

UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL — OCTOBRE 1964

1963 — NUMÉRO 10

C'EST D'ABORD L'AFFAIRE DES OMNIPRATICIENS ET DE TOUTE LA PROFESSION 1169
Roma Amyot

BULLETIN

PROPOS D'AVANT DERNIÈRE HEURE 1171
Roger R. Dufresne

PROGRAMME DU 34ième CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C. 1173

VIE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA 1176
Pierre Smith

LA CHORÉE DE HUNTINGTON CHEZ LES CANADIENS FRANÇAIS 1178
André Barbeau, Carl Boîteux, Jean-Guy Trudeau et Gabrielle Fullum

TRAVAUX ORIGINAUX

LE MYÉLOME MULTIPLE 1183
André Guimont et Paul-A. Gagnon

REMPACEMENT VALVULAIRE MITRAL 1190
Pierre Grondin, Gilles Lepage, Henri Bilodeau et Paul David

LES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES 1197
Armand Genest, Jean-Paul Bossé

UN CAS RARE DE KYSTE CONGÉNITAL DU CHOLÉDOQUE: LE DIVERTICULE CONGÉNITAL
DU BAS-CHOLÉDOQUE, DÉVELOPPÉ DANS LA LUMIÈRE DUODÉNAL 1202
Robert Weigand

RECUEIL DE FAITS

À PROPOS D'UN CAS D'HÉPATECTOMIE DROITE RÉGLÉE SUITE À UN
TRAUMATISME THORACO-ABDOMINAL 1206
Roger Gagnon, Robert Henckes, Roger Plante et Léon Béique

ÉTUDE CLINIQUE D'UN ALIMENT NOUVEAU POUR NOURRISSON 1210
Jacques Guimond, Marcel Dion, Maurice Bouchard

MOUVEMENT MÉDICAL

À PROPOS DE NÉPHROLOGIE 1218
Julien Marc-Aurèle

ÉDITORIAL

L'OXYGÉNOTHÉRAPIE DU TÉTANOS S'AVÈRE EFFICACE 1219
Roma Amyot

LA CONCEPTION PSYCHOSOMATIQUE DE LA MÉDECINE 1221
O.M.S.

VARIÉTÉS

LE MÉDECIN DEVANT LA SOUFFRANCE 1225
Jean Albert-Weil

VAGINITE À TRICHOMONAS DU NOURRISSON 1228
P. Dagenais-Pérusse, E. Baril, S. Ouadahi, R. Bener et A. Noé

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUE

LEUCÉMIE MONOCYTAIRE AIGUË 1232
P. Dagenais-Pérusse, Edmond Baril, Etienne Hazard et Robert Carle

CORRESPONDANCE 1234

ANALYSES 1236

NÉCROLOGIE 1241

NOUVELLES 1243

REVUE DES LIVRES 1249

COMMUNIQUÉS 1254

LIVRES REÇUS 1258

L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1895 1270

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 1272

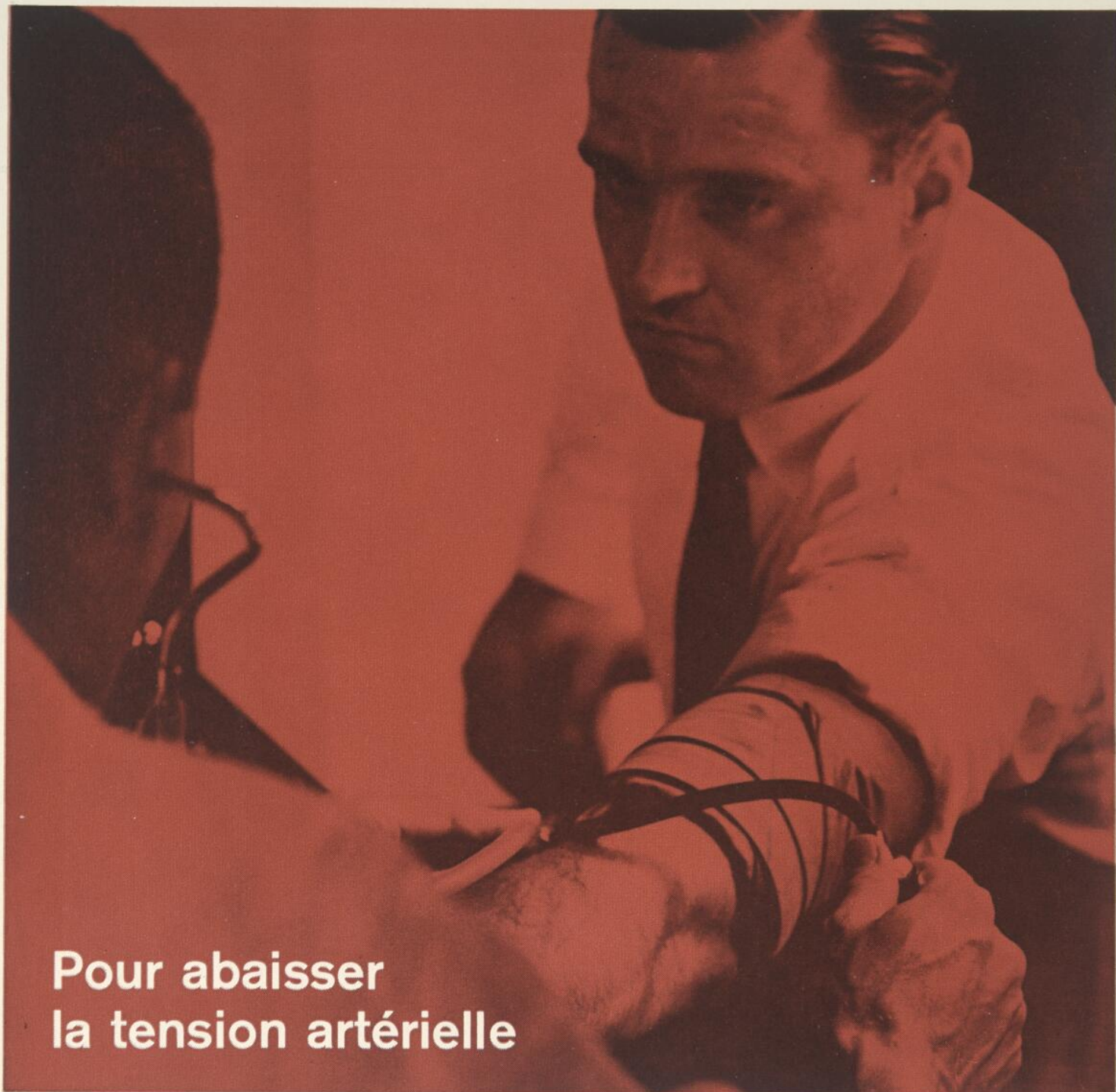
une
plus grande
quiétude
pour le
surmené et
l'anxieux...

prosedyl
phényléthylbarbiturate de dihydroquinidine
"le sédatif" par excellence des manifestations subjectives d'origine nerveuse

PALPITATIONS — EXTRASYSTOLES — ERETHISME CARDIAQUE

ROUGIER

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



Pour abaisser
la tension artérielle

4031

SER-AP-ES[®]

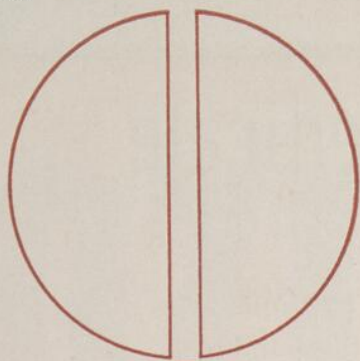
[réserpine, hydralazine, hydrochlorothiazide CIBA]

**association antihypertensive
aux actions multiples**

Pour tous renseignements sur Ser-Ap-Es, prière
de consulter votre visiteur médical CIBA ou
d'écrire à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

C I B A
OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION

PER
U-18



**le premier
et le seul
activateur
enzymatique**

VARIDASE[®]

Streptokinase-Streptodornase Lederle

**peut
maintenant
être avalée**

COMPRIMÉS ORAUX

■ déclenche le système enzymatique naturel pour soulager la douleur, réduire la tuméfaction et accélérer la récupération normale.

■ exempte d'effet digestif direct, elle n'attaque pas les tissus vivants et sains.

■ son action est limitée par les besoins physiologiques de l'organisme; le mécanisme normal de coagulation est maintenu.

Les Comprimés Oraux de Varidase réduisent d'une manière spectaculaire la période de guérison, la douleur, et l'inconfort dans les cas de foulures, d'entorses, de contusions, de fractures et d'hématomes.



*S'il s'agit de traumatisme—
la VARIDASE est indiquée*

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

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

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

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef :
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction :
Charles Lépine

BUREAU DE COLLABORATION

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

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

CORRESPONDANTS

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

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

MILLET, ROUX & CIE. LTÉE

CENTRE D'ÉQUIPEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL

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

NEO-SPASMYL — FORT, MEDIUM — FAIBLE — ELIXIR

BILOGÈNE
DIONIFORME
GLANDOPLEX

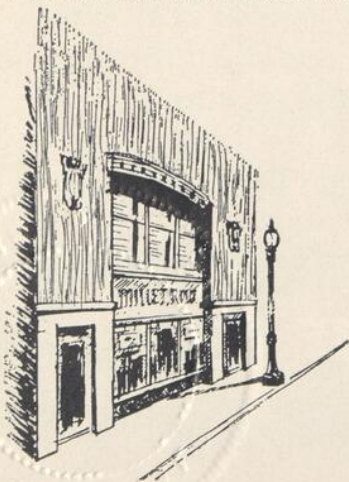
OPO-VÉINOGENÈ
OPOVITAL
PULMORECTAL

RHINOTRICINE
SCILLITRINE
TOTAL MAGNÉSIE

DÉPOSITAIRES ATTITRÉS DES MAISONS SUIVANTES :

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

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



NOZINAN

lévomépromazine

NEUROLEPTIQUE

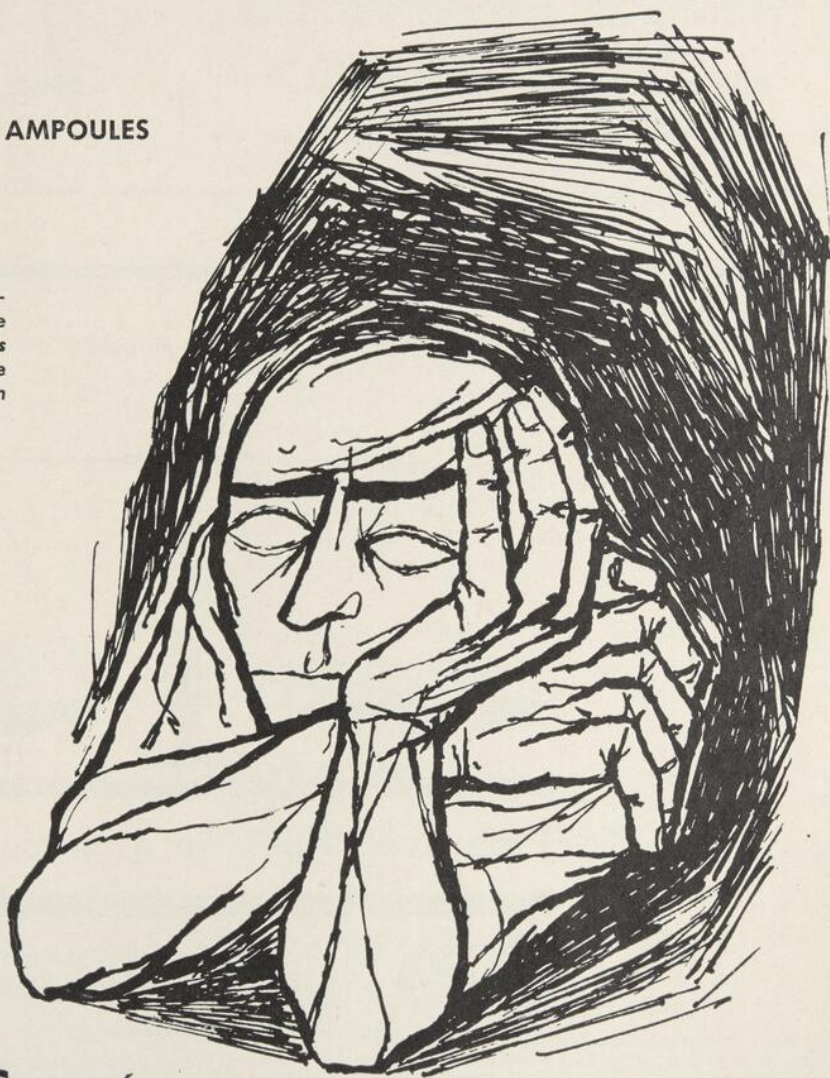
efficace dans les indications suivantes:

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

COMPRIMÉS / SUPPOSITOIRES / AMPOULES
GOUTTES

POSOLOGIE:

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



OULENC LIMITÉE
8580 Esplanade, Montréal 11

L'Union Médicale

du Canada

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

ADMINISTRATION

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITE

MM. Origène Dufresne, Roma Amyot, J.-P. Paquette,
P.-R. Archambault et Edouard Desjardins.

BUREAU DE DIRECTION

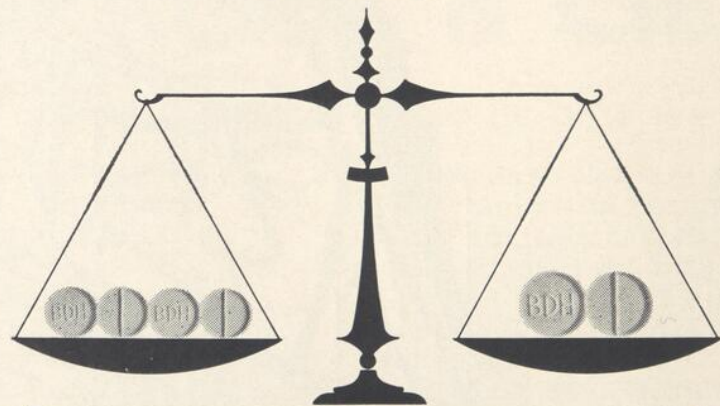
MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile
Blain, E.-Roland Blais, Roméo Boucher, P. Bourgeois,
Paul David, Édouard Desjardins, Origène Dufresne, Roger-
R. Dufresne, Paul Dumas, Jacques Genest, Albert Jutras,

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

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

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

Prescrivez au poids



Prescrivez "PGA—un gramme par jour"

PGA* 0,25 g.—

Quatre comprimés par jour

PGA* 0,5 g.—

Deux comprimés par jour

en flacons de 12 et de 100 comprimés

*Penicilline G Ammonique orale B.D.H.

BRITISH DRUG HOUSES
Toronto, Canada

avec cette
pénicilline
orale b.i.d.,
aucune
interruption
du sommeil
"FALAPEN"
MARQUE DÉPOSÉE

Pénicilline d'action rapide et prolongée

500,000 unités de pénicilline G potassique par comprimé
une pénicillothérapie efficace
avec un seul comprimé aux 12 heures
... et malgré tout, économique

L'expérience a démontré qu'un seul comprimé "Falapen" aux 12 heures a jugulé la fièvre scarlatine, l'otite moyenne, la pharyngite et les infections pneumococciques et gonococciques.

"FALAPEN" est relativement sûr; si l'on compare l'administration orale et parentérale de la pénicilline, on découvre que la pénicillothérapie orale diminue de beaucoup les risques de chocs anaphylactiques; on rencontre rarement des troubles diarrhéiques.

ACTION RAPIDE — Le dégagement immédiat de la pénicilline contenue dans la partie extérieure du comprimé a lieu dans l'estomac et permet ainsi l'obtention rapide de niveaux sanguins thérapeutiques.

La couche de "Polymère 37"* mise au point par Frosst, résiste à l'action des sucs gastriques; mais elle se dissout instantanément dans l'intestin et libère ainsi le noyau de pénicilline.

ACTION PROLONGÉE — Les niveaux sanguins sont maintenus grâce à la désagrégation lente du noyau de pénicilline dans l'intestin.

*Breveté en 1959

POSOLOGIE — Adultes — Un comprimé aux 12 heures. On peut augmenter cette dose dans les infections très sévères.

Flacons de 10 comprimés.

MISE EN GARDE — L'injection de pénicilline peut parfois entraîner un choc anaphylactique. Toutefois, l'administration orale diminue sensiblement ce danger. Le plus souvent, cette réaction touche les asthmatiques bronchiques, les allergiques et les individus sensibles à la pénicilline.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

L'abonnement est de quinze dollars par année (dix-huit dollars pour l'étranger).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARGYROL S.S. SOLUTION STABILISÉE

NOUVEAU STABILISÉ

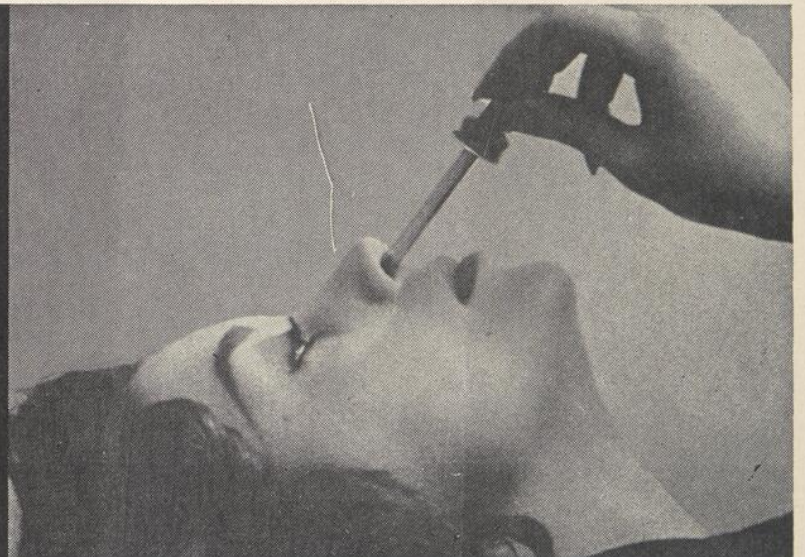
LA SEULE SOLUTION STABILISÉE DE PROTÉINE D'ARGENT FAIBLE

SÉCURITÉ

EFFICACITÉ

STABILITÉ

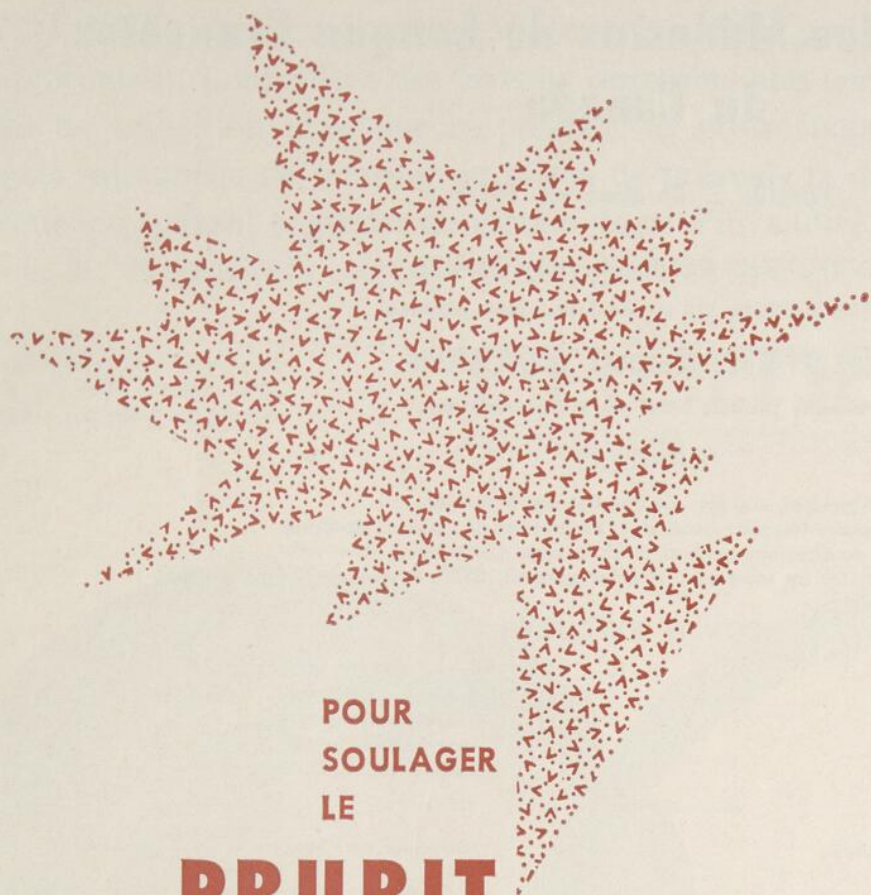
pour les
infections
de la
membrane
muqueuse



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

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

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



POUR
SOULAGER
LE
PRURIT

QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE

panectyl
triméprazine

- COMPRIMÉS à 2.5, 5, et 10 mg.;
- LIQUIDE à 2.5 mg. par 5 ml. (c. à thé)
- AMPOULES de 5 ml. et
- MULTIDOSES de 10 mg. à 5 mg. par ml. pour Injection IM



POULENC LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS

Emile BLAIN, directeur général, 400 est, rue Sherbrooke, Montréal.
E.-Rolland BLAIS, secrétaire-trésorier général, 1779, avenue de l'Église, Montréal.
André LEDUC, adjoint au directeur général, 5635, avenue Canterbury, Montréal.
Raymond CARON, adjoint au secrétaire-trésorier général, 5570, avenue Stirling, Montréal.

COMITÉ EXÉCUTIF

Emile BLAIN, Montréal.
E.-Rolland BLAIS, Montréal.
André LEDUC, Montréal.
Raymond CARON, Montréal.

Roma AMYOT, Montréal.
Roger R. DUFRESNE, Montréal.
Pierre JOBIN, Québec.
Jean LAFRAMBOISE, Eastview.
Richard LESSARD, Québec.

Directeur des Relations Extérieures :
Pierre SMITH.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

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

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

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

COMITÉ DU 34^e CONGRÈS

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

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

MEMBRES DU CONSEIL

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

ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.
JOLICOEUR, Gilbert, 4, rue Taschereau, Hull, P.Q.
LABOSSIERE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.
LAROUCHE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.
LAROUCHE, Gérard-L., 1328, rue Amherst, Sherbrooke, P.Q.
LeBLANC, Philippe-H., Petit-Russeau, N.-E.
LECOURS, J. A., 536, King Edward, Ottawa, Ont.
LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal, P.Q.
LESSARD, Jean-Marc, 240, rue St-Jean, Québec, P.Q.
LUSSIER, J. Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.
MIREAULT, Jean-Paul, 339, Papineau, Joliette, P.Q.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
PAIEMENT, Raymond, 252, chemin Montréal, Eastview, Ont.
PANNETON, André, 421, boul. Laviolette, Trois-Rivières, P.Q.
PELLETIER, Emile, Hôtel-Dieu, Québec, P.Q.
PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.
POWERS, Arthur, 135, Gloucester, Ottawa, Ont.
RIOUX, Armand, 1175, des Erables, Québec, P.Q.
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, bd. Mercure, Drummondville, P.Q.
THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal, P.Q.
TURCOT, Jacques, 35, rue Sainte-Ursule, Québec, P.Q.
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

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

A travers les siècles, les femmes ont sans cesse été affligées de troubles physiologiques résultant de carence en œstrogènes.

Aujourd'hui, alors que leur espérance de vie a été portée au delà de la ménopause, les médecins préconisent le maintien des niveaux œstrogéniques bénéfiques non seulement au cours des années de transition mais encore pendant la postménopause. Cette théorie représente une méthode rationnelle de retarder ou même de prévenir la dégénérescence due à la carence œstrogénique qui souvent engendre un certain degré d'invalidité. La réalisation peut être sûre et efficace avec la "Prémairine", composé d'œstrogènes naturels.

Wilson, R. A. et Wilson, T. A.: *J. Am. Geriatrics Soc.* 11:347 (avril) 1963.
Une bibliographie complète est fournie sur demande.

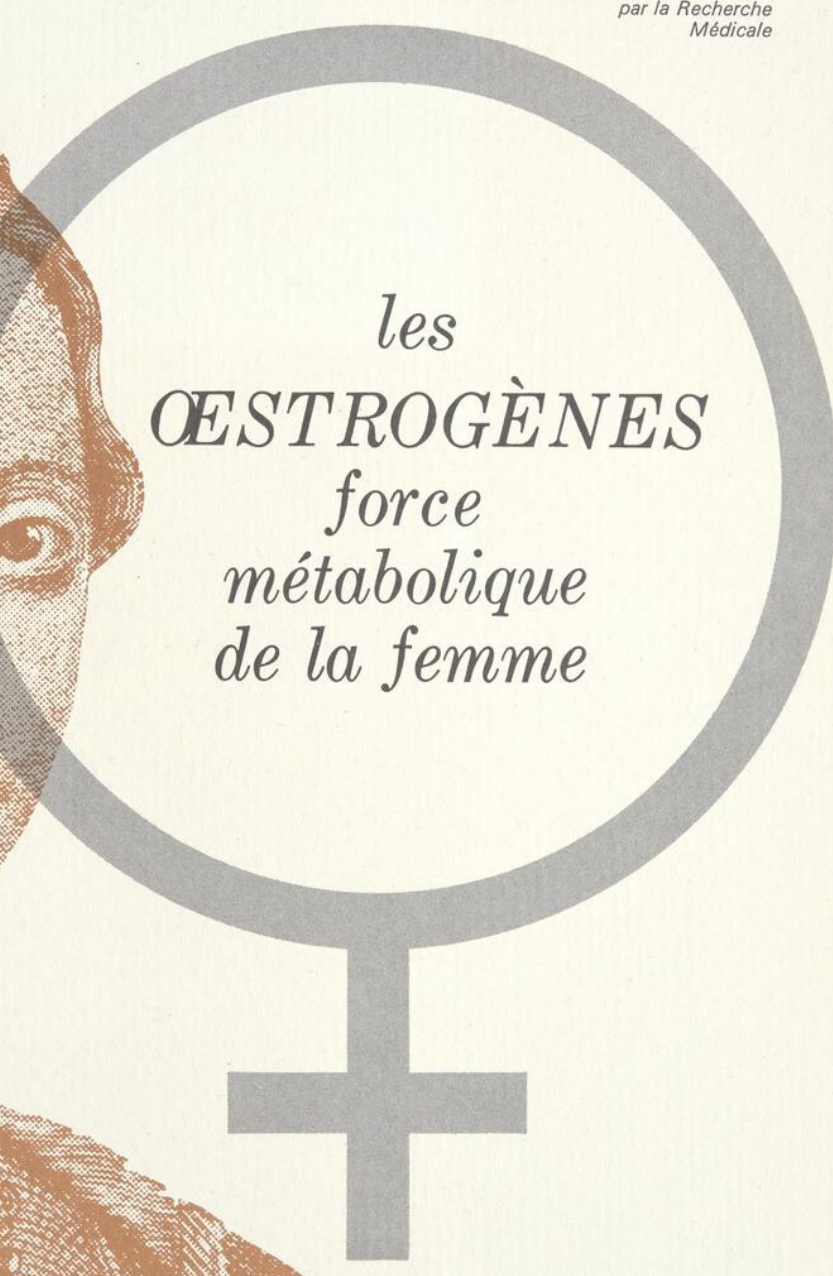
"PRÉMARINE"
(SUBSTANCES ŒSTROGÈNES CONJUGUÉES)



Produits
Pharmaceutiques
mis au point
par la Recherche
Médicale



les
ŒSTROGÈNES
force
métabolique
de la femme



'Orbénine'

(CLOXACILLINE)

LA MEILLEURE SUBSTANCE

ANTIBIOTIQUE ORALE

dans les

**STAPHYLOCOCCIES
DITES RÉSISTANTES**

■ PLUS ACTIVE QUE LES AUTRES
ANTIBIOTIQUES ANTISTAPHYLOCOCCIQUES.¹⁻²

■ LES CONCENTRATIONS SÉRIQUES SONT
ENVIRON LE DOUBLE DE CELLES OBTENUES
AVEC L'OXACILLINE.³⁻⁴

Capsules 'Orbénine' — 500 mg et 250 mg de cloxacilline.

Capsules pédiatriques 'Orbénine' — 125 mg de cloxacilline.

Également :

'Orbénine' Injectable — 250 mg de cloxacilline à la fiole.

CONTRE-INDICATIONS :

1. Allergie à la pénicilline.
2. Infections à micro-organismes Gram-négatif.

Bibliographie sur demande.

Fabrication canadienne

AYERST, MCKENNA & HARRISON, LIMITÉE

selon accord avec Beecham Research Laboratories Ltd.

Produits pharmaceutiques

mis au point

par la

recherche médicale



Un adjuvant précieux dans le traitement de **L'HYPERTENSION**



HYDROPRES*

(Hydrochlorothiazide et réserpine)

Au nombre des diverses mesures thérapeutiques auxquelles le médecin fait appel pour résoudre les nombreux problèmes que pose l'hypertension artérielle, peu d'agents jouent un rôle aussi important dans le plan d'ensemble que l'HYDROPRES. Cette préparation

est une association efficace de propriétés thérapeutiques se complétant l'une l'autre. L'HYDROPRES joint à la puissante action antihypertensive par diurèse de l'HydroDIURIL* (hydrochlorothiazide) à l'action antihypertensive par sédation de la réserpine.

Documentation complète (indications, posologie, effets secondaires, mesures de précaution) et bibliographie fournies sur demande.

Présentation: Comprimés HYDROPRES-25 et HYDROPRES-50 dosés à 25 et à 50 mg. d'hydrochlorothiazide et 0.125 mg. de réserpine. Flacons de 100 et de 1000 comprimés. *Egalement:* Comprimés HYDROPRES-Ka* dont la formule est identique à celle de l'HYDROPRES-50, sauf qu'elle contient en outre, dans un noyau kératinisé, 572 mg. de chlorure de potassium (équivalent à 300 mg. de potassium). Flacons de 100 comprimés.

**Marque de commerce*



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL



Malade: Femme âgée de 52 ans.

Motif de la consultation: Souffre de rhumatisme articulaire depuis 5 ans.

Le jeu des articulations se fait mieux et est moins douloureux depuis 2 mois.

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

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

CELESTONE*

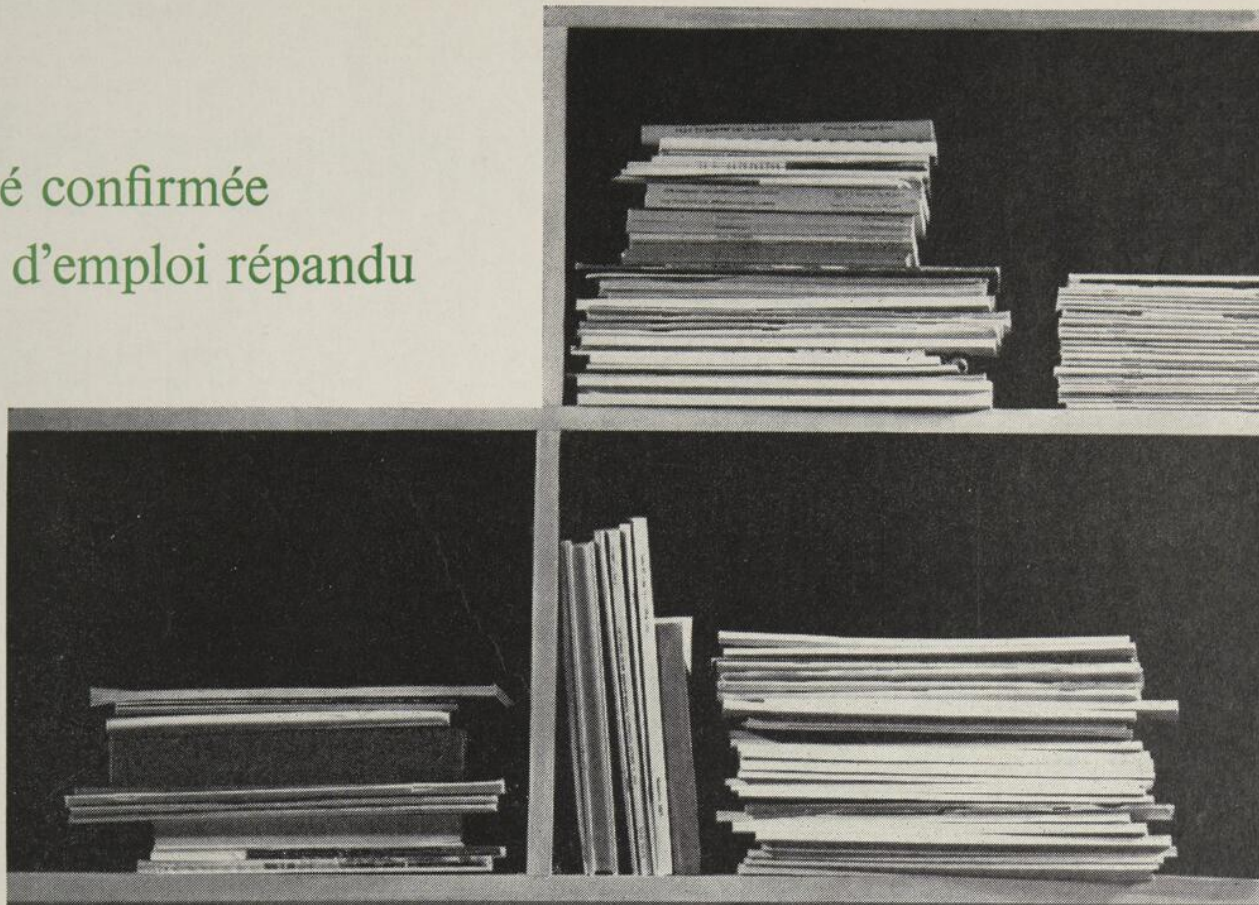
betaméthasone
comprimés de 0.5 mg

Schering

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

*Marque déposée

efficacité confirmée
d'emploi répandu



DULCOLAX®

pour une évacuation intestinale sûre

On a souvent qualifié le Dulcolax "d'agent préféré", que ce soit pour soulager la constipation ou pour obtenir une évacuation intestinale quel que soit le cas.

On a publié plus de 230 rapports cliniques qui mettent tous en évidence la sûreté et la régularité d'action exceptionnelles du Dulcolax.

Les avantages thérapeutiques uniques du Dulcolax en font un agent bien accepté de la part et du médecin et du malade.

- sûr** un péristaltisme naturel se déclenche par voie de contact avec les terminaisons nerveuses de la muqueuse du côlon.
- prévisible** prises la veille, les dragées de Dulcolax agiront le lendemain matin; prises le matin elles agissent en dedans de 6 heures. Les suppositoires agissent en dedans de 15 à 30 minutes.
- flexible** les dragées, les suppositoires et les suppositoires pédiatriques permettent une meilleure adaptation aux besoins de l'individu.

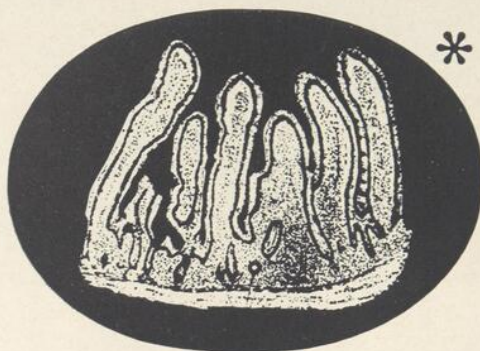
Dulcolax (bis(p-acétoxyphényl)-2-pyridylméthane)
Dragées de 5 mg (boîte de 10, flacons de 30 et 100)
Suppositoires de 10 mg (boîtes de 6 et 50)
Suppositoires de 5 mg pour enfants (boîte de 3)



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

NOUVEAU

1 SEULE INDICATION DANS LES
RÉTENTIONS GAZEUSES POST-OPÉRATOIRES



4 AVANTAGES

- | | |
|----------|-------------------------------------|
| 1 | EFFICACITÉ (95%) |
| 2 | RAPIDITÉ D'ACTION |
| 3 | ABSENCE DE RÉACTIONS
SECONDAIRES |
| 4 | PAS de CRAMPE, NI
COLIQUE |

POUR LA PAIX ET LE CONFORT DE L'OPÉRÉ
sorbilande i.v.

(Solution de SORBITOL à 50%)

VOIE INTRA-VEINEUSE
AMPOULES de 20 cc

littérature disponible

WELCKER & CIE.LIMITÉE
1775, boul. Edouard Laurin
MONTRÉAL 9 - Québec.

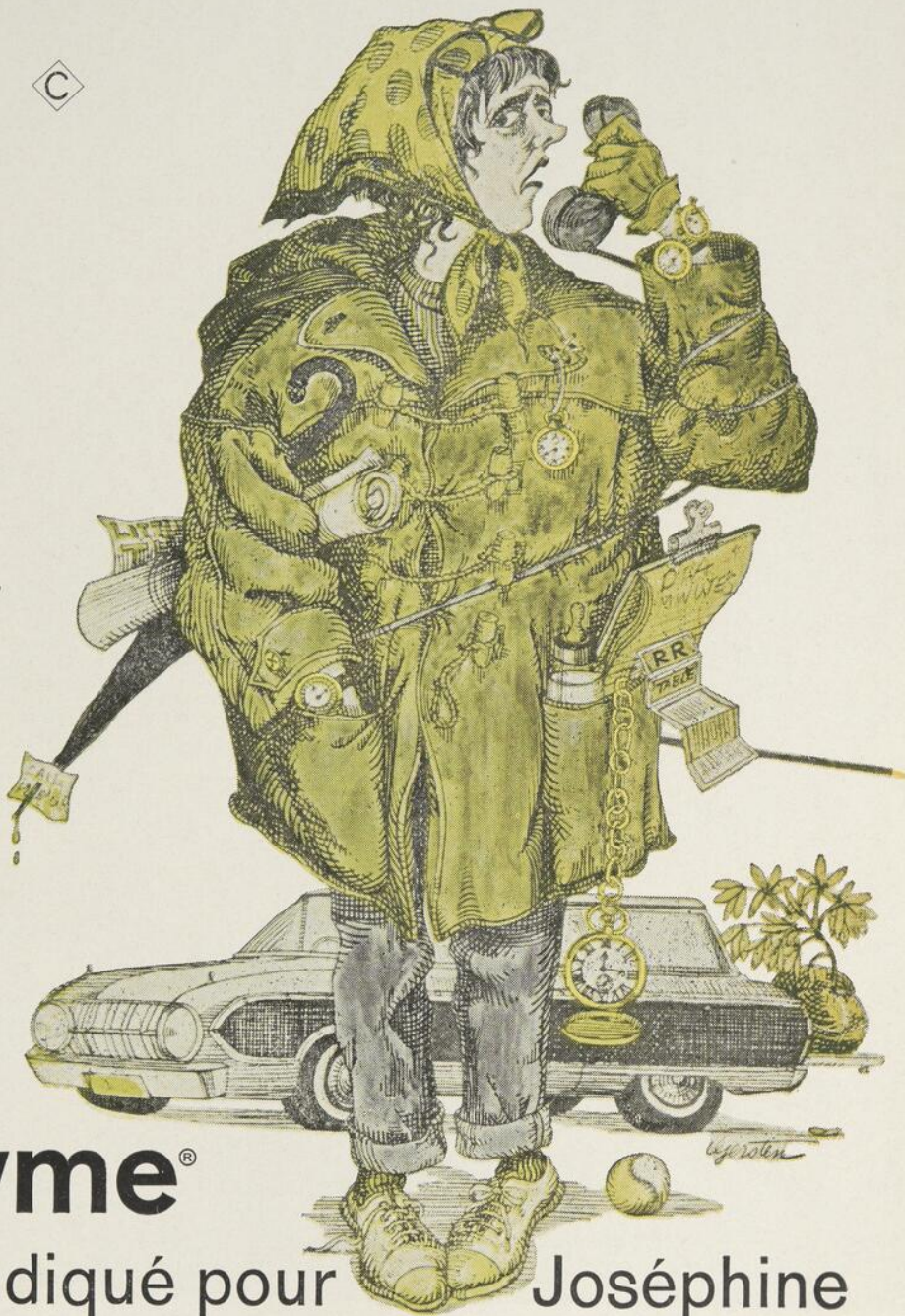


*Coupe verticale de la muqueuse jéjunale (villosités)

Joséphine l'Affairé

souffre
de dyspepsie
nerveuse

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



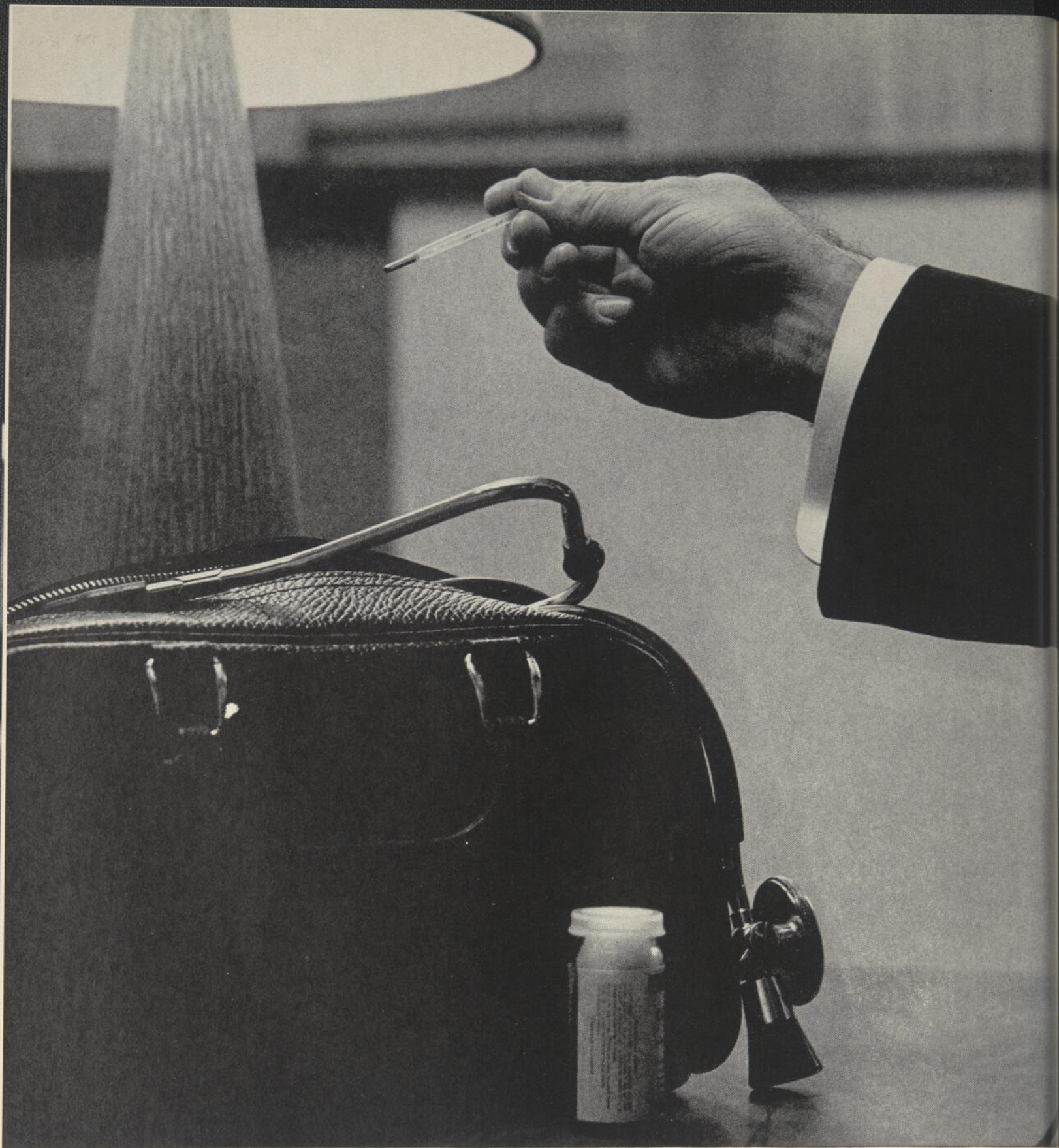
Donnazyme[®]

est tout indiqué pour Joséphine

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

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

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



Motif de la consultation: Coryza et dyspnée depuis
2 jours, Céphalée,
pas de fièvre.

Impression: Rhume de cerveau.

R Comprimés Coricidin avec phosphate de
codéine ($\frac{1}{8}$ de grain) q.4 h. p.r.n.
Malade à suivre.

Une famille de médicaments spécialement
étudiés pour la protection familiale dans
le traitement symptomatique du rhume en
toute occasion.

COMPRIMÉS
CORICIDIN*

Maléate de chlorphéniramine U.S.P. 2 mg Phénacétine 0.15 g
Acide acétylsalicylique 0.23 g Caféine 0.03 g

AVEC CODÉINE ($\frac{1}{8}$ ou $\frac{1}{4}$ gr.) • AVEC PÉNICILLINE
• EN VAPORISATION NASALE ("Nasal Mist") • SIROP
CONTRE LA TOUX • GOUTTES PÉDIATRIQUES •
MÉDILETS PÉDIATRIQUES • CORICIDIN "D"
COMPRIMÉS • CORICIDIN "D" LIQUIDE

Schering

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

*Marque déposée

ordinairement, une seule dose met fin à l'oxyurose

"PAMOVIN"

marque de pamoate de pyrvinium "Frosst"

Par son action rapide, le pamoate de pyrvinium ("Pamovin") met fin à l'oxyurose tenace; une prise unique élimine à la fois les parasites et les oeufs nuisibles.^{1,2} Simple et efficace, cette thérapie en une seule dose a opéré une extermination complète dans 96% des cas; elle n'a démontré qu'une légère tendance à provoquer des malaises gastro-intestinaux.² "En raison de son coût modique, de sa facilité d'administration et de son efficacité",² le pamoate de pyrvinium ("Pamovin") apporte la clef du contrôle simultané de toutes les sources d'infestation dans une famille ou un groupe d'institution.

1. Beck, J. W., Saavedra, D., Antell, G. J. et Tejeiro, B.: Am. J. Trop. Med. 8:349, 1959.

2. Sanders, A. I. et Hall, W. H.: J. Lab. & Clin. Med. 56:413, 1960.

APERÇU DU PRODUIT

Composition — "Pamovin" (pamoate de pyrvinium "Frosst") est le pamoate du 6-diméthylamino-2[2-(2-5-diméthyl-1-phényl-3-pyr-ryl)-vinyl]-1-méthylquinolinium. Il est offert sous forme de suspension et de comprimés.

Indications — Oxyurose.

Posologie — On administre une seule dose orale aux enfants et aux adultes: 1 comprimé ou 1 cuillerée à thé par 22 livres de poids.

Mise en garde — On rencontre quelquefois des nausées, des vomissements et des troubles gastro-intestinaux. Très peu absorbé par le tube digestif, le "Pamovin" colore néanmoins les selles en rouge.

Présentation — "Pamovin" est disponible sous deux formes: une suspension savoureuse en flacons de 30 cc et de 4 oz; des comprimés en boîtes de 6, en flacons de 24 et de 100.

Chaque cuillerée à thé de 5 cc de la suspension contient du pamoate de pyrvinium équivalant à 50 mg du composé basique. Chaque comprimé contient du pamoate de pyrvinium équivalant à 50 mg du composé basique.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Maison entièrement canadienne - Fondée en 1899



VOICI LE VISAGE DE L'OBÈSE

Chaque fois qu'elle se voit dans une glace, son air déprimé s'accroît. Elle est triste . . . parfois jusqu'aux larmes. Elle ne retient pas cette attention que souhaitent toutes les femmes et les dernières créations de la mode ne conviennent pas à sa taille.

Faut-il alors s'étonner que son problème soit émotif tout autant que physique? Pour aider véritablement cette patiente, il faut traiter tous les aspects du syndrome de l'obésité.

C'est là que le Gradumet de Desbutal peut aider votre patiente-obèse à voir la vie sous un autre jour.

L'association de la Désoxyne* (pour restreindre l'appétit et relever le moral) avec le Nembutal* (pour calmer le patient) améliore très sensiblement les perspectives de la patiente. Non seulement est-elle plus encline à suivre votre régime, mais elle le suit avec la conviction que, *cette fois, elle perdra vraiment du poids.*

Le Gradumet de Desbutal commence son activité aussitôt qu'on l'a pris; son seul contact avec les humeurs gastro-intestinales suffit pour libérer ses propriétés médicamenteuses. Son activité ne dépend pas d'enrobages spéciaux, du pH, de la motilité ou des enzymes. Le reste de la journée (de 8 à 12 heures), la patiente bénéficie d'une médication constante qui diminue son appétit et améliore son moral. Elle n'éprouve pas de dépression au milieu de l'après-midi, ni les hauts et les bas provenant des effets du médicament.

Et il n'y a pas de doses oubliées puisque la posologie est de un comprimé par jour.

Vous aiderez la patiente à s'aider elle-même avec . . .

GRADUMET* de DESBUTAL*



Pour de plus amples renseignements sur les indications, les précautions, la posologie, etc., veuillez demander notre documentation détaillée en écrivant aux Laboratoires Abbott Limitée, Casier postal 6150, Montréal.

GRADUMET de DESBUTAL—Désoxyne et Nembutal sodique, dans un véhicule à dégageement prolongé, Abbott
DÉSOXYNE — Chlorhydrate de méthamphétamine, Abbott
NEMBUTAL SODIQUE — Pentobarbital sodique, Abbott
GRADUMET—Véhicule à dégageement prolongé, Abbott

*Nom déposé

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE Halifax — Montréal — Toronto — Winnipeg — Vancouver

Les effets divers et distincts de la Persantine en cardiothérapie

PERSANTINE®

maintien du métabolisme myocardique en présence d'hypoxie

- résistance à l'hypoxie en présence de maladies cardiaques

Le fonctionnement efficace du myocarde en présence d'ischémie chronique ou transitoire est d'importance manifeste lorsque la tolérance à l'hypoxie est déjà dangereusement compromise par une affection cardiaque.

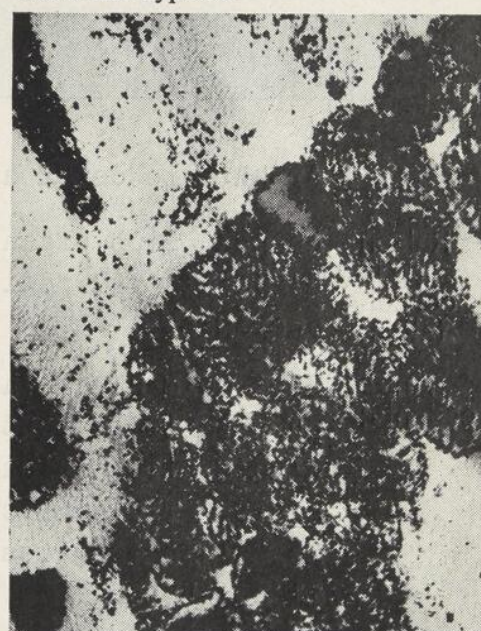
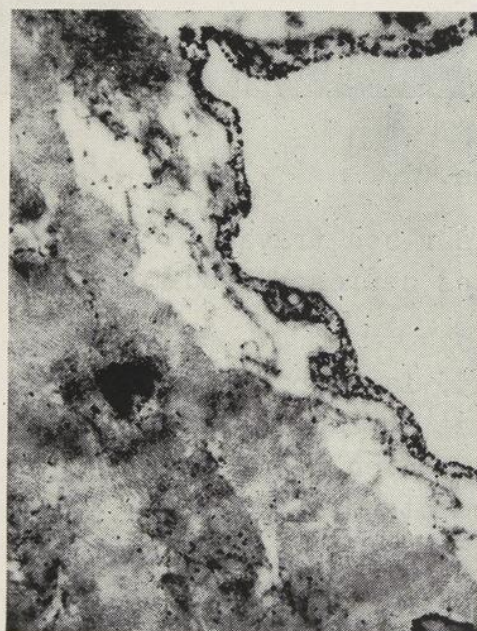
“Tout agent ou procédé qui permettrait au patient de supporter une hypoxie, même faible, serait une découverte importante et enrichirait considérablement l'arsenal thérapeutique du médecin.”¹

PERSANTINE® maintient le métabolisme myocardique dans les états d'hypoxie

1. Microscopie électronique par Mölbert², démontrant l'activité métabolique du myocarde d'un rat normal. Le catabolisme des substances traçantes forme un précipité de fer dans les sarcosomes, révélant ainsi la localisation et le degré de l'activité métabolique.

2. Microscopie électronique du myocarde d'un rat soumis à une hypoxie de 24 minutes (6% d'O₂). La destruction des sarcosomes par une hypoxie provoquée neutralise l'activité enzymatique comme le démontre la grande diminution du précipité de fer.

3. Microscopie électronique du myocarde d'un rat soumis à une hypoxie de 24 minutes (6% d'O₂), mais préalablement traité à la Persantine. Si l'on compare cette illustration à la Figure 2 on constate que la Persantine maintient efficacement l'activité métabolique, comme le dénote le précipité de fer presque normal, même après que l'animal a été soumis à une hypoxie.



Posologie: 50 mg (2 dragées) t.i.d. avant les repas.
Persantine: 2,6-bis di(2-hydroxyéthyl)amino-4,8-bis
(1-pipéridyl)pyrimido-(5,4-d)-pyrimidine.
Guide thérapeutique complet sur demande.

1. Van Liere, Edward J.: Archives of Internal Medicine, mars 1964, 113:3, p. 418-427.
2. Mölbert, E. R. G.: Mémoire présenté au Internat. Congress Electron-Microscopy, Philadelphie, Penn., 1962.



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



Architecte de 52 ans.

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

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

Diagnostic différentiel: Dépression réactionnelle? Psychose maniaco-dépressive?

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

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

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

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

- EFFICACE
- FLEXIBLE
- ÉCONOMIQUE

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

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

Etrafon-A

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

Pour les troubles émotifs plus graves

Etrafon-F

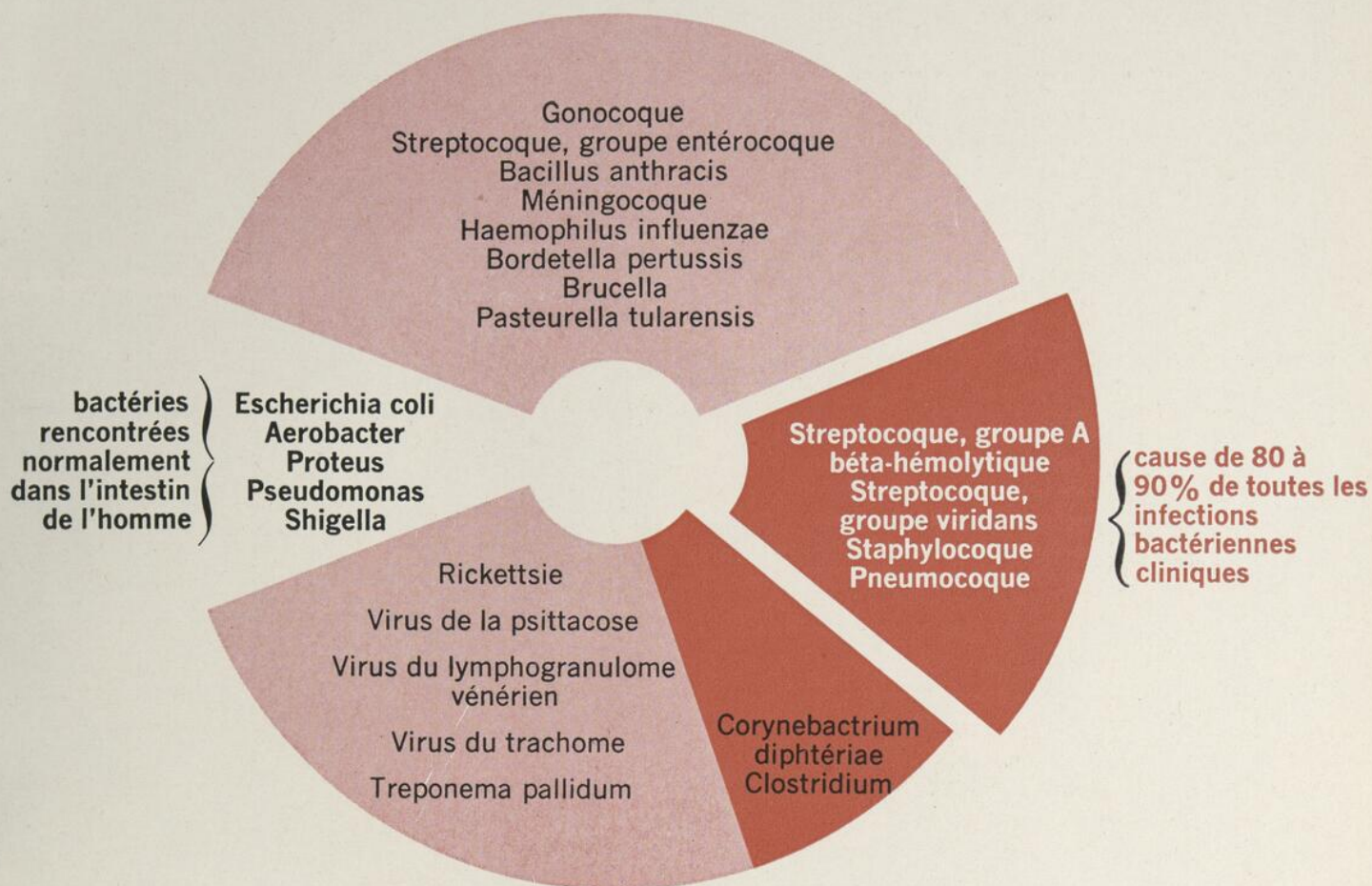
(4 mg de perphénazine + 25 mg de chlorhydrate d'amitriptyline)

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

Schering

* Marque déposée

activité antibactérienne concentrée là où le besoin se fait sentir . . .



L'intensité de la couleur indique la puissance relative de l'Ilosone.

Ilosone possède une action bactéricide sur les streptocoques et les pneumocoques ainsi que sur plusieurs souches de staphylocoques. Ces agents pathogènes sont responsables de la majorité des infections bactériennes couramment rencontrées en pratique médicale.

Au contraire des tétracyclines, Ilosone n'exerce pas d'effet notable sur les organismes coliformes trouvés dans l'intestin. Par conséquent, la flore intestinale normale n'est pas altérée.

Thérapeutiquement, Ilosone est l'érythromycine la plus active. Il donne des taux sanguins d'activité antibactérienne, plus précoces, plus élevés et plus durables parce que: (1) Ilosone est stable en milieu acide même en présence d'aliments et (2) Ilosone est mieux absorbé par le courant sanguin.

Ilosone[®]

(erythromycin estolate, Lilly)

Présenté sous forme de Pulvules[®], Suspension, Gouttes et Pedipacs[®]

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED, TORONTO, ONTARIO

450462



450462F



Au contraire des tetracyclines, l'isonne n'exerce pas d'effet notable sur les organismes cellulaires trouvés dans l'intestin. Par conséquent, la flore intestinale normale n'est pas altérée.

Thérapeutiquement, l'isonne est l'érythromycine la plus active. Il donne des taux sanguins d'activité antibactérienne plus précoces, plus élevés et plus durables par rapport: (1) l'isonne est stable en milieu acide comme en présence d'aliments et (2) l'isonne.

"Paragon"



Présent sous forme de Pâtes, Suspension, Gouttes et Pédicaps

THE LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED, TORONTO, ONTARIO

1000000

1000000



Pourquoi Reverin est-il, depuis six ans, l'antibiotique intraveineux hors-pair ?

Les médecins à travers le monde, continuent d'attester des propriétés exceptionnelles de Reverin, tant dans les hôpitaux qu'en pratique générale, parce qu'il procure, en toute sécurité et avec une dose moins élevée, une thérapeutique plus efficace.

La cause fondamentale de son succès thérapeutique réside en son intégrité moléculaire *in vivo* unique et sa capacité à produire des niveaux bactéricides après l'administration d'une dose minimale.¹

Reverin, l'antibiotique semi-synthétique, s'est souvent avéré efficace même dans les cas où les épreuves de sensibilité de routine n'indiquaient qu'une réponse limitée aux autres tétracy-

clines, ou pas de réponse du tout.²

La dose quotidienne de Reverin (275 mg.) équivaut approximativement à 25% de celle des autres tétracyclines, et l'incidence des réactions secondaires allant de pair avec la posologie, on peut en toute sécurité dans les cas d'infections aiguës et persistantes augmenter la posologie jusqu'à trois fois (825 mg.) sans risque de réactions secondaires. Efficace. Sûr. Rapide. Avec une dose minimale. C'est pourquoi de plus en plus, les médecins qui auparavant réservaient Reverin pour les cas critiques, le considèrent maintenant comme le premier choix pour tous les problèmes où une antibiothérapie parentérale est indiquée.

1. Ritzerfeld, W. *Med. Wkly (Klin. Wschr.)* 38, 14:698 (1960)

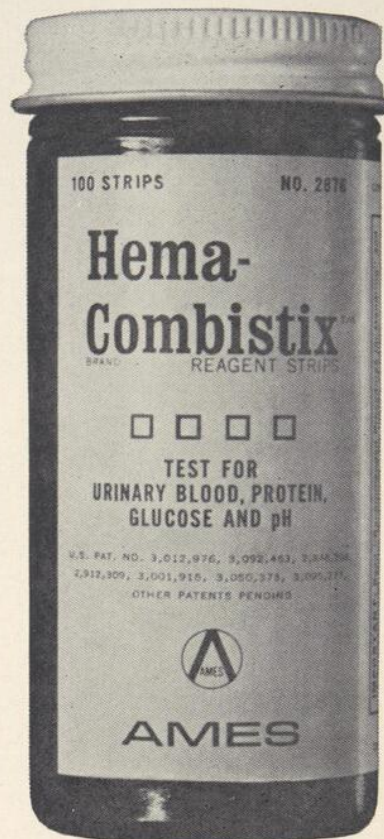
2. Gregoire, F. et al., *Applied Ther.* Vol. 4:1 pp 49-68 Jan. 1962.

l'antibiotique à large spectre à posologie minimale.

REVERIN®

Pyrrolidino-méthyl-tétracycline





*Marque déposée CA68764F

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

**AMES**

Hygroton®-Réserpine Geigy
un nouvel hypotenseur à longue durée
d'action

- douceur et stabilité d'effet
- synergie d'effets de deux constituants reconnus
- commodité et économie maximales pour le malade



L'Hygroton et la réserpine sont tous deux reconnus pour la longue durée de leur effet ; cette combinaison exerce alors un effet doux et concerté qui pourra s'étendre jusqu'à 72 heures après la prise d'une dose unique.

Indications

L'Hygroton-Réserpine est indiqué pour le traitement de longue haleine de l'hypertension légère ou modérée.

Posologie

On recommande l'administration initiale d'un comprimé par jour. Une fois l'hypertension maîtrisée, la posologie d'entretien devra être adaptée à chaque malade. Plusieurs malades pourront exiger un comprimé tous les deux jours ou un demi-comprimé tous les jours.

Précautions

Les malades cirrhotiques sont davantage vulnérables aux déséquilibres électrolytiques. Il se peut que soit diminuée la tolérance

aux glycosides des cardiaques qui souffrent d'hypokaliémie. Des aliments riches en potassium, tels les jus de fruits, les légumes, les poissons, ou l'administration supplémentaire de chlorure de potassium à raison de 2 à 6 gm par jour devront peut-être prescrits. On sait que de fortes doses quotidiennes de réserpine ont déjà engendré des dépressions. Il est aussi possible que l'Hygroton élève la glycémie chez les vrais diabétiques ou les diabétiques latents.

Effets secondaires

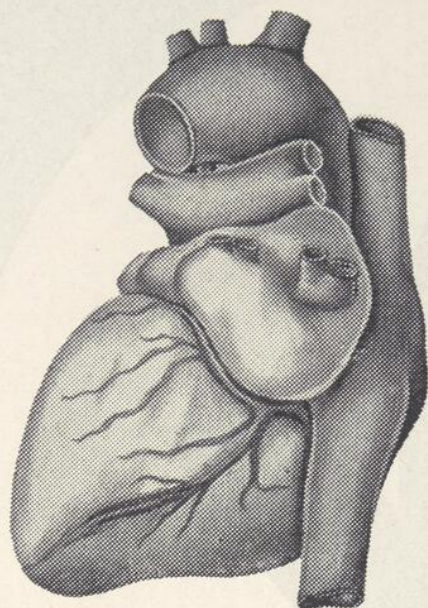
Aucun effet secondaire grave n'a été observé au cours du traitement avec l'Hygroton-Réserpine. Des effets secondaires légers, parmi lesquels les étourdissements, la faiblesse, la congestion nasale et la somnolence, ont quelquefois été notés. L'ingestion de sel doit rester dans les limites de la normale à moins d'indication contraire.

Présentation

L'Hygroton-Réserpine est disponible sous forme de comprimés roses à simple rainure en flacons de 30 et 250. Chaque comprimé contient 50 mg d'Hygroton®, 3-hydroxy-3-(4-chloro-3-sulfamyl-phényl) phthalimidine, et 0.25 de réserpine.



l'agent "d'avant-garde" pour
l'angine de poitrine



Les dragées

NILATIL

(tosylate d'itramine)

agissent vite

pour l'apaisement hâtif des crises

durent longtemps

pour la protection prolongée
contre les crises

**les propriétés
bi-dimensionnelles**
du NILATIL en font
un vaso-dilatateur coronaire
"d'avant-garde"
pourvu d'avantages uniques
sur les spécialités moins récentes

	Soulagement rapide (2-10 minutes)	Protection prolongée (2-4 heures)
nitroglycérine (propriété simple)	X	O
nitrates d'action prolongée (propriété simple)	O	X
NILATIL (propriété double)	X	X

PRÉSENTATION: dragées sécables, roses de 4 mg.
EN OUTRE: dragées sécables, jaunes de 2 mg.
Flacons de 100 et 500.

**Le NILATIL agit vite... longtemps
et soulage vos cas d'angine dont il:**

... calme la douleur des crises aiguës

... atténue la fréquence, la durée et la gravité des accès alors qu'il accroît la tolérance à l'effort, corrige l'ECG et supprime ou diminue la dépendance sur la nitroglycérine

... stimule la circulation coronaire et peut développer l'oxygénation des tissus du myocarde

Dose unique: les dragées NILATIL sont absorbées immédiatement par la muqueuse buccale sans irritation locale.

Bonne tolérance: effets secondaires négligeables, virtuellement non-toxiques, inodores et agréables au goût.

POSOLOGIE: Une dragée NILATIL de 4 mg. t.i.d. ou q.i.d. pour l'angine de poitrine et après que le malade s'est remis de l'infarctus aigu du myocarde.

échantillons et documentation clinique sur demande à:

ARLINGTON-FUNK LABS., division de U.S. Vitamin Corp. of Canada, Ltd.
Casier Postal 779, Montréal 3, Québec • Toronto • Winnipeg • Calgary • Vancouver

**VOICI LE VASTE
SPECTRE DE
L'ACTIVITÉ
BACTÉRICIDE DE**

Ampiciline

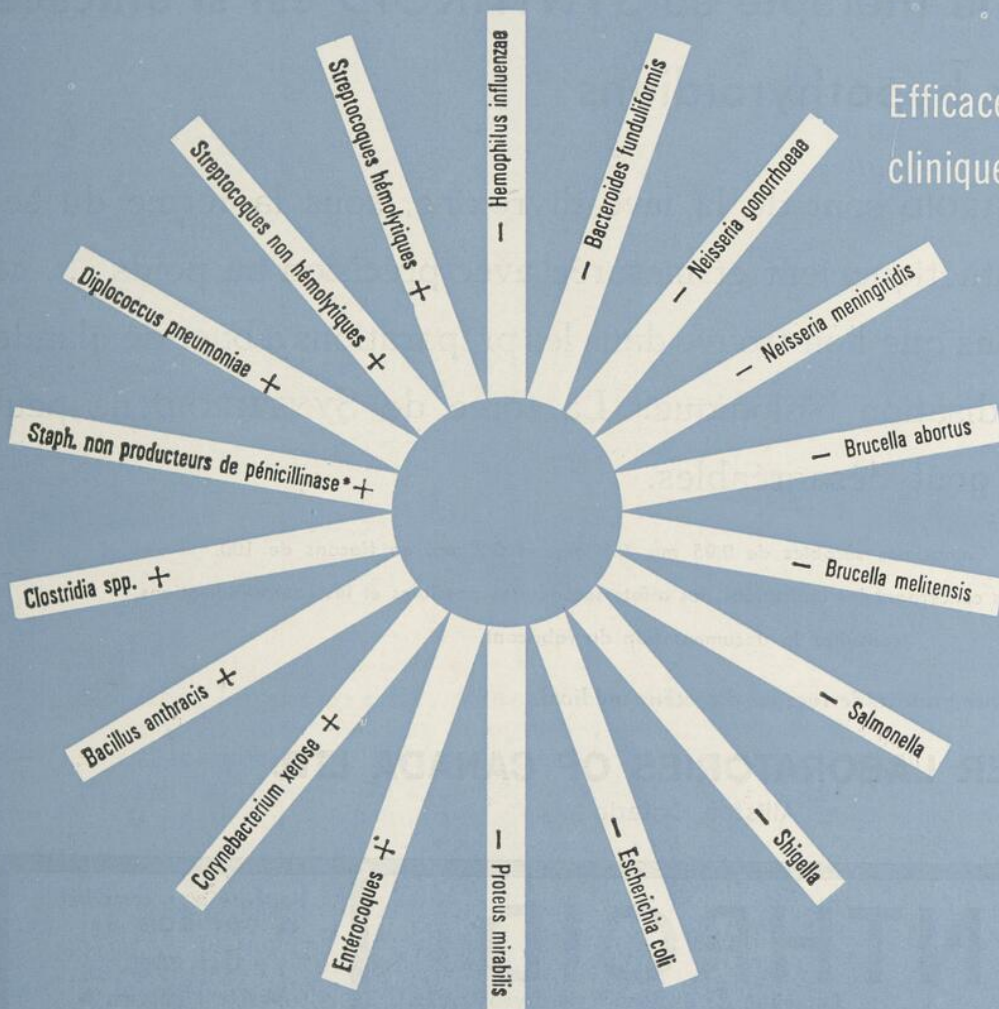
(ampicilline)

Une pénicilline à large spectre,
active contre un nombre important
de germes pathogènes à Gram-
négatif et aussi à Gram-positif.

Tue les germes pathogènes
avec la même efficacité que la
pénicilline et couvre un spectre
qui se rapproche de celui d'autres
antibiotiques à large spectre.

Trois formes — injection, sus-
pension per os, capsules.

Efficace et aussi bien tolérée
cliniquement que la pénicilline.



Présentation

Ampicine, Capsules—dosées
à 250 mg. d'ampicilline.

Ampicine pour Injection—
chaque fiole contient 250 mg.
d'ampicilline sodique.

Ampicine pour Suspension
per os—la dose de 5 c. c.
contient 250 mg. d'ampicilline.



**BRISTOL LABORATORIES
OF CANADA LIMITED**

*Les staphylocoques producteurs
de pénicillinase sont résistants
à l'Ampicine.

SYNTHROID constitue une thérapie palliative à base d'hormone pure

▶ la thyroïde humaine sécrète de la levo-thyroxine

▶ les comprimés SYNTHROID sont de la sodium-levo-thyroxine

...C'est pourquoi la thérapie au SYNTHROID est si efficace
chez vos patients hypothyroïdiens

Les comprimés SYNTHROID sont de la levo-thyroxine, sous la forme du sel sodique, préparée synthétiquement et mesurée avec précision au poids . . . ce qui élimine les variations que l'on trouve dans les préparations à base de glande animale et la standardisation biologique. La force de SYNTHROID ne peut varier. Ni odeur, ni goût désagréables.

PRÉSENTATION : Comprimés sécables de 0.05 mg, 0.1 mg. et 0.2 mg, en flacons de 100.

Pour tous renseignements concernant les indications, les effets secondaires possibles et les contre-indications,
consultez la documentation du fabricant.

Pour recevoir un échantillon clinique gratuit, écrivez au directeur médical.

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD.

Alliston, Ontario

COMPRIMÉS

SYNTHROID

(marque de sodium levo-thyroxine)

THÉRAPIE PALLIATIVE À BASE D'HORMONE PURE

L'activité d'un comprimé
de SYNTHROID de
0.1 mg.
équivalent approx. à
1 gr.
de thyroïde, U.S.P.



le parkinsonisme
d'origine
médicamenteuse...




et son palliatif
le COGENTIN*

Chez la plupart des malades, le COGENTIN (méthanesulfonate de benzotropine) obvie rapidement aux symptômes extra-pyramidaux induits par un tranquillisant. L'administration conjointe de COGENTIN, par voie orale, permet habituellement de continuer le traitement à la phénothiazine ou aux dérivés du rauwolfia, souvent sans devoir en réduire la posologie.^{1,2} Le COGENTIN a la propriété de soulager les malades qui sont affectés de tremblements, d'agitation, de sensations de tension et autres symptômes rappelant le parkinsonisme au cours d'un traitement aux tranquillisants.

Les médecins peuvent obtenir sur demande une documentation complète.

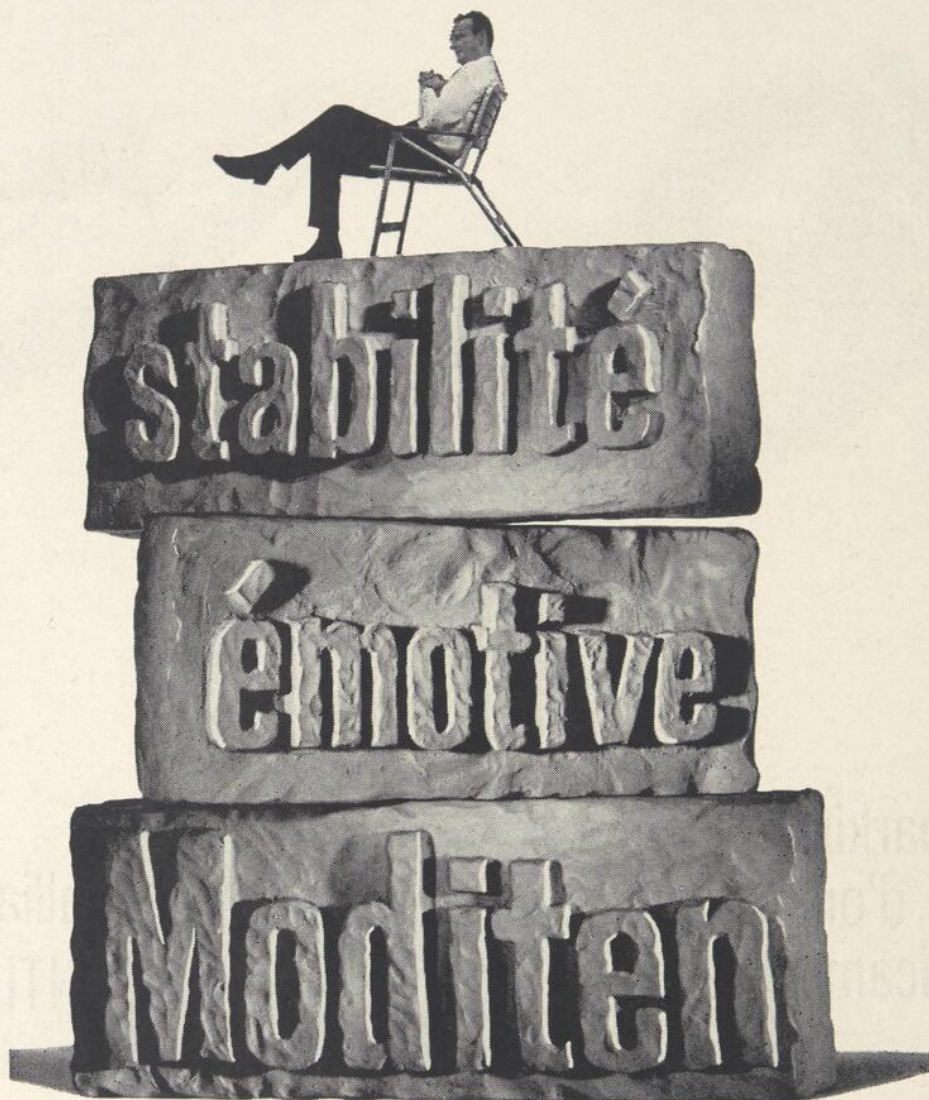
RÉFÉRENCES: 1. Ayd, F.J., Jr.: J.A.M.A. 175:1054, 1961. 2. Kline, N.S.: Postgrad. Méd. 27:820, 1960.

PRÉSENTATION: Comprimés dosés à 2 mg. de méthanesulfonate de benzotropine présentés en flacons de 100 et de 1,000—COGENTIN injectable dosé à 1 mg. de méthanesulfonate de benzotropine par cc. présenté en ampoules de 2 cc.

 MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTREAL

COGENTIN*
(Méthanesulfonate de benzotropine)

*Marque de commerce



(CHLORHYDRATE DE FLUPHÉNAZINE, SQUIBB)

Dans la plupart des cas, Moditen soulage pendant 24 heures les symptômes de l'anxiété et de la tension nerveuse avec une dose d'entretien d'un mg par jour.

PRÉSENTATION: comprimés de 1 mg en flacons de 30, 100 et 500
comprimés de 2.5 mg en flacons de 30
comprimés de 5 mg* en flacons de 100 et 1,000.

MODITEN, marque déposée de Squibb

SQUIBB

*Essentiellement pour les cas de psychiatrie hospitalière.

MEYER CHEW & PHARM
OF CANADA LIMITED MONTREAL



Un exutoire pour l'animosité?

Les excès de table sont souvent un exutoire pour l'animosité. Beaucoup de gens défoulent leur colère en se livrant à des excès alimentaires pendant ou entre les repas. Il s'ensuit de l'embonpoint. 'Eskatrol' modère l'appétit tout en soulageant le stress émotif qui cause les excès de table. C'est pourquoi tant de patients perdent un plus grand nombre de livres grâce à 'Eskatrol'.

Capsules

ESKATROL* Spansule*

et comprimés

*pour maîtriser les émotions
qui jouent un rôle important
dans l'embonpoint*

les capsules 'Eskatrol Spansule' à désagrégation prolongée renferment 15 mg de Dexedrine* et 7.5 mg de prochlorpérazine. Elles sont présentées en flacons de 30 et de 250 ainsi que sous bandes spéciales de cellophane de 15. Les comprimés 'Eskatrol' renferment 5 mg de 'Dexedrine' et 2.5 mg de prochlorpérazine. Ils sont présentés en flacons de 50 et sous bandes spéciales de cellophane de 30.

('Dexedrine' est la marque de fabrique SK&F pour le sulfate d'amphétamine dextrogyre. La prochlorpérazine seule est présentée au Canada par Poulenc Limitée sous la marque déposée 'Stémétil'.)

*Marque déposée au Canada



Smith Kline & French • Montréal 9

La période prénatale se passe habituellement sans encombre, mais il peut survenir des complications.

Les nausées

Bendectin

prévient dès la veille les nausées du matin.

2 comprimés au coucher.

Les brûlures d'estomac

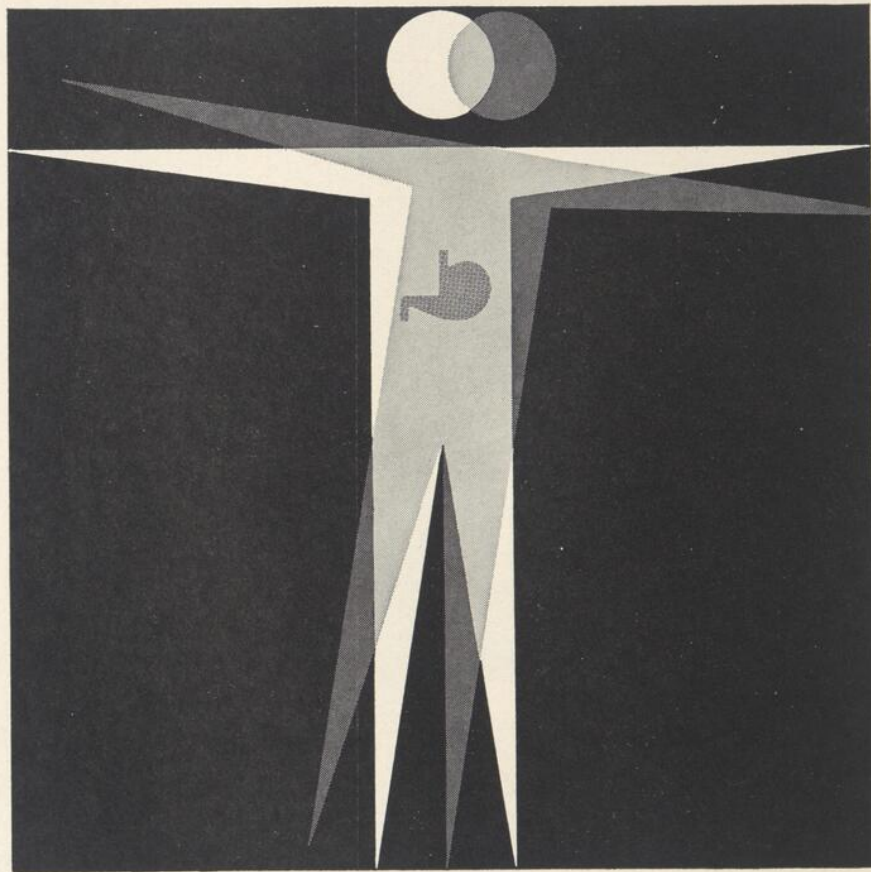
Les pastilles Kolantyl

soulagent l'hyperacidité.

1 ou 2 pastilles, au besoin.

Merrell

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



ALDORIL*

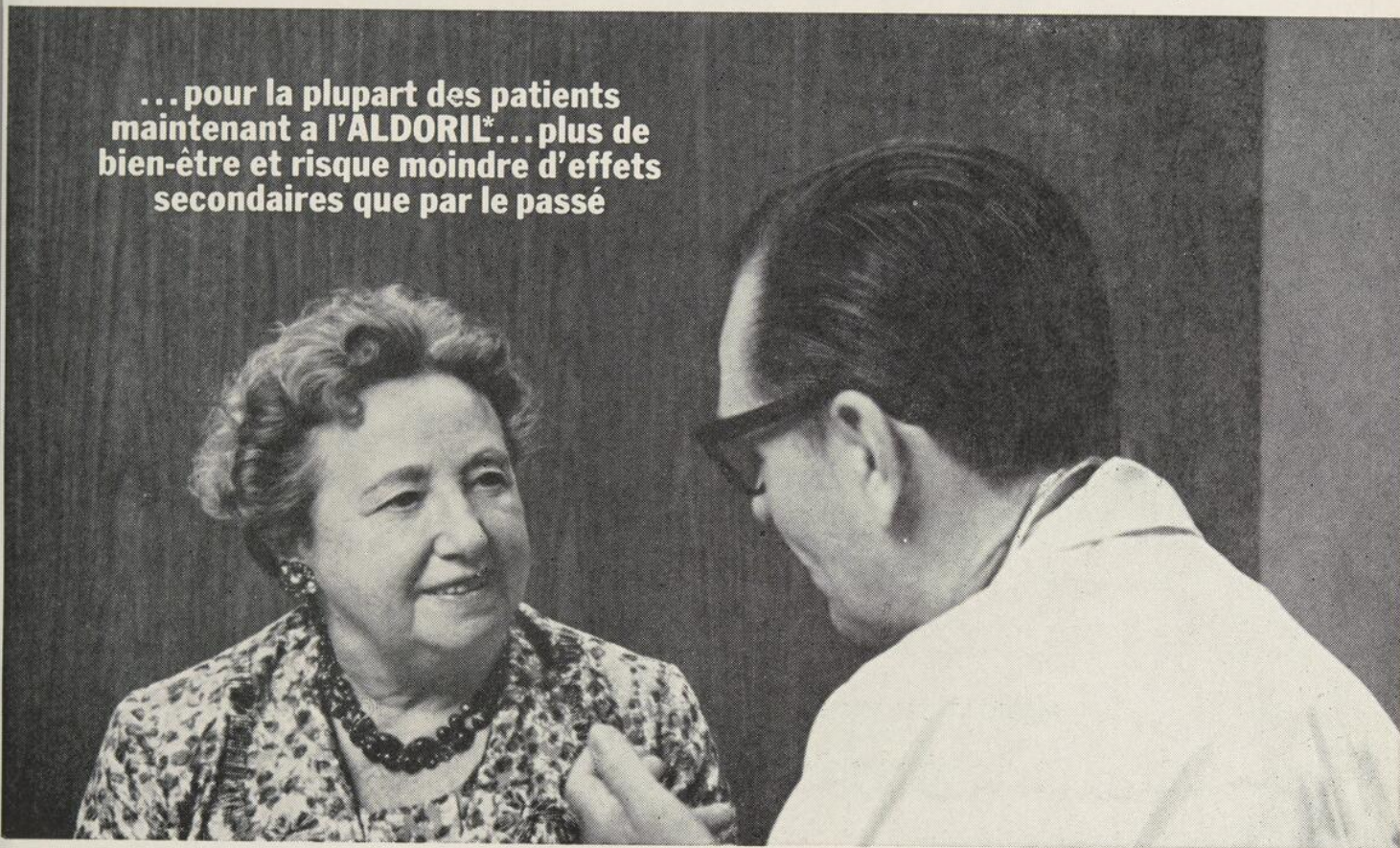
ALDOMET* (méthildopa) 250 mg. et HydroDIURIL* (hydrochlorothiazide) 25 mg.

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

1 Antihypertensive par la modification de l'activité vaso-constrictive

2 Salurétique par la modification du métabolisme des électrolytes

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



ALDORIL

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

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

ALDOMET (méthildopa)

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

Les médecins peuvent obtenir sur demande une documentation complète

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

HydroDIURIL (hydrochlorothiazide)

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



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

*Marque de commerce

ARTICHOBYL



MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE

à base d'extrait de feuilles d'artichaut

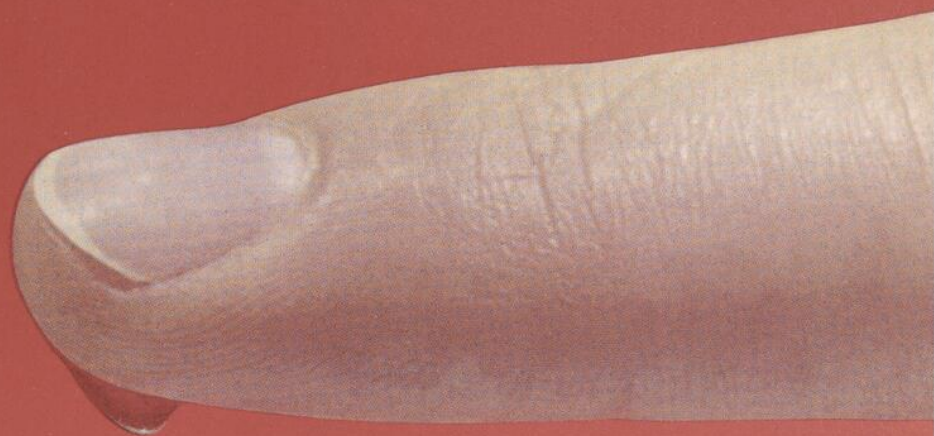
L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

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

J. EDDÉ, Limitée, 202 est, rue Laurier

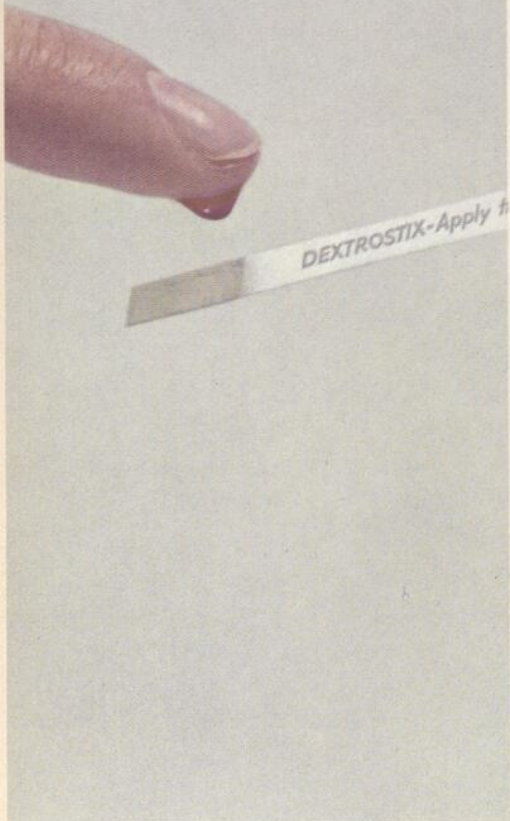
MONTRÉAL

ENFIN!

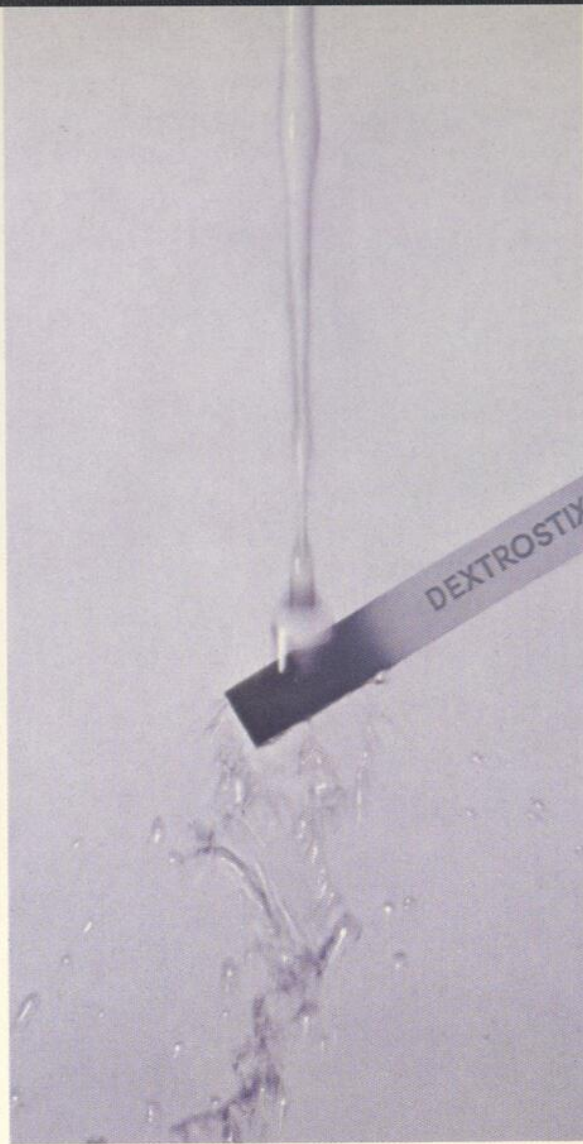


DEXTROSTIX-Apply this side

**épreuve d'une minute
du glucose sanguin**



1°
une goutte de
sang capillaire
ou veineux



2°
laver le sang
après une minute
exactement



3°
comparer
immédiatement
avec l'échelle
colorimétrique

NOUVEAU

BÂTONNETS RÉACTIFS

DEXTROSTIX[†] . . . estimations quantitatives du glucose sanguin . . .

†MARQUE DÉPOSÉE

Grâce à DEXTROSTIX, les estimations quantitatives du glucose sanguin sont réalisables en une minute. Avec une goutte de sang capillaire ou veineux vous terminez l'épreuve pendant que votre patient est dans votre bureau.

SOUPLESSE — DEXTROSTIX est donc un instrument pratique qui fournit, pour le diagnostic, une gamme de lectures cliniquement significatives et il se révèle très précieux dans les examens physiques, les examens de routine de vos diabétiques et les cas d'urgence.

DEXTROSTIX fournit un moyen simple et rapide de dé-

pister le diabète à son début. Des recherches récentes ont montré que "... un groupe nombreux de patients atteints de diabète sucré bénin, asymptomatique, demeurent insoupçonnés à moins que des épreuves sanguines ne soient faites régulièrement."*

Présentation: No 2888 flacon de 25 bâtonnets réactifs (tableau colorimétrique sur l'étiquette du flacon).

AMES COMPANY OF CANADA, LTD.,
REXDALE (TORONTO) ONTARIO

*Spaulding, W. B.; Spitzer, W. O. et Truscott, P. W.:
Canad. M.A.J. 89:329, 1963.



CA78264F AMES

lorsque vous prescrivez

CÉFRACYCLINE

MARQUE DÉPOSÉE

votre patient reçoit la

TÉTRACYCLINE

TAMPONNÉE

Frosst

de haute qualité mais à bas prix

Soumise au contrôle de la qualité, continu et rigoureux, des laboratoires Frosst, la "Céfracycline" est conforme aux plus hautes normes de la pharmacopée.



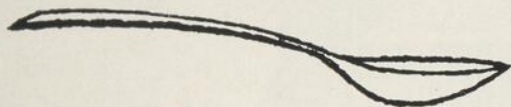
COMPRIMÉS

Chaque comprimé contient 250 mg de chlorhydrate de tétracycline.

POSOLOGIE — Adultes: un comprimé quatre fois par jour. Cette dose peut être légèrement dépassée dans des circonstances particulières.

Enfants: 8 mg par jour, par livre de poids, répartis en doses fractionnées; e.g. un enfant de 30 lb — $\frac{1}{4}$ de comprimé quatre fois par jour; 60 lb — $\frac{1}{2}$ comprimé quatre fois par jour.

Flacons de 16 et de 100 comprimés



SUSPENSION

Chaque cuillerée à thé de 5 cc renferme de la tétracycline équivalant à 125 mg de chlorhydrate de tétracycline.

POSOLOGIE — Enfants: 8 mg par jour, par livre de poids, répartis en doses fractionnées; e.g. un enfant de 30 lb — $\frac{1}{2}$ cuillerée à thé quatre fois par jour; 60 lb — 1 cuillerée à thé quatre fois par jour. Adultes: 2 cuillerées à thé quatre fois par jour.

Flacons de 60 et de 100 cc



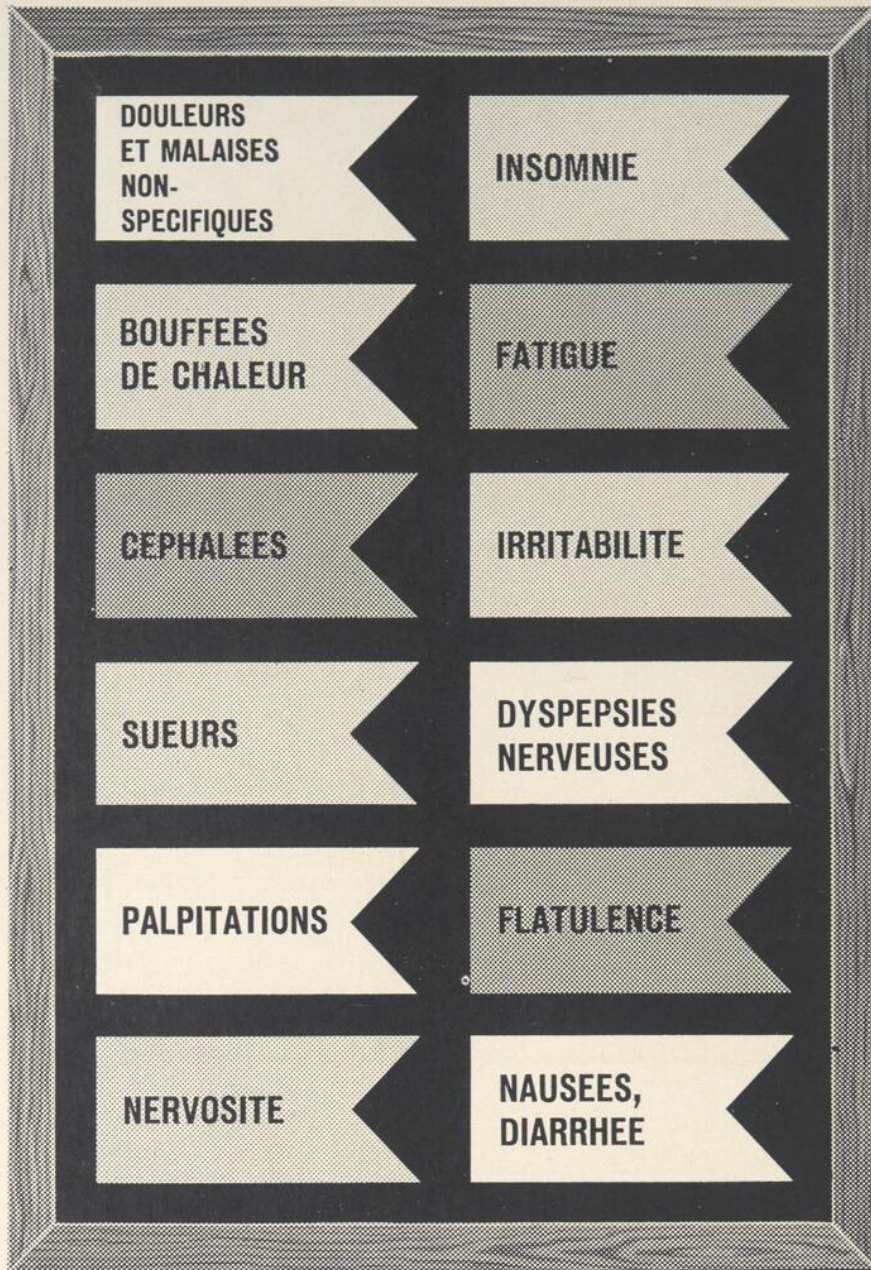
GOUTTES

Chaque cc (20 gouttes) contient de la tétracycline équivalant à 100 mg de chlorhydrate de tétracycline (environ 5 mg par goutte).

POSOLOGIE: 8 mg par jour, par livre de poids, répartis en doses fractionnées; e.g. un bébé de 10 lb — 4 gouttes quatre fois par jour; 20 lb — 8 gouttes quatre fois par jour; 30 lb — 12 gouttes quatre fois par jour.

Flacons de 10 cc, avec compte-gouttes gradué

MISE EN GARDE — Les antibiotiques à large spectre provoquent quelquefois une surcroissance de micro-organismes résistants. Il peut se produire des effets secondaires tels que glossite, stomatite, proctite, vaginite, dermatite ou nausées. Une constante vigilance s'impose. Si l'on utilise les doses minimales efficaces, on réduit l'incidence de ces effets fâcheux. En présence d'altération rénale, même les doses usuelles, par voie orale ou intramusculaire, risquent de donner lieu à une accumulation excessive dans l'organisme, accumulation qui peut devenir toxique pour le foie. Des doses plus faibles que les doses usuelles sont donc indiquées dans ces cas. Si le traitement est prolongé, on recommande d'effectuer des déterminations des concentrations sériques en tétracycline. L'administration de tétracycline à la femme enceinte et au nourrisson peut amener une pigmentation et une hypoplasie dentaires chez le bébé. On conseille donc d'éviter son emploi chez de tels patients. Par ailleurs, là où aucune autre préparation de risques éventuels moindres ne peut maîtriser l'infection, employer la tétracycline.



*Troubles fonctionnels péri-
phériques: signes qui indiquent
l'emploi de **Bellergal**[®]*

Principales indications: Ménopause—Dysfonction gastro-intestinale—Tension prémenstruelle.

	Spacetabs	Dragées
Présentation		
Composition	Tartrate d'ergotamine 0.6 mg Bellafoline® 0.2 mg Phénobarbital 40.0 mg	Tartrate d'ergotamine 0.3 mg Bellafoline® 0.1 mg Phénobarbital 20.0 mg
Posologie	Un "spacetab" matin et soir. Les entailles de ce comprimé permettent d'adapter la posolo- gie à chaque cas particulier.	Moyenne: 1 dragée quatre fois par jour. Dans les cas rebelles, selon les besoins individuels, jus- qu'à 6 dragées par jour.
Conditionnement	Flacons de 50 et 250 com- primés.	Flacons de 100, 500 et 1,000 dragées.
Contre-indications	Troubles circulatoires périphériques avancés, maladies des artères coronaires, glaucome, grossesse.	

Documentation sur demande.

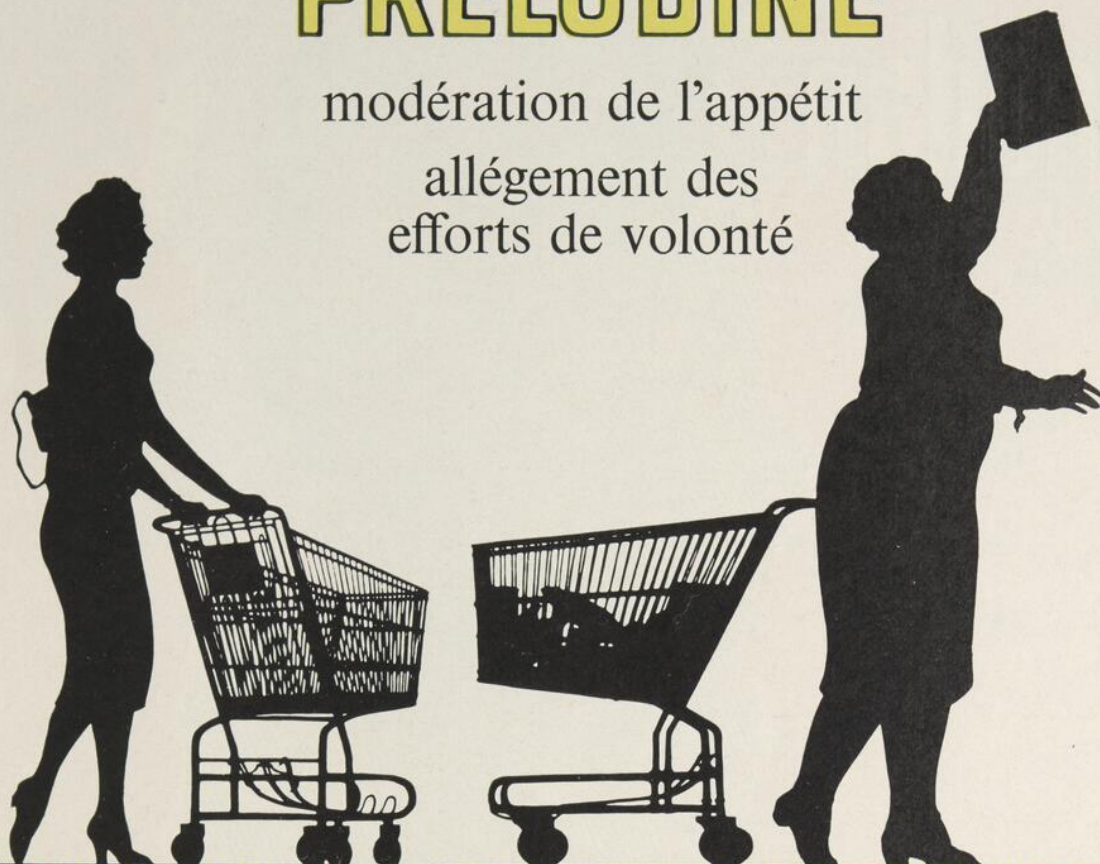
SANDOZ PHARMACEUTICALS, DORVAL, P.Q.  SANDOZ

Lorsque les malades obèses succombent à la tentation

PRÉLUDINE®

modération de l'appétit

allègement des
efforts de volonté



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

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

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

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



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

dans la grande région centrale de la douleur

Percodan*

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

COMPRIMÉS

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

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

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

Endo

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

Brevet canadien No 537948

*Marque déposée

*pour un
soulagement
rapide et
complet
de la douleur*

**DOSE MOYENNE
POUR ADULTES**

1 comprimé toutes
les 6 heures; peut
provoquer l'accoutumance.

Ⓝ L'ordonnance
verbale est acceptée.

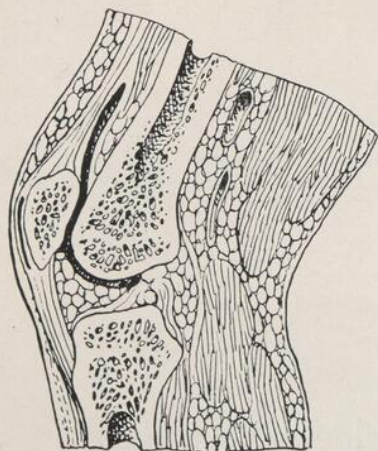
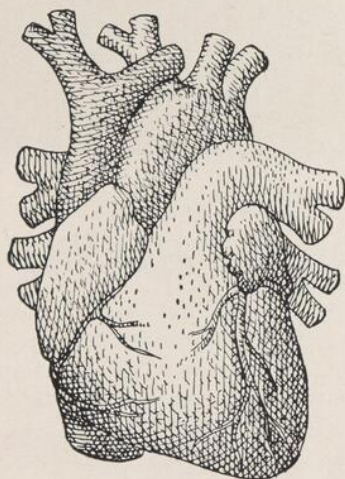
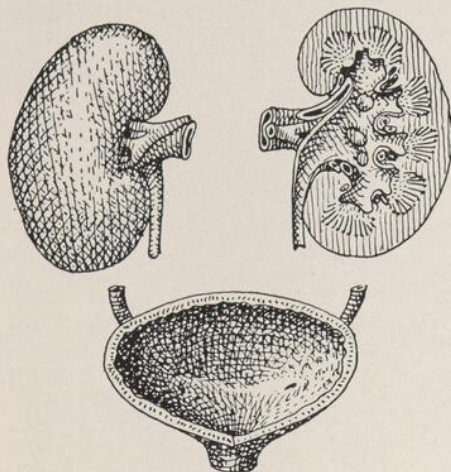
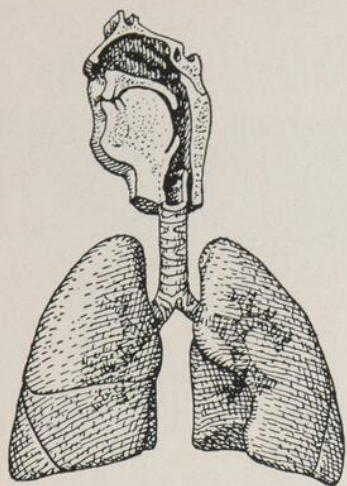
Autre présentation

Pour une plus grande
souplesse de la posologie —
Percodan*-Demi: formule
complète du Percodan, mais
avec seulement la moitié de la
quantité des sels de dihydrohydroxycodéinone et d'homatropine.

1. Blank, P. et Boas, H.: Analgésie améliorée dans la douleur moyenne, *Ann. West. Med. & Surg.* 6:376, 1952.
2. Bonica, J. J. et coll.: Le traitement des douleurs du post-partum à la dihydrohydroxycodéinone (Percodan): Comparaison avec la codéinone et le placebo, *West. J. Surg.* 65:84, 1957.
3. Cass, L. J. et Frederick, W. S.: Etude contrôlée du soulagement de la douleur, *M. Times* 84:1318, 1956.
4. Chasko, W. J.: Chirurgie dentaire sans douleur: Extension de la période post-opératoire sans douleur, *J. District of Columbia Dent. Soc.* 31:3, No. 5, 1956.
5. Cozen, L.: "Office Orthopedics", 2e éd., Philadelphia, Lea & Febiger, 1953, pp. 120, 138, 145, 156, 234.
6. Nicolson, W. P., Jr. et Skandalakis, J. E.: Contrôle de la douleur post-opératoire, *J.M.A. Georgia* 46:471, 1957.
7. Piper, C. E. et Niklas, F. W.: Le Percodan pour combattre la douleur en médecine industrielle, *Indust. Med.* 23:510, 1954; résumé in *Clin. Med.* 3:1008, 1956, *Current M. Digest* 22:135, No. 3, 1955.



Si le
staphylocoque
est
la cause
de l'infection...



...commencez par un traitement de **PROSTAPHLINE**

L'administration de la Prostaphline* est indiquée chaque fois que l'on redoute une infection staphylococcique affectant le système respiratoire, génito-urinaire, cardio-vasculaire, gastro-intestinal; les os et les tissus mous. Cette thérapeutique permet d'obtenir des concentrations sanguines bactéricides nécessaires pour enrayer radicalement les infections à staphylocoque—particulièrement, les souches résistantes à la pénicilline G.

Maintient l'intégrité des tissus. La Prostaphline produit rapidement des concentrations sériques élevées . . . et, par conséquent, contrôle de façon efficace les infections staphylococciques et limite ainsi la destruction des tissus. Si l'on n'a pas recours à un bactéricide aussi actif que la Prostaphline, le staphylocoque continue de détruire les tissus et rend plus difficile le contrôle de l'infection.

Élimine les streptocoques protégés par le staphylocoque. Au cours d'infections à streptocoques hémolytiques où coexistait le staphylocoque, Simon et Sakai** ont noté que le streptocoque, bien que sensible à la pénicilline G, continuait de proliférer sous l'effet de la pénicillinase produite par le staphylocoque pénicillino-résistant. Grâce à la Prostaphline, le streptocoque n'est plus protégé par le staphylocoque générateur de pénicillinase. La Prostaphline combat donc simultanément les deux organismes en cause.

*Si au cours du traitement il est démontré que l'infection n'est pas due à un staphylocoque résistant, on peut considérer l'emploi d'une autre pénicilline, telle que la Syncilline.

**Simon, H. J. et Sakai, W.: *Pediatrics* 31:463 (mars) 1963.

Posologie habituelle: *Adultes*—500 mg. aux 4 à 6 heures
Précautions: On peut parfois rencontrer des réactions caractéristiques d'une allergie à la pénicilline.

Présentation: Prostaphline (oxacilline sodique)—
Capsules de 250 mg. et 500 mg.
Injection: fioles de 250 mg. et 1.5 Gm.

Nouveau: *Solution Orale*: 250 mg. par 5 cc. de solution reconstituée

†Nom déposé



Bristol LABORATORIES

OF CANADA LIMITED



Calme, mais bien éveillée

atarax*

HYDROXYZINE

50 mg

SPÉCIFIQUE CONTRE L'ANXIÉTÉ



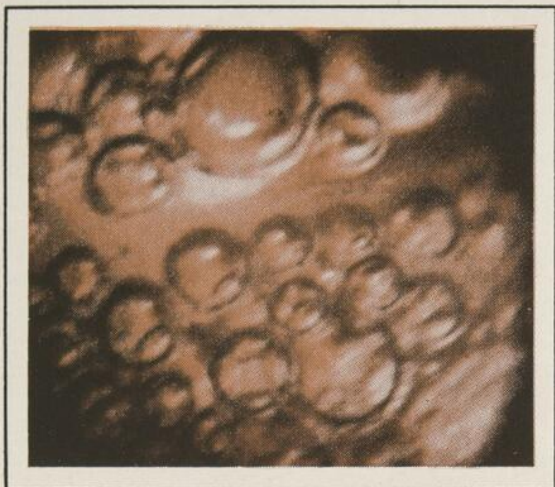
LA COMPAGNIE PFIZER LTÉE. MONTRÉAL 11, QUÉBEC

*Marque déposée — Usage autorisé

brise le mur des bulles de gaz...
améliore le traitement

Mylanta*

anti-acide nouveau et efficace



AVANT L'ADMINISTRATION



10 MINUTES APRÈS

Ces photographies prises durant la gastroscopie montrent l'effet de siméthicone, l'agent antispumeux de MYLANTA.

**l'élimination des bulles de gaz de l'estomac
offre un champ plus réceptif à l'action anti-
acide et émoulliente... et assure plus rapide-
ment le bien-être de votre patient**

En présence d'ulcère peptique, de gastrite et chaque fois qu'un anti-acide est indiqué, MYLANTA permet un traitement efficace grâce à l'association bien équilibrée d'anti-acides éprouvés et d'un agent antispumeux, le siméthicone, qui brise le mur constitué par les bulles et le mucus spumeux, favorisant ainsi l'action thérapeutique du produit. Siméthicone offre en outre les bienfaits de son action antifatulente.

Le coût modique de MYLANTA lui vaut l'accueil très favorable du malade. Il est efficace à la dose de 1 ou 2 comprimés ou cuillerées à thé. De texture exceptionnellement lisse, les comprimés sont faciles à mâcher, et le goût du liquide est tellement agréable qu'on ne s'en fatigue pas.

Comprimés MYLANTA

chaque comprimé renferme:
Hydroxyde de magnésium 200 mg
Hydroxyde d'aluminium,
gel déshydraté 200 mg
Siméthicone (polysiloxane
méthylique activé) 20 mg
Présentation: boîte de 100

Liquide MYLANTA

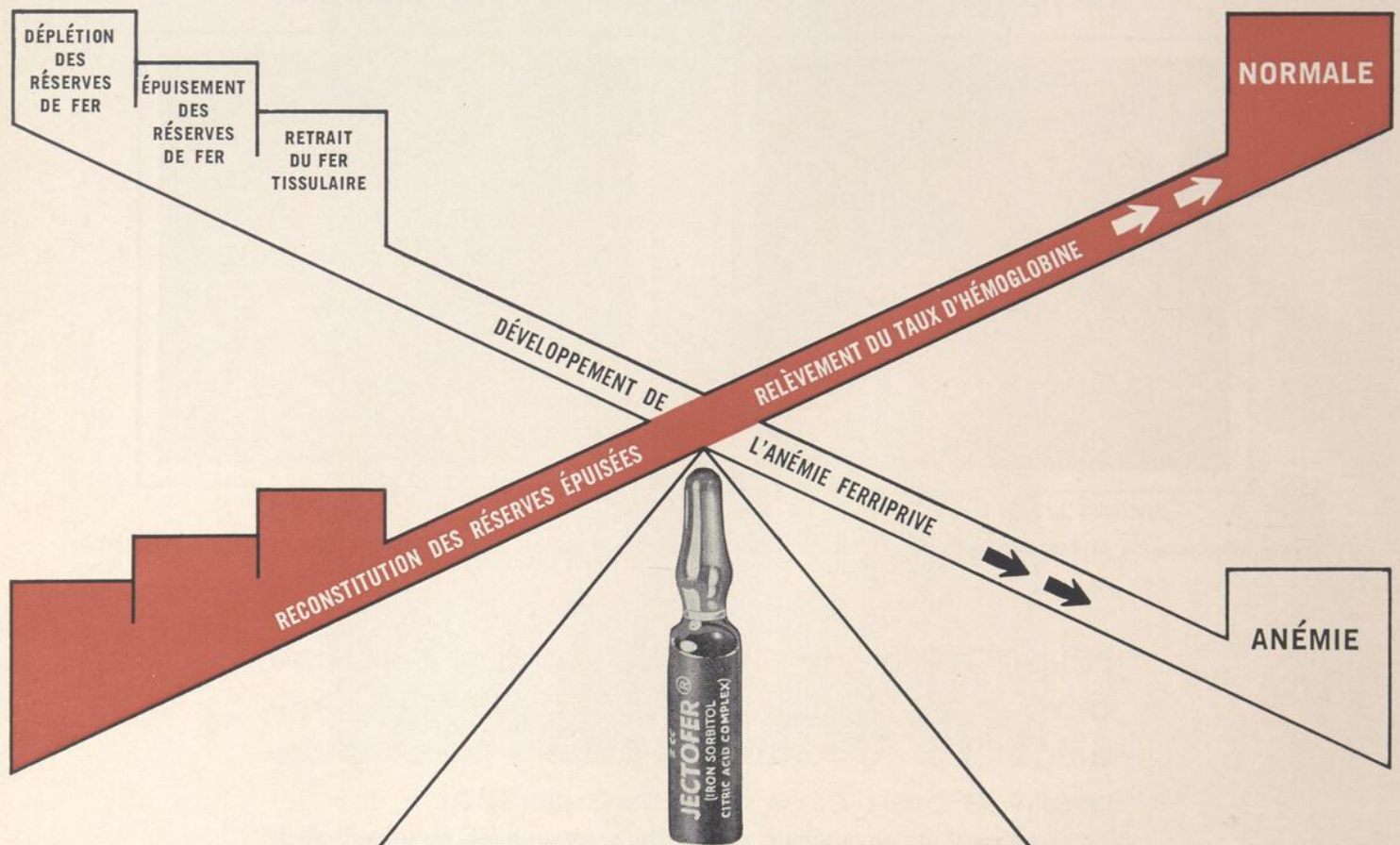
5 cc renferment:
Hydroxyde de magnésium 200 mg
Hydroxyde d'aluminium
(équivalant au gel d'hydroxyde
d'aluminium déshydraté,
U.S.P.) 200 mg
Siméthicone (polysiloxane
méthylique activé) 20 mg
Présentation: flacon de plastique
de 12 onces

PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTRÉAL 9

Jectofer:®

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



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

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

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

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

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

Documentation sur demande.



ASTRA Pharmaceuticals (Canada) Ltd.

Cooksville, Ont.



Butazolidine® Geigy

Pour l'arthrite et les affections connexes
Efficacité dans tous les types d'arthrite chronique

Soulagement rapide de la douleur et restauration précoce de la fonction dans les affections arthritiques aiguës

Diminution de la période de l'incapacité fonctionnelle de semaines en jours dans la thrombophlébite superficielle aiguë



Butazolidine®, marque de phénylbutazone, dragées rouges de 100 mg.

Butazolidine® alka, pour les malades présentant une hypersensibilité gastrique: chaque capsule orange et blanche contient 100 mg de Butazolidine, 100 mg d'hydroxyde d'aluminium, 150 de trisilicate de magnésium, 1,25 de bromure de méthyle d'homatropine.

Comme pour tous les agents chimiothérapeutiques puissants, on recommande d'exercer une surveillance étroite sur les malades traités à la Butazolidine.



Produits Pharmaceutiques Geigy, Montréal

G-1705F

Gravure d'Honoré Daumier, artiste français et caricaturiste politique célèbre du 19^{ème} siècle.

Bonne nuit, beaux rêves!

Ce soir—un sommeil profond et paisible; demain—un réveil frais et dispos. C'est la promesse que réalise le 'Noludar'.

Neuf années d'expérience clinique et plus de 130 rapports publiés désignent le 'Noludar' comme l'hypnotique idéal pour engendrer un sommeil du genre 'naturel' dans des insomnies d'intensité diverse avec, en plus, l'avantage de ne pas causer de sensations désagré-

ables au réveil. Les critères stricts adoptés lors de deux récentes études à double insu^{1,2} (qui comprenaient le sécobarbital, puissant barbiturique) illustrent bien à quel point le 'Noludar' est remarquable pour la rapidité d'induction, la qualité et la durée du sommeil, et la tolérance. Quant à l'innocuité "le 'Noludar' remplit au maximum les exigences d'un médicament de ce genre"³. Le 'Noludar' n'est pas un barbiturique, donc pas 'un médicament contrôlé'. Il ne potentialise pas l'alcool, n'entraîne pas d'accoutumance.

1. Rickels, K. et Bass, H.: Amer. J. Med. Sc. 245: 142-152, 1963.

2. Le Riche, W.H. et van Belle, G.: C.M.A.J. 88: 837-841, 1963.

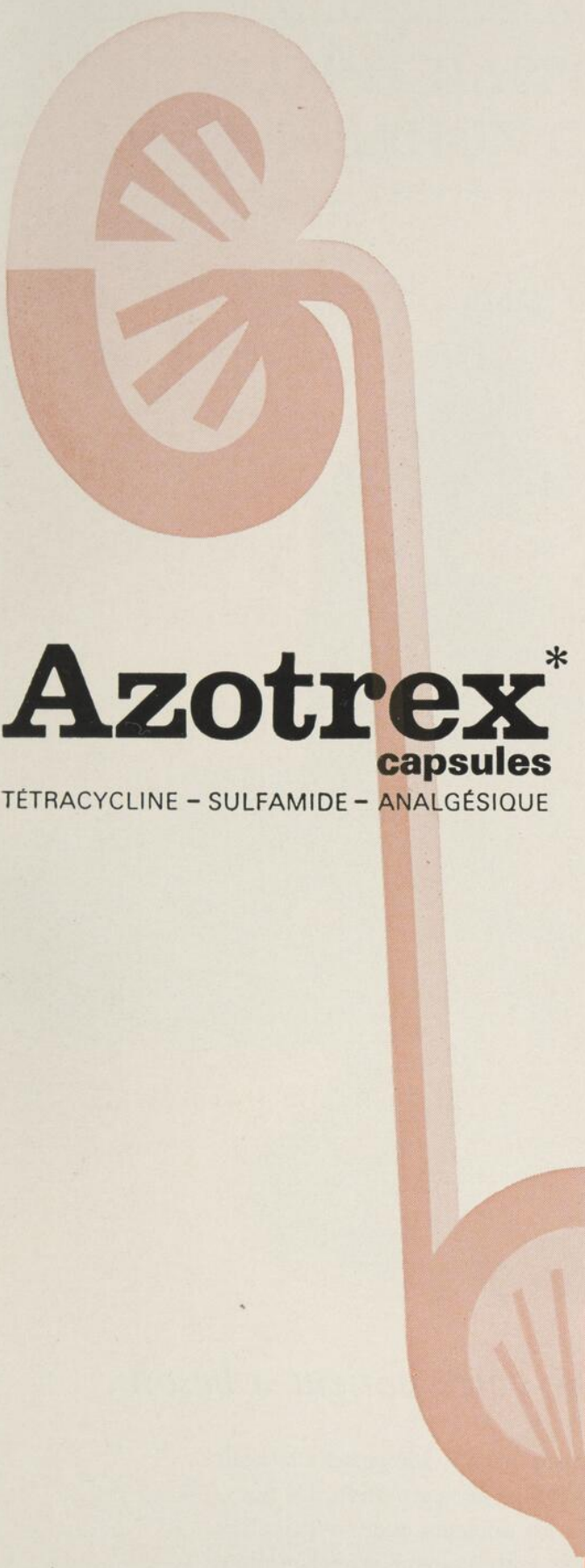
3. O. Brandman et coll.: J.M.Soc.New Jersey 52: 246, 1955.

Chaque capsule de Noludar® 300 contient 300 mg de méthyprylon Roche
®Marque déposée



Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

Noludar 300 Roche
Synonyme
d'un sommeil sûr et reposant



Azotrex^{*}

capsules

TÉTRACYCLINE — SULFAMIDE — ANALGÉSIQUE

**Pour
les symptômes
de mictions
pénibles...
fréquentes...
douloureuses...**

Soulagement rapide de la douleur

le chlorhydrate de phénazopyridine — spécifique des états douloureux des voies urinaires — apporte un soulagement rapide.

Contrôle immédiat de l'infection

l'effet stérilisant du sulfaméthizole sur l'urine est complétement par l'action antibactérienne du Tetrex (phosphate complexe de tétracycline) qui s'exerce dans les tissus aux foyers de l'infection.

Azotrex — Capsules : chaque capsule contient :

Tetrex (phosphate complexe de tétracycline équivalent à tétracycline HCl)	125 mg.
Sulfaméthizole	250 mg.
Phénazopyridine HCl	50 mg.

Azotrex — Sirop : chaque 5 cc. de sirop contient :

Phosphate de tétracycline (tamponné) (équivalent à tétracycline HCl)	125 mg.
Sulfaméthizole	250 mg.

*Marque déposée



Bristol LABORATORIES

OF CANADA LIMITED / 100 INDUSTRIAL BLVD., CANDIAC, P.Q.

MAZON est un onguent contre la psoriasis et l'eczéma.

*Il est anti-pruriteux
kératolytique
anti-bactérien
anti-fongueux
émollient
exempt de stéroïdes
prouvé par 40 années d'usage
sûr pour applications
répétées
(et ce n'est pas
cher à employer
pour vos
patients).*



MAZON est peut-être ce dont votre patient a besoin.

L'émollient doux et l'action kératolytique de l'onguent Mazon adoucissent la peau tendre, aident à enlever les tissus cutanés séchés et favorisent la cicatrisation. De nombreux médecins l'ont trouvé efficace pour soulager les douleurs et les symptômes apparents des affections de la peau. Permettez-nous de vous envoyer un échantillon.

DISTRIBUTEUR: LAURENTIAN AGENCIES LIMITED 429 St. Jean-Baptiste, Montréal, Qué.

RÉCENT RAPPORT AU SUJET DE L'IMMUNISATION CONTRE LA ROUGEOLE

L'American Academy of Pediatrics, dans le rapport du Comité de prévention des maladies contagieuses (1964), recommande que les enfants âgés de neuf mois, s'ils n'ont pas encore souffert de la rougeole, soient immunisés le plus tôt possible après cet âge.

Le rapport déclare aussi qu'à l'heure actuelle, l'administration du vaccin vivant et atténué contre la rougeole accompagné d'une injection d'immuno-sérum-globuline est la méthode recommandée dans le cas d'enfants normaux non immuns en réservant l'emploi du vaccin mort à certains groupes spécifiques.

L'immunisation active contre la rougeole à dose unique s'obtient avec l'emploi de

LYOVAC* RUBÉOVAX* Virus vaccin vivant et atténué contre la rougeole

et l'administration conjointe de **GAMMAGEE*** Immuno-sérum-globuline



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL

Lorsque les réserves
de N et de Ca sont
épuisées—

Banque de Santé 19/64
\$ N & Ca
MÉTABOLISME
AZOTE et CALCIUM
Patient débilité
PAYEZ À L'ORDRE DE
PROVISION INSUFFISANTE

Rétablissez
un équilibre positif grâce à la
substance anabolique buccale

WINSTROL

Marque de Stanozolol

doué d'une activité anabolique élevée
et d'une excellente tolérance

Certains cas d'invalidité, de traumatismes ou un âge avancé peuvent ralentir un anabolisme normal ou accélérer le catabolisme, entraînant ainsi une déperdition de protéines et de minéraux essentiels à la réparation des tissus. Des pertes de poids et d'appétit, de force et de vitalité sont des signes de transformations; ces changements sont d'ailleurs souvent accompagnés de diminution d'humeur, d'intérêt et d'activité. Plus le patient est âgé, plus les signes de débilitation sont apparents. *Un agent anabolique puissant, bien toléré et secondé par une diète forte en protéines, peut faire toute la différence.*

Posologie habituelle des adultes, 1 comprimé t.i.d.; jeunes femmes, 1 comprimé b.i.d.; enfants (d'âge scolaire), jusqu'à 1 comprimé t.i.d.; enfants (d'âge pré-scolaire) ½ comprimé b.i.d. On obtiendra de meilleurs résultats en faisant prendre une diète riche en protéines. Présenté en comprimés rainurés de 2 mg en flacons de 100.

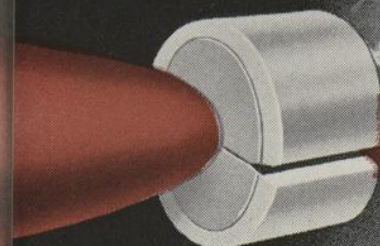
Laboratoires *Winthrop*
MONTRÉAL AURORA VANCOUVER

favorise la croissance des tissus...l'appétit...l'état général

Pendant la période critique des 5 premiers jours, alors que le taux de mortalité fut le plus élevé chez les sujets traités à une médication spécifique . . .

**occlusion
graduelle
d'une artère
coronaire
principale**

Circulation collatérale dans le coeur des survivants traités au Pérित्रate (tétranitrate de pentaérythritol)



avec

Pérित्रate

(tétranitrate de pentaérythritol)

survivants

20

avec Pérित्रate (tétranitrate de pentaérythritol), **20 des 30 porcs survécurent** à la période critique des 5 premiers jours.

dans les maladies post-coronariennes avec ou sans angine

Pérित्रate

(tétranitrate de pentaérythritol)

. . . stimule la circulation collatérale! . . . fournit plus de sang et d'oxygène au myocarde

Pour une thérapeutique q.i.d.: Pérित्रate à 20 mg ou Pérित्रate avec phénobarbital (20 mg ou 10 mg et 15 mg de phénobarbital). Pour une thérapeutique b.i.d.: Pérित्रate SA (80 mg à action soutenue) ou Pérित्रate avec phénobarbital SA (80 mg et 45 mg de phénobarbital). Action soutenue.

Le Pérित्रate doit toujours être pris à jeun, au moins ½ heure avant les repas ou 1 heure après les repas.

Quasi absence d'effets secondaires; parfois, mal de tête passager.

Avertissement: Administrer le Pérित्रate avec prudence dans les cas de glaucome.

1. Lumb, G. et Hardy, L.B.: Circulation (Pt. II, Cardiovascular Surgery) 27:717, 1963.

WARNER-CHILCOTT

Warner-Chilcott, Toronto, Canada, Fabricants de Coly-Mycin, Gélusil, Warnerin, Proloid, Tédral.





***Avec le temps, le moral du déprimé
s'améliore parfois... mieux vaut RITALINE®***

Un emploi éprouvé depuis 10 ans, plus de 500 rapports publiés, fournissent l'évidence clinique de la sécurité et de l'efficacité de Ritaline® comme psychanaleptique.

Pour tous renseignements concernant Ritaline (méthylphénidate CIBA), prière de consulter votre représentant médical CIBA ou d'écrire à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

C I B A

OU LA RECHERCHE EST DE TRADITION

Q

pourquoi
l'Albamylin T
est-il l'antibiotique
qui a le plus
de chance
de réussir
dans les infections
courantes des voies
urinaires?

R

Parce que l'étude en
vitro de la sensibilité
des germes montre que
l'Albamylin T
est uniformément plus
efficace contre les
groupes de germes
pathogènes qui sont le
plus souvent en cause.

Germe	Nb. de souches essayées	Tétracycline 30 mcg	Chloramphénicol 30 mcg	Albamylin T 15 mcg novobiocine 15 mcg tétracycline ²
E. COLI	1356	69.6%	73.3%	77.2%
PROTEUS	595	17.3%	63.4%	68.3%
PSEUDOMONAS	488	29.2%	22.2%	43.2%
AEROBACTER AEROGÈNES	341	57.1%	55.7%	70.2%
TOTAL	2780	49.8%	60.1%	68.5%

Statistiques tirées des résultats des laboratoires de pathologie de 17 hôpitaux canadiens

% de sensibilité du total des microbes essayés

Albamylin T

Upjohn

Présenté en comprimés, par flacons de 16 et de 100 comprimés et comme granulé aromatisé en flacons de 40 c.c. et de 60 c.c. (après solubilisation).

MARQUE DÉPOSÉE: ALBAMYLIN CF 2754.1

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

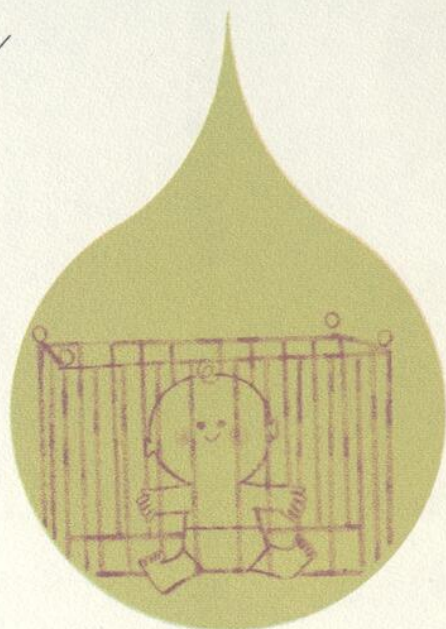
dentition et nutrition adéquates pendant les années de croissance

2

nouveaux

produits
Upjohn...

vitamines et fluorure
pour usage
pédiatrique



Adeflor, gouttes

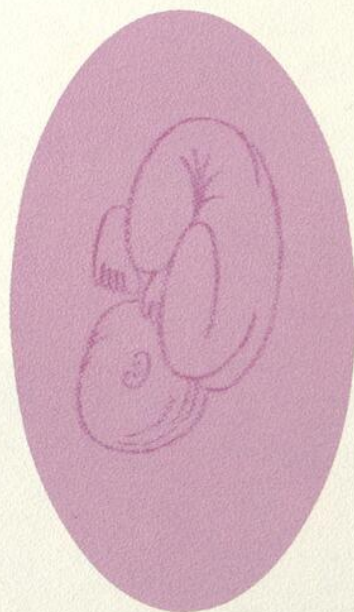
La formule A-D-C classique plus la B₆, modernisée avec le fluorure.

Destinée aux enfants jusqu'à l'âge de 3 ans.



Adeflor Chewable

(forme à croquer)
Créée pour les enfants âgés de 3 à 10 ans et au-delà. Son administration quotidienne contribue à prévenir la carie dentaire et les insuffisances vitaminiques.



...et

Adeflor Prenatal

assure à la mère une dose adéquate de vitamines et de minéraux et, à l'enfant, une protection accrue contre la carie dentaire.

MARQUE DÉPOSÉE: ADEFLOR
CF 2826.1

Upjohn

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

BULLETIN

C'EST D'ABORD L'AFFAIRE DES OMNIPRATICIENS... ET DE TOUTE LA PROFESSION

C'est d'abord l'affaire des omnipraticiens de promouvoir leur propre rôle dans la société. Mais il est d'une aussi primordiale instance que toute la profession, dans tous ses compartiments et ses disciplines, s'unisse dans une action commune pour que le médecin de famille ne disparaisse, à toutes fins pratiques, dans la lutte concertée contre la maladie sous toutes ses formes.

Tous sont d'un accord ému, du moins dans des formulations itératives, écrites ou parlées, sur la primauté de cette croisade. À tel point que les omnipraticiens sont devenus allergiques et que ce n'est pas sans agacement qu'ils entendent les témoignages et les attestations qui souhaitent leur survie et leur promotion dans le corps médical.

Mais c'est d'abord l'affaire des omnipraticiens et ils semblent avoir bien compris qu'on n'est jamais mieux servi que par soi-même. Leurs intérêts professionnels ? Peut-être, bien que certains projets, décisions et mouvements d'ensemble puissent être mal interprétés par la population, mais par-dessus tout, leur valorisation professionnelle, leur qualité scientifique reconnue à la lumière de leur compétence, et la confiance inspirée à leurs clients.

Ils se sont groupés, ici et dans d'autres pays, en académies, en collèges, en fédérations pour organiser la promotion de leur discipline. Tout récemment, en cette année, une première conférence internationale des collèges et académies de médecine générale tint ses assises ici même à Montréal. Des conférences et des écrits parurent dans les journaux médicaux traitant du problème du médecin de famille, essentiel au maintien d'un équilibre fondamental, d'une saine économie médicale et d'une médecine humaine dans l'intérêt primordial de la population.

On s'alarme. Ainsi aux États-Unis, durant les cinquante dernières années, le pourcentage des omnipraticiens, dans la population médicale, a passé de 90% à moins de 50%. En 1900, on comptait un généraliste pour 600 individus, alors qu'en 1963 la proportion tombait à un pour 3,000. Et on estime qu'actuellement 85% des diplômés optent pour une spécialité médico-chirurgicale. On peut présumer qu'un changement similaire se produit, à peu de choses près, au Canada. Les internistes et les pédiatres, moins habilités à combler la lacune, assument de plus en plus, par la force des choses, le rôle, progressivement déserté, de médecin de famille.

Mais c'est l'affaire aussi de toute la profession à démarrer et à réaliser un redressement impératif.

Faudra-t-il admettre la création d'une spécialité de l'omnipraticien avec certaines modifications pratiquées à cette fin dans l'enseignement scolaire complété par des études post-scolaires dans des services hospitaliers, comportant des stages en obstétrique, pédiatrie, consultations externes, chirurgie mineure et de médecine ?

L'intégration plus généreuse de l'omnipraticien dans la vie hospitalière ne pourrait-elle pas être effectuée ?

Ne devrait-on pas susciter la pratique de groupe, allégeant de la sorte la tâche du praticien ?

Des cours de perfectionnement et de révision bien coordonnés sous l'égide des universités et avec le concours des médecins d'hôpitaux comme ils ont été organisés dans la région universitaire de Québec, ne peuvent-ils pas aider l'omnipraticien à se maintenir au niveau de l'actualité médicale ?

N'en est-il pas ainsi de l'enseignement accessible et serviable que les journaux médicaux doivent s'efforcer d'offrir à l'omnipraticien, afin qu'il puisse non seulement maintenir les connaissances acquises, mais se tenir au courant des progrès incessants de la science médicale ?

Et quoi encore ? Que de collaborations actives l'ensemble de la profession, à tous ses échelons, ne peut-elle pas fournir à l'essor de nos confrères omnipraticiens ! Ils désirent se valoriser, remonter leur prestige auprès de la communauté ? Qu'on leur en donne les moyens et qu'on leur en facilite la tâche.

C'est l'affaire de tous, si tous désirent que la structure et l'action de la médecine soient maintenues en bon équilibre.

Depuis sa fondation, notre Journal et l'Association dont il est le Bulletin ont soutenu moralement d'abord et par leurs efforts d'un enseignement écrit et oral, les omnipraticiens parce qu'ils ont cru qu'en agissant ainsi ils servaient l'intérêt d'une bonne médecine par des soins sagement partagés.

En 1958, nous écrivions ce qui suit: "Mieux vaudra l'omnipraticien, mieux vaudra la pratique d'une médecine humaine et judicieusement appliquée. La médecine pratiquée d'emblée à coups et à coûts de spécialistes successivement consultés est une mauvaise médecine, la médecine savamment et sagement dirigée par l'omnipraticien avec l'assistance circonstanciée de spécialistes est la seule qui soit ordonnée".

Nous maintenons cet énoncé de principe et nous répétons que cela est d'abord l'affaire des généralistes efficacement aidés de toute la profession.

Roma AMYOT

PROPOS D'AVANT DERNIÈRE HEURE

Les us et coutumes prévoient la publication dans l'Union Médicale du Canada, à cette date, du programme préliminaire du Congrès de l'A.M.L.F.C., qui se tiendra à l'Hôtel Reine Elizabeth, les 18, 19, 20 et 21 novembre 1964.

Nous profitons de l'occasion pour présenter quelques-uns de ses participants. Les confrères qui ont accepté notre invitation sont tous avantageusement connus; la seule mention de leurs noms dans notre programme provoquera à coup sûr l'intérêt de nos lecteurs.

Mais nous avons aussi des collaborateurs de marque qui ne sont pas médecins ou qui ne travaillent pas dans nos milieux hospitalo-universitaires. Il nous a paru souhaitable de renseigner, à ce moment, les futurs congressistes à leur sujet et je suivrai pour ce faire, l'ordre des séances plénières auxquelles ils participent.

Monsieur Roger Larose animera la séance consacrée aux médicaments nouveaux. Ce sujet, comme tous ceux qui concernent l'enseignement de la pharmacie et l'industrie pharmaceutique, lui est très familier. Monsieur Larose est doyen de la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal depuis 1960 et vice-président de la Compagnie Ciba depuis 1958. Il fut de 1961 à 1963 président de l'Association Canadienne des manufacturiers en pharmacie. Il est, depuis 1958, membre du Comité Consultatif auprès du Directeur du service des aliments et drogues à Ottawa. Et je passe sous silence ses nombreuses activités auprès des organismes internationaux intéressés au domaine de la santé et de la pharmacopée.

Le docteur John B. Murphy parlera, du point de vue du Directorat des aliments et drogues. Il a terminé ses études médicales à l'Université de Toronto en 1956. Après avoir obtenu sa maîtrise ès sciences (pharmacologie) de l'Université de Toronto, il poursuivit des études à Johns Hopkins jusqu'en 1960. Il occupe depuis 1961 le poste de médecin-chef à la Direction des aliments et drogues du Ministère fédéral de la Santé.

Monsieur Paul E. Jean est directeur régional à Montréal de ce même département depuis 1946. Diplômé en chimie de l'Université Laval en 1930, il a poursuivi une remarquable carrière dans ce domaine. Il fut en 1957-58 président national de la "Canadian Institute of Food Technology". Il traitera de la procédure gouvernementale à propos des médicaments nouveaux.

Le docteur A. J. Phillips, B.A. de l'Université de Colombie Britannique (option mathématiques physique), Ph.D. (statistiques) de l'Université de Toronto en 1942, occupe depuis 1950 le poste de statisticien médical à l'Institut National du Cancer du Canada. Il nous parlera de la démographie du cancer au Canada, après la conférence du professeur Denoix et avant l'exposé du docteur A.-R. Potvin.

Au cours de la séance consacrée à la régulation des naissances, nous entendrons le docteur Claude A. Lanctôt. Le docteur Lanctôt a fait une partie

de ses études graduées dans notre milieu; il s'est intéressé dès ce moment, à la question de la méthode sympto-thermique; il poursuit présentement des études à ce sujet, à l'Université Yale, où il est "research fellow" en obstétrique et gynécologie.

Nous n'avons pas à présenter le Père Jules Paquin, S.J. Bon nombre d'étudiants en médecine de l'Université de Montréal l'ont bien connu et nos congressistes ont eu l'occasion de l'entendre et de l'apprécier, à Québec en novembre dernier.

La séance du samedi après-midi est consacrée à la sociologie. Nous avons choisi, pour mettre en valeur cette innovation et assurer son succès, des sociologues et anthropologistes réputés. Le premier participant, le docteur Marc Adélarde Tremblay, M.Sc. (sociologie) de l'Université Laval, Ph.D. (sociologie et anthropologie) de l'Université Cornell en 1954, est professeur titulaire à la faculté des sciences sociales de l'Université Laval. Son travail touchera à un aspect de la pratique générale de la médecine qui nous semble digne du plus vif intérêt: la collaboration étroite et continue du médecin de famille et du spécialiste pour le plus grand bien du patient.

Le docteur Jean Benoist est docteur en médecine de Lyon depuis 1955 et licencié en sciences naturelles de Paris en 1956. Attaché au département de sociologie de la faculté des Sciences Sociales de l'Université de Montréal depuis 1960, il est présentement directeur du département d'anthropologie.

Son épouse, le docteur Andrée Benoist est docteur en médecine de Lyon depuis 1956. Après un séjour à la Martinique où elle s'occupe surtout de santé mentale, elle continue au Canada à partir de 1961 une carrière consacrée à la psychiatrie sociale. Elle est présentement assistant-professeur du département de sociologie de l'Université de Montréal. Le titre de son travail a été modifié depuis la parution du programme préliminaire. Elle parlera de "l'épidémiologie des maladies physiques et mentales".

Le docteur Guy Rocher, Ph.D. (sociologie) de Harvard en 1952 a été professeur de sociologie et de psychologie sociale à la faculté des sciences sociales de l'Université Laval depuis son retour au Canada. Il est présentement directeur du département de sociologie de l'Université de Montréal et l'un des membres de la Commission Royale d'Enquête sur l'Éducation dans la province de Québec.

Je voudrais en terminant la présentation de cette dernière équipe, remercier M. l'abbé Norbert Lacoste, de la faculté des Sciences Sociales de l'Université de Montréal qui m'a grandement aidé à la constituer.

Nos lecteurs savent maintenant à qui ils auront affaire, en novembre prochain. Ainsi, pourront-ils lire d'un autre œil le programme préliminaire qui suit.

Roger R. DUFRESNE,
Président du 34^e Congrès de l'A.M.L.F.C.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE DU 34^e CONGRÈS

18, 19, 20, 21 novembre 1964

HÔTEL REINE ÉLIZABETH, MONTRÉAL

"LA MÉDECINE DANS LA CITÉ"

I. PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Mercredi, le 18 novembre 1964

10.30 à 12 h.: Salons Joliette et Marquette

L'HÉPATITE À VIRUS

Animateur:

Docteur Florent Thibert

Sommaire:

L'épidémiologie

Le diagnostic

Le pronostic et l'évolution vers la cirrhose

Le traitement

Participants:

les docteurs Jean Fontaine

René Lefebvre

André Viallet

14.00 à 15.00 h.

Président:

Docteur Roger-R. Dufresne

DONNÉES RÉCENTES SUR LA PATHOGÉNIE
DU DIABÈTE

Conférencier invité:

Professeur Albert E. Renold, Genève

Intermède

15.15 à 16.30 h.

PROBLÈMES MÉDICAUX DE LA GROSSESSE

Animateur:

Docteur Gilles Amyot

Sommaire:

Anémies

Toxémie

Participants:

les docteurs Raymond Barcelo

Jacques Gauthier

Louis Lapierre

Suzanne Laurin

Jeudi, le 19 novembre 1964

10.30 à 12 h.: Salons Joliette et Marquette

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

bienfaits et dangers

Animateur:

Monsieur Roger Larose

Sommaire:

De l'éprouvette à l'évaluation clinique

La procédure gouvernementale

Le point de vue du Directeur des Aliments

et Drogues

L'expérimentation clinique —

sa nature et son rôle

Participants:

les docteurs Maurice-R. Dufresne

Jacques Genest

J. B. Murphy

Monsieur Paul E. Jean

14.00 à 15.00 h.

Président:

Docteur Roger-R. Dufresne

LA DÉMOGRAPHIE DU CANCER
à l'échelle internationale

Délégué officiel de la France:

Professeur Pierre Denoix, Paris

Directeur de l'Institut Gustave Roussy

Intermède

15.15 à 16.30 h.

LA DÉMOGRAPHIE DU CANCER

Animateur:

Docteur Louis-Charles Simard

à l'échelle nationale: Docteur A. J. Phillips

à l'échelle provinciale: Docteur A.-R. Potvin

16.30 h.: Assemblée générale annuelle des membres
de l'A.M.L.F.C.

Vendredi, le 20 novembre 1964

10.30 à 12 h.: Salons Joliette et Marquette

L'INSUFFISANCE ARTÉRIELLE

Animateur:

Docteur Paul Roy

Sommaire:

Les aspects cliniques et radiologiques essentiels

Les indications et les principales modalités du
traitement médical et chirurgical

Participants:

les docteurs Normand J. Belliveau

Paul Cartier

Guy Qenneville

14.00 à 15.15 h.

Animateur:

Docteur Jacques Baillargeon

LA RÉGULATION DES NAISSANCES

1ère partie:

La méthode sympto-thermique:

Docteur Claude A. Lanctôt

Les progestatifs de synthèse en gynécologie:

Docteur Michel J. Bérard

Les contraceptifs: Docteur Lise Fortier

Intermède

15.30 à 16.30 h.

2ème partie:

Observations psychiatriques:

Docteur Karl Stern

Observations morales:

Père Jules Paquin, S.J.

en discussion générale:

les docteurs Claude A. Lanctôt

Michel J. Bérard

Lise Fortier

Samedi, le 21 novembre 1964

9.30 à 12 h.: Salons Mackenzie et Duluth

CONFÉRENCES ANATOMO-CLINIQUES

Président:

Docteur Édouard Desjardins

*1ère conférence**Participants:*

les docteurs Jean Couture

Marcel Guay

Simon Lauzé

*2ème conférence**Participants:*

les docteurs Jean-Marie Beauregard

Paul-Émile Charbonneau

Jean Louis Bonenfant

14.00 à 16.30 h.

SOCIOLOGIE ET MÉDECINE

Président:

Docteur Roger R. Dufresne

Travaux et Participants:

Le rôle du médecin de famille dans la santé mentale au Canada français

Docteur Marc-Adélar Tremblay

Les facteurs sociaux de l'évolution biologique de l'homme

Docteur Jean Benoist

L'épidémiologie des maladies physiques et mentales

Docteur Andrée Benoist

La médecine socialisée

Docteur Guy Rocher

II. COURS DE MÉDECINE ¹

Mercredi, le 18 novembre 1964

8.30 à 10.15 h.: Salon Richelieu

LES HYPOTENSEURS

Animateur:

Docteur Jean de L. Mignault

Sommaire:

Indications du traitement

Classification des hypotenseurs

Mécanismes d'action et effets secondaires

Résultats de la thérapeutique moderne

Participants:

les docteurs Julien Marc-Aurèle

Yves Piette

Hubert Saint-Pierre

Jeudi, le 19 novembre 1964

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE
LA DOULEUR CHEZ LE CANCÉREUX*Animateur:*

Docteur Maurice LeClair

Sommaire:

Introduction du problème

Pharmacologie des analgésiques

Aspects pratiques cliniques

Apport de la radiothérapie

Chirurgie de la douleur

Participants:

les docteurs Jules Hardy

Yvan Méthot

Léon Tétreault

Vendredi, le 20 novembre 1964

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN PÉDIATRIE

Animateur:

Docteur Luc Chicoine

Sommaire:

Influence post-natale de la médication administrée en période de gestation

Emploi des nouveaux antibiotiques

Vaccination contre la rougeole

Usage de la gamma-globuline

¹ La Fédération des Omnipraticiens du Québec confère à ces cours un crédit d'études de six heures et le Collège de Médecine Générale du Canada un crédit de cinq heures quinze minutes.

Participants:

les docteurs Gloria Jeliu
Georges Jolivet
J. H. Victor Marchessault

III. COURS DE CHIRURGIE ¹

Mercredi, le 18 novembre 1964

8.30 à 10.15 h.: Salon Bersimis

**PERTURBATIONS HYDRO-ÉLECTROLYTIQUES
EN CHIRURGIE**

Animateur:

Docteur André Lanthier

Sommaire:

Réponse de l'organisme au choc opératoire
ou traumatique
Perturbations aiguës du volume sanguin
Perturbations de l'équilibre acido-basique
Physio-pathologie du grand brûlé

Participants:

les docteurs Jacques Brière
Guy Lemieux
Roger Plante

Jeudi, le 19 novembre 1964

**URGENCES CHIRURGICALES
CHEZ LE NOUVEAU-NÉ**

Animateur:

Docteur Jean Chagnon

Sommaire:

Urgences respiratoires
Urgences digestives

Participants:

les docteurs Jacques-C. Ducharme
Hubert Grégoire
David R. Murphy

Vendredi, le 20 novembre 1964

**DOULEURS LOMBO-SACRÉES AVEC
IRRADIATION AUX MEMBRES INFÉRIEURS**

Animateur:

Docteur Carroll A. Laurin

Sommaire:

Nomenclature
Anatomie pathologique
Diagnostic
Traitement

Participants:

les docteurs Gilles Bertrand
Guy Germain
Jean-Louis Léger
Maurice Mongeau
Arthur Pagé

IV. PROGRAMME SOCIAL

Mercredi, le 18 novembre 1964

13.30 h. Départ de l'hôtel pour le JARDIN BOTANIQUE: Visite de l'exposition de chrysanthèmes et démonstration d'arrangements floraux
Thé

18.30 h. RÉCEPTION OFFERTE PAR LA VILLE DE MONTRÉAL
au Chalet de la Montagne

Jeudi, le 19 novembre 1964

13.00 h. Départ de l'hôtel pour la VISITE DU VIEUX MONTRÉAL
Réception chez Marie-Paule

Vendredi, le 20 novembre 1964

15.30 h. Invitation aux dames à la deuxième partie de la séance sur
LA RÉGULATION DES NAISSANCES
Salons Joliette et Marquette

Samedi, le 21 novembre 1964

18.30 h. Cocktail du Directeur général et du Président du Congrès
Salons Joliette et Marquette

20.00 h. Banquet et Bal (l'habit n'est pas de rigueur)
Prix de présence: voyage par avion 2 personnes Montréal-Hawaii ou Montréal-Lisbonne par les Lignes Aériennes du Canadien Pacifique

V. INVITATIONS

INVITATIONS

Mardi, 17 novembre 1964

LA JOURNÉE NOTRE-DAME

14.00 h. Visite des différents services

17.00 h. Réunion à l'amphithéâtre

17.30 h. Cocktail

19.00 h. Buffet

Tous les anciens résidents et internes de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal sont cordialement invités

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

21.00 h. Hôtel Reine Elizabeth

Conférence du Professeur Christian de Duve de l'Institut Rockefeller
"Progrès récents dans la biologie cellulaire"

¹ La Fédération des Omnipraticiens du Québec confère à ces cours un crédit d'études de six heures et le Collège de Médecine Générale du Canada un crédit de cinq heures quinze minutes.

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

RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE L'A.M.L.F.C.

Sous la présidence du docteur Émile Blain, Directeur général, l'Exécutif de l'A.M.L.F.C. s'est réuni à son siège social le samedi 22 août dernier. Après lecture de la correspondance, du procès-verbal de la précédente réunion (21 mars 1964), du rapport du trésorier, suivent les autres questions à l'ordre du jour.

On étudie d'abord les possibilités et les avantages d'intégrer dans le cadre de l'Association les étudiants en médecine; ainsi admis comme membres, moyennant une cotisation minime, ils prendraient très tôt connaissance de la nature, des buts et des activités scientifiques, sociales et économiques de l'Association avec tous les avantages que cela comporte.

Puis il est question de faire bénéficier d'une cotisation annuelle réduite les couples dont le mari et la femme sont médecins; bien que ces couples soient peu nombreux, ce geste, semble-t-il serait favorablement apprécié.

Notre Association dont l'ampleur s'affirme sans cesse, exige que nos règlements soient révisés et adaptés aux nécessités de l'heure. Comme l'analyse des amendements suggérés exigerait pour la séance présente un temps trop long, il est décidé de reporter à la prochaine réunion du Conseil en novembre prochain, l'étude des modifications proposées.

Les congrès qui relèvent directement de notre Association ou qui l'intéressent particulièrement (ceux de France notamment), sont ensuite minutieusement passés en revue.

- a) le travail préparatoire essentiel du Congrès de novembre, grâce au président le docteur Roger Dufresne et à ses collaborateurs immédiats, est terminé, comme on a pu en juger par les renseignements déjà adressés à nos membres.
- b) le Congrès et les Journées médicales de Bordeaux auxquels un grand nombre de nos membres se rendront (ou sont déjà en route à l'heure où paraîtront ces lignes) seront pour eux une manifestation scientifique et sociale de premier ordre.
- c) le Congrès d'Ottawa-Hull en novembre 1965, est dans sa phase initiale d'organisation et sera présidé par le docteur Antonio Lecours d'Ottawa.
- d) nos membres seront informés en temps opportun du Congrès de 1966.
- e) quant au Congrès International des Médecins de Langue Française à Montréal à 1967, son président le docteur Jacques Léger et son secrétaire le docteur Marc Geoffroy multiplient les contacts pour que cette grande manifestation soit à l'échelle de toutes celles qui se dérouleront lors de l'Exposition universelle dans notre métropole.

Enfin comme il est question de notre rapport soumis à la Commission royale d'enquête sur les services de santé au Canada (Commission Hall), il est proposé que lors du Congrès de novembre, on soumette à l'Assemblée générale les points essentiels de ce rapport avec explications et commentaires adéquats suivis de discussion.

Avant de clore la séance, le président tient à rappeler le service rendu à notre Association par le docteur J.-P. Moreau d'Edmonton, Alberta qui a bien voulu nous représenter à l'assemblée annuelle de la Canadian Medical Association à Vancouver, le mercredi 2 juin dernier.

RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE NOTRE FILIALE DU QUÉBEC

L'Exécutif de notre Filiale du Québec se fait aussi un devoir de tenir aussi régulièrement que possible ses séances chaque année.

C'est à Québec même que se sont réunis, le jeudi 27 août dernier, les membres de cet Exécutif présidé par le docteur Jacques Léger, pour discuter des questions d'actualité relevant de cette Filiale.

L'AM.L.F.C. À TORONTO AU SUJET DU RAPPORT DE LA COMMISSION HALL

Les 17 et 18 août dernier se sont réunis à Toronto des représentants du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du Collège de pratique générale du Canada, de la Canadian Medical Association et de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada; notre Association avait délégué pour cette réunion les docteurs Roger Dufresne et Jacques Léger.

Le but de cette rencontre était l'étude de certaines recommandations formulées par la Commission royale d'enquête sur les services de santé au Canada plus particulièrement celles concernant la recherche et l'enseignement médical au Canada.

Les subventions pour la recherche scientifique au Canada sont notoirement insuffisantes et proportionnellement très inférieures à celles que nos voisins américains accordent dans le même but; il y a donc là un écart à combler pour établir une comparaison honorable et une plus juste proportion.

Au programme de l'enseignement médical au Canada, la formation et le recrutement d'un plus grand nombre de médecins s'imposent; de même que la création de nouvelles Écoles de Médecine et l'expansion si possible de celles déjà existantes.

Après entente et ratification par les autorités provinciales, une aide financière pourrait être apportée aux hôpitaux d'enseignement; une rémunération plus adéquate accordée aux professeurs à plein temps géographique pour l'enseignement clinique dans les hôpitaux.

Pour certains de ces débours, la loi de l'Assurance-hospitalisation au Québec devrait être révisée.

Pierre SMITH,
Directeur des relations extérieures

TRAVAUX ORIGINAUX

LA CHORÉE DE HUNTINGTON CHEZ LES CANADIENS FRANÇAIS ÉTUDE PRÉLIMINAIRE¹

André BARBEAU, F.R.C.P. (C), Carl COITEUX, Jean-Guy TRUDEAU
et Gabrielle FULLUM, i.l.

HISTORIQUE

Au cours de son évolution le monde a connu un grand nombre d'épidémies dévastatrices dont certaines s'accompagnèrent de phénomènes bizarres. C'est ainsi qu'après les ravages de la "Mort Noire" (Plague) de 1348, commença à Aix-La-Chapelle vers 1374 une série de processions dansantes, qualifiées alors de démoniales, pendant lesquelles les malades intoxiqués gesticulaient, sautaient, se ruiaient à travers les flammes "purificatrices" du feu de la Saint-Jean. Ces manifestations publiques avaient généralement lieu près des églises consacrées à St-Vitus en Allemagne et à St-Guy en France, d'où les noms de "Danse de St-Guy" ou en anglais "St-Vitus Dance".

Le phénomène hystérique manifesté par des danses n'est pas propre au crédule Moyen-Âge. La danse a toujours été l'expression de la joie, de l'amour, de la prière et de la religion des hommes. L'indien d'Amérique, l'arborigène d'Australie, le noir d'Afrique dansent avant la chasse et la guerre, comme aussi pour conjurer les dieux de la pluie et des moissons. Certaines danses, surtout en Polynésie, sont l'expression de désirs sexuels: les rituels des Bacchanales, des tribus Ostyak de l'Asie du Nord et des "Bushmen" d'Afrique en font foi! (1).

Ces phénomènes de foules se reproduisent à intervalle à travers l'Histoire. On connaît l'épopée du Tarantisme (dont le nom se perpétue dans celui de Tarantelle), du "Leaping Ague", des "convulsionnaires" et enfin des sectes Baptistes du Sud: les "Jumpers", les "Rollers" et les "Barkers".

Thomas Sydenham (1624-1689) fut le premier à dégager de cette condition hystérique un syndrome organique précis, celui de la chorée infectieuse des enfants. Plus tard Charcot (Leçons du Mardi, 1888), distinguait les tics. Successivement se précisent de nouvelles entités: la "Chorée électrique" de Dubini (1846), les "spasmes saltatoriques" de Bamberger (1859), la "Krouomanie" de Rubinowitch, la "maladie des Tics" de Gilles de la Tourette (1884), le "Jumping" du Maine, le "Latah" de Malaisie et le "Myriachit" de Sibérie (1).

Aux environs de 1842, Dunglison (2) attire l'attention du monde médical sur une forme fami-

liale et chronique de la chorée. Cette nouvelle maladie avait probablement été observée pour la première fois en 1841 par le Révérend Dr. C. O. Waters de Franklin, New York. Dans une lettre à Dunglison pour son *Traité de Médecine*, Waters décrit la maladie qui est connue dans les contrées de Pennsylvanie sous le nom hollandais de "magrums". Plus tard, vers 1848, le Dr. Charles Gorman, aussi de Pennsylvanie, étudie dans une thèse malheureusement perdue, la distribution génétique et géographique de la chorée chronique (1). En 1863, Irving W. Lyon (3) du Westchester County, N.Y., décrit à nouveau quelques cas de chorée à forme chronique, mais le mérite de l'observation définitive revient à trois générations de médecins nommés Huntington, dont le dernier, George, a laissé une description classique de la maladie dégénérative et progressive qui porte maintenant son nom. C'est en 1871, devant le "Meigs and Mason Academy of Medicine" de Pomeroy, Ohio, qu'Huntington présenta l'expérience accumulée de plusieurs années d'étude par son grand-père, son père et lui-même, des symptômes de certaines familles d'East-Hampton, Long Island (4). Dans un exposé clair et précis il décrit le caractère héréditaire, la tendance à la démence et au suicide ainsi que le début tardif. Il différencie nettement le type de mouvements anormaux qui font que ces patients ont une démarche particulière et grotesque.

L'hérédité autosomale dominante de cette maladie en fait l'exemple typique des problèmes de l'eugénisme! Dès 1908, Smith Ely Jelliffe (5) publie les résultats de la première investigation d'ordre généalogique. Il distingue déjà trois groupes principaux: celui de East-Hampton (incluant les cas de Huntington), celui de Bedford, Connecticut (cas de Waters) et celui du Wyoming (cas de Sinkler et Gorman). La même année, Tilney (6) retrace l'origine de la famille "P" jusqu'à 1777 à Bedford. En 1932, Vessie publie un travail d'importance dans lequel il remonte 300 ans jusqu'à l'origine des cas américains préalablement décrits par Jelliffe (7). Le tout a commencé en 1630 dans le village de Bures, comté de Suffok en Angleterre. Voyageant avec 700 autres émigrants sous la direction de John Winthrop se trouvaient deux frères: Geoffrey et Nicolas Haste ("Wilkie et Nichols") ainsi qu'un certain William Knapp ("Jeffers"). Ces trois voyageurs, ou leurs femmes,

¹ Section de Neurologie, département de Médecine, Université de Montréal.

sont à l'origine de la grande majorité des cas de chorée de Huntington en Nouvelle Angleterre ainsi qu'aux États-Unis. En 1932, plus de 1000 cas de la maladie avaient été reconnus chez leurs descendants. Il est intéressant de noter que parmi ces pauvres victimes se trouvent plusieurs des personnes exécutées vers la fin du XVII^{ème} siècle en Nouvelle Angleterre, dont les fameuses "Sorcières de Salem". Les mouvements irréguliers des choréiques et leurs attitudes grotesques étaient interprétées par les Puritains comme "une parodie des souffrances du Christ sur la Croix", parodie qui évidemment méritait la mort (8).

L'Histoire de cette maladie ne se limite malheureusement pas aux États-Unis. Partout dans le monde on retrouve environ une victime par 24000 habitants. En Australie, comme en Angleterre, l'origine britannique de la plupart des patients a été mise en évidence par Brothers (9) et par Critchley (10). Ce n'est pas cependant le cas en Allemagne, en Russie ou en Chine où des cas ont été clairement identifiés. Il faut donc reconnaître qu'il a dû exister plusieurs instances de mutations aboutissant à cette maladie en divers endroits du globe, même si des cas de nouvelles mutations prouvées hors de tout doute (i.e. infidélité) sont excessivement rares.

Au Canada une étude récente de Barbeau et Fullum (11) a montré que 633 cas catalogués et enrégistrés pouvaient être combinés en 104 familles. L'origine de 75 de ces familles a pu être tracée hors des frontières canadiennes: 55 provenaient des Îles Britanniques, 6 des États-Unis, 3 de France, 3 d'Allemagne et les autres de divers pays de l'Europe Centrale. Parmi les familles françaises, une provient d'un groupe d'émigrants Huguenot-Suisses ayant séjourné en Angleterre avant de s'installer en Nouvelle-Écosse. Les deux autres familles, que l'on sait maintenant être parentes, viennent de la région de La-Rochelle, occupée longtemps par les envahisseurs anglais. Ces groupes familiaux constituent le noyau de notre enquête sur l'origine de la chorée dégénérative chez les Canadiens français.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis bientôt quatre ans, grâce à la collaboration de nombreux médecins à travers la province, nous enregistrons et étudions tous les cas de chorée de Huntington qui nous sont rapportés. En autant que faire-se-peut, nous retraçons aussi loin que possible la souche choréique, utilisant les recueils médicaux d'Hôpitaux, les registres paroissiaux et en dernière analyse les bons offices de l'Institut Généalogique Drouin.

Notre but était de retracer l'ancêtre commun de tous les cas de chorée connus chez les Canadiens français. Pour ce faire nous avons entrepris l'étude de 8 probants dont le diagnostic ne faisait aucun doute et que nous avons personnellement examinés. Chacun de ces probants, membres de familles apparemment distinctes au départ, possédait un certain nombre de parents atteints. Par une enquête verbale, par examen des familles, par consultation de dossiers hospitaliers nous avons retracé le premier choréique définitivement connu pour chaque groupe familial. Celui-ci fut appelé le probant-ancêtre. Il y eut ainsi 8 probants-ancêtres canadiens-français dont la descendance groupait, le 1^{er} septembre 1963, 70 cas connus et prouvés de chorée (Voir Fig. 1).

L'arbre généalogique complet de tous les ascendants de chacun de ces probants-ancêtres fut alors obtenu. Pour ce faire nous avons consulté les registres paroissiaux à travers la Province de Québec, registres qui en général sont bien tenus. Nous avons ensuite obtenu la collaboration empressée de l'Institut Généalogique Drouin qui nous a permis d'extraire les renseignements importants de son "Dictionnaire des Canadiens français".

Pour chaque famille il fut ensuite possible de dresser une liste de tous les premiers ancêtres canadiens depuis leur arrivée en Nouvelle-France. On comprend que le nombre de ces premiers ancêtres varie de 2 à 1024 selon le nombre de générations qui séparent le probant-ancêtre des premiers ascendants canadiens. Une première tabulation nous permis donc de grouper ces premiers ancêtres selon leurs liens de parenté et d'analyser la fréquence de répétition des mêmes noms. C'est à même ce tableau de fréquence qu'il nous sera possible de choisir l'ancêtre commun.

RÉSULTATS

(a) *Généalogie ascendante.*

Le *Tableau No 1* montre le sommaire de cette généalogie pour chaque famille. On voit ainsi que le probant-ancêtre est en général le produit de la 8^e ou 9^e génération depuis le premier ancêtre canadien. De plus le nombre d'ascendants possibles (immigrants) dans chaque famille varie de 35 à 343 soit un total de 1573 pour les 8 groupes à l'étude. Si tous les noms étaient différents, l'ancêtre commun serait à choisir parmi ces 1573 personnes. Notons que de 1608 à 1700 il y eut 4894 immigrants d'origine française au Canada. En 1608, la population de la colonie était de 28 alors qu'en 1695 elle atteignait 12,786 et en 1765, 69,810 habitants.

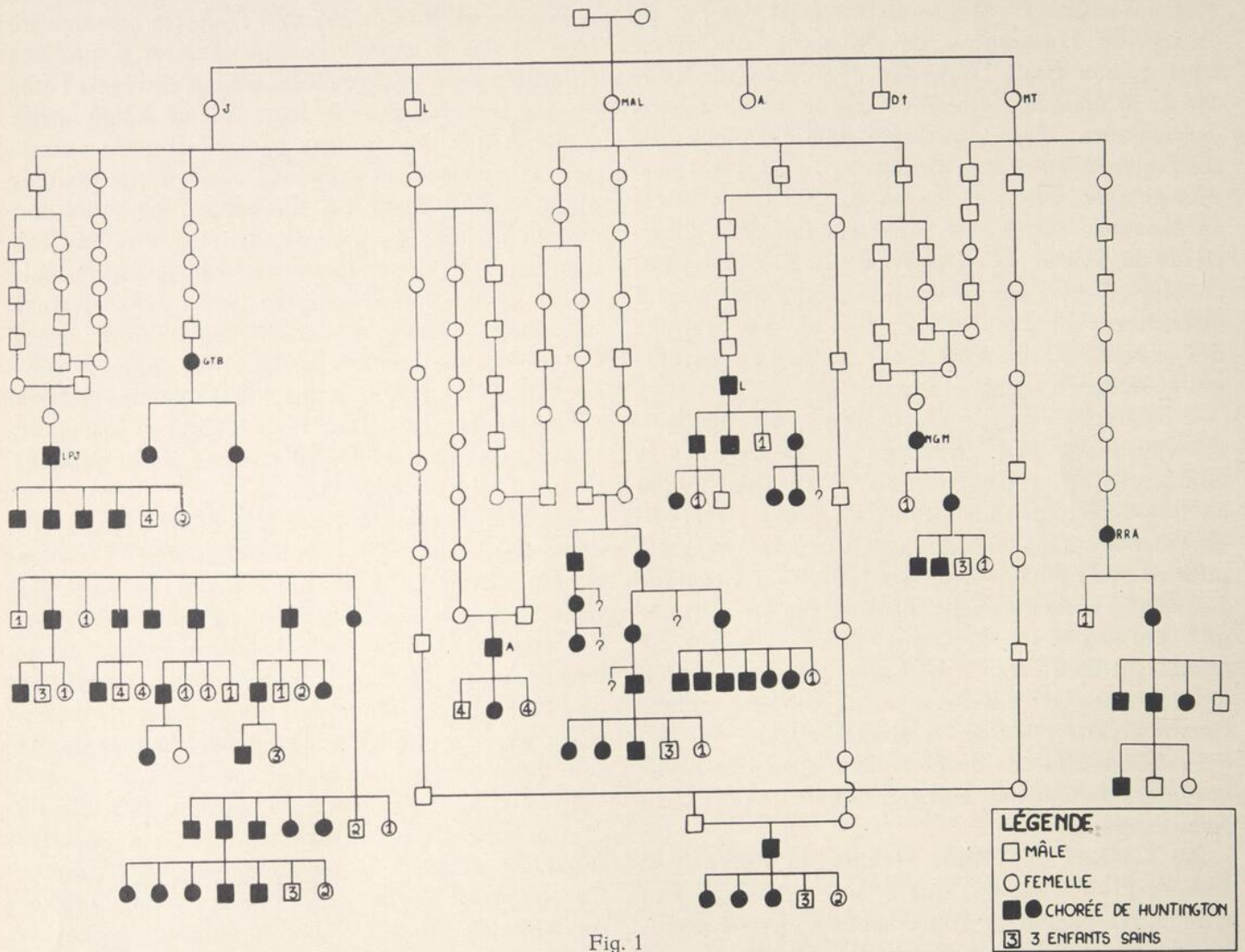


Fig. 1

TABLEAU I

FAMILLES	No. de CAS	GÉNÉRATIONS CANADIENNES DU PROBANT-ANCÊTRE	No. PREMIERS ANCÊTRES
I	2	9e	298
II	26	8e	35
III	16	8e	118
IV	5	9e	314
V	17	8e	125
VI	4	8e	206
VII	6	9e	134
VIII	4	10e	343
TOTAL:	70		1573

(b) Tabulation des ancêtres possibles.

Le Tableau No 2 montre la fréquence de répétition des noms communs dans chaque famille. Nous n'avons inclus que ceux qui apparaissaient

au moins 4 fois. Ainsi le chiffre de 1573 est réduit à 11 ancêtres communs possibles. Ce nombre est de nouveau diminué lorsqu'on considère qu'il existe parmi ceux-ci quatre couples. De ce groupe seuls Jacques Arch. et son épouse Françoise Tour. se retrouvent dans chacune des 8 familles étudiées. De plus, on voit au Tableau No 3 que leurs noms apparaissent plusieurs fois parmi les ancêtres possibles de chaque famille étudiée (ce qui laisse prévoir un certain degré de consanguinité).

(c) Étude -contrôle.

De cette première étude il semble assez probable que Jacques Arch. et son épouse soient les ancêtres communs à chacune des 8 familles étudiées et porteuses du trait choréique. Cependant, il pourrait se faire qu'un taux très élevé de natalité dans cette famille soit à l'origine d'une prolifération telle des descendants que la majorité des Canadiens français comptent Jacques Arch. parmi leurs ancêtres. Pour vérifier ce point nous avons choisi au

TABLEAU II
ANCÊTRES APPARAISSANT FRÉQUEMMENT

NOMS	FAMILLES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1. Abraham Mar.		X		X			X		X
2. Jean Ren.				X		X	X	X	X
3. Marie Ben.		X			X		X	X	X
4a Jacques Arch.		X	X	X	X	X	X	X	X
4b Françoise Tour.		X	X	X	X	X	X	X	X
5a Pierre Lau.		X	X			X	X		X
5b Anne Boi.		X	X			X			X
6a Madeleine Gig.		X	X	X					X
6b Jean Rous.		X	X	X					X
7a Nicolas Pel.					X	X	X	X	X
7b Jeanne de V.					X	X		X	X

hasard 8 familles non choréiques. Deux seulement descendaient de façon indirecte de Jacques Arch.

(d) *Deuxième étude.*

Si notre hypothèse est correcte, Jacques Arch. ou son épouse devraient être présents parmi les ancêtres de toute nouvelle famille choréique canadienne-française (à moins de nouvelles mutations ou de relations extra-maritales...). Depuis le 1er septembre 1963, date-clef de la première enquête, nous avons enregistré 53 nouveaux cas de chorée de Huntington d'origine canadienne-française. De ce nombre 29 sont de diagnostic certains et 24 probables (c.-à-d. non vérifiés par un neurologue). 29 des cas certains et 4 des probables appartiennent à de nouvelles familles non précédemment étudiées, alors que 20 nouveaux cas ont été retrouvés dans

la parenté de nos 8 familles princeps, mais n'ont pas encore été vérifiés. 24 des nouveaux patients se groupent en une seule famille qui habite maintenant l'État du Minnesota (U.S.A.) et qui provient de la ville de Québec. Tous les cas rapportés depuis le mois de septembre 1963, sans exception, descendent de l'ancêtre commun déjà identifié: Jacques Arch. (ou son épouse).

(e) *Histoire de la Famille Arch.* (12)

Jacques Arch. et sa femme Françoise Tour. sont partis de Dompierre-sur-Mer, dans le pays d'Aunis et de Saintonge en 1645 pour venir s'établir à Montréal. Ils eurent 7 enfants, dont un est resté en France. Jacques Arch. était né en 1604 et fut d'abord vigneron. Il épousa en 1629 Françoise Tour. alors âgée de 29 ans. On ne connaît pas les véritables raisons qui ont poussé le couple à quitter le sol français, mais il est intéressant de rappeler que depuis près de 100 ans, la région de Dompierre était, avec La Rochelle, le siège de combats importants entre les forces calvinistes et l'armée de Richelieu. Ce lien avec les troupes anglaises est peut-être à retenir dans notre étude, vu l'incidence importante de chorée en Angleterre (10).

Rendu en Nouvelle-France, Jacques Arch. s'établit d'abord à Ville-Marie, puis à Québec, et enfin de nouveau à Montréal. On sait qu'en 1652, le nouveau colon obtenait des concessions de terre aux limites de la ville, ce qui est maintenant la région située dans le nord de la rue Notre-Dame entre les rues Saint-Hubert et Saint-Sulpice. De 1658 à 1664, Jacques Arch. entreprit la construc-

TABLEAU III

FAMILLES	NOMBRES D'ANCÊTRES POSSIBLES	PRÉSENCE DE JACQUES ARCH. ET FRANÇOISE TOUR.
I	298	5 fois
II	35	1 fois
III	118	4 fois
IV	314	3 fois
V	125	1 fois
VI	206	4 fois
VII	134	1 fois
VIII	343	4 fois

tion de nombreux puits, dont celui de l'Hôtel-Dieu, donc alors qu'il était âgé de plus de 60 ans. En 1663, son épouse Françoise décédait à Montréal. Trois ans plus tard, à 62 ans, Jacques se remarie avec Marie D. de la Mart., fille d'une famille Seigneuriale. En 1672, (à 68 ans) Jacques Arch. était au nombre de 29 notables qui procèdent à l'élection d'un syndic. Il mourut le 15 février 1688 à l'âge respectable de 84 ans. Il est donc permis de postuler qu'il est peu probable que Jacques Arch. lui-même ait été victime de Chorée. On devrait donc incriminer, par défaut, sa première épouse, Françoise Tour. dont on connaît très peu de choses.

L'histoire de la famille Arch. s'identifie avec celle des premières années de Ville-Marie. De ses 6 enfants (le 7^e était resté en France), Denys fut tué par les Iroquois à l'âge de 16 ans. Les cinq autres se marièrent et "eurent de nombreux enfants". On compte présentement plus de 20,000 descendants vivants de ce couple initial.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le travail que nous venons de présenter semble établir que seuls Jacques Arch. ou son épouse ont pu être à l'origine des 123 cas de chorée de Huntington connus de nous parmi la population canadienne-française du Québec ou issus de celle-ci. On comprend que malgré l'étendue de cette étude, elle n'est encore que préliminaire. Le tableau réel du problème ne sera connu qu'avec un nombre beaucoup plus grand de patients. C'est pourquoi nous invitons tous les médecins du Québec à nous faire connaître leurs cas afin d'établir leur origine. Il est évidemment possible que, malgré la direction apparente de l'étude généalogique, les cas cités soient issus de deux ou plusieurs mutations situées dans les générations subséquentes à celle de Jacques Arch. Ceci est peu probable vu la rareté de cette maladie. Il faut considérer comme autre possibilité le fait que plus d'un ancêtre choréique ait immigré en Nouvelle-France, car plusieurs familles originent de la même région et étaient peut-être reliées. Nous n'avons pu établir avec certitude le diagnostic de chorée dans nos familles avant l'année 1850. Il est évident que nous ne connaissons véritablement l'ancêtre commun que lorsque les dossiers médicaux et légaux anciens nous aurons révélé la présence certaine d'une maladie neurologique et mentale chez ces ancêtres.

Résumé

Une étude génétique et généalogique est présentée dans le but de retracer l'ancêtre commun à 123

cas de chorée de Huntington canadiens-français. Ce travail n'est que préliminaire et requiert la collaboration future de tous les médecins du Québec appelés à traiter de semblables problèmes.

Summary

123 cases of Huntington's chorea of french canadian origin are traced to a single common ancestor who migrated to Montreal in 1645. This study constitutes only a preliminary report aimed at soliciting the registration of further cases.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement les nombreux médecins qui nous ont communiqué des cas et qu'il est impossible de nommer ici individuellement. Le Docteur Sheldon Reed de Minneapolis nous a signalé la présence d'une famille d'origine canadienne-française habitant au Minnesota et les renseignements concernant cette famille sont dus au docteur J. S. Pearson de la Clinique Mayo. Nous tenons aussi à remercier les docteurs D. Raymond-Tremblay, J. P. Déry et M. Lapointe pour leur aide lors de certaines phases de cette étude. La partie la plus difficile de cette investigation eut été impossible sans l'aide précieuse de l'Institut Généalogique Drouin, pour laquelle nous remercions son Président, monsieur Gabriel Drouin. Les travaux rapportés ici furent entrepris grâce à des octrois du Ministère de la Santé (Entente Fédérale-Provinciale) et de la Fondation J. Rhéaume de l'Université de Montréal.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARBEAU, A.: The understanding of involuntary movements: an historical approach. *J. Nerv. Ment. Dis.*, **127**: 469-489, 1958.
2. DUNGLISON: The practise of Medicine, or a treatise on special pathology and therapeutics. 1ère édit., p. 312, Lea & Blanchard, édit., Philadelphia, 1842.
3. LYON, E. W.: A peculiar form of chorea. *American Medical Times*. pp. 120-122, (mars) 1863.
4. HUNTINGTON, G.: On Chorea. *Med. Surg. Reporter*, **26**: 317, 1872.
5. JELLIFFE, S. E.: Preliminary report: a contribution to the history of Huntington's chorea. *Neurographs*, **1**: 100-110, 1908.
6. TILNEY, F. A. A.: A family in which the choreic strain may be traced back to colonial Connecticut. *Neurographs*, **1**: 124-130, 1908.
7. VESSIE, P. R.: On the transmission of Huntington's chorea for 300 years. The Bures family group. *J. Nerv. Ment. Dis.*, **76**: 533-573, 1932.
8. MALSTBERGER, J. T.: Even unto the twelfth generation; Huntington's chorea. *J. Hist. Med. & Al. Sci.*, **16**: 1-17, 1961.
9. BROTHERS, C. R.; MEADOWS, A. S.: An investigation of Huntington's chorea in Victoria. *J. Ment. Scien.*, **101**: 548-563, 1955.
10. CRITCHLEY, M.: Huntington's chorea and East Anglia. *J. State Med.*, **42**: 575-587, 1934.
11. BARBEAU, A.; FULLUM, G.: Origin and migration of Huntington's chorea in Canada: a preliminary report. *Can. Med. Ass. J.*, **87**: 1242-1243, 1962.
12. AUDET, J. P.: "Urgel-Eugène Arch." (1834-1904) Les Cahiers des Dix, No. 26, Montréal, 1961, pp. 143-175.

LE MYÉLOME MULTIPLE

André GUIMONT¹, Paul-A. GAGNON²

DÉFINITION

Jaffe (6) définit le myélome multiple "une maladie cancéreuse originant dans la moelle osseuse caractérisée par une tendance de la tumeur à se localiser à l'os, par le fait qu'au moins quelques cellules tumorales ressemblent à des plasmocytes. De plus, à la myélomatose, s'associent souvent des altérations biochimiques du sérum, surtout une augmentation des globulines, qui sont souvent anormales. Il apparaît dans les tubules rénaux des bouchons protéinés amenant une insuffisance rénale grave par néphrite myélomateuse. On y trouve aussi parfois une substance d'allure amyloïde se déposant dans le tissu tumoral lui-même, les viscères, les muscles et autres parties molles".

Nous avons fait la révision des dossiers des cas de myélomes multiples de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal depuis 1956 jusqu'à 1963. Nous avons relevé 12 cas qui font l'objet de la présente étude.

HISTORIQUE

En 1848, le docteur Bence-Jones (2) découvre dans les urines d'un patient du docteur McIntyre la protéine anormale, dite de Bence-Jones. La même année, Dalrymple (3) décrit l'apparence histologique de la maladie en étudiant deux côtes myélomateuses. En 1889, Kahler (7) décrit la maladie; dix ans plus tard, Ellinger (4) note l'hyperprotéïnémie associée et en 1900, Wright voit la ressemblance entre les cellules tumorales de la maladie et les plasmocytes. Kekwick en 1940 démontre la distribution anormale des protéines sériques au moyen de l'électrophorèse. Cette étude électrophorétique des protéines sur papier, la méthode immuno-électrophorétique et l'application de la technique de diffusion sur gelose ont permis une meilleure étude de la maladie.

INCIDENCE

Le myélome multiple se voit surtout après 40 ans. L'incidence est légèrement plus grande chez l'homme que chez la femme. Certains auteurs (10)

ont mentionné la possibilité d'une incidence familiale. Même si on la considère parfois comme une maladie rare c'est, d'après Aegerter (1) la tumeur osseuse primitive maligne la plus commune, tous types inclus. Dans notre étude, nous avons retrouvé dix hommes pour deux femmes avec une moyenne d'âge de 56.6 années, c'est-à-dire entre 34 et 86 ans. (Tableau I).

TABLEAU I

<u>INCIDENCE DU MYELOME MULTIPLE</u>	
étude de 12 cas	
<u>Age</u>	<u>Sexe</u>
Moyenne: 56.6 ans (de 34 à 86 ans)	10 males 2 femelles
	<hr/> Total: 12 cas

ÉTIOLOGIE

Comme celle de toutes les tumeurs, l'étiologie est inconnue. Le myélome origine du reticulum hématopoïétique de la moelle osseuse. On peut l'inclure dans le chapitre des tumeurs myélogéniques avec le sarcome d'Ewing, le sarcome à cellules réticulaires et la maladie de Hodgkin. C'est donc une réticulose maligne représentant probablement une réponse à un stimulus prolifératif inconnu affectant les cellules réticulaires primitives.

CLASSIFICATION

Pour fin de compréhension, il est préférable d'appeler la maladie de Kahler "le myélome plasmocytaire ou plasmocytome", les autres noms étant réservés pour un type spécifique; ainsi nous distinguerons:

1) Le myélome solitaire, où un seul foyer est démontrable. Nous en avons retrouvé deux cas dans notre étude dont un à l'humérus et l'autre à la rotule;

2) Le myélome multiple, où plusieurs foyers sont mis en évidence;

¹ Résident du Service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

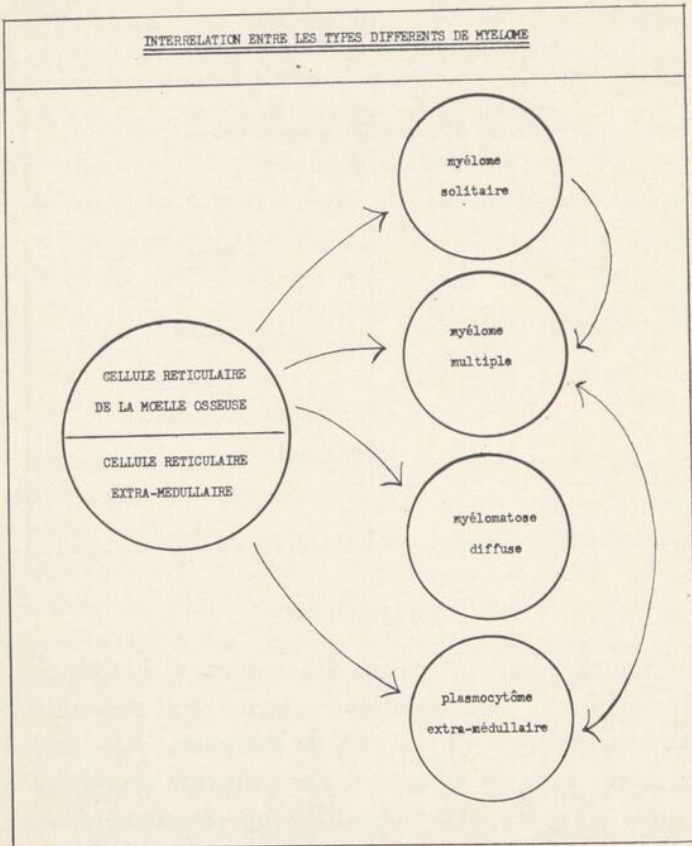
² Chirurgien orthopédiste de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Assistant-professeur d'Anatomie normale, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

3) Le myélome diffus ou myélomatose, où tout le tissu hématopoïétique est envahi;

4) Le plasmocytome extra-médullaire, dans cette variété, la tumeur se manifeste primitivement dans les viscères ou dans les tissus mous.

Il est intéressant de noter l'interrelation (5) pouvant exister entre ces types différents (Tableau II).

TABLEAU II



PHYSIOPATHOLOGIE & TABLEAU CLINIQUE

Le myélome multiple se présente sous forme de trois grands tableaux décrits comme suit (Tableau III) :

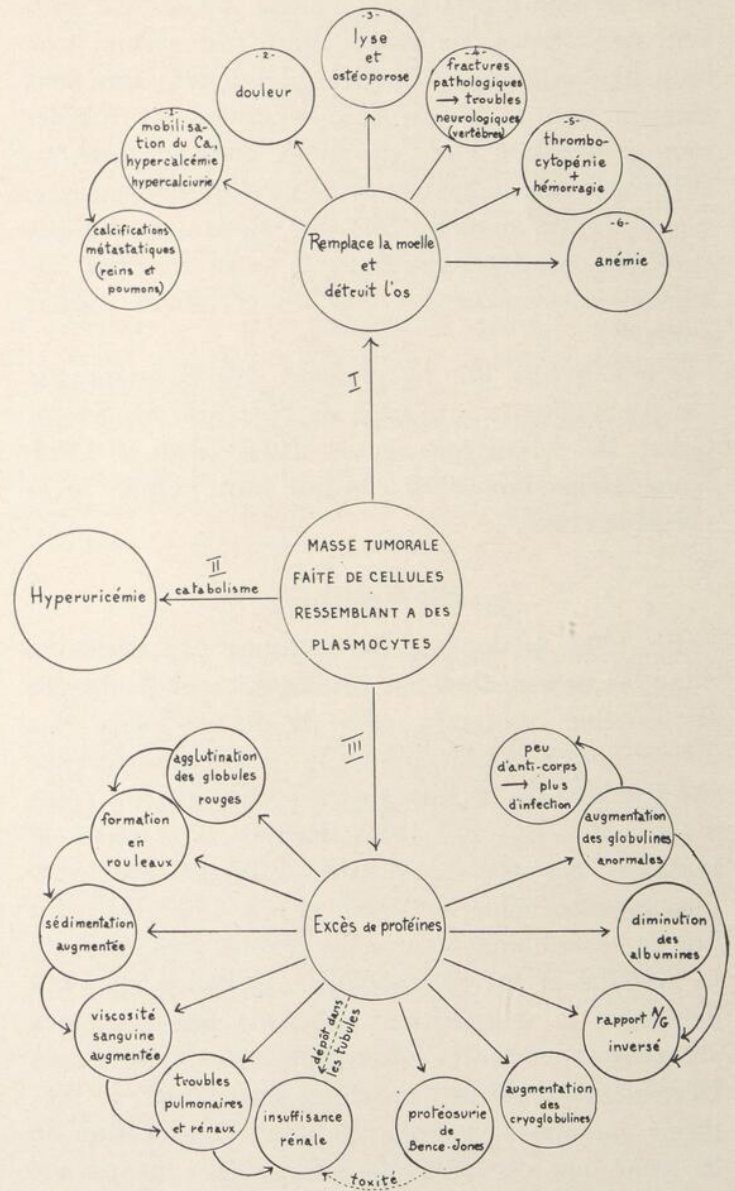
1) Les symptômes et signes causés par la présence d'une masse tumorale qui remplace la moelle hématopoïétique normale et lyse l'os.

La douleur au début est insidieuse; elle peut être intermittente et survenir seulement aux mouvements; elle se localise le plus souvent à la région lombo-sacrée, à la région rétro-sternale ou aux côtes. Elle est souvent radiculaire, en ceinture. Elle peut devenir constante, puis disparaître graduellement. La moyenne de durée de ce symptôme-douleur avant le diagnostic est d'environ neuf mois. Dans notre étude, la douleur est constante chez tous nos sujets. Par ordre de fréquence

décroissante, elle se localisait aux régions précordiale, dorso-lombaire, thoracique, aux articulations des membres, au rachis cervical, à la région lombo-sacrée, à la région pelvienne et enfin sous forme de sciatalgie.

TABLEAU III

MYÉLOME MULTIPLE (PHYSIO-PATHOLOGIE et CLINIQUE)



La tumeur envahit le tissu spongieux, le détruit et s'attaque à l'os cortical qui est aminci, affaibli. Les zones d'ostéolyse sont limitées. Elles peuvent entraîner des fractures pathologiques et des troubles neurologiques, tels que la paraplégie ou la sciatalgie par fracture-compression vertébrale.

L'envahissement de l'os mobilise le calcium, ce qui explique l'hypercalcémie et l'hypercalciurie entraînant secondairement des calcifications métastatiques aux reins et aux poumons.

L'anémie peut être aggravée par diverses hémorragies: épistaxis, moeléna, et saignement des gencives. Ces hémorragies sont dues à une thrombocytopenie par destruction des mégakariocytes ou par trouble de formation du fibrinogène secondaire à un métabolisme protéinique anormal.

2) Perturbation par excès de protéine:

Les protéines totales du sérum sont augmentées au delà de dix grammes par 100 cc (normal 6 à 8 gms). Cette augmentation se fait au dépend des globulines. Par contre les albumines sont normales ou abaissées et le rapport A/G est inversé. Ce sont des globulines anormales, probablement produites par la cellule tumorale et la fraction Gamma est plus souvent augmentée. Malgré leur augmentation ces globulines fabriquent peu d'anticorps et le patient résiste mal à l'infection. L'excès de protéines peut agglutiner les globules rouges, entraîner la formation en rouleaux et augmenter la sédimentation globulaire.

La viscosité sanguine est également augmentée et peut amener secondairement des troubles pulmonaires et rénaux. La présence de cryoglobulines dans le sérum est une autre manifestation de la perturbation de la synthèse protéinique.

La protéosurie de Bence-Jones se voit dans 50% des cas. Elle peut être intermittente et donc commande une analyse des urines des 24 heures. Ces protéines forment un précipité blanchâtre, quand l'urine est chauffée à 50 degrés centigrades, qui disparaît à 100 degrés centigrades. Ce signe n'est pas pathognomonique et il se voit également dans certaines métastases osseuses généralisées de néoplasmes divers et même dans les leucémies. Au cours de notre étude nous n'avons relevé qu'un seul cas positif sur douze dossiers.

L'hyperuricémie concomitante est due au catabolisme des acides nucléiques.

Enfin notons les dépôts de substances amyloïdes dans la tumeur osseuse et plus rarement dans les tissus mous voisins, viscères et muscles. La distribution n'est pas classique, mais elle ressemble plus à la forme primaire ou idiopathique des amyloses, qu'à la forme secondaire rencontrée lors d'infection chronique. Il est possible qu'une hypersensibilité de l'organisme aux globulines circulantes produise le dépôt amyloïde comme phase terminale d'un mécanisme antigène-anticorps.

3) Perturbation secondaire à l'insuffisance rénale.

Ces troubles se voient dans les deux tiers des cas. Leur pathogénie est obscure; on invoque la

toxicité des protéines de Bence-Jones, le dépôt des protéines dans les tubules distaux et enfin la viscosité augmentée du sang. Il s'agit donc d'une néphrite myélomateuse (Fig. 1) particulière, car elle ne s'accompagne pas d'hypertension et elle conduit à l'urémie et à la défaillance rénale; cette dernière peut aussi être due à la néphrocalcinose.

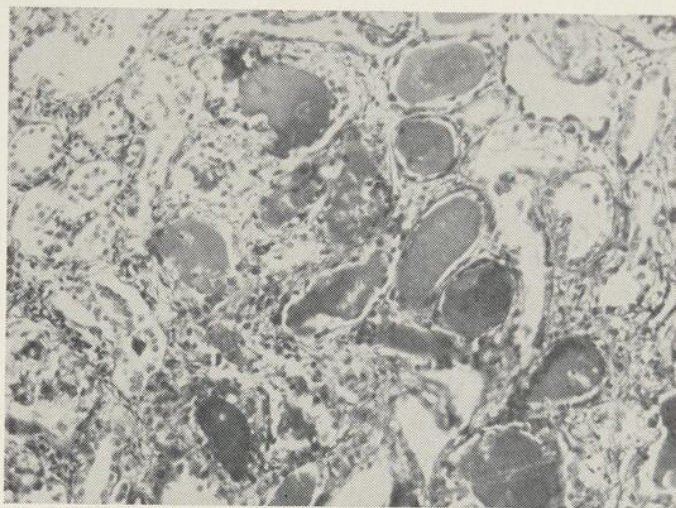


Fig. 1 — Néphrite myélomateuse. Apparence microscopique. Bouchon protéiné dans les tubules avec réaction inflammatoire interstitielle.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Macroscopiquement la tumeur a une coloration rouge-grisâtre, ayant l'apparence et la consistance de la gelée de framboise (Fig. 2); elle saigne facilement. Elle présente souvent à sa périphérie une mince couche d'os cortical et on peut rencontrer des zones nécrotiques. Quand l'os a été perforé, la tumeur envahit les tissus mous avoisinants; elle est alors souvent entourée d'une capsule faite de tissu conjonctif fibreux et dense ou de tissu musculaire. La rate est parfois augmentée de volume, moins souvent le foie et les ganglions lymphatiques.

L'histologie des cas typiques montre qu'il s'agit d'une tumeur presque entièrement cellulaire avec très peu de stroma entre les cellules (Fig. 3). Celles-ci sont uniformes et petites, ressemblant à des plasmocytes. Elles sont rondes, ovales, le noyau étant excentrique et pouvant contenir un nucléole; on note relativement peu de cytoplasme. La chromatine du noyau présente souvent une distribution périphérique en rayons de roue. A travers ces petites cellules, on en trouve d'autres ayant les mêmes caractéristiques générales, mais avec cytoplasme et noyaux plus importants. Parfois apparaissent quelques cellules à double noyaux, mais sans irrégularité cellulaire.

Dans une autre variété, les cellules sont plus grosses, avec cytoplasme abondant; le noyau, excentrique ou non, est gros, rond, ovale ou réniforme. Certaines cellules sont multinuclées, tandis



Fig. 2 — Myélome de la rotule. Apparence macroscopique.

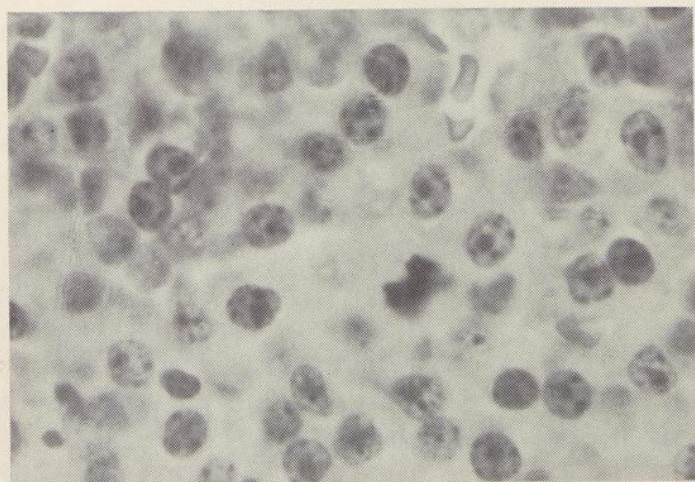


Fig. 3 — Myélome multiple. Apparence microscopique.

que d'autres présentent un hyperchromatisme de leur noyau. Parfois on retrouve de véritables cellules géantes avec plusieurs gros noyaux et des figures de mitoses. Donc la cytologie est variable et certains ont voulu faire une classification morphologique en quatre types: myélome plasmocytaire, myélocytome, érythroblastome et lymphocytome. Cette division est académique seulement. On croit aujourd'hui que tous les myélomes sont faits de cellules de même type fondamental et que les variations des détails cytologiques expriment seulement des stades variés de développement, de différenciation, d'anaplasie et de dégénérescence survenant dans la cellule basale, la cellule myélomateuse. Disons qu'il n'existe pas de relation entre le type cellulaire et la sorte de globuline trouvée dans le sérum, mais il semble que là où les cellules sont plus grosses et anaplasiques, l'évolution soit plus rapide (6).

RADIOLOGIE

L'atteinte des os plats est surtout notable, ce qui est normal considérant que l'hématopoïèse se fait au dépend des os plats, surtout dans la seconde moitié de la vie.

Les principales localisations sont les corps vertébraux, les ceintures pelvienne et scapulaire et le crâne. Les os longs peuvent aussi être touchés, mais rarement plus bas que les coudes et les genoux.

La plupart du temps, l'étude radiologique montre plusieurs zones bien définies de lyse osseuse, à l'emporte-pièce, sans sclérose associée, accompagnant souvent une diminution de la densité osseuse du squelette. Le cortex peut être mince et d'aspect soufflé; s'il est détruit, on peut retrouver une masse dans les tissus mous avoisinants. Une réaction périostée est moins fréquente. Cependant le processus n'est pas toujours aussi évident; ainsi, dans la forme diffuse, le squelette peut être envahi en entier et donner une image d'ostéoporose généralisée sans processus destructif localisé; dans la forme solitaire, un seul foyer de lyse osseuse est mis en évidence. Des fractures pathologiques sont communes surtout aux côtes et aux vertèbres.

Au cours de notre étude, les manifestations osseuses ont été constantes sous forme de lyse, d'ostéoporose et avec présence de tuméfaction des tissus mous. Par ordre de fréquence, nous avons noté l'atteinte des côtes, du crâne (Fig. 4), de la colonne dorso-lombaire, du bassin, des omoplates

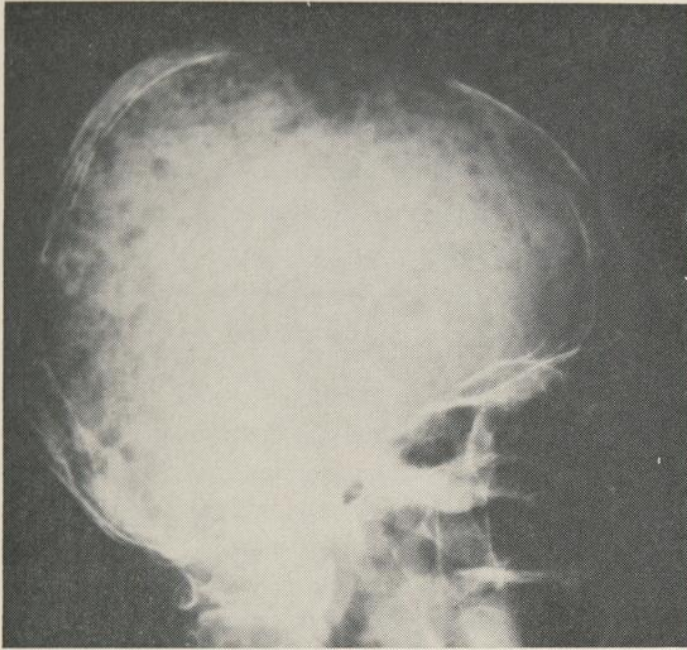


Fig. 4 — Myélome multiple. Apparence radiologique du crâne. Multiples géodes mesurant jusqu'à 5 mm de diamètre.

et enfin des os longs (Fig. 5). Des fractures pathologiques ont été surtout notées au niveau des côtes et de la colonne dorsale et occasionnellement à l'humérus, la colonne lombaire et les branches ischio-pubiennes (Fig. 6).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique se fait: 1°) par l'histoire et l'examen physique du malade, 2°) par la radio-

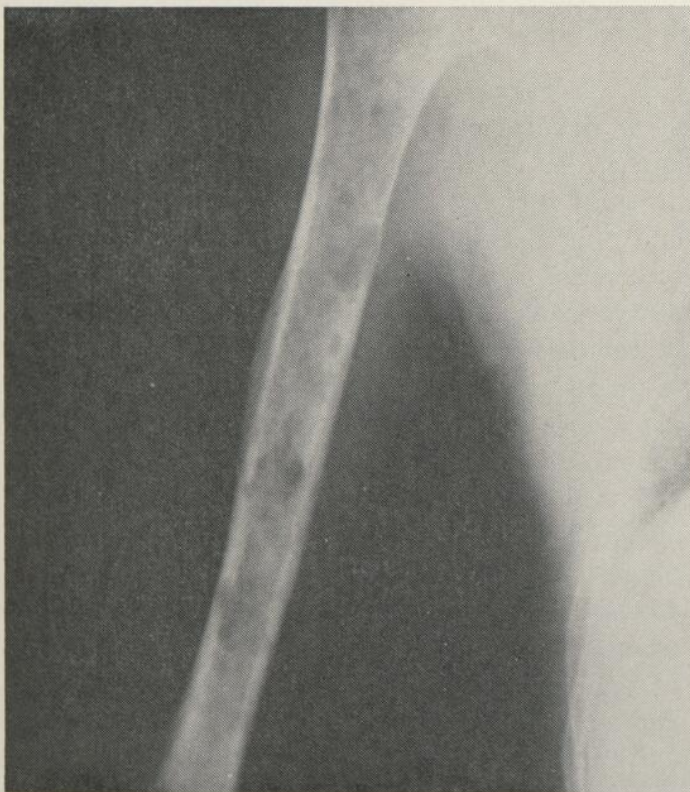


Fig. 5 — Myélome multiple. Apparence radiologique de l'humérus. Lésions d'ostéolyse de la diaphyse.

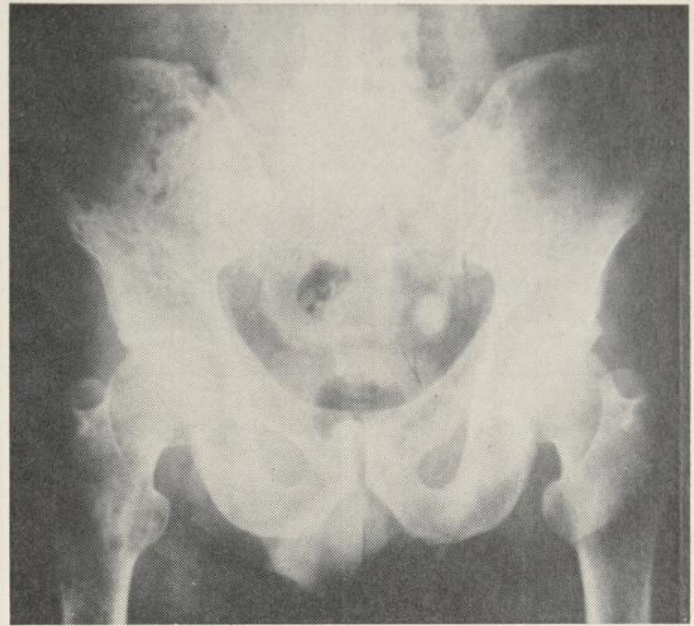


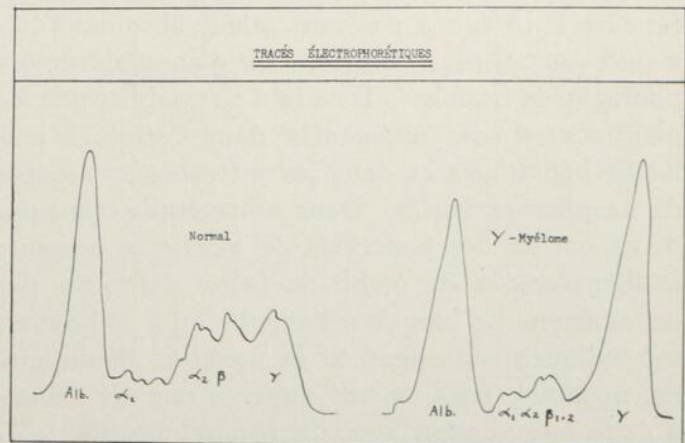
Fig. 6 — Myélome multiple. Apparence radiologique du bassin. Lésions ostéolytiques importantes avec fracture pathologique à la branche montante du pubis gauche.

logie en se souvenant que dans 25% des cas il n'existe pas de manifestation osseuse radiologique, 3°) l'étude de laboratoire du sang, des urines, et de la moelle osseuse complète l'investigation.

Au point de vue hématologique, l'anémie, la formation en rouleaux des globules rouges, l'élévation de la sédimentation globulaire, l'hypercalcémie, l'hyperuricémie et l'augmentation de l'azote non-protéique, sont fréquemment rencontrées. L'apparition de plasmocytes dans le sang périphérique a été retrouvée chez six de nos patients (50%).

L'électrophorèse et l'immunoélectrophorèse montrent qu'il existe des myélomes de types Alpha I et II, Beta, Gamma et une variété dite M qui représente un sommet entre Beta et Gamma (Tableau IV). Au cours de l'étude de nos dossiers,

TABLEAU IV



neuf patients ont subi une courbe électrophorétique avec comme résultat: un myélome de type Alpha I et Alpha II, un Beta, six de type Gamma, et un de groupe M. (Tableau V).

TABLEAU V

TYPES DE MYELOMES CHEZ 9 PATIENTS ayant subi une étude électrophorétique	
fraction globulaire	nombre de cas
$\alpha_1 + \alpha_2$	1
β	1
γ	6
M	1
Total	9

L'albuminurie, l'hypercalciurie, et la protéosurie de Bence-Jones n'ont pas été des éléments importants du diagnostic dans l'étude de nos dossiers. Certains auteurs recommandent de faire de préférence l'électrophorèse des protéines urinaires plutôt que la détermination chimique des protéines de Bence-Jones dans les urines car cette méthode électrophorétique permettrait de découvrir plus facilement de petites quantités de protéines de Bence-Jones.

La ponction médullaire, sternale ou iliaque, établit le diagnostic définitif. Une plasmocytose supérieure à 10% se voit dans la majorité des cas de myélome; cependant une plasmocytose inférieure à 15% n'a pas une valeur absolue; l'élément essentiel est la constatation d'anomalies morphologiques franches. Il ne faut pas oublier que les plasmocytes sont augmentés dans certaines maladies hépatiques et dans les métastases osseuses de néoplasmes variés. Dans notre étude, cinq patients ont eu des ponctions de moelle et toujours le diagnostic a été établi de façon définitive par cet examen. La biopsie à l'aiguille ou à ciel ouvert est indiquée seulement, si la ponction médullaire est négative; trois de nos patients ont été soumis à cette intervention avec un résultat positif.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel doit porter sur deux grands groupes de maladies, celui où il existe un processus de déminéralisation et celui où il existe une perturbation des globulines sanguines.

Dans le premier cas, il faut éliminer les ostéoporoses ménopausiques, séniles, l'ostéomalacie (par les examens sanguins et l'électrophorèse), de même que l'hyperparathyroïdie (par l'étude du calcium et du phosphore sériques et de la phosphatase alcaline), enfin les métastases osseuses ostéolytiques. Dans le deuxième cas en présence d'hyperglobulinémie, il faut éliminer les infections chroniques, telles que le lymphogranulome vénérien, la sarcoïdose; la cirrhose hépatique, la néphrite chronique, l'arthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux et l'hépatite virale s'accompagnent également de cette hyperglobulinémie. Enfin la macroglobulinémie de Waldenström doit également être éliminée: ces deux affections (macroglobulinémie et myélome multiple) représentent les formes les mieux définies et les plus fréquentes d'un processus pathologique dû au développement d'éléments lymphoïdes et plasmocytaires générateurs de protéines anormales. Elles paraissent constituer deux entités cliniques, hématologiques, humorales et cytologiques. Cette parenté s'accroît du fait de l'existence de cas intermédiaires et de cas atypiques. (9).

TRAITEMENT

Le traitement médical doit tenter d'améliorer l'état général par une diète équilibrée, des vitamines, des analgésiques et enfin des transfusions de sang complet. De façon plus spécifique il est bon d'utiliser les agents cytotoxiques, tels que la radiothérapie et l'uréthane. Ce médicament diminue la douleur, contrôle l'anémie, abaisse le taux de cellules myélomateuses dans la moelle et stimule la guérison des fractures pathologiques. On l'utilise à dose de deux à six grammes par jour jusqu'à concurrence de 240 à 300 grammes de dose totale. Si l'uréthane est mal supporté (réactions générales ou gastro-intestinales) on peut employer le phosphore radio-actif en association avec les androgènes. Il existe un groupe d'agents médicamenteux ayant pour rôle de diminuer l'hyperglobulinémie; ce sont l'uréthane, la stilbamidine et la pentamidine, l'A.C.T.H. et la Cortisone.

Le traitement orthopédique immobilise d'une façon générale une fracture vertébrale par un lit ferme, la chaleur locale, un corset orthopédique ou une

coquille plâtrée. Les fractures des os longs seront de même immobilisées par des appareils plâtrés adéquats. De façon plus spécifique, les fractures pathologiques subiront l'enclouage centro-médullaire avec radiothérapie. Enfin dans la paraplégie par fracture-compression vertébrale, la laminectomie associée à la radiothérapie pourront être tentées de façon palliative. Par ordre d'importance nos patients ont été traités par la radiothérapie, l'uréthane, les transfusions, les stéroïdes et le corset orthopédique.

PRONOSTIC

Le plasmocytome extra-médullaire, surtout aux voies respiratoires supérieures et aux conjonctives, n'est pas toujours malin et il peut être guéri par la chirurgie et la radiothérapie; mais il peut à la longue évoluer vers le myélome multiple.

Les autres formes ont un pronostic très sombre. Elles sont fatales dans les deux ans qui suivent le diagnostic. Il existe cependant des cas de survie de dix ans et plus. L'uréthane semble prolonger le taux de longévité.

Les principales causes de décès sont l'infection, l'insuffisance rénale l'hémorragie grave et enfin la cachexie cancéreuse. Dans notre série, quatre patients à date sont décédés dont trois par bronchopneumonie et un par insuffisance cardio-rénale.

Résumé

Nous avons étudié les dossiers de douze cas de myélome multiple à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal entre les années 1956 et 1963.

L'historique, la classification, les principaux éléments physio-pathologiques cliniques et radiologiques de cette entité ont été discutés. Le traitement est médical et orthopédique.

Summary

We have reviewed twelve cases of multiple myeloma from the files of the Hôpital du Sacré-Cœur of Montreal from 1956 to 1963.

The historical features, classification, most important physiopathological, clinical and radiological details of this disease have been discussed. Treatment is chiefly medical and orthopedic.

REMERCIEMENTS

Nous désirons présenter nos plus sincères remerciements au personnel du Département des Archives et de la bibliothèque de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour la rédaction de ce manuscrit et pour les illustrations médicales, ainsi qu'à Monsieur Ferdinand Clark pour le matériel photographique.

BIBLIOGRAPHIE

1. AEGERTER, Kirkpatrick: Orthopedic Disease, 2ième édition, pp. 611-628. W. B. Saunders Co. édit., Philadelphie.
2. BENICE-JONES, H.: On a new substance occurring in the urine of a patient with mollities ossium. Part I, 1848, pp. 55-62.
3. DALRYMPLE, J.: On the microscopical character of mollities ossium. *Dublin Quart. J.*, 2: Article IV, 85, 1846.
4. ELLINGER, A.: Ueber das Vorkommen des Benice-Jonesschen Körpers in Harm bei Tumoren des Knochenmarks und seine diagnostische Bedeutung, Königsberg, M. Liedtke, 1898.
5. INNES, J.; NEWALL, J.: Myelomatosis. *Lancet*, 1: 239-245 (4 fév.) 1961.
6. JAFFE, H. L.: Tumors and Tumor conditions of the Bones and Joints, pp. 369-395. Lea & Febiger, édit., Philadelphie, 1958.
7. KAHLER, O.: Zur Symptomatologie des multiples myeloma. Beobachtung Von Albumosurie. *Prog. Med. Wchenschr.*, 14: 33, 1889.
8. MARTIN, N. H.: The Incidence of Myelomatosis. *Lancet*, 1: 237-239 (4 fév.) 1961.
9. OLMER, J.; MONGIN, M.; MURATORE, R.; DENIZET, D.: Myelome multiple et macroglobulinémie de Waldenstrom. *Presse Méd.*, 69: 1208-1210 (3 juin) 1961.
10. STEIN, STEIN & BELLER: Living Bone in Health and Disease, pp. 458-469. J. B. Lippincot Co., édit., Philadelphie, 1955.

REPLACEMENT VALVULAIRE MITRAL

Présentation de trois cas spéciaux¹

Pierre GRONDIN², Gilles LEPAGE², Henri BILODEAU, Paul DAVID

La fracture chirurgicale de la valvule mitrale, mise au point par Bailey en 1948, (1) ouvrait l'ère de la chirurgie des cardiopathies acquises. Cependant, les malades qui pouvaient bénéficier de cette correction devaient être sélectionnés avec rigueur, car seules les sténoses pures et isolées pouvaient être confiées à la chirurgie. Les malades qui avaient une ou plusieurs lésions avec prépondérance de régurgitation recevaient un traitement médical qui souvent ne satisfaisait ni le patient, ni le médecin.

Conscients de ce problème, il y a quelques années, les chirurgiens cardiaques, tentèrent des réparations plastiques (5, 6, 7, 9). Les méthodes utilisées furent multiples, mais leurs résultats demeurèrent uniformément décevants. Notre expérience des valvuloplasties mitrales, sur des cas jugés favorables, a corroboré celle des autres centres en montrant un pourcentage élevé de récives. Certains cardiaques présentent une altération pathologique telle de leur valvule mitrale que toute tentative de correction plastique est impensable. Ces valvules sont le plus souvent infiltrées de calcium, présentent des manques de substance importants et montrent des rétractions ou fusions considérables des cordages tendineux et des muscles papillaires.

La possibilité d'exciser complètement ces valvules et de les remplacer par une prothèse durable et fonctionnelle marque un progrès considérable (2, 3, 4, 8, 10) et apporte à la majorité des valvulaires, l'espoir d'un retour à une vie très près de la normale.

Les malades soumis jusqu'à maintenant à cette chirurgie de substitution présentent en général un tableau clinique d'insuffisance cardiaque globale, chronique et réfractaire. Ils entrent presque tous dans le groupe IV de la classification fonctionnelle proposée par la "New York Heart Association". Ce groupe est caractérisé par une invalidité totale qui empêche le malade de faire le moindre effort physique. Le but de ce travail est de rapporter trois cas de remplacement de la valvule mitrale

faits à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Nous avons choisi ces cas en raison des problèmes très particuliers et quelquefois dramatiques qui ont motivé la décision d'intervenir chirurgicalement. Malgré nos pronostics très pessimistes, ces malades ont eu une évolution post-opératoire étonnante. Ils démontrent que la grande majorité des cardiaques atteints de lésions valvulaires sont maintenant des candidats à une correction chirurgicale quel qu'avancée que soit leur évolution.

Pour la valvule mitrale, différentes prothèses ont été employées avec des succès variables, (2, 3). Celle de Starr-Edwards, (figure 1) constituée d'une balle pouvant se mobiliser dans une cage de Stellite 21 (un alliage non ferreux) semble à l'heure actuelle rallier la faveur des principaux centres de chirurgie cardiaque. En 1961, Albert Starr rapportait son expérience clinique avec ses huit premiers cas de remplacements valvulaires mitraux (10). Depuis, partout, les résultats sont de plus en plus encourageants (4, 8).

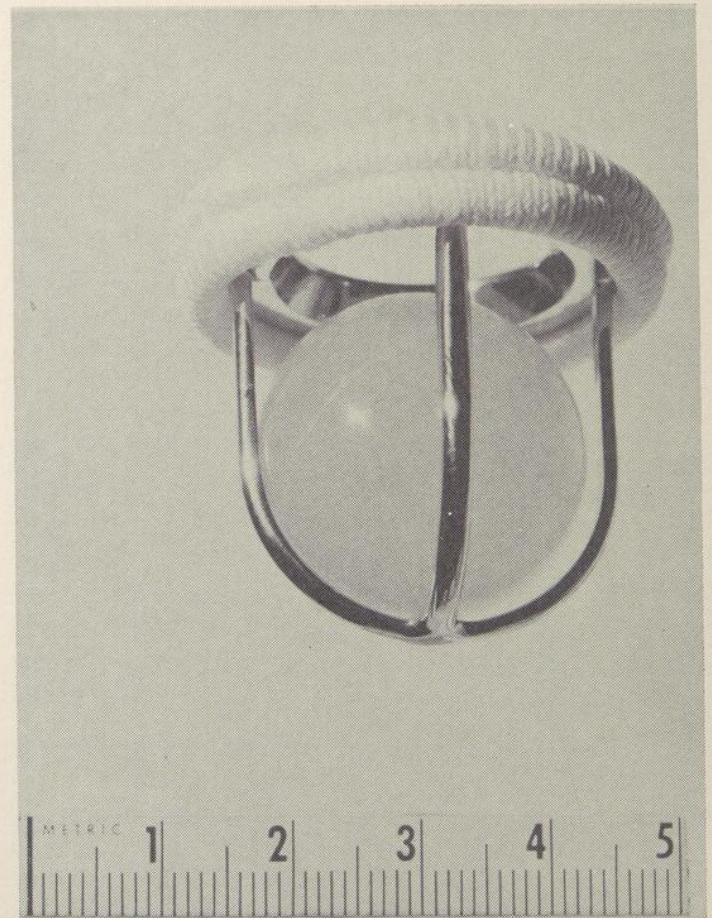


Fig. 1 — Prothèse de Starr-Edwards utilisée pour remplacer la valve mitrale.

¹ Travail subventionné en partie par l'octroi 604-9-271 du Ministère National de la Santé et du Bien-Être Social en vertu de l'Entente Fédérale-Provinciale et par la Fondation Jean-Louis Lévesque.

² Département de Chirurgie cardiaque et vasculaire, Institut de Cardiologie de Montréal, 5415, Boulevard de l'Assomption, Montréal 36.

Observation 1

Monsieur Claude H. âgé de 33 ans, est référé par le docteur Henri Bilodeau, cardiologue, et traité à l'Institut par le docteur Yvette Lemire. Il est porteur d'une maladie cardiaque rhumatismale depuis l'âge de 12 ans. Il mène une vie normale jusqu'à 18 ans. A partir de cet âge, il devient dyspnéique à l'occasion d'efforts de plus en plus petits, souffre d'orthopnée, présente un gonflement abdominal et de l'œdème des membres inférieurs. A 20 ans, il est hospitalisé pendant un mois pour anasarque. Sa convalescence exige un repos strict de onze mois. Par la suite le tableau demeure stationnaire. En dépit d'une diète désodée, de la digitale et des diurétiques, il éprouve une toux sèche et fréquente avec diaphorèse au moindre effort et même au repos. En somme, à l'âge de 33 ans, et depuis déjà 10 ans, ce malade est complètement invalide.

A l'examen, turgescence des jugulaires, tension artérielle 130/75. Fibrillation auriculaire avec une fréquence ventriculaire à 64. Choc de pointe dans le 6ème espace gauche sur la ligne axillaire antérieure. A la pointe souffle holosystolique très intense, irradiant vers la région axillaire. Roulement diastolique intense se traduisant à la palpation par un thrill. Le premier bruit mitral est claqué. Présence d'un troisième bruit mitral net. Le deuxième bruit pulmonaire est fortement accentué. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal et on constate un œdème malléolaire assez marqué.

L'électrocardiogramme montre une fibrillation auriculaire et une hypertrophie bi-ventriculaire. Le vectocardiogramme (Dr Michel Chabot) confirme l'hypertrophie bi-ventriculaire. A la radiographie, on note une cardiomégalie globale géante avec un *index cardio-thoracique de 27.2 sur 28.8 cm.* Il existe une dilatation énorme de l'oreillette gauche et un amas de calcifications valvulaires mitrales (figures 2 et 3).

Le cathétérisme, fait par les docteurs L. Campeau et M. Bourassa, montre une pression capillaire moyenne à 29 mm. de Hg. L'aire mitrale est calculée à 0.75 cm² sans assumer la régurgitation. L'opinion est celle d'une maladie mitrale grave, calcifiée, rendant ce malade invalide.

Intervention chirurgicale.

Le 7 avril 1964, le patient subit une intervention chirurgicale pour remplacement valvulaire mitral sous circulation extra-corporelle et hypothermie

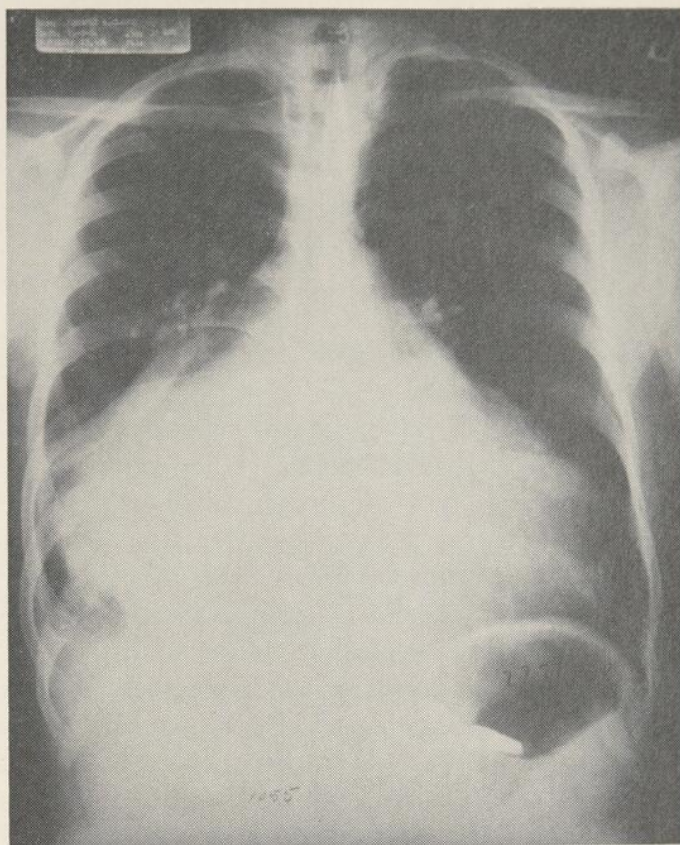


Fig. 2 — Film cardio-pulmonaire du cas No 2. L'index cardio-thoracique est de 27.2/28.8 cm.

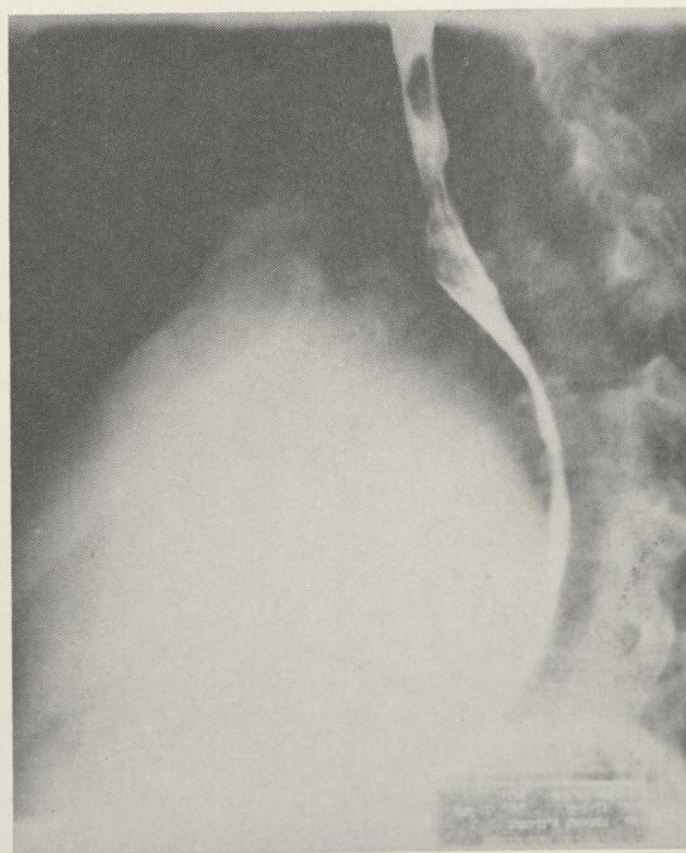


Fig. 3 — Cas No 1. Importante retro-déviaton du ruban œsophagien par une oreillette gauche anévrysmale.

modérée. On note dans la plèvre droite, 500 à 800 cc. de liquide séreux. L'oreillette gauche est anévrysmale et contient 1900 cc. de sang. Une compression de la bronche inférieure droite par l'oreillette gauche a créé une atélectasie chronique du lobe pulmonaire correspondant. La valve mitrale est calcifiée, rétractée, sténosée et présente une énorme régurgitation. Les cordages tendineux et les muscles papillaires sont fibrosés, fusionnés et raccourcis. Le ventricule gauche est à la fois hypertrophié et dilaté.

L'exérèse de la valve, des cordages et des muscles papillaires est effectuée. Une prothèse de Starr-Edwards No 4 est suturée à l'anneau mitral, utilisant 38 points séparés de Mersilène 00. La circulation extra-corporelle a duré une heure et trente minutes. Le cœur a continué à battre durant tout le temps de la perfusion. Un choc de courant direct permet de transformer instantanément la fibrillation auriculaire en un rythme sinusal. Après fermeture du thorax, une trachéostomie électorale est effectuée pour une meilleure vidange bronchique.

Les suites post-opératoires sont sans particularité. Une quantité considérable de sécrétions muco-purulentes est aspirée de l'arbre bronchique pendant les trois premiers jours. Sous l'influence d'aspirations répétées, d'antibiotiques topiques, de muco-lytiques et de broncho-dilatateurs, les sécrétions se tarissent rapidement. Le rythme sinusal se transforme spontanément en fibrillation auriculaire après 48 heures. L'anticoagulothérapie est commencée le 6ème jour. Le malade reçoit son congé le 30 avril 1964.

Discussion.

L'intérêt particulier de ce cas repose sur l'importance de la cardiomégalie. La radiographie ci-jointe (Figure 2) montre un index cardiopulmonaire de 27.2 sur 28.8 cm. Cette augmentation de l'ombre cardiaque est surtout due à l'oreillette gauche (Figure 3).

Chez ce malade, la plus grosse prothèse mitrale fut utilisée. L'énormité de l'oreillette gauche est, au point de vue technique, plutôt un avantage permettant un accès facile à la valve mitrale. La réponse immédiate à la défibrillation auriculaire avec le courant direct nous a un peu étonnés. Malgré sa courte durée nous croyons que cette restauration du rythme sinusal a favorisé l'hémodynamique des premiers jours. Ce rythme régulier a empêché la formation de caillots que nous faisons craindre la stagnation du sang dans une oreillette de ce calibre.

Depuis son congé, le patient connaît un bien-être progressif lui permettant une réhabilitation précoce et complète et le retour à son métier d'horloger. A son dernier examen, en juin 1964, il avait repris son travail à temps complet.

Observation 2

Madame Benoit P., âgée de 38 ans, est admise à l'Institut de Cardiologie sous les soins du docteur N. Aerichidé. Elle ne présente pas d'histoire de rhumatisme articulaire aigu, ni de chorée. Elle a pratiqué les sports en abondance durant l'adolescence. A l'âge de 15 ans, la patiente note que la natation, le patinage, le tennis et autres sports violents la rendent dyspnéique et la fatiguent beaucoup. Elle se marie à 22 ans et, la même année, une grossesse lui occasionne une importante dyspnée. Une radiographie montra alors la présence d'un gros cœur. De 24 à 27 ans, elle accomplit son travail de ménagère sans difficulté majeure. A 27 ans, après un surmenage, apparition de fatigue extrême avec tachy-arythmie et œdème des membres inférieurs. Elle est alors hospitalisée et traitée médicalement. A la suite de cet épisode, elle continue d'éprouver une dyspnée et fatigue progressives pour tout travail domestique. A ce temps, apparition d'accès de toux et de dyspnée nocturnes.

A 31 ans, elle fut hospitalisée à l'I.C.M. et une commissurotomie mitrale fut recommandée. Cependant, à cause soit d'une tumeur ou d'un gros caillot intra-auriculaire le chirurgien ne peut entrer dans l'oreillette gauche et il décide de ne pas poursuivre l'intervention qui, dans ces conditions et à cette date (1956), comportait un risque très élevé. La malade retourne à son domicile un peu améliorée par la médication.

La dyspnée persiste ainsi que l'œdème des membres inférieurs. En novembre 1963, devant l'aggravation des symptômes, elle est réhospitalisée. On note alors une fibrillation auriculaire, un souffle systolique léger dont le maximum est situé le long du bord gauche du sternum au 4ème espace inter-costal. Le premier bruit mitral est très fort, de même que le deuxième bruit pulmonaire. Il y a un roulement diastolique de pointe très intense. La tension artérielle est normale.

L'électrocardiogramme montre, après quelques jours de traitement, une fibrillation auriculaire avec fréquence ventriculaire à 60 et une déviation axiale droite. La radiographie illustre une image compatible avec une maladie mitrale à sténose prédominante. Le cathétérisme cardiaque fait par les doc-

teurs Campeau et Bois établit une pression capillaire moyenne à 30 mm. de Hg. avec des données confirmant une sténose mitrale serrée.

Le 5 décembre 1963, une commissurotomie mitrale sous vision directe, utilisant le dilatateur, est effectuée. Une quantité considérable de caillots est extirpée de la cavité auriculaire gauche. Ceci explique les difficultés de la tentative chirurgicale de 1956. Les suites opératoires sont satisfaisantes. Un souffle systolique à la pointe irradiant à l'aiselle et d'intensité moyenne est noté. Le 7 janvier 1964, la malade quitte l'hôpital nettement améliorée.

Le 24 février 1964, elle est réadmise pour insuffisance cardiaque globale. La fibrillation auriculaire est accompagnée d'une fréquence ventriculaire à 130/min. . Présence de râles aux bases. Le foie déborde de 4 travers de doigts. Présence d'ascite. Souffle systolique intense de pointe, à caractère piaulant et irradiant à la région axillaire gauche. En dépit de la médication, il persiste des râles aux deux bases et le foie demeure hypertrophié.

Le 27 février 1964, à 8 :00 hres du soir, accès soudain de fibrillation ventriculaire rapidement contrôlé par les procédés habituels de réanimation. Ce premier épisode sera suivi de huit autres semblables nécessitant chaque fois une défibrillation électrique. Ceux-ci surviennent entre 8:00 et 11:00 hres le même soir. D'autre part, le 28 février 1964, nouvel épisode de fibrillation, contrôlé de la même façon.

Un E.C.G., le 3 mars 1964, montre une fibrillation auriculaire avec plusieurs extrasystoles ventriculaires et des altérations digitaliques. A cette date, la potassémie se lit à 3.1 mEq./L. . Le 5 mars 1964, la patiente présente un nouvel épisode de fibrillation ventriculaire à nouveau corrigé sans séquelles neurologiques. C'est le 10ème épisode du genre en une semaine.

Une conférence médico-chirurgicale est alors tenue. Les deux hypothèses étiologiques émises pouvant expliquer les troubles du rythme sont soit un thrombus mural intra-auriculaire récidivant, obstruant à l'occasion l'orifice mitral, ou encore, une régurgitation mitrale traumatique avec éversion de la valve, supprimant de temps à autre tout débit ventriculaire gauche. Une intervention chirurgicale est alors décidée.

Intervention chirurgicale.

Le 6 mars 1964, un remplacement valvulaire mitral est effectué. L'incision antérieure de thora-

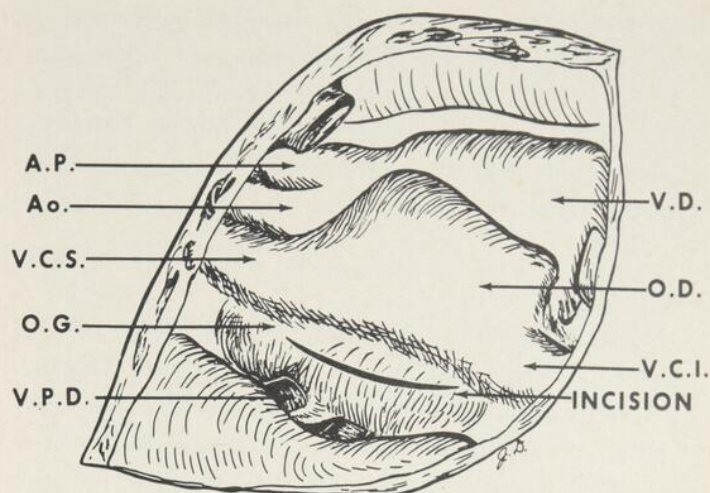


Fig. 4 — Approche droite de la valve mitrale. Thoracotomie antéro-latérale dans le 4e espace droit, section transversale du sternum. L'oreillette gauche est incisée en arrière du sillon inter-auriculaire.

cotomie droite est utilisée. Il y a des adhérences importantes entre le poumon, le péricarde et le cœur. L'oreillette droite est canulée de façon habituelle et l'oreillette gauche est incisée dans le sillon inter-auriculaire (Figure 4). L'oreillette gauche ne contient aucun caillot et l'endocarde est bien lisse. On note une insuffisance majeure et on remarque qu'une partie du feuillet septal s'éverse en systole. Il n'y a aucune sténose. On note aussi des calcifications commissurales. L'anneau mitral est nettement agrandi et l'oreillette gauche volumineuse.

La valve mitrale est excisée dans son entier avec ses cordages et muscles papillaires (figure 5). Une prothèse de Starr No 3 est suturée à l'anneau par 36 points séparés de Mersilène 0. La reprise des contractions cardiaques au premier choc de défibrillation permet de cesser la circulation extracorporelle après une heure et 47 minutes. Les

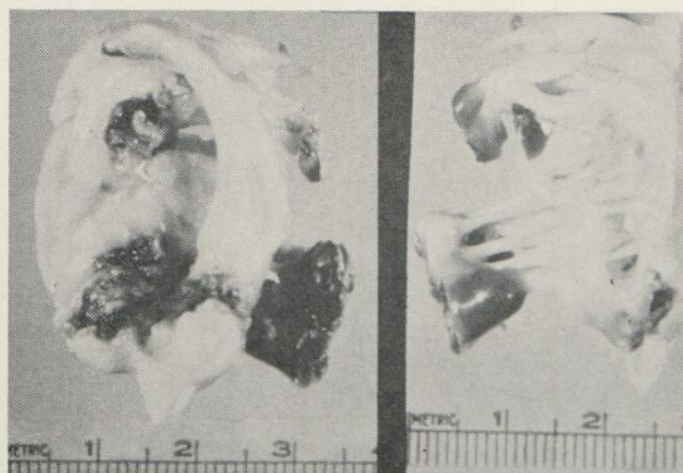


Fig. 5 — Valve mitrale excisée avec ses cordages et muscles papillaires. A noter les calcifications commissurales.

suites opératoires sont sans incident et la malade retourne chez elle le 21^{ème} jour post-opératoire.

Revue à quelques reprises comme malade externe, cette malade est complètement asymptomatique et effectue tout son travail de maîtresse de maison. Elle reçoit des anticoagulants aux doses usuelles.

Discussion.

Cette patiente a présenté dans la semaine qui a précédé son opération, dix épisodes de fibrillation ventriculaire chaque fois arrêtés par un traitement immédiat et efficace. L'insuffisance cardiaque était maximum et s'avérait rebelle à toute thérapeutique. Elle résultait d'une insuffisance mitrale majeure, probablement secondaire à la commissurotomie du 5 décembre 1963. La rapidité de la convalescence, une fois l'insuffisance valvulaire corrigée, a été spectaculaire. Les troubles du rythme ne sont jamais réapparus dans le post-opératoire. La malade ne prend actuellement aucune médication cardiaque et la cardiomégalie diminue rapidement.

Il est certain, que sans la décision d'intervenir d'urgence et de remplacer l'appareil valvulaire mitral, cette malade n'avait aucune chance de survivre.

Observation 3

Monsieur Charles-E. V., patient de 44 ans, est dirigé à l'Institut de Cardiologie par le docteur Rosaire St-Pierre, cardiologue. L'anamnèse révèle 3 épisodes de fièvre rhumatismale entre 6 et 10 ans. On lui apprend à 39 ans, qu'il est porteur d'une lésion cardiaque. Le patient se plaint d'une dyspnée d'effort progressive beaucoup plus importante depuis 2 ans. Cette dyspnée s'accompagne de fatigabilité intense. En janvier 1963, il est hospitalisé pendant 3 semaines pour insuffisance cardiaque. Il doit par la suite changer d'emploi. Pendant 18 ans, il a réussi un travail physique assez intense dans une usine de papier, mais à cause de la dyspnée progressive, il doit abandonner cet emploi et il devient gardien. Cependant, le patient conserve toujours un état dyspnéique et quelques mois avant son admission, à l'Institut de Cardiologie, il a présenté des épisodes de dyspnée paroxystique. Son travail, même léger, est devenu un fardeau et il doit fréquemment s'absenter de l'usine.

A l'examen, on note un rythme cardiaque régulier à 90 à la minute, une T.A. à 130/75. L'auscultation révèle un deuxième bruit pulmonaire dédoublé et augmenté d'intensité. Le premier bruit mitral est claqué et le troisième bruit

présent. Un roulement diastolique d'intensité moyenne est associé à un souffle systolique apical grade 2/4 irradiant vers l'aisselle. Un thrill diastolique est palpable à la pointe. On note que les veines jugulaires demeurent distendues même en position assise.

L'E.C.G. montre un axe droit à 105°, un bloc auriculo-ventriculaire du premier degré, une dilatation auriculaire gauche, une rotation horaire dans le plan frontal et une hypertrophie bi-ventriculaire. Les examens radiologiques démontrent une lésion mitrale calcifiée à prédominance de sténose avec hypertension veineuse et artériolaire.

Le docteur Marc Bois qui a suivi le malade durant son hospitalisation effectue un cathétérisme cardiaque avec les constatations suivantes: "Aire valvulaire mitrale à 0.37 cm² sans assumer la régurgitation; pression capillaire moyenne de 35 mm. de Hg. au repos". Les données sont compatibles avec une sténose mitrale et une hypertension pulmonaire post-capillaire importante. Durant le cathétérisme, le patient présente un épisode de fibrillation ventriculaire nécessitant réanimation et défibrillation. A cause de cet accident et d'une hypertension capillaire grave, la régurgitation mitrale n'a pas été évaluée hémodynamiquement ni angiographiquement.

Il s'agit en somme d'une maladie mitrale avec calcifications et dont la sténose semble plus importante. Par ailleurs, l'incapacité de ce patient est telle qu'actuellement, il est totalement invalide.

Intervention chirurgicale.

Le 6 mars 1964, on procède à un remplacement valvulaire mitral (Starr-Edwards No 3) sous circulation extra-corporelle et hypothermie modérée. On effectue une thoracotomie antéro-latérale gau-

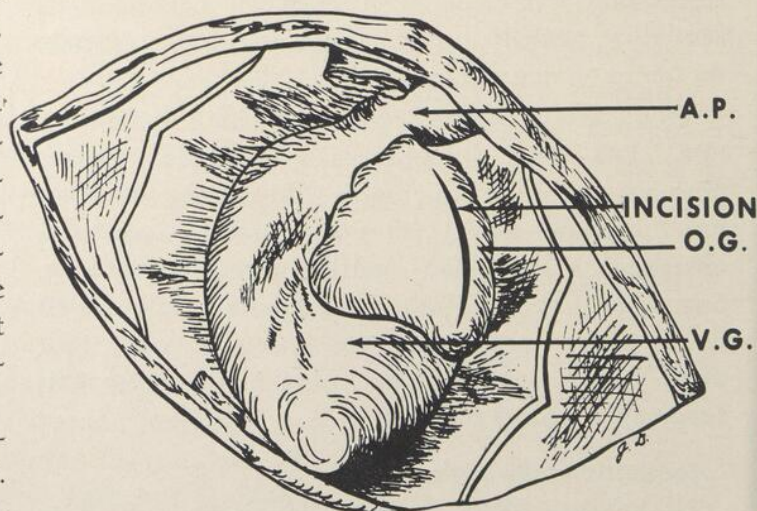


Fig. 6 — Approche gauche de la valvule mitrale. Thoracotomie antéro-latérale gauche avec extension vers la droite par section transversale du sternum.

che dans le 5ème espace, une incision transversale du sternum et une prolongation antérieure droite dans le 4ème espace inter-costal (Figure 6). La valvule mitrale est approchée par la gauche. On remarque un épanchement pleural bilatéral. Les tissus thoraciques, péricardiques et myocardiques sont nettement infiltrés d'œdème. L'artère pulmonaire est tendue; il y a des adhérences péricardo-épicaudiques. L'examen digital de la valvule tricuspide ne montre pas de lésion importante. La valvule mitrale montre une régurgitation très marquée associée à une sténose d'environ 1.2 cm. de diamètre. On note des calcifications importantes touchant les deux commissures et s'étendant à l'anneau et à la paroi.

La valve est excisée dans son entier et une prothèse de Starr No 3 est suturée en place par 28 points de Mersilène 00. L'oreillette gauche est refermée et au premier choc de défibrillation, le cœur reprend un rythme sinusal permettant de cesser la circulation extra-corporelle après une durée totale d'une heure et trente-cinq minutes. Les suites post-opératoires sont normales jusqu'au 5ème jour, alors que le malade présente un accès de fibrillation ventriculaire à l'occasion d'un changement de position. Cette fibrillation est immédiatement corrigée par un choc de courant électrique direct et le malade n'en présente aucune séquelle. Cependant, pendant quelques jours, on note l'apparition d'extra-systoles ventriculaires, lorsque le malade se couche en décubitus dorsal (Figure 7). Ces extra-systoles disparaissent en position assise. Le 12ème jour post-opératoire, apparition d'une fibrillation auriculaire. Celle-ci est corrigée dès le lendemain sous anesthésie générale légère par un choc de courant direct.

En raison de ces troubles du rythme, le patient prenait, depuis plusieurs jours, de la quinidine. Au 19ème jour post-op., on note un purpura anaphylactoïde de type Henoch-Schoenlein. La quinidine est cessée. Le malade continue de présenter de l'hématurie et des signes de glomérulo-néphrite focale, fréquente au cours de ce purpura. Les anticoagulants, pouvant aggraver l'hématurie, sont alors discontinués. Après traitement médical de cette glomérulo-néphrite et amélioration notable, il reçoit son congé hospitalier le 30 avril 1964.

Revu à la clinique externe à la fin de juin, il est tout à fait asymptomatique et montre une guérison presque complète de son état rénal. L'azotémie est normale et l'hématurie presque inexistante. Le rythme sinusal persistant, les anticoagulants ne sont pas jugés opportuns. La cardiomégalie régresse rapidement (Figure 8).

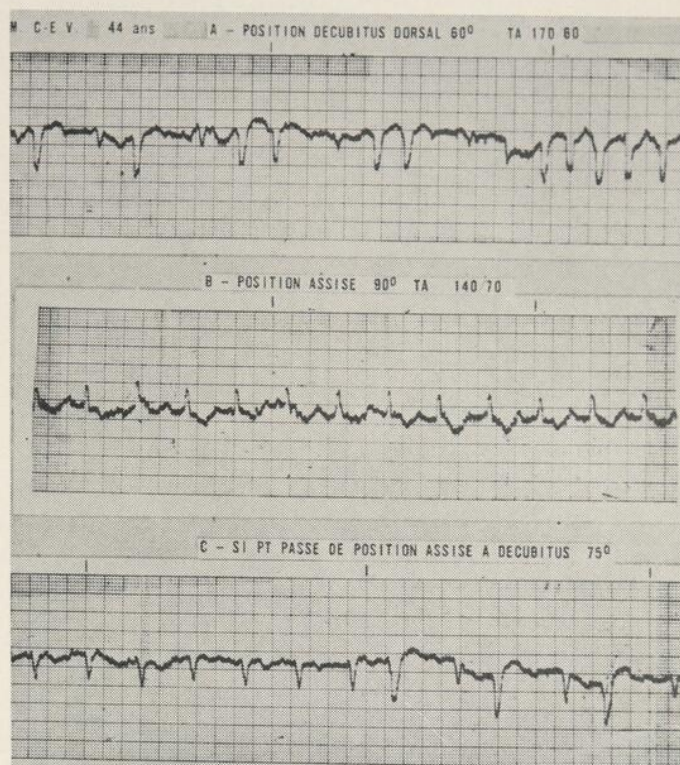


Fig. 7 — E.C.G. du 3e cas montrant les extra-systoles ventriculaires en décubitus dorsal, disparaissant en position assise.

Discussion.

L'intérêt de ce cas réside dans les troubles graves du rythme qui ont presque compromis le résultat chirurgical. Notre expérience et celle de plusieurs centres nous ont appris que les troubles du rythme dans ces cas de remplacements valvulaires surtout mitraux sont influencés par la présence de ce corps étranger intra-cardiaque qui sert d'épine irritative. La cage métallique heurtant le septum inter-ventriculaire peut déclencher ces arythmies. Nous étudions actuellement les rôles possibles de la digitale et du potassium dans leur étiologie.

La circulation extra-corporelle, surtout depuis l'utilisation du principe de l'hémodilution, occasionne une perte importante de potassium. De plus, l'adjonction de diurétiques osmotiques (Mannitol) contribue à cette déplétion potassique. La potentialisation de l'action digitalique par l'hypopotassémie est bien connue. La digitale, en augmentant l'excitabilité du myocarde, pourrait alors contribuer aux troubles du rythme.

Depuis, nous avons presque éliminé ces troubles du rythme de nos cas de prothèses valvulaires, d'abord en sevrant de leur digitale les malades 3 ou 4 jours avant l'intervention chirurgicale et en leur administrant généreusement du potassium au cours de la période post-opératoire.

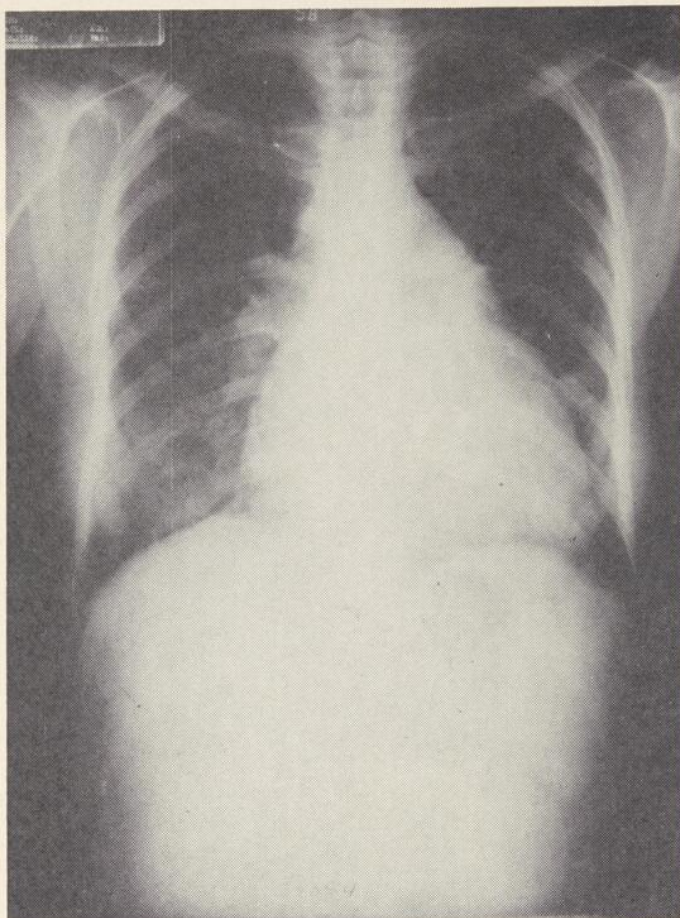


Fig. 8 — Film post-opératoire de M. C.E.V. montrant Starr mitrale en place.

Résumé

Nous présentons trois cas de remplacements valvulaires mitraux faits à l'Institut de Cardiologie de Montréal dans le premier semestre de 1964. Ces cas illustrent les résultats que l'on peut obtenir chez les valvulaires les plus évolués et à pronostic médical très mauvais.

L'intérêt du premier cas réside dans une cardiomégalie énorme qui, il y a quelque temps, l'aurait éliminé des candidats à la chirurgie.

Le deuxième cas, après 10 épisodes d'arrêt cardiaque en une seule semaine, a complètement récupéré après chirurgie correctrice.

Le troisième cas est présenté pour illustrer les troubles du rythme qui peuvent être rencontrés dans les suites post-opératoires, offrir une explication étiologique et exposer une méthode de prévention qui nous semble efficace.

Depuis janvier 1964, à l'Institut de Cardiologie de Montréal, 10 remplacements valvulaires mitraux ont été effectués avec 9 succès. Les progrès de la chirurgie cardiaque moderne offrent un espoir d'une vie très près de la normale pour les malades mitraux. Tous ces malades devraient

être évalués maintenant en fonction des remarquables progrès de la technique chirurgicale.

P.S.: Nous tenons à remercier monsieur Jacques Lussier, technicien du cœur-poumon artificiel, madame Ghislaine P. Chouinard, secrétaire du département de chirurgie, monsieur Jean Gauthier et mademoiselle Jacqueline Dupuis du Service de photographie médicale, de leur précieuse collaboration.

Summary

Prosthetic replacement of cardiac valves is now a well established procedure. Conservative and plastic operations have resulted in a high incidence of recurrences. Since January 1964, 10 mitral valve replacements with the Starr-Edwards prosthesis have been done at the Montreal Heart Institute. Nine of these patients have returned to a near normal life.

Three of these cases are presented for their special features. The first case illustrates a gigantic cardiomegaly which has not impaired excellent results. The second case has suffered 10 episodes of ventricular fibrillation in the week preceding surgery. The last case is presented because of arhythmias.

Following the insertion of cardiac valves the occurrence of ventricular extrasystoles sometimes followed by ventricular fibrillation is not rare. These arhythmias are aggravated by the combination of Digitalis and Hypokalemia.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAILEY, C. P.: The Surgical Treatment of Mitral Stenosis (Mitral commissurotomy). *Dis. Chest.*, 15: 337, 1949.
2. BARNARD, C. N.; GOOSEN, C. C.; HOLMGESN, L. V. et SCHAIRE, V.: Prosthetic Replacement of the Mital Valve. *Lancet*, 2: 1087, (nov.) 1962.
3. BRAUNWALD, N. S.; COOPER, T. et MORROW, A. G.: Complete Replacement of the Mitral Valve: Successful clinical application of a flexible polyurethane prosthesis. *J. Thorac. Surg.*, 40: 1, 1960.
4. CALLAGHAN, J. C.: Total Replacement of the Mitral Valve: *Can. Med. Ass. J.*, 88: 869, 1963.
5. ELLIS, Jr., F. H.; BRADENBURG, R. O.; CALLAGHAN, J. A. et MARSHALL, H. W.: Open Heart Surgery for Acquired Mitral insufficiency. *A.M.A. Arch. Surg.*, 79: 222, 1959.
6. GRAVEL, J. A.: Le traitement de l'insuffisance Mitrale sous Circulation extracorporelle. *Laval Méd.*, 35: 514, 1964.
7. KAY, E. B.; MENDELSON, Jr., D. et ZIMMERMAN, H. A.: The Role of Surgery in The Treatment of Mitral Regurgitation. *Prog. Card. Vasc. Dis.*, 4: 259, (nov.) 1961.
8. MORROW, A. G.; CLARK, W. D.; HARRISON, D. C. et BRAUNWALD, E.: Prosthetic Replacement of the Mitral Valve. *Circulation*, 29: 2, 1964. Supplement No 1.
9. NICHOLS, H. T.; BLANCO, G.; URICCHIO, J. F. et LIKOPP, W.: Open Heart Surgery for Mitral Regurgitation and Stenosis. *Ann. Surg.*, 82: 128, 1961.
10. STARR, A. et EDWARDS, M. L.: Mitral Replacement: Clinical experience with a Ball-Valve prosthesis. *Ann. Surg.*, 154: 726, 1961.

phangiomes sont considérées comme des tumeurs bénignes; nous n'en retrouvons pas dans la série actuelle.

Les tumeurs malignes se subdivisent en semi-malignes et en malignes d'emblée. Comme tumeur semi-maligne, on reconnaît: les épithéliomas muco-épidermoïdes (4 cas), les cylindromes (9 cas) et la tumeur adénoïde kystique (1 cas). Ces tumeurs acquièrent leur dénomination par leur faible degré de malignité histologique et par leur évolution clinique favorable. Certains auteurs reconnaissent même à ces tumeurs une variété bénigne et une variété maligne d'emblée.

Parmi les tumeurs malignes, on distingue la tumeur mixte maligne qui se développerait sur une tumeur mixte bénigne pré-existante. Cette lésion a été retrouvée chez 6 de nos 67 malades porteurs de tumeur mixte, soit une proportion de 8%. Ce pourcentage, s'il peut être significatif, est moindre que celui admis par plusieurs auteurs qui le situe à environ 20%.

L'adénocarcinome, même s'il vient en fin de liste, n'y perd pas en importance; tout d'abord par un certain degré de polymorphisme sous lequel il se présente; il peut être paramalpighien, acineux, épidermoïde, à petites cellules et enfin indifférencié. En second lieu, son importance lui vient de son haut degré de malignité avec évidemment une survie brève. Dans notre série, nous comptons 11 cas d'adénocarcinome.

Enfin, dans une classe à part, il y a 2 adénolymphomes, appelés aussi lympho-épithéliomes qui s'apparentent à leurs voisins du pharynx et de la bouche. Nous mentionnons ici 2 cas de néoplasie clinique qui n'ont pu être prouvés histologiquement, mais dont la mort dans les semaines qui ont suivi l'admission, vient renforcer la probabilité.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs salivaires est basé entièrement sur l'étude clinique: présence d'une tuméfaction dure à l'angle maxillaire ou à la région sous-maxillaire, depuis déjà plusieurs années et qui est par ailleurs asymptomatique. Le patient consulte, parce qu'il a noté une progression rapide et inattendue de la masse, lui occasionnant des douleurs locales avec irradiation mandibulaire, pré-auriculaire ou hémifaciale. Cette description s'applique à la tumeur mixte bénigne ou aux autres types de tumeurs bénignes.

La tumeur maligne se retrouve plus souvent à la région pré-auriculaire. L'évolution est plus rapide:

quelques semaines ou quelques mois et elle s'accompagne souvent d'une atteinte du nerf facial qui progresse rapidement vers la paralysie complète du territoire.

Les moyens de diagnostic, accessoires à la clinique, peuvent occasionnellement aider à le préciser. La radiographie simple peut mettre en évidence un calcul, bien que plusieurs ne soient pas radio-opaques. De même, la sialographie peut situer une tumeur en dehors de la glande. En général, ces analyses sont de peu de secours et le diagnostic de la tumeur salivaire demeure à prime abord clinique. De plus, l'examen histologique par ponction ou par biopsie est un procédé discutable à cause de la forte possibilité d'ensemencement des territoires avoisinants, exposant ainsi le malade à une récurrence possible après l'exérèse chirurgicale. La majorité des auteurs qui ont écrit sur le sujet, s'accordent à recommander l'exérèse-biopsie d'emblée avec marge de tissu sain.

TRAITEMENT

La tumeur mixte est reconnue pour répondre de façon décevante à la radiothérapie et son traitement demeure l'exérèse chirurgicale d'emblée avec une marge de tissu glandulaire sain, ce qui équivaut à une lobectomie superficielle plus ou moins totale au niveau de la parotide avec identification et préservation du nerf facial; à moins que la lésion ne soit très petite et localisée assez postérieurement dans la parotide pour éliminer tout danger d'atteinte du nerf au cours de la dissection de la tumeur.

Les lésions malignes requièrent en général un traitement énergique qui comprend une exérèse totale de la glande, accompagnée ou non d'une dissection ganglionnaire cervicale du même côté. Le traitement chirurgical peut être complété suivant le diagnostic histologique par de la radiothérapie à dose-tumeur. Cette intervention demande souvent de sacrifier le nerf facial, ce qui occasionne une paralysie faciale définitive qui pourra être corrigée par greffe nerveuse immédiate (2) ou secondaire ou par réanimation des muscles atteints, grâce au procédé de McLaughlin (3). La très grande majorité de nos patients, soit 97%, ont reçu un traitement adéquat tel que nous venons de le définir.

ÉVOLUTION

Le tableau 2 — nous donne un aperçu des différents traitements employés chez 56 de nos mala-

TABLEAU 2
TUMEURS MIXTES

Traitement:	Nombre de cas	Survie 5 ans	Récidive
Parotidectomie partielle	24	24	6
Parotidectomie totale	5	5	
Radiothérapie et exérèse	1	1	
Aucun traitement	2	2	
TOTAL	32 cas	32 cas	6 cas

des qui ont été suivis de 1948 à 1958 inclusivement et dont nous pouvons apprécier la survie de 5 ans.

Il y avait 32 cas de tumeurs mixtes bénignes; 30 patients ont subi une exérèse chirurgicale, 2 malades ayant un état général qui contre-indiquait l'intervention. Tous ces patients ont survécu 5 ans et les $\frac{2}{3}$ sont encore vivants affichant des survies de 10 à 15 ans. De ces 30 malades opérés, 6 ont présenté une ou plusieurs récurrences pour lesquelles ils ont été réopérés. Il est à noter cependant qu'il ne s'est présenté aucune récurrence après 1952, date de l'entrée en fonction de l'un de nous (A.G.). Il semble que, dans notre petite série du moins, le choix du traitement pour les tumeurs mixtes n'influence pas la survie du malade, puisqu'elle est de 100% après 5 ans. Par ailleurs, nous avons constaté que les récurrences correspondent à une exérèse partielle et incomplète de la glande ou de la tumeur, exérèse incomplète constatée par le pathologiste.

TABLEAU 3
TUMEURS MALIGNES

Traitement:	Nombre de cas	Survie	
		5 ans	10 ans
Parotidectomie partielle seule	5	4	3
Parotidectomie partielle associée à la radiothérapie	4	3	3
Parotidectomie totale seule	3	3	1
Parotidectomie totale plus évidemment cervical	2	1	
Parotidectomie totale plus radiothérapie	4	1	1
Parotidectomie totale plus évidemment cervical plus radiothérapie	2	1	
Radiothérapie seule	1	1	1
Aucun traitement	3	0	
TOTAL	24	14	9

Le tableau 3 — met en évidence la survie en regard des traitements employés pour les tumeurs prouvées malignes. Comme pour la majorité des autres cancers, on peut noter qu'il n'y a pas de ligne de conduite pré-déterminée et que le choix du traitement est tracé sur une base individuelle. Le traitement est d'autant plus radical et combiné que la tumeur est maligne ou qu'elle est à un stade avancé. Dans l'ensemble, la survie de 5 ans chez nos patients atteints de tumeur maligne peut paraître remarquable; toutefois cette survie ne peut réellement être appréciée que si on la compare au type de tumeur qui a été traité.

Aussi le tableau 4 — nous présente les tumeurs malignes qui ont été traitées de 1948 à 1958, groupées suivant leur degré de malignité et aussi suivant leur type histologique.

En considérant la survie, on constate que les tumeurs semi-malignes telle que: le cylindrome, l'épithélioma muco-épidermoïde et les adéno-lymphomes se dissocient nettement des autres types d'adéno-carcinome ainsi que de la tumeur mixte maligne. Celles-ci, en effet, malgré un traitement énergique dans plusieurs cas, demeurent des lésions à mauvais pronostic et le traitement employé ne semble pas influencer l'évolution fatale.

COMMENTAIRES

Des pourcentages basés sur une petite série comme celle que nous avons présentée seraient nécessairement peu réalistes et non objectifs. De même, il est difficile de formuler des conclusions

TABLEAU 4
ADÉNOCARCINOMES (malins)

Variété	Traitement	Evolution	Survie
Paramalpighien cordonal	C.T. 4570 Parotidectomie totale plus évidemment gangl. (1955)	Décès 1956	1 an
Epithélioma à petites cellules	C.T. 4090 Parotidectomie sub-totale (1954)	Décès 1956 (Sarcome de l'épale)	2 ans
Epidermoïde	C.T. 6300 Parotidectomie totale (1957) plus radiothérapie	Décès 1958	1 an
Clinique	C.T. 2589 Biopsie (1952)	Décès 1952	2 mois
	C.T. 5712 Aucun traitement (1956)	Décès 1956	1 mois

trop particulières. Nos statistiques viennent plutôt confirmer les travaux déjà présentés sur le sujet au cours des dernières années.

TABLEAU 5
ADÉNOCARCINOMES NON SPÉCIFIÉS

	Traitement	Evolution	Survie
C.T. 4356	Radiothérapie en 1942. Biopsie et radiothérapie en 1955.	Décès 1956	14 ans
C.T. 261	Parotidectomie sub-totale en 1948. Parotidectomie totale en 1953.	Va bien en 1963	15 ans
C.T. 714	Parotidectomie sub-totale en 1942. Radiothérapie en 1949 pour métastases.	Décès 1950	8 ans

TABLEAU 6
TUMEURS MIXTES MALIGNES

	Traitement	Evolution	Survie
C.T. 539	Exérèse totale et radiothérapie en 1949	Décès en 1949	aucune
C.T. 1953	Exérèse de la tumeur et radiothérapie en 1951	Va bien	12 ans
C.T. 3738	Ectomie totale sous-mandibulaire, évidement cervical, radiothérapie en 1954	Décès en 1956	2 ans
C.T. 4867	Ectomie sub-totale, radiothérapie en 1956	Décès en 1957	1 an

TABLEAU 7
ADÉNOCARCINOMES (semi-malins)

	Traitement	Evolution	Survie
	<i>Cylindrome</i>		
C.T. 5593	Biopsie en 1956	Décès en 1958	2 ans
C.T. 1952	Parotidectomie partielle en 1946	Récidive en 1951-54. Va bien en 1963	17 ans
C.T. 3495	Exérèse glande palatine 1954	4 récurrences au décès en 1959	5 ans
C.T. 3617	Exérèse de glande sous-maxillaire en 1954	Va bien en 1963	9 ans
C.T. 398	Exérèse glande sous-maxillaire en 1948 et radiothérapie	Décès en 1952	4 ans
C.T. 1431	Parotidectomie en 1950	Va bien en 1961	11 ans

ÉPITHÉLIOMA ADÉNOÏDE KYSTIQUE LYMPHOMATEUX

	Traitement	Evolution	Survie
C.T. 4989	Parotidectomie totale (1956) plus évidement cervical en 1958 plus radiothérapie	Récidives 1957-1959 Décès 1962	6 ans

TABLEAU 8
ÉPITHÉLIOMAS MUCO-ÉPIDERMOÏDES

	Traitement	Evolution	Survie
C.T. 1317	Parotidectomie totale (1950).	Récidive en 1955 Va bien en 1963	13 ans
C.T. 6666	Parotidectomie totale, évidement cervical (1958).	Va bien en 1963	5 ans

LYMPHOMES

	Traitement	Evolution	Survie
C.T. 7127	Parotidectomie sub-totale en 1952. Radiothérapie en 1958.	Va bien en 1963	11 ans
C.T. 1581	Parotidectomie totale droite. Biopsie gauche en 1950. Radiothérapie bilatérale.	Va bien en 1963	12 ans

La tumeur mixte des glandes salivaires est une lésion bénigne qui doit être traitée chirurgicalement par une exérèse complète, dès que le diagnostic est posé; tout d'abord à cause du pourcentage reconnu de 10% de transformation maligne et aussi à cause des proportions énormes que peut prendre éventuellement la tumeur. Elle doit être enlevée en entier avec une marge de tissu sain pour éviter les récurrences possibles, celles-ci ayant déjà été rapportées dans l'ordre de 25 à 37%. Dans la majorité des cas, l'exérèse requiert l'identification du nerf facial pour pouvoir en respecter l'intégrité.

Pour la tumeur, le traitement demeure une exérèse totale de la glande en continuité avec un évidement cervical s'il y a présence de métastases ganglionnaires. L'association de radiothérapie n'a pu être démontrée comme très profitable dans les quelques cas où elle fut employée. Toutefois nous croyons que les tumeurs à haut degré de malignité doivent être suivies d'irradiation à haute dose.

CONCLUSION

Le traitement des tumeurs salivaires est chirurgical. Les résultats sont excellents pour la tumeur mixte, car les récives sont très rares, lorsque ces cas sont traités dans un service spécialisé. Il en va de même de la paralysie faciale post-opératoire. Le résultat du traitement des tumeurs dites semi-malignes est très bon dans la plupart des cas (75% de longue survie dans notre série).

L'évolution des tumeurs malignes est beaucoup moins satisfaisante, variant selon le degré de malignité histologique et selon la durée de la maladie.

Résumé

Nous avons présenté d'une manière statistique, le résultat du traitement de 101 cas de tumeurs

salivaires suivis à la Clinique des Tumeurs de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Summary

The results of the treatment of 101 cases of salivary tumors operated on and followed-up at the Tumor Clinic of Hotel Dieu Hospital are reviewed. Rationale of the surgical treatment is delineated and emphasis of pathology shown.

BIBLIOGRAPHIE

1. WARD et HENRICK: Tumors of the Head or Neck. William & Wilkins Co., édit., Baltimore, 1950.
2. ROBIN ANDERSON: Communication personnelle, Congrès annuel de la Canadian Plastic Association, Halifax, 1964.
3. McLAUGHLIN, C. R.: Immediate Primary of Skin Defects with Local Flaps. *Lancet.*, 1: 710-713 (avril), 1953.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS RARE DE KYSTE CONGÉNITAL DU CHOLÉDOQUE: LE DIVERTICULE CONGÉNITAL DU BAS-CHOLÉDOQUE, DÉVELOPPÉ DANS LA LUMIÈRE DUODÉNALE

Robert WEIGAND,

Chirurgien, Hôpital Sacré-Cœur (Montréal)

Les kystes congénitaux du cholédoque représentent une affection rare. Smith (1) en a décelé deux cas dans 757,000 patients admis au Presbyterian Hospital de New-York. La variété diverticulaire est rarissime: 4 cas publiés à date (2). La forme intraduodénale du diverticule cholédocien a fait l'objet d'une publication unique dans la littérature par Alden et Sterner en 1957. (3).

La présente publication ajoute un deuxième cas à celui de Alden et Sterner et propose une classification plus détaillée des kystes congénitaux du cholédoque.

Observation

Il s'agit d'un homme de 34 ans, présentant depuis plusieurs années des symptômes digestifs vagues sous forme de gêne post-prandiale et de sensibilité à l'hypochondre droit, associées parfois à de légères crampes abdominales. Le malade ne vomit

pas, mais il a des nausées fréquentes; pas de jaunisse dans les antécédents.

L'état général est satisfaisant et l'examen physique est essentiellement négatif. La palpation abdominale ne réveille pas de douleur et aucune masse n'est palpable. L'investigation radiologique révèle par contre, à côté d'un estomac et d'un bulbe normaux, une masse arrondie occupant la majeure partie de la deuxième portion du duodénum, relativement mobile et paraissant s'insérer au voisinage de la papille duodénale. Un diagnostic de tumeur de la deuxième portion du duodénum, probablement polipoïde, est posé. (Fig. 1 et 2). La cholécystographie est normale.

Une laparotomie est faite au printemps 1963. L'exploration de la cavité péritonéale ne révèle aucune pathologie visible ou palpable. La vésicule biliaire est saine, le cholédoque est légèrement dilaté et le pancréas est normal. La deuxième portion

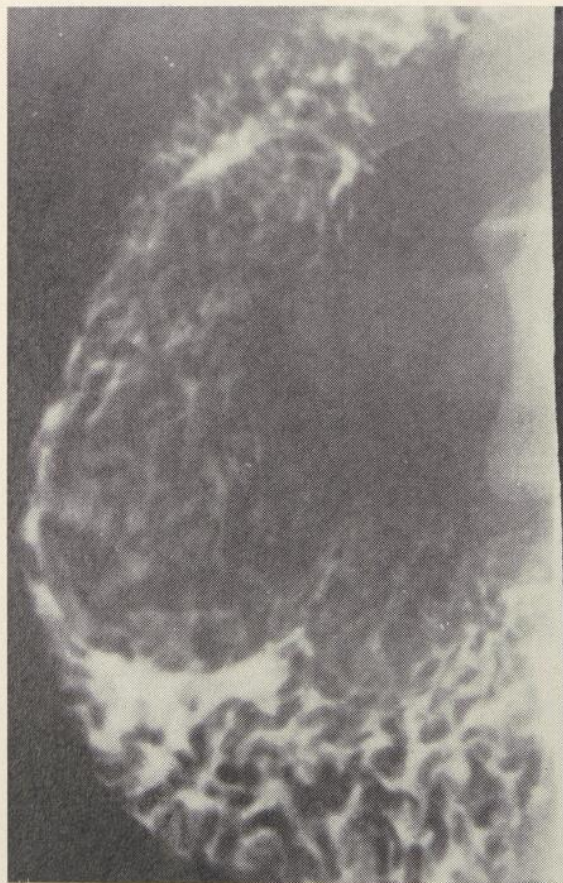


Fig. 1

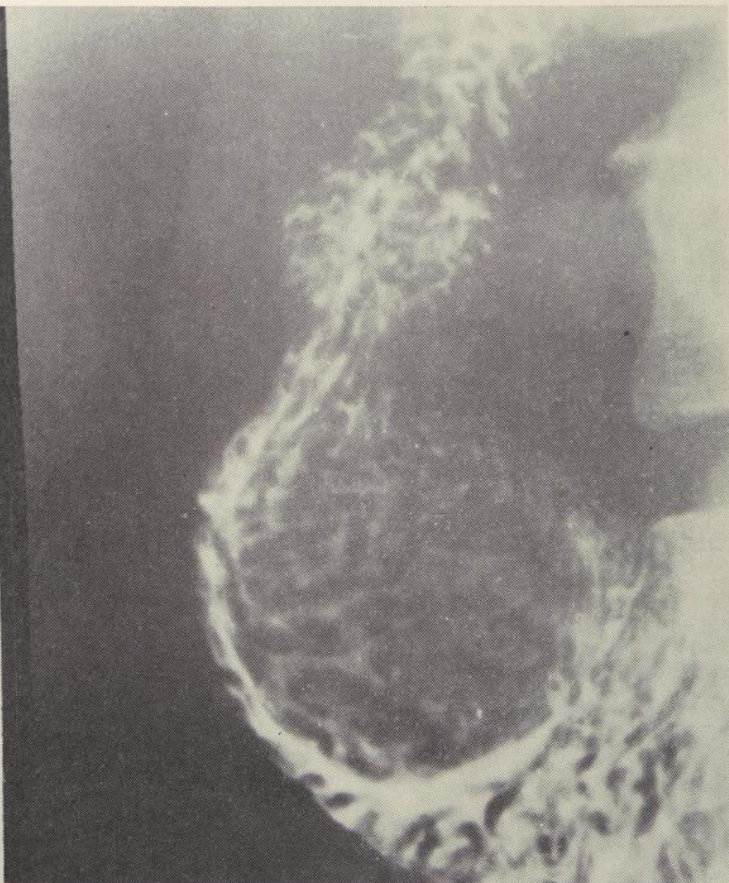


Fig. 2

du duodénum est mobilisée par une manœuvre de Kocher et incisée sur cinq centimètres de long. A travers la brèche duodénale, on découvre alors une masse rénitente, ayant la forme et les dimensions d'une vésicule biliaire, recouverte de muqueuse duodénale et dont la partie distale s'engage dans la troisième portion du duodénum, alors que son extrémité proximale s'insère au niveau de la face postéro-interne du tiers moyen de la deuxième portion à 1 cm en amont de la papille. La base d'implantation mesure environ 1.5 cm, la longueur totale de la tumeur 11 cm. La ponction de la masse ramène une bile vert foncée du type vésiculaire.

Afin de bien exposer les relations du kyste avec le cholédoque, une cholédochotomie est réalisée et ceci permet l'introduction d'un dilateur de Bakes #3 qui franchit aisément l'ampoule de Vater. (Fig. 3). Le kyste est incisé longitudinalement et la communication avec le cholédoque nettement exposée. Cette dernière mesure environ 2 mm de diamètre. On procède ensuite à l'excision circulaire du diverticule en conservant une collerette de 2 mm de large à sa base d'implantation. Plastik de la paroi latérale du cholédoque sur un tube de Cattell #14 et suture de la collerette à la muqueuse duodénale par points séparés. Fermeture du duodénum et du cholédoque. La vésicule biliaire est laissée en place. La paroi est refermée sur un drain sous-hépatique.

Les suites opératoires sont simples. Le tube de Cattell est laissé en place durant deux mois. Le malade, contrôlé cinq mois et dix mois après l'intervention, se dit totalement asymptomatique. Des

radiographies de contrôle montrent l'intégrité du duodénum. (Fig. 4).



Fig. 4

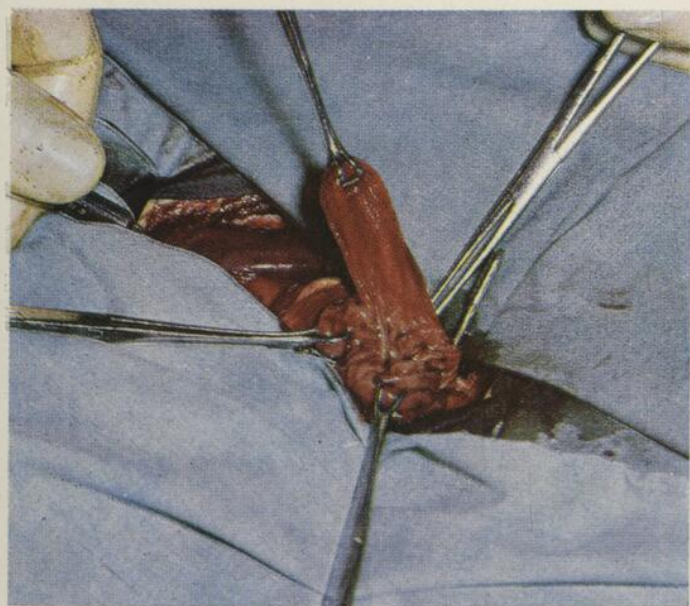


Fig. 3

PATHOLOGIE ET CLASSIFICATION

Dans le grand cadre des kystes congénitaux du cholédoque, dont 450 cas sont actuellement publiés, Alfonso-Ley et ses collaborateurs (2) ont groupé tous les cas publiés sous 25 vocables différents, tels que kystes, dilatations bystiques, diverticules, cholédocèles, cholédochocèles, etc. Dans un remarquable travail d'analyse, et en y ajoutant deux cas personnels, ces auteurs ont élaboré une classification de tous les kystes congénitaux du cholédoque, les séparant en trois types anatomiques et morphologiques. (Fig. 5).

1er type

La dilatation kystique congénitale du cholédoque (Fig. 5a). C'est le type de loin le plus fréquent. Ses caractéristiques sont les suivantes:

1. un arbre biliaire intrahépatique normal,
2. une dilatation secondaire des canaux biliaires extrahépatiques en amont de la dilatation kystique,
3. la dilatation kystique est nettement délimitée en amont et en aval.
4. un rétrécissement très fréquent du bas-cholédoque.

Ces kystes peuvent atteindre des dimensions gigantesques et, comme celui de Browne (4), contenir une vingtaine de litres de liquide.

2e type

Le diverticule congénital du cholédoque. (Fig. 5b). Extrêmement rare, au point que Alonso-Ley et ses collaborateurs (2) dans leur revue complète de la littérature n'en rapportent que quatre cas. Cette variété est caractérisée par la présence d'un diverticule s'insérant sur la face latérale du cholédoque, le reste des canaux biliaires étant normal.

3e type

Le cholédochocèle congénital. (Fig. 5c). Moins rare peut-être qu'on ne le pense, puisque de diagnostic très difficile, à moins qu'on ne songe à le rechercher par cholangiographie. Il a aussi été décrit sous le terme de kyste de l'ampoule de Vater.

Il prend son origine au niveau de la partie intraduodénale du cholédoque et n'atteint jamais la taille des deux autres. Le cholédoque et le *Wirsung* se déversent dans le kyste, qui à son tour se vide dans le duodénum.

* * *

L'observation, qui fait l'objet de cette publication, se situe dans le deuxième type de la classification d'Alonso-Lej, soit celui des diverticules congénitaux du cholédoque. Nous suggérons de subdiviser dorénavant ce groupe en diverticules extra-

duodénaux (Fig. 5b) et diverticules intraduodénaux (Fig. 5b'). Le cas présent trouve ainsi sa place à côté de celui publié par Alden en 1957 (3).

ÉTIOLOGIE

Quant à l'étiologie de ces diverticules, elle est, on ne peut en douter, congénitale. Les variétés de kystes du type 1 et 3 ont été à l'origine de controverses quant à leur origine congénitale ou acquise, la première conception ralliant de plus en plus d'adeptes.

SYMPTÔMES

Presque silencieux dans notre cas, les diverticules intraduodénaux pourraient cependant créer des symptômes dus :

- 1) à la stase biliaire; il s'agit en somme d'une vésicule biliaire intra-duodénale,
- 2) à l'oblitération de sa communication avec le cholédoque par un calcul, de l'œdème ou une torsion,
- 3) au péristaltisme duodénal exagéré que peut déclencher la présence de cette masse rénitente et pédiculée dans la lumière intestinale.

DIAGNOSTIC

Dans la variété intraduodénale, il se fait en premier lieu par le repas baryté radiologique qui décelle une masse intraduodénale molle, de dimensions *variables*, à contour lisse. Le caractère changeant de ses dimensions la différencie d'une tumeur

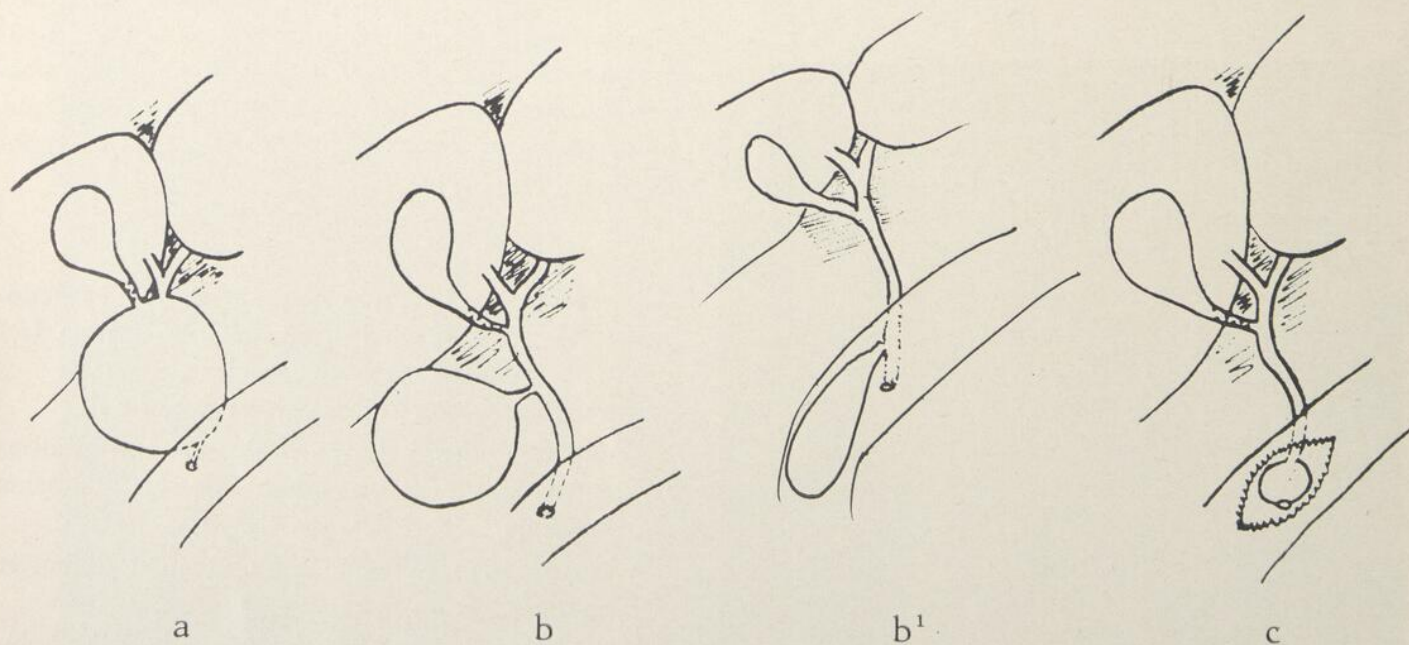


Fig. 5

solide. Dans le cas ici présenté, comme dans celui d'Alden (3), le diagnostic pré-opératoire fut celui de polype duodénal. Le deuxième pas dans le diagnostic positif est la cholangiographie intraveineuse, qui met en évidence le diverticule.

Dans la variété extraduodénale, seule la cholangiographie intraveineuse révèle le diagnostic pré-opératoire.

Résumé

Un cas rare de kyste congénital du cholédoque est présenté. Il s'agit de la variété diverticulaire intraduodénale. La classification de ces kyste est exposée. Le diagnostic repose sur l'interprétation de la cholangiographie intraveineuse.

Summary

A rare case of congenital common duct cyst is presented. It is the second case actually published of the intraduodenal variety of congenital diverticulum of the common bile duct. Classification and diagnosis of those cysts are discussed.

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier la Maison Rougier Inc., de Montréal, pour avoir assumé les frais de la reproduction en couleurs, ainsi que M. Clark, du département de photographie de l'hôpital du Sacré-Cœur.

BIBLIOGRAPHIE

1. SMITH, B. C.: Cyst of the common duct. *Arch. Surg.*, **44**: 963, 1942.
2. ALONSO-LEJ, FERNANDO, W. B. REVER et D. J. PESSAGNO: Congenital choledochal cyst, with a report of two and an analysis of 94 cases. *International Abstracts of Surgery*, **108**: 1-30, (janvier) 1959.
3. ALDEN, J. F. et STERNER, E. R.: Diverticulum of the common bile duct; a case report. *Ann. Surg.*, **145**: 269, 1957.
4. BROWNE, H. J.: Choledochal cysts. *J. Irish M. Ass.*, **37**: 208, 1955.
5. MADDING, G. F.: Congenital cystic dilatation of the common bile duct. *Ann. Surg.*, **154**: 288, 1961.
6. GROVE, W. J.: Recognition and treatment of congenital choledochal cysts. *Arch. Surg.*, **75**: 443, 1957.
7. HANKAMP, L. J.: Congenital choledochal cysts; demonstration by oral cholecystography. *A.M.A.J. Dis. Children*, **97**: 97 (jan.) 1959.
8. LIEBNER, E. J.: Roentgenographic study of congenital choledochal cysts; pre- and post-operative analysis of five cases. *Amer. J. Roentgen*, **80**: 950, 1958.
9. MALLET-GUY, P.: Trois observations de dilatations congénitales dites kystiques du cholédoque. *Lyon chir.*, **54**: 771, 1958.
10. RUDLER, J. C.: Un cas de dilatation kystique du cholédoque. *Lyon chir.*, **54**: 768, 1958.
11. COMTE, H.: Anomalies de la voie biliaire principale. *Lyon chir.*, **49**: 848, 1954.
12. HAYES, M. A.: The developmental basis for bile duct anomalies. *S.G.O.*, **107**: 447, 1958.
13. TSARDAKAS, E. N.: Congenital cystic dilatation of common bile duct; report of three cases, analysis of 57 cases and review of literature. *Arch. Surg.*, **72**: 311, 1956.
14. JAUBERT DE BEAUJEU, M.: Dilatation kystique congénitale du cholédoque (à propos d'une observation). *Lyon chir.*, **59**: 421, 1963.
15. MALLET-GUY, P.: La dilatation congénitale du cholédoque. *Lyon chir.*, **57**: 15, 1961.

A PROPOS D'UN CAS D'HÉPATECTOMIE DROITE RÉGLÉE SUITE À UN TRAUMATISME THORACO-ABDOMINAL

Roger GAGNON,¹ Robert HENCKES,² Roger PLANTE et Léon BÉIQUE

Si la première résection hépatique remonte à Langenbush en 1888 (18), il a fallu attendre un demi-siècle avant de voir pratiquer les premières hépatectomies anatomiques ou réglées.

La première résection lobaire gauche revient à Pettinari (26) en 1940, et c'est à Lortat-Jacob (21-22) en 1952 qu'est créditée la première excision réglée du lobe droit, intervention dont il codifie la technique. Sénèque (31-32), en 1953, publie la technique de l'hépatectomie gauche typique réglée.

C'est à Couinaud que nous devons (8-9-10-11) l'étude anatomique de la topographie vasculo-biliaire du foie. Il est d'ailleurs surprenant que c'est seulement en 1952, grâce aux travaux de cet auteur, que les relations anatomiques entre le pédicule porte et le pédicule sus-hépatique furent précisées. Depuis lors Goldsmith (15), Brasfield (2-3-4), Lloyd-Davies (19), Pack (24), Longmire (20), Hepp (12-17), Brunschwig (5), Bourgeon (1) et autres auteurs (28-30-6) en publient de nombreux cas.

Nous présentons ici un cas d'hépatectomie droite réglée chez un enfant de 12 ans suite à un traumatisme thoraco-abdominal.

Observation

M.L., jeune garçon de 12 ans, a reçu le 15 août 1963 un projectile de carabine dans le thorax. La balle a pénétré au niveau de la 7^{ème} côte droite sur la ligne médio-claviculaire et s'est dirigée vers le corps vertébral de L¹, où il s'est immobilisé. L'enfant est admis en état de choc grave avec détresse respiratoire. L'abdomen est souple.

L'examen radiographique met en évidence un hémio-thorax droit qui est drainé par une pleurostomie.

L'état général s'améliore à la suite de la réanimation (sang - solutés - drainage pleural), mais le patient présente les jours suivants des clochers d'hyperthermie avec soupçon de collection sub-phrénique.

20-8-63: laparotomie. Drainage; évacuation d'un hématome sous-phrénique droit. On constate une plaie déchiquetée à la face supérieure du foie, qui est drainée. Il y a aussi un hématome rétro-péritonéal important.

21-8-63: thoracotomie droite avec débridement et décortication partielle vu l'insuffisance du drainage pleural. Le liquide pleural serait contaminé de bile.

L'évolution semble satisfaisante malgré un écoulement biliaire assez important se manifestant par le drainage abdominal, qui se tarit progressivement. Durant le mois de septembre le patient fait plusieurs crises douloureuses à l'hypochondre droit, avec hyperthermie, choc et chute brutale du taux d'hémoglobine. Il présente en plus un léger ictère et des selles noires. On décide de réintervenir.

4-10-63: réintervention: laparotomie - drainage - cholécotomie et mise en place d'un tube en T: on note la plaie à la face supérieure du foie avec des lésions nécrotiques. Du tissu fibreux dense tapisse l'orifice de sortie de la balle à la face inférieure du foie en arrière des pédicules hiliaires. A l'ouverture d'un cholédoque élargi on draine des caillots de sang et de la bile. Un drainage du cholédoque et de la plaie hépatique est mis en place.

Les jours suivants sont marqués par des crises d'hémobilie, accompagnées une fois par une hématomèse et traitées par des transfusions. Les cholangiographies par le tube en T mettent en évidence une rupture de l'arbre biliaire à droite assez proche du hile avec fistulisation à l'extérieur le long des drains (Fig. 1). Devant l'évidence et la persistance de cette fistule artériobiliaire nous décidons de pratiquer une hépatectomie droite réglée.

21-10-63: hépatectomie droite réglée. (La technique est discutée plus loin). La pièce opératoire pèse 830 grs. et a 19cm de long sur 12cm de large (Fig. 2). On perçoit le trajet de la balle sur lequel se trouvent béantes de nombreuses lumières vasculaires.

L'évolution est favorable. Le patient reste apyrétique et ne présente plus d'hémorragies. Une semaine après l'intervention les tests de laboratoire sont normaux: bilirubine direct 0.57, bilirubine totale 1, transaminases SGOT 17 u., SGPT 18. u., protéines totales 6.2 gr., A/G 0.84, albumines 45.7%, globuline I 7.1%, II 11.3%, B 11.9% et 24%. Un mois après l'intervention les drains sont enlevés sauf le tube en T. Les tests hépatiques restent normaux: thymol 4.7 u., protéines totales 7.7gr avec rapport A/G à 0.91. Une cholangiographie par le tube en T montre une belle arbori-

¹ Service de chirurgie, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

² Résident en chirurgie. Adresse: 4, Beukenlaan, Anvers, Belgique.



Fig. I — La Cholangiographie par le tube en T (4.10.64) met en évidence une lésion de l'arbre biliaire droit qui provoque un épanchement de colorant dans une zone hépatique avoisinante, nous permettant de localiser l'endroit de la fistule artério-biliaire.

sation des branches hépatiques gauches. A sa sortie de clinique le patient pesait 32.5 kgs et a été revu 3 mois après. Il avait repris 12 krs et était en excellente santé.

DISCUSSION

I — Hémobilie traumatique et traumatismes du foie

L'indication de l'hépatéctomie droite résidait chez notre jeune patient en l'hémobilie importante avec spoliation sanguine continue. Il avait reçu avant son intervention 46 bouteilles de sang, soit 19,000cc. Il n'en a plus reçu en période post-opératoire. Nous retrouvons dans la littérature trois cas semblables d'hémobilie traumatique traités par hépatéctomie. Ils sont cités par Thomoret (33), Poulos (29) et Garnier (14). Il est intéressant à noter qu'il s'agit de trois cas d'hépatéctomie droite qui avaient aussi subi plusieurs interventions de drainage avant l'hépatéctomie. D'autres cas d'hépatéctomie droite (Picard (27)) et gauche

(Byrd (7)) pratiqués d'urgence après traumatisme du foie sont aussi rapportés. P. Détrie (13) fait en 1962 une revue intéressante de la littérature et retrouve 28 cas d'hémobilie traumatique. L'origine de cette hémobilie est une communication artério-biliaire qui siège le plus souvent à droite. La symptomatologie, qui se manifeste après un intervalle libre de 16h. à plusieurs mois, repose sur une triade:

- 1) une douleur dans l'hypochondre droit irradiant dans l'épaule droite du type de crise de colique hépatique
- 2) un ictère peu intense
- 3) des hémorragies digestives avec hématomèses et méléna provoquant une anémie grave.

La fièvre est constante et elle est due à l'infection concomitante.

P. Detrie note une mortalité de 50% parmi les cas non traités chirurgicalement. Les autres cas ont subi soit une hépatéctomie droite (un cas cité par Thomeret), soit un tamponnement, soit la



Fig. II — Photographies de la pièce opératoire: la tranche de section hépatique (a), et le bord externe du lobe droit (b). Nous notons au centre et dans la région postérieure de la tranche de section une zone nécrotique, siège de la lésion hépatique.

ligature d'une branche de l'artère hépatique, soit même un cas de ligature de l'artère hépatique, ce qui semble peu compatible avec une survie.

Nous retrouvons dans notre cas la même symptomatologie. La cholangiographie par le tube en T nous a permis de localiser l'endroit de la communication artério-biliaire.

II — Technique de l'hépatectomie réglée

Les bases anatomo-chirurgicales des résections hépatiques ont été établies avec beaucoup de précision par Couinaud (8-9-0-11).

Le foie contient deux pédicules: le pédicule hépatique et le pédicule sushépatique.

Le pédicule hépatique qui comporte les éléments de l'arbre biliaire, de l'artère hépatique et de la veine porte, divise le foie en deux parties: droite et gauche. La délimitation est faite par la scissure portale principale qui passant par le fond du lit vésiculaire, se rend au travers de la bifurcation portale vers le flanc gauche de la veine cave inférieure.

Les foies gauche et droit se divisent en segments paramédians et latéraux. Le lobe caudé lui est une entité à part et il est irrigué par des rameaux droits et gauches. On voit aisément que cette subdivision ne correspond pas à celle, classique, des anatomistes.

Le pédicule sus-hépatique comporte lui principalement les 3 veines sus-hépatiques: la gauche, qui draine le lobe gauche des anatomistes, la veine sagittale ou médiane drainant les parties médianes des foies droit et gauche et se trouvent dans le plan de la scissure portale principale, et enfin la veine droite qui collecte le sang de la partie droite du foie droit. Le lobe caudé possède sa voie de drainage veineux propre.

Ces données anatomiques nous montrent donc que pour réaliser une hépatectomie droite le plan de clivage doit être un peu à droite de la scissure portale principale afin d'enlever toute la portion droite du foie et de laisser intacte la veine sushépatique sagittale bien qu'en ligaturant ses branches droites.

Nous avons pratiqué une hépatectomie réglée. L'incision de thoraco-abdomino-phrénotomie pronée par Lortat-Jacob (21-22), était transrectale et passait dans le 7^{ième} espace intercostal. Ceci nous a permis de libérer complètement le foie en sectionnant les ligaments coronaires droits. De nombreuses adhérences existaient entre le foie et le diaphragme. Les éléments du hile furent d'abord isolés, ce qui s'avéra difficile vu la fibrose impor-

tante qui y siégeait. Les petites veines sushépatiques accessoires et la veine sushépatique droite furent ensuite isolées et ligaturées. Finalement la ligature des éléments hilaires droits, préalablement isolés, complétait la dévascularisation hépatique et un sillon de démarcation net apparut entre les foies droit et gauche le long de la scissure portale principale. Ceci nous permit de pratiquer notre section mousse du foie. Une certaine hémostase de la tranche hépatique fut faite progressivement. Nous avons vérifié l'étanchéité des voies biliaires avec du bleu de Methylène comme l'avait indiqué J. Mercadier (23). Nous n'avons pu ramener de l'épiploon pour capitonner la tranche de section vu la quasi absence de ce dernier chez ce jeune adolescent. Le tube en T est resté en place et un drainage adéquat fut installé.

III — Amplitude de résection et régénération hépatique

On peut extirper jusqu'à 80% du volume du foie, les 20% restant suffisent pour maintenir l'organisme en vie. On connaît d'ailleurs le pouvoir de régénération énorme du foie qui récupère en peu de temps la masse hépatique perdue par hypertrophie compensatrice. La vitesse de régénération, qui est de 1 à 2 mois selon les espèces animales dépend de deux facteurs:

1) *un facteur vasculaire*: le flux portal. Une fistule d'Eck (suppression de l'apport du sang portal) diminue la régénération, tandis qu'une fistule d'Eck inversée (artérialisation de la veine porte ou implantation de la veine cave dans la veine porte) exagère la régénération hépatique.

2) *un facteur humoral*: ce point est mal élucidé, mais on sait que si on met un rat qui a subi une hépatectomie partielle en symbiose avec un autre, le foie du rat sain présente à la fois une hypertrophie ainsi qu'un taux de mitoses six fois plus grand. De même le sérum d'un rat partiellement hépatectomisé injecté à un autre rat y provoque une hyperplasie diffuse du foie.

On ne sait exactement non plus pourquoi cette hypertrophie s'arrête, lorsque la masse initiale est reconstituée, mais il ne semble pas qu'il s'agisse d'un facteur vasculaire.

Pack (25) a eu l'occasion de réintervenir quatre fois après des hépatectomies partielles. Il constate que la régénération est rapide; après deux mois et demi le foie a doublé de volume. Le foie semble avoir tendance à grandir en une forme sphérique. De multiples biopsies montrent que le tissu régénéré est presque identique en beaucoup d'endroits à l'architecture normale du foie.

Toutes les fonctions vitales du foie sont normales après la 3^{ème} semaine post-opératoire. Sobogal de Lima (cité par Pack (25)) note le cas d'une jeune femme qui a subi deux grossesses normales sans évidence d'insuffisance hépatique après lobectomie droite pour hépatome primaire. Cette hypertrophie compensatrice existe déjà en cas de lésions malignes ou destructives du parenchyme hépatique.

Dans ce cas nous avons constaté une franche hépatomégalie compensatrice du lobe gauche lors de l'hépatectomie par rapport aux laparotomies précédentes. Nous n'avons pu contrôler l'évolution du volume hépatique en post-opératoire par la scintillographie vu les risques d'irradiation dans le jeune âge. En plus, les tests hépatiques qui étaient normaux avant l'intervention le sont restés dans les contrôles post-opératoires.

Résumé

Les auteurs publient un cas d'hépatectomie droite réglée après un traumatisme thoraco-abdominal chez un garçon de 12 ans, avec guérison. Ils discutent l'incidence et la pathologie de l'hémobilie traumatique, ainsi que la technique opératoire et la régénération hépatique.

Summary

The authors report a case of right anatomical hepatectomy following a combined thoracic and abdominal trauma with complete success on a boy aged twelve. The incidence and the pathology of traumatic hemobilia are discussed along with the operative technique and the post-operative hepatic regeneration.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOURGEON, R. et GUNTZ, M.: La place de l'Hépatectomie dans le traitement du kyste hydatique du foie. *Rev. Int. Hépat.*, **10**: 1021, 1960.
2. BRASFIELD, R. D.: Prophylactic Right Hepatic Lobectomy for Carcinoma of the Gallbladder. *Amer. J. Surg.*, **91**: 829, 1956.
3. BRASFIELD, R. D.: Right Hepatic Lobectomy for Carcinoma of the Gallbladder. A Five year cure. *Ann. Surg.*, **153**: 563, 1961.
4. BRASFIELD, R. D.: Right Hepatic Lobectomy. *Arch. Surg.*, **84**: 578, 1962.
5. BRUNSCHWIG, A.: Hepatic Lobectomy for Metastatic Cancer. *Cancer*, **16**: 277, 1963.
6. BRUZELIUS SOMMAR.: Partial Hepatectomy and Nephrectomy for Late Metastasis from Carcinoma of the Cervix Uteri. *Acta Chir. Scand.*, **126**: 379, 1963.
7. BYRD, W. M. et McAFEE, D. K.: Emergency hepatic lobectomy in Massive injury of the liver. *Surg. Gynec. Obstet.*, **113**: 103, 1961.
8. COUINAUD, C.: Le foie. Études anatomiques et chirurgicales. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
9. COUINAUD, C.: Hépatectomies gauches lobaires et segmentaires. (Études des conditions anatomiques). *J. Chir.*, **68**: 697, 1952.
10. COUINAUD, C.: Hépatectomies réglées. Base anatomo-chirurgicale. Indications et résultats. *Rev. Int. Hépat.*, **10**: 943, 1960.
11. COUINARD, C.: Les aspects modernes de la chirurgie hépatique. Angle de technique chirurgicale. *Acta Gastroent. Belg.*, **24**: 338, 1961.
12. DEBRÉ, R.; LEMAIRE, A.; HEPP, J. et coll.: Hépatectomie partielle pour une syphilis congénitale sclérogommeuse méconnue. *Presse Méd.*, **70**: 413, 1962.
13. DÉTRIE, Ph.: Hémobilie traumatique. *J. Chir.*, **83**: 186, 1962.
14. GARNIER, H.; HUGUET, Cl. et VINCENT, P.: Hémobilie traumatique traitée par Hépatectomie droite. *Ann. Chir.*, **17**: 1014, 1963.
15. GOLDSMITH, N. A. et WOODBURNE, R. T.: The surgical Anatomy Pertaining Liver Resections. *Surg. Gynec. Obstet.*, **105**: 310, 1957.
16. GRAFF, R. J.: Considerations in the Treatment of Traumatic Hemobilia. *Amer. J. Surg.*, **105**: 662, 1963.
17. HEPP, J.: Place des hépatectomies dans les anastomoses biliodigestives intrahépatiques. *Rev. Int. Hépat.*, **10**: 1005, 1960.
18. LANGENBUSCH, C.: Ein Fall von Resection eines linkseitigen Schnürlappens der Leber. Heilung. *Berlin Klin. Woch.*, **25**: 37, 1888.
19. LLOYD DAVIES, O. V. et ANGELL, T. C.: Right Hepatic Lobectomy. *Brit. J. Surg.*, **45**: 113, 1957.
20. LONGMIRE, W. P. et MARABLE, S. A.: Clinical experiences with the major Hepatic Resections. *Ann. Surg.*, **154**: 460, 1961.
21. LORTAT-JACOB, J. L.: Hépatectomie droite réglée. *Presse Méd.*, **60**: 549, 1952.
22. LORTAT-JACOB, J. L.: L'hépatectomie droite. *Rev. Int. Hépat.*, **10**: 975, 1960.
23. MERCADIER, M.: Les hépatectomies réglées. Conférence à l'hôpital Notre-Dame. Montréal, octobre 1963.
24. PACK, G. T.; MILLER, Th. et BRASFIELD, R. D.: Total Right Hepatectomy for Cancer of the Gallbladder. *Ann. Surg.*, **142**: 6, 1955.
25. PACK, G. T.; ISLAMI, A. H.; HUBBARD, J. C. et BRASFIELD, R. D.: Liver Regeneration after Major Hepatectomy. *Surgery*, **52**: 617, 1962.
26. PETTINARI: *Congr. Soc. Int. Chir.*, 1955, p. 1169.
27. PICARD, J.: Rupture traumatique du foie traitée avec succès par hépatectomie droite réglée d'urgence. *Mém. Acad. Chir.*, **86**: 315, 1960.
28. POULOS, E.: Hepatic resection for massive Liver Injuries. *Ann. Surg.*, **157**: 525, 1963.
29. POULOS, E.; WILKINSON, L. H.; SIMMS, A. G. et coll.: Traumatic Hemobilia treated by massive Liver Resection. *Arch. Surg.*, **88**: 596, 1964.
30. QUATTLEBAUM, J. K.: Hepatic Lobectomy. *Surg. Clin. N. Amer.*, **42**: 506, avril 1962.
31. SÉNÈQUE, J.; ROUX, H. et CHATELIN, H. L.: Technique de l'hépatectomie gauche typique réglée. *J. Intern. Chir.*, **13**: 59, 1953.
32. SÉNÈQUE, J.: L'hépatectomie gauche. *Rev. Int. Hépat.*, **10**: 995, 1960.
33. THOMERET, G.; DUBOST, Cl.; DUBRAY-VAUTRIN, M. et CABROL, Mme A.: Rupture traumatique du foie. Hémorragies secondaires graves dues à une fistule artério-biliaire. Hépatectomie droite réglée. Guérison. *Mém. Acad. Chir.*, **83**: 38, 1957.

MOUVEMENT MÉDICAL

ÉTUDE CLINIQUE D'UN ALIMENT NOUVEAU¹ POUR NOURRISSON

Jacques GUIMOND², Marcel DION³, Maurice BOUCHARD⁴

Jadis l'alimentation maternelle était de règle et fort heureusement elle persiste encore dans la plupart des pays à moins de maladie ou de malformations chez la mère ou l'enfant. Le contexte actuel de la vie sociale poussant fréquemment la maman au travail hors du domicile, l'impossibilité d'avoir de l'aide après l'accouchement, la peur de briser l'esthétique du corps féminin, le laisser-aller de certains médecins et de certaines mamans ainsi que les nouvelles techniques d'élevage nous ont malheureusement fait oublier l'appartenance du lait maternel en propre à l'enfant. Conséquemment, depuis plusieurs années, on s'est efforcé de trouver un lait le plus identique possible au lait maternel. Les deux premiers expérimentés furent d'abord le lait de vache crû, puis le lait de chèvre bien moins connu cependant et que nous oublierons volontairement ici.

Le lait maternel, beaucoup mieux assimilable par l'organisme du nouveau-né que le lait de vache, contient des anticorps, des vitamines et des sels minéraux en quantités idéales pour l'enfant qui voit ses chances de survie augmenter et la fréquence des différentes atteintes pathologiques de son système diminuer à la suite de l'absence de bactéries pathogènes, d'une digestion plus facile et d'une élimination stomacale plus rapide. Les selles, peut-être un peu plus fréquentes sont moins putréfiées et mieux colorées, tandis que le lait de vache provoque des selles plus dures, plus putréfiées et plus pâles à la suite d'une digestion plus lente.

Ces derniers ont une valeur énergétique à peu près identique, mais leurs constituants bien que similaires le sont à des concentrations bien différentes. Ainsi, les protéines du lait humain (1 à 1.5 gm%) sont surtout composées de lactalbumine alors que pour le lait de vache (3.5 gm%), il s'agit surtout de caséine. Les constituants lipidiques des deux laits sont formés par les oléines, les triglycérides, la palmitine, la stéarine et les acides gras volatils (acide butyrique, caproïque et caprique). Cependant dans le lait humain, la majeure

partie est de l'oléine et il y a très peu d'acides gras volatils alors que le lait de vache contient beaucoup moins d'oléine et environ dix fois plus d'acides gras volatils. Pour le premier, les vitamines A, D, C et les sels minéraux Fe et Cu (0.15 à 0.25 gm%) l'emportent tandis que pour le second il s'agit surtout de niacine, de thiamine, de riboflavine et comme sels minéraux de P, Mg, K, Na, Cl, et S (0.7 à 0.75 gm%). Quant aux hydrates de carbone ils ne varient pas qualitativement, mais seulement quantitativement.

A la suite du lait de vache crû parurent le lait pasteurisé, le lait homogénéisé, le lait évaporé, le lait condensé, le lait demi-écrémé, le lait acidifié, etc. Chaque fois on s'est surtout efforcé de les assimiler le plus possible au lait humain. Mais grâce à ces méthodes modernes surgissaient des problèmes: erreurs de concentration, manque d'asepsie, intolérances alimentaires, difficultés pour les mères de manœuvrer ces nouvelles formules. C'est ainsi qu'apparut une nouvelle entité clinique, soit celle du lactobézoar survenant à la suite d'une ingestion prolongée de lait en poudre trop concentré. Aujourd'hui, si l'alimentation maternelle est absolument impossible, on peut lui substituer un lait qui pourra, quoique imparfaitement, répondre aux différents besoins des nouveau-nés et des jeunes enfants.

BUT DU TRAVAIL

Dans ce domaine très spécialisé de l'alimentation infantile, il existe comme nous l'avons vu, chez le pédiatre comme chez les chercheurs de sciences connexes à cette spécialité, une tendance marquée à mettre au point une formule lactée aussi digestible et nutritive que le lait humain. Tel était le but de l'élaboration d'un aliment nouveau que nous avons désiré évaluer chez les nouveau-nés de la Crèche de la Miséricorde, milieu tout spécialement favorable à ce genre de recherche clinique.

Les principaux points considérés furent la courbe pondérale, le pH des selles, le comportement général des bébés, la pathogénicité des colibacilles, la tolérance par l'enfant et l'appréciation des puéricultrices qui donnaient le biberon et s'occupaient uniquement de ces poupons. Ceci implique donc que l'étude fut d'abord clinique et non exclusivement biochimique.

¹ Nan (nestle Canada Ltd.). Essais cliniques à la crèche de la Miséricorde, Montréal.

² Pédiatre en chef à la crèche de la Miséricorde de Montréal, pédiatre à l'hôpital Ste-Justine, Montréal.

³ Pédiatre assistant à la crèche de la Miséricorde de Montréal, pédiatre à l'hôpital Ste-Justine, Montréal.

⁴ Ex-résident de la crèche de la Miséricorde, chef résident — hôpital Ste-Justine, Montréal 1963-64.

SURVEILLANCE MÉDICALE, CONTIGUITÉ
ET CONDITIONS DE TRAVAIL

L'évaluation comparative idéale aurait été celle faite entre des enfants nourris au lait maternel et d'autres à la formule nouvelle N*. Nous avons cependant dû nous résigner à la faire avec le lait *homogénéisé (homo)*.

Chaque enfant était quotidiennement présenté à un pédiatre ou à son résident, qui l'examinait dès les premiers signes d'alarme; l'observation était continuellement assurée par trois puéricultrices uniquement réservées à cette étude. Leur travail consistait à compiler tout incident heureux ou fâcheux, vingt-quatre heures par jour et à consulter immédiatement si quelque chose de sérieux survenait. Elles devaient inscrire quotidiennement le poids de chacun, les volumes de lait ingérés, les pH notés et prélever les selles pour culture; ces deux derniers item ne survenaient qu'à certaines périodes.

Les enfants étaient groupés dans trois des cinq salles destinées aux nouveau-nés où leur nombre approximatif variait de 22 à 25 par salle. Souvent on devait, vu la contiguité, accoler les lits tête-à-tête et ne laisser entre eux que l'espace pour laisser passer le personnel hospitalier et médical. L'âge des enfants variait de quelques jours à quelques semaines, malgré la tentative de les grouper surtout d'après ce barème.

CONDITIONS DE STÉRILITÉ

Elles se présentaient comme suit:

1. — Chaque salle ne possédait au maximum que deux lavabos et tous les enfants y recevaient leur bain quotidiennement.

2. — Les employés des salles, puéricultrices ou infirmières, devaient se laver les mains à l'exachlorophène à chaque bébé et à chaque fois qu'elles sortaient des salles.

3. — La literie était lavée et stérilisée à la buanderie de l'institution.

4. — Tout bébé porteur d'une infection gastro-intestinale, des voies respiratoires supérieures ou de la peau était retiré des salles et isolé.

5. — Aucun visiteur, sauf les médecins, n'était admis dans les salles et ils devaient, ainsi que les infirmières et les puéricultrices, se désinfecter et porter une blouse.

6. — Les biberons étaient préparés de façon stérile à la biberonnerie de l'institution, où ils étaient refroidis adéquatement.

* N — Nan.

INFECTIONS ET LEUR CONTRÔLE

Vu la contiguité plus haut mentionnée, nous avons dû affronter quelques infections qui se sont transmises, telles: conjonctivites, écoulement nasaux, rhinopharyngites, pyodermites, omphalites, etc. . . . Durant toute la durée de cette étude, une importante épidémie de bronchiolite a persisté durant au moins deux mois. Certains de ces cas présentèrent des atélectasies, des pneumonies et quelques-uns durent être mis sous croupette avec oxygène, antibiotiques et parfois même Solu-Cortef.

Après une ou deux selles semi-liquides ou liquides, les bébés étaient retirés dans le coin de la salle. S'il y avait doute de gastro-entérite, même légère ou si la maladie ne régressait pas après dilution du lait ou si l'état général semblait s'aggraver, le bébé était alors transféré à l'unité de gastro-entérite.

BASES DU TRAVAIL

Formules et dilutions:

Pour des raisons insurmontables, les enfants observés dans cette étude clinique furent soumis à l'une ou l'autre formule seulement lorsqu'ils sortaient de la pouponnière, soit en moyenne vers le sixième jour et ceci jusqu'au temps de l'adoption ou du transfert dans une autre salle de l'institution.

Les dilutions de la formule N furent les suivantes:

1 : = 13 calories/once.

2 : = 16 calories/once.

3 : = 20 calories/once.

Pour le lait HOMO, nous avons quatre dilutions:

1 : = 14 calories/once.

2 : = 16 calories/once.

3 : = 18 calories/once.

4 : = 20 calories/once.

Périodes de transition:

Dès la naissance, tous les enfants de la pouponnière étaient sujets à une même formule, soit la formule HOMO. Pour ceux qui plus tard seraient à la formule N, une première période de transition survenait donc vers le sixième jour lors de leur transfert dans les salles. Pour les autres, celle-ci n'existait pas, car ils recevaient déjà le lait HOMO.

D'autres périodes de transition se situaient lors des changements des dilutions. Pour le premier

mois de l'observation, tous les bébés de sept livres et plus, peu importe l'âge, étaient à la formule N # 3 et les autres à l'HOMO # 4. Pour les trois autres mois, nous avons procédé un peu différemment. Dans les quinze premiers jours, peu importe le poids, les bébés étaient tout au plus à la formule N # 2, et les autres à l'HOMO # 3. A quinze jours de vie et plus:

1) S'ils pesaient sept livres et plus, on leur donnait la formule N # 3 ou l'HOMO # 4.

2) S'ils pesaient moins de sept livres, on les gardait à la formule N # 2 ou HOMO # 3 jusqu'au poids minimum de sept livres.

Coprocultures:

La recherche des agents pathogènes dans les selles se fit au laboratoire de Bactériologie de

l'Hôpital Ste-Justine. Les coprocultures furentensemencées et lues par des techniciennes expertes. Ces examens ne purent malheureusement être faits sur tous les enfants et furent pratiqués complètement au hasard sur un nombre à peu près équivalent de bébés comparativement au nombre total à chacune des deux formules.

pH des selles:

L'évaluation du pH des selles fut pratiquée à l'aide du papier tournesol, toujours par la même puérultrice, à raison d'environ une fois par semaine sur tous les enfants.

Composition des laits:

Dans le tableau qui figure ici, nous comparons les constituants des laits Maternel et HOMO et de la formule N.

TABLEAU 1

	Lait Maternel %	Lait N %	Lait HOMO %
Eau	87.0 à 88.0		83.0 à 88.0
Protéines	1.0 à 1.5	1.7	3.2 à 4.1
Lipides	3.5 à 4.0	3.6	3.5 à 5.2
Glucides	6.5 à 7.5	7.9	4.5 à 5.0
Lactalbumine/caséine	1.85	1.88	0.17
Lactose/lactalbumine	9.2	7.0	9.0
Lactose/caséine	17.1	13.1	1.5
Lactose/sels minéraux	33.2	26.8	6.5
Lactose/gras	2.2	2.6	1.3
Sels minéraux	0.15 à 0.25	0.28	0.7 à 0.75
Sodium	0.011 à 0.019	0.026	0.051 à 0.060
Potassium	0.048 à 0.065	0.078	0.138 à 0.172
Magnésium	0.005 à 0.006	0.005	0.013 à 0.019
Calcium	0.034 à 0.045	0.034	0.122 à 0.179
Chlore	0.035 à 0.043	0.0375	0.098 à 0.116
Phosphore	0.015 à 0.040	0.0115	0.090 à 0.196
Vitamine A	60 à 500 U.I.	195 U.I.	80 à 220 U.I.
Vitamine B ₁	0.002 à 0.036	0.05	0.03 à 0.04
Vitamine B ₂	0.015 à 0.080	0.07	0.10 à 0.26
Niacinamide	0.10 à 0.20	0.08	0.10
Vitamine C (mg)	1.2 à 10.8	5.2	0.9 à 1.4
Vitamine D	0.4 à 10.0 U.I.	42.0	0.3 à 44.0 U.I.

Distribution des enfants:

Notre étude porte sur 275 enfants, absolument choisis au hasard quant au sexe et au poids. De ce nombre, 150 furent de sexe masculin, soit 54.5% et le reste de sexe féminin au nombre de 125 soit 45.5%.

Quant au choix de la formule, il fut complètement arbitraire. 173 enfants soit 62.9% furent mis à la formule N et le reste 102 soit 37.1% à la formule HOMO. Les rapports quant au sexe à l'une et l'autre formule furent les suivants:

FORMULE N	Garçons	92/173 = 53.1%
	Filles	81/173 = 46.9%
HOMO	Garçons	58/102 = 56.9%
	Filles	44/102 = 43.1%

pondérale de naissance des bébés à chacune des deux formules. Il faut cependant remarquer que la courbe à l'HOMO (Tableau 2) est un peu plus aplatie que celle à la formule N (Tableau # 3). Ceci s'explique facilement vu que nos graphiques sont basés pour l'HOMO sur 102 enfants alors que pour le N c'est sur 173 enfants.

Poids de naissance:

Dans les deux tableaux suivants, nous avons voulu montrer la courbe générale de distribution

TABLEAU 2
FORMULE HOMO
(102 bébés)

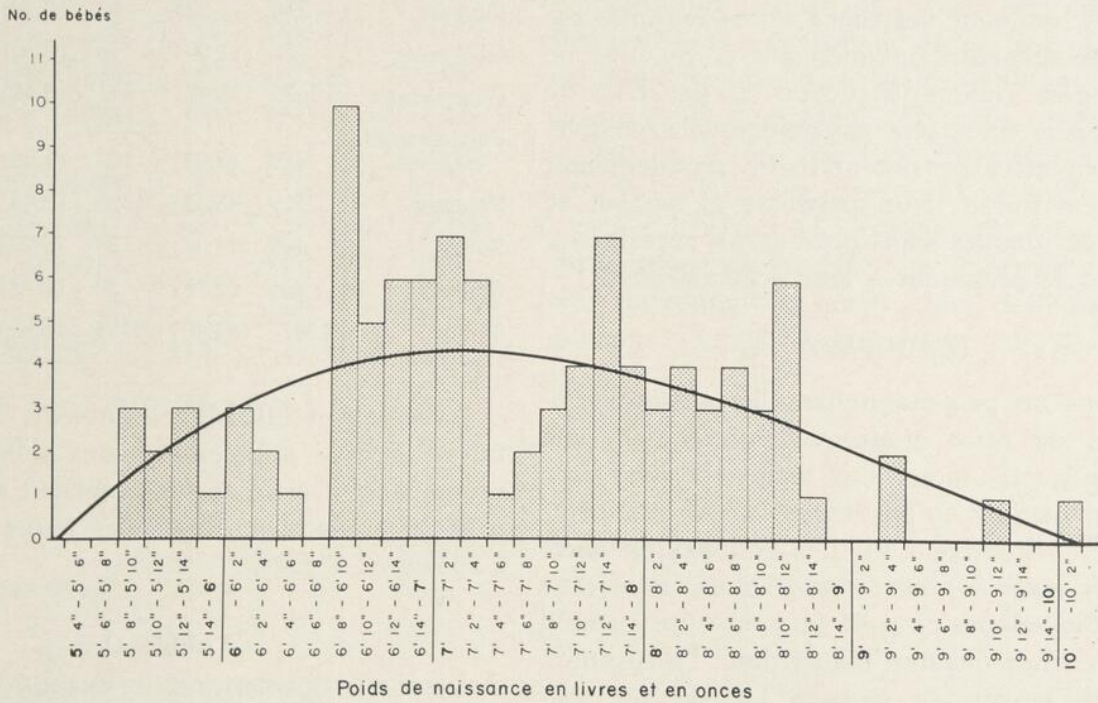
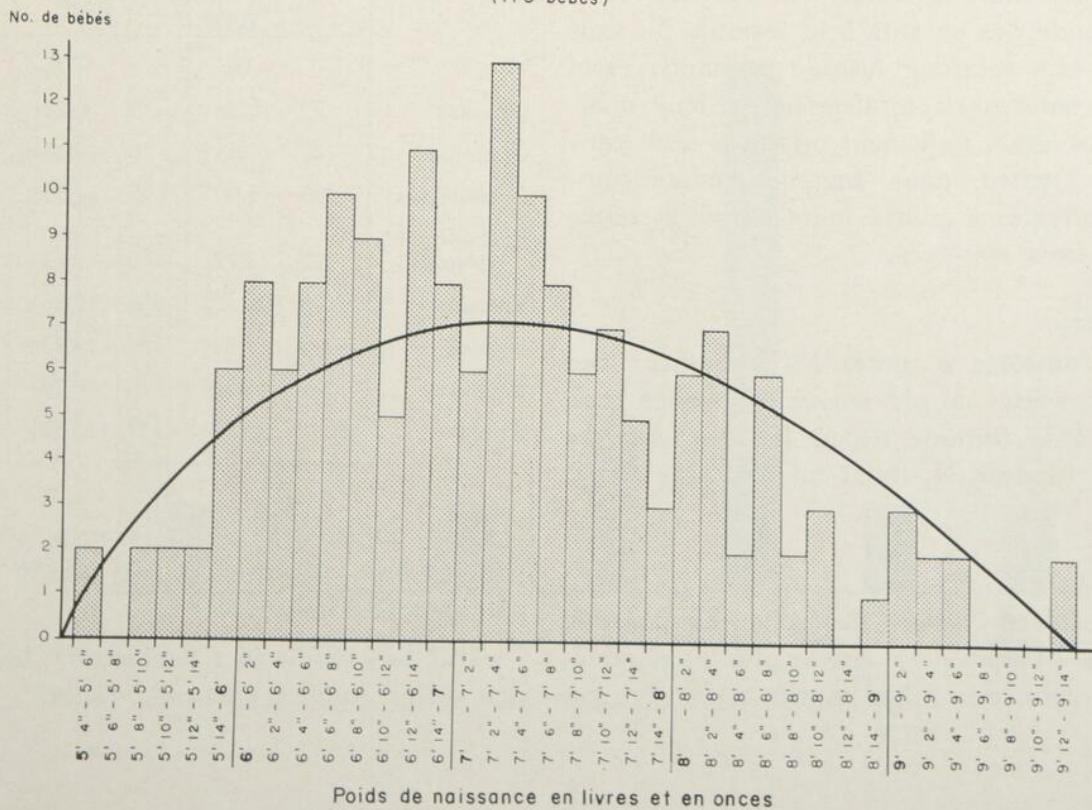


TABLEAU 3
FORMULE NAN
(173 bébés)



Le but de ces deux graphiques est de démontrer visuellement que le maximum de distribution se situe bien au même lieu et qu'ils ont tous deux la même allure, le 50ième percentile pour la formule N ayant été de 7.28 livres et pour ceux à la formule HOMO de 7.33 livres.

Grâce à cette étude, portant sur 275 enfants nouveau-nés canadiens, nous voyons que leurs poids moyens de naissance se situent bien dans les limites de la normale reconnue soit 7 à 7.5 livres. Il va donc sans dire que les parturientes célibataires, donnant naissance à ces enfants, reçoivent une alimentation adéquate et qu'elles ne souffrent pas, comme beaucoup le pensent, de malnutrition et de misère physiologique excessive. Celles-ci en effet consultent assez régulièrement leur médecin durant leur grossesse et surtout se prévalent de tous les soins pré-nataux nécessaires, lorsqu'elles se préparent à leur accouchement.

RÉSULTATS

Discutons un peu maintenant les résultats obtenus lors de cette étude, échelonnée sur une période de quatre mois. Les temps d'observation pour chaque enfant en particulier furent très différents et s'échelonnèrent sur des périodes de quelques jours jusqu'à près de trois mois, selon que l'enfant était adopté presque tout de suite ou qu'il devait séjourner quelque temps dans l'institution. Le nombre moyen de jours à l'HOMO fut tout de même de 26.19 jours alors que pour la formule N il se chiffrait à 26.46 jours.

Un fait important à remarquer fut que l'alimentation solide des enfants à la formule N, sauf deux, a pu être retardée jusqu'à un mois; cette formule les satisfaisait totalement et leur comportement en était nullement affecté. Au contraire, avec l'HOMO, nous devions parfois commencer les céréales à quinze jours de vie et régulièrement à trois semaines.

pH des selles:

Par des contrôles à toutes les semaines avec du papier tournesol, le pH moyen des selles chez les enfants à la formule HOMO fut de 5.8 alors que pour la formule N, il fut un peu plus acide, soit 5.5.

Aspect des selles:

Si on considère l'aspect des selles en général, nous voyons (Tableau 4) que le plus haut pourcentage fut celui des selles jaunes pâteuses, soit

48.33%. En deuxième lieu, nous trouvons les jaunes grumeleuses.

TABLEAU 4

NOMBRES ET POURCENTAGES DE CHAQUE SORTE DE SELLES POUR TOUS LES ENFANTS AUX DEUX FORMULES

Consistance	Couleur		
	Jaunes	Vertes	Brunes
	%	%	%
Liquides	238 (1.52)	62 (0.40)	5 (0.03)
Glaireuses	158 (1.00)	46 (0.30)	5 (0.03)
Granuleuses	3679 (23.46)	541 (3.45)	57 (0.36)
Partiellement pâteuses	789 (5.03)	157 (1.00)	21 (0.13)
Pâteuses	7579 (48.33)	1325 (8.45)	314 (2.00)
Solides	199 (1.27)	34 (0.22)	4 (0.30)
Scybales	435 (2.78)	20 (0.13)	11 (0.70)
Totaux	13077 (83.40)	2185 (13.94)	447 (2.66)

Avec le lait HOMO, (Tableau 5) nous constatons que le pourcentage des selles jaunes pâteuses s'est accru considérablement et se chiffrent à 68.30% alors que les selles jaunes grumeleuses s'abaissent à 5.9%.

TABLEAU 5

NOMBRES ET POURCENTAGES DE CHAQUE SORTE DE SELLES POUR LES ENFANTS À LA FORMULE HOMO

Consistance	Couleur		
	Jaunes	Vertes	Brunes
	%	%	%
Liquides	23 (0.38)	9 (0.15)	1 (0.02)
Glaireuses	20 (0.33)	6 (0.10)	0 —
Granuleuses	363 (5.90)	96 (1.56)	5 (0.08)
Partiellement pâteuses	192 (3.12)	45 (0.73)	1 (0.02)
Pâteuses	4198 (68.30)	636 (10.35)	52 (0.85)
Solides	113 (1.84)	21 (0.33)	0 —
Scybales	339 (5.51)	18 (0.29)	8 (0.13)
Totaux	5248 (85.39)	831 (13.52)	67 (1.09)

Par contre, les selles jaunes scybales sont presque aussi nombreuses soit 5.51% et les vertes pâteuses 10.35%.

Avec la formule N (Tableau 6), le pourcentage des selles jaunes pâteuses (35.47%) est pres-

que identique à celui des selles jaunes grumeleuses augmenté à 34.78%.

TABLEAU 6

NOMBRES ET POURCENTAGES DE CHAQUE SORTE DE SELLES POUR LES ENFANTS À LA FORMULE N

Consistance	Couleur		
	Jaunes	Vertes	Brunes
	%	%	%
Liquides	215 (2.26)	53 (0.56)	4 (0.04)
Glaireuses	138 (1.45)	40 (0.42)	5 (0.05)
Granuleuses	3316 (34.78)	445 (4.67)	52 (0.55)
Partiellement pâteuses	597 (6.26)	112 (1.17)	20 (0.21)
Pâteuses	3381 (35.47)	689 (7.23)	262 (2.75)
Solides	86 (0.90)	13 (0.14)	4 (0.04)
Scybales	96 (1.00)	2 (0.02)	3 (0.03)
Totaux	7829 (82.13)	1354 (14.20)	350 (3.67)

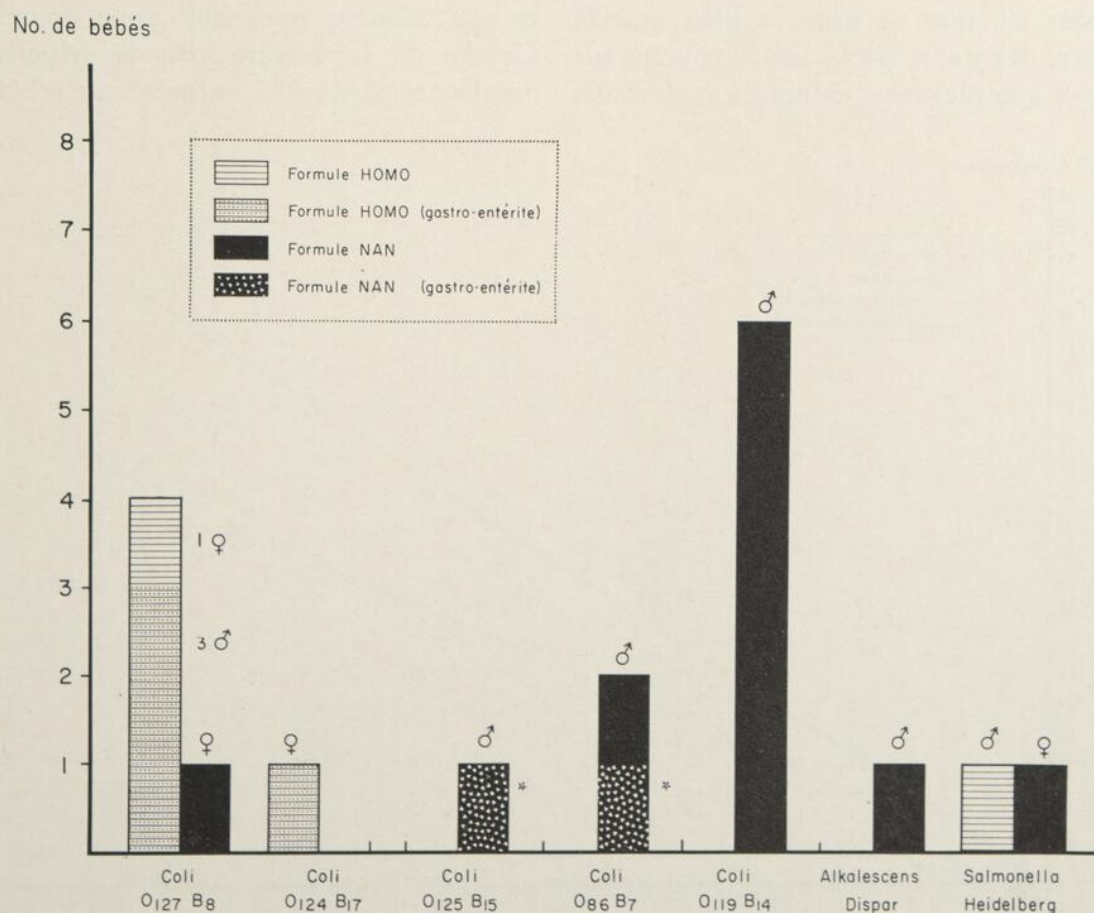
Quant aux selles jaunes liquides, elles furent un peu plus fréquentes avec la formule N (2.26%) qu'avec le lait HOMO (0.38%). La proportion dans les couleurs des selles est demeurée à peu près la même si on considère chacun des trois tableaux et qu'on les compare ensemble.

Coprocultures.

Des coprocultures ne peuvent être faites chez tous et chacun des bébés, mais les selles furent complètement prélevées au hasard tout en tenant compte qu'il fallait qu'elles soient plus nombreuses chez les bébés à la formule N, vu leur plus grande quantité. Malgré tout, elles ne furent pas totalement proportionnelles. En effet, chez ceux, à l'HOMO, il y en eut chez 16 enfants sur 102 (15.7%) alors que chez ceux à la formule N, il y en eut 50 sur 173 enfants (28.8%). Si nous considérons maintenant les coprocultures positives par rapport au nombre total des enfants, nous obtenons: 5.88% à l'HOMO et 6.94% à la formule N.

TABLEAU 7

COPROCULTURES POSITIVES



*Bébé ♂ ayant fait une infection à deux colis pathogènes, l'une après l'autre.

Si, par contre, nous les comparons en regard du nombre des coprocultures à chacune des deux formules, nous calculons: à l'HOMO 37.5% et 24% à la formule N.

Nous devons aussi mentionner, même si les coprocultures sont peu nombreuses et qu'il s'agit peut-être d'un hasard, que les cultures furent positives chez quatre garçons pour deux filles à l'HOMO et chez 9 garçons pour trois filles à la formule N. Les enfants, ayant présenté une gastro-entérite vraie avec selles diarrhéiques importantes et traité furent dans un rapport de quatre pour un à l'HOMO, tandis que pour la formule N, une seule ne fut réellement malade. D'Ailleurs nous devons aussi noter que ce bébé mâle fit deux infections pathogènes successives, soit au Coli O₁₂₅ B₁₅ et Codi O₈₆ B₇.

Enfin, il faut aussi signaler et c'est ce que nous pouvons croire à la suite de notre étude, que la pathogénicité des colibacilles semble diminuer avec l'emploi de la formule N. En effet, nous constatons facilement que les coprocultures avec la formule N furent surtout positives au Coli O₁₁₉ B₁₄, alors qu'avec la formule HOMO, il s'est surtout agi de Coli O₁₂₇ B₈.

Gain pondéral.

C'est surtout ici, que se situe la plus grande différence entre les deux laits. Nous voyons sur le tableau no 8 que plusieurs enfants à la formule

HOMO, même après huit jours du début de l'étude n'ont même pas regagné leur poids de naissance, alors que tous à la formule N étaient revenus à leur poids initial avant le retrait de l'étude.

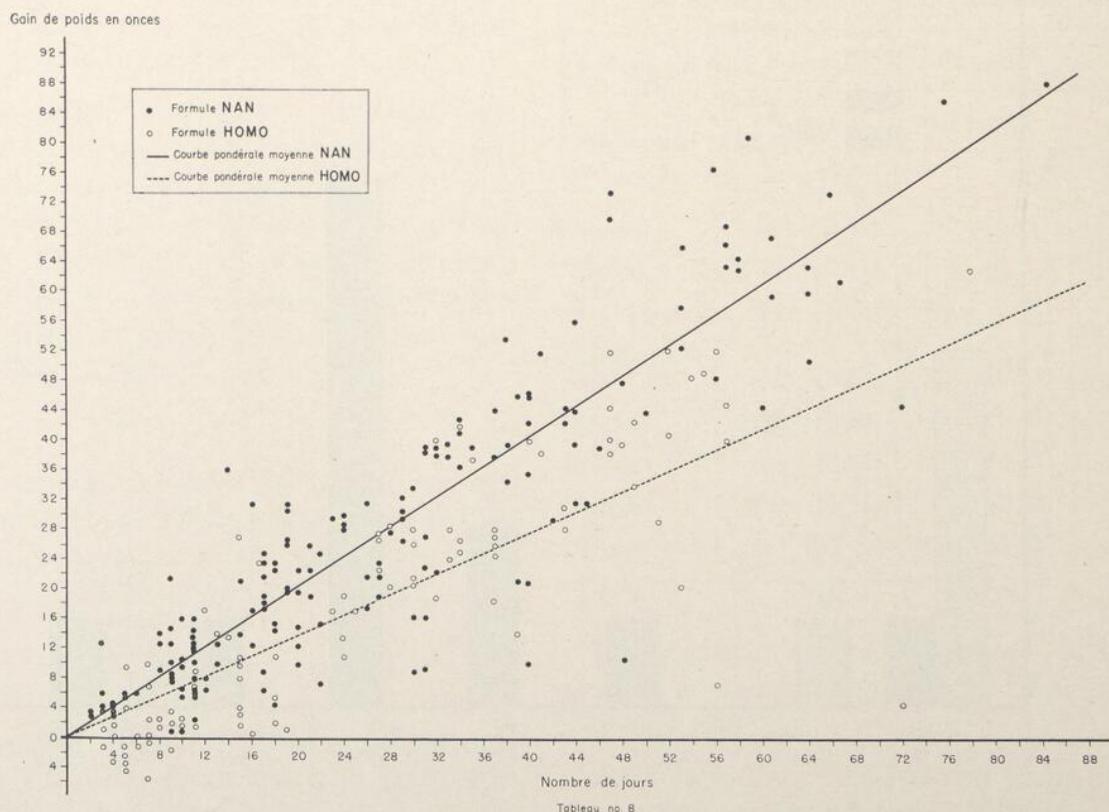
Certains enfants tardèrent longtemps à prendre du poids et surtout avec l'HOMO. Il est aussi facilement reconnaissable que la courbe pondérale moyenne de gain pour la formule N est plus rapide et marquée que celle de l'HOMO. En effet, si nous calculons le gain pondéral moyen quotidien pour chaque enfant à chacune des deux formules, nous obtenons:

Lait HOMO: 0.69 once / jour
Formule N: 1.01 once / jour

Ceci, si nous n'enlevons pas les pertes occasionnées par ceux qui ne purent pas revenir à leur poids initial. Si, par contre, nous soustrayons ces déficits, les valeurs obtenues pour la formule N sont identiques, car pas un bébé n'a perdu de poids, alors que pour l'HOMO elles s'abaissent à 0.68 once/jour de moyenne de gain pondéral quotidien.

CONCLUSION

L'étude comparative faite entre le lait HOMO et cet "aliment nouveau" pour nourrissons à la Crèche de la Miséricorde de Montréal sur un nombre total de 275 enfants et s'échelonnant sur



une période de quatre mois, nous permet de tirer certaines conclusions.

Avec le lait HOMO, les selles sont surtout jaunes, pâteuses et leur pH est plus alcalin qu'avec la formule NAN, où les selles sont plus assimilables à celles d'un enfant nourri au sein, c'est-à-dire plus grumeleuses. Cependant, certains nouveau-nés de ce dernier groupe, présentent des sièges un peu plus irrités. Les coprocultures de la formule HOMO montrent des Colis plus pathogènes que ceux retrouvés avec cet aliment nouveau et ceci s'est confirmé au point de vue clinique. Quant au gain pondéral moyen quotidien, il existe une différence très notable avec la formule NAN, laquelle nous semble plus adéquate pour le nouveau-né.

Enfin, le personnel hospitalier s'est aussi montré plus favorable à cet "aliment nouveau" et comme impression générale, nous croyons que la formule

NAN présente certains avantages appréciables dans le domaine de l'alimentation des nourrissons.

Summary

Here are the conclusions drawn from a comparative study carried out during four months at the Crèche de la Miséricorde de Montréal, where 275 infants were fed on homogenized milk and a new type of infant feeding.

Babies fed on homogenized milk showed yellow stools that were more alkaline than those of Nan fed infants, whose stools resembled more closely the human milk type, that is more curdled. However, a few new borns in the latter group revealed a slightly higher incidence of perianal dermatitis.

Stool cultures taken from the homogenized milk group revealed *E. coli* strains of greater pathogenicity than the Nan group, and this was clinically confirmed. In relation to the average daily weight gain, the Nan formula showed a striking advantage, and we felt that this type of feeding was more suitable for new borns.

Lastly, the hospital staff displayed a greater acceptance of the "new formula". Our overall impression was that the Nan formula offered some distinct advantages in the field of infant nutrition.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

(Fondée à Québec en 1902)

Tome 93, No 10 — Montréal, octobre 1964

A PROPOS DE NÉPHROLOGIE

Des recherches intensives dans les domaines de la morphologie et de la physiologie rénales au cours des deux dernières décennies ont amené un essor marqué de la néphrologie. A vrai dire, bien peu de sec-teurs de la médecine ont été autant choyés par la biophysique et la biochimie.

Deux découvertes fondamentales sont à l'origine de ces progrès: l'avènement des traceurs radioactifs et la microscopie élec-tronique. Cette dernière, associée à l'his-tochimie et à l'autoradiographie, a estompé les limites traditionnelles qui séparaient morphologistes et physiologistes. D'autres techniques, comme la microdissection, la microponction, l'usage des microélectrodes, les procédés de diurèse interrompue, ont permis une appréciation directe et quanti-tative des multiples échanges effectués au niveau du néphron; leur localisation et leur régulation par les agents biologiques et pharmacologiques ont été également éluci-dées. Plusieurs de ces mécanismes de trans-port ont été déjà étudiés à l'échelle molé-culaire et les acquisitions dans le champ de leur énergétique s'accumulent à un rythme encourageant.

Longtemps considéré comme doté de fonctions surtout excrétoires, le rein appa-raît maintenant comme un organe d'homé-ostase, intimement relié à toutes les fonc-tions de l'organisme. Sur le plan clinique, ce concept a suscité une exploration métho-dique des manifestations rénales des affec-tions systémiques, ainsi qu'un vif intérêt à la

physiopathologie des retentissements géné-raux de l'insuffisance rénale.

Le substratum anatomique des grands syndromes "néphritiques" et "néphroti-ques" a été résolu en un spectre d'entités histologiques dont les éléments continuent à s'accroître en nombre. Ont été également identifiés, les altérations rénales rencon-trées au cours de perturbations métaboli-ques prolongées et les effets de nombreux agents toxiques. Pour ne citer que quelques exemples, mentionnons les glomérulopa-thies diabétiques, la néphrite lupique, l'amy-loïdose, les néphropathies kaliopéniques, l'acidose tubulaire, l'intoxication chronique à la phénacétine.

Si, d'une part, de nombreuses maladies systémiques trouvent dans le rein leur orga-ne d'expression, la réciproque est, d'autre part, également vraie: il n'est pas d'appa-reil de l'organisme qui ne soit affecté par l'altération des mécanismes régulateurs du rein. La diversité de la symptomatologie provoquée par la soustraction brusque ou progressive de la fonction rénale suffit pour s'en convaincre: manifestations nerveuses centrales et périphériques, respiratoires, cardiovasculaires, digestives, hématologi-ques, squelettiques, musculaires, cuta-nées...

Encore là, une interprétation physiopa-thologique objective de ces dérangements n'a pu être précisée que par l'application des principes de la physiologie normale. L'en-treprise, souvent ardue, a été très fructueu-se sur le plan de la thérapie: contrôle du métabolisme protéique, corrections des dés-équilibres hydro-électrolytique, acido-basique et phospho-calcique, méthodes d'épuration extra-rénales.

L'empirisme et la négligence "attentive" dont furent longtemps entourés les urémi-ques a fait place à une thérapeutique déli-catement ajustée aux besoins de chaque individu.

Ces progrès ont dévoilé la complexité des problèmes rencontrés par le clinicien de qui on exige un standard scientifique de plus en plus élevé. De là est né le besoin d'une spécialisation plus poussée, phénomène souvent déploré, mais parfois plus apparent que véritable. La néphrologie en est peut-être un des plus beaux exemples.

Julien MARC-AURÈLE

L'OXYGÉNOTHÉRAPIE DU TÉTANOS S'AVÈRE EFFICACE

Un premier éditorial de cette revue¹ contenait un recensement instructif des méthodes récentes en thérapeutiques du tétanos. Il mentionnait entre autres tentatives nouvelles, l'oxygénothérapie sous pression qui avait d'ailleurs été incontestablement bénéfique pour juguler l'évolution de la gangrène gazeuse. Cette oxygénation s'opérait dans une chambre spéciale dans laquelle le malade était soumis à une hyperpression atmosphérique.

Dans un second éditorial² paru quelques mois plus tard, on rapportait une expérience clinique américaine au cours de laquelle on avait appliqué cette thérapie par l'oxygène surpressuré à 3 malades infectés du tétanos. Les trois malades avaient guéri. Les médecins qui avaient obtenu ce premier résultat eurent bien garde de conclure péremptoirement que leurs malades avaient été guéri par l'effet unique de cette nouvelle méthode et ils laissèrent à des expériences ultérieures le soin de démontrer le bénéfice réel de cette méthode jusque-là inusitée dans le traitement du tétanos. Elle ne manquait pas de vraisemblance, puisqu'elle encourait une saturation en oxygène de tous

les tissus de l'organisme et pourchassait de la sorte le bacille du tétanos, anaérobie excessivement sensible à l'action de l'oxygène.

Un article tout récent³ semble établir l'effet vraiment curatif de l'oxygénation sous pression. Les auteurs rapportent le traitement de neuf malades dont les quatre premiers reçurent le traitement classique en plus de la nouvelle méthode, alors qu'on ne s'en tint exclusivement qu'à la thérapie par l'oxygène, pour les cinq autres.

La méthode employée n'est pas tout-à-fait celle qui fut précédemment employée et qui se résumait en somme à placer le malade dans une chambre spéciale pouvant supporter 3 atmosphères de pression.

Ici, on employa une chambre cylindrique à décompression dans laquelle on introduisit de l'air sous pression à la vitesse de une à deux livres de pression par pouce carré et par minute. Pendant que la pression passait de 15 à 30 livres, on faisait respirer de l'oxygène au malade en interrompant l'envoi du gaz, insufflé au moyen d'un masque, pendant une à trois minutes toutes les 15 à 30 minutes. La pression était maintenue à 30 livres pendant 2 heures et l'insufflation d'oxygène était poursuivie pendant la décompression jusqu'aux 15 livres de pression.

Les neuf malades furent guéris. Ils reçurent de 1 à 5 traitements quotidiens. En deux semaines, ils reçurent leur congé. Trois de ces malades présentaient un tétanos grave, convulsant presque continuellement, affirment les auteurs.

Ces derniers sont d'avis que cette thérapie à l'oxygène peut même éliminer la sérothérapie, l'emploi des curarisants ou relaxants musculaires et même le recours à la trachéotomie. Son action s'exercerait

1. DESJARDINS, Édouard: Concepts nouveaux dans le traitement du tétanos. *L'Union Médicale du Canada*, 91: 874 (août) 1962.

2. AMYOT, Roma: Le tétanos traité par le bain d'oxygène. *L'Union Médicale du Canada*, 91: 1278 (nov.) 1962.

3. PASCALE, L. P. et coll.: Treatment of Tetanus by Hyperbaric Oxygenation. *J.A.M.A.*, 189: 408 (10 août) 1964.

sur le bacille tétanique lui-même par l'action de l'oxygène tenu en haute tension dans les tissus; elle freinerait, au surplus, la production de toxine, oxyderait cette dernière en circulation et même au sein de la cellule nerveuse.

Ce traitement ne manque pas de présenter certains dangers rattachables aux périodes de compression et de décompression, de même qu'à l'intoxication par l'oxygène qui provoquent des fourmillements, pouvant même être la cause de convulsions, d'hémiplégie et même de décès.

C'est pour éviter ces dangers que les auteurs ont interrompu périodiquement l'envoi d'oxygène durant les séances de la cure.

À tout événement, cette méthode s'avère intéressante et surtout se rapportant à une maladie dont la mortalité est de 30 à 50% malgré les traitements les plus assidus, variés et compliqués appliqués par des équipes de médecins les plus habilités; elle mérite qu'on l'assouplisse et qu'on la rende accessible à une utilisation courante, si une expérience encore plus vaste en confirme vraiment l'efficacité. Elle pourra simplifier grandement toute la gamme des moyens complexes qu'on emploie actuellement et qui cependant ne comporte que 50% de succès, et jusqu'au terme où tous les individus auront reçu preventivement le vaccin antitétanique.

Roma AMYOT

VARIÉTÉS

LA CONCEPTION PSYCHOSOMATIQUE DE LA MÉDECINE ¹

Certains auteurs se servent du terme "psychosomatique" pour décrire des troubles à l'origine desquels les facteurs psychologiques jouent un rôle primordial — par exemple l'hypertension, l'ulcère gastro-duodéal et l'asthme. D'autres maintiennent que le terme embrasse la médecine tout entière. Selon eux l'homme sain ou malade, constitue une unité psychosomatique; il n'existe ni maladie psychique ni maladie somatique, mais seulement la maladie.

Cette conception unitaire, de vaste portée, oblige le médecin à étendre les limites traditionnelles de son activité — corriger des troubles organiques par des moyens purement physiques — et à tenter d'embrasser la totalité des facteurs intervenant dans la maladie — sociaux, culturels et psychologiques aussi bien qu'organiques et héréditaires.

La conception plus étroite concentre l'attention sur des affections peut-être plus faciles à étudier et à traiter, mais elle bat en brèche la conception unitaire de la médecine et ressuscite la vieille distinction de l'esprit et du corps. Elle incite en outre à négliger pour certains troubles les facteurs psychologiques et pour d'autres les facteurs somatiques.

Telles sont certaines des conclusions exprimées dans le Treizième rapport du Comité OMS d'experts de la Santé mentale. Le Comité, qui s'est réuni du 22 au 28 octobre 1963, n'a pas tenté d'établir une définition rigide du terme "psychosomatique", mais a souligné que des facteurs psychologiques contribuent, à des degrés variables, à l'étiologie de diverses affections, et qu'en l'état actuel des connaissances, la ligne de démarcation entre les troubles les plus psychogènes et ceux qui le sont moins (c'est-à-dire entre ceux que l'on peut appeler en pratique psychosomatiques et ceux à qui ce terme ne peut s'appliquer) doit être tracée dans chaque cas particulier.

Cette façon de voir réconcilie les deux conceptions dans une certaine mesure. L'on peut accepter l'idée que la notion d'esprit et de corps s'étend à toute la médecine mais qu'il est préférable de concentrer son attention sur les maladies associées depuis longtemps à des facteurs psychologiques. Cela permet aux chercheurs d'étendre à volonté l'optique psychosomatique, selon que le problème se rapporte au traitement, à la prévention ou à la recherche.

Sur cette base également, certains chercheurs seront autorisés à adopter une optique objective, selon laquelle le psychisme est considéré comme l'expérience subjective de certaines fonctions du système nerveux (la psychologie dépendant de la neurobiologie, par exemple), alors que d'autres tenteront de soumettre à une investigation scientifique les émotions, les motivations et les valeurs humaines.

Stress et tension

L'étiologie des troubles psychosomatiques est loin d'être claire. Si l'on prend pour modèle la résistance des matériaux, où la contrainte ou la charge produisent une déformation, une tension, le "stress" peut être défini comme une contrainte venant du milieu et déclenchant chez l'homme une réaction de "tension". Des événements tels que la privation d'amour, la séparation, ou la crainte de phénomènes naturels tels qu'un tremblement de terre peuvent produire un stress psychologique dont l'intensité variera d'un individu à l'autre. Le stress s'exprime affectivement et l'affect le plus commun est l'anxiété qui se manifeste par une réaction motrice neurovégétative et endocrinienne et par la perception subjective des conséquences somatiques de cette réaction — le sentiment de crainte. Peu importe que la source du stress soit réellement importante ou insignifiante; l'essentiel est l'effet subjectif exercé sur l'individu.

La modification répétée ou continue, à la suite d'un stress, de la fonction d'un organe peut provoquer des altérations tissulaires qui finissent par devenir irréversibles. Par exemple, la contraction réitérée ou constante des artérioles rénales entraîne leur sclérose.

Une question non encore résolue est celle de savoir si un stress déterminé a pour conséquence le trouble d'un organe déterminé ou si le stress s'exerce sur plusieurs organes et finalement entraîne un trouble dans les organes les plus sensibles, dont la vulnérabilité dépend de facteurs tels que la prédisposition génétique, l'infection ou un conditionnement préalable. Les observations sont contradictoires, mais l'expérience clinique suggère l'existence d'un rapport spécifique, bien que le mécanisme soit inexpliqué.

L'on a cherché à déterminer le rôle joué par le stress dans l'étiologie de plusieurs maladies. Parmi elles figurent l'hypertension, l'ulcère gastro-duodéal, l'asthme, la rectocolite hémorragique, la

¹ Chronique O.M.S., août 1964.

thyrotoxicose, la névrodermite, les coronarites, la migraine, le diabète et la polyarthrite chronique progressive. Sans confirmer ni infirmer l'hypothèse d'une psychogenèse, les faits indiquent que selon toute probabilité le stress contribue à l'apparition de la maladie, déclenche les symptômes ou les complications et accélère le processus. Ainsi l'anamnèse des malades met en évidence l'existence d'un rapport entre l'évolution de leur maladie et les émotions ressenties. En outre, l'on a montré que dans l'hypertension essentielle un stress émotionnel a sur les systèmes nerveux central et végétatif des retentissements qui ont pour effet d'accroître la constriction des artérioles et la résistance périphérique, deux phénomènes caractéristiques de l'affection. Mais rien ne prouve encore qu'il puisse causer effectivement la maladie.

Des tests psychologiques ont fait ressortir d'intéressantes différences de personnalité entre les sujets présentant tel ou tel trouble psychosomatique, mais des recherches sont nécessaires afin de savoir si ces différences résultent de la maladie ou contribuent à la produire.

Lorsque des névroses sont provoquées chez l'animal, des troubles physiologiques tels que le sifflement asthmatique ou des perturbations des rythmes cardiaque et respiratoire peuvent être observés. L'on a pu prouver la formation d'ulcères de l'estomac chez les rats et les singes et des conflits "inter-animaux" ont donné lieu à des vomissements chez les chiens et, chez des rats, à un épuisement cortico-surrénal et à la mort.

Les recherches nécessaires

Les troubles psychosomatiques constituent un domaine largement ouvert à la recherche, du fait que les mécanismes en sont encore mal connus.

Les recherches en cours comprennent: a) des études rétrospectives sur les rapports éventuels entre les antécédents psychologiques et médicaux; b) des études comparatives transversales où l'on met en parallèle des groupes assortis de malades et de sujets sains ou des enquêtes épidémiologiques sur des groupes entiers de population possédant des caractéristiques marquées — une culture particulière ou une exposition habituelle aux situations de stress; c) des études prédictives, où l'on met à l'épreuve les hypothèses concernant une maladie particulière, en prévoyant quels seront les individus qui la contracteront, ou quelles seront les conditions psychologiques et sociales qui entraîneront l'augmentation de son incidence au sein d'une population donnée.

Les techniques d'expérimentation comprennent différentes sortes d'interviews, des tests de performance, l'utilisation de médicaments et de l'hypnose, les films, le téléenregistrement des altérations physiologiques, la privation de l'usage des sens et l'exploration des rêves.

L'évaluation de la réponse psychologique est difficile, car l'expérimentateur doit s'en remettre dans une large mesure à la description verbale par un malade qui peut ne pas avoir pleinement conscience de ses réactions véritables. Le problème de l'interprétation est compliqué par l'orientation doctrinale de l'observateur. Il existe souvent une différence considérable entre l'affect qu'une manipulation du milieu est censée engendrer et ce qu'éprouve effectivement le sujet; des recherches sur le problème de l'observation et de l'interprétation objectives sont absolument nécessaires.

Certaines situations de la vie réelle apportent souvent d'intéressants sujets d'étude. Les effets psychosomatiques de la guerre ou des migrants ont fait l'objet de recherches. Des situations émotionnelles aiguës peuvent aussi se créer lorsque les membres d'une famille savent que la mort de l'un des leurs est imminente.

Études épidémiologiques

Toute recherche portant sur des populations entières ou sélectionnées en vue d'établir la répartition des désordres psychosomatiques et de la rapporter à des facteurs sociaux et culturels est grevée de certaines difficultés fondamentales. Dès que le chercheur s'écarte de la documentation authentique contenue dans les dossiers médicaux, il se trouve dans un domaine mouvant. Au sein d'une population peuvent se trouver beaucoup de sujets présentant des troubles sans gravité et ne figurant par conséquent dans aucun registre médical. Le nombre des sujets sains demeure ainsi mal connu; le chercheur ne sera en outre pas suffisamment renseigné sur les facteurs sociaux. Cependant, grâce à la comparaison de deux populations, de telles sources d'erreur tendent à se contrebalancer et l'on peut alors tirer des conclusions sur l'influence psychosomatique de divers facteurs culturels et sociaux.

Parfois l'on met ainsi en évidence des rapports permettant de choisir entre deux hypothèses. Par exemple, l'on a découvert que les symptômes psychonévrotiques avaient tendance à se manifester chez le même individu, ce qui porte à croire que les troubles somatiques et les névroses expriment un type général d'instabilité psychophysiologique et ne s'excluent donc pas les uns les autres.

Dans tout ce domaine, il y a quelque difficulté à évaluer exactement la part de l'élément psychologique dans les troubles psychosomatiques. Dans certains cas, il est déterminant, dans d'autres peu important.

Les études portant simultanément sur plusieurs milieux culturels aboutissent souvent à des résultats très approximatifs mais leur importance n'en est pas moins grande, car elles mettent en lumière la diversité des symptômes psychosomatiques et permettent d'évaluer le rôle des frontières culturelles.

Il convient d'entreprendre des recherches plus poussées sur les groupes professionnels dans lesquels certains troubles psychosomatiques, comme l'ulcère gastro-duodénal et la coronarite, sont fréquemment observés.

Hérédité et développement

Plusieurs études consacrées aux principales maladies psychosomatiques — asthme, ulcère et hypertension — mettent en évidence l'existence de tendances héréditaires, mais la connaissance de cet aspect de la médecine psychosomatique est nettement insuffisante et des recherches plus approfondies sont nécessaires. Il faut tenir compte non seulement des maladies elles-mêmes, mais aussi des divers états du système neuro-endocrinien et du système nerveux central et des relations génétiques éventuelles entre certains troubles psychosomatiques et les névroses, l'extraversion et les anomalies caractérielles.

Les problèmes psychologiques des victimes des principales maladies psychosomatiques semblent être associés à de graves perturbations survenues lors de la première et de la seconde enfance. En outre, la connaissance de la psycho-physiologie du développement est très limitée, et les recherches longitudinales sont difficiles. Il convient d'élaborer de nouveaux modèles expérimentaux avant d'entreprendre avec fruit des recherches de cet ordre.

Traitement

Le traitement des troubles psychosomatiques incombe habituellement au médecin non psychiatre. La relation médecin-malade est de la plus haute importance, le plus souvent décisive. Les buts du médecin doivent par conséquent être fixés avec réalisme; il est peu sage de tenter une cure complète qui serait d'une difficulté extrême et risquerait de conduire à des frustrations. Il est cependant possible d'aller plus loin que la simple suppression des symptômes; l'on peut chercher à améliorer les

capacités fonctionnelles du malade et à prévenir les rechutes, exacerbations et complications. La tâche du médecin sera facilitée par une connaissance parfaite de la personnalité de son malade, de ses conflits, de ses stress, de sa situation de famille.

Du fait que le malade est partie intégrante d'un groupe, tout changement apporté par le médecin à ses attitudes portera atteinte à l'équilibre du groupe et des symptômes psychosomatiques pourront apparaître chez un autre membre de la famille. D'un autre côté il est possible que l'élimination du stress chez un malade contribue à chasser les stress du groupe et ait pour conséquence un sentiment général de bien-être. Le groupe a une importance telle que certains thérapeutes ont à cœur de traiter le groupe tout autant que l'individu malade.

Le traitement a plus de chances de réussir quand le médecin possède des notions de psychiatrie et connaît les circonstances de la vie du malade. Lorsque celui-ci est amené à parler de ses sentiments de frustration, d'envie, de culpabilité, par exemple, et à en discuter, il peut en ressentir un soulagement.

Bien que nombre de malades aient été traités par différentes formes de psychothérapie, peu d'études ont été consacrées à l'évaluation statistique des résultats. Les fluctuations du syndrome somatique pourraient être utilisées pour mesurer les changements obtenus; cette mesure serait assez précise dans les cas où l'on peut utiliser des instruments.

L'on se sert maintenant couramment des tranquillisants et des sédatifs, mais l'on a très peu étudié leur action. L'on ne sait pas comment ils agissent ni pourquoi, dans certains cas, ils échouent. Le choix attentif des médicaments en vue de résultats précis aiderait peut-être à élucider certains mécanismes psychophysiologiques.

Médecine psychosomatique et enseignement

La conception psychosomatique de la médecine générale est assez importante pour justifier son inscription dans les programmes d'études médicales universitaires. Dans plusieurs centres médicaux, l'on a institué des discussions régulières, en groupes restreints, de conférences ou de lectures imposées. L'attitude du professeur est, évidemment, d'une importance capitale; s'il a lui-même adopté en face de la maladie une optique véritablement psychosomatique, il communiquera sa conception à ses étudiants. L'enseignement des aspects cliniques de la médecine psychosomatique se fera de préférence

en dehors du service psychiatrique d'un hôpital; les psychiatres y participeront en tant que professeurs consultants.

La thérapeutique psychosomatique n'intéresse pas seulement le médecin mais aussi l'infirmière qui, étant en contact direct avec le malade, a de fréquentes occasions d'appliquer les principes psychosomatiques. Elle doit recevoir très tôt un enseignement précis à ce sujet et durant toutes ses études, la conception psychosomatique de la médecine doit lui demeurer familière. Elle devrait prendre part à la discussion instituée à propos de chaque malade par l'équipe intéressée au traitement: médecin, psychiatre, et infirmière.

Le traitement des troubles psychosomatiques réels doit, selon le douzième rapport du Comité OMS d'experts de la Santé mentale, être enseigné par quelqu'un qui a reçu une formation approfondie en médecine interne et en psychiatrie ou, à défaut, par un médecin travaillant en collaboration avec un

psychiatre. L'on doit enseigner à l'étudiant l'adoption d'une attitude holistique et à se méfier des théories sur la psychogenèse comme sur la physiogenèse.

Jusqu'ici, les spécialistes de la médecine psychosomatique se sont plus ou moins formés eux-mêmes et ce n'est que récemment que l'on a commencé à mettre au point des programmes, assortis de bourses d'études, afin de stimuler les recherches dans le domaine de la psychiatrie, de la science du comportement et du système nerveux, vaste domaine comprenant les troubles psychosomatiques.

La conception psychosomatique, aussi bien en médecine générale que dans le traitement d'affections spécifiques, est le fondement d'une étude de l'homme considéré comme un tout mental et physique. Il faut du courage pour aborder le problème dans son ensemble; une telle tentative se situe à la limite des connaissances actuelles sur la vie humaine.

LE MÉDECIN DEVANT LA SOUFFRANCE

Jean ALBERT-WEIL

Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine (Paris)

Le problème de la Souffrance humaine vue et observée par le médecin n'est pas un problème simple. Le médecin, bien entendu, ne doit pas demeurer insensible devant le spectacle de douleurs à la fois physiques et morales qui s'offre chaque jour devant lui. Mais s'il doit compatir, il doit aussi comprendre. Il doit se souvenir que l'on attend de lui non pas tant de la compassion, mais une prise de contact, une perception plus intime et plus profonde, un savoir étendu qui lui donneront le pouvoir de traiter, de produire un amendement, et, quand cela sera possible, de guérir.

"Il ne faut jamais oublier, écrivions-nous, dans notre livre "De la Souffrance à la Pensée", que "l'homme, être doué de plus de conscience claire que tous les autres êtres de notre monde terrestre, "pense ses sensations". Ce qui veut dire, bien souvent il ne se borne pas comme des créatures plus élémentaires à éprouver des sensations douloureuses ou agréables, mais *qu'il bâtit sur ces sensations des constructions psychologiques plus ou moins étendues qui ne constituent, en somme, que des épiphénomènes, le fondement réel demeurant le malaise ou la jouissance bruts.*"

D'après Ribot, les associations d'idée sont superficielles, l'essentiel, ce sont les états affectifs. La vie affective a beaucoup plus de poids que l'intelligence, et même quand le raisonnement et les idées prennent un grand développement, la vie affective conserve son indépendance et ses lois.

Si un animal familier, tel qu'un chien ou un chat, souffre ou éprouve un malaise du fait d'un état morbide, il est vraisemblable, puisqu'il ne dispose d'images représentatives qu'en nombre relativement restreint, qu'il ne saurait sur cette souffrance échafauder une psychose complexe. Il en va souvent tout autrement chez l'homme qui dispose d'un monde d'idées et de représentations, qui sent naître en lui des tendances innées ancestralement léguées, ou acquises inhérentes à sa nature même. À tout cela les plus élevés des animaux supérieurs sont et demeureront à jamais étrangers.

La Souffrance et la Douleur chez l'homme sont donc toujours *des phénomènes pensés*.

La Souffrance et la Douleur sont des facteurs de faiblesse, d'impuissance à agir.

On se souviendra toujours que, comme l'ont dit Adler, et nous-même dans notre étude intitulée "Du Nietzscheïsme à l'Amour", un des instincts

les plus profonds de l'être humain est l'instinct de domination tendant à l'idéal de Puissance.

On recherchera toujours chez un individu donné les manifestations possibles de son "instinct de domination", de sa Volonté de Puissance qui pourra être plus ou moins forte. — Et l'on tentera de déceler les confits qui auront pu se produire entre cette "Volonté de Puissance" et les circonstances diverses avec lesquelles le sujet aura pu être aux prises durant son existence.

C'est la "Conscience de ses impossibilités" dues parfois, souvent même, à des malaises physiques ou à des incapacités physiques ou sociales, qui, la plupart du temps, rend l'homme malheureux. Enfin toute une hérédité psycho-physiologique venue d'une ancestralité souvent reculée est toujours vivante en l'homme et joue aussi un rôle important pour la constance de son moi psychique et physiologique et la genèse des "sensibilisations émotives" diverses auxquelles il peut être soumis (sentimentales, sexuelles, économiques, sociales, professionnelles etc...). Dans le cours de sa vie propre tout un passé psycho-affectif et physiopathologique a laissé en l'homme des traces dont les effets peuvent se faire sentir après bien des années. Ce qui antérieurement était étranger au malade s'est incorporé à sa substance et a influé sur son évolution et sur ses réactions. — La maladie, la diathèse, la douleur, le malaise permanent orientent tout le psychisme (Psychologie des tuberculeux, des hépatiques, des cardiaques etc...).

"La maladie, a écrit notre maître le Professeur "Leriche, se constitue en nous et par nous à l'aide "de réactions physiologiques élémentaires. Chacun "de nous la fait avec lui-même, quelle qu'en soit "la cause. Mais assez vite, dans bien des cas, elle "fait apparaître en nous quelque chose de définitif "qui n'y était pas, un état nouveau ayant désor- "mais (dans une certaine mesure) ses réactions "propres, réactions qui évoluent dans un équilibre "physiologique inédit qui n'est plus exactement "celui de l'homme standard que nous connaissons. "Son psychisme est modifié. En somme la maladie "a créé un tempérament qui n'est plus exactement "celui transmis par l'hérédité."

* * *

Telles sont, incomplètement exposées et brièvement résumées, les notions essentielles que doit

posséder le médecin afin qu'il puisse, pour employer le jargon philosophique moderne, "Appréhender avec fruit "la souffrance, les douleurs des malades qu'il aura à soigner. Souffrances donc jamais pures, douleurs jamais "brutes", souffrances, douleurs éveillant la conscience, remuant souvent tout un univers de pensées, d'images, de souvenirs.

Il faut distinguer les longues souffrances, les douleurs qui durent, des souffrances, des douleurs passagères; il faut distinguer la douleur chronique de la douleur aiguë. Il faut distinguer les douleurs des jeunes et les douleurs des vieux.

"La douleur est un fruit. Dieu ne le fait pas
[croître
Sur la branche trop faible encor pour la porter"
(Victor Hugo)

Si l'homme jeune subit des empreintes profondes qui contribuent à édifier la personnalité qui sera la sienne en son âge mûr, il possède la faculté rare d'emmagasiner ses acquis tant intellectuels qu'affectifs plus encore dans sa subconscience que dans sa conscience claire. L'homme jeune est un être apparemment mobile et qui croit oublier. L'âge qui se souvient le mieux, écrit Soeren Kierkegaard, à savoir le premier âge, est aussi le plus oublieux".

Si l'homme mûr est peut-être moins influencé par les circonstances extérieures et est devenu, pourrait-on dire, moins "plastique", sa faculté d'oubli, d'"inhibition" pour employer le langage plus hermétique des réflexologistes, sauf dans des cas d'amnésie pathologique s'est par contre amoindrie chez lui depuis son enfance. Il pourra même exister chez lui une hyperamnésie douloureuse, angoissante, entravant le pouvoir d'action.

L'homme vraiment fort est celui qui peut discipliner sa faculté d'oubli et sélectionner ses oublis. On a pu écrire, non sans quelque paradoxe: "c'est à sa force d'oubli qu'on peut vraiment mesurer l'élasticité d'un homme. Celui qui ne peut pas oublier n'arrivera pas à grand chose".

Mais les douleurs qui durent, les douleurs chroniques, la souffrance des grands malades, des incurables, de certains infirmes, de certains mutilés ne permettent plus l'oubli!

Il faut que le médecin prenne une conscience aiguë de ces heures si longues, de ce temps douloureux s'écoulant goutte à goutte pour ceux chez lesquels le corps est devenu un fardeau, les mouvements de dures épreuves, le souffle même dans la

poitrine une grande peine. Adieu, alors, les Grandes Pensées. La longue douleur clouant le corps est là, présente, sans passé comme sans avenir. Pourquoi la mort est-elle si lente pour les uns et si rapide pour les autres. Nous nous souviendrons toujours de cette malade atteinte d'un mal incurable qui nous dit avec un émouvant courage:

"Songez à la patience qu'il me faut pour mourir!"

* * *

Il est d'autres cas où le malade qui souffre, mais n'est pas atteint dans ses œuvres vives, se réfugie dans sa maladie, dans sa souffrance comme d'autre dans la Religion. Sa souffrance plus ou moins consciemment exagérée devient une "attitude", un moyen de compenser son infériorité, un instrument de domination et d'influence sur un entourage qui l'aime et lui prodigue des soins.

"La maladie corporelle, écrit le Professeur "Delay, peut représenter un moyen d'échapper à "une condition humiliante d'infériorité et de se "revaloriser aux yeux de l'entourage, un moyen "de capter l'intérêt et l'affection, de manœuvrer "vers une dépendance affective ou matérielle plus "étroite, ou au contraire vers l'indépendance dans "le refuge narcissique qui est pour certains le fait "d'avoir une maladie et de pouvoir être considéré "comme un malade; elle peut être un instrument "détourné de la volonté de puissance d'une personnalité névrotique et de ses satisfactions compétitives".

Nous pourrions citer plusieurs observations de malades qui illustrent ces propositions.

Enfin certains sujets peuvent ressentir des douleurs bien réelles de "transfert" en un point de moindre résistance, douleurs qui sont surtout l'expression d'un trouble moral ou psycho-affectif: Cas de causalgie au niveau d'un moignon d'un membre amputé qui était due à la jalousie inconsciente d'un père pour le fiancé de sa fille, douleurs des hépatiques provoquées par des contrariétés, etc... etc...

Algies pelviennes ou lombaires de femmes "nerveuses", dyspareuniques, ou de diverses manières en conflit avec leur milieu familial, ou bien en proie à des difficultés économiques, sentimentales ou autres...

La douleur, la souffrance physique ou morale sont considérés par certains comme une "épreuve", comme un "rachat".

L'idée de culpabilité est inhérente à l'homme. Beaucoup croient "ne pas souffrir gratuitement":

"Qu'ai-je fait au Bon Dieu pour souffrir ainsi ?" De là le sentiment d'épreuve, de punition, de rachat par la douleur. "Tout l'univers apprend à l'homme, écrivait Pascal, ou qu'il est corrompu, ou qu'il est racheté". Le sentiment du rachat par la douleur pourra être salutaire chez certains malades croyants.

* * *

Que ne pourrait-on dire sur les douleurs, les souffrances au cours des maladies ? Mais si la douleur est très souvent du domaine d'une certaine médecine psycho-somatique, dans la majorité des cas, elle est du domaine de la Médecine, au sens ordinaire du terme: Le médecin doit connaître à fond la médecine, afin de tenter d'amender la souffrance par les thérapeutiques médicales ou chirurgicales mises à sa portée.

La psychologie, la psychiatrie jouent toujours un rôle adjuvant utile dans la thérapeutique. Mais pour certaines catégories d'affections, elles doivent figurer au premier plan de la scène et diriger les traitements.

Il nous faut, pour terminer, faire une dernière remarque:

Pour bien comprendre les douleurs, les souffrances des malades et en connaître l'amertume, il est souvent nécessaire d'avoir souffert soi-même, et d'avoir été soi-même malade et douloureux !

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT-WEIL, Jean: De la Souffrance à la Pensée., Collection "Action et Pensée". Éditions du Mont-Blanc, édit., Genève, 1949. Couronné par l'Académie Française: Prix Nicolas Missarel 1949.
- ALBERT-WEIL, Jean: Du Nietzscheïsme à l'Amour. Appendice in "De la Souffrance à la Pensée.
- ALBERT-WEIL, Jean: Simulations Médicales. Un vol. 257 p. G. Doin, édit. Paris, 1962.
- DELAY, Jean: "Perspectives Psycho-Somatiques". — Discours inaugural du premier Congrès de Médecine Psycho-Somatique de langue française, Evian, 8 juillet 1960. *Presses Méd.*, 68: 1607-1611 (8 octobre) 1960.
- GANZ, M.: La Psychologie d'Alfred Adler. Delachaux et Niestlé, édit., Paris.
- LERICHE, René: Cours du Collège de France, p. 28 (24 janvier) 1944.
- PASCAL: Pensées. Éditions Brunschvig, 1944.
- RIBOT, Théodule: Essai sur les Passions. Alcan édit. Paris, 1907.
- KIERKEGAARD, Socren: Traduction française, un vol. 527 p. Galimard, édit., Paris, 1943.
-

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

VAGINITE À TRICHOMONAS DU NOURRISSON

P. DAGENAIS-PÉRUSSE, E. BARIL, S. OUADAHI, R. BENER et A. NOÉ

Service de pédiatrie de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc (Montréal)

INTRODUCTION

Le péril vénérien et les tréponomatoses ont pratiquement disparu depuis l'avènement des antibiotiques. La grande vedette urétrale qu'était le gonocoque recule; mais cependant les urétrites demeurent. Et ce sont les urétrites et les vulvo-vaginites non gonococciques qui revêtent de nos jours une importance croissante. Parallèlement, au cours de ces dernières années, l'importance du trichomonas vaginalis en pathologie urogénitale s'est affirmée. Personne ne doute plus maintenant que ce parasite, parfois saprophyte, ne soit cause de vaginites désagréables et d'urétrites tenaces, survenant à tous les âges.

La culpabilité du trichomonas apparaît comme une certitude dans un nombre non négligeable de cas. Et c'est pour faire le point sur la trichomonase humaine que le professeur G. Chappaz avait organisé à Reims le remarquable colloque de 1957, précédé de la Réunion Internationale de Monaco en 1954, et qui n'a pas été sans lendemain. Il y a à peine deux ans se tenait à Montréal le premier symposium canadien où trois cents médecins de nationalités différentes ont débattu l'origine vénérienne de la trichomonase et son traitement efficace par un dérivé de nitroimidazole connu sous la marque déposée de Flagyl (Laboratoire Poulenc Limitée).

Observation (dossier 4797)

Elaine A., âgée d'un mois, est hospitalisée dans notre service le 21 février 1961 pour vomissements. Elle est née à terme; grossesse et accouchement se sont déroulés sans grande difficulté. Elle pesait à la naissance 3 kg 200. Son séjour à la pouponnière pendant 5 jours s'est passé normalement sans aucun incident. L'enfant est sortie de la pouponnière le 30 janvier 1961 en très bon état. Jusqu'à l'âge de 15 jours, elle était nourrie au lait évaporé relayé par le lait homogénéisé et par des céréales; à l'occasion de l'introduction de céréales dans l'alimentation et du changement de lait, l'enfant a commencé à vomir: vomissements survenant 2 à 3 heures après les boires et contenant du lait caillé et des céréales. Par ailleurs, la mère raconta que l'enfant avait une à deux selles jaunes, pâteuses, par jour. A l'entrée, l'examen clinique s'avéra négatif. Le repas baryté, ayant montré un transit gastro-intestinal normal, nous avons ainsi

éliminé toute possibilité de malformation du tube digestif pouvant expliquer ce vomissement. Par contre, l'examen de routine des urines nous a apporté des renseignements précieux:

Aspect — urines légèrement troubles

Présence de bactéries

Présence de pus +++

Présence de nombreux trichomonas.

La numération globulaire a montré une lymphocytose à 80% avec des globules blancs à 13,800. Après deux jours d'un antibiotique urinaire l'examen des urines effectué après prise directe a montré:

Présence de bactéries⁺, absence de pus, absence de trichomonas.

La culture des urines a décelé du klebsiella pneumoniae; quant à la culture des selles, elle a également révélé du klebsiella pneumoniae; ce qui a justifié l'emploi de néomycine. Le 25 février 1961, l'enfant présente un écoulement vaginal qui nous a incités à faire un prélèvement dont l'examen à l'état frais a montré la présence de trichomonas vaginalis, quelques rares leucocytes et rares épithéliums.

Nouvel examen des sécrétions vaginales à l'état frais repris le 6 mars 1961. Donne comme résultat: absence de trichomonas, rares leucocytes, rares épithéleucus.

Et la culture pour trichomonas donne: absence de trichomonas.

L'examen des urines fait le 13 mars 1961 montre de nouveau des bactéries (++) , pus (+++).

La culture des urines a mis en évidence de l'escherichia coli. L'examen des sécrétions vaginales, le 16 mars 1961, à l'état frais, a montré de nouveau la présence de trichomonas vaginalis; nous avons décidé d'employer le Flagyl par voie orale à la dose de 6.6 mg. par jour pendant dix jours. Dès le 21 mars 1961, les sécrétions vaginales sont presque tarries et le trichomonas vaginal n'a pas été retrouvé, ni à l'examen direct des sécrétions à l'état frais, ni à la culture.

Notons que l'enfant a très bien supporté son médicament et aucun incident n'a été noté pendant cette période thérapeutique de 10 jours (des héмограмmes de contrôle ayant été pratiqués). Le PH

vaginal était à 6. Le 24 mars 1961, la culture des urines montre encore du colibacille, mais l'examen des urines du 27 mars 1961 se révèle parfaitement normal. Le 1er avril 1961, un autre examen de sécrétions vaginales à l'état frais se révèle négatif, de même que la culture. Il n'y a plus d'écoulement vaginal.

L'enfant est sortie du service le 31 mars 1961 en bonne santé. Elle pesait 5 kg 500. À l'entrée elle pesait 3 kg 900. Les vomissements ont cessé dès le lendemain de l'hospitalisation.

Un seul signe clinique pouvait attirer notre attention sur une infection des voies génitales: l'écoulement, lequel d'ailleurs était au début presque inapparent. La présence de trichomonas vaginalis dans les urines d'abord, puis dans les sécrétions vaginales, a confirmé le diagnostic de vaginite à trichomonas genitalis.

L'observation que nous vous soumettons rapporte le cas d'une vulvo-vaginite chez une fillette d'un mois. L'intérêt de cette observation réside en ceci que: notre patiente est âgée d'un mois (classiquement la vulvo vaginite à trichomonas survient après 6 ans, vers 10-12 ans); que l'origine de la vaginite à trichomonas genitalis dans notre cas est non vénérienne; que cette vulvo-vaginite déborde le cadre anatomique du vagin puisque nous avons retrouvé le trichomonas genitalis également dans les urines, ce qui prouve qu'il y a au moins une urétrite associée. Le traitement curatif par le Flagyl a été court et très efficace et sans aucun danger. Enfin, cette observation doit inciter les gynécologues accoucheurs à rechercher et à traiter la trichomonase à la source, grâce à un traitement prophylactique pour le nouveau-né et curatif pour les femmes enceintes (présentant un écoulement vaginal) en les traitant par le Flagyl après avoir fait la preuve parasitologique, sans oublier de traiter leur mari.

CLINIQUE - LABO - TRAITEMENT

Sous le nom de vulvo-vaginite, on désigne les infections des voies génitales basses de la petite fille.

En fait, bien souvent l'infection déborde le territoire du canal vaginal pour atteindre en particulier les voies urinaires basses. Les vulvo vaginites surviennent à tous les âges de l'enfance, depuis la deuxième ou la troisième semaine de la vie jusqu'à la puberté, ainsi que chez la femme adulte. Chez le nouveau-né, la contamination est généralement d'origine maternelle. L'enfant est infecté lors de l'accouchement par la mère por-

teuse de lésions génitales. Dans ces cas, la vulvo vaginite n'apparaît que vers la deuxième ou troisième semaine; jusque là, il semble que le nouveau-né soit protégé par la présence d'un facteur œstrogène acidifiant le milieu vaginal et inhibant le développement microbien ou parasitaire. Pendant les premiers jours de la vie, on ne trouve que des sécrétions vaginales blanchâtres composées de cellules épithéliales desquamées et contenant des bacilles de Daderlein. Ceux-ci disparaissent vers la troisième semaine pour laisser place à une flore variée dont le trichomonas vaginal tient de plus en plus le rôle de vedette.

Le trichomonas est un protozoaire, flagellé, piriforme, à 4 flagelles, muni d'une courte membrane ondulante. Chez l'homme, trois localisations cavitaires différentes; par ordre de fréquence on le rencontre: dans l'appareil uro génital (T. Vaginale); dans la bouche (T. Tenax ou Buccale); dans le gros intestin (T. Honinis).

Parfois bien tolérés, ces micro-organismes sont capables d'exercer une action pathogène indéniable, d'ailleurs démontrée expérimentalement, provoquant surtout au niveau de la cavité vaginale des manifestations inflammatoires qui sont actuellement bien connues.

Les vulvo vaginites à trichomonas donnent lieu à une leucorrhée d'un blanc grisâtre, souvent légèrement spumeuse. L'examen clinique montre une muqueuse rouge. L'écoulement peut être plus abondant et même purulent. Certains auteurs ont insisté sur le rôle déterminant des germes associés au trichomonas vaginal contenu dans la flore vaginale. C'est ainsi que A. Lutz et P. Burger pensent que ces flores peuvent jouer comme agents primaires et modifier le terrain avec changement de pH où le trichomonas se multiplie plus facilement. Selon leur composition, elles aggravent plus ou moins le tableau clinique en augmentant le nombre de leucocytes et contribuent ainsi au caractère purulent de la sécrétion.

Dans la majorité des cas, le trichomonas est associé dans les vaginites à une flore plurimicrobienne souvent déficiente ou dépourvue de bacille de Doderlein. Les bactéries rencontrées sont très diverses (dans notre observation, nous avons décelé par culture des urines de l'escheridia coli). Cette microflore associée doit être prise en considération par le clinicien, sur le plan thérapeutique. Des travaux récents ont permis d'infecter expérimentalement la rate albinos par le trichomonas vaginalis. L'animal castré ou normal doit être maintenu en œstrus permanent par des injections

ou des "pellets" d'œstrogène. L'administration de très fortes doses d'œstrogène s'est révélée sans action sur l'évolution de la parasitose, tandis que la progestérone, la testostérone, la desoxycorticostérone, administrées par voie générale, provoquent la disparition rapide du parasite. Avant, pendant et après la parasitose, les variations du pH vaginal sont très faibles. Ces faits sont en accord avec l'étude de la flore vaginale qui ne contient pas en quantité appréciable de germes ayant les caractères du bacille de Doderlein.

Le diagnostic étiologique ne peut être fait que par l'examen direct et la culture des sécrétions vaginales à l'état frais à la recherche du trichomonas vaginalis. La mise en évidence du flagellé trichomonas donnée dans les exsudats pathologiques est importante dans deux situations: le déclenchement de nouveaux cas de trichomonas urogénitales (diagnostic étiologique) et le contrôle des résultats thérapeutiques.

Il est à noter que le diagnostic efficient de la trichomonase urogénitale dépend de: a) du mode de prélèvement du produit pathologique; il faut tenir compte du moment propice pour l'examen, de la plus adéquate technique de prélèvement et du prélèvement de tous les foyers infestés de voies urogénitales; b) l'emploi de méthodes de laboratoire avec le rendement le plus élevé et leur association; c) la répétition des examens.

Une fois la preuve parasitologique établie dans les règles de l'art, un traitement efficace doit être institué sans tarder. Le traitement de la trichomonase est un problème d'actualité (Réunion de Monaco, 1954, de Reims, 1957 et de Montréal, 1959).

Jusqu'à ces dernières années, on opposait à la trichomonase féminine des traitements uniquement locaux. A certains, ceci paraissait suffisant dans l'idée que le trichomonas vaginalis est un parasite superficiel et essentiellement vaginal, accessible par le simple traitement vaginal et que l'urétrite chez la femme comme chez l'homme guérit seule. Pour beaucoup d'autres spécialistes, un traitement général est hautement désirable parce que le trichomonas vaginalis ne reste pas toujours superficiel, parce que l'urétrite ne guérit seule que très rarement et parce que, à partir de l'uretère et de ses annexes, le trichomonas vaginalis peut réensemencer le vagin.

Traitements locaux

La liste des produits proposés est longue. Citons: les acidifiants (Dermacide), les mercuriels

(Mercryl), les ammoniums quaternaires (Desogène), les arsénicaux d'activité réelle (Gynoflix Anafluose), les alcaloïdes (Roquessine), les antipaludéens (Nivaquine) et les hormones locales (ovules de Destilbene). Enfin le dernier-né — le Flagyl qui est un dérivé du nêtro-miadozole (8823 RP) — est incontestablement le plus efficace, utilisé par voie locale et générale.

Voie générale

La trichomycine aurait à la fois une action locale et générale. Il semble à l'heure actuelle que le 8823 RP ou Flagyl (dont l'action a été étudiée par Cosar et Julon en 1958) soit le plus actif de tous les produits employés.

Ce 8823 RP confère une action trichomonicide au sérum dilué une fois et à l'urine parfois jusqu'à la dilution 1/100. Signalons que ce produit ne diminue pas la mobilité des spermatozoïdes et qu'il est inactif sur le bacille de Doderlein, hôte normal et nécessaire du vagin sain et malheureusement inactif aussi sur le candida albicans. D'où il y a nécessité absolue d'associer au Flagyl des produits efficaces sur la flore vaginale polymicrobienne souvent rencontrée avec le trichomonas vaginalis.

Doses utilisées

Voie locale — chez la femme = 1 comprimé vaginal de 500 mgr. le soir, pendant 10 jours.

Voie orale — chez la femme = 1 comprimé de 250 mgr. matin et soir pendant 10 jours.

La tolérance est bonne. Cependant des troubles digestifs et une neutropénie sont toujours possibles et à surveiller. Les résultats obtenus sont excellents dans l'ensemble. Notons que le traitement doit être édifié aussitôt après le diagnostic étiologique qui doit être précoce car, laisser une malade "couler" favorise une anxiété qui peut prendre une réelle importance morbide.

Résumé

La vaginite à trichomonas n'existant théoriquement pas avant six mois, les auteurs qui en rapportent un cas en profitent pour reviser la littérature et commenter le traitement employé.

Summary

Trichomonas vaginitis is not usually found before the age of six months. But when the authors happened upon one case, they took advantage to review the literature on the subject and also the appropriate treatment.

Nous remercions tout spécialement le professeur N. Bouzianne et ses collaboratrices pour tout l'encouragement qui nous a été accordé.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOUZIANNE, N.-R. et DESRANLEAU, J.-M.: A propos du traitement de la trichomonase vaginalis. *Union Méd.*, **89**: 759-760 (juin 1960).
2. COSAR, C. et JULON, L.: Activité de l'(Hydroxy.-2 Étryl) 1-Méthyl-2 Nitro 5 imidazole (8823 RP) vis-à-vis des infections expérimentales à trichomonas vaginalis. *Ann. Inst. Pasteur*, **96**: 238-241 (fév.) 1959.
3. DEBRE-LELONG: Pédiatrie. Tome I, p. 1036. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.
4. NELSON: *Textbook of Pediatrics*. 7e éd., p. 1060. Waldo E. Nelson. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie.
5. DUREL, P.: Les infections génitales féminines par contamination. *Rev. Prat.*, **9**: 2343-54 (1 sept.) 1959.
6. DUREL, P.; ROIZON, V.; SIBOULET, A. et BOREL: Systemic treatment of human trichomonas with adervative of Nitro-Imidazole 8823 RP. *J. Vener. Dis.*, **36**: 21-26 (mars) 1960.
7. DUREL, P.; ROIZON, V. et SIBOULET, A.: Essai d'un anti-trichomonas, dérivé de l'Émidazole. *Rev. Prat.*, **9**: 2356-59 (1 sept.) 1959.
8. FARLIAT, M. F.: *Trichomonas Vaginalis*. — Acquisition expérimentale récente. Thèse doctorat en médecine, Paris, juin 1960.
9. FORTIN, P.-E.: Traitement efficace de la vaginite à trichomonas par le Metronidazole. *Laval Méd.*, **31**: 156 (février) 1961.
10. MOFFETT, M. et MCGILL, M. Isabel: Traitement de la trichomonase par le Metromidazole. *Brit. Med. J.*, **2**: 910-11 (24 sept.) 1960.
11. DONNE, A.: *Comptes rendus Acad. Sciences, Paris*, 385, 1836.
12. PERJU, A. (Bucarest, Roumanie): La valeur comparative des méthodes de diagnostic dans la trichomonase uro-génitale. *Urol. Int. (Basel)*, **9**: 178-88, 1959.
13. REES, E. (Liverpool): Traitement général de l'infection par trichomonas vaginalis chez les femmes. *Brit. Med. J.*, **2**: 906-909 (24 sept.) 1960.
14. RODIN, P.; KING, A. J.; NICAL, C. S. et BARRON, J.: Le Flagyl dans le traitement de la trichomonase. *J. Vener. Dis.*, **36**: 147-51, 1960.
15. SYLVESTRE, L. et GALLAI, Z.: Trichomonase uro-génitale masculine et féminine. *Union Méd.*, **89**: 735-41 (juin) 1960.

LEUCÉMIE MONOCYTAIRE AIGUË

P. DAGENAI-PÉRUSSE, Edmond BARIL, Étienne HAZARD et Robert CARLE

Service de Pédiatrie de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc (Montréal)

Depuis la première publication en 1913 d'un cas de leucémie monocytaire par Reschad et Schilling, cette dernière a pris place parmi les leucoses d'individualité douteuse. Plusieurs, avec Schilling et Downey, la considèrent comme une troisième forme de leucémie, bien distincte des formes lymphoïdes et myéloïdes. D'autres, avec Naegeli, affirment qu'il s'agit d'une forme transitionnelle évoluant vers la leucémie myéloïde, si la mort ne survient pas de façon précoce. Enfin, selon certains, la forme rapide monoblastique ayant pour point de départ une prolifération anarchique de cellules histioblastiques du mésenchyme et des organes hémopoïétiques, serait un fait de passage entre les réticuloses malignes, les réticulo-sarcomes et les leucémies.

On distingue deux tableaux hématologiques: a) le type Schilling à grandes cellules à contours irréguliers où le monocyte serait alors dérivé du système réticulo-endothélial; b) le type Naegeli où le nombre des mélyocytes est relativement élevé. Selon Naegeli, le monocyte serait un dérivé du monoblaste.

Les symptômes initiaux et les signes physiques de la leucémie monocytaire aiguë diffèrent peu de ceux des autres leucoses; toutefois le début est quelquefois plus soudain et l'évolution plus rapide. L'issue fatale est en général plus précoce que celle des leucémies lymphoblastiques et myéloblastiques. Selon certains, dont Forkner, des lésions bucco-pharyngées particulièrement extensives seraient présentes très tôt dans la maladie.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas à évolution particulièrement fulminante qui fut admis dans le Service de Pédiatrie de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc quelques heures avant sa mort.

Observation

Un enfant de sexe masculin, âgé de dix-sept mois, fut admis à l'hôpital en état de mal convulsif et le corps couvert de pétéchies. Il avait présenté trois jours auparavant des vomissements alimentaires répétés, une toux violente et de la fièvre. Le lendemain, des taches ecchymotiques étaient apparues partout sur le corps et l'état général de l'enfant s'était altéré davantage. Le jour de l'hospitalisation, il était devenu comateux et avait eu des convulsions à trois reprises.

L'examen physique à l'admission révéla un enfant fiévreux (103F°), très pâle et déshydraté dont le corps était couvert de pétéchies. Il existait une raideur spastique des quatre membres. Une hépatosplénomégalie complétait le tableau clinique.

Une ponction lombaire, faite immédiatement, ramena un liquide hémorragique non hypertendu. Les autres examens de laboratoire pratiqués au même moment donnèrent les résultats suivants: hémoglobine: 4.9 gm%; globules rouges: 1,900,000; globules blancs: 106,000; basophies: 22; eosinophiles: 3; lymphocytes: 44; leucoblastes: 2; promyélocytes: 2; myélocytes: 3; métamyélocytes: 8; stabs: 32; segmentés: 5; érythroblastos: 1. L'hémoculture montra une poussée abondante d'aerobacter glocae. L'enfant décéda quelques heures après son entrée à l'hôpital. Un traitement médical purement symptomatique comprenant anti-convulsivants et transfusions avait été institué. Un prélèvement de moëlle osseuse fut fait au décès.

L'autopsie révéla une hémorragie dans le troisième ventricule avec inondation du quatrième ventricule et un ramollissement du corps calleux, une hépatosplénomégalie et une quasi-absence d'hypertrophie ganglionnaire (Dr P. A. Laurin).

L'image cytologique de la moëlle permet de conclure qu'il s'agissait d'une leucémie monocytaire aiguë type Naegeli (Dr N. Bouziane).

* * *

Les hémorragies cérébrales massives comptent pour environ 7% des complications neurologiques des leucémies aiguës chez l'enfant, les autres manifestations réparties entre l'infiltration cérébro-méningée par les cellules leucémiques et l'infection secondaire.

Groch, en 1960, dans une étude anatomo-pathologique, a retrouvé l'existence d'une hémorragie intra-crânienne chez 55% des patients âgés de moins de vingt ans; de ce nombre, environ la moitié n'avaient pas été diagnostiqués cliniquement. Par ailleurs, les statistiques d'une étude portant sur 232 cas de leucémie aiguë admis au "Bobs Roberts Memorial Hospital" de Chicago, entre 1952 et 1960, indiquent que 6.9% des patients ont présenté une hémorragie cérébrale et que l'incidence de celle-ci n'était pas reliée au type de leucé-

mie; la proportion de leucémie monocytaire ou monoblastique dans cette série était de 8.2%.

Il a été démontré que l'hémorragie cérébrale dans la leucémie survient généralement de façon très précoce, comme dans le cas décrit ici, ou très tardive alors que le processus est devenu résistant au traitement. La stase leucocytaire dans les artères serait un facteur primordial dans la perte de l'intégrité vasculaire et la thrombocytopenie secondaire à l'envahissement médullaire ferait apparaître les phénomènes hémorragiques. Chez le petit malade dont nous avons décrit l'évolution, il faut souligner, en plus de l'hémorragie intra-crânienne, la septicémie à *aerobacter glocae* qui a sûrement contribué à la gravité et à la rapidité du tableau final, même si cette bactérie est considérée comme une variété saprophyte de colibacille.

Résumé

Nous présentons une brève revue, à l'occasion d'un cas de leucémie monocytaire aiguë, de la gravité, de la rapidité d'apparition des symptômes, du diagnostic différentiel, des tests de laboratoire et de l'évolution fatale de cette maladie.

Summary

This is a report of a case of acute monocytic leukemia. We must insist on the severity and the rapidity of the disease, on the importance of differential diagnosis between all types of leukemia, on the laboratory data, particularly the bone marrow pattern, and on the usual very severe course of the disease.

Nous remercions tout spécialement le professeur M. Bouzianne pour son étude hématologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. DOWNEY, H.: Monocytic Leucemia and Leucemic Reticule Endotheliosis. p. 1273. Handbook of Hematology, Hal Downey. Paul B. Hoeber Inc., édit., New York, 1938.
2. WALKINS, C. H. et HALL, B. E.: Monocytic Leukemia of the Naegeli and Schilling Types. *Am. J. Clin. Path.*, **10**: 387, 1940.
3. HARRISON, T. R.: Principles of Internal Medicine. 3e édit., McGraw Hill Co. Inc., édit., Toronto-London, 1958.
4. NELSON, Waldo E.: Textbook of Pediatrics. 7e édit. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1959.
5. PASTEUR VALLERY-RADOT: Pathologie médicale. Éditions Médicales Flammarion, édit., Paris, 1948.
6. PIERCE, M. I.: *Pediat. Clin. N. Amer.*, **9**: 425 (mai) 1962.

CORRESPONDANCE

LE CANCER EST-IL OU NON HÉRÉDITAIRE ?

Monsieur le rédacteur,

Étant donné que la plupart des chercheurs, pour ne pas dire tous, prétendent que le cancer n'est pas héréditaire, nous restons perplexe après ce que nous avons constaté pendant une pratique médicale d'au delà de cinquante ans.

C'est ainsi que nous avons eu à donner notre avis ou nos soins à trois familles dont l'une a vu trois de ses membres frères et sœurs mourir du cancer. La deuxième famille, quatre de ses membres, frères et sœurs, mourir victimes du cancer et enfin la troisième, six de ses membres, frères et sœurs morts du même mal.

Pour la première famille, J. B. menuisier, cancer d'estomac. A. menuisier, cancer d'estomac. M. A. modiste, cancer du sein.

Pour la deuxième famille, M. A. ménagère, cancer de l'utérus. L. ménagère, cancer du foie. G. fermier, cancer de l'estomac.

Pour la troisième famille, O. prêtre, cancer du foie. M. propagandiste, cancer de la gorge. A. voyageur, cancer de la gorge. T. tisserand, cancer d'estomac. P. fermier, cancer d'estomac et enfin M.A. secrétaire, cancer de l'intestin.

- Après une telle hécatombe n'est-ce pas qu'il est difficile de ne pas croire à l'hérédité ? En outre, il nous a été donné de suivre deux familles jusqu'à la quatrième génération qui ont eu des membres de chaque génération morts du cancer.

Si les gènes qui ont présidé à la naissance de chaque individu nous présentent des fils ou des filles dont l'apparence physique est semblable à celle de leur procréateur, nous sommes justifiables de croire que s'il y a ressemblance physique, il doit y avoir aussi ressemblance dans les différents organes du corps et que le procréateur a dû en même temps léguer des organes possédant les mêmes caractéristiques en vertus ou en défauts.

Il serait ridicule de notre part de paraître posséder un secret. Malheureusement, nous ne possédons pas de secret : mais, malgré nous, nous cherchons des explications.

Naturellement, nous avons tout le respect voulu envers ceux qui croient que le cancer est dû à un virus. Si virus il y a, le professeur Lacassagne dit : "L'existence du virus, c'est comme l'existence

de Dieu, nous ne pouvons la prouver nous l'admettons ou non". Nous trouvons qu'il est bien lent à commencer ses déprédations, puisqu'il attend que la plus grande partie de ses victimes aient atteint l'âge de soixante ans. A ce propos, il faut remarquer que tous les membres de la famille de six morts du cancer, la plupart ont quitté jeunes la maison familiale pour aller mourir à l'âge de soixante ans dans différentes parties de la province. Il y en a même un qui est allé mourir aux E.U. Ce virus, si virus il y a, serait-il héréditaire ? Il l'aurait donc transporté avec lui ?

Quant à ceux qui meurent avant l'âge de soixante ans, rien n'empêche qu'eux aussi ne soient porteurs de certaines glandes qui ne soient en état de déchéance. Les médecins ont souvent sous leurs soins de ces jeunes qui dès leur naissance présentent des symptômes de fragilité de certains organes. En outre, nous convenons qu'il peut y avoir des cancers qui ne sont pas nécessairement héréditaires, c'est qu'il vient s'ajouter de l'extérieur des substances meurtrières qui envahissent le système ; ainsi on vient de déclarer que l'usage de la cigarette peut produire le cancer du poumon à cause des substances nocives que contient la fumée de la cigarette en brûlant et qu'aspire le fumeur.

Pourquoi ne serait-ce pas une question de biologie, mais biologie inversée, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Étant donné que les glandes endocrines jouent un rôle prédominant dans le fonctionnement des organes du corps humain et si ce fonctionnement est tel que l'a voulu la nature, il doit continuer à maintenir le corps humain en bonne santé. Mais s'il y a une glande, une seule ou plusieurs qui ne remplissent pas bien leur rôle soit par hypo ou hyperfonctionnement, ou encore s'il manque un élément indispensable comme l'enzyme par exemple, c'est l'anarchie.

Un jour, nous avons confié à un chirurgien, un patient qui souffrait d'hématurie abondante. Une radiographie révèle un cancer de la prostate avec métastase des os du bassin. Le chirurgien en lui démontrant la gravité de son cas, lui conseille la castration, lui disant que grâce à cette opération, il aurait une chance de survie de sept à huit ans. Le patient consent à subir cette intervention chirurgicale. Après son opération, il s'astreint à un traitement intensif à l'estrogène. Voilà vingt ans de cela, le patient est encore en bonne santé et ne souffre d'aucun trouble du côté de la prostate. Qu'est-ce à dire ? C'est donc que dans ce cas,

l'hormone testiculaire était bien l'ennemie numéro un et que disparue, l'harmonie s'est rétablie.

Si la soixantaine est l'âge fatidique, ne serait-ce pas plutôt l'usure, le vieillissement pour certaines glandes qui seraient la cause de la catastrophe; usure apparentée au stress si bien décrit par le docteur H. Selye ?

Une usure qui priverait les hormones de leur enzyme si indispensable à la formation des cellules, parce que sans enzyme, c'est la mort des cellules dont la résultante se traduit par un cancer. L'enzyme est le grand catalysateur qui préside aux différentes réactions chimiques, si elle est présente; mais si elle absente, c'est la mort des cellules, car c'est elle qui donne la vie aux cellules. Elle a des vertus qu'elle seule possède, c'est comme le levain (l'enzyme) qui fait lever la pâte du boulanger. Cette usure briserait l'harmonie et provoquerait un déséquilibre hormonal.

Étant donné qu'il y a un renouvellement continu des cellules, c'est donc que le corps humain est un laboratoire toujours en ébullition qui nous procure ou ne nous procure pas tous les éléments qui doivent nous maintenir en bonne santé, ou au contraire par leur absence nous amène la maladie.

C'est l'organisme lui-même qui fournit les éléments chimiques des cellules, éléments apportés par l'alimentation. C'est ainsi que nous constatons par exemple, qu'à cause d'alimentation défectueuse, différentes maladies surviennent du manque de vitamines ou de différents corps chimiques.

Une cellule, c'est le résultat de la réaction chimique produite par le contact des différentes hormones qui elles-mêmes sont des corps chimiques, contact qui se produit sous la présidence ou l'ab-

sence d'une enzyme, corps chimique, elle-même sous la forme de protéine, toujours avec le concours de la glande pituitaire, cette grande pourvoyeuse de cellules, puisque son attribut spécifique est de contribuer à la croissance, au développement du corps humain.

De quoi est composée une cellule cancéreuse ? Est-elle toujours identique, c'est-à-dire toujours formée des mêmes éléments ? Le chercheur après avoir soumis une cellule cancéreuse à un test biochimique, ne peut-il pas déceler dans chaque cas, quelles sont les ou la glande responsable. Alors, nous serions peut-être sur la voie qui pourrait ramener la santé par un traitement médical ou chirurgical.

Quant à nous, nous sommes convaincus que lorsque l'endocrinologie n'aura plus de secret pour le chercheur, là et alors, la cause du cancer sera connue et peut-être aussi celle de l'épilepsie et de certaines maladies mentales. C'est alors que nous aurons la chance de dire: "Sublata causa tollitur effectus".

Dans ces lignes il est souvent question du chercheur; un groupe de chercheurs ayant à leur tête le docteur H. Selye, savant de réputation internationale vient de s'adresser au gouvernement, afin d'obtenir les subsides qui leur permettrait de travailler en toute sécurité à l'amélioration et au maintien de la santé, bien suprême de tous les citoyens. Nous avons une pléiade de chercheurs qui ne demandent qu'à prouver que les talents ne manquent pas, du moment qu'on leur donne la chance de les extérioriser. Espérons qu'ils obtiendront une réponse favorable.

Thomas W. MICHAUD
560, Grande-Allée, Québec.

ANALYSES

MÉDECINE

J. COURJON, J. MIRIBEL et M. NIETO: **Traitement actuel du petit mal.** Rev. Praticien, 13: 3607 (21 novembre) 1963.

Les dérivés des diones découverts en 1945 ont énormément contribué au traitement du petit mal. Les barbituriques sont partiquement sans action. Dans certains troubles myocloniques, on peut recourir à la mysoline et au diamox.

Pour combattre la somnolence, il est indiqué d'avoir recours aux médicaments psychotomiques. Mais il y a malheureusement des complications secondaires à l'emploi des diones. Ce sont surtout des accidents sanguins (leucopénie progressive, agranulocytose, néphrose lipoïdique). Il faut donc une surveillance continue.

La conduite thérapeutique varie selon que l'on s'adresse à un enfant, à un adolescent ou à un adulte.

Un des problèmes très importants qui cause beaucoup de souci, c'est de savoir quand doit être cessée cette thérapeutique.

Les auteurs nous font part de leur façon d'agir. Lorsque le tracé est devenu normal, qu'il n'y a plus de manifestations cliniques, le traitement est prolongé durant 18 mois pour diminuer progressivement tout en surveillant l'E.E.G. Pour eux, le test à l'azote semble être très utile.

Chez d'autres malades souffrant de crises pratiquement irréductibles, on est obligé de recourir à des fortes doses, pour éviter des rechutes et des complications. Ce traitement doit être continué durant plusieurs années et même parfois durant toute la vie.

Le petit mal offre cet aspect clinique représenté par l'association de trois manifestations: les absences, les myoclonies et les crises akinésiques. Mais c'est la modification du niveau de conscience qui est l'élément prédominant.

L'étiologie est le plus souvent méconnue.

L'hérédité joue un rôle plutôt très minime.

L'électroencéphalogramme donne des anomalies très caractéristiques. Il est heureux que, de nos jours, la thérapeutique se soit enrichie abondamment de ces médicaments possédant une action vraiment salutaire pour le traitement de ces malades atteints du petit mal.

Paul-René ARCHAMBAULT

H. BROCARD: **Les tuberculomes pulmonaires.** Rev. Praticien, 14: 1991 (21 mai) 1964.

Le terme tuberculome connu il y a dix ans, ne connaît pas plus la faveur de nos jours. Le cadre

reste encore très vague pour conclure qu'il s'agit de "lésions caséuses circonscrites et complexes avec certains caractères pouvant réaliser des foyers constitués par une succession de poussées itératives". On parle encore "de foyers caséux plus ou moins isolés" pour désigner des tuberculomes pulmonaires.

On découvre le plus souvent ces tuberculomes par un dépistage systématique au cours d'un examen radiologique. S'agit-il alors de tuberculose, de néo ?

L'anamnèse peut rarement nous renseigner sur la date de formation des tuberculomes.

C'est un fait que le tuberculome peut se développer à partir de la lésion de primo-infection ou au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire commune (tuberculose ulcéro-caséuse classique). La symptomatologie de ces tuberculoses est très latente. Pas d'atteinte de l'état général, ni amaigrissement, pas de toux, ni hémoptysie. Quant à l'auscultation, elle est silencieuse.

Avec cette pathologie, c'est l'étude radiologique qui est très riche. Il arrive qu'à ces tuberculomes, il y a présence ou absence de lésions pulmonaires d'accompagnement qui peuvent se présenter sous trois éventualités: a) des foyers caséux au sein de lésions complexes; b) un foyer caséux presque isolé; c) un foyer isolé.

L'auteur ici fait une étude du "tuberculome" lui-même par une description de trois formes: la forme pure, la forme avec calcification et la forme avec cavité.

Ces tuberculomes ont une évolution plutôt latente; l'état général demeure bon, sans même causer de l'amaigrissement. Le malade ne tousse pas et il n'y a aucun crachement de sang. L'état général est peu atteint et l'auscultation est négative.

C'est la radiologie qui est responsable de la découverte des tuberculomes avec l'aide de l'anamnèse. Enfin la confirmation bactériologique est à rechercher.

Devant de telles images radiologiques, le diagnostic différentiel est à faire avec le cancer (périphérique ou métastatique), le kyste hydatique, le bronchocèle et les autres tumeurs. Parfois le diagnostic devient tellement difficile que c'est grâce à la chirurgie que l'on obtient la réponse.

Est-on en face d'un tuberculome ou d'un foyer caséux circonscrit, il faut en prévoir l'évolution. La plupart de ces tuberculomes ont une évolution favorable, bénigne.

Si, au contraire, le tuberculome paraît en activité, une thérapeutique s'impose. Mais on peut

assister à une liquéfaction du tuberculome qui va ensemençer les poumons. C'est alors qu'apparaît une tuberculose très grave.

À la suite de ces possibilités évolutives, il importe de traiter longtemps tous ces malades, même si les bons résultats se laissent attendre. Avec les antibiotiques employés systématiquement, contrairement aux méthodes d'il y a une décennie, le traitement chirurgical n'est plus aussi justifié.

C'est une opinion à considérer judicieusement.

Paul-René ARCHAMBAULT

J. TRAEGER et M. PELLET: **Les accidents dus aux diurétiques modernes.** Rev. du Praticien, 13: 4009 (21 décembre) 1963.

C'est depuis 1950 que la médication diurétique a fait des progrès extraordinaires. La quantité de produits n'a pas diminué la qualité de leurs dérivés. On connaît la structure et le mode d'action de ces médicaments. La plupart éliminent le sodium et le potassium, modifient l'équilibre acidobasique. Mais il s'ensuit des accidents qu'il faut connaître.

Il y a d'abord les accidents prévisibles. Y a-t-il des mauvaises indications et des erreurs thérapeutiques pouvant expliquer certains échecs? Aussi sommes-nous témoins d'intolérance digestive allant des nausées jusqu'aux vomissements et même jusqu'à la diarrhée. Il peut se produire aussi des manifestations cutanées du type allergique. Il y a aussi les accidents sanguins beaucoup plus graves, mais heureusement plutôt rares. Le type est agranulocytosique.

Parmi les autres accidents, il y a les troubles hydro-électrolytiques tels que l'hyponatrémie. Les perturbations de la kaliémie sont plus fréquentes. La fuite du potassium en cas d'alcalose surtout chez les cardiaques et les cirrhotiques est l'accident le plus fréquent et il est fort dangereux.

Aussi l'emploi de ces diurétiques peut-il provoquer des altérations du parenchyme rénal. C'est un fait grave à signaler.

En plus des accidents prévisibles mentionnés ci-haut, les auteurs nous font part des accidents imprévisibles secondaires non à la constitution chimique, mais à l'activité métabolique des diurétiques, dans des cas de cirrhose et au cours des manifestations uricémiques de la goutte. Les diurétiques sulfamidés augmenteraient l'uricémie.

Enfin il y a les accidents inexplicables. Alors on peut voir apparaître des perturbations du métabolisme glucidique (véritable diabète sucré), des pancréatites aiguës (hémorragiques), de la gynécomastie (altérations histologiques des surrénales), des troubles neurologiques.

Cette étude a le mérite de nous faire part de craintes fort justifiées face à l'emploi inconsidéré des diurétiques. A la suite de ce travail, nous devons tous nous rappeler que l'usage des diurétiques impose des restrictions et une surveillance sévère. Des accidents incontestables sont assez fréquents.

Paul-René ARCHAMBAULT

Léonard F. JOURDONNAIS: **Les stéroïdes dans le traitement de la colite ulcéreuse non spécifique.** (Steroids and Nonspecific Ulcerative Colitis). Post Grad. Med., 32: 360 (octobre) 1963.

L'emploi de stéroïdes fait partie avantageusement de l'arsenal thérapeutique qui sert à combattre l'évolution de la colite ulcéreuse. Ils servent surtout contre les poussées aiguës et les complications toxiques. Leur action bénéfique agit vraisemblablement par mécanisme anti-inflammatoire et possiblement anti-allergique. Ils sont d'un usage plus pratique et plus facile que ne l'est l'ACTH.

Plusieurs auteurs ont rapporté des résultats favorables qui se chiffrent, par voie orale, autour de 50%. Cependant, il apparaît comme si les stéroïdes employés par perfusion rectale offraient les plus grands avantages: pas d'effets systémiques et rémission clinique rapide pouvant atteindre jusqu'à un pourcentage de 75%. Cependant, les récurrences seraient très fréquentes et, à ce sujet, les auteurs préfèrent l'emploi des stéroïdes par voie orale.

La revue de la littérature par l'auteur le porte à affirmer que le traitement par les stéroïdes de la colite ulcéreuse n'élève pas l'incidence des complications de la maladie: perforation, ulcération et hémorragie.

Roma AMYOT

CHIRURGIE

L. DE FELICE et A. MARCHINI: **Deux lésions rares de diverticule de Meckel (le fibro-angiome et le granulome à corps étranger).** (Su due reperti rari di patologia del diverticolo di Meckel (fibro angioma, granuloma da corpo estraneo) Osped. Italia Chir., 9: 457-470 (octobre) 1963.

Il s'agit d'un recueil de deux faits cliniques. Deux malades ont été opérés pour des lésions rares du diverticule de Meckel, l'un à la suite d'un fibroangiome, l'autre à cause de la présence d'un corps étranger, à savoir une arête de poisson, dans le diverticule.

Le fibroangiome s'est manifesté chez un homme de 62 ans par des épisodes de melaena, qui ont fini par causer une anémie grave, au point qu'elle a d'abord nécessité une résection gastrique pour

polypose soupçonnée. L'opération n'a pas fait cesser le melæna, si bien qu'une intervention nouvelle a été proposée en vue de préciser la cause de ces hémorragies souvent occultes. L'opération a permis de constater à 50 cm. de l'angle iléocæcal la présence d'un diverticule sessile contenant une masse de la grosseur d'une noix, de surface irrégulière et de couleur rouge vin. L'exérèse du diverticule de Meckel a montré que cette tumeur était un fibroangiome.

Le second malade était un homme de 51 ans qui se présentait pour de vagues douleurs abdominales durant depuis un an et demi, localisées à la région périombilicale avec répercussions à la région hypogastrique. La présence d'un plastron à la fosse iliaque droite a été la raison d'être de l'intervention chirurgicale qui a permis de découvrir un diverticule de Meckel augmenté de volume et porteur de lésions inflammatoires, qui était situé à 60 cm de l'angle iléocæcal. Ce diverticule et l'appendice ont été enlevés.

L'examen de la pièce opératoire diverticulaire a montré qu'elle contenait une arête de poisson. Le diagnostic histologique a été celui d'une péritonite chronique circonscrite au pourtour d'un granulome à corps étranger (arête de poisson).

Les auteurs ont profité de leurs deux observations personnelles pour faire une revue générale des lésions vasculaires et traumatiques du diverticule de Meckel; ils rappellent les caractères particuliers de plusieurs d'entre elles et soulignent la possibilité de la perforation en péritoine libre d'un corps étranger meckelien.

Edouard DESJARDINS

H. F. LOYARTE et G. FAILLACE: **Une tumeur du corpuscule carotidien (le chimiodectome).** (Guimiodectoma del corpusculo carotideo). *Pren. Med. Argent.*, 50: 3411-3416 (décembre) 1963.

Les tumeurs du corpuscule carotidien sont assez exceptionnelles. L'article fait une mention détaillée d'un cas observé à Mar del Plata par les auteurs et, à cette occasion, ils complètent une revue générale de la question.

L'histoire clinique est celle d'une patiente de 39 ans qui a présenté une tumeur indolore d'allure torpide sans réaction inflammatoire de voisinage située à la région cervicale droite. Cette masse fusiforme avait une dimension de 6 cm par 4 cm; elle était située sous les plans superficiels et la mobilisation transversale se faisait avec une certaine facilité, mais non dans le sens vertical. On y percevait des pulsations, mais pas d'onde expansive, ni de thrill. La palpation de la tumeur pro-

voquait une toux spasmodique et des malaises locaux discrets, mais n'altérait pas le pouls radial. L'opération a montré une tumeur du corpuscule carotidien qui s'est avérée une lésion assez rare: le chimiodectome.

La première description du corpuscule carotidien est due à Haller et elle date de 1743. La littérature médicale comprend, surtout depuis cinquante ans, de nombreuses études sur les tumeurs du corps carotidien.

Lahey et Warren disent que la pathologie rencontrée au niveau de ce corpuscule consiste presque uniquement en lésions tumorales qui portent des noms variables. Ce sont les adénomes, les paragangliomes, les neuroblastomes, les phéochromocytomes, les phéochromoblastomes, les angiomes, les angiosarcomes, les hémangiomes, les chimiodectomes, etc.

Les caractères cliniques de ces tumeurs sont: 1) leur évolution lente; 2) leur localisation au carrefour carotidien; 3) leur consistance élastique pulsatile; 4) leur mobilisation latérale et non verticale; 5) les signes de compressions vasculo-nerveuses de voisinage; 6) les crises syncopales; 7) les troubles mécaniques de déglutition.

Le traitement de la tumeur du corpuscule carotidien est chirurgical; c'est l'exérèse.

Edouard DESJARDINS

PNEUMOLOGIE

J. SWIERENGA: **L'hémossidérose "idiopathique" du poumon chez des adultes.** *J. Franç. Méd. Chir. Thorac.*, 18: 5 (1 janvier) 1964.

Les maladies cardiaques, surtout la sténose initiale, sont l'une des causes les plus favorables à l'hémossidérose du poumon. C'est la congestion secondaire à des troubles de la circulation pulmonaire qui donne prise à des dépôts de fer par diapédèse, le sang passant des capillaires dans les alvéoles.

De petites particules de fer inhalées par les soudeurs au chalumeau, la présence d'un corps métallique étranger dans le poumon sont autant d'exemples qui illustrent bien quelques causes de cette maladie. Mais à côté de ces formes, il y a l'hémossidérose "idiopathique", telle que décrite par l'auteur. Il en relate magnifiquement bien cinq cas fort intéressants.

C'est d'abord une maladie du jeune âge caractérisée par une anémie macrocytaire hypochrome et des hémorragies pulmonaires étendues. Ces troubles s'accompagnent de lassitude, de fatigabilité, d'asthénie. C'est une maladie qui s'attaque rarement chez l'adulte.

L'auteur ne manque pas de scruter chacun de ses malades au point de vue symptomatologique, de discuter le diagnostic différentiel (forme diffuse de la maladie de Boeck, la dissémination miliare d'une tuberculose, la silicose, la carcinose, les collagénoses, les maladies du sang, les infections fongiques).

Aussi conseille-t-il d'avoir recours à des examens de laboratoire nombreux, de consulter le dermatologue, l'ophtalmologue. Il ne se gêne pas de prélever par ponction-biopsie directe le poumon. L'aspect macroscopique d'un poumon souffrant d'une hémossidérose est caractéristique.

La véritable pathogénie de l'hémossidérose idiopathique est inconnue. Certains croient qu'elle est due à une déficience des vaisseaux pulmonaires causant une véritable hémorragie par diapédèse. D'autres pensent que le poumon pourrait être le siège d'un choc appelé auto-réaction-antigène-anticorps.

Et l'auteur de continuer à rapporter les diverses théories pathogéniques qui confirment bien l'opinion que la cause de l'hémossidérose idiopathique est inconnue.

Avant de terminer, l'auteur effleure la question du traitement. Celui-ci ne déroge pas de la ligne de conduite des autres thérapeutes. Il s'adresse aux corticostéroïdes sous forme d'ACTH et d'un dérivé de la prednisone. Chaque fois, il a constaté une amélioration. L'auteur croit que cette action bénéfique dérivant de l'usage de corticostéroïdes est en faveur de la théorie d'une "auto-réaction-antigène-anticorps" et le poumon serait l'organe touché par le choc.

Les cinq observations rapportées illustrent brillamment les questions pathogéniques que tout médecin se pose devant un cas d'hémossidérose "idiopathique".

Paul-René ARCHAMBAULT

EDITORIAL — Le traitement de la tuberculose par les cortico-stéroïdes. (Corticosteroids in Tuberculosis). *Lancet*, I: 142 (janvier) 1962.

Les cortico-stéroïdes sont-ils utiles dans la tuberculose pulmonaire, dans les épanchements pleuraux tuberculeux, dans la primo-infection tuberculeuse ?

Dans la tuberculose pulmonaire, l'usage des cortico-stéroïdes ne peut être admise de routine. Cependant dans certaines infections sévères, ils peuvent être utiles et même parfois exercer une action salvatrice.

Cependant, en règle générale, on peut affirmer que les désavantages et des effets nocifs découlant de leur emploi déclassent certains résultats favorables éventuels.

Certains auteurs ont rapporté que quelques injections d'hydrocortisone avaient produit l'absorption rapide de l'épanchement pleural tuberculeux et l'administration de quelques injections intra-pleurales d'hydrocortisone ne semblent pas comporter de réels risques.

Pour ce qui est de la primo-infection tuberculeuse, on peut affirmer qu'actuellement l'expérience de l'emploi des corticoïdes est trop pauvre pour pouvoir se prononcer sur leur efficacité et l'indication de leur emploi.

Roma AMYOT

NEUROLOGIE

J. Lawton SMITH et N. J. DAVID: **L'ophtalmoplégie internucléaire.** Deux nouveaux signes cliniques. (Internuclear ophthalmoplegia. Two new clinical signs). *Neurology*, Vol. 14, no 4, avril 1964, p. 307-310.

Les auteurs rapportent 2 nouveaux signes qui peuvent aider à mettre en évidence une ophtalmoplégie internucléaire: soit le phénomène optocinétique et la dysmétrie oculaire.

Le phénomène optocinétique consiste en un nystagmus dissocié, les secousses nystagmiques les plus grandes se trouvant dans l'œil opposé à la lésion lorsque le regard conjugué latéral se fait du côté de la lésion. Expliquons-nous: soit une lésion en faisceau longitudinal postérieur droit. Le regard vers la droite est normal mais dans le regard conjugué vers la gauche il y a un retard de contraction du droit interne droit et un nystagmus dans l'œil gauche alors en abduction.

La dysmétrie oculaire est un mouvement qui dépasse le but lorsque l'œil tente de fixer rapidement un objet et dans l'ophtalmoplégie internucléaire ce mouvement survient dans l'œil opposé à la lésion. Soit une lésion à droite, on demande de fixer le nez de l'examineur puis de regarder rapidement soit à droite soit à gauche et de revenir rapidement à la position initiale; on note alors que l'œil gauche dépasse le point initial puis revient au but.

Les auteurs insistent sur l'utilité de ces 2 tests qu'une ophtalmoplégie internucléaire bilatérale est presque pathognomonique d'une sclérose en plaque et qu'une ophtalmoplégie internucléaire unilatérale a une étiologie vasculaire dans 70% des cas.

Fernand DUPLANTIS

W. C. WIEDERHOLT et coll.: **La polyradiculoneuropathie.** (Polyradiculoneuropathy). *Mayo Clinic Proc.*, **39**: 427 (juin) 1964.

Après l'étude de 97 observations de malades traités à la Clinique Mayo et une revue approfondie de la littérature médicale se rapportant au syndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl, les auteurs sont portés à formuler les conclusions qui suivent.

On peut mourir de cette affection, habituellement par insuffisance respiratoire. La récupération fonctionnelle peut se faire en 6 mois à 2 ans. Le syndrome peut passer à la chronicité, laisser des séquelles ou se réserver des récurrences. Dans la grande majorité des cas, il se termine par la guérison. Des cas peuvent s'accompagner de stase papillaire. Peu d'évidence pour une étiologie infectieuse. Une étiologie allergique paraît plus vraisemblable.

Il n'apparaît pas comme si une affection prodromique précédait l'apparition du syndrome. L'hyperprotéinorachie se maintient après l'acmé de l'affection.

Il n'existe pas de type particulier et spécifique de l'électrophorèse du liquide céphalo-rachidien. Une cytologie liquidienne occasionnellement augmentée ne doit pas contribuer à rejeter le diagnostic de ce syndrome.

Les auteurs attribuent peu d'efficacité à la thérapie par les corticoïdes, ni par la corticothérapie. Ils croient que la porphyrie ne peut être la cause du syndrome dans sa présentation formelle. Il s'agit d'un syndrome bien défini et individualisé par un ensemble de phénomènes dont aucun isolément n'est pathognomonique de cette entité décrite par Landry et auquel Guillain-Barré et Strohl ont ajouté l'hyperprotéinorachie (et peut-on ajouter, auquel ils ont adjugé un pronostic favorable, plus bénin en tout cas que des évolutions fatales subséquemment observées l'ont démontré).

Roma AMYOT

NEUROCHIRURGIE

R. W. RAND et coll.: **La cryohypophysectomie stéréotaxique.** (Stereotactic Cryohypophysectomy) *J.A.M.A.*, **189**: 255 (27 juillet) 1964.

La voie transsphénoïdale est employée. La température est maintenue vers moins 170-184 degrés centigrade pendant 10-15 minutes dans l'un et l'autre lobes pituitaires. Les auteurs ont traité jusqu'à date 20 malades par cette méthode, soit 14 cas de cancer du sein avec métastases, 4 cas

de rétinopathie diabétique, 1 cas de basophilisme et 1 cas d'acromégalie. Durant le traitement, les auteurs observent attentivement les fonctions du nerf optique et des oculo-moteurs; il est immédiatement suspendu dès que le moindre signe déficitaire apparaît. Des paralysies transitoires se sont montrées chez 5 malades, ne laissant aucune séquelle. D'autre part, un diabète insipide a nécessité un traitement approprié chez 3 malades.

Roma AMYOT

RADIOLOGIE

John MEALEY et John R. DEHNER: **Résultats comparatifs de la gamma-encéphalographie par l'emploi de deux agents radio-actifs différents.** (Clinical Comparison of Two Agents Used in Brain Scanning). *J.A.M.A.*, **189**: 260 (27 juillet) 1964.

Les auteurs ont utilisé l'iode radio-actif (iode 131) dans du sérum-albumine et le chlormerodine (néo-hydrin) radio-actif (marqué au mercure 203).

Cent soixante malades soupçonnés d'être porteurs d'une tumeur endocrânienne furent explorés. De ce nombre, 63 sujets le furent par les deux isotopes. De ces 63 sujets, 23 avaient une tumeur endocrânienne, confirmée, soit 12 gliomes, 3 méningiomes, 5 tumeurs métastatiques, 1 papillome choroïdien, 1 crânio-pharyngiome et 1 tumeur du 3^e ventricule.

Sept glioblastomes, 5 tumeurs métastatiques, 3 méningiomes furent correctement localisés par les deux isotopes. Aucun de ceux-ci ne put déceler 3 astrocytomes cérébraux, la tumeur du 3^e ventricule et le gros papillome choroïdien calcifié. Ainsi, les deux isotopes donnèrent-ils des résultats favorables identiques localisant correctement 18 tumeurs, soit 78% des cas et la qualité du scintillogramme fut également identique. Il en fut de même pour un épyème sous-dural et un abcès cérébral chronique. Chez 7 hématomas sous-duraux, l'exploration fut positive en incidence antéro-postérieure, alors qu'elle fut démonstrative dans 5 cas, en latérale.

Trente-et-un malades à maladie neurologique sans lésion intracrânienne localisée furent soumis à 88 explorations par les deux isotopes. L'examen fut anormal une fois et équivoque chez 6 autres sujets. Les 24 autres donnèrent tous une réponse négative. Il s'agissait de 8 cas d'occlusion vasculaire, un anévrisme intra-crânien, 4 syndromes convulsifs, 5 processus dégénératifs, 5 tumeurs suspectées mais non trouvées, un kyste épidermoïde

du cuir chevelu. Conséquemment, aucun faux résultat positif chez ces 24 sujets sans lésion expansive.

Il ressort de cette étude que la valeur diagnostique de la gamma-encéphalographie pour différencier les lésions expansives (tumeurs, hématomes) des processus cérébro-vasculaires, doit être admise.

En conclusion, les auteurs ne peuvent affirmer aucune préférence pour l'une ou l'autre méthode, aussi bien pour leur rendement quantitatif que qualitatif. Seule l'exploration plus rapidement complétée et obtenue dans les 4-6 heures favoriserait l'emploi du néo-hydrin marquée au mercure 203, du moins pour un examen préliminaire ou de détection qu'on pourra contrôler par l'iode radio-actif.

Roma AMYOT

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR RODERICK AUFFREY

Le docteur Roderick Auffrey est décédé récemment à Moncton où il exerçait sa profession.

Le docteur Roderick Auffrey avait obtenu en 1942 son doctorat en médecine de l'Université Laval.

Il avait fait des études post scolaires à Québec et à Montréal. Il obtenait en 1959 son certificat de spécialiste en gynécologie et en 1961 celui de spécialiste en obstétrique du Collège des Médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

LE DOCTEUR ROMÉO BLANCHET

Le professeur Roméo Blanchet est décédé à Québec le 2 septembre 1964 à l'âge de 62 ans.

Le docteur Roméo Blanchet, né à Sainte-Philomène de Fortierville dans le comté de Lotbinière, fit ses études classiques au Séminaire de Québec et il étudia la médecine à l'Université Laval de Québec, où il obtint son doctorat en 1927.

Il poursuivit des études post-universitaires en physiologie aux Universités de Strasbourg et de Paris.

A son retour d'Europe, le docteur Roméo Blanchet fut nommé assistant dans le département d'anatomie de Laval. Il permuta ensuite en physiologie.

Il fut nommé en 1935 professeur titulaire de physiologie.

Il y fonda par la suite, le département de Physiologie et en devint le premier directeur. Il fut ensuite nommé secrétaire de la faculté de Médecine, fonction qu'il occupa durant de nombreuses années.

En 1960, il fut nommé membre du conseil d'administration de l'université Laval.

Il s'intéressa de près à la Survivance française en Amérique, organisme dont il fut président à Québec. Il réalisa plusieurs travaux sur la physiologie expérimentale et fut rédacteur en chef du Laval Médical.

Le docteur Blanchet fut un temps secrétaire de la faculté de médecine de l'Université Laval.

Un doctorat en droit "honoris causa" a été conféré au professeur Roméo Blanchet par l'Université d'Ottawa.

Le professeur Roméo Blanchet était membre de plusieurs associations scientifiques et il fut membre du Conseil Général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Il était le père des docteurs Jean et André Blanchet et le beau-frère du docteur Henri Samson, s.j., prêtre et médecin, à qui s'adressent tout particulièrement les sincères condoléances de l'Union Médicale du Canada et de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

LE DOCTEUR ALCIDE GRATTON

Le docteur Alcide Gratton est décédé à Sherbrooke le 18 août 1964, à l'âge de 68 ans.

Le docteur Alcide Gratton avait fait ses études médicales à l'Université de Montréal, où le doctorat lui fut décerné en 1925.

Le docteur Alcide Gratton a, pendant la majeure partie de sa carrière, exercé sa profession à Valcourt.

LE DOCTEUR ARCADE LABELLE

Le docteur Arcade Labelle, chirurgien de l'Hôpital Saint-Luc de Montréal, est décédé le 21 août 1964 à l'âge de 71 ans.

Le docteur Arcade Labelle avait obtenu son doctorat en médecine de l'Université de Montréal en 1920. Le docteur Arcade Labelle avait fait son internat à l'Hôpital Notre-Dame; ce fut le début de son entraînement chirurgical, qu'il compléta lors d'un séjour à l'étranger.

En 1924, il entra dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu à titre de bénévole qu'il quitta à l'ouverture du nouvel Hôpital Saint-Luc, où il fut l'un des premiers assistants du directeur, le professeur Pierre Zéphir Rhéaume.

Il a consacré les trente dernières années de sa carrière à son travail à l'hôpital Saint-Luc de Montréal.

LE DOCTEUR ROMÉO LAJOIE

Le docteur Roméo Lajoie est décédé à Montréal le 1er septembre 1964 à l'âge de 77 ans.

Le docteur Roméo Lajoie avait obtenu en 1912 son doctorat en médecine de l'Université de Montréal. Il cessa en 1917 d'exercer la profession médicale.

LE DOCTEUR MARCEL LANGLOIS

Le docteur Marcel Langlois est décédé à Québec le 16 août 1964 à l'âge de 61 ans.

Le docteur Marcel Langlois avait obtenu en 1927 son doctorat en médecine de l'Université Laval de Québec. Il s'était, dès après, destiné à la pédiatrie, où il gravit tous les échelons de l'enseignement universitaire et où il devint professeur de pédiatrie à la Faculté de Médecine de Laval.

Les problèmes de la pédiatrie l'avaient entraîné sur la voie de la médecine sociale, si bien que le docteur Marcel Langlois occupa pendant un certain temps un poste important au Ministère de la Santé du Canada. De là, il s'orienta vers la direction médicale des hôpitaux, où il fut tour à tour directeur médical à Ottawa, à Edmunston, à l'hôpital St-François d'Assise, à Alma et à l'Hôtel-Dieu de Lévis, poste qu'il occupait au moment de son décès.

LE DOCTEUR JEAN-BAPTISTE LEBLANC

Le docteur Jean-Baptiste Leblanc est décédé à Trois-Rivières le 28 août 1964 à l'âge de 60 ans.

Le docteur Jean-Baptiste Leblanc avait fait ses études médicales à l'Université Laval et obtenu son doctorat en 1931.

Le docteur Jean-Baptiste Leblanc avait consacré à la chirurgie la majeure partie de son existence professionnelle. Il faisait partie du service de chirurgie de l'Hôpital Saint-Joseph. Il était membre de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec et président en exercice de la Société de chirurgie de Québec.

Le docteur Jean-Baptiste Leblanc était un ancien membre du Conseil de l'Association des Médecins de Langue française du Canada. Il était également commandeur de l'Ordre de St-Grégoire-le-Grand.

L'A.M.L.F.C. offre à la famille Leblanc ses sincères condoléances.

LE DOCTEUR HENRI RACINE

Le docteur Henri Racine est décédé le 5 septembre 1964 à l'âge de 48 ans, après une courte maladie.

Le docteur Henri Racine après avoir fait ses études et obtenu en 1943 son doctorat en médecine à l'Université Laval de Québec exerça sa profession à Hull. Il faisait partie du bureau médical de l'Hôpital du Sacré-Cœur dont il était Chef du bureau de santé.

Le docteur Henri Racine était le frère du docteur Paul-André Racine de Rouyn, à qui nos profondes sympathies sont acquises.

LE DOCTEUR J. ENOÏL RAYMOND

Le docteur J. Enoïl Raymond est décédé à l'âge de 64 ans le 31 août 1964 à sa résidence de St-Louis de Courville.

Le docteur J.-E. Raymond avait obtenu son doctorat en médecine en 1933 de l'Université Laval de Québec.

Le docteur J. E. Raymond était coroner pour les comtés de Portneuf et de Québec.

LE DOCTEUR HENRI ROY

Le docteur Henri Roy est décédé à l'Hôpital du St-Sacrement de Québec, le 9 août 1964, à l'âge de 55 ans.

Le docteur Henri Roy avait fait ses études médicales et obtenu en 1936 son doctorat en médecine de l'Université Laval de Québec.

Le docteur Henri Roy exerçait sa profession à Deschambault et il était, en outre, coroner du district de Portneuf.

NOUVELLES

LE DOYEN JEAN-JACQUES LUSSIER REPRÉSENTANT DU CANADA AU BRÉSIL

Le docteur Jean-Jacques Lussier, doyen de la faculté de médecine à l'Université d'Ottawa s'est rendu au Brésil, où il a été l'un des deux représentants canadiens à la première réunion d'un organisme formé récemment, la Fédération panaméricaine de l'Association des écoles de médecine.

Le docteur Lussier et le docteur John Hamilton, doyen de la faculté de médecine à l'Université de Toronto, représentèrent l'Association des écoles de médecine du Canada, à la fois à titre de délégués et en tant que membres canadiens du nouveau conseil de cette Fédération.

La rencontre de la Fédération a eu lieu à Pocos de Caldas, au Brésil, les 15 et 16 août. Le docteur Lussier, qui est le vice-président de l'Association canadienne, prolongea son séjour à Pocos, de même que le docteur Hamilton, afin d'assister à la quatrième Conférence des écoles de médecine de l'Amérique latine, du 17 au 23 août, après avoir visité les villes de Rio de Janeiro, ainsi que Mexico.

Un don de la Brazilian Traction, Light and Power Company, Ltd., de Toronto, défraia les dépenses de voyage des deux délégués canadiens.

LE DOCTEUR JACQUES GENEST RAPPORTEUR AU 2^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'ENDOCRINOLOGIE TENU À LONDRES

Le 2^e Congrès International d'Endocrinologie s'est tenu à Londres du 16 au 22 août 1964.

Parmi les rapporteurs invités on remarque le docteur Jacques Genest, directeur du département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal, qui a fait une communication sur "le contrôle de l'aldostérone".

DEUX NOUVEAUX DIRECTEURS DE DÉPARTEMENTS-CLINIQUES À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Sur la recommandation de la faculté de Médecine, le Conseil des gouverneurs de l'Université de Montréal vient de nommer le docteur Michel Bérard à la direction de son département d'obstétrique et de gynécologie, et le docteur Jean-Louis Léger, directeur du département de radiologie. Les deux nouveaux titulaires, diplômés en médecine de l'Université de Montréal, sont de l'Hôpital Notre-Dame.

Après ses études secondaires au Collège Stanislas de Montréal et l'obtention d'un doctorat en médecine, le docteur Michel Bérard, boursier de la fondation R. Samuel McLaughlin, a fait des études spécialisées en obstétrique et en gynécologie au Post-Graduate Medical School of London et il a travaillé, à Londres également, à l'hôpital Hammersmith, à l'hôpital Chelsea et au Queen Charlotte's Maternity Hospital.

Le docteur Jean-Louis Léger a fait ses études secondaires au Collège Jean-de-Brébeuf. Ses études spécialisées en radiologie, entreprises à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, se sont poursuivies à l'Université de Montpellier, à l'Institut du radium de Paris et à l'Institut neurologique de Montréal. Le docteur Léger est chef des services de radiologie de l'Hôpital Notre-Dame depuis 1956.

SIX DIRECTEURS DE DÉPARTEMENTS NOMMÉS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'université de Montréal annonce la nomination de six professeurs titulaires comme directeurs de département des sciences fondamentales à la faculté de médecine.

Département d'anatomie

La faculté de médecine faisait récemment la fusion de ses départements d'anatomie macroscopique et d'histologie et embryologie en un seul département d'anatomie dont elle confiait la direction au docteur Pierre Bois, titulaire d'anatomie. Bachelier ès arts de l'université Laval, le docteur Bois obtenait, en 1953, un doctorat en médecine de l'université de Montréal et en 1957, le diplôme de *Philosophiae Doctor* après des études supérieures sous la direction du professeur Hans Selye à l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentale. Il devenait ensuite assistant professeur au département d'histologie et d'embryologie de la faculté de médecine de l'université d'Ottawa pour revenir récemment au département de pharmacologie de l'université de Montréal. Son activité en recherche s'est manifestée par de nombreuses publications, notamment sur les modifications morphologiques entraînées par les substances hormonales, les carences, l'histamine et la sérotonine. Le docteur Maurice Blais, qui était jusqu'à maintenant directeur du département d'anatomie macroscopique, continue à diriger cette section du nouveau département.

Département de bactériologie

Le docteur Sorin Sonea succède à la direction du département de bactériologie, au docteur Armand Frappier qui désire se consacrer plus entièrement à ses recherches et à la direction de l'Institut de microbiologie et d'hygiène. Roumain d'origine, le docteur Sonea a reçu son doctorat en médecine de l'université de Bucarest en 1944. Il a étudié plusieurs années à l'université de Paris et travaillé à l'Institut Pasteur. Membre de plusieurs sociétés savantes, il est l'auteur de nombreux travaux de recherches dont les plus récents portent sur les staphylocoques et la fluorescence microscopique bactérienne. Le docteur Armand Frappier demeure professeur titulaire de bactériologie et membre actif du département.

Département de biochimie

En nommant le docteur Walter Verly directeur du département de biochimie, la faculté de médecine comble le poste demeuré vacant depuis la mort du regretté professeur Georges Baril. Le docteur Verly, de nationalité belge, est docteur en médecine de l'université de Liège. Il a étudié la biochimie à Edimbourg (Écosse) sous la direction du professeur G. F. Marrian et a travaillé à l'université Cornell sous la direction du professeur V. du Vigneau (prix Nobel 1955). À son retour à l'université de Liège en 1952, il établissait un laboratoire des isotopes rattaché au département de biochimie. Auteur de près d'une centaine de travaux de recherche en biochimie, conseiller scientifique auprès d'organisations gouvernementales et internationales, le nouveau directeur du département de biochimie donnera à cette discipline une activité nouvelle et accrue dans la faculté.

Département de pathologie

Le docteur Gilles Tremblay est appelé à la direction du département de pathologie. Il succède au regretté professeur Pierre Masson et au professeur Joseph-Luc Riopelle qui décidait récemment de se consacrer plus exclusivement à ses travaux de pathologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal, tout en demeurant professeur d'anatomie pathologique à la faculté. Après l'obtention de son doctorat en médecine à l'université de Montréal, le nouveau titulaire se spécialisait en anatomie pathologique d'abord sous la direction du professeur Joseph-Luc Riopelle, puis à Boston au New England Deaconess Hospital et à l'université de Londres où il poursuit des recherches en histochimie.

Département de pharmacologie

Le docteur Aurèle Beaulnes devient officiellement directeur du département de pharmacologie qu'il a établi et qu'il développe depuis quelques années. Diplômé en médecine de l'université de Montréal, il a étudié la pharmacologie à l'université de Washington, à l'université d'Oxford et à l'université de Paris. Ancien boursier de la Fondation Markle, membre actif de la Société de pharmacologie du Canada, de la Société française de pharmacologie, de la Société de physiologie de Montréal et d'autres sociétés scientifiques, le docteur Beaulnes est l'auteur de plusieurs publications sur la neuropharmacologie, la physiopathologie cardiaque et les drogues qui influencent les mécanismes cardiaques.

Département de physiologie

Le docteur Jean-Pierre Cordeau, nouveau directeur du département de physiologie, a fait ses études pré-universitaires au Mont-Saint-Louis. Diplômé du Collège militaire royal de Kingston (médaille d'or du Gouverneur général), il servait dans les forces armées canadiennes en Angleterre, en France, en Belgique, en Hollande et en Allemagne. A la fin des hostilités, il poursuivait des études de génie à l'École polytechnique de Montréal et obtenait un diplôme d'ingénieur en 1948. Il passait ensuite à une nouvelle discipline et devenait docteur en médecine de l'université de Montréal en 1954, puis il se spécialisait en neurophysiologie, d'abord à l'Institut neurologique de Montréal, puis en Angleterre et à Pise, en Italie, sous la direction du professeur Moruzi.

**LE PROFESSEUR PAUL ROBERT PERMUTE
À L'HÔPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU**

Le professeur Paul Robert, chef du service de médecine de l'Hôpital Maisonneuve et professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal quitte le 1er octobre 1964 son poste de l'Hôpital Maisonneuve pour devenir directeur du département de médecine de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

**LE DOCTEUR LÉONARD F. BÉLANGER
CONFÉRENCIER À DEUX CONGRÈS**

Le docteur Léonard-F. Bélanger, directeur du département d'histologie et d'embryologie à la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa, a présenté des communications lors de deux congrès scientifiques en Europe.

Il s'agit du deuxième congrès international d'histochimie, qui s'est tenu à Francfort-sur-le-Mein en Allemagne, du 18

au 21 août, et du deuxième colloque sur la parathyroïde, à Leyde en Hollande, du 25 au 29 août.

En plus de donner des travaux aux deux congrès, il présida également des sessions spéciales.

**IMPORTANTE RÉUNION DE NEUROLOGUES
À OTTAWA**

Une conférence de deux jours, commençant le 2 septembre, groupa les meilleurs neurologues des universités canadiennes et deux participants américains, à l'Université d'Ottawa.

Cette conférence était organisée en marge de la présence du professeur John Szentagothai, de Budapest, à l'université depuis le 15 juin. Sa visite est organisée par le Conseil de recherche médicale du Canada.

Le docteur Joseph Auer, directeur du département d'anatomie de l'Université d'Ottawa, organisa cette réunion présidée par le docteur Herbert H. Jasper, de l'Institut montréalais de neurologie. Le docteur Jasper est le fondateur de l'Organisation internationale pour la recherche sur le cerveau.

La conférence porta sur l'étude du lobe limbique du cerveau et de l'hypophyse.

Outre le professeur Szentagothai et plusieurs professeurs à l'Université d'Ottawa, on remarqua parmi les participants, le docteur W. J. H. Nauta, de l'Institut de technologie du Massachusetts; le docteur Alan Rothballer, du Collège de médecine Albert Einstein, de New York; le docteur N. B. Rewcastle, de l'Université de Toronto; le docteur Claude Fortier, de l'université Laval; le docteur Francis L. McNaughton, de l'Institut montréalais de neurologie; et le Dr Hugh McLennan, de l'Université de Colombie-Britannique, Vancouver.

Trente neurologues participèrent à cette conférence; onze d'entre eux présentèrent des communications à cette rencontre.

**RAPORTEURS AU 1er CONGRÈS
INTERNATIONAL DE CARDIOLOGIE
PRÉVENTIVE**

Le 1er Congrès International de cardiologie préventive a eu lieu à Burlington les 25 et 26 août 1964.

Une équipe de l'Institut de cardiologie de Montréal composée de son directeur, le docteur Paul David, du chef du département de biochimie et d'épidémiologie, le docteur Claude Allard, d'un associé en recherche, le docteur Gaston Goulet et du coordinateur du département de recherches, le docteur Gaston Choquette a présenté un travail préliminaire portant sur mille travailleurs masculins de la cité de Montréal, dont 500 employés cléricaux et 450 agents de police ou pompiers.

L'enquête, à demi complétée, est répartie sur trois années.

L'anxiété, l'obésité et les habitudes alimentaires ont une influence marquée sur le bon comportement physique de l'individu.

**LE DOCTEUR CHARLES LÉPINE NOMMÉ
À L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR**

Le docteur Charles Lépine a été nommé directeur du nouveau département de Physiologie respiratoire à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville.

Le docteur Charles Lépine est entré en fonctions le 1er septembre 1964.

Le docteur Charles Lépine a fait jusqu'alors partie de l'Institut Lavoisier et de l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont.

**LE DOCTEUR GUY DE THÉ, CONFÉRENCIER
INVITÉ DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE MONTRÉAL**

La Société Médicale de Montréal a repris la série de ses conférences mensuelles mardi le 22 septembre 1964 à l'Hôpital Sainte-Justine.

Le conférencier d'honneur était le docteur Guy de Thé, membre du *National Cancer Institute* de Bethesda, Ma.

La séance présidée par le docteur Jacques Genest portait sur l'état actuel des recherches sur les leucémies expérimentales et humaines.

**HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR
ROGER LACHANCE DE HULL**

Le docteur Roger Lachance, directeur médical de l'hôpital du Sacré-Cœur de Hull, a été élu membre de l'American College of Hospital Administrators à la 30e collation annuelle des diplômes de cette société professionnelle, le dimanche 23 août, à Chicago.

La nouvelle a été confirmée par le président du ACHA, M. Robert W. Bachmeyer, directeur exécutif du "Youngstown Hospital Association", Youngstown, Ohio.

**CONFÉRENCE DU DOCTEUR
JACQUES GENEST AU ROYAL FREE HOSPITAL
DE LONDRES**

Le professeur Sheila Sherlock, chef de service au Royal Free Hospital de Londres, a été l'hôte du docteur Jacques Genest de Montréal, le 19 août 1964.

Le docteur Jacques Genest a prononcé une conférence sur "le rôle du système rénine-angiotensine dans l'hypertension et la régulation du sodium".

**VISITE À LAVAL DU PROFESSEUR
GUNTER HERMANN**

Le professeur Gunter Hermann, de l'Institut du Cancer de France, professeur invité du "New York Medical College" pendant un an, a rendu visite aux membres du département d'Immunochimie de la faculté de Médecine. Le but de cette rencontre était d'étudier la possibilité d'obtenir une participation canadienne au prochain congrès international d'immunopathologie, qui se tiendra en France sous la présidence du docteur M. Grabar de l'Institut Pasteur.

**ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION CANADIENNE
CONTRE LA TUBERCULOSE**

L'Association Canadienne contre la Tuberculose vient de tenir au début d'août 1964 son assemblée générale annuelle à St-Jean du Nouveau-Brunswick.

Le docteur E. M. Found de Charlottetown a été élu président de l'Association; le docteur Roland Guy de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a été nommé vice-président pour la section du Québec.

Le docteur Fernand Grégoire de Montréal a été élu membre du comité exécutif de la *Canadian Thoracic Society*.

**NOMINATION DES DOCTEURS
CHARLES CARRIER ET DAVID JACOB
À L'HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE**

Les docteurs Charles Carrier et David Jacob, tous deux professeurs à la faculté de Médecine, viennent d'être nommés assistants universitaires dans le service de pédiatrie de l'hôpital St-François d'Assise.

**LES DOCTEURS GILLES TREMBLAY ET
GAËTAN JASMIN, RAPPORTEURS AU
CONGRÈS DE FRANCFORT**

Le docteur Gilles Tremblay, directeur du département d'anatomie pathologique et le docteur Gaëtan Jasmin, directeur de la section des recherches au même département de l'Université de Montréal ont, au milieu d'août 1964, présenté des communications au 13e Congrès International d'Histochimie et de cytochimie à Francfort, Allemagne de l'Ouest.

**LE DOCTEUR CHARLES LÉPINE PARTICIPE
AUX ENTRETIENS DE PHYSIO-PATHOLOGIE
RESPIRATOIRE DE NANCY**

Les entretiens de physio-pathologie respiratoire auront lieu à Nancy du 23 au 25 octobre 1964.

L'Avant-programme se lit comme suit:

Acidose hypercapnique des pulmonaires chroniques. Nature et mécanismes des hypoventilations alvéolaires (A. Cournaud). Témoins cliniques et biologiques de l'acidose hypercapnique. (table ronde) Évolution des hypercapnies des pulmonaires chroniques:

Les évolutions aiguës, le retentissement rénal et hépatique, les évolutions chroniques, les retentissements de l'hypercapnie sur la ventilation et la circulation pulmonaire.

Traitement de l'hypercapnie des pulmonaires chroniques: le traitement médical, le traitement par ventilation artificielle, les ventilations artificielles chez les pulmonaires chroniques avec hypercapnie aiguë supérieure à 70 mm Hg.

Le docteur Charles Lépine, directeur du département d'hémodynamique respiratoire à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, doit prendre une part active à ces entretiens.

**LE PROFESSEUR JOSÉ URIEL, INVITÉ
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE QUÉBEC**

La faculté de Médecine de l'Université Laval accueillera, à l'automne, un éminent confrère, membre de l'Institut du Cancer de France. Il s'agit du docteur José Uriel, de nationalité espagnole. Il donnera quelques cours et des conférences aux professeurs et aux étudiants de cette faculté.

RÉUNION DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association des Chirurgiens de la Province de Québec tiendra son assemblée générale annuelle samedi le 21 novembre 1964 sous la présidence du docteur Wilfrid Caron, directeur du département de Chirurgie de l'Université Laval de Québec.

La réunion aura lieu à l'Hôtel Reine Elizabeth de 9 h. à 18 h. dans le cadre du 34^e Congrès de l'A.M.L.F.C. Le programme scientifique portera sur les soins d'urgence, l'infection dans les salles d'opération et la conduite à tenir dans les grands traumatismes.

Vendredi, le 20 septembre 1964 les membres de l'Association et leurs invités se réuniront à l'Hôtel Montréal Aéroport Hilton de Dorval à la faveur d'un cocktail-dîner.

ÉTUDE CONJOINTE DU RAPPORT HALL

Un groupe de médecins représentant l'Association médicale canadienne, l'association des médecins de langue française du Canada, l'association des facultés de médecine du Canada, le Collège Royal de médecins et Chirurgiens du Canada, le Conseil de recherches médicales du Canada et le Collège de pratique générale du Canada se sont réunis à Toronto les 17 et 18 août 1964 pour étudier le rapport de la Commission Hall sur les services de santé.

Il semble ressortir de ces deux jours de délibération que la priorité dans l'ordre de réalisation des recommandations du rapport Hall doit être accordée à l'enseignement médical, à la recherche médicale et à l'octroi de bourses d'études.

CONGRÈS PANAMÉRICAIN D'OPHTALMOLOGIE

Le premier Congrès Panaméricain d'ophtalmologie tenu au Canada aura lieu à Montréal du 11 au 16 octobre 1964, à l'Hôtel Reine Elizabeth.

Ce Congrès International sera sous la présidence du docteur Gordon Kelly de Toronto.

Les docteurs Roland Cloutier, chef du service d'ophtalmologie de l'Hôpital Notre-Dame et René Charbonneau du même service d'ophtalmologie de l'Hôpital Notre-Dame et président de la Canadian Ophthalmological Society, font partie du comité d'organisation.

UNE ÉCOLE D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Une école d'administration hospitalière sera établie à l'Université d'Ottawa.

La nouvelle école a été organisée à la demande de l'Association des hôpitaux catholiques du Canada qui aidera à son financement.

Le R. P. Lorenzo Danis, o.m.i., qui, depuis quelques années occupe le poste de directeur de l'Association, a été nommé directeur de l'école.

Le T. R. P. Roger Guindon, o.m.i., recteur, en annonçant la nouvelle, déclarait:

"En conformité avec leurs traditions respectives, l'Université d'Ottawa et l'Association des hôpitaux catholiques

du Canada veulent conjuguer leurs efforts pour assurer une préparation académique excellente aux administrateurs de nos hôpitaux, dont le rôle exige de plus en plus une connaissance approfondie des techniques modernes de l'administration."

Ce sera la troisième école du genre au Canada, les autres déjà existantes sont à l'Université de Montréal et à l'Université de Toronto.

Afin de ne pas faire double emploi avec l'école de Montréal, les cours se donneront tout d'abord au bénéfice des nombreuses congrégations religieuses hospitalières de langue anglaise. Cependant aucune restriction n'est imposée aux candidats quant à la religion, à la race ou à la langue.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES ADMINISTRATEURS D'HÔPITAUX DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'A.A.H.P.Q. a tenu sa réunion générale annuelle, à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal, le 17 septembre.

Le thème général au programme était l'équipe administrative à l'œuvre au sein de l'hôpital, étudiée comme suit:

Le directeur médical: le docteur C. A. Gauthier

La directrice du nursing: Sœur Sainte Julienne, O.S.A.

Le directeur financier: Robert Jarry, C.A.

Le directeur du personnel: Léo Delisle, M.R.I.

Le directeur général: Lucien Lacoste, M.R.I., D.A.H.

La cérémonie solennelle d'investiture était sous la présidence de M. Paul-Émile Olivier; l'invité d'honneur était M. Roger Charbonneau; le Maître de cérémonie: le docteur Marcel Lapointe.

A la cérémonie officielle d'investiture, l'association honore Madame Louis de Gaspé Beaubien, fondatrice de l'hôpital Sainte-Justine pour les enfants, qui deviendra membre honoraire de l'association.

LE DOYEN ROSAIRE GINGRAS EXPLIQUE LA RAISON DES RESTRICTIONS APPORTÉES À L'ADMISSION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

La Faculté de Médecine de Québec a refusé près de 275 étudiants en médecine, possédant les qualités requises et un bon dossier académique ou du moins un dossier plus que satisfaisant.

Telle est la déclaration du doyen de la faculté de médecine de l'Université Laval, le docteur Rosaire Gingras.

Les raisons invoquées pour le refus de ces candidats, est que l'université n'a pas le budget nécessaire pour assurer la qualité de l'enseignement, et d'autre part, la faculté n'a pas les structures hospitalières suffisantes pour l'enseignement.

"Dans les cadres actuels, de conclure le doyen de la faculté de Médecine, nous ne pouvons pas accueillir un plus grand nombre d'étudiants en médecine. En effet, les normes d'après lesquelles on juge de la qualité d'une école de médecine sont très précises, très strictes. Si elle ne respecte pas ces barèmes, une école de médecine risque d'être considérée comme une faculté de second ordre ne pouvant produire des médecins véritablement bien formés," dit-il.

Ces normes sont établies au Canada et aux États-Unis, par une commission d'accréditation qui évalue les écoles de médecine. Tous les huit ans, chacune reçoit la visite d'un

groupe d'enseignants médicaux. Pendant, plusieurs jours, les enquêteurs examinent d'une façon approfondie le fonctionnement d'une institution. Ils font ensuite un rapport qui décrit les résultats de l'inspection et qui contient un avis, transmis à l'"Association of American Medical Colleges", recommandant ou non que l'école de médecine en question reste accréditée. Une école de médecine qui n'obtient pas son accréditation est pratiquement forcée de fermer ses portes.

Dans cette occurrence, selon M. Rosaire Gingras, aucun médecin de Laval ne serait autorisé à pratiquer en dehors du Québec et aucun d'entre eux, ne serait admis à poursuivre des études de spécialisation à l'étranger.

Parce que les subventions aux écoles de médecine ne sont pas les mêmes au Canada qu'aux États-Unis, le jury d'accréditation s'est trouvé en face d'une tâche très difficile.

"Ce serait presque, dit-il, une tragédie que quelques-unes de nos écoles de médecine canadiennes dussent perdre leur rang d'institution pleinement accréditée à un moment où il faut de plus en plus de ces maisons d'enseignement pour faire face au besoin de médecins qui se manifeste dans notre pays.

Présentement, le Canada s'achemine vers une crise imminente du recrutement des médecins, il se peut que, d'ici dix ans, notre pays manque tellement de médecins que les Canadiens, même s'ils ont l'assurance-maladie universelle, ne pourront plus compter sur des soins médicaux satisfaisants.

Le nombre des médecins qui sortent des douze écoles de médecine du Canada (environ 850 par année) est toujours resté bien en deçà de ce qu'il devrait être pour correspondre à l'augmentation de la population. En 1901, il y avait au Canada 1 médecin pour 972 personnes; cinquante-neuf ans plus tard, et en grande partie à cause de l'arrivée au pays de médecins étrangers, (jusqu'à 600 certaines années) cette proportion s'était légèrement améliorée (1 médecin pour 879 personnes) mais ce nombre était encore inférieur à celui de vingt autres pays, y compris les États-Unis et l'Union Soviétique."

CONGRÈS MONDIAL DE CLASSIFICATION DES MICROBES

Le premier Congrès International sur la classification des microbes a eu lieu à l'université Laval du 31 août au 5 septembre 1964.

Ce congrès, organisé par le Conseil national des Recherches du Canada et par la "National Science Foundation" des États-Unis, avait pour but de réunir un petit nombre de spécialistes intéressés à cette question très vaste et d'une très grande actualité.

La classification des microbes va de la description et de la désignation scientifique des plantes, des animaux et des microbes à la mise en place des livres dans les collections des bibliothèques en passant par la façon dont les gens se comportent devant le diagnostic de la maladie, par la description des sols, et des types de roche, par l'identification des strates pétrolifères, etc.

Ce congrès étudia tout particulièrement l'application des techniques mathématiques modernes et les problèmes de la classification et de l'identification des microbes.

Les discussions amorcées au cours de ce congrès à Québec seront d'une importance capitale et la question de mettre de l'ordre dans le monde complexe des microbes au moyen de calculatrices électroniques était à l'ordre du jour.

60 délégués venant de 19 pays différents ont participé à ces assises. Certains des congressistes sont des spécialistes dans des collections de culture.

Signalons qu'en 1963, le comité canadien a été le premier à suggérer l'emploi de cartes perforées pour enregistrer les données relatives aux collections de culture.

Au Canada, on a recours à la taxonomie numérique au Conseil national de la Recherche et au ministère fédéral de l'Agriculture.

LA PROVINCE OCTROIE 79 BOURSES DE PERFECTIONNEMENT EN MÉDECINE

Le ministère de l'Éducation a attribué 79 bourses de perfectionnement en médecine pour l'année 1964-65. Leur valeur totale est de \$112,450. Dans la majorité des cas, ces bourses atteignent le maximum de \$2,000.

Attribuées par voie du concours ces bourses sont accordées aux diplômés d'universités qui désirent parfaire au Québec, au pays ou à l'étranger, leurs connaissances scientifiques ou leur formation professionnelle.

Parmi les récipiendaires de nouvelles bourses, on relève les noms de:

Bédard, Guy, qui étudiera au centre médical d'Albany pour se spécialiser en urologie; Bédard, Pierre, (U. de Toronto), chirurgie cardio-vasculaire; Bélanger, Albert, (Henry Ford Hosp. (Michigan)), cardiologie; Blais, Roger, (U. Laval), biologie et radiologie; Blanchet, Jean, (Mtl General Hosp.), gynécologie et obstétrique; Boies, Ernest, (Hôtel-Dieu de Québec), chirurgie cardiaque; Castelluci, Vincent, (U. de Washington), neurologie; Deschênes, Aurèles, (Hôtel-Dieu de Montréal), ophtalmologie; Deschênes, Luc, (Hôp. Saint-Sacrement, Québec), chirurgie générale; Francœur, Jacques, (U. de Toronto), sc. neurologiques; Gagnon, Denis, (U. McGill), pharmacologie; Julien, Gilles, (U. Laval), pharmaco-dynamie; Laroche, Gilles, (Clinique Mayo), théorie et pratique chirurgicale; Lemaire, Marcellin, (U. Duke), dermatologie; Montgrain, Pierre, (Hôp. Saint-Antoine), (Paris), gastro-intérologie; Ouellet, Yvon, (Clinique de Cleveland), méd. interne et cardiologie; Tremblay, Michel, (Jackson Memorial Hosp.), (Miami), anatomie-pathologie.

Renouvellements

Bossé, Jean, (Hôp. de la Salpêtrière) (Paris), psychiatrie infantile; Chrétien, Louis, (Hôtel-Dieu), (Québec), orthopédie; Germain, Paul, (U. Laval), physiologie générale; Goyer, Robert, (Inst. de Pharmacologie), (Paris), pharmacologie; Laberge, Claude, (Johns Hopkins Hosp.), (Baltimore), biochimie génétique; Lefrançois, Marc, (U. de l'Ohio), géodésie et photogrammétrie; Lessard, Raymond, (Hôp. Saint-Louis), (Paris), vénérologie; Moisan, André, (Hôp. Broussais), (Paris), cardiologie; Roberge, Jean-Guy, (New Engl. Deaconess Hosp.), (Boston), cardiologie vasculaire; Roy, Paul-Émile, (Hôtel-Dieu), (Québec), ophtalmologie; Simard, François, (U. de Paris), anthropologie; Thériault, Raymond, (Manhattan Eye, Ear, Throat Hosp.), (N.Y.), oto-rhinolaryngologie; Thibert, D'Arcy, (Hammer-

smith Hosp.), (U. Temple), maladies des poumons; Tremblay, Gaston A., (Hôtel-Dieu), (Québec), anesthésiologie.

Cette liste est partielle et ne couvre que les récipiendaires diplômés de l'Université Laval de Québec.

UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER UICC

Une Conférence consacrée à "l'Aide Internationale pour les Recherches sur le Cancer" s'est tenue à Stockholm du 7 au 9 septembre 1964 sous les auspices de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC), avec la participation des personnalités suivantes:

P. Bucalossi (Italie); S. Balmuhanov (URSS); N. N. Blokhin (URSS); W. Burdette (USA); E. Caceres (Pérou); T. Caspersson (Suède); P. Denoix (France); S. Farber (USA), Président; W. U. Gardner (USA); P. Grabar (France); A. Haddow (Royaume-Uni); H. Hamperl (Rép. Féd. d'Allemagne); B. S. Hanson (Australie); J. Kendrew (Royaume-Uni); V. R. Khanolkar (Inde); M. Kuru (Japon); A. Lacassagne (France); P. Loustalot (Suisse); J. H. Maisin (Belgique); O. Mühlbock (Pays-Bas); J. F. Murray (Rép. Sud-Africaine); N. P. Napalkov (URSS); A. L. Aboul Nasr (RAU); V. A. Ngu (Nigeria); G. T. Pack (USA); R. Paterson (Royaume-Uni); E. Pedersen (Norvège); M. J. Shear (USA); H. L. Stewart (USA); F. L. Stone (USA); H. Tagnon (Belgique); R. M. Taylor (Canada); T. Yoshida (Japon).

Le mandat de la Conférence était le suivant: passer en revue les projets actuels de développement de la coopération internationale dans les recherches sur le cancer et les domaines médicaux et biologiques connexes; évaluer les besoins de recherches dans les différentes régions du monde; et formuler des recommandations. La Conférence avait à sa disposition des rapports faisant le point des besoins actuels et futurs de la recherche dans les différents pays du monde.

La Conférence, tout en constatant que l'aide dont bénéficient actuellement les recherches sur le cancer varie beaucoup suivant les pays, a conclu qu'il était urgent, en plus de l'assistance sur le plan national, d'instituer sur le plan international une aide considérable qui devrait être probablement de l'ordre d'un grand nombre de millions de dollars chaque année.

Cette aide internationale devrait porter plus spécialement sur les points suivants: recherche fondamentale, études internationales d'épidémiologie et de démographie, formation et échange de personnel scientifique et technique.

La Conférence s'est prononcée en faveur de la création d'un Centre International de Recherches sur le Cancer, patronné et financé par les gouvernements et auquel l'Union Internationale Contre le Cancer apporterait sa participation médicale et scientifique de concert avec l'Organisation Mondiale de la Santé et, en tant que de besoin, avec d'autres institutions. La Conférence a estimé que ce Centre devrait avoir pour fonctions de recevoir et de gérer les fonds, avec le concours d'un Conseil Consultatif Scientifique dont les membres seraient choisis sur une liste présentée par l'UICC. Le Centre serait chargé de répartir les fonds d'aide non seulement sur la base de demandes particulières mais aussi d'après les enquêtes qu'il ferait lui-même sur les besoins de recherches dans le monde entier. Il est spécialement important que cette aide soit accordée non seulement pour l'exécution de projets dépassant le cadre national mais aussi pour l'exécution de projets intérieurs intéressant des pays qui ne sont pas actuellement en mesure de les réaliser avec leurs ressources propres.

L'Union Internationale Contre le Cancer est une organisation bénévole non gouvernementale qui se consacre exclusivement à encourager sur le plan international l'action menée contre le cancer dans les domaines de la recherche, de la thérapeutique et de la prévention; elle est chargée en outre de l'application d'un programme international de bourses de recherches d'un niveau supérieur. Elle compte 96 organisations membres, réparties dans 67 pays. Le Bureau de l'UICC a fait siennes les conclusions de la Conférence exposées ci-dessus et a décidé d'élaborer des plans tendant à la mise en œuvre de cet ambitieux programme.

LE DOCTEUR GILLES BERTRAND EN TURQUIE

La Société de Neurochirurgie du Moyen Orient a invité le docteur Gilles Bertrand comme conférencier à l'occasion de sa réunion annuelle à Ankara et à Istanbul du 23 au 27 septembre.

Le docteur Gilles Bertrand, professeur agrégé de Neurochirurgie à l'Université McGill et Neurochirurgien à l'Institut Neurologique de Montréal et à l'Hôpital Victoria a pris part à un symposium sur le traitement de la maladie de Parkinson et prononça une conférence sur des recherches faites en collaboration avec le Professeur Herbert Jasper sur les mécanismes du tremblement parkinsonien. À l'occasion d'une réunion conjointe de la Société de Neurochirurgie avec la Société de Pédiatrie, le docteur Bertrand fut aussi invité à parler de certaines malformations congénitales de la moëlle épinière et plus particulièrement des diastématomyélies.

REVUE DES LIVRES

Journées médicales annuelles de Broussais-La Charité, 1964.

— Acquisitions médicales récentes. L'Expansion, éditeur, Paris, 1964.

Il y eut des "Journées médicales annuelles" à Beaujon-Clichy, en 1961 et 1962, à Broussais-La Charité en 1963 et 1964.

Le sujet de cette année porta, comme le titre l'indique, sur des acquisitions médicales récentes. La publication actuelle comprend les travaux des auteurs qui exposèrent durant les Journées médicales. Ces auteurs sont parmi les maîtres parisiens qui appartiennent aux diverses disciplines qui font l'objet des exposés. On pourra se rendre compte en prenant connaissance de la table des matières de l'ampleur et du caractère éminemment pratique et instructif de l'enseignement offert au lecteur.

En parcourant ses 373 pages, on est en mesure de se renseigner sur l'actualité de la médecine dans ses plus importants aspects aussi bien dans une perspective d'application pratique que dans celle des notions les plus nouvelles concernant l'étiopathogénie.

Le contenu du volume répond exactement au titre qu'il porte; il s'agit bien, en effet, d'une présentation pertinente de sujets d'actualité à l'égard desquels des recherches récentes ont contribué à effectuer des mises au point importantes.

Voici donc les titres de ces travaux groupés en spécialités.

Roma AMYOT

Pédiatrie

Dermatomyosites de l'enfant: remarques sur le diagnostic et le traitement, par S. Thieffry; les hépatites infectieuses du nouveau-né, par R. Laplane; Les diarrhées chroniques par intolérance aux sucres chez le nourrisson, par P. Royer.

Neurologie

Médullopathies d'origine vasculaire, par R. Garcin; Comment reconnaître une tumeur du tronc cérébral, par P. Castaigne et P. Brunet; Troubles de la conscience et lésions limitées de la substance réticulée, par F. Lhermitte et J. C. Gautier.

Maladies infectieuses

Conception actuelle des leptospiroses et genèse rétrospective des leptospires, par P. Mollaret; l'Immunofluorescence en pathologie infectieuse, par R. Bastin et Ch. Lafaix; Le mécanisme des rechutes au cours des infections bactériennes, par J. Reilly.

Pneumologie

L'emphysème pulmonaire chronique et l'insuffisance respiratoire, par M. Bariéty; Acquisitions récentes sur les fibroses pulmonaires interstitielles diffuses du poumon, par R. Israël-Asselain; Les effets secondaires de la chimiothérapie antituberculeuse. *Physio-pathologie*. Déductions, par G. Brouet.

L'hypertension artérielle

Physio-pathologie. — Physiologie pathologique du système rénine-angiotensine, par F. Gross; Recherches sur le facteur hypotenseur d'origine rénale, par Ph. Meyer, G. Lagrue, Mme C. Devaux, J.-M. Alexandre et P. Milliez; L'hypertension artérielle des malades atteints d'urémie chronique soumise à des hémodialyses répétées, par J.-L. Funck-Brentano, J. Vantelon et H. Favre; Influence de la transplantation rénale sur l'hypertension artérielle: données cliniques et expérimentales, par J. Crosnier, H. Ducrot et P. Jungers; Aldostérone et hypertension artérielle, par J. Schwartz, R. Bloch et J. Velly; L'appareil juxta-glomérulaire du rein et la zone glomérulée de la cortico-surrénale dans l'hypertension expérimentale du rat. Étude aux microscopes optique et électronique, par P.-Y. Hatt, M. Durand et G. Berjal; L'hémodynamique rénale dans l'hypertension artérielle. In-rérêt des explorations rénales séparées, par J. Guédon et M. Legrain.

Discussion sur les indications de l'artériographie — L'interrogatoire d'un hypertendu, par P. Milliez; L'indication de l'artériographie rénale repose-t-elle sur les signes cliniques et urographiques d'une hypertension artérielle? par D. Fritel, Ph. Meyer et M. Hodara; Le néphrogramme isotopique. Valeur du néphrogramme isotopique en tant qu'examen d'orientation dans les indications d'artériographie rénale, par Ph. Tcherdakoff et H. Farel; les aspects techniques récents dans l'examen radiologique de l'hypertension d'origine rénale, par J. Ecoiffier.

Pyélonéphrite chronique — Diagnostic de la pyélonéphrite chez les hypertendus, par C. Jimenez Diax et M. Jimenez Casado. *Traitement* — Traitement médical de l'hypertension artérielle, par C. Bartorelli; Problèmes posés par les interventions sur les artères rénales au cours de l'hypertension artérielle, par Ch. Dubost et J. P. Cachera; Résultats des interventions pour lésions de l'artère rénale au cours de l'hypertension artérielle. Analyse des facteurs de succès et des causes d'échec, par P. Milliez et Ph. Tcherdakoff; Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle essentielle, par P. Oudéo et J. Mourad.

La vie des sciences au Canada français. Par Cyrias OUELLET. — Édition du Ministère des Affaires culturelles, Québec, 1964.

Une belle collection intitulée Art, Vie et Sciences au Canada français vient d'apparaître sur le marché du livre.

La direction de cette série de volumes a été confiée à madame Geneviève de la Tour Fondue-Smith; ce qui, dès le départ, était un gage de distinction et de haute qualité artistique et littéraire.

Cette série de volumes, éditée par le Ministère des Affaires culturelles de l'État du Québec, comprend six volumes; le premier porte le titre de Panorama des lettres canadiennes-françaises et il est signé Guy Sylvestre. Le second traite du théâtre au Canada français et il est dû à la plume de Jean Hamelin. Guy Viau a écrit le troisième

volume consacré à la peinture moderne au Canada français. Le quatrième fascicule, qui traite de la vie musicale au Canada français, est rédigé par Annette-Lasalle-Leduc. Le cinquième titre couvre la vie des sciences au Canada français et Cyrias Ouellet en est l'auteur. Dans le sixième volume, Jean-Charles Falardeau relate l'essor des sciences sociales au Canada français.

Les six auteurs ont été choisis et triés sur le volet; chacun est reconnu comme un maître dans le domaine qu'il aborde; c'est dire que ces ouvrages, qui veulent apporter une vue d'ensemble d'un thème donné, rendent la connaissance des faits, des découvertes ou des réalisations dont ils traitent facile à comprendre et aisée à retenir.

Cette collection s'élève au-dessus d'une vulgarisation banale et, tout en faisant simple, ne sacrifie rien à la vérité historique; elle est dépourvue de la sécheresse des énumérations scientifiques habituelles.

Le volume de Cyrias Ouellet débute par une étude générale de la vie scientifique à notre époque et par un aperçu particulier de la science au Canada.

Les explorateurs, les naturalistes, les scientifiques, les pionniers de l'ACFAS, le frère Marie Victorin, Adrien Pouliot, Jacques Rousseau, Louis Berger, Léo E. Pariseau font l'objet du chapitre historique, qui donne un bref aperçu du rôle fondamental joué par les précurseurs de la science au Québec.

Les principaux centres scientifiques, les sociétés scientifiques, la science pour tous et la recherche scientifique sont clairement étudiés dans quatre chapitres bien agencés et d'une lecture agréable.

Le volume se termine par des "Regards sur l'avenir", où l'auteur pose une dernière question: "Dans quelle mesure la création de nouveaux cadres et la multiplication des chercheurs inciteront-elles la société canadienne-française à désirer une place d'honneur dans le monde scientifique de demain?"

La réponse devrait être à notre sens affirmative et inspirer des réalisations positives et dynamiques pour notre peuple assoiffé de connaissance.

La collection Art, Vie et Sciences au Canada français comble une lacune et par le choix de ses titres aiguise l'intérêt. Elle mérite le succès le plus complet et sa place est indiquée dans toutes les bibliothèques.

Édouard DESJARDINS

Pancréatites chroniques et récidivantes. Par Pierre MALLET-GUY, Jacques MICHOUILLER, Claude BOSSER et Jacques FEROLDI. Diagnostic précoce. Traitement chirurgical. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Ce volume sur le diagnostic précoce et le traitement chirurgical des pancréatites chroniques et récidivantes a été conçu par le professeur Pierre Mallet-Guy, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon, et réalisé en collaboration avec les docteurs Jacques Michoulier, assistant des hôpitaux de Lyon, Claude Bosser, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon, et Jacques Féroldi, agrégé d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Lyon.

La haute compétence et les travaux remarquables du professeur Pierre Mallet-Guy sur la chirurgie du pancréas se sentent tout au long de la rédaction de ce livre, dans les textes clairs et documentés, dans le choix remarquable des 264 figures dont certaines en couleur, des nombreux tableaux et des graphiques.

Ce volume a l'étoffe voulue pour faire autorité pendant longtemps; la lecture en est agréable, car les divisions sont bien établies et les traits marquants de chaque chapitre se retrouvent aisément.

Le volume consacre douze pages aux conditions générales du diagnostic précoce et aux données cliniques, vingt pages au diagnostic radiologique et dix pages à l'exploration opératoire.

Les pancréatites chroniques et les voies biliaires sont étudiées suivant qu'elles sont d'origine biliaire ou dues à des compressions cholédociennes.

Les auteurs donnent ici les modalités techniques des dérivations biliaires.

Un chapitre entier est consacré à la physiologie pathologique du canal de Wirsung et aux pancréatites primitivement wirsungiennes; il en est de même de la chirurgie du canal de Wirsung.

Le traitement des pancréatites chroniques par dystonie du sphincter d'Oddi et les problèmes physio-pathologiques des pancréatites parenchymateuses primitives font l'objet de deux chapitres.

Les derniers chapitres du volume sont dévolus aux indications et aux résultats de la pancréatectomie gauche dans les pancréatites chroniques parenchymateuses primitives, à la splanchnicectomie et à la gangliectomie lunaire gauches dans les pancréatites chroniques parenchymateuses primitives, à la cicatrisation, aux calcifications et aux complications séquellaires des pancréatites chroniques et récidivantes, aux pancréatites chroniques fistuleuses et pseudo-kystiques et enfin aux com-



Traitement de choix pour les
SINUSITES AIGÜES ou CHRONIQUES,
les LARYNGITES, PHARYNGITES,
AMYGDALITES et les
BRONCHITES ASTHMATIQUES

CAMIROL

INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES

FORMULE : Iodoforme - Camphre - Menthol - Iodures
(Solution huileuse de faible acidité)

POSOLOGIE : Administrer 1 ou 2 injections intra-
musculaires deux ou trois fois par
semaine, selon le cas.
Enfants: Demi-dose.

*Documentation envoyée à Messieurs les Médecins
sur demande.*

Manufacturé par
Carroll Dunham Smith Pharmacal Company,
New Brunswick, U.S.A.

Distributeurs au Canada

Herdt & Charton Inc., Montréal

plications veineuses des pancréatites chroniques et récidivantes.

Ce volume repose sur l'étude approfondie de 532 dossiers de pancréatite chronique chirurgicale accumulés depuis 20 ans; c'est dire qu'elle est étayée sur une expérience étendue et qu'elle porte sur des observations personnelles fort précises.

Les conclusions de ce travail d'envergure se résument en trois points: a) la nécessité urgente d'un diagnostic précoce de la maladie, alors que le pancréas n'est pas encore sclérosé; b) l'indication thérapeutique chirurgicale, la sanction opératoire et c) la connaissance des facteurs pathogéniques différents.

Les indications opératoires sur les voies biliaires sont exclusives; ce sont le traitement des états pathologiques associés des voies biliaires et le traitement palliatif des compressions cholédociennes.

La pancréatectomie gauche apparaît comme la technique de choix pour les auteurs, quand il s'agit d'exérèse; par contre ils limitent les opérations directes sur le canal de Wirsung à l'extirpation des calculs qui n'est retenue que s'il est impossible de faire une pancréatectomie gauche ou une désobstruction en aval; quand au drainage externe, il doit consister en un drainage aspiratif dans certains pseudo-kystes nécrotiques.

La sphinctérotomie transduodénale est réservée par les auteurs aux cas de maladie du sphincter d'Oddi fixée par la sclérose.

Si le diagnostic est correctement établi de pancréatite parenchymateuse primitive non localisée et non compliquée, la splanchiectomie peut assurer la guérison.

Pierre Mallet-Guy termine l'introduction de son volume par ces lignes:

"C'est dire l'importance capitale d'un diagnostic précoce des pancréatites chroniques et récidivantes, permettant une décision opératoire précoce aux stades initiaux de l'évolution, auxquels peut être encore aisément débrouillé l'écheveau des interractions pathologiques et peut être proposée une chirurgie rationnelle efficace."

L'enseignement à tirer de la lecture de ce volume sur les pancréatites chroniques est précieux; il est documentaire et technique, basé sur l'expérience et sur une spécialisation intense.

Édouard DESJARDINS

L'occlusion intestinale. Par A. GAUSSEN et P. BOUYSSON. Éditions G. Ducros, Bordeaux, 1960.

L'ouvrage des docteurs A. Gausсен, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux et P. Bouyssou, assistant électro-radiologiste des hôpitaux de Bordeaux, est une réalisation typographique de premier ordre. Huit planches en couleurs très belles et une multitude de figures en blanc et noir illustrent à profusion ce volume imprimé sur papier glacé, dont l'agencement des chapitres et l'aération des paragraphes rendent la lecture facile et profitable.

Selon le préfacier, il s'agit d'un ouvrage de qualité et son affirmation s'avère justifiée.

Le volume est divisé en 27 chapitres. Les trois premiers sont consacrés au diagnostic de l'occlusion intestinale. L'anatomie pathologique est au quatrième chapitre. Le cinquième chapitre est consacré au problème crucial de la physiopathologie. Le traitement pré et post-opératoire fait l'objet de plusieurs chapitres.

Les auteurs étudient ensuite séparément l'occlusion chronique, la stase intestinale sans obstacle mécanique, l'évolution, les généralités topographiques, les occlusions par brides, par tumeurs, par corps étrangers, les valvules du grêle et du colon, l'invagination, les occlusions inflammatoires, les étranglements et hernies internes et enfin les occlusions post-opératoires.

Ce volume de 335 pages fait honneur à l'école de Bordeaux. Son impression en a été terminée fin 1960, mais il n'en reste pas moins encore à date.

Les auteurs connaissent leur sujet à fond et ils ont su le rendre extrêmement facile à comprendre.

La belle présentation du livre d'ailleurs ne peut pas ne pas encourager l'étude d'un sujet aussi passionnant pour le médecin que l'occlusion intestinale et d'une fréquence tellement élevée.

Il me fait plaisir de le recommander aux étudiants en médecine, aux résidents en chirurgie et à ceux qui se préparent en vue des examens de compétence en chirurgie.

Il s'agit d'un travail bien fait, magnifiquement illustré et instructif au plus haut point.

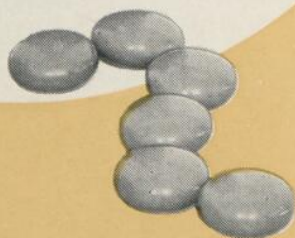
Édouard DESJARDINS

Traité pratique de pathologie digestive. Par J. GODART. Tome 1: Dyspepsies-Oesophage. Retentissement digestif des affections du diaphragme. Estomac. Duodénum. 176 fig., 495 p. Tome 2: Grêle. Colon. Rectum. Anus. Péritoine. Mesentère. Épiploon. Hémorragies digestives. Diététique. 92 fig., 468 p. Lib. Maloine S. A. édit., Paris, 1963 — Éditions ARSCIA, édit., Bruxelles, 1963.

CHOLÉRÉTIQUE • HYPOCHOLESTÉROLÉMIANT

SULFARLEM

* CHOLINE



Mobilise les graisses de surcharge
Augmente la tolérance humorale aux lipides.

Hépatite - Stéatoses - Cirrhoses
Athérosclérose -
Hypercholestérolémie
Obésité - Diabète : Diathèse
rhumatismale

ADULTES : 6 à 12 dragées par jour
ENFANTS : 1 à 6 dragées par jour

Cures de 15 jours par mois

Boîte de 60 - 360 - 1000
Dragées

Distributeurs exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU

MONTREAL, P.Q.

Cet ouvrage de publication récente est le seul manuel de gastro-entérologie en langue française que je connaisse. En ce sens, il comble une lacune importante si l'on considère que les maladies de l'appareil digestif sont celles qui amènent le plus grand nombre de malades dans les cabinets de consultation tant des spécialistes que des omnipraticiens.

Comme l'auteur le souligne dans sa préface, ce livre n'est pas destiné aux spécialistes chevronnés, mais plutôt aux omnipraticiens et aux jeunes médecins à l'entraînement en gastro-entérologie.

Le manuel écrit en collaboration par des spécialistes belges est en général bien fait et bien présenté. Les illustrations sont abondantes et de bonne qualité. Les reproductions radiographiques sont particulièrement soignées. La bibliographie est abondante, très à date et internationale. On peut facilement trouver un sujet en particulier grâce à une table de matières complète.

Nous avons particulièrement apprécié la partie consacrée aux généralités, où la séméiologie est traitée de façon très claire. Le lecteur y trouvera explication à une foule de symptômes rencontrés dans la pratique quotidienne qui lui paraissaient de nature obscure jusqu'alors. Les divers types de dyspepsie dite fonctionnelle sont analysés avec soin et de façon intelligente. Un chapitre important est consacré à l'étude des manifestations digestives des pathologies extra-digestives telles que les cardiopathies, hémopathies, endocrinopathies etc... sans oublier les désordres psychiatriques.

Le chapitre sur les colopathies fonctionnelles est également très valable et se termine par une section sur la coprologie.

Nous avons regretté que la stomatologie ait été complètement oubliée. Nous croyons que la bouche fait partie intégrante du tube digestif et cette omission est d'autant plus regrettable que cette pathologie est si mal connue. D'autre part le volume ne traite malheureusement pas des maladies du foie et des voies biliaires.

Le lecteur canadien qui, à l'encontre des médecins européens, ne pratique pas sa propre radiologie et ne fait pas de petite chirurgie, trouvera que les détails de technique touchant ces deux disciplines sont superflus et n'ont pas leur place dans un tel ouvrage. Il aura aussi de la difficulté à se retrouver dans une thérapeutique peu familière, voire même parfois discutable.

Habitué que nous sommes à la clarté parfois sèche des manuels américains, il nous paraît à l'occasion que l'ouvrage manque de cet ordre stéréotypé qui simplifie l'étude d'un sujet.

Enfin le plus grave reproche qu'on puisse adresser aux auteurs, c'est d'avoir beaucoup négligé la physiopathologie et la pathologie au profit d'exposés sur les différentes formes cliniques de telle ou telle affection. On ne retrouve en effet aucune reproduction histo-pathologique dans tout l'ouvrage.

Malgré ces lacunes, ce manuel qui n'a pas la prétention de se comparer à la "somme" de Bockus est très valable, et plus d'un praticien ou résident en gastro-entérologie tireront de sa lecture un excellent enseignement. En terminant mentionnons le fait non négligeable qu'il est écrit en français.

Florent THIBERT, M.D., F.R.C.P.(C)

COMMUNIQUÉS

UNIVERSITÉ LAVAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

COURS DE PERFECTIONNEMENT

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

à l'intention des médecins en pratique générale

sous la direction du

professeur René SIMARD

du 4 au 7 novembre 1964

à la Faculté de Médecine, salle 46

L'inscription est limitée à 50 participants. Les inscriptions seront strictement acceptées suivant l'ordre de leur arrivée.

Les frais d'inscription sont de quarante (40) dollars et comprennent les déjeuners au Pavillon Pollack.

La remise doit accompagner l'inscription et le chèque doit être fait à l'ordre de: Université Laval, a/s Docteur Pierre Jobin, secrétaire du Comité des Cours de Perfectionnement, Faculté de Médecine.

A la fin du cours, on remettra un certificat aux participants.

PROGRAMME

Coordonnateur: Raymond Fiset

Mercredi, le 4 novembre

Les hémorragies

A.M.

9 h. à 9.45 h.: Hémorragies du début de la grossesse: René Simard

9.45 h. à 10.30 h.: Discussion

10.30 h. à 11 h.: Café

11 h. à 11.45 h.: Hémorragies de la fin de la grossesse: Jean de St-Victor

11.45 h. à 12.30 h.: Discussion.

P.M.

13.00 h.: Lunch au Pavillon Pollack

14.30 h. à 15.15 h.: Hémorragies de l'accouchement et de la délivrance: Georges Drouin

15.15 h. à 16 h.: Discussion

16 h. à 16.30 h.: Café

16.30 h. à 17.15 h.: Méno-métrorragies d'origine extra-gravidique: Marcel Carbotte

17.15 h. à 18 h.: Discussion

Jeudi, le 5 novembre

Les toxémies

A.M.

9 h. à 9.45 h.: Toxémies précoces et prééclampsie: Roland Scherrer

9.45 h. à 10.30 h.: Discussion

10.30 à 11 h.: Café

11 h. à 11.45 h.: Éclampsie et maladie hypertensive chronique: Paul-Émile Fortin

11.45 h. à 12.30 h.: Discussion

P.M.

13.00 h.: Lunch au Pavillon Pollack

Interruption de la grossesse

14.30 h. à 15.15 h.: Avortement et accouchement prématuré: Maurice Caouette

15.15 h. à 16 h.: Discussion

16 h. à 16.30 h.: Café

16.30 h. à 17.15 h.: Provocation du travail: Prime Duchaine

17.15 h. à 18 h.: Discussion

18 h. à 20 h.: Réception au Cercle Universitaire offerte par les membres de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Québec

Vendredi, le 6 novembre

Prévention de la mort fœtale

A.M.

9 h. à 9.45 h.: Incompatibilités sanguines fœto-maternelle: Grégoire St-Arnaud

9.45 h. à 10.30 h.: Discussion

10.30 h. à 11 h.: Café

11 h. à 11.45 h.: Traumatisme fœtal: Roger Brault

11.45 h. à 12.30 h.: Discussion

P.M.

13.00 h.: Lunch au Pavillon Pollack

14.30 h. à 15.15 h.: Répercussions fœtales de l'anesthésie et de l'analgésie obstétricale: Jean Francœur

15.15 h. à 16 h.: Discussion

16 h. à 16.30 h.: Café

16.30 h. à 17.15 h.: Réanimation du nouveau-né: Jean Belhumeur

17.15 h. à 18 h.: Discussion

Samedi, le 7 novembre

9 h. à 10.30 a.m.: Symposium dirigé par le professeur François-Xavier Demers:

"Les progrès en Obstétrique et en Gynécologie".

Avec la collaboration de: Charles Boilard, Roger Brault, Guy Gélinas, Vincent Guimond, Jules Leclerc, Suazne Lemire, René Marchand, Paul-André Marquis, Jean Turmel

10.30 h. à 11 h.: Café

11 h. à 12.30 h.: Boîte aux questions

13.00 h.: Lunch au Pavillon Pollack

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN CARDIOLOGIE

Cours de perfectionnement en Cardiologie organisés par les services de Cardiologie de l'Hôtel-Dieu, Notre-Dame et Ste-Justine, avec la collaboration des Cardiologues des hôpitaux universitaires.

Cette série de 20 cours de l'année académique 1964-1965 sera donnée les mardis soirs, de 8 heures à 10 heures P.M.

Octobre 27

Cardiopathies chez le nouveau-né.
Étude du diagnostic différentiel.

Modérateur: Docteur Guy Dumont

Invité: Docteur André Davignon

Présentation: Docteur J. Claude Fourron

Novembre 3

L'évaluation des cardiaques face à la chirurgie générale.

Modérateur: Docteur R. Johnson
Invité: Docteur Paul David
Présentation: Docteur Jacques Proulx

Novembre 10

Coronographie. Étude anatomique et physio-pathologique de la circulation coronarienne.

Modérateur: Docteur André David
Invité: Docteur J. de L. Mignault
Présentation: Docteur R. Hippolyte

Novembre 24

Traitement des arythmies.

Drogues et Électroconversion.

Modérateur: Docteur R. Lefebvre
Invité: Docteur Yves Desrochers
Présentation: Docteur Ogé Daniel

Décembre 15

Valeur de la médication dans l'Insuffisance Coronarienne.

Modérateur: Docteur Pierre Marion
Invité: Docteur R. Nadeau
Présentation: Docteur Yves Bourassa

Invitation à tous les Médecins et Internes.

Docteur Réginald Johnson,
Coordinateur des Cours.

Comité d'organisation

Docteur André David, Hôpital Notre-Dame
Docteur André Davignon, Hôpital Ste-Justine
Docteur Guy Dumont, Hôpital Notre-Dame
Docteur Jean de L.: Mignault, Hôtel-Dieu.

LA FONDATION CANADIENNE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES THÉRAPEUTIQUES

A une réunion de la Fondation Canadienne pour l'Avancement des Sciences Thérapeutiques qui a eu lieu à la mi-juin, le Conseil d'Administration de cet organisme a alloué, pour la deuxième fois, une nouvelle série de subventions d'un montant total de \$30,830. Ces subventions, qui sont destinées à soutenir l'enseignement et la recherche dans le domaine de l'évaluation des drogues et de la pharmacologie clinique, portent à \$49,530 les sommes allouées jusqu'à présent par la Fondation dans le cadre de son programme d'aide. Environ la moitié de ce montant sera versée en 1964; 20% seront réservés aux demandes reçues pour l'année 1965 et 10% aux demandes de l'année 1966. Au début de 1965, la Fondation accordera à nouveau un certain nombre de subventions. Voici de quelle manière on a procédé à la répartition des subventions à la dernière réunion:

A) Bourse d'étude

Une subvention a été accordée au docteur Keith MacCannell de Winnipeg comme supplément de salaire pour l'année 1964-1965 durant laquelle il fera un stage post-universitaire au Grady Memorial Hospital à Atlanta, Géorgie et travaillera également au service de Pharmacologie Clinique de l'Université Emory, sous la direction du docteur Leon Goldberg. Une bourse a aussi été attribuée au docteur MacCannell pour l'année 1965-66 s'il réalise son projet de se consacrer durant une an à la recherche dans le service du docteur Goldberg.

B) Aide à des travaux et groupes de recherche

Des subventions destinées à aider la recherche ont été attribuées aux services ci-après désignés:

1. Groupe d'investigation clinique, Allan Memorial Institute à Montréal, pour aider les travaux de recherche entrepris par le docteur E. Kingstone.

2. Service de Pharmacologie et de Thérapeutique, Université du Manitoba à Winnipeg, pour aider les travaux de recherche entrepris par le docteur J. Ruedy, Membre de la Fondation Canadienne pour l'Avancement des Sciences Thérapeutiques.

3. Service de Thérapeutique, Université de Toronto, pour aider les travaux de recherche entreprise par le docteur R. Gunton, Chef de Service.

4. Service de Médecine, Université de Colombie Britannique à Vancouver, pour aider les travaux de recherche entrepris par le docteur D. D. Stewart.

Nous vous donnons ci-après un exposé général des objectifs de la Fondation et une liste des membres de son Conseil d'Administration:

La Fondation Canadienne pour l'Avancement des Sciences Thérapeutiques — créée à la fin de 1963 et incorporée en février 1964 — répond au besoin qui existait depuis longtemps déjà d'encourager l'étude et le développement de la thérapeutique. Pour ce faire, la Fondation se propose non seulement de stimuler et d'aider la recherche dans l'évaluation des drogues et de favoriser la formation de chercheurs compétents, mais aussi de prendre tous les moyens qu'elle jugera nécessaires à la réalisation de ses objectifs. La Fondation est actuellement soutenue par les contributions de 39 maisons pharmaceutiques, qui sont toutes membres de l'Association Canadienne des Manufacturiers en Pharmacie.

La Fondation est un organisme indépendant, administré par un Conseil d'Administration se composant des personnalités suivantes:

Docteur Farquharson (président honoraire) — président du Conseil de Recherches Médicales, Ottawa.

Docteur F. D. Brien (président), professeur et chef du service de médecine, University of Western Ontario, London.

Docteur J. Genest (vice-président), chef du département de recherches cliniques, Hôtel-Dieu, Montréal.

Docteur M. Brown, professeur de médecine, Queen's University, Kingston.

Docteur A. D'Iorio, professeur et chef du département de biochimie, Université d'Ottawa.

Docteur C. Fortier, professeur de physiologie expérimentale, Université Laval, Québec.

Docteur I. Innes, professeur agrégé, département de pharmacologie et de thérapeutique, Université du Manitoba, Winnipeg.

Docteur F. C. MacIntosh, professeur et chef du département de physiologie, Université McGill, Montréal.

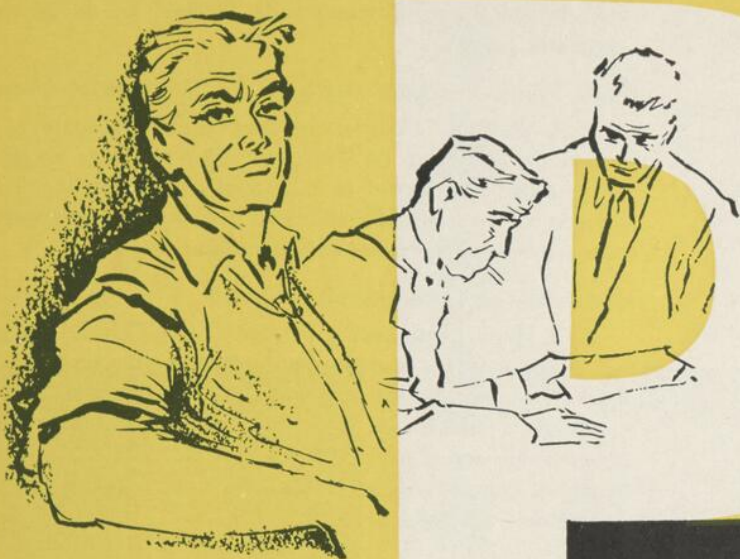
Docteur J. M. Parker (trésorier), directeur médical adjoint et directeur de la recherche, Charles E. Frosst et Co., Montréal.

Docteur C. W. Murphy (secrétaire), conseiller médical, CIBA Company Limited, Dorval.

La Fondation continuera à décerner des subventions à intervalles réguliers conformément aux objectifs qu'elle s'est fixés. Pour toute demande de renseignements, prière d'écrire au secrétaire, boîte postale 247, Montréal 3, P.Q.

MARRO-DAUSSE

MAINTENANT PRÉSENTÉ SOUS FORME DE DRAGÉES



LA PRÉPARATION LA PLUS
RICHE EN VITAMINES
"P" NATIVE

11,000 μ

DE VITAMINE P PAR CC. DE
SOLUTION OU PAR DRAGÉE

4 FORMES



DRAGÉES



POMMADE



SUPPOSITOIRE



SOLUTION

HÉMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
VARICES • PHLÉBITES
ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Posologie: 1 ou 2 dragées deux ou trois fois par jour, aux repas.

Présentation : Solution : Flacons de 1 oz. et 4 oz.

Pommade : Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.

Suppositoires : Boîte de 10 suppositoires.

Dragées : Flacons de 50, 100 et 500 dragées.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

LIVRES REÇUS

Actualités neurophysiologiques. Par A. M. MONNIER, Professeur de Physiologie générale à la Sorbonne. Secrétaires de rédaction: P. LAGET, Maître de Conférences de l'Université de Paris, et Mme A. MONNIER, Chargé de Recherches au C.N.R.S. — Cinquième série. Un volume de 302 pages, avec 176 figures (16.3 x 24) 75 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1964.

La cinquième série des *Actualités Neurophysiologiques*, comme les précédentes, est œuvre collective:

Développement de méthodes pour mesurer les propriétés électriques de membranes excitables à l'aide d'électrodes extracellulaires

Robert Stampfli, professeur à l'Université de la Sarre, décrit les méthodes ingénieuses et originales qui lui permettent d'explorer les fibres nerveuses et les fibres des muscles lisses sans faire appel à des micro-électrodes internes, d'emploi toujours délicat et souvent impossible sur d'aussi fines structures.

La production du potentiel d'action étudiée par la technique du voltage imposé sur le motoneurone du chat

Karl Frank et P. G. Nelson, de l'Institut National de la santé de Bethesda (Maryland), montrent comment la technique du voltage "imposé" ou "bridé" peut être appliquée avec fruit à l'étude de la genèse de l'influx au sein du neurone moteur. Technique particulièrement difficile en raison de la petitesse de l'objet.

Le stockage du transmetteur et les granules des nerfs adrénergiques

U. S. von Euler, professeur à l'Institut Karolinska de Stockholm, présente ses récentes recherches qui révèlent un nouvel aspect de la physiologie du système nerveux autonome. Il montre le rôle fonctionnel des granules situés dans les terminaisons des nerfs adrénergiques. Ces granules contiennent la substance transmettrice de l'excitation, la noradrénaline, l'accumulant et la libérant tour à tour. Grâce à l'auteur, on commence à entrevoir le mécanisme biochimique de ce phénomène et ses variations d'origine pharmacodynamique.

Mécanisme cholinergique de la transmission synaptique dans les neurones centraux des mollusques; proposition d'une synapse artificielle

L. Tauc, Maître de Recherches au C.N.R.S., décrit ses travaux sur les neurones centraux des Mollusques. Il révèle combien la transmission synaptique y est précise et délicate. L'acétylcholine en est le médiateur, mais ses effets sont opposés selon le type de synapse, ce qui donne au mécanisme des possibilités fonctionnelles infiniment variées. L'auteur démontre ainsi combien féconde est la neurophysiologie comparée, grâce aux structures remarquables qu'elle propose.

Les terminaisons secondaires des fuseaux neuro-musculaires des mammifères

Yves Laporte, professeur à l'Université de Toulouse, et P. Bessou étudient les terminaisons secondaires des fuseaux neuro-musculaires des Mammifères. Ils ont effectué une analyse expérimentale, particulièrement fine et précise, du mode d'activation de ces terminaisons et de leurs connexions centrales. Ils mettent ainsi en lumière leur rôle fonctionnel dans la genèse et le réglage de l'activité réflexe.

Aspects quantitatifs de la neutralisation de l'excitation par l'inhibition récurrente

Ragnar Granit, directeur de l'Institut Nobel de Neurophysiologie de Stockholm, introduit, pour la première fois, deux notions permettant une expression quantitative des effets excitateur et inhibiteur subis par les neurones médullaires. Il s'agit de la relation entre la polarisation électrique du neurone, la fréquence d'émission de l'influx, et de la notion "contraste moteur".

Étude sur la sensibilité tactile et sur la sensibilité vibratoire

E. R. Perl, de l'Université de l'Utah, a poursuivi, à la Faculté de Médecine de Toulouse, d'intéressantes recherches sur la sensibilité tactile et vibratoire. Il a précisé la localisation et le mode d'activation des divers récepteurs, et leurs projections bulbaires et thalamiques.

Recherches sur le corpuscule de Pacini

C.C. Hunt, professeur à l'Université de l'Utah, analyse le fonctionnement du corpuscule de Pacini. Il réussit à enregistrer les variations de potentiel que provoquent les pressions et les chocs au sein de ce mécanorécepteur et qui y déterminent l'émission d'un influx. Le système, fort délicat, permet de mieux comprendre le mécanisme d'autres récepteurs, jusqu'ici moins accessibles.

Physiologie du muscle de vol chez les insectes

Le professeur J. W. S. Pringle, de l'Université de Cambridge, aborde un problème essentiel de physiologie musculaire comparée: le mécanisme de contraction rapidement rythmée des muscles des ailes des insectes. L'auteur, par des procédés ingénieux et fort délicats, a réussi à séparer les divers paramètres caractérisant ces muscles. Ses résultats lui permettent d'entrevoir le mécanisme intime de ces contractions au rythme si extraordinairement rapide.

Le masquage éloigné (remote masking); aspects neurophysiologiques et psychophysiques

Ira Hirsh, de Saint-Louis (Missouri), expose les très intéressantes recherches acoustiques qu'il poursuit dans cette ville à l'Institut Central pour les Sourds. Il élucide dans une large mesure le mécanisme de ce très curieux phénomène: le masquage éloigné.

Vigilance et transfert des connexions actives de la voie finale commune

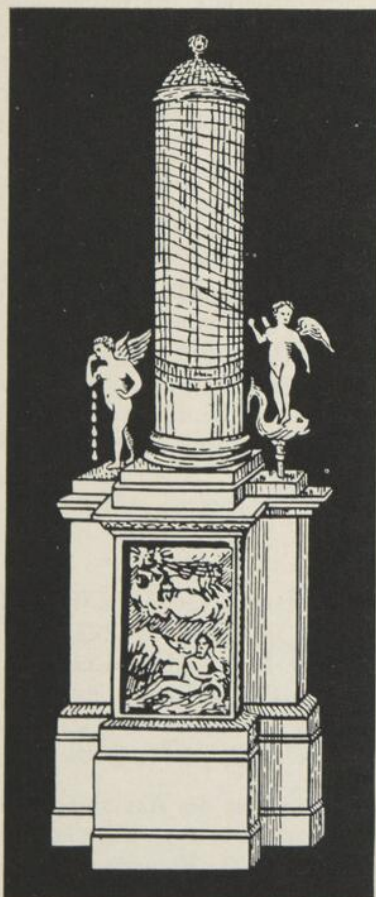
Le professeur agrégé Hugelin, de la Faculté de Médecine de Paris, étudie depuis plusieurs années le mécanisme de la vigilance et l'a, en grande partie, élucidé. Il montre ici l'importance du système réticulaire dans les réactions adaptatives et le réglage des activités motrices réflexes.

Pathophysiologie comparée de la crise épileptique

Le professeur Z. Servit, de l'Université de Prague, fait une étude de Physiologie comparée des activités convulsivantes, et montre que leur aspect et leur mécanisme dépendent étroitement du développement phylogénétique du système nerveux. Il s'appuie pour cela sur des arguments variés, fort pertinents, tant physiologiques que pharmacodynamiques.

Interrelations corticales

Le nom de Frédéric Bremer honore une nouvelle fois ces "Actualités", en abordant le problème fondamental des



CLEPSYDRE Horloge antique mesurant le temps par un écoulement régulier d'eau






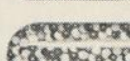
... un "goutte-à-goutte" oral LARGACTIL

FR LARGACTIL[†] SPANSULE^{*}

une seule dose orale assure l'effet thérapeutique du LARGACTIL *toute la journée ou toute la nuit*

INDIQUÉ DANS LES CAS OÙ LES AUTRES FORMES ORALES DU LARGACTIL SE SONT MONTRÉES ACTIVES

1 CAPSULE 'SPANSULE' LARGACTIL remplace

	30 mg	1 comprimé à 10 mg 3 f. par j.
	75 mg	1 comprimé à 25 mg 3 f. par j.
	150 mg	de CHLORHYDRATE de CHLORPROMAZINE 1 comprimé à 50 mg 3 f. par j.
	300 mg	1 comprimé à 100 mg 3 f. par j.

Si l'effet thérapeutique doit durer 24 heures, la dose du matin peut être répétée vers la fin de l'après-midi ou le soir

flacons de 50, 500 et 1,000 capsules transparentes

[†] brevet canadien Rhône-Poulenc

^{*} marque déposée des capsules à désagrégation prolongée Smith Kline & French

Poulenc LIMITÉE

8580 ESPLANADE, MONTRÉAL 11

interrelations corticales, tant commissurales qu'intra et extercorticales. Il rappelle les acquisitions déjà obtenues, dans lesquelles ses propres résultats tiennent une place éminente. Il montre aussi les obscurités qui demeurent encore dans l'explication du fonctionnement des aires associatives.

Le sommeil expérimental et sa transmission neuro-humorale

Marcel Monnier, professeur à l'Université de Bâle, expose ses importantes recherches sur les mécanismes du sommeil; tout un faisceau de preuves expérimentales convergentes lui permet d'édifier une conception dualiste du sommeil. Celui-ci impliquerait à la fois l'entrée en jeu de mécanismes nerveux inhibiteurs et la mise en circulation d'une substance neuro-humorale hypnogène inductrice.

Observation et expérimentation en électroencéphalographie

Le professeur H. Fischgold, de la Faculté de Médecine de Paris, et Mme G. Arfel montrent que les techniques modernes de neurophysiologie permettent une véritable expérimentation en clinique humaine. Cette neurophysiologie appliquée est débarrassée totalement d'une quelconque nuance péjorative. Elle respecte les exigences les plus sourcilleuses de l'éthique médicale. Elle vient étayer l'observation clinique et aider l'acte opératoire, ajoutant ainsi à sa sûreté et à sa bienfaisance.

Problèmes neurophysiologiques posées par l'astronautique

Le médecin général Grandpierre introduit le lecteur dans un domaine tout nouveau et de grand intérêt, celui de la Neurophysiologie astronautique. Le perfectionnement des méthodes de télémétrie permet de passionnantes recherches sur les effets neurophysiologiques du vol sans pesanteur, et les particularités de fonctionnement des appareils et centres vestibulaires dans ces conditions bien spéciales.

L'élaboration et le stockage de l'information dans le système nerveux (un modèle suggéré par l'étude des mécanismes hippocampiques au cours de l'apprentissage)

Le professeur Adey présente une importante contribution sur les mécanismes de l'apprentissage au niveau hippocampique. Développant une méthode nouvelle basée sur des mesures d'impédance, au sein même des éléments nerveux, il lui devient possible de mettre en évidence des fonctions complexes de transfert entre l'hippocampe dorsal et le cortex endorhinal.

Le professeur P. Laget et Mme A. Monnier ont apporté, comme les années précédentes, leurs soins assidus à la rédaction définitive de ces "Actualités".

Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Par R. MERGER, Professeur de Clinique et J. LEVY, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris; J. MELCHIOR, Gynécologue-Accoucheur au Centre Médico-Chirurgical Foch, et J. BARRAT, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris. Service de gynécologie du Centre hospitalier Foch, Paris - Suresnes. — Un volume de 74 pages, avec 84 figures (16.7 x 24.5). 26 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1964.

Le but de cet ouvrage est d'apporter une simplification, et plus d'unité, dans les règles très embrouillées du traitement chirurgical des prolapsus génitaux. S'il est vrai que les éléments anatomo-cliniques des prolapsus sont variables dans leur degré et dans leur association, que les indications doivent tenir compte de l'âge des femmes, des impératifs fonctionnels

de la vie sexuelle et de la fonction de reproduction, il est cependant excessif de multiplier des procédés opératoires dont beaucoup ne diffèrent entre eux que par de simples détails.

La simplification consiste donc en une limitation du nombre des procédés. Quant à l'unification, elle est assurée surtout par le recours à une voie d'accès toujours la même, par colpotomie antérieure, qui permet ensuite toutes les variantes de techniques, des plus simples aux plus complexes.

Une expérience étendue et approfondie, fondée sur plus de 700 cas opérés, a permis de dégager quatre règles directrices fondamentales:

- prééminence de la voie vagino-périnéale;
- intérêt des temps de réfection antérieurs dans le traitement de la cystocèle;
- importance des temps cervicaux d'amputation et de reconstitution ligamentaire;
- obligation absolue du temps de réfection postérieur.

Le manuel proprement technique fait appel plus à l'image qu'au texte lui-même, qui reprend ses droits dans le détail des indications et dans l'exposé des chiffres et des résultats.

Les chirurgiens spécialisés pourront apprécier la clarté de la technique. Les chirurgiens généraux trouveront dans ce petit livre une ligne de conduite nette, sans obscurité, ayant suffisamment de variété pour s'adapter à toutes les formes anatomo-cliniques des prolapsus, et assez de sobriété pour écarter l'hésitation ou la confusion dans le choix d'un procédé.

Grandes divisions de l'ouvrage

Introduction. — I. Traitement du prolapsus simple: Technique du procédé-type. Technique d'interposition vésico-vaginale de l'utérus (opération de Wertheim-Schauta). Technique de la colpo-hystérectomie. Technique de l'hystérectomie vaginale simple. Technique du cloisonnement du vagin (opération de Lefort). — II. Indications thérapeutiques. Choix du procédé dans le prolapsus simple. — III. Les modifications de la technique suivant les anomalies ou les lésions surajoutées à celles du prolapsus lui-même. — IV. Soins postopératoires. Complications. Récidives. — V. Données chiffrées. Évolution de nos résultats.

Le pancréas. Sous la direction de Guy ALBOT, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, et Félix POILLEUX, Chirurgien de l'Hôpital Broussais, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — Un volume de 310 pages, avec 126 figures (16.5 x 24). 76 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1964.

On connaît le succès des réunions des Actualités Hépatogastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, auxquelles la majorité des membres de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie apporte une active collaboration. Le nouveau tome de cette collection, le douzième, est consacré aux maladies du pancréas.

On a tout d'abord envisagé les méthodes de diagnostic et, bien entendu, l'attention a été particulièrement portée vers celles qui ont, dans les dernières années, fait des progrès particuliers.

C'est ainsi que les méthodes anatomiques font l'objet d'une séance spéciale, où la stratigraphie du pancréas est exposée par P. Bret, la splénoportographie et la pancréatographie par Ph. Detrie, la laparoscopie par J. A. Paolaggi.

Dans le même dessein on a consacré une séance spéciale à l'étude comparative des méthodes biologiques et, parmi

HYGIÈNE INDUSTRIELLE

BIENFAITS DES SERVICES DE SANTÉ

Que rapporte à l'employeur un service de santé bien organisé ?

- 1 — Il contribue à améliorer l'efficacité et la productivité du travailleur.
- 2 — Il contribue à améliorer le moral des employés en leur prouvant que la direction leur porte un intérêt sincère à eux-mêmes et à leur bien-être.
- 3 — Il contribue à réduire les primes d'assurance et de compensation des accidents.
- 4 — Il contribue à diminuer l'absentéisme (des enquêtes ont indiqué jusqu'à 29% de diminution).
- 5 — Il contribue à réduire le mouvement de la main-d'œuvre (*labor turnover*) (des enquêtes ont indiqué jusqu'à 27% de réduction).
- 6 — Il contribue à réduire les maladies du travail (des enquêtes ont indiqué jusqu'à 63% de réduction).
- 7 — Il contribue à améliorer la qualité de la main-d'œuvre en attirant vers l'industrie en question un personnel mieux qualifié.
- 8 — Il ajoute un important moyen de communication entre patrons et ouvriers, grâce aux méthodes éprouvées d'observation utilisées par des médecins et infirmières de haute valeur professionnelle.
- 9 — Il élève la réputation d'une organisation aux yeux du public.



Le ministère de la Santé du Québec

Honorable Alphonse COUTURIER, m.d.
ministre

JACQUES GÉLINAS, m.d.
sous-ministre

elles, l'étude de la sécrétion pancréatique externe a vu discuter les avantages respectifs, d'une part de la trioléine et de l'acide oléique marqués qu'exposent L. Hartmann et R. Dupuy et, d'autre part, ceux de la sécrétine qu'apprécie G. Labo (de Bologne).

Les troubles de la glycorégulation ont également fait l'objet d'études contradictoires, et M. Derot donne les résultats de son expérience de l'exploration du pancréas insulaire dans le pré-diabète, pendant que A. Vachon parle des diabètes et des états pré-diabétiques des pancréatites chroniques et des tumeurs du pancréas.

Les rapports du pancréas et de l'estomac, dont l'expression la plus marquante est le syndrome de Zollinger-Ellison qui est exposé par R. Cattan, donnent lieu également à une étude chirurgicale par M. Hivet et à l'exposé des conceptions d'avant-garde de L. Leger sur l'extension du syndrome de Zollinger-Ellison.

La lithiase pancréatique et la pancréatite calcifiante, leurs limites respectives et leurs diversités éventuelles ont été discutées, en ce qui concerne les problèmes médicaux par M. Levrat, et pour les problèmes chirurgicaux par Cl. Houdart.

Les tumeurs de la région duodéno-pancréatique ont vu leur diagnostic pré et peropératoire exposé par J.-L. Lortat-Jacob et leur radiologie par G. Peuteuil.

Le pancréas sénile, encore mal connu, voit ses signes exposés par G. Sotgiu (de Bologne).

Le diagnostic pré et peropératoire de la pancréatite chronique fait l'objet d'un exposé de W. Hees (de Zurich).

Enfin les pancréatites aiguës et leur traitement, qui fut si fortement influencé par les travaux modernes, font l'objet d'une séance particulièrement animée dans laquelle l'étude biologique des traitements modernes par les anti-enzymes est exposée par E. Vairel, alors que les indications respectives du traitement par les anti-enzymes et du traitement chirurgical sont discutées par F. Poilleux et M. Champeau.

Grâce à la qualité des conférenciers, à l'originalité de leur exposé, à la particulière expérience qu'ils avaient de leur sujet, le lecteur trouvera là les éléments les plus récents sur des problèmes particulièrement difficiles.

Problèmes de métabolisme respiratoire et d'oxydations cellulaires. 1963. Publiés sous la direction de J. ANDRÉ-THOMAS, Professeur de biologie cellulaire la Sorbonne, Membre de l'Académie de Médecine; par B. DE BERNARD, P. BOULANGER, P.-H. CARTIER, P. KAISER, Cl. LIORET, A. MOYSE, A.-R. PREVOT. — Un volume de 400 pages, 110 figures, 43 tableaux (16 x 24). 75 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1964.

Respiration aérobie des Bactéries: étapes du métabolisme respiratoire, cycles métaboliques, localisation des enzymes. Fermentation, produits d'accumulation, voies du métabolisme anaérobie, gains d'énergie.

Chimiosynthèses bactériennes: rôle des oxydations, énergétique.

Photosynthèse bactérienne: rôle des substances réductrices, pigments, chromatophores, mécanismes, cinétique, énergétique.

Échanges gazeux et métabolismes respiratoires des Végétaux; mécanismes de la desmolyse: chaînes d'oxydo-réduction; utilisation de l'énergie libérée.

Cytochromes-réductases des mitochondries et des microsomes.

Régulation primaire du métabolisme glucidique: chaîne enzymatique et mécanismes de régulation, rapports de la respiration et de la fermentation.

Métabolisme respiratoire cancéreux: altération métabolique, transport des électrons, oxydation des substrats.

La collection des Exposés actuels de Biologie cellulaire groupe des mises au point se rapportant à un même sujet général, constituant ainsi autant de monographies libres, critiques, orientées, avec bibliographie complète. L'œuvre offre certes plus de difficultés que le rassemblement d'une mosaïque d'articles sans parenté immédiate bien qu'appartenant à une même discipline, mais les services rendus aux travailleurs par des exposés coordonnés sont plus utiles, comme en témoigne la faveur dont jouit cette Collection dans de nombreux pays.

Le sujet de cette nouvelle série: Problèmes de métabolisme respiratoire et d'oxydations cellulaires, est complexe, d'importance biologique fondamentale, en constante évolution dans ses diverses parties. Il fallait faire un choix: seuls certains points ont été envisagés concernant le métabolisme respiratoire des Bactéries, des Végétaux, de la cellule animale normale et cancéreuse.

Les quatre premiers chapitres constituent une étude d'ensemble de 202 pages sur les métabolismes respiratoires, les chimiosynthèses et la photosynthèse des Bactéries.

Un deuxième ensemble groupe deux chapitres originaux sur la respiration et le métabolisme respiratoire des Végétaux.

Viennent alors deux questions de grande actualité sur les cytochromes-réductases et la régulation primaire du métabolisme glucidique de la cellule, et enfin une étude sur les aspects particuliers du métabolisme respiratoire des tissus cancéreux.

Table des matières

I. Aspect du métabolisme respiratoire des bactéries. A) Respiration aérobie, par A. R. Prevost et P. Kaiser. — II. Aspect du métabolisme respiratoire des bactéries. B) Fermentation, par P. Kaiser. — III. Les chimiosynthèses bactériennes. Le rôle des oxydations, par A. Moysé. — IV. La photosynthèse bactérienne. Le rôle des substances réductrices, par A. Moysé. — V. La respiration des végétaux, par Cl. Lioret. — VI. Le métabolisme respiratoire des végétaux, par Cl. Lioret. — VII. Les cytochromes-réductases, par B. de Bernard. — VIII. La régulation primaire du métabolisme glucidique de la cellule, par P. H. Cartier. — IX. Aspects particuliers du métabolisme respiratoire des tissus cancéreux, par A. Boulanger.

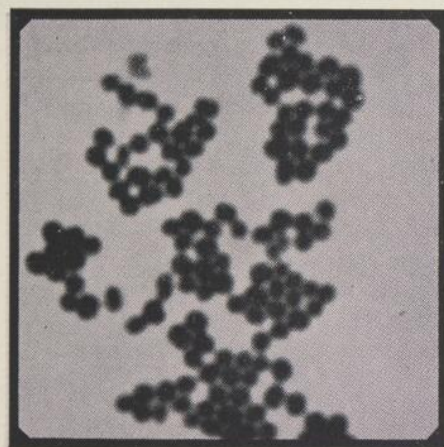
Le pronostic radiologique de l'accouchement. Par A. DARDENNE, avec la collaboration de S. REMOUCHAMPS. Préface du professeur G. F. LEROUX. — Un volume de 174 pages, avec 3 planches, 30 figures, 22 tableaux (16.3 x 24). 25 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1964.

On est en droit de se demander si un nouvel ouvrage traitant de radiologie obstétricale, et particulièrement de radiopelvimétrie, se justifie encore. Le radiologiste n'éprouve plus aujourd'hui qu'embaras devant l'abondance des méthodes utilisées qui, toutes ou presque, comportent une étude des erreurs basée sur des postulats généralement admis et concluent à une précision de l'ordre du millimètre.

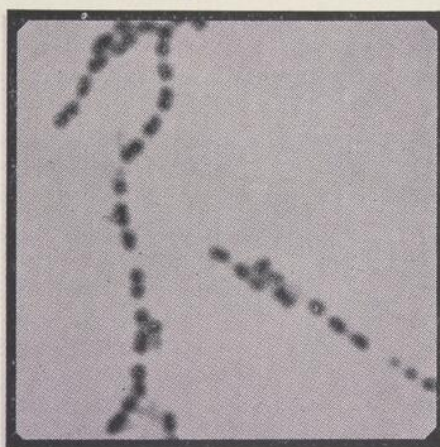
Aussi, lors de ses premiers essais en 1946, l'auteur ne cherchait-il qu'à contrôler l'exactitude des diverses techniques proposées afin d'adopter celle qui se révélerait la plus fidèle.

Upjohn annonce la **Lincocin** nouvel antibiotique

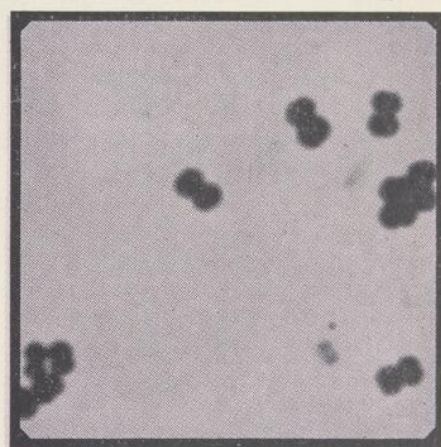
antistaphylococcique



antistreptococcique



antipneumococcique



Avantages cliniquement démontrés

LA LINCOCIN EST TRÈS EFFICACE CONTRE LES SOUCHES RÉSISTANTES Etant un antibiotique neuf, chimiquement distinct de tous les autres antibiotiques couramment employés, la LINCOCIN attaque la plupart des souches résistantes de staphylocoques, de streptocoques et de pneumocoques qui ne sont pas préparées à son action.

LA LINCOCIN EST UN PRODUIT SÛR QUI RÉSOUT LE PROBLÈME DE L'HYPERSENSIBILITÉ À LA PÉNICILLINE OU AUX AUTRES ANTIBIOTIQUES Au cours des essais cliniques approfondis de la Lincocin, celle-ci n'a donné lieu à aucune réaction grave d'hypersensibilité, chez les malades notoirement idiosyncrasiques à d'autres antibiotiques.

LA LINCOCIN N'A PAS RÉVÉLÉ DE RÉSISTANCE CROISÉE La plupart des souches de microbes à gram-positif qui étaient devenues résistantes aux autres antibiotiques d'emploi courant, n'étaient pas résistantes à la Lincocin.

LA DOULEUR LOCALE DE L'INJECTION DE LINCOCIN EST RÉDUITE AU MINIMUM La solution stérile de Lincocin, injectée par voie intramusculaire, ne provoque pas plus de douleur que la pénicilline injectable. Donnée en perfusion intraveineuse, la Lincocin n'a entraîné ni douleur locale, ni thrombo-phlébite localisée.

LA LINCOCIN A UNE SÉCURITÉ EXCEPTIONNELLE Durant les essais cliniques, on n'a pas observé de réactions allergiques graves à la Lincocin. Celle-ci n'a pas donné lieu à de graves réactions toxiques (la documentation complète sur la toxicité et les réactions secondaires peut être obtenue sur demande). La perfusion intraveineuse ou l'injection intramusculaire n'ont entraîné ni irritation locale, ni phlébite, ni réactions secondaires généralisées.

présentation:

SOLUTION STÉRILE DE LINCOCIN: 600 mg par ampoule, à l'état de chlorhydrate de lincomycine, en ampoules de 2 c.c.

CAPSULES DE LINCOCIN: 500 mg de Lincocin, sous forme de chlorhydrate de lincomycine, en flacons de 12 et de 100 capsules.

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

MARQUE DÉPOSÉE:
LINCOCIN CF2760.1

Upjohn

Mais, quelle que fut la méthode utilisée et le soin mis à l'appliquer, les procédés de recouplement systématiques auxquels il les soumettait faisaient apparaître des erreurs considérables.

Si l'on sait qu'un rétrécissement minime d'une dimension pelvienne quelconque peut bouleverser le pronostic de l'accouchement, on conçoit que beaucoup d'obstétriciens ne recourent guère à une technique qu'ils estiment peu fructueuse. Tant est qu'à notre époque, l'obstétrique admet encore des épreuves empiriques datant du XVIII^e siècle; à côté des morts fœtales et des grands syndromes neurologiques qui en résultent, combien n'existe-t-il pas de lésions plus discrètes à l'origine, mais dont les pédiatres et les psychiatres soupçonnent depuis longtemps les désastreuses séquelles.

Pour cette raison, on ne devait pas renoncer à la radiologie, qui seule, pouvait conduire à une mensuration précise de l'obstacle pelvien sur le vivant. D'échec en échec, et non sans tergiverser devant la présomption que pouvait impliquer pareille attitude, force fut d'admettre que les hypothèses sur lesquelles reposaient les méthodes classiques étaient incomplètes. Si l'on voulait établir une méthode nouvelle sur des bases mathématiques fermes, il importait donc de préciser d'abord les différents facteurs qui déterminent la formation de l'image radiographique.

Du point de vue pratique, cette méthode devait permettre de mesurer la totalité des éléments pelviens; elle devait être d'application simple et s'accommoder des appareillages courants. Pour mettre à l'abri des erreurs, elle devait offrir la possibilité d'un contrôle permanent. Enfin, prenant en considération l'hypothèse d'un risque génétique, elle devait se satisfaire de deux clichés, minimum indispensable, et surtout, tenir les gonades à l'abri du faisceau primaire. La technique proposée répond à ces conditions.

Il devenait alors aisé de réaliser l'étude rationnelle du pelvis en l'assimilant au solide régulier le plus proche, le tore de révolution. Parallèlement, l'introduction de diamètres nouveaux impliquait la communication de leurs valeurs déjà observées et le dégagement, dans leurs grandes lignes, de leur signification pronostique.

La mensuration du bassin ne fournissant qu'un des deux éléments du rapport fœto-pelvien, elle a été complétée, dans la seconde partie, par une brève statistique du volume fœtal.

À côté des données métriques, les auteurs décrivent une méthode d'analyse radiologique de l'accouchement qui met en évidence l'obstacle osseux et permet de confirmer le pronostic, voire, dans une certaine mesure, de l'établir en cas d'urgence.

Ils terminent par des tableaux qui donnent un pronostic chiffré en fonction des dimensions pelviennes et fœtales.

Divisions de l'ouvrage

I. La radiopelvimétrie. Lois générales. - Description d'une méthode personnelle. - Installation radiopelvimétrique. - Conduite de l'examen. - Anatomie radiologique du pelvis et interprétation des clichés - Méthodes de contrôle. - II. Le pronostic radiologique. Analyse radiologique de l'accouchement. - Interprétation et chiffrage des éléments cliniques. - Diamètres pelviens considérés isolément. - Évolution de l'accouchement en fonction des dimensions pelviennes. - Établissement du pronostic. - Conclusions. - Bibliographie.

Les troubles psychosomatiques. Treizième Rapport du Comité OMS d'experts de la Santé mentale. - Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1964, No 275; 31 pages. Prix: \$0.30. Également publié en anglais et en espagnol.

Depuis quelques dizaines d'années, les termes "médecine psychosomatique" et "troubles psychosomatiques" sont devenus d'usage courant mais l'accord n'est pas encore fait sur leur signification exacte. Le Comité OMS d'experts de la Santé mentale s'est efforcé d'apporter des précisions à ce sujet et, en même temps, de faire le point des connaissances actuelles sur l'étiologie, le traitement et la prévention des troubles psychosomatiques.

Le rapport établit une nette distinction entre les deux emplois de l'adjectif "psychosomatique" qui sert à désigner d'une part la conception holistique de la médecine, selon laquelle l'interaction du psychique et du physique est considérée comme essentielle pour l'étude de n'importe quelle maladie et, d'autre part, certains troubles où les facteurs psychologiques sont censés jouer un rôle de premier plan. Ces deux acceptions ayant aujourd'hui acquis droit de cité, il serait vain d'essayer de les modifier; le Comité estime que les points de vue apparemment opposés des deux "écoles" sont parfaitement conciliables et doivent être complémentaires.

Dans son rapport, le Comité examine le rôle du "stress" dans l'étiologie des troubles psychosomatiques et souligne que, pour bien comprendre le "stress" psychologique que comporte une situation donnée, il faut nécessairement se placer au point de vue de l'individu. L'observation clinique donne à penser qu'il existe une relation spécifique entre la nature du "stress" et l'organe atteint, mais la question est encore controversée et la documentation pertinente très maigre. Après avoir fait l'analyse critique des données expérimentales disponibles, le Comité a formulé des recommandations en vue de nouvelles recherches. On trouvera également dans le rapport un bref résumé des principales techniques applicables aux études cliniques, l'accent étant mis sur les écueils de la recherche épidémiologique; si elle est menée comme il convient, celle-ci peut néanmoins fournir des renseignements très intéressants.

Bien qu'il n'existe pas de moyens spécifiques pour le traitement et la prévention des troubles psychosomatiques, un certain nombre de principes généraux sont cependant à observer. La relation médecin-malade joue là un rôle décisif et il importe que le médecin fasse preuve de réalisme lorsqu'il fixe les objectifs du traitement. La psychothérapie peut être complétée par l'administration de tranquillisants et de sédatifs, ainsi que par des mesures générales d'hygiène physiologique et psychologique. Comme les troubles psychosomatiques sont l'expression d'un déséquilibre dans des systèmes dynamiques complexes, les mesures préventives peuvent être appliquées en différents points de ces systèmes et l'important est de déterminer où elles auront le plus d'effet. Le Comité préconise diverses études pilotes qui devraient aider à faire la lumière sur ce problème.

Le rapport traite en outre de certains aménagements à apporter au programme des études de médecine, afin d'inculquer au futur médecin une optique psychosomatique et de le mieux préparer à prévenir et traiter les troubles psychosomatiques. À la fin du rapport, on trouvera un résumé des diverses recommandations issues des travaux du Comité.

Prévention du cancer. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. - Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1964, No 276; 56 pages. Prix: \$0.60. Également publié en anglais et en espagnol.

Jusqu'à une date récente, on connaissait si mal l'étiologie et la pathogénie du cancer qu'il était impossible d'en envi-



Les malades psychonévrosés requièrent en général plus que simplement du temps et des encouragements

TRIAVIL* sert de médication de soutien au cours du traitement long et souvent difficile du malade souffrant de psychonévrose. Le TRIAVIL atténue les réactions exagérées à la tension quotidienne; il permet une meilleure adaptation et une plus claire vision des problèmes et, partant, il rend plus efficaces... le temps et les encouragements prodigués au cours des consultations.

Le TRIAVIL est un agent psychothérapeutique actif dans nombre d'applications cliniques qui permet d'obvier aux manifestations multiples et variées de la psychonévrose telles que l'appréhension, l'agitation, l'état dépressif et l'apathie. Sa double action résulte de l'association, sous un même comprimé, de la perchénazine et du chlorhydrate d'amitriptyline.

Le traitement au TRIAVIL améliore les symptômes tant psychiques que psychosomatiques chez la plupart des patients.

INDICATIONS CLINIQUES VARIÉES

Les troubles psychoneurotiques se manifestent sous forme de réactions émotives exagérées devant les situations quotidiennes sources de tension normale.

Le TRIAVIL s'est révélé efficace dans le traitement des *symptômes psychiques* tels que l'appréhension, l'agitation, l'état dépressif, l'insomnie, la fatigue inexplicable, l'apathie; et des manifestations psychosomatiques, particulièrement sous forme de faiblesse, d'anorexie, de sychnurie, de céphalée, de palpitations, de vagues douleurs abdominales.

POURQUOI EMPLOYER LE TRIAVIL?

Au traitement classique en cabinet de consultation, le TRIAVIL est un adjuvant qui aidera à résoudre plusieurs des problèmes complexes d'ordre émotif du psychonévrosé.

Le TRIAVIL

1. aide le patient à s'adapter d'une façon plus réaliste à son milieu;
2. peut être employé pour réduire les réactions émotives exagérées en présence d'une maladie organique chronique;
3. améliore d'ordinaire les perturbations du sommeil;
4. atténue les symptômes pénibles et permet au malade d'acquérir une meilleure compréhension de ses problèmes;
5. peut assurer, grâce au soulagement rapide des symptômes, une plus grande efficacité aux relations entre le médecin et son patient.

SCHÉMA POSOLOGIQUE SIMPLE

La posologie habituelle de TRIAVIL consiste dans l'administration d'UN comprimé, trois ou quatre fois par jour.

Cette posologie doit s'établir en fonction des besoins et de la réponse de chaque patient; mais ne doit pas excéder 10 comprimés par jour. Dès que l'on note une réaction satisfaisante, on doit diminuer la dose jusqu'au seuil posologique le plus bas correspondant au soulagement des symptômes qui ont motivé l'administration de TRIAVIL.

AUCUN NOUVEL EFFET SECONDAIRE

L'étude de TRIAVIL en champ clinique n'a révélé aucun effet secondaire particulier à l'association de ces deux substances. Ceux qu'on a observés n'étaient autres que les effets isolés de la perchénazine ou du chlorhydrate d'amitriptyline rapportés auparavant.

Perphénazine: Certaines réactions fâcheuses de la perchénazine semblent se manifester plus souvent avec l'emploi de doses élevées. On a cité des symptômes extrapyramidaux que maîtrise d'ordinaire, l'emploi concomitant de COGENTIN* ou une réduction de la posologie. Les effets secondaires attribuables à la perchénazine qui peuvent survenir parfois comprennent: la sécheresse de la bouche, la céphalée, la nausée, les vomissements, la constipation, la constipation opiniâtre, la sychnurie, la confusion visuelle, l'enclenchement, l'hypotension et des variations sphygmiques.

Chlorhydrate d'amitriptyline: D'autres effets secondaires qui eux aussi se manifestent occasionnellement sont en relation avec l'emploi du chlorhydrate d'amitriptyline. Ils consistent en: somnolence, vertiges, nausées, agitation, hypotension, tremblements de petite amplitude, nervosité, céphalée, aigreurs gastriques, anorexie, hyperidrose, éruption cutanée, engourdissement et sensation de fourmillement dans les bras et sécheresse de la bouche.

CONTRE-INDICATIONS

La perchénazine qu'il renferme ne permet pas d'utiliser le TRIAVIL en présence de dépression de la moelle osseuse.

L'amitriptyline étant anticholinergique, le TRIAVIL est contre-indiqué dans les cas de glaucome et chez ceux qui sont sujets à des troubles de rétention urinaire.

Les expériences sur la reproduction du rat n'ont pas révélé d'anomalie fœtale. Toutefois les études cliniques relatives à la grossesse et les observations ultérieures à l'accouchement sont encore trop restreintes pour permettre de recommander le TRIAVIL à la femme enceinte.

PRÉCAUTIONS

Comme c'est le cas dans l'emploi de tout agent psychothérapeutique, le médecin doit prévenir les malades contre la possibilité d'erreurs de jugement attribuables aux modifications de l'humeur et la possibilité d'une réaction inaccoutumée à l'alcool. Ces erreurs de jugement concernent particulièrement les gens qui conduisent un véhicule motorisé; il faudra alors leur déconseiller de conduire un véhicule-moteur tant que ces effets du traitement n'auront pas disparu.

L'administration du TRIAVIL doit se faire avec prudence aux malades ayant des antécédents de convulsions et à ceux qui ont éprouvé des réactions secondaires graves à l'administration d'autres dérivés de la phénothiazine.

La bibliographie médicale rapporte que les composés inhibiteurs de la mono-amine-oxidase peuvent renforcer les effets d'autres médicaments. Aussi recommande-t-on un intervalle de deux semaines au moins, entre l'administration des deux médicaments au sujet qui passe de l'agent inhibiteur de la mono-amine-oxidase au TRIAVIL afin que le malade puisse s'affranchir des effets inhibiteurs de la mono-amine-oxidase. Il importe de se rappeler que la possibilité de suicide chez les sujets fortement déprimés est liée à leur maladie et qu'elle peut subsister jusqu'à rémission significative des symptômes.

On recommande aux médecins, avant de prescrire TRIAVIL, de consulter la documentation détaillée qu'ils peuvent obtenir sur demande ou le prospectus accompagnant le produit.

PRÉSENTATION

Le TRIAVIL est présenté sous forme de comprimés oblongs, rose-saumon, dosés à 3 mg de perchénazine et à 15 mg de chlorhydrate d'amitriptyline, en flacons de 50.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL

*Marque déposée

Dans les affections
complexes
d'ordre émotif

TRIAVIL*

traitement efficace d'une gamme
étendue de symptômes que pré-
sente le malade psychonévrosé

TRIAVIL peut soulager les troubles
psychiques tels que l'inquiétude, l'agitation,
la dépression, l'insomnie, la fatigue inexplic-
able et l'apathie.

Les manifestations psychosomatiques compre-
nant en particulier de la faiblesse, de l'ano-
rexie, de la sychnurie, de la céphalée, des pal-
pitations et de vagues douleurs abdominales

TRIAVIL est un traitement adju-
vant qui aidera à obvier à plusieurs des pro-
blèmes multiples et variés, d'ordre émotif,
caractéristiques du psychonévrosé qui n'en
répondra que mieux au traitement de la
consultation.

Grâce à TRIAVIL

1. la maîtrise des symptômes pénibles per-
met au malade d'acquérir une meilleure
compréhension de ses problèmes;
2. le patient peut s'adapter d'une façon
plus réaliste à son milieu;
3. le soulagement rapide des symptômes
redonne confiance au patient et facilite les
relations entre le médecin et son patient.

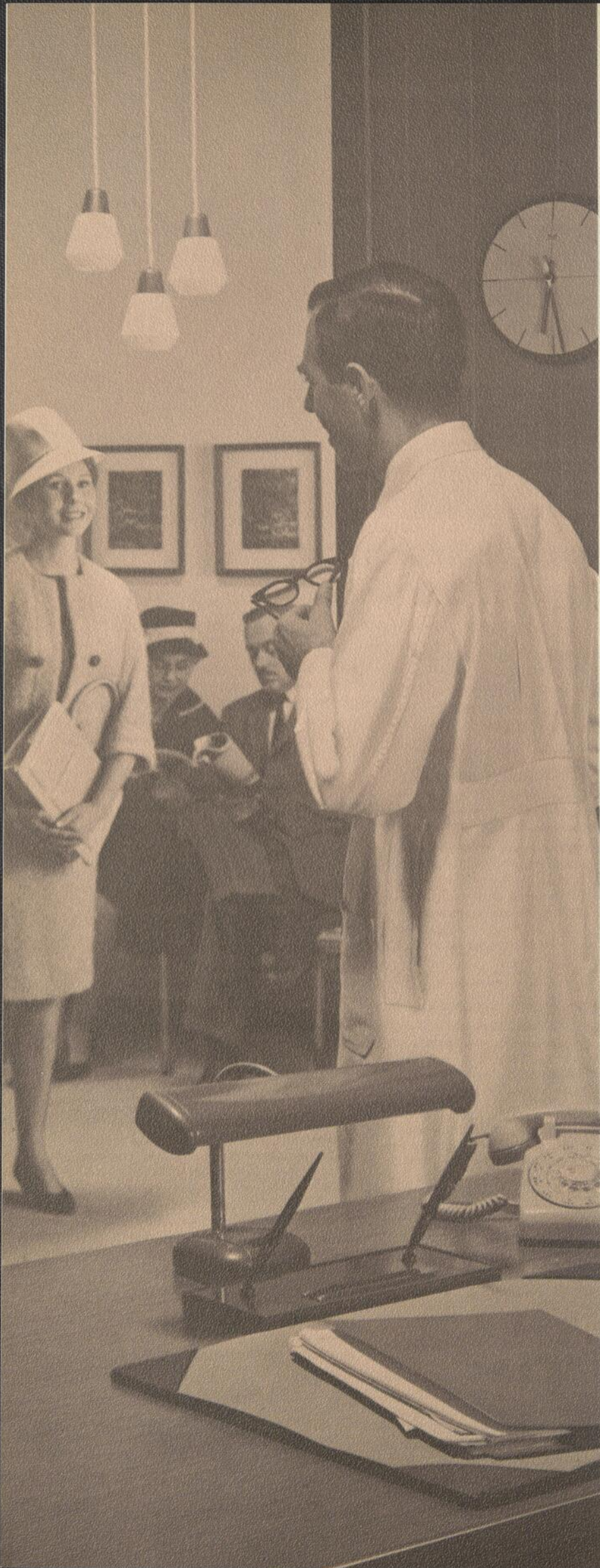
La posologie de TRIAVIL consiste en l'ad-
ministration d'UN comprimé, trois ou quatre
fois par jour.

*On recommande aux médecins, avant de prescrire
TRIAVIL, de consulter la documentation détaillée qu'ils
peuvent obtenir sur demande ou le prospectus accom-
pagnant le produit.*

Présentation: Le TRIAVIL est présenté sous for-
me de comprimés oblongs, rose-saumon, dosés
à 3 mg. de perphénazine et à 15 mg. de chlorhy-
drate d'amitriptyline, en flacons de 50.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL



“Mais, Jean-Paul, le prix n'est plus une objection. Il ne s'agit plus que de sécurité et d'efficacité. C'est pourquoi j'ai adopté l'Aldactazide-A comme traitement de base de mes hypertendus.”



Une réduction de prix absolument radicale a permis de mettre l'ALDACTAZIDE-A à la portée de quasi tous vos hypertendus, même ceux dont le traitement doit être continu et prolongé. Parmi les avantages de cet antihypertenseur unique, citons:

- réduction de la tension artérielle remarquablement graduelle et soutenue — absence presque complète de réactions défavorables, comme l'hypotension orthostatique
- activité potentialisée, permettant souvent d'éviter le recours à des médicaments drastiques
- effet normalisateur sur les électrolytes sériques — déplétion potassique inexistante
- libéralisation généreuse du régime alimentaire.

La spironolactone "se rapproche du diurétique* théoriquement idéal, dans le traitement de l'hypertension... il ne semble pas diminuer le potassium sérique, ni troubler

le métabolisme hydrocarboné, ni précipiter l'accès de goutte ni provoquer de toxicité de la digitale."

Comprimés associant 25 mg d'ALDACTONE-A et 25 mg d'hydrochlorothiazide. Consulter la brochure documentaire N° 46 pour plus amples renseignements sur le produit et la posologie.

Autre forme disponible à prix très réduit: ALDACTONE-A (marque de spironolactone) en comprimés à 25 mg. Consulter la brochure documentaire N° 39 pour plus amples renseignements sur le produit et la posologie.

*Hollander, W.: Aldosterone Antagonists in Arterial Hypertension, Heart Bull. 12:108-111 (nov.-déc. 1963).

La recherche au service de la médecine SEARLE

G. D. Searle & Co. of Canada, Limited
249 est, rue Queen, Brampton, Ontario

ALDACTAZIDE-A
spironolactone et hydrochlorothiazide

comme traitement à long terme de l'hypertension

sager la prévention au sens strict du terme, sauf pour quelques groupes exposés, du fait de leur profession, à des agents cancérigènes connus. Mais depuis quelque temps, la situation se modifie rapidement: le nombre des cancérigènes identifiés dans le milieu de l'homme croît constamment et l'expérience montre de plus en plus que l'évolution du processus tumoral peut être évitée par divers moyens. Ces mesures préventives ont été récemment examinées et évaluées par un comité d'experts de l'OMS, lequel a également étudié les moyens d'organiser des programmes systématiques de prévention du cancer.

Il ressort de cette étude que les rapports de certaines lésions dites précancéreuses avec des cancers ultérieurs sont extrêmement douteux et qu'il faudrait, en conséquence, une réévaluation systématique et une classification pathologique des lésions précancéreuses chez l'homme. Le Comité a d'autre part passé en revue et évalué les nombreuses possibilités qu'offre l'étude expérimentale des lésions précancéreuses. L'expérimentation n'a jusqu'ici fourni que peu d'indications sur le processus cancérigène; elle a surtout fait ressortir la complexité du problème. C'est à elle, toutefois, que l'on doit l'importante notion du processus cancérigène en deux phases, faisant intervenir un agent qui "prépare", et un "promoteur".

Le Comité a examiné divers facteurs étiologiques: mastication du bétel, du nass et du tabac, cigarette, exposition à une forte lumière solaire et cancérigènes ajoutés aux produits alimentaires. L'identification de ces facteurs peut suggérer des méthodes de prévention évidentes, mais celles-ci sont souvent difficiles à appliquer, du fait que les usagers ont une certaine répugnance à renoncer à des habitudes adoptées de longue date. Il semble que la circoncision ainsi que des soins attentifs d'hygiène personnelle puissent être utiles pour prévenir le cancer du pénis et peut-être également celui du col de l'utérus chez le partenaire féminin. On connaît de nombreux agents des cancers professionnels et l'on sait que, lorsqu'il est impossible de les éliminer, certaines améliorations des procédés industriels permettent de diminuer notablement le risque. Le rapport cite également comme agents cancérigènes un certain nombre de cosmétiques et de produits de ménage, de médicaments et de polluants atmosphériques, ainsi que les rayonnements ionisants.

Le Comité a étudié aussi le rôle des examens de masse dans la prévention anticancéreuse, et notamment celui de l'examen cytologique des frottis cervicaux et des urines. Un programme complet de prévention du cancer devra comprendre, d'une part, des dispositions législatives appropriées et, d'autre part, une éducation intensive s'adressant non seulement à la population, mais aussi au personnel médical et paramédical (dentistes, pharmaciens, personnel infirmier).

Le rapport se termine par un aperçu de certaines recherches spéciales relatives à la prévention du cancer. Il contient en outre une longue annexe, où sont examinées les caractéristiques générales des agents cancérigènes, et deux autres annexes plus courtes, dont l'une traite des programmes de formation en matière de prévention du cancer et l'autre expose un projet pilote de prévention anticancéreuse dans une ville d'importance moyenne.

Helminthes transmis par le sol. Rapport d'un Comité OMS d'experts des Helminthiases. — Organisation mondiale de la Santé: Série de rapports techniques, 1964, No 277, 76 pages. Prix: \$1.00. Publié également en anglais et en espagnol.

Les helminthiases nuisent encore à la santé de centaines de millions de personnes et, dans de vastes régions du globe, les parasites les plus fréquents et les plus nocifs sont les géohelminthes. Dans le présent rapport, l'OMS a tenté pour la première fois de considérer les helminthiases transmises par le sol comme un groupe distinct de maladies et d'évaluer l'ensemble des connaissances actuelles sur la question.

Les données disponibles sur la fréquence globale et l'intensité de l'infection transmise par les divers géohelminthes ont été passées en revue région par région. Si l'en examine les renseignements actuels sur les manifestations pathologiques dues à ces parasites et les statistiques de mortalité correspondantes, on constate que les observations enregistrées sont souvent inexactes et qu'il y aurait lieu, pour apprécier dans toute son ampleur cette forme de morbidité, de multiplier les études quantitatives. La mise sur pied de programmes de lutte efficaces exige une meilleure connaissance de la biologie du parasite ainsi que des facteurs de milieu qui influent sur les stades libres des nématodes et, par conséquent, sur la transmission. Parmi les principaux facteurs agissant sur la transmission, il faut naturellement compter les us et coutumes des sujets exposés, notamment en ce qui concerne l'évacuation des excréta, mais le rapport montre bien que les améliorations apportées à l'hygiène du milieu ne sont efficaces que si la population est instruite dans la façon d'utiliser les installations mises à sa disposition.

Les manifestations cliniques des helminthiases varient notablement selon la charge de parasites présente dans l'organisme, la localisation des parasites, l'état de nutrition de l'hôte et divers autres facteurs. Le Comité a examiné en détail les diverses relations hôte-parasite, mais la nature de ces relations est encore trop mal connue pour que l'on puisse recommander des mesures de lutte efficaces. Un des aspects de l'interaction hôte-parasite mérite cependant une attention particulière, à savoir l'apparition de l'immunité chez l'hôte à la suite de l'infection. Le rapport rend compte des recherches effectuées sur les mécanismes de ces réactions d'immunité au cours d'infections expérimentales.

Pour le travailleur de la santé publique, le chapitre le plus intéressant du rapport est celui qui traite de l'évaluation des méthodes de lutte actuellement connues. Il comprend les sections ci-après: action sur le milieu et destruction chimique des stades libres; chimiothérapie clinique et immunisation artificielle. Le Comité a souligné qu'il convient tout d'abord d'examiner la situation épidémiologique et, dans la majorité des cas, de vérifier, au cours d'études expérimentales et dans le cadre de projets pilotes, dans quelle mesure les méthodes envisagées sont applicables.

Le rapport se termine sur un certain nombre de recommandations concernant les travaux de recherche au laboratoire et sur le terrain qui sont encore nécessaires. Pour en interpréter la portée, il conviendra de se reporter au chapitre qui traite des techniques parasitologiques et biologiques et des procédés de mesure de la morbidité.

**Qu'arriverait-il
si on augmentait
le contenu
vitaminique de ce
supplément
prénatal?**




Une augmentation du prix!

Dans la préparation économique Orifer, vous trouvez à haute teneur les éléments essentiels au développement normal d'une grossesse... soit le fer, le calcium et l'acide ascorbique. Alors que plusieurs suppléments prénataux offrent à la patiente une liste extravagante de vitamines et de minéraux, Orifer



fournit les vitamines de base, des minéraux et des traces d'éléments suffisants dans la plupart des grossesses. Conçu d'une manière rationnelle, Orifer est un véritable supplément et son prix est très modique. Pour toute demande d'échantillons, écrivez à

orifer  **PITMAN-MOORE DIVISION**
DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED
DON MILLS/ONTARIO

Livres reçus depuis le 13 juillet 1964

- Helminthes transmis par le sol.** Rapport d'un Comité OMS d'experts des Helminthiases. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Prévention du cancer.** Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Génétique humaine et Santé publique.** 2e rapport du Comité OMS d'experts de la Génétique humaine. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Comité OMS d'experts de la variole.** Premier. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Médecine et Santé publique dans l'Arctique et l'Antarctique.** Choix de communications présentées à une conférence. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Normes d'identité et de pureté pour les additifs alimentaires et évaluation toxicologique: émulsifiants, stabilisants, décolorants et maturants.** 7e Rapport du Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Radiation and Immune Mechanisms** par W. H. Taliaferro, L. G. Taliaferro, B. N. Jaroslow. Academic Press, édit., New York et Londres, 1963.
- Leçons de rhumatologie** par G. Vignon. Cahiers Médicaux Lyonnais, édit., Lyon, 1964.
- Le programme de recherches médicales de l'organisation mondiale de la Santé - 1958-1963.** Rapport du Directeur général. Organisation Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Répertoire mondial des écoles vétérinaires.** Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Biologie de la reproduction humaine.** Rapport d'un groupe scientifique OMS. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Conférence interrégionale OMS/OPS sur la préparation post-universitaire du personnel de Santé à l'éducation sanitaire.** Rapport. Org. mondiale de la Santé, édit., Genève, 1964.
- Acquisitions médicales récentes — Journées médicales annuelles de Broussais-LaCharité 1964.** L'Expansion, édit., Paris, 1964.
- Action ostéogénétique de la greffe de muqueuse vésicale** par R. Dozinél. Édit. Arscia, édit., Bruxelles, 1964.
- Points de vue O.R.L.** sous la dir. de J. P. Meunier. S.A.B.R.I., 1962

L'Union Médicale du Canada en 1895

COURRIER DES HÔPITAUX

Hôtel-Dieu de St-Joseph

Octobre 1895

Notes du docteur J.-P. Roux, médecin interne

M. le docteur Benoît, rédacteur de l'Union Médicale, me demandait il y a quelques semaines si je voudrais bien intéresser ses lecteurs en donnant chaque mois une revue suc-

cincte de ce qui se fait à l'Hôtel-Dieu. "Intéresser vos lecteurs, lui dis-je, ce serait peut-être difficile pour moi, mais pour vous obliger je le ferai avec plaisir." Voilà comment je suis amené à écrire dans cet intéressant journal, certain que si je n'atteins pas le premier but, j'atteindrai du moins le second.

Au commencement du mois d'août 212 malades étaient sous traitement et durant ce mois 170 ont été admis; ce qui fait en tout 382 patients traités à notre hôpital dans l'espace d'un mois. 163 ont laissé l'hôpital, guéris pour la plupart. 13 sont morts, dont 7 de tuberculose pulmonaire, 3 d'affections organiques du cœur, 2 des fièvres typhoïdes et 2 de cancer de l'estomac.

Dans le service de médecine, nous n'avons noté rien de bien intéressant si ce n'est que les cas de fièvres typhoïdes ont beaucoup augmenté durant ce mois, nous en avons eu jusqu'à 11 en même temps. Un cas, cependant, que nous n'avons pas eu longtemps sous observation, mais qui peut offrir un certain intérêt s'est présenté à notre hôpital. Une dame de Bedford, U.S., 47 ans, arrivait ici complètement épuisée par la maladie et le voyage qu'elle venait d'entreprendre. Son mari nous dit qu'elle était traitée depuis longtemps pour une maladie du cœur et que tout dernièrement on avait commencé à la traiter pour une maladie du foie. Les extrémités étaient froides, il n'y avait plus de pouls à la radiale, et c'est en vain que nous avons essayé de la stimuler par les injections d'éther et de caféine. Au bout de deux heures elle mourait avant que nous eussions pu établir un diagnostic. L'auscultation n'avait rien révélé du côté du cœur, et la percussion qu'une simple hypertrophie du foie. A l'autopsie nous avons pu constater qu'il n'y avait rien du côté du cœur, mais que la personne avait succombé à la cachexie causée par un cancer du pylore avec cancer secondaire du foie. De plus nous avons trouvé les deux reins très hypertrophiés et atteints de dégénérescence graisseuse.

Dans le service de chirurgie 68 opérations ont été pratiquées dans le mois de septembre. Au commencement de ce mois une dame du comté de Prescott vint toute en pleurs consulter le docteur Hingston. Interrogée au sujet de sa peine elle répondit: "Je viens d'être examinée par un éminent chirurgien qui me dit porteuse d'un cancer utérin, et que la seule chance de guérison est d'enlever l'utérus et ses annexes". Après examen, le docteur Hingston put la rassurer en lui disant qu'elle n'avait pas de cancer, mais une simple déchirure de l'utérus. L'opération fut pratiquée et la dame s'en retournait au bout de dix jours complètement guérie et portant encore son utérus et ses ovaires.

Au dispensaire du docteur Chrétien ce ne sont pas les malades qui manquent, nous en avons compté jusqu'à 140 dans une même journée. Il y a eu dans ce service plus de 60 opérations dans le dernier mois.

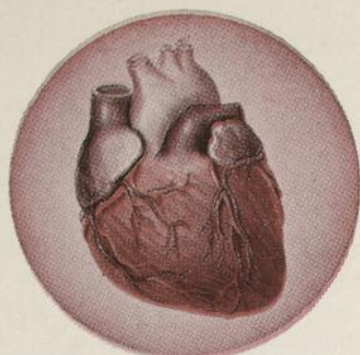
Le service d'hiver vient d'être inauguré à l'Hôtel-Dieu avec les docteurs Hingston et Brunelle comme chirurgiens, et Guérin, Leblanc et Kennedy comme médecins. Les cliniques pour les élèves vont commencer le 2 octobre.

Septembre 1895

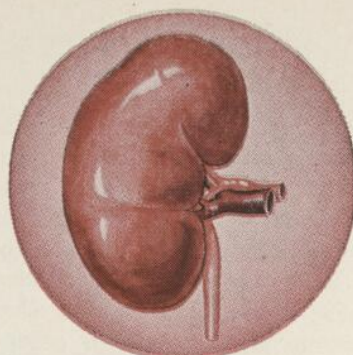
Hôpital Notre-Dame

Notes du docteur A. Éthier, interne en chef

Dans mon dernier courrier de l'Hôpital, je vous disais que nous étions en lutte avec la fièvre typhoïde et je crois que

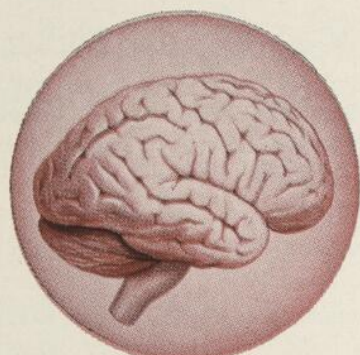


normal

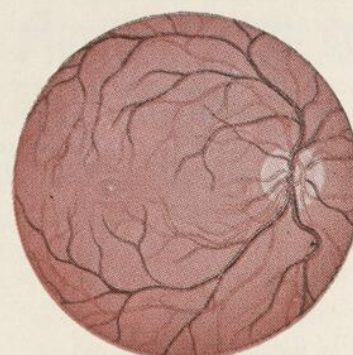


normal

ASYMPTOMATIQUE... PEUT ÊTRE



normal



normal

160
—
90

... mais néanmoins hypertendu

**MAINTENANT
LE TRAITEMENT
DOIT ÊTRE...**

AQUAMOX[®]

Quinéthazone Lederle

diurétique antihypertensif non thiazidique

réduction à la fois efficace et graduelle de la tension des résultats significatifs en décubitus dorsal et en station verticale bonne compatibilité avec d'autres anti-hypertensifs déclenchement de la diurèse en 2 heures, maximum en 6 heures, d'une durée de 18 à 24 heures dans la diurèse, le rapport sodium/potassium varie de 4.5 sur 1 à 6.2 sur 1.

[®] Marque déposée

POSOLOGIE: Un ou deux comprimés à 50 mg une fois par jour

160
—
90

MAINTENANT DISPONIBLE

AQUAMOX AVEC RÉSÉRPINE

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

la guerre n'est pas prêt de finir avec ce malheureux microbe. En effet, chaque semaine il nous arrive de nouvelles victimes. Actuellement, nous avons dans les salles, chez les femmes et chez les hommes, 9 cas encore sous traitement. Depuis le 5 juillet 1895, date de l'admission du 1er typhique, nous en sommes à 23 cas. L'an dernier dans le même espace de temps nous en avons traité 18 cas, dont 3 fatals. Cette fois la maladie semble beaucoup plus maligne en général, comme je vous l'ai déjà fait observer. Aussi jusqu'à présent avons-nous eu 6 malheureuses victimes. Deux ont succombé à peine 48 heures après leur arrivée, de complications du côté des poumons et des intestins. Un 3e est mort 5 à 6 jours plus tard d'hémorragie intestinale aussi. Le 4e, ce jeune belge dont il a déjà été question, est mort après 16 jours de traitement, avec symptômes de malaria. Quant aux deux autres nous n'avons pu pratiquer l'autopsie pour connaître la cause exacte de la mort. Parmi les personnes que nous avons encore sous traitement, il y a une jeune fille de 22 ans qui a eu de fréquentes hémorragies intestinales et assez abondantes pendant 4 jours. Un traitement énergique et bien suivi a fini par en avoir raison.

Voici le traitement institué par le docteur Gauthier pour tous. Au début bon dérivatif sur l'intestin.

Diète lactée — Alcool, comme nourriture.

Acide borique 20 grs 4 fois par jour.

Quinine 2 grains 3 fois par jour.

Éponger le malade avec eau acidulée quand il y avait forte élévation de la température. Enfin nous traitons les complications. Très rarement dans quelques cas nous avons prescrit des antithermiques à l'intérieur.

Octobre 1895

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

"CLINICAL SYMPOSIA" (Ciba)

Une publication CIBA, le "Clinical Symposia", a reçu la récompense décernée par l'American Medical Writers' Association pour l'année 1964 avec la citation: "Pour service distingué en journalisme médical".

Le "Clinical Symposia", qui est édité à l'intention du corps médical, contient des articles rédigés par des médecins éminents, illustrés en couleurs grâce au talent du docteur Frank Netter. Il est distribué par les soins de CIBA Company Limited de Dorval, Québec, aux médecins, institutions d'enseignement et bibliothèques médicales du Canada.

Des nombreuses éditions de ce magazine médical sont dignes d'être considérées comme des pièces de collection; le premier numéro du Volume 1, par exemple, imprimé en 1948: l'illustration de la couverture, qui représente des cellules cancéreuses, rappelle la méthode découverte par feu le docteur G. N. Papanicolaou. Le deuxième numéro, toujours d'actualité après 16 ans, est consacré d'un bout à l'autre à l'étude de "L'hépatite infectieuse".

Depuis la parution de ces premières éditions, une foule d'autres sujets médicaux, touchant la pathologie, la chirurgie, l'anatomie, etc., ont été traités dans le "Clinical Symposia".

La dernière édition contient une étude sur la glande pituitaire, du docteur Calvin Ezrin, F.R.C.P.(C) de Toronto, suivie de 14 pages d'illustrations en couleurs exécutées par le docteur Netter.

La grande popularité de cette publication CIBA met souvent ses éditeurs dans l'embarras en raison du nombre important de demandes qu'ils reçoivent et qu'ils ne peuvent pas toujours satisfaire.

BOURSE CIBA

La CIBA Company Limited annonce que les candidats à la Bourse CIBA de Recherches en Médecine pour l'année 1965 peuvent dès maintenant adresser leur demande à la Compagnie.

Éligibilité. La bourse CIBA sera octroyée sur candidature à un diplômé d'une école de médecine reconnue à la condition que le boursier élu s'engage à consacrer une année complète à la recherche médicale, fondamentale ou clinique, au Canada.

Applicable. Du 1er juillet 1965 au 30 juin 1966.

Date limite. Les candidatures doivent être posées avant le 15 octobre 1964.

Montant octroyé. \$5,000.00. Une somme additionnelle de \$500.00 sera versée au département dans lequel le boursier travaillera et une deuxième somme de \$500.00 pourra être accordée pour frais de voyage aux congrès médicaux, achat de manuels, etc.

Formules de demande. Les formules de demande et les règlements détaillés concernant l'octroi de cette bourse sont à la disposition des candidats au bureau du doyen de toutes les écoles de médecine, ou chez l'administrateur de la bourse, Docteur C. Walter Murphy, CIBA Company Limited, Dorval, P.Q.

TINACTIN

L'introduction de Tinactin met à la disposition des médecins une préparation exceptionnellement efficace pour le traitement topique des infections fongiques de la peau.

En clinique aussi bien qu'en laboratoire, les chercheurs s'accordent à dire que la mise au point de Tinactin (solution de tolnaftate à 1%) représente un progrès majeur dans le domaine du traitement chimio-thérapeutique des dermatomycoses. En effet, Tinactin est efficace contre la plupart des micro-organismes responsables des infections fongiques de la peau; il ne cause pas de réactions locales ou généralisées désagréables et ne provoque pas de sensibilisation.

Jusqu'à date, les études cliniques ont démontré que Tinactin possède une activité fongicide inégalée chez les malades souffