoques, le Streptocoque zymogènes D étant parmi ces germes celui qui possède le plus grand nombre de caractères communs avec Listeria monocytogènes.

Après avoir rappelé les éléments classiques de ce diagnostic, les auteurs rapportent d'autres caractères qui permettent une différenciation rapide et sûre entre Listeria et Streptocoque zymogènes D: Culture à 45° C sur le milieu simple de Hajna-Perry, culture à 47° C sur milieu de Rochaix liquide, culture à 37° C sur milieu au vert brillant.

Sur ces données nouvelles et en utilisant certains caractères classiques déjà connus, les auteurs ont mis au point une méthode permettant un diagnostic rapide et sûr des méningites bactériennes dont celles à Listéria.

I. FONTAINE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C. M. PEARSON: **L'incidence et les types d'altérations pathologiques dans les muscles lors d'une revue d'autopsies de routine.** *(Incidence and Type of Pathologic Alterations observed in Muscle in a Routine Autopsy Survey.)* "Neurology", **9:** 757 (novembre) 1959.

L'auteur fait une interprétation diagnostique des biopsies musculaires, en ce qui concerne la réaction musculaire envers les différents états pathologiques de l'organisme.

L'étude concerne 110 autopsies de routine qui sont utilisées pour en prélever des biopsies musculaires de 9 endroits prédéterminés. 107 des patients sont de sexe masculin et tous les âges sont représentés à peu près également dans la série.

Dans 54 des cas (donc, dans 49%) l'on retrouve une pathologie musculaire quelconque. Le type de la maladie varie largement, aussi bien que l'intensité de la lésion. Les altérations décelées sont dans la plupart des cas non spécifiques et les plus fréquentes en sont des lésions dégénératives. Les seules lésions spécifiques retrouvées sont les métastases tumorales sanguines et quelques infestations parasitaires (trichinose).

Les lésions dégénératives peuvent être divisées en trois groupes: 1) dégénérescence hyaline ou cireuse (Zenker), 2) dégénérescence granuleuse et 3) dégénérescence vacuolaire. Souvent deux ou trois de ces lésions sont présentes dans le même muscle en même temps.

A la limite entre les régions dégénérées et les régions saines, l'on retrouve souvent des zones de régénération (réapparition de basophilie dans les fibres dégénérées et prolifération des noyaux du sarcolemme).

Une myosite interstitielle focale est rencontrée dans 7 cas.

Des lésions inflammatoires péri-vasculaires sont présentes dans 12 autopsies de la série.

La trichinose est trouvée dans 5 cas, les métastases tumorales dans 6 cas.

Une correlation nette entre la maladie de base et la lésion musculaire est généralement difficile à reconnaître. La présente étude démontre cependant que de telles corrélations existent dans nombre de cas. Il faut donc, avant de poser le diagnostic histologique d'une maladie musculaire spécifique, songer à la possibilité de réaction musculaire envers une autre maladie de base quelconque.

L'auteur termine son article en postulant qu'une telle dégénérescence musculaire accompagnant une maladie de base est responsable de la perte de force musculaire qui s'observe souvent lors des maladies graves et chroniques.

Georges BERDNIKOFF.

GENETIQUE

J. S. S. STEWART: **Les chromosomes chez l'homme.** *(The Chromosomes in Man.)* "Lancet", **1:** 833 (18 avril) 1959.

Une patiente « aveugle pour les couleurs » avec une dysgénèse gonadique a eu une étude cytologique. Elle avait une moelle osseuse hétéroploïde avec seulement 45 chromosomes et ses parents, tous les deux, avaient un nombre normal de chromosomes. La malade et son frère souffraient de dentéranomalie extrême de type régulier; le père avait une vision pour les couleurs normale et la mère montrait un déficit mineur à l'examen dites anomaloscopique, ce qui est en accord avec l'opinion qu'elle est une hétérozygote.

Ces rapports suggèrent fermement que le déficit s'est produit comme conséquence d'une anomalie de la spermatogénèse. Une anomalie de l'oogénèse expliquerait un cas de dysgénèse gonadique avec un père aveugle pour les couleurs, et la possibilité d'une mosaïque est suggérée par le rapport d'un patient avec deutéranopie irrégulière et qui est chromatine négative.

Le rapport de patient aveugle pour les couleurs avec un syndrome de Klinefelter chromatine positive, suggère un déficit de l'oogénèse avec anomalie de la seconde division méïotique, mais une grande série de malades normaux pour les couleurs, suggère que quelques-uns sont dûs à une anomalie de la première division méïotique, soit de l'oogénèse, soit de la spermatogénèse.

Marie-France DUPAL.

J. M. TANNEK, A. PRADER et Coll.: **Gènes sur le chromosome Y influençant le rythme de la maturation chez l'homme.** *(Gene on the chromosome Y influencing rate of maturation in man.)* "Lancet", **2:** 141 (août) 1959.

On sait que le développement du squelette, ainsi que la maturation physique de la fille, dépassent ceux du garçon: ceci dès avant la naissance et jusqu'à l'âge adulte.

Pour éclairer le mécanisme de ce dimorphisme sexuel, les auteurs ont étudié 27 individus âgés de 6 à 18 ans, atteints du syndrome de Klinefelter et 16 individus avec un syndrome de Turner, ainsi que des enfants normaux.

Les Klinefelter, avec une formule XXY, ont un âge squelettique équivalent à des mâles XY; les Turner, avec une formule XO, ont un âge squelettique qui correspond aux filles XX.

Par conséquent, les gènes sur le chromosome Y sont responsables de cette différence de développement chez l'homme. D'ailleurs, le chromosome Y produit la différenciation de la gonade primitive en un testicule vers la 7e semaine de vie intra-utérine et le retard de développement chez le garçon commence probablement à cette période. On sait également que, bien avant la puberté, il se manifeste une différence entre le degré de musculature de la fille et du garçon. Or, les auteurs pensent que la grande majorité des Klinefelter ont un aspect féminin et que leur degré de musculature est inférieur à la normale. Les Klinefelter ont aussi des jambes plus longues que normalement (comparé à tous les sujets d'âge différent étudiés), bien que la longueur du tronc reste normale. Comme ceci apparaît avant la puberté, il ne s'agit donc pas d'un retard dans la fusion épiphysaire, mais bien d'une différence fondamentale dans le rythme de la croissance. Si cela est vrai, cela signifie que le dimorphisme sexuel au point de vue de la musculature, qui est certainement présent avant la puberté, est dû avant tout non pas à l'action du chromosome Y (puisque cette différence existe entre des individus XXY et XY), mais à une double dose de chromosome X qui inhiberait la différenciation musculaire et le développement.

Marie-France DUPAL.

ANESTHESIE

W. C. GIBSON: **Réflexions électrocardiographiques concernant l'hypoxie cérébrale.** *(Electrographic reflections of cerebral hypoxia.)* "Can. Anaes. Soc. J.", **8:** 14, (janv.) 1961.

L'auteur fait une description d'études électrographiques sur les modifications s'opérant dans les neurones de la région corticale et sous-corticale du cerveau humain au cours du passage de l'hypoxie à l'anoxie complète. Les conditions expérimentales employées ont consisté en une anémie cérébrale provoquée par la compression de l'artère et du sinus carotidiens ou à la suite d'un arrêt cardiaque temporaire provoqué par la compression des globes oculaires, par l'expiration forcée Valsalva, l'hypoxie par hyperventilation et l'anoxie par l'inhalation de 100% d'azote. Toutes ces épreuves peuvent produire des effets sérieux sur le cerveau surtout chez les personnes sensibles Ces phénomènes soulèvent un problème sérieux pour les anesthésistes; l'auteur suggère des mesures préventives et, tout particulièrement, conseille de couper les arcs réflexes vagaux avec de l'atropine.

Léon LONGTIN.

Brian M. MARSHALL et R. A. GORDON: **Les vomissements, les régurgitations et l'aspiration.** *(Vomiting, Regurgitation and Aspiration.)* "The Can. Anaes. Soc. J.", **5:** 274 (juillet) 1958.

Dans la littérature la plus ancienne sur le sujet, ceux qui ont traité des complications pulmonaires à la suite d'anesthésie générale ont attribué, pour une part importante, la cause de ces complications à l'aspiration dans les poumons de matériel venant des voies digestives. Les auteurs ont passé en revue la littérature sur le sujet des régurgitations et de l'aspiration de débris alimentaires durant l'anesthésie. En 1957, à l'hôpital Général de Toronto, on a fait une étude pour déterminer la fréquence des vomissements, des régurgitations et de l'aspiration de débris chez les malades sous anesthésie générale. Chez deux cent dix-neuf malades consécutifs, candidats à la chirurgie générale ou à l'obstétrique, on a donné aux malades, en capsules ou en suspension par un tube duodénal, trente minutes avant l'opération ou l'accouchement, 10 mgm de teinture bleue Evans. Après l'anesthésie, afin de trouver de la teinture bleue Evans, on a examiné le pharynx et, quand il était possible, la trachée. Culver, Makel et Beecher (8) ont déjà décrit cette méthode.

Sur ce nombre de deux cent dix-neuf malades, trente-six ont fourni des signes évidents de régurgitation et de vomissements au cours de l'anesthésie ou immédiatement après. Parmi ces derniers, douze malades n'ont présenté à l'anesthésiste aucun signe qu'il se passait quelque chose d'anormal. La chose est arrivée plus souvent en anesthésie obstétricale (Table I).

D'autres auteurs (8) (9) ont mentionné un certain nombre de facteurs pouvant favoriser les régurgitations, entr'au-

tres: une induction difficile, des efforts et des haut-le-coeur durant l'anesthésie, la chirurgie abdominale haute, la position de Trendelenbour, la position latérale ou ventrale, les manipulations des organes abdominaux et la présence d'un tube duodénal. On a considéré comme prédisposés à des régurgitations et à de l'aspiration de débris ceux dont la préparation à l'opération avait été moins élaborée et dont la surveillance post-opératoire avait été moins attentive.

Parmi les cas cités par les auteurs, on a tenu compte de tous ces facteurs. Il est évident que, chez les malades en obstétrique, malades moins bien préparées à l'anesthésie et plus exposées à avoir quelque chose dans l'estomac, il s'observe un nombre beaucoup plus grand de vomissements et de régurgitations. Dans cette série de cas, l'administration de l'agent anesthésique semble être un facteur moins important ce qui peut être expliqué par le fait que l'induction de routine, chez les malades de chirurgie générale, se fait par une dose anesthésique de thiopentone. On a l'impression que chacun des facteurs suivants peut avoir déclanché des régurgitations et des aspirations: la position de Trendelenbourg, la manipulation des organes abdominaux et la mise en place d'un tube duodénal. On a observé que les malades opérés dans la partie supérieure de l'abdomen présentaient des régurgitations plus fréquentes que ceux opérés en chirurgie générale.

On a observé, au cours des suites opératoires, un groupe de soixante dix-neuf cas de chirurgie abdominale haute et on a noté une fréquence de complications pulmonaires bien inférieure à celle qu'on avait obtenue pour un groupe semblable de malades observés entre juillet 1938 et juin 1939. Bien qu'il soit impossible de démontrer ces conclusions, les auteurs ont la conviction que le contrôle des aspirations par les méthodes actuelles d'anesthésie peut être responsable de la diminution de fréquence des complications pulmonaires. Pour le premier groupe de malades: 76% avaient eu une rachianesthésie et 21%, une rachianesthésie complétée par de l'éther, du cyclopropane ou du protoxyde d'azote et de l'oxygène. Dans ce groupe-là, on avait placé un tube dans la trachée à trois cas seulement. Dans le dernier groupe, on a placé un tube avec ballonnet dans la trachée et on a pratiqué une respiration contrôlée chez soixante-quatorze malades, et ce tube n'a été enlevé que lorsque le malade avait des réflexes à la toux et que ses muscles respiratoires avaient repris leur tonus. On a pratiqué l'intubation en administrant une dose anesthésique de thiopentone et une dose apnéique de myorésolutifs de sorte que l'induction se faisait sans effort et que la trachée était protégée sans retard en gonflant le ballonnet du tube endotrachéal.

Léon LONGTIN.

Roland L. KENNEDY et V. K. STOELTING: **L'anesthésie pour la correction chirurgicale de l'atrésie de l'oesophage et de la fistule trachéo-oesophagienne.** *(Anaesthesia for Surgical Repair of Oesophageal Atresia and Tracheo-oesophageal Fistula.)* "The Can. Anaes. Soc. J.", **5:** 132 (janv.) 1958.

De nombreuses techniques ont été préconisées pour pratiquer l'anesthésie en vue de la correction chirurgicale de l'atrésie de l'œsophage et de la fistule trachéoesophagienne. Les anesthésiologistes et les chirurgiens ne sont pas encore d'accord sur les avantages qu'il y aurait à pratiquer chez ces malades l'intubation endotrachéeale. Ceux qui s'opposent à l'intubation donnent pour raison que l'intubation peut provoquer de l'oedème laryngé.

Les auteurs ont analysé les résultats de ces opérations pratiquées chez deux groupes de malades traités pour de telles anomalies dans les hôpitaux universitaires de l'Indiana. Dix-sept de ces malades ont été opérés entre les années 1940 et 1948 et seulement deux ont survécu, ce qui fait un taux de mortalité de 88.3%. Chez ces malades, on avait fait une infiltration à la procaïne jusqu'à l'ouverture du thorax et, une fois la dissection terminée, on donnait de l'éther en goutte à goutte durant l'anastomose. De 1948 à 1956, on a intubé tous les malades et pratiqué de la respiration contrôlée. Durant ces années soixante-neuf malades ont été opérés dont vingt-neuf sont morts soit un taux de mortalité de 42%.

La principale cause de la mort a été les complications pulmonaires. Une analyse critique de ces mortalités démontre qu'il n'y a eu qu'une mort attribuable directement à l'anesthésie.

Il ressort que les avantages de l'intubation endotrachéale sont évidents au cours de l'anesthésie en vue de la réparation de l'atrésie de l'oesophage et de la fistule trachéo-oesophagienne. La respiration contrôlée procure des conditions de travail idéales au moment où on a besoin de toutes les facilités pour travailler dans un petit espace. Il est possible de conserver une ventilation adéquate en dépit parfois de maladies pulmonaires sérieuses. Un minimum d'anesthésie est nécessaire. L'oedème laryngé ne peut pas être considéré comme un obstacle quand on songe à tous les avantages que procure l'intubation.

Léon LONGTIN.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 11 avril 1961

Tenue au Cercle Universitaire de Montréal

Présidence du docteur Gérard Morin.

FORUM SUR LES ACQUISITIONS NOUVELLES EN ALLERGIE

Animateur: M. Jacques Léger.

MM. Gérard Casgrain, Paul Brunelle, Yvon Baillargeon, Jean-Luc Leblanc, François Léger.

En guise d'introduction, le docteur *Jacques Léger* rappelle que l'allergie a été découverte il y a soixante ans. En effet, la mise en évidence des anticorps avec leurs métabolites donne lieu au phénomène que l'on appelle « allergie » chez l'homme, et « anaphylaxie » chez l'animal. Il ne s'agit pas d'un caprice de diagnostic, car la sensibilisation est un véritable phénomène qui s'appuie sur des faits physiopathologiques. En outre, l'allergie fait partie intégrante de la médecine interne. Il n'est pas impossible que, dans les maladies du collagène, il s'agisse d'une sensibilisation à une substance étrangère, provoquant de l'œdème dans les tissus.

Le docteur *Gérard Casgrain* discute ensuite des différentes sortes d'allergènes.

1) Le règne animal qui comprend les animaux vivants, tels le chat, le chien, le cheval, les abeilles et les animaux morts, — de plus, les poissons;

2) Le règne végétal comprenant certains fruits et légumes, ainsi que les pollens, les moisissures et l'herbe à puce;

3) D'origine médicamenteux comprenant surtout la pénicilline, le phénobarbital, l'aspirine et certains onguents;

4) D'origine chimique comprenant les teintures, en particulier les dérivés de l'aniline;

5) Les agents physiques: le froid et les rayons ultra-violets;

6) D'origine bactérienne, comprenant surtout le staphylocoque et le Neisseia catharalis.

Le docteur *François Léger*, par la suite, discuta des principales maladies respiratoires, en particulier de l'asthme. Il souligna d'abord que l'asthme n'est pas toujours d'origine allergique. En effet, certaines compressions sur la trachée peuvent provoquer des phénomènes asthmatiques et aussi l'hypersensibilité à la toxine bactérienne. Pour déterminer l'étiologie de l'asthme, l'anamnèse et les examens radiologiques sont souvent plus utiles que de faire des cuti-réactions.

Le docteur *Jean-Luc Leblanc* traita de l'asthme chez les enfants en bas de deux ans. Il souligna que 25% des enfants qui feront de l'asthme plus tard font leur première crise avant l'âge de un an. En règle générale, cependant, la bronchite asthmatique est mieux supportée par l'enfant que par l'adulte. Elle est souvent associée à l'eczéma. Le diagnostic différentiel doit se faire avec le stridor congénital (stridor laryngé et anneau vasculaire), la fibrose sclérokystique du pancréas, l'hypo-gammaglobulinémie et, enfin, les corps étrangers.

Le docteur *Paul Brunelle* mentionna que les différentes infections des voies respiratoires supérieures étaient la rhinite, la sinusite, ainsi que la laryngite. La polypose est souvent associée à la rhinite vaso-motrice. Le traitement de ces infections, ainsi que l'ablation des polypes, permettront de faire disparaître les crises asthmatiques.

Le docteur *Yvon Baillargeon* traita des manifestations cutanées. Ces dernières peuvent toucher l'épiderme pour donner une dermite eczématoïde, ou des dermites non spécifiques, ou encore des dermites de sensibilisation. Elles peuvent aussi toucher le derme et causer des érythèmes morbiliformes ou de l'urticaire et du purpura allergique. Quand cette affection touche l'hypoderme, il s'agit, le plus souvent, d'un érythème induré de Bazin ou d'un érythème noueux médicamenteux.

Les membres du panel répondirent à plusieurs questions de l'animateur, le docteur Jacques Léger.

En ce qui concerne les tests allergiques, le docteur *Casgrain* souligne que, pour l'asthme, deux séries de tests suffisent en général. Pour la fièvre des foins, une dizaine de tests doivent être faits, dont quelques-uns comportent un certain danger. Il faut retenir, de plus, qu'un test positif n'a pas toujours une signification clinique et que les tests aux aliments sont moins fiables que les tests au pollen.

Le docteur *Leblanc* ajouta que le test à la poussière est souvent positif chez le jeune enfant. Par contre, les tests cutanés, en général, étaient peu valables en bas de deux ans; de plus, l'amygdalite chronique doit être opérée surtout s'il s'agit d'un terrain allergique. Une autre cause qu'il ne faut pas oublier chez l'enfant, c'est l'oxyurose.

Au chapitre du traitement, les panellistes furent tous d'accord pour affirmer que les stéroïdes sont beaucoup trop employés pour traiter les cas d'allergie. En effet, ces derniers ne devraient être utilisés qu'en dernier recours. Le traitement de base dans les cas d'allergie comprend, soit l'adrénaline, l'aminophyline et les antihistamiques. Il est à noter, cependant, que l'aminophyline est mal toléré chez l'enfant. Les autres traitements comprennent des méthodes d'hyposensibilisation qui s'appliquent évidemment aux pollens et non pas aux aliments et aux médicaments.

La désensibilisation aux pollens doit être entreprise au moins trois mois avant la saison.

Le Secrétaire des séances,
Gilles LEDUC

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR GABRIEL FOURNIER

Le docteur Gabriel Fournier est décédé subitement le 25 mai 1961 à l'âge de 45 ans.

Fils d'un dentiste fort réputé de St-Hyacinthe et d'une mère musicienne, Gabriel Fournier commença ses études dans sa ville natale et les compléta à Montréal. Il étudia la médecine à l'Université de Montréal et il y obtint son doctorat en 1941.

Le docteur Gabriel Fournier fit son internat à l'Hôtel-Dieu de Montréal et il demeura toute sa vie membre du service de médecine de cette institution, où il s'occupa d'endocrinologie; depuis quelques années, il était attaché à la clinique du glaucome de l'Hôtel-Dieu à titre de consultant en médecine interne.

LE DOCTEUR LOUIS LEGRIS

Le docteur Louis Legris est décédé à West Warwick (Rhode Island) le 22 mai 1961 à l'âge de 75 ans.

Le docteur Legris avait fait ses études classiques au Collège Ste-Marie de Montréal et sa médecine à Baltimore et à Chicago.

Le docteur Louis Legris participa à la guerre de 1914-18 dans le corps médical américain.

Il a toujours pratiqué la médecine générale à West Warwick.

LE DOCTEUR JOSEPH-ÉLIE MALTAIS

Le docteur Joseph-Elie Maltais est décédé subitement, le 20 juin 1961 à l'âge de 41 ans.

Né à La Malbaie, le docteur Maltais après ses études primaires faites à sa place natale fit ses études classiques au Collège Jean-de-Brébeuf de Montréal et sa médecine à l'Université de Montréal, où il reçut son doctorat en 1951.

Après trois ans d'internat à l'Hôpital Sainte-Justine, le docteur Maltais fit un stage post-scolaire à l'Université de Washington et à l'Hôpital Maisonneuve où il étudia la chirurgie plastique.

En 1957, le docteur Maltais revint à l'Hôpital Sainte-Justine, où il entra dans le service de chirurgie, section de chirurgie plastique.

Le docteur Joseph-Elie Maltais était spécialiste certifié du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

LE DOCTEUR JAMES L. McINTOSH

Le docteur James L. McIntosh est décédé à Montréal le 26 mai 1961 à l'âge de 66 ans.

Né au Connecticut, le docteur McIntosh fit ses études classiques au Collège de Montréal et ses études médicales à l'Université de Montréal qui lui conféra le doctorat en 1918.

Après avoir fait partie du corps médical durant la guerre de 1914-18, il s'était établi en 1921 à Ville-Emard et il y a toujours exercé sa profession. Le docteur James L. McIntosh était attaché à l'Hôpital Général de Verdun à titre de médecin consultant.

LE DOCTEUR LOUIS-PAUL SÉNÉCAL

Le docteur Louis-Paul Sénécal, est décédé le 29 mai 1961 à l'âge de 67 ans après une très longue maladie.

Le docteur Sénécal avait fait ses études classiques au Collège de Montréal et ses études médicales à l'Université de Montréal, où il obtint son

doctorat en 1919. Après quoi, il fit un stage d'internat à l'Hôtel-Dieu de Montréal; suivirent deux années d'études de perfectionnement en chirurgie à Paris. De retour à l'Hôtel-Dieu en 1923, il fut attaché au service de chirurgie générale.

Le docteur Louis-Paul Sénécal était également membre du personnel médical de l'Institut Bruchési. A titre de chirurgien consultant en phtisiologie, il fut un des pionniers à Montréal dans la thérapeutique opératoire de la tuberculose pulmonaire. Il fut parmi les premiers chez nous à exécuter la thoracoplastie.

Peu enclin à l'enseignement, le docteur Sénécal ne laisse pas d'œuvre écrite. Il participa à la formation des jeunes chirurgiens en leur donnant des leçons verbales et techniques; mais pris par une clientèle qui ne lui laissait que peu de loisirs, il se tint à l'écart des organisations médicales. Il se réjouissait toutefois d'être un membre à charte du Collège Royal des Chirurgiens du Canada et c'est peut-être à ces seules assises qu'il se permettait un éloignement de son hôpital.

Le docteur Louis-Paul Sénécal resta toujours fidèle à l'Hôtel-Dieu et servit loyalement l'hôpital fondé à Montréal par Jeanne Mance et l'Hôtel-Dieu conservera de lui le souvenir d'un serviteur dévoué, charitable et profondément humain.

E. D.

LE DOCTEUR J.-J. TRUDEL

Le docteur J.-J. Trudel, habitant aux Chutes Shawinigan depuis nombre d'années, est décédé récemment. Il avait obtenu sa licence du Conseil médical du Canada en 1911.

NOUVELLES

L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL CONFÈRE DES DOCTORATS HONORIFIQUES À TROIS ÉMINENTS PSYCHIATRES

A l'occasion du IIIe Congrès Mondial de psychiatrie qui s'est tenu à Montréal à l'Hôtel Reine Elizabeth, le Recteur de l'Université de Montréal a décerné des doctorats honorifiques en sciences médicales aux professeurs Ugo Cerletti, président de la Société Italienne de Psychiatrie, Jean Delay, membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie Française et Daniel Lagache, co-directeur de l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris.

DOCTORAT HONORIFIQUE CONFÉRÉ PAR LAVAL AU PROFESSEUR LAMBLING

Samedi le trois juin 1961, Monseigneur le Recteur de l'Université Laval de Québec a conféré un doctorat honorifique au professeur André Lambling, secrétaire du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris et délégué officiel de la France au Congrès de Québec de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

L'UNIVERSITÉ McGILL CONFÈRE UN DOCTORAT HONORIFIQUE AU DOCTEUR HENRI EY

A l'occasion du 3e Congrès Mondial de Psychiatrie tenu à Montréal, l'Université McGill a conféré un doctorat honorifique au docteur Henri Ey de Paris, secrétaire général du Comité International d'Organisation du Congrès Mondial.

LE DOCTEUR PAUL BOURGEOIS, ÉLU DIRECTEUR DU CONSEIL DES HÔPITAUX CATHOLIQUES DU CANADA

Le premier laïc appelé à faire partie du Bureau de Direction du Conseil National des Hôpitaux Catholiques du Canada est le docteur Paul Bourgeois, directeur général de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal. Il a été élu récemment lors du congrès de cette association tenu à Montréal.

ÉLECTION DU DOCTEUR JEAN SAUCIER À LA PRÉSIDENCE DE LA *CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*

L'Assemblée annuelle de l'Association Canadienne de Psychiatrie — *The Canadian Psychiatric Association* s'est tenue à Montréal à la veille du 3e Congrès International mondial de Psychiatrie.

A cette occasion, le docteur Jean Saucier, professeur à l'Université de Montréal et chef de neuro-psychiatrie à l'Hôtel-Dieu, a été élu président de l'Association.

CONFÉRENCES À MONTRÉAL DU PROFESSEUR ANDRÉ LAMBLING

Le professeur André Lambling, délégué officiel de la France au 31e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, tenu à Québec du 5 au 7 juin 1961, a prononcé des conférences à Montréal le mardi 13 juin sous les auspices de la Société Médicale de Montréal et de la Société de Gastro-Entérologie de Montréal, le jeudi 15 juin à l'Hôpital Notre-Dame et le vendredi 16

Fondée en 1902

Association des Médecins de Langue Française du Canada

BULLETIN D'ADHÉSION

Je, soussigné, vous prie de m'inscrire comme membre de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Je vous inclus mon chèque au montant de **vingt dollars** (**$20.00**), ce qui me donne droit aux privilèges de l'Association durant une année (de juin à juin).

Date:..... Nom:.....

Bureau:.....

Domicile:.....

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme et de quelle Université?.....

.....

N.B. — Cotisation privilégiée pour médecins internes, résidents ou aux études: **$5.00** par année (juin à juin).

Signature:.....

(S.V.P. RETOURNER CE BULLETIN À: 326 EST, BOULEVARD SAINT-JOSEPH, MONTRÉAL 14, P.Q.)

juin à l'Hôtel-Dieu, à l'invitation du département de médecine de chacun de ces hôpitaux.

Le professeur André Lambling a parlé des acquisitions nouvelles en Gastro-Entérologie et de l'apport scientifique français en regard de cette spécialité.

ÉLECTIONS DES OFFICIERS DE L'EXÉCUTIF MÉDICAL À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Les membres de l'Exécutif du Bureau médical pour 1961-1962; élus récemment, sont les docteurs Roma Amyot, président; François Archambault, vice-président; Georges Leclerc, secrétaire-trésorier; Jacques Léger, Jean-Paul Brault, André Leduc et Léopold Morissette.

LE DOCTEUR HICKLER DONNE UNE CONFÉRENCE À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le docteur Jacques Genest, directeur du département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal a invité le docteur Roger Hickler du *Peter Bent Brigham Hospital* de Boston à donner le 11 juin 1961 une conférence sous forme de colloque devant les membres du bureau médical. Le titre de la communication se lisait: *Orthostatic hypotension.*

LE DOCTEUR SERGE LEBOVICI, CONFÉRENCIER "FRANÇOISE BOULANGER"

Le docteur Serge Lebovici, médecin assistant des Hôpitaux de Paris, secrétaire scientifique de l'Institut de Psychanalyse de Paris, a été le 5 juin 1961, le conférencier d'honneur à la 6e Conférence à la mémoire de Françoise Boulanger.

Cette conférence, tenue sous les auspices de la Société Canadienne de Psychanalyse, a eu lieu à l'Université de Montréal.

Présenté par le docteur Jean-Baptiste Boulanger, le docteur Serge Lebovici a parlé de l'*Abord psychanalytique des obsessions chez l'enfant.*

Le docteur Lebovici a été remercié par M. Théo Chentrier.

La Séance était présidée par le docteur Miguel Prados.

CONFÉRENCE À MONTRÉAL DU PROFESSEUR HENRI LAUGIER

Le fondateur de la Revue Canadienne de Biologie et l'ancien professeur de physiologie à l'Université de Montréal, M. Henri Laugier, devenu depuis recteur de l'Université d'Alger et professeur de physiologie générale à la Sorbonne, a donné une conférence à l'Université de Montréal sous les auspices de la Société Canadienne de Biologie.

M. Laugier a parlé des projets gouvernementaux français de recherche physiologique.

ÉLECTIONS AU CONSEIL DES HÔPITAUX DE MONTRÉAL

L'assemblée annuelle du Conseil des Hôpitaux de Montréal, tenue récemment a permis le renouvellement des termes d'office de ses officiers.

Le docteur Jacques Gélinas, directeur médical de l'Hôpital Maisonneuve, a été élu président du Conseil pour l'année courante.

CONGRÈS À MONTRÉAL DE L'ASSOCIATION CANADIENNE D'UROLOGIE

Le Congrès Annuel de l'Association Canadienne d'Urologie s'est tenu à l'Hôtel Reine Elisabeth de Montréal, les 11, 12 et 13 juin 1961 sous la présidence du docteur Jean-Paul Bourque, professeur titulaire d'Urologie à l'Université de Montréal et directeur de la section d'Urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les collaborateurs du président, lors de l'organisation du Congrès étaient, entre autres, les docteurs Jean-Paul Legault, Jean-Paul Brault, Jean Charbonneau, Albert-Edouard Desjardins et Georges-Etienne Gauthier.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE NEUROLOGIE

Le Congrès de la Société Canadienne de Neurologie s'est tenu à Montréal, les 15 et 16 juin 1961 à l'Hôpital Notre-Dame et à l'Institut Neurologique de Montréal.

Parmi les participants au programme scientifique, on remarque les noms des docteurs Bernard Martineau, L. Deschênes, Jeliu, Guy Courtois, Claude Gauthier, Françoise Robert, Raymond Robillard, Gilles Bertrand, Gordon Thompson, André Parenteau, Bernard Meloche, André Barbeau, Yves Duchastel, Cartier Giroux, Jean-Louis Léger, Emile Berger, William Feindel et Preston Robb.

Le docteur Claude Bertrand, président de la Société Canadienne de Neurologie, a fait le discours inaugural. Le docteur Paul Castaigne, professeur titulaire de neurologie à l'Université de Paris, était l'invité d'honneur de cette 13e réunion annuelle de la Société.

LE DOCTEUR PAUL-HENRI CREVIER, DIPLÔMÉ DE L'« *AMERICAN BOARD OF NEURO-SURGERY* »

Le docteur Paul-Henri Crevier, membre de la section de neuro-chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Montréal vient d'obtenir, après examens, le titre de diplômé « diplomate » de l'*American Board of Neuro-Surgery.*

LE DOCTEUR ULRIC FRENETTE, ÉLU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES ORTHOPÉDISTES

L'Association Canadienne des Orthopédistes a tenu récemment son Congrès annuel à St-André-sur-Mer. A cette occasion, les officiers de l'Association ont été choisis pour le terme courant.

Le docteur Ulric Frenette, de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, a été élu président en remplacement du docteur E. W. Ewart de Moncton.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR GEORGES-ÉTIENNE CARTIER

Le docteur Georges-Etienne Cartier, chef de la Section de chirurgie cardio-vasculaire de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a prononcé le 15 juin 1961 au Manoir Notre-Dame-de-Grâces, sous les auspices du Comité Médical et du Comité d'Education de la Fondation du Québec des maladies du cœur, une conférence sur certaines maladies vasculaires.

Le docteur Georges-Etienne Cartier a été présenté par le docteur Lucien L. Coutu, directeur médical de l'Hôtel-Dieu.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR N.-R. BOUZIANE

Le docteur N.-R. Bouziane, Ph.D., directeur des laboratoires de l'Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc, vient d'être promu « *dean* » de l'*American College of Bio-Analysts*.

BOURSES D'ÉTUDES ACCORDÉES AUX DOCTEURS JACQUES BRIÈRE, CAMILLE DUFAULT ET BERNARD LAMBERT

Trois jeunes médecins de Montréal viennent d'obtenir des bourses d'études. Le docteur Jacques Brière a obtenu la bourse *McLaughlin Travelling Fellowship;* le docteur Camille Dufault a été choisi par la Fondation Nuffield pour bénéficier d'un « *Dominion Travelling Fellowship* », le docteur Bernard Lambert a reçu une bourse de quatre mille dollars de la Société Canadienne du Cancer, bourse tirée du fonds John S. McEachern.

VISITE À LILLE DE MÉDECINS CANADIENS, ÉTUDIANTS À PARIS

Une vingtaine de médecins canadiens qui effectuent des stages de perfectionnement à Paris ont visité récemment les principales institutions médicales de Lille.

Sous la direction du président de l'Amicale des Médecins Canadiens à Paris, le docteur Roger Dufresne et du représentant du gouvernement provincial québecois à Paris, M. Charles Lussier, ils ont en particulier visité l'Institut Pasteur et l'Institut de Stomatologie de Lille.

CONFÉRENCE À L'INSTITUT PRÉVOST DU PROFESSEUR EY

Le professeur Henri Ey a prononcé à l'Institut Albert Prévost vendredi le 2 juin 1961, une conférence intitulée: « Tendances nouvelles de l'assistance psychiatrique en France ».

COMMISSION-CONSEIL CONCERNANT LES SOINS D'URGENCE

Le ministre de la Santé et du Bien-Etre, l'honorable S. Waldo Monteith vient de former un Comité aviseur concernant les soins d'urgence l'*Emergency Health Services Advisory Committee.*

Ce Comité va servir d'agent de liaison entre le gouvernement et la profession médicale en vue d'assurer la coordination des soins d'urgence en cas de catastrophe nationale.

La première assemblée du Comité a eu lieu à Ottawa le 29 mai 1961 et le docteur Jean F. Hamel y assistait à titre de représentant de l'Association des médecins de Langue Française du Canada.

REVUE DES LIVRES

Essential Pathology: par D. Baker, professeur de Pathologie, Duke University School of Medecine, The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1961.

C'est un petit bouquin sympathique par ses dimensions: 20 cm. x 14 cm. et 3 cm. d'épaisseur. Il a 638 pages. C'est une première édition que l'auteur présente en se proposant de traiter de la pathologie courante et de le faire succinctement, tout en invitant le lecteur à d'autres lectures plus approfondies dont il fournit la bibliographie à la fin de chaque chapitre. Ce livre rend compte de l'évolution de la médecine et de la pathologie; il omet ou mentionne simplement les maladies infectieuses qui tendent à disparaître et traite des maladies qui, autrefois négligeables, tendent à les remplacer. Ainsi il y a un chapitre portant sur les maladies du tissu conjonctif et l'allergie, un chapitre sur l'hérédité, la croissance et la sénescence et un chapitre sur les malformations. Il faut souligner un chapitre sur l'obstruction des viscères creux: chapitre inhabituel qui témoigne du souci de l'auteur d'être pratique en abordant la pathologie non par l'étiologie comme la logique latine nous avait habitués à le faire, mais par le côté effet ou conséquence comme il se présente dans le quotidien.

Ce livre est abondamment illustré. Les photos, notamment les macroscopiques, sont splendides; l'auteur dans la préface s'en fait une gloire, non sans raison, en rendant hommage à son maître Mac Collum qui lui a appris à photographier les spécimens immergés pour éviter les reflets.

Un livre aussi concis s'adresse-t-il à un étudiant en médecine? Un traité fait dans cet esprit est forcément rempli d'affirmations ne laissant pas de place aux points d'interrogation et aux hypothèses et, sans doute, les énoncés qu'il contient sont-ils

aussi exacts que possible, mais un élève en pathologie qui ne donnerait qu'une réponse de 13 lignes à la question: goître simple, risquerait d'être considéré comme faible. Les cirrhoses sont traitées en trois pages.

Ce livre s'adresserait plutôt aux élèves en sciences para-médicales: art dentaire, réhabilitation, à cause de sa brièveté et sa concision. Paradoxalement et pour ces mêmes raisons il serait très utile aux médecins qui préparent un examen post-scolaire dans une spécialité. Dans ces circonstances où le temps est précieux, la clarté de l'exposé important, ce livre s'avérerait très utile dans la préparation de l'examen. Ne concourrait-il qu'à inciter le candidat à être bref et « ad rem » lors de son examen que déjà il rendrait un grand service et à l'examiné et à l'examinateur!

S. LAUZE.

COMMUNIQUÉS

LE PRÉCEPTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE
FORMULE D'APPLICATION

Les médecins qui désirent devenir précepteurs doivent faire application immédiatement.

Rappelons les buts du préceptorat:

a) *pour l'étudiant*

1) Lui fournir l'occasion d'observer un médecin praticien et de vivre à ses côtés afin de connaître de façon expérimentale (dans la mesure du possible en pareille circonstance) en quoi consiste le travail du médecin de pratique générale.

2) Lui permettre de connaître la maladie dès ses premiers stades (ce qui est exceptionnel à l'hôpital) et tous ces malades que rencontre chaque jour le médecin mais qui ne quittent pas le foyer.

3) Lui apprendre à suivre un patient vers la guérison, de telle sorte qu'il commence à savoir de façon vivante ce que représentent les relations « patient-médecin », ce que malheureusement l'hôpital ne lui fournit guère.

4) Lui faire prendre conscience de l'importance réelle, en pratique courante, du milieu familial, des croyances religieuses, du statut social et des conditions économiques.

b) *pour le médecin*

1) L'encourager à ne pas cesser de se perfectionner par l'étude.

2) Lui procurer le plaisir qu'espère tout médecin compétent: celui de transmettre à d'autres le fruit de ses connaissances et de son expérience, les synthèses scientifiques et humaines inappréciables qu'il a pu réussir.

Fonctionnement

a) *Candidats*

Etudiant. Tout élève de 3ième année.

Médecin. Tout médecin de médecine générale dont le sérieux, l'honnêteté et le dévouement sont reconnus.

b) *Date du préceptorat*

Au cours de l'été et plus spécialement durant la dernière semaine d'août et la première semaine de septembre.

Nous sommes convaincus que les praticiens s'honoreront de leur rôle de précepteur. Nous invitons très particulièrement nos praticiens des milieux ruraux à ne pas négliger cette occasion de démontrer leur nécessité dans la formation des étudiants en médecine.

Si certains praticiens désirent de plus amples informations, nous nous ferons un grand plaisir de les leur procurer.

J.-G. Bonnier, M.D., D.P.H.,
13, avenue Strathyre,
LaSalle, P.Q.

RAPPORTS DE SURVEILLANCE DES MALADIES CONTAGIEUSES ÉPIDÉMIQUES OU EXCEPTIONNELLES MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE

(le 20 mai 1961)

Grippe

Alberta

En mars, on a isolé le virus grippal A2 chez deux malades, l'un de Lancaster Park (Station de l'ARC), Namao et l'autre de Vilna.

Des études sérologiques du sérum d'un malade à l'état aigu, et d'un convalescent, à l'hôpital militaire d'Alberta (Calgary), ont montré une hausse quadruple du titre de l'anticorps fixateur du complément à la grippe du type A (avril 1961).

Source: Dr M. E. Williams, virologue, Laboratoire provincial d'hygiène publique, Université de l'Alberta, Edmonton.

Services de santé des Indiens et du Nord

Fièvre typhoïde

Fort Qu'Appelle (Sask.) — Au cours d'un examen en vue de rechercher les sources de la shigellose à la réserve de Moscowpetung, on a découvert quatre porteurs de paratyphoïde S. Le traitement par la chloromycétine a été institué. Les membres de la famille et les contages des porteurs ont été examinés et l'on a commencé à pratiquer les inoculations de TAB.

Nota: Cinq cas de fièvre paratyphoïde due au *S. paratyphi B* ont été signalés en février et mars à la réserve indienne de Moose Woods, 13 milles au sud de Saskatoon.

Source: Surintendant de zone, Fort Qu'Appelle.

Hépatite infectieuse

Inuvik (T. N.-O.) — Cinq autres cas d'hépatite infectieuse ont été signalés, deux dans la ville d'Inuvik, un à l'hôtellerie catholique et un cas à Arctic Red River. Cette éclosion a débuté en octobre 1960 et jusqu'ici on en a constaté 61 cas.

Source: Mlle M. Docherty, infirmière-hygiéniste, Inuvik.

Tétanos

Aiyansh (C.-B.) — Un décès attribuable au tétanos a été signalé chez un enfant non immunisé à la suite de brûlures subies lorsque l'enfant est tombé contre un poêle.

Source: Surintendant de zone, Miller Bay.

Terre-Neuve

Un cas de tétanos a été signalé à St-Jean, chez une femme de 49 ans.

Ontario

Un cas de tétanos a été signalé pour la semaine terminée le 29 avril 1961.

Tularémie

Un cas de tularémie a été signalé pour la semaine terminée le 6 mai 1961.

Source: Chef, Section de la santé publique, Bureau fédéral de la statistique.

Trichinose

Québec

Trois autres cas de trichinose ont été signalés dans la province de Québec, soit un cas à chacune des trois villes de Jonquière, de Kénogami et de Montréal.

Source: Dr A. R. Foley, épidémiologiste, ministère de la Santé du Québec.

Colombie-Britannique

Un cas de trichinose, prouvé par une biopsie musculaire et huit suspects ont été signalés au cours d'avril dans la région d'Abbotsford.

Source: Dr G. Donald Kettyls, directeur de l'Unité sanitaire de la Haute-Fraser, Chilliwack.

Paludisme

Un cas de paludisme tertiaire bénin a été signalé à Duncan. Le malade, âgé de 32 ans, a probablement contracté cette infection en Nouvelle-Guinée, en février 1961, en dépit d'un traitement prophylactique contre le paludisme.

Source: Dr J. F. Burrows, directeur adjoint, Unité sanitaire centrale de l'île de Vancouver, Nanaïmo.

Poliomyélite paralytique

Canada

Un total provisoire de 906 cas de poliomyélite paralytique et 74 décès, ont été signalés à la Division de l'épidémiologie en 1960.

Le classement final avec les rapports de surveillance de 60 jours, ont été reçus pour 92 p. 100 des cas. Il y a eu paralysie résiduelle dans 80 p. 100 des cas.

Le tableau suivant indique en résumé ce qui est arrivé en 1960 sous le rapport de la poliomyélite paralytique.

Cas de poliomyélite paralytique et décès
Taux d'atteinte par 100,000 âmes et mortalité

	Cas	*Taux par 100,000 âmes*	*Décès*	*Mortalité (p. 100)*
Canada	906	5.1	74	8.2
Terre-Neuve	49	10.7	4	8.2
Ile du Prince-Edouard	1	1.0	—	—
Nouvelle-Ecosse	9	1.2	1	11.1
Nouveau-Brunswick	96	16.0	2	2.1
Québec	277	5.4	33	11.9
Ontario	39	0.6	2	5.1
Manitoba	13	1.4	1	7.7
Saskatchewan	56	6.1	8	14.3
Alberta	201	15.7	11	5.5
Colombie-Britannique	165	10.3	12	7.3

ATTRIBUTION D'UNE SUBVENTION FÉDÉRALE À UN ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE DE MONTRÉAL

La Retraite Saint-Benoît de Montréal a bénéficié d'une subvention fédérale à la construction hospitalière qui l'aidera à bâtir une école et une résidence d'infirmières, annonce aujourd'hui le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Une somme de $48,700 a été mise à disposition de l'institution pour l'aider à construire un nouvel édifice qui abritera une école et des logements pour les infirmiers de l'Ordre des Frères de la Charité.

Lorsqu'elle sera terminée, la résidence comprendra 34 lits destinés au personnel infirmier. La Retraite Saint-Benoît est un hôpital psychiatrique.

LA SOCIÉTÉ CANADIENNE POUR L'ÉTUDE DE LA FERTILITÉ

La 8ième réunion annuelle de cette société aura lieu à l'hôtel Sheraton-Brock de Niagara Falls (Ontario) les 27 et 28 octobre 1961.

Des renseignements complémentaires seront fournis sur demande écrite adressée au Dr George H. Arronet, « Infertility Centre, Royal Victoria Hospital », Montréal.

COURS POST-SCOLAIRE AU ROYAL VICTORIA HOSPITAL

L'Hôpital Royal Victoria organise un cours de perfectionneemnt destiné aux Praticiens de Médecine Générale du 6 au 11 novembre prochain.

Ce cours sera essentiellement pratique.

Les progrès médicaux récents applicables en pratique générale seront tout spécialement traités.

Droit d'inscription: $75.00

Le Collège de Pratique Générale du Canada donne crédit pour ce cours ainsi que « The American Academy of General Practice ».

Un cours de Cardiologie Clinique sera donné par les services Cardio-Respiratoires de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital Montreal Children's du 13 au 16 novembre 1961.

Droit d'inscription: $50.00

Ces cours seront donnés en anglais.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser au Post Graduate Board, Royal Victoria Hospital, 687 ouest, ave Pine, Montréal 2, P.Q.

SUBVENTIONS NATIONALES À L'HYGIÈNE POUR AIDER LES HÔPITAUX DU QUÉBEC

Trois hôpitaux du Québec se sont vu attribuer un total de $601,700 au titre des subventions nationales à l'hygiène pour construction et modifications ainsi que pour l'extension de services de réadaptation. C'est ce qu'a annoncé aujourd'hui ici l'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Une subvention de $557,200 a été accordée à l'Hôpital du Christ-Roi, Québec-Ouest, pour la construction d'un nouvel hôpital de 221 lits et 36 berceaux. La nouvelle construction abritera un laboratoire, une pharmacie, des salles de conférence, une clinique externe, des logements d'infirmières et autres services connexes. L'Hôpital du Christ-Roi dessert une population de 75,000 personnes qu'on s'attend à voir atteindre 100,000 au cours des dix prochaines années.

Nouvelle forme
Dragées
sans goût, sans odeur



SULFARLEM-CHOLINE

CHOLÉRÉTIQUE-LIPOTROPE

SOUFRÉ

MÉDICATION TOTALE
ASSIMILABLE
DE LA CELLULE HÉPATIQUE

2 à 4 dragées avant chaque repas

FORMULE : Trithioparaméthoxyphénylpropène 0.005 g
Bitartrate de choline..... 0.30 g
pour une dragée.

LATÉMA
LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Herdt & Charton Inc.
2245. RUE VIAU. MONTRÉAL

La Retraite St-Benoît de Montréal recevra une subvention de $33,300 pour modifications et améliorations à son édifice. Lorsqu'elles auront été faites, le chauffage sera plus facile et l'aspect général de l'édifice sera amélioré.

L'Hôpital Ste-Justine, Montréal, recevra une subvention nationale à l'hygiène de $11,200 pou raider à développer sa clinique d'orthophonie pédiatrique La clinique assure l'examen et le traitement de tous genres de difficultés orthophoniques pour les enfants de Montréal et de la région. Le personnel supplémentaire permettra à l'hôpital de prendre soin d'un plus grand nombre de malades.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHLÉBOLOGIE 1960

Texte intégral, en langue française, suivi des résumés en anglais et en allemand, 400 pages de texte, 100 pages d'illustrations en noir et en couleurs.

1 — *Etude physiopathologique de la stase veineuse.* Cette partie, capitale pour l'intelligence de la phlébologie moderne, représente à elle seule près de 300 pages.

2 — *La douleur dans les affections veineuses des membres inférieurs.*

3 — *La méthode sclérosante dans ses applications extra-vasculaires.*

Au total, 20 rapports et 36 communications.

Nécessaire à tout spécialiste des affections vasculaires, ce volume est indispensable à toute Bibliothèque de Faculté.

Un fort volume 16 x 24, sur papier couché, à paraître au cours du premier semestre 1961.

Pour la commande s'adresser au Docteur Suzanne Bourgeois, 8, Boulevard du Théâtre à Chambery (Savoie).

Et verser en même temps la somme de: 50 NF. pour la France, 60 NF. pour l'Etranger, soit par virement bancaire à l'ordre du Congrès International de Phlébologie, compte No 96388 de la Banque de Savoie à Chambery, soit au Compte Chèque Postal Lyon No 31 de la Banque de Savoie en inscrivant au verso du chèque: « pour le Congrès International de Phlébologie ».

Le tirage étant limité, le volume ne sera sans doute pas vendu en librairie.

Fac-similé sur demande.

BOURSE NESTLE

Une bourse de recherches de dix mille nouveaux francs est accordée chaque année par la Société Nestlé française à un médecin désirant se perfectionner dans le domaine de la nutrition.

Le Jury d'attribution de la bourse Nestlé a retenu pour l'année 1961-1962 la candidature du Docteur Juan Rodriguez Soriano (Barcelone).

La bourse 1962-1963 sera attribuée au cours du printemps 1962. Les candidats devront faire parvenir au Centre International de l'Enfance, Château de Longchamp, Bois de Boulogne, Paris XVIe:

a) *un Curriculum Vitae,* faisant état de leurs travaux sur les problèmes biologiques et sociaux concernant l'alimentation ou la nutrition des nourrissons et des enfants;

b) *une lettre de présentation* d'un de leurs Maîtres;

c) *l'indication des études* qu'ils voudraient poursuivre grâce à la bourse.

Les candidats devront avoir une connaissance suffisante de la langue française.

Le ou les boursiers devront, à l'expiration de leur bourse, faire parvenir au Centre International de l'Enfance, un travail scientifique sur le sujet qu'ils auront étudié au cours de l'année.

LIVRES REÇUS

Comité d'experts de la Poliomyélite, troisième rapport. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1960, No 203; 54 pages. Prix: $0.60. Existe aussi en versions anglaise et espagnole.

Depuis la dernière réunion du Comité d'experts de la Poliomyélite, qui a eu lieu en 1957, la lutte contre la maladie a marqué des progrès considérables: large utilisation des vaccins à virus poliomyélitique inactivé, recherches intensives sur les vaccins à virus poliomyélitique vivant atténué, dont l'emploi a maintenant pris dans certains pays une extension que l'on n'aurait guère envisagée il y a trois ans. Le troisième rapport du Comité d'experts donne un aperçu complet des problèmes nouveaux ainsi posés.

Dans la plupart des pays où les vaccins à virus inactivé ont été largement utilisés, on a obtenu un taux de protection voisin de celui que les essais pratiques contrôlés laissaient espérer. L'expérience paraît avoir progressivement triomphé des problèmes de production et de contrôle, mais les essais récents de fabrication de vaccins polyvalents contenant l'antigène poliomyélitique se sont heurtés à des obstacles particuliers. Les connaissances sur ces antigènes multiples sont encore trop limitées pour permettre une évaluation précise de leur action.

L'innocuité des vaccins à virus poliomyélitique vivant semble démontrée de façon satisfaisante dans un certain nombre de régions où ils ont été employés sur une grande échelle, dans toutes, sauf deux, on a obtenu une diminution de l'incidence de la poliomyélite. Toutefois, il est encore trop tôt pour évaluer les effets à long terme de ces vaccins. Le rapport propose des critères permettant d'en évaluer l'innocuité et l'efficacité. Il est indispensable de poursuivre, dans ce domaine, les recherches sur les marqueurs et sur les taux de virémie produits par les différentes souches. Il reste également à étudier l'aptitude des diverses souches à contaminer l'entourage des sujets vaccinés et la collectivité. Le Comité propose des critères permettant la sélection de souches appropriées et le classement des diverses souches des trois séries de vaccins en usage. Il a également étudié la contamination possible des vaccins à virus poliomyélitique vivant par les virus simiens et il a recommandé d'étudier la pathogénicité de ces derniers ainsi que les méthodes d'inactivation différentielle.

TRAITEMENT RATIONNEL DE L'ACNÉ

SULPHO·LAC

Pommade Savon

Ne contient aucun corps gras



Indications:
Acné-Couperose
Lupus Erythémateux
Séborrhée huileuse
Dermites de cause vénénifique.

Echantillon aux médecins sur demande.

HERDT & CHARTON INC., 2245, rue Viau, Montréal 4, Canada

Pour l'établissement des grands programmes d'immunisation, ce sont les conditions épidémiologiques, sociales et économiques du pays intéressé qui devront dicter le choix entre le vaccin inactivé et le vaccin vivant. Le Comité a examiné de ce point de vue les avantages et les inconvénients des deux formules et a présenté un certain nombre de considérations dont les autorités de la santé publique devront tenir compte en prenant leur décision. Il a insisté sur l'importance des enquêtes sérologiques et de la surveillance pour le succès des programmes de vaccination. Il a signalé enfin la fréquence croissante d'autres infections à entéro-virus (Coxsackie et ECHO), qui sont la cause de manifestations cliniques très variées dont certaines ressemblent à celles de la poliomyélite. Il est indispensable de poursuivre les recherches sur ce point, notamment pour déterminer si les manifestations cliniques présentent plus de gravité pour certains groupes, par exemple pour les nouveau-nés.

Gérontologie et gériatrie (La lutte contre les années). Par le Doyen Léon BINET, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie Nat. de Médecine. Un vol. de 128 pages. Collection "Que sais-je?". Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1961 (NF. 2.50).

Depuis longtemps le professeur Léon Binet, avec ses élèves, s'intéresse directement au problème de la sénescence. Dans un ouvrage de la collection « Que sais-je? » il vient de mettre au point un certain nombre d'observations personnelles et nous ne pouvons mieux faire que rapporter les conclusions de l'auteur.

Certes, le sujet âgé est un être plus fragile que l'homme adulte. La fatigabilité musculaire est assurément l'élément dominant, mais répétons avec les Anciens, que pour conduire un navire, il n'est pas nécessaire de monter sur les mâts.

Il faut, à tout prix, éviter cet état pénible d'apathie et d'indifférence dans lequel tombent certains vieillards. La retraite totale est regrettable, blâmable, néfaste.

Il y a quelques années, un médecin parisien développait la nécessité de ne pas « dételer avec l'âge ». Soulignons seulement, qu'il importe de ne pas adopter une vraie retraite, à un moment avancé de la vie, mais que, sans surmenage ni fatigue, il faut maintenir en activité ses muscles et son cerveau, garder une activité physique et une participation intellectuelle tout en réglementant son alimentation.

Ces règles s'imposent si l'on veut vivre longtemps et bien. Pour assurer une vie « plus longue et meilleure », la thérapeutique moderne possède des moyens nombreux, inégaux dans leur puissance et dans leur valeur.

En dehors des lois de l'hygiène, les hormones sexuelles, les produits iodés et le soufre, les extraits embryonnaires, des composés minéraux, les produits vitaminés, l'oxygénothérapie, ont surtout été utilisés dans l'équipe qui s'est constituée autour de l'auteur: « nous sommes convaincus, mes assistants et moi, que le médecin, aujourd'hui, peut jouer efficacement sur la pente descendante de la vie, tout comme il intervient si utilement à son début pour réaliser les espérances qu'elle porte ».

L'enseignement de la médecine: Bibliographie annotée, 1946-1955. O. M. S., Genève, 1961; 401 pages. Prix: $6.75. Existe également en édition anglaise.

L'établissement de cette bibliographie a exigé le dépouillement minutieux de tout ce qui a paru dans le monde sur l'enseignement de la médecine entre 1946 et 1955. Plus de 4,000 références ont ainsi été recueillies, pratiquement toutes ont été examinées et, finalement, 2,500 environ ont été retenues. De brèves explications accompagnent les références relatives aux articles écrits dans une langue autre que le français ou l'anglais, ainsi qu'a certains travaux publiés dans l'une de ces deux langues, quand le titre ne fait pas apparaître clairement le sujet traité.

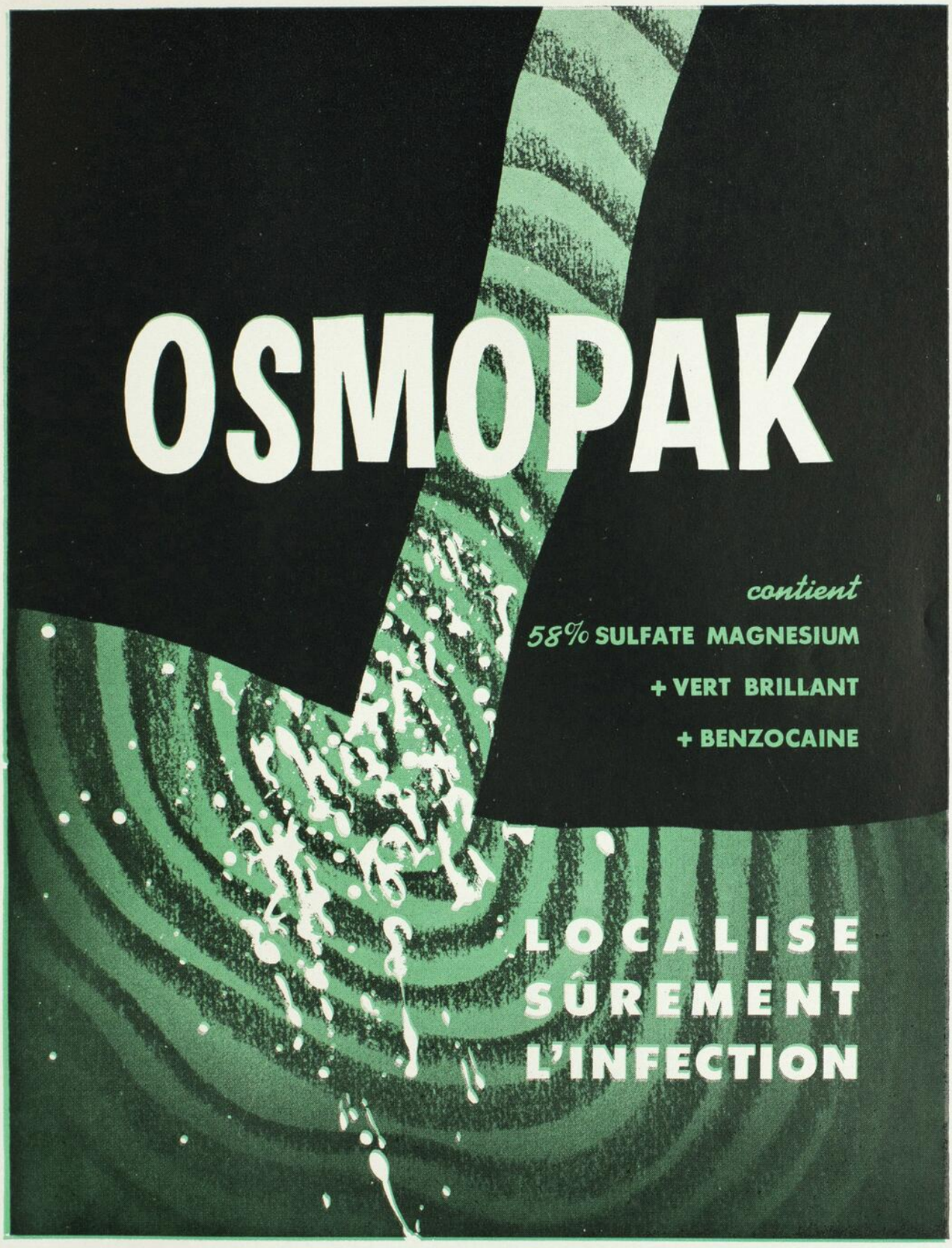
Pour la commodité du lecteur, les références ont été classées dans l'ordre alphabétique des noms d'auteur, sous les rubriques suivantes: Histoire de l'enseignement de la médecine; Buts, tendances et considérations générales; Matières spéciales (Allergie, Anatomie, Anesthésiologie, etc.); L'enseignant prémédical; Les étudiants; Le personnel enseignant; Les programmes d'études; Le malade dans l'enseignement de la médecine; L'enseignement théorique; Les moyens audio-visuels; La recherche dans l'enseignement de la médecine; L'école de médecine dans la collectivité; Internat, stages cliniques et droit d'exercer la médecine; Pays et continents. L'ouvrage contient également un index des auteurs.

Comité d'experts des Drogues engendrant la Toxicomanie, onzième rapport. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1961, No 211; 16 pages. Prix: $0.30. Existe aussi en versions anglaise et espagnole.

Dans son onzième rapport, le Comité OMS d'experts des Drogues engendrant la toxicomanie recommande que les substances suivantes soient placées sous le régime établi par la Convention de 1931 concernant les substances toxicomanogènes comparables à la morphine: clonitazène, diampromide, diphénoxylate, étonitazène, hydromerphinol, phénampromide et phénopéridine. Les données relatives à deux analgésiques dérivés du benzodioxan et à l'éthoheptazine indiquent que ces substances ne devraient pas être considérées comme toxicomanogènes. L'exemption du contrôle international a été recommandée pour deux préparations contenant du diphénoxylate, un nouvel agent constipant, mais le Comité n'a pu accepter la demande d'exemption présentée pour le dextro-phénomorphane.

Le Comité s'est occupé d'informations concernant l'abus des amphétamines et des substances apparentées contenues dans des médicaments amaigrissants, et a souligné la nécessité d'un contrôle à l'échelon national pour prévenir de tels abus. L'attention a été appelée aussi sur la nécessité de surveiller la consommation de nouvelles substances à action psychique dont pourraient abuser les toxicomanes, comme ce fut le cas pour le SPA (diméthylamino-1 diphényl-1, 2 éthane) au Japon. Il serait urgent de préciser les connaissances et d'augmenter la vigilance à l'égard des propriétés toxicomanogènes des nouveaux médicaments, en particulier de ceux que l'on préconise pour leurs qualités analgésiques ou anti-tussives.

Répondant à la demande du Conseil économique et social, le Comité a résumé en grandes lignes les méthodes grâce auxquelles sont décelées les propriétés toxicomanogènes d'une drogue, mais il a souligné qu'étant donné la



REMPLACE AVANTAGEUSEMENT LE PANSEMENT HUMIDE

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

nature même du problème, il n'est pas possible de définir maintenant un code plus précis de techniques à employer.

Le Comité a estimé qu'il n'y avait pas actuellement de raison convaincante pour que cannabis soit mis à disposition en vue de l'extraction d'antibiotiques, et qu'il y avait lieu de maintenir l'interdiction ou la restriction de son usage médical recommandées par les organes internationaux compétents.

Examinant la question du contrôle médical des toxicomanes, le Comité s'est déclaré favorable à une proposition prévoyant que ces derniers seraient placés sous la tutelle obligatoire d'un groupe de médecins, comme les malades mentaux d'une façon générale. Cette mesure a pour objet d'assurer aux toxicomanes un traitement adéquat, et non de se substituer aux sanctions prévues pour violation des lois.

La sénescence prématurée et ses traitements à la lumière des observations faites chez les anciens déportés et internés. Par L. F. FICHEZ et A. KLOTZ. Editions Fir, Vienne 1961.

Les auteurs de cet ouvrage sont deux médecins qui depuis la Libération ont examiné de nombreux anciens déportés ou internés, et d'une façon générale quantité de victimes de l'occupation nazie en Europe. Tous deux sont d'anciens résistants; de plus l'un d'entre eux a connu les camps d'extermination.

Ils ont ainsi été amenés à reconnaître la réalité de l'anormale précocité du vieillissement de tels sujets. Ce fait les a conduits à tenter de comprendre la raison de ce phénomène, et à envisager la place que la « sénescence prématurée » doit occuper dans les processus généraux du vieillissement humain.

Partant du cas très spécial qu'ils avaient principalement en vue, les auteurs ont essayé avant tout de mettre en relief les raisons de l'apparition prématurée de la sénescence; mais cette prématuration ne leur apparaît que comme un cas particulier du vieillissement envisagé de façon générale, ce qui les amène à présenter du vieillissement une conception faisant une très large part à l'influence psycho-nerveuse.

L'importance des connaissances actuellement acquises en gérontologie dépasse à de nombreux points de vue le cadre plus limité du groupe des victimes de l'Allemagne nazie; si bien que ce livre est d'intérêt général, tant pour le gérontologue que pour le médecin non spécialisé.

Les auteurs ont donné dans leur travail « un exposé vraiment exemplaire des idées-guides sur le vieillissement et sur la sénescence, sur leurs facteurs psycho-neurotiques et biochimiques, exposé très utile pour tout médecin cultivé ».

Professeur E. Greppi
Président de la Société Internationale de Gérontologie

Médecine d'entreprise — Un médecin du travail s'interroge. Par Docteur BREHIER. Préface du Docteur J.-J. Gillon, médecin inspecteur général de la médecine du travail. Librairie Lefrançois, édit., Paris 1961.

Sur la Médecine du Travail, outre les textes qui la régissent, il existe de nombreuses études des questions particulières; ici il s'agit surtout de l'attitude du médecin du Travail à leur égard, et de sa mission avec ses possibilités, ses difficultés, ses moyens.

L'auteur a groupé ses réflexions touchant ces problèmes, soit pour discuter de la réalisation, soit pour en reprendre la valeur envers l'individu, ou envers le travail, ou envers l'entreprise. Ainsi, dans un tour d'horizon qui s'efforce de ne rien négliger d'essentiel, il nous donne, avec quelques exemples vécus, le résultat de son expérience et aussi des occasions de méditer quelques points qui méritent attention.

Successivement, il envisage les examens individuels au cabinet médical avec leurs diverses circonstances: visites systématiques, embauches, visites de contrôle; puis les études touchant la sécurité ou le travail et la documentation qu'il doit poursuivre. Dans une seconde partie, il étudie sur le lieu de travail les conditions et circonstances qu'il lui importe de connaître. Il y a là une vue d'approche du poste de travail qui va, en plusieurs chapitres, des conditions générales d'ambiance au travail du sujet lui-même à son poste, et qui offre un aspect assez original. Il y résume un ensemble de connaissances visant non pas à être complet, mais à être systématique dans l'étude poursuivie.

De sorte que, sans être un vade-mecum, ce livre donne une vue assez complète de la médecine du travail à l'échelon d'exécution. Il soulève des questions qui devraient évoluer vers leurs solutions. Il suscite une meilleure compréhension du médecin à l'égard de son rôle, et des divers échelons de l'Entreprise à l'égard du médecin.

Les applications du courant électrique en odonto-stomatologie. Par A. MALENÇON, Professeur à l'Ecole de Chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris. Préface du Docteur L. Lebourg, Stomatologiste des Hôpitaux. Librairie Lefrançois, édit., Paris 1961.

Il n'est certes pas indispensable d'être un physicien éminent pour utiliser, à bon escient, les applications les plus courantes de l'électricité en Odonto-stomatologie.

Au surplus, n'est-il pas toujours possible, à qui le veut, de compléter ses connaissances par l'étude d'ouvrages spécialisés?

A la réflexion pourtant, il semble qu'il y ait là, une faille.

Certaines connaissances élémentaires, certaines définitions mêmes, n'ont laissé qu'un souvenir imprécis et mal coordonné. Faute de cela, il apparaît bien peu profitable et à coup sûr bien aride de tenter une assimilation des connaissances ainsi rassemblées. Des erreurs d'interprétation seront commises qui ne manqueront pas d'engendrer des erreurs de technique opératoire: ce sera une erreur de diagnostic, ce sera un échec dans le traitement entrepris.

Sans doute le plus grand mérite de cet ouvrage sera-t-il d'être à la fois pour le praticien un véritable mémento à garder à portée de main et un excellent plan de travail personnel.

L'exposé est d'une extrême concision, évitant avec soin les descriptions qui se trouvent aisément dans les traités classiques. La lecture reste aisée cependant et l'intérêt soutenu car l'auteur souligne à toute occasion son souci de justifier sa rigueur technologique par la nécessité qu'il y a à bien comprendre ce que l'on fait si l'on veut pouvoir agir avec éclectisme.

"A NOTRE AVIS,
la préparation fer-cobalt (Roncovite)
constitue une thérapeutique sûre et efficace
que l'on peut utiliser régulièrement contre
les anémies hypochromes et dans la plupart
*des anémies normochromes".**

RONCOVITE®

Dans l'anémie, Roncovite améliore l'utilisation ferrique en favorisant la genèse de l'érythropoïétine, l'hormone érythropoïétique qui régularise cette utilisation.

POSOLOGIE: La posologie habituelle, chez les adultes, est d'une dragée Roncovite après chaque repas et au coucher. Chaque dragée entérique (entérosoluble) contient 15 mg. de chlorure de cobalt et 200 mg. de sulfate ferreux anhydre.

*Gosselin, G. et Long, L.A.: Use of Cobalt-Iron Therapy, Applied Therapeutics *2*:453 (juin) 1960.

Documentation sur demande.

HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED — MONTRÉAL

61-711

INFECTIONS DES VOIES URI-
NAIRES - INFECTIONS DES VOIES
BILIAIRES - INFECTIONS PULMO-
NAIRES - INFECTIONS EN GYNÉ-
COLOGIE - INFECTIONS EN PÉ-
DIATRIE - INFECTIONS EN O.R.L.
- INFECTIONS EN DERMATO-
LOGIE - INFECTIONS EN OPH-
TALMOLOGIE - INFECTIONS
GÉNÉRALES

REVERIN

antibiotique universel, à large spectre, pour injection intraveineuse directe en une minute

REVERIN®

Reverin remplit toutes les conditions d'efficacité, de sécurité, de tolérance et de polyvalence qu'on est en droit d'exiger. Cet antibiotique à large spectre est l'aboutissement des recherches systématiques, entreprises dans le but précis de surmonter les dernières difficultés qui entravaient encore l'utilisation thérapeutique des tétracyclines.

Documentation sur demande.
Reverin est la pyrrolidinométhyl-tétracycline, Hoechst.

HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTRÉAL

61-602

Analyses médicales. Par Pierre FONTY. Troisième édition revue et augmentée. Librairie Lefrançois, édit., Paris 1961.

Les recherches de laboratoire se multiplient en même temps qu'évoluent les techniques et aussi parfois les indications accordées aux divers examens pratiqués. Par ailleurs, il n'est pas toujours aisé pour le clinicien de faire un choix parmi les tests qui lui sont proposés. Le but de ce petit livre est de donner des précisions au sujet des examens les plus aptes à être utilisés par le médecin en pratique journalière.

L'auteur a placé en tête de chaque chapitre ou paragraphe important un bref rappel physiologique du sujet traité afin de mieux pouvoir définir les termes employés et de situer dans leur contexte les diverses recherches envisagées.

Pour chaque examen on trouvera:
— La technique du prélèvement;
— Le chiffre normal;
— Les variations physiologiques et pathologiques.

Chapitres de l'Ouvrage

Examens hématologiques et ponction sternale. — Groupes sanguins et facteur Rhésus. — Coagulation sanguine et phénomènes connexes. — Examens chimiques du sang (Mouvements de l'eau dans l'organisme. — Constantes hydro-électriques. — Protides et dérivés. — Lipides et dérivés. — Glucides et dérivés). — Diastases. — Examens sérologiques. — Etude des protides par les réactions dites non spécifiques. — Cuti et intradermo-réactions. — Examens de pus. — Examens d'expectoration. — Liquides d'épanchements. — Mycoses. — Résistance des germes aux antibiotiques. — Hémocultures. — Parasites dans le sang et dans les humeurs. — Suc gastrique. — Examen de selles. — Examens d'urine. — Epreuves rénales. — Exploration fonctionnelle du foie. — Exploration de la glande thyroïde. — Liquide céphalo-rachidien. — Hormonologie. — Hormonologie de la grossesse. — Frottis vaginaux. — Exsudats génitaux-urinaires. — Calculs. — Examens de sperme. — Examens anatomo-pathologiques. — Auto-vaccins, auto-sérums. — Intoxications. — Analyses d'eau. — Documents physiques et chimiques.

LIVRES RECUS DEPUIS LE 16 MAI 1961

Vaso-seminal Vesiculography in Hypertrophy and Carcinoma of the Prostate with Special Reference to the Ejaculatory Ducts, by GUNNAR WILLER VESTBY. Oslo University Press, édit., Norvège, 1960.

Essential Pathology, by Roger D. BAKER. The Williams and Wilkins Co., édit., Baltimore, 1961.

La radiculographie lombo-sacrée par substance iodée hydrosoluble et résorbable, par J. FERRAND, J. Robert D'ESHOUGUES et J. BARSOTTI. L'Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1961.

Le coude en pratique rhumatologique, par S. de SEZE et M. MAITRE. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

Eléments de radiobiologie appliquée, par R. BUCHET, avec la collaboration de G. BREITMAN. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

Le diagnostic différentiel du pian, par C. J. HACKETT et L. J. A. LOEWENTHAL. Org. Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.

Les virus, par Pierre LEPINE: Collection "Que sais-je?". Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1961.

Experiencias sobre enfermedades tropicales en zonas rurales de Venezuela, par Luis DAO L. Recopilacion de Publicaciones Del Autor, édit., Caracas, Vénézuéla.

Précis de bactériologie, par R. Le GUYON. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1961.

La désinfectisation des aéronefs, 11e rapport du Comité d'experts des Insecticides. Org. Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.

L'asthénie chronique progressive. — Données tirées des Conférences Internationales de Copenhague et de Moscou, par le Secrétaire médical de la Féd. Internationale des Résistants — Fascicule I. F. N. D. I. R. P., édit., Paris, 1959.

La sénescence prématurée et ses traitemtnts, par L. F. Fichez et A. Klotz. Editions F. I. R., édit., Vienne, 1961.

Le coeur pulmonaire chronique — Rapport d'un Comité d'experts. Org. Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.

Pharmacodynamie biochimique, par Z. M. BACQ, J. CHEYMOL, N. J. DALLEMAGNE et coll. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

La grosse tubérosité de l'estomac — Etude clinique et radiologique, par T. SCHOPS. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1961.

Comité d'experts du paludisme, 8e rapport. Org. M. de la Santé, édit., Genève, 1961.

Organisation de l'enseignement post-universitaire de la santé publique, 10e rapport. Org. Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.

L'Union Médicale du Canada en 1892

LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Juillet 1892

D'après le professeur G. Sée, dans les cas ordinaires, l'antipyrine et l'arsenic sont les substances qui procurent le plus rapidement un bon résultat; mais dès qu'on peut soupçonner le rhumatisme, c'est à l'antipyrine associée au salicylate de soude qu'il faut avoir recours. M. G. Sée recommande aussi les bains sulfureux. Dans les chorées cardiaques, il ordonne d'abord le choral et l'hydrothérapie, associés à des médicaments cardiaques: iodure de potassium et surtout iodure de calcium.

La chorée vulgaire, de l'avis de M. Gilbert Ballet, tend spontanément vers la guérison; il faut donc s'abstenir de toute médication perturbatrice. Il repousse l'antipyrine.

L'arsenic à doses modérées (10 à 12 gouttes, par jour, de liqueur de Fowler, chez les enfants au-dessus de dix ans; 6 à 8 gouttes au-dessous de cet âge) La gymnastique est rarement utile. Les toniques et le fer sont très utiles chez

les choréiques anémiques. M. Ballet réserve les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale pour les cas intenses. Quant aux bromures, ils ne sont actifs que dans les formes compliquées de troubles psychiques, d'hallucinations. Une bonne hygiène, alimentation reconstituante, absence de fatigue, promenades courtes au grand air, voilà ce qu'il y a de mieux à prescrire.

Chez les enfants, selon M. Déjérine, toute médication spéciale est inutile. Il se borne à recommander les toniques; il y ajoute le massage, les bains salés, la gymnastique suédoise, les frictions sèches. Il insiste sur la nécessité d'une bonne hygiène.

M. Joffroy, dans les formes légères ou de moyenne intensité, s'attache particulièrement à faire dormir les enfants un grand nombre d'heures; dans ce but, il prescrit à la fin des trois repas de la journée: 1 gramme, 1.50 gr., 1.75 gr. (suivant l'âge) de chloral hydraté, dans du sirop ou de la gelée de groseille.

Pendant que les enfants sont levés, il faut éviter toute fatigue, toute excitation physique ou intellectuelle.

Dans les cas plus graves, l'antipyrine est inefficace. Il faut recourir alors à l'enveloppement dans le drap mouillé, à deux reprises dans la journée.

Pour les cas graves, M. Joffroy recourt au drap mouillé, à l'antipyrine et aux lotions avec une solution antiseptique.

C'est l'antipyrine qui satisfait le mieux M. Albert Robin. Il la donne aux doses maxima de 2 grammes par jour, en quatre prises de 50 centigrammes, associées chacune à 25 centigrammes de bicarbonate de soude. On l'administre pendant huit à quinze jours, puis on la remplace par l'arséniate de soude en solution à 5 centigrammes pour 300 grammes d'eau, dont on fait prendre deux cueillerées à soupe par jour. Cette solution épuisée, on revient à l'antipyrine et ainsi de suite.

M. Raymond pense qu'on ne peut compter que sur deux médicaments; le chloral et l'antipyrine; l'acétanilide lui a réussi dans quelques cas.

M. Luys a un traitement des plus simples. Toute la thérapeutique de la chorée tient dans ces quelques mots: transfert par les aimants et par les miroirs rotatifs.

M. Sevestre ne croit pas qu'on puisse juguler la chorée; mais on peut en atténuer les symptômes, et quelquefois abréger sa durée. Il donne la préférence à l'antipyrine. Il commence par la dose de 1 à 2 grammes par jour (par prises de 50 centigrammes en solution dans l'eau sucrée), et arrive assez rapidement à 3 ou 4 grammes par jour. En même temps, il donne de l'arsenic, il emploie soit la liqueur de Fowler (6 à 12 gouttes par jour), soit la solution d'arséniate de soude (2 à 3 cuillerées à café d'une solution de 5 centigrammes pour 250 grammes d'eau). Il faut éviter toutes les causes d'excitation et même, au besoin, isoler le malade.

M. Ollivier fait surtout masser ses choréiques, et il est très satisfait des résultats obtenus par ce moyen. D'une façon générale, il prescrit le fer, l'arsenic et l'hydrothérapie.

M. d'Heilly insiste surtout sur l'hygiène, les toniques; il recommande un sommeil prolongé. Dans les cas légers, l'arsenic, le fer, les amers, les bains de Barèges suffisent. Dans les cas intenses, c'est l'antipyrine et le chloral qui réussissent le mieux.

C'est M. Legroux qui, le 27 décembre 1887, a fait connaître à l'Académie de Médecine les bons résultats obtenus par l'antipyrine. M. Legroux continue à avoir recours à ce médicament (4 grammes par jour). Selon lui, l'antipyrine amène la guérison en quinze à vingt jours, à la dose de 3 à 4 grammes dans des sirops de punch (chaque gramme étant pris à chacun des repas) Chez les hystériques, le bromure (2, 3, 4 grammes par jour, aux repas) et les douches froides donnent les meilleurs résultats.

Pour M. Comby, il y a deux séries d'indications dans la chorée vulgaire: 1° faire de l'hygiène morale; isoler l'enfant en le soustrayant au milieu scolaire et mettre son esprit au repos; 2° viser la sédation du système nerveux. M. Comby essaye d'abord le bromure de potassium à la dose de 2, 3, 4 grammes par jour, suivant l'âge, et les douches froides quotidiennes très courtes. Si la maladie résiste, il a recours à l'antipyrine (2 à 3 grammes) ou à l'arsenic.

M. Jules Simon conseille: 1° Dans les premiers jours, le séjour au lit pendant une quinzaine, une révulsion sur le dos, dans la partie supérieure, à l'aide de frictions chaudes ou de cataplasmes sinapisés, ou de ventouses sèches, cela tous les jours; l'usage des préparations d'aconit et de ciguë dans la proportion de 10 à 15 gouttes en vingt-quatre heures.

2° Au bout de quinze jours, l'enfant doit se lever, et M. Simon administre l'antipyrine à des doses progressives (1, 2, 3, 4, 5 grammes en vingt-quatre heures). Cette médication est continuée pendant plusieurs semaines.

3° A la fin, quand les mouvements sont très atténués, il faut avoir recours à la gymnastique rythmique.

En même temps, M. Simon prescrit des toniques peu excitants, comme les bains salés, les frictions sèches, etc. Mais il interdit le séjour au bord de la mer. — Dr Marcel Beaudoin in *Semaine médicale*.

A ce propos, ajoutons que la *Médecine moderne* a publié un important travail de M. Junien sur le même sujet. Voici ses conclusions en quelques mots:

Dans les chorées vulgaires: antipyrine et arsenic.

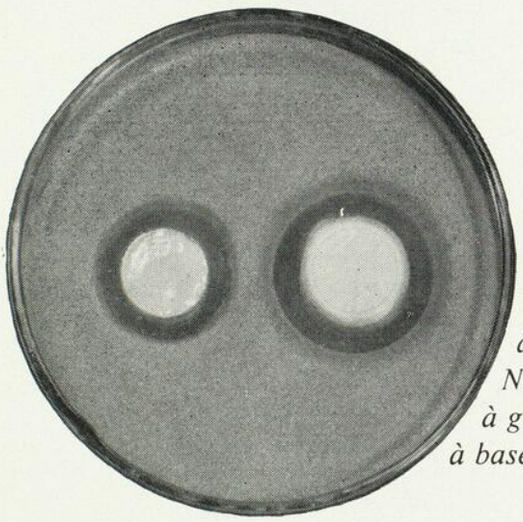
Dans les chorées rhumatismales: antipyrine d'abord, puis salicylate de soude et bains sulfureux.

Dans les chorées de nature hystérique: bromures.

Dans les chorées cardiaques: iodure de potassium et de calcium; éviter l'hydrothérapie.

si 2 onguents renferment les mêmes antibiotiques, comment l'un des deux peut-il être plus efficace?

...La base unique* du Neo-Polycin libère dans les lésions une plus grande concentration d'antibiotiques.



à droite: onguent Neo-Polycin
à gauche: onguent ordinaire à base de graisse

Les plaques de gélose, après incubation, démontrent que l'onguent Neo-Polycin est plus efficace contre les pathogènes topiques courants.

Cette plaque de gélose, contenant le *Staph. doré*, fut soumise à l'incubation pendant 24 heures à la température ambiante. Remarquez la zone d'inhibition plus prononcée autour de l'onguent Neo-Polycin (à droite) qu'autour de l'onguent à base de graisse possédant la même teneur antibiotique (à gauche). Des épreuves sur les pathogènes suivants donnèrent des résultats similaires: *strep. hémolytique bêta, E. coli, Proteus vulgaris, Pseudomonas aeruginosa.* En plus de son action bactéricide sur les pathogènes courants, le Neo-Polycin, libérant des concentrations plus grandes d'antibiotiques, a tendance à inhiber la croissance des souches relativement résistantes et à diminuer la résistance antibactérienne que développent les concentrations moins efficaces.

formule: Chaque gramme d'onguent Neo-Polycin contient 4.28 mg. de sulfate de néomycine (3 mg. de néomycine), 400 unités de bacitracine de zinc, 8000 unités de sulfate de polymyxine B. Présenté en tubes de 5 et 15 gm. Pour les infections topiques avec inflammation, utiliser le Neo-POLYCIN HC (1% d'acétate d'hydrocortisone). Présenté en tubes de 5 gm.

*FUZENE—une base brevetée, miscible au sang, au pus, aux exsudats tissulaires.

PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED Don Mills, Ontario

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

LE C.V.P. EST SALUTAIRE CONTRE L'ATTAQUE BÉNIGNE

Des milliers de personnes ont éprouvé des petites attaques mais, d'après un récent rapport clinique, un grand nombre de victimes peuvent maintenant espérer se soustraire aux accidents cérébrovasculaires périodiques. B. H. McConnell (J. Am. Geriatrics Soc. 9: 110, 1961) découvrit, après une étude systématique de plus de quatre ans, qu'une préparation de substances bioflavonoïdes solubles dans l'eau, extraites du citrus, et d'acide ascorbique: C.V.P. (Arlington-Funk Laboratories) exerçait un effet bienfaisant et prononcé sur l'évolution du syndrome.

L'investigateur s'adressa à 151 sujets qui avaient eu une à quatre petites attaques dues à l'hémorragie cérébrale. On les répartit en deux groupes dont un de 89 cas qui reçurent du C.V.P. et l'autre de 62 cas (groupe-témoin) qu'on traita avec d'autres moyens y compris des anticoagulants.

A l'issue de l'expérience, on comptait chez le groupe-témoin de 62 personnes: 18 cas d'attaques graves; 12 cas d'attaques bénignes réitérées et cinq décès. Le groupe plus nombreux (89) de ceux qui reçurent le C.V.P. ne comprit, par contraste, aucun cas d'attaque grave; seulement trois cas de petites attaques réitérées et pas de décès.

On attribua les remarquables résultats du traitement prophylactique avec le C.V.P. à la propriété de celui-ci d'atténuer la fragilité capillaire qui, d'après l'investigateur, est la cause principale de l'attaque bénigne. Le taux de fragilité anormale descendit durant cette série d'observations, de 80 à 17% chez le groupe auquel on administra le C.V.P. alors qu'il demeura à 80% chez le groupe-témoin.

ÉTUDE SUR LES PERTURBATIONS DU SOMMEIL PAR LE DR F. J. MICHAEL WINZENRIED, À L'UNIVERSITÉ DE HAMBOURG

La fréquence marquée des perturbations du sommeil dans les cliniques de psychiatrie et chez les personnes en santé entraîne un usage croissant des soporifiques.

Le sommeil n'est pas un état d'inconscience relié à des changements pathologiques, mais un phénomène actif d'autorégulation physiologique. La réaction aux stimulations durant le sommeil est reliée à la diminution d'intensité de celui-ci.

Chez le déprimé, les perturbations du sommeil consistent principalement en la difficulté de s'endormir, et de se rendormir après dérangement du sommeil. Dans son cas, le sommeil n'est pas une source de détente et de délassement.

Le traitement des perturbations du sommeil repose sur des médicaments sûrs. La valeur des somnifères doit être éprouvée dans des essais cliniques à long terme. Un somnifère de découverte récente, le Kevadon, a démontré on efficacité et sa sécurité au cours de trois années d'étude dans nos cliniques. On n'a pu en établir le degré de toxicité dans les expériences avec les animaux.

Dans un cas que j'ai suivi personnellement, une personne de 40 ans de sexe féminin, affligée de psychose déprimante, tenta de se suicider en absorbant 140 comprimés (140 fois la dose recommandée) de Kevadon. (Le comprimé est de 100 mg.). Elle dormit profondément durant dix heures puis fut pendant six heures dans un état de somnolence. On n'a pas relevé de dérèglement d'ordre circulatoire ou respiratoire. Des cas identiques ont été signalés.

Le Kevadon a été soumis à des applications très diverses — depuis les légers dérangements symptomatiques du sommeil jusqu'à l'insomnie grave de personnes psychosées. Des patients affligés de psychoses graves se sont endormis après absorption de 200 à 300 mg. de Kevadon, alors que de fortes doses d'acide barbiturique avec de la scopolamine et de la phénothiazine étaient sans effet. Le sommeil est survenu rapidement sans excitation.

On n'a pas déterminé si le Kevadon agissait de façon qualitative à l'égard du sommeil, ou de façon quantitative comme l'acide barbiturique.

La durée active varie selon les cas. D'ordinaire, il suffit d'un à deux comprimés dans les cas d'insomnie grave. On n'a jamais administré plus de trois comprimés.

Les réactions secondaires ont été extrêmement rares dans les applications à court terme. Il s'agissait: 1) d'une légère somnolence matinale disparaissant après quelques heures; 2) de lègères réactions d'allergie communes à tous les médicaments; 3) d'une augmentation de la tendance existante à la constipation.

On a accordé plus d'attention aux réactions secondaires du Kevadon utilisé durant des périodes prolongées. Des 200 patients alités ou non qui ont reçu 100 mg. de Kevadon chaque soir durant un an, onze seulement ont manifesté de l'intolérance. Les perturbations du sommeil chez eux étaient d'origine diverse.

Le faible pourcentage de patients manifestant des réactions secondaires après usage de Kevadon durant de courtes ou de longues périodes n'a pas été plus élevé qu'avec les autres somnifères efficaces.

Ces résultats sont fondés sur l'étude de 500 patients souffrant de dépression de nature psychique. Les perturbations du sommeil étaient communes dans les deux phases.

KANULASE

Produit biochimique employé pour diminuer les fermentations gazeuses intestinales chez les personnes bien portantes ainsi que chez les malades souffrant de troubles digestifs.

Chaque comprimé de Kanulase contient de la Cellulase. La Cellulase peut lyser la cellulose des membranes cellulaires des aliments d'origine végétale. Cette lyse empêche la fermentation gazeuse intestinale par les entéro-bactéries. La Cellulase diminue donc la formation de gaz au cours de la digestion de la cellulose par les bactéries au niveau du côlon et atténue les malaises du ballonnement et de la dyspepsie par fermentation.

Formule: Cellulase — 320 unités, combinés aux éléments suivants: pepsine N.F. 150 mg.; HCl d'acide glutamique 200 mg.; pancréatine N.F. 500 mg.; extrait de bile de bœuf 100 mg.



Exigez Carnation . . .

si vous voulez donner à bébé un lait vraiment complet. Un rigoureux contrôle de la qualité garantit la présence dans le lait Carnation de tous les éléments nutritifs reconnus. Une double stérilisation vous assure une sécurité totale. Les hôpitaux emploient plus de Carnation dans leurs formules que toutes les autres marques de lait réunies.



Exigez Morning . . .

le lait évaporé partiellement écrémé pour les formules à faible teneur en corps gras. La quantité de gras dans ce lait a été réduite à 4%. Et il est économique: il vous épargne jusqu'à 25% du prix des autres marques de lait évaporé partiellement écrémé. Le lait Morning porte la garantie Carnation.



Les meilleurs laits pour l'alimentation au biberon

561F

Kanulase réduit les gaz intestinaux; facilite l'hydrolyse des protéines; aide à l'émulsification et à la digestion des graisses, augmente l'activité des lipases; transforme le pepsinogène en pepsine; aide à maintenir un péristaltisme normal; est carminatif; aide à fluidifier le bol côlique.

Posologie: 1 à 2 comprimés à chaque repas. Conditionnement: Flacons de 50 comprimés de Kanulase. Les comprimés doivent être avalés entiers pour obtenir un effet maximum. Si on note un ramollissement des fèces, il faut diminuer la dose. *(Anca Pharmaceuticals).*

AQUAMEPHYTON

La société Merck Sharp & Dohme of Canada Limited vient de mettre sur le marché une solution colloïdale cristalline de la vitamine K_1 — AquaMephyton — destinée au traitement de l'hémorragie ou du danger d'hémorragie par suite d'hypoprothrombinémie.

Cette forme injectable, et grandement améliorée, de Mephyton, la vitamine K_1 naturelle, s'est montrée d'une efficacité plus grande et plus uniforme dans le traitement de l'hypoprothrombinémie que les composés analogues à la vitamine K_1 et son activité thérapeutique se manifeste non pas en quelques jours mais bien en quelques heures.

AquaMephyton peut s'administrer par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée. L'injection par voie intraveineuse est recommandée en cas d'urgence, en présence d'hémorragie ou d'hémorragie imminente On aura recours aux voies intramusculaire ou sous-cutanée pour maintenir les niveaux de prothrombine en l'absence d'hémorragie ou de danger imminent d'hémorragie, comme simple mesure prophylactique.

AquaMephyton neutralise efficacement les effets des médicaments dépresseurs de la prothrombine, tels que les dérivés de la coumarine et les indanediones. Il contrôle les effets toxiques des salicylates et des barbituriques sur l'élaboration de la prothrombine.

En pratique obstétrique, l'administration prophylactique d'AquaMephyton, à la mère prévient l'hémorragie néonatale. On peut aussi l'administrer par voie intraveineuse au nouveau-né en vue d'enrayer l'hémorragie, ou l'employer chez la mère dans le traitement de l'hémorragie.

On recommande l'administration préopératoire d'AquaMephyton aux patients ayant été traités aux anticoagulants ainsi qu'à ceux souffrant d'hémorragie ou chez qui elle est imminente ou à prévoir par suite des bas niveaux de prothrombine.

On recommande également AquaMephyton dans le traitement d'états divers en présence d'hypoprothrombinémie résultant d'une déficience quelconque de vitamine K_1 comme, par exemple, par suite d'une déficience d'absorption secondaire à une pathologie gastro-intestinale ou à une affection chronique des voies biliaires; par suite de l'absence de synthèse chez le nouveau-né; ou chez des patients ayant été traités à l'aide de sulfamidés ou d'antibiotiques à large champ d'activité.

La posologie varie selon l'état et la réponse clinique du patient.

La posologie d'AquaMephyton devra être maintenue aussi basse que possible lorsqu'on l'administre pour remédier à une hypoprothrombinémie provoquée par les anticoagulants et il faudra déterminer régulièrement le temps de prothrombine de façon à maintenir l'équilibre entre, d'une part, le niveau protégeant le patient contre la formation anormale d'un thrombus et, d'autre part, celui d'une hypoprothrombinémie pouvant amener l'hémorragie.

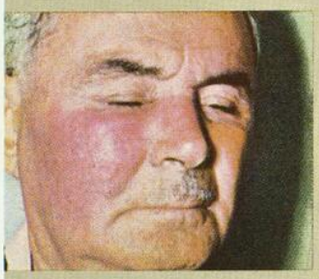
AquaMephyton injectable, en vente sur ordonnance seulement, est présenté en ampoules de 1 cc. et en fioles de 5 cc. contenant 10 mg. de vitamine K_1 par cc.

VARIDASE*

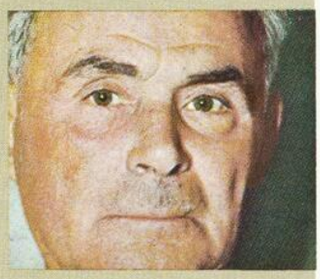
Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS **Buccaux**

POUR L'INFLAMMATION AIGUË RÉSULTANT D'UNE INFECTION OU D'UN TRAUMATISME



Commencé traitement à la VARIDASE



Cellulite
VARIDASE pendant un jour et demi



remontant à 15 ans



Ulcère variqueux chronique
après VARIDASE pendant 3 mois



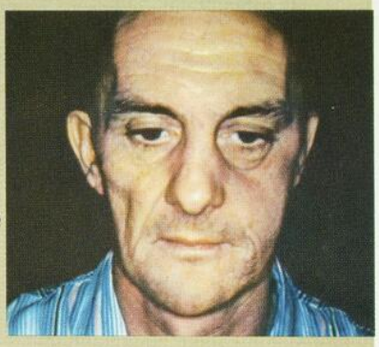
après 3 semaines de traitement conventionnel



Abcès de suture
à la suite de la gastrectomie VARIDASE pendant 4 jours



2 jours
après le
traumatisme



Hématome sévère
VARIDASE
pendant 4 jours



Commencé
traitement
à la
VARIDASE
q. 2. h.



Thrombo-phlébite
après 4 jours
(malade ambulant)

RENDEZ LA CONVALESCENCE CONFORTABLE — HÂTEZ LE RÉTABLISSEMENT

Un rétablissement "normal" ne suffit pas. Maintenant, en associant la VARIDASE à votre traitement, vous pouvez délivrer votre malade du stress et de la douleur d'un rétablissement "normal"— rendre la convalescence confortable, abréger le cycle du rétablissement, et être récompensé par la reconnaissance de votre malade.

Dans le traitement des affections chroniques rebelles, la VARIDASE accélère le rétablissement. Dans les affections autolimitatives ordinaires, la VARIDASE facilite la convalescence et permet de reprendre plus rapidement une vie constructive. Cela peut avoir une importance considérable, même pour le malade atteint d'une affection "mineure".

Les Comprimés Buccaux de VARIDASE sont indiqués pour enrayer l'inflammation à la suite d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale, et dans le cas de lésions purulentes ou inflammatoires des tissus sous-cutanés ou profonds.

VARIDASE*

Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS **Buccaux**

*MARQUE DÉPOSÉE

Précautions: La VARIDASE n'a aucun effet défavorable sur la coagulation du sang normal. Il faut user de prudence dans le cas de malades en traitement par les anticoagulants, ou dont le mécanisme coagulant est défectueux. En présence d'infection, les Comprimés Buccaux de VARIDASE devraient être associés aux antibiotiques.

Dose: Un comprimé buccal quatre fois par jour ordinairement pendant cinq jours. Pour faciliter l'absorption, le malade devrait retarder d'avaler sa salive.

Présentation: Chaque comprimé renferme 10,000 unités de Streptokinase, 2,500 unités de Streptodornase. Boîtes de 12 et de 100 Comprimés.

Lederle

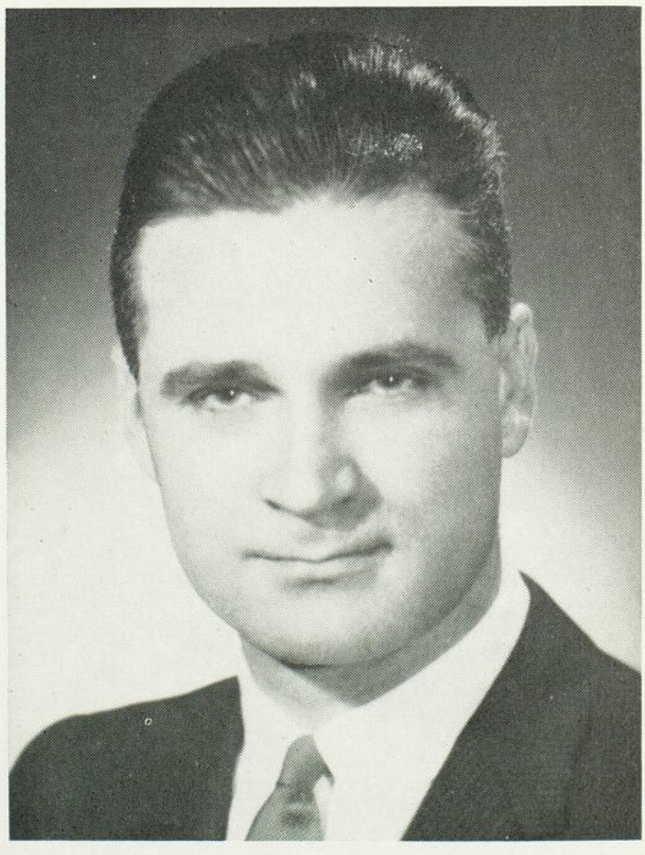
CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

Nouveau Directeur aux Laboratoires Poulenc Ltée



François Avon

Monsieur François AVON, Vice-Président exécutif de POULENC LIMITÉE qui était aussi Directeur Général de cette compagnie depuis 1953, annonce son remplacement à ce dernier poste par M. Jacques FOSSARD, à partir du 1er juillet 1961. Pharmacien de la Faculté d'Aix-Marseille, M. FOSSARD a exploité sa propre pharmacie à CASABLANCA (Maroc) de 1951 à 1957. Arrivé au CANADA en 1958, il était depuis lors directeur commercial de POULENC Limitée.



Jacques Fossard

BETAGENE

FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs: BETAGENE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE ET B_{12}

comprimés: BETAGENE ET FOIE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE SUPER

injectables: BETAGENE (10cc.)
BETAGENE ET B_{12} (10cc.)

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

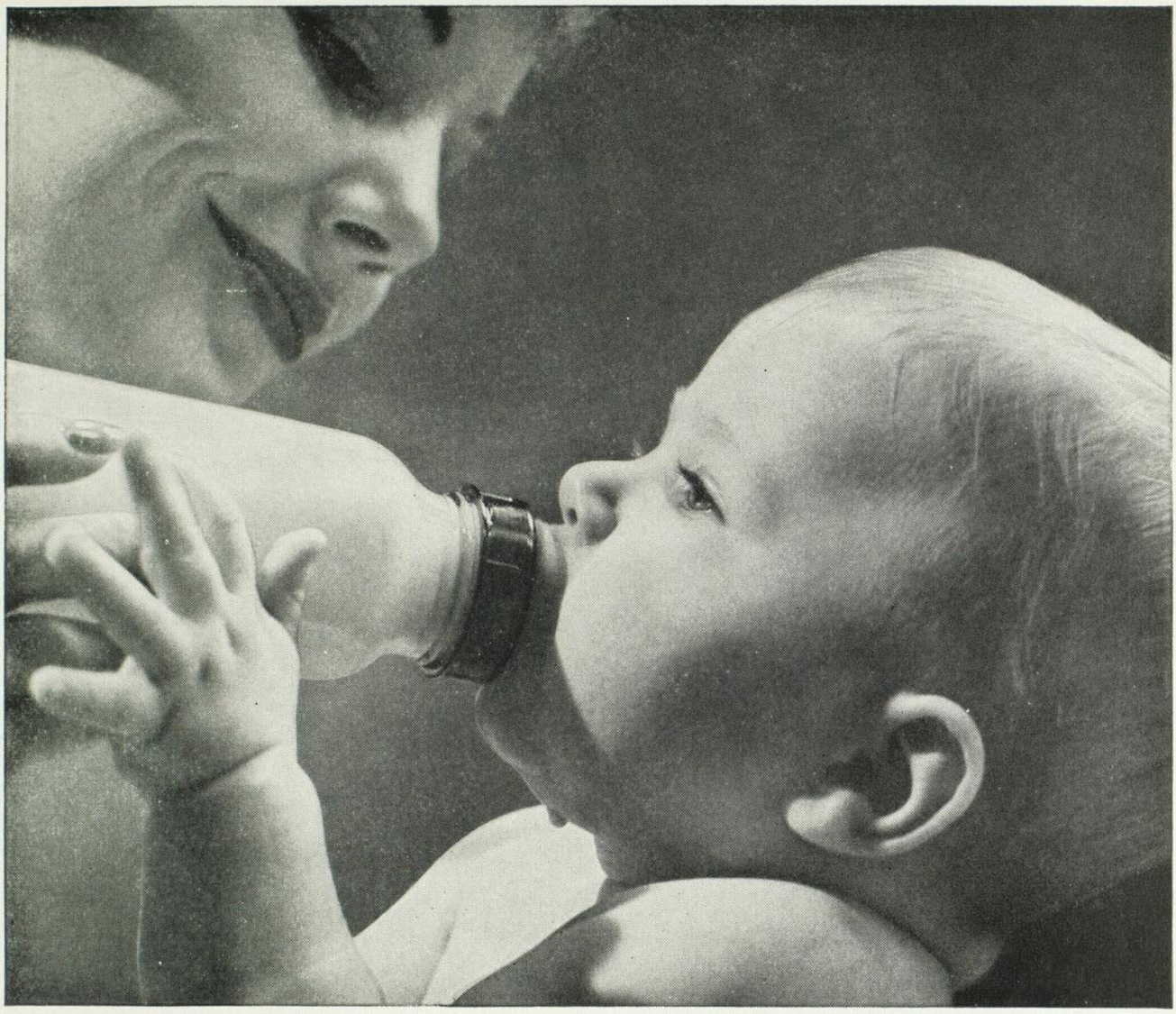
• • COQUELUCHE • •

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



La plus commode et la plus précise des formules de nourrissons!

Formule Préparée Farmer's Wife

additionnée de vitamines C et D

La prochaine fois que vous aurez à prescrire une formule de nourrisson, songez aux avantages de la formule préparée Farmer's Wife. Tout y est pour le biberon de bébé, sauf l'eau bouillie qu'il faut ajouter.

Cette formule, la plus récente de Farmer's Wife, est le seul produit du genre contenant de la vitamine C, essentielle pour prévenir le scorbut. Elle contient également de la vitamine D dont on connait l'importance en croissance. La formule est offerte en deux teneurs: une au lait complet, l'autre au lait partiellement écrémé. Toutes deux contiennent déjà le sucre à bébés. Ainsi, la précision de la formule est assurée.

Les pédiatres, les hôpitaux et plusieurs mamans ont essayé avec succès la formule préparée Farmer's Wife. Ces épreuves ont démontré que la formule est soigneusement équilibrée et convient à la plupart des enfants normaux. En prescrivant la formule dont seront nourris vos petits clients, considérez la sécurité, la précision et la commodité de la formule préparée Farmer's Wife.

Formule préparée—bande rouge
(lait entier)
Formule préparée—bande bleue
(lait partiellement écrémé)
Lait entier
Lait partiellement écrémé
Lait écrémé



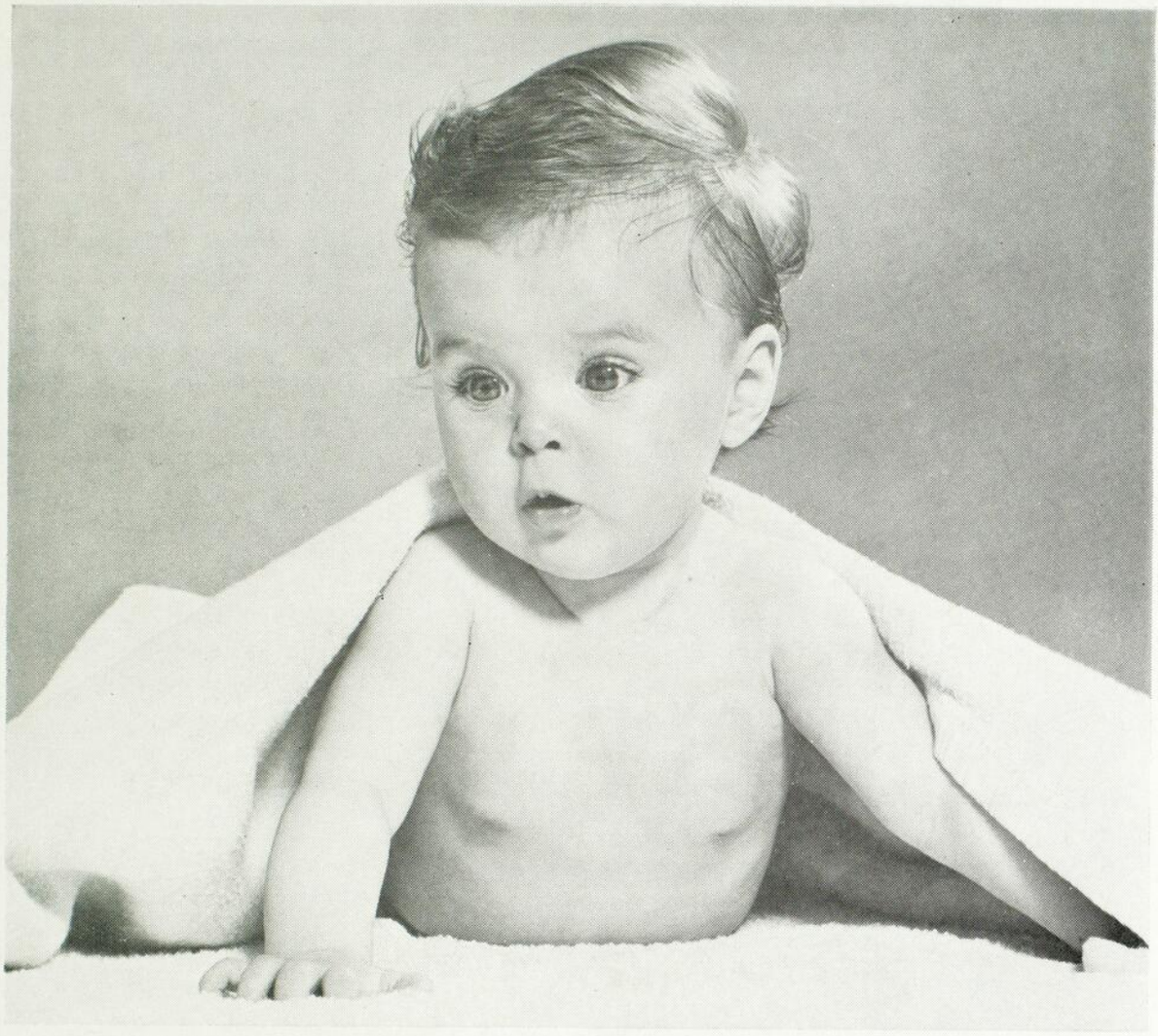
Farmer's Wife

LES PREMIERS LAITS À FORMULE DE NOURRISSONS AU CANADA
1005F

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages
Abbott Laboratories Ltd. (Selsun)	22
Ames Co. of Canada Ltd. (Combistix)	18
Ames Co. of Canada Ltd. (Albustix)	48
Arlington-Funk Laboratories (Arlidin)	42 - 43
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Xylocaine HCl)	5
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Recherches Ayerst — Fluothane)	27 - 28
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Choloxin)	33
British Drug Houses (Dilosyn)	20 - 21
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Syncilline)	40 - 41
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Staphcilline)	52
Canada Drug Limited (Betagene — Paveral)	72
Canadian Tampax Corp. Ltd. (L'adolescence)	50
Carnation Milk (Morning)	67
Ciba Limitée (Forhistal)	**Deuxième couverture**
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les médecins)	4
Eddé, J., Limitée (Anaprel)	36
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Haldrone)	34
Cow & Gate (Canada) Ltd. (Lait Farmer's Wife — Formule préparée)	73
Frosst, Chas. E. & Co. (Théolamine)	11
Geigy Pharmaceuticals (Dulcolax)	17
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	2
Herdt & Charton, Inc. (Sulfarlem)	57
Herdt & Charton, Inc. (Sulpho-Lac)	59
Herdt & Charton, Inc. (Osmopak)	61
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Roncovite — Reverin)	63 - 64
Hoffmann - La Roche Limitée (Tigan 'Roche'	24
Institut Albert-Prévost (Hôpital psychiatrique)	6
Lederle Laboratories (Pathibamate)	1
Lederle Laboratories (Déclomycine)	**Quatrième couverture**
Lederle Laboratories (Geviral)	53
Lederle Laboratories (Varidase)	69 - 70
Maltbie Laboratories (Desenex)	31
Merck, Sharp & Dohme (Néo-Décadron)	13
Merck, Sharp & Dohme (Elavil)	25
Merck, Sharp & Dohme (Decadron)	39
Merck, Sharp & Dohme (Periactin)	44 - 45
Merrell Co., Wm. S. (Kevadon)	23
Ministère de la Santé de la Province de Québec (Vaccination obligatoire)	32
Ministère de la Santé de la Province de Québec (Protection de la salubrité)	46
Parke, Davis & Co. Ltd. (Norlutate)	35
Pfizer Canada Ltd. (Bonamine)	47
Pitman-Moore of Canada Ltd., E. B. Shuttleworth division (Neo-Polycin)	65
Poulenc Limitée (Panectyl)	7 - 8
Poulenc Limitée (Nouveau directeur)	71
Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Pabalate)	51
Rougier Inc. (Corticrème Néomycin)	**Première couverture**
Rougier Inc. (Fermalac)	3
Schering Corp. Ltd. (Celestone)	15
Schering Corp. Ltd. (Chlor-Tripolon)	29
Schering Corp. Ltd. (Metreton)	49
Searle Co. of Canada Ltd., G. D. (Lomotil)	12
Sherman Laboratories (Elixophyllin)	16
Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast)	26
Upjohn Co. Ltd. (Medrol Kaomycin)	37 - 38
Upjohn Co. Ltd. (Medrol Albamycin T)	55 - 56
Wallace Laboratories (Soma)	14
Warner-Chilcott Laboratories (Pyridium)	30
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Sparine)	9
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equanitrate)	19
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Purodicin)	54
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (S.M.A.)	**Troisième couv.**

Imprimée dans les Ateliers de la
Librairie Beauchemin Limitée, Montréal



Quoi de neuf?

Le Liquide Concentré S•M•A, voilà ce qu'il y a de neuf!

Partout, les mamans seront ravies de constater avec quelle facilité, quelle simplicité, elles pourront désormais préparer l'aliment de Bébé. Il leur suffit d'ajouter au S•M•A en liquide un volume égal d'eau préalablement bouillie et, en un clin d'oeil, voilà prêt l'aliment de Bébé.

L'aliment S•M•A a toujours une composition identique, qu'il soit préparé à partir de la Poudre S•M•A ou du Liquide S•M•A — c'est toujours le même aliment *complet*, celui qui se rapproche le plus du lait maternel.



S·M·A en LIQUIDE

boîte de 13.5 onces liq. (mesure Impériale)

Wyeth

Marque déposée

WALKERVILLE, ONTARIO



BESOINS THÉRAPEUTIQUES: Suppression des germes causals. S'il y a des symptômes toxiques, le repos, l'élévation de la partie affectée si possible et l'application locale de chaleur sont recommandables.

ANTIBIOTIQUE DE CHOIX: DÉCLOMYCINE* †parce qu'elle s'est montrée cliniquement efficace dans 87% de 280 cas d'abcès avec cellulite.

†DÉMÉTHYLCHLORTÉTRACYCLINE LEDERLE

*MARQUE DÉPOSÉE

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*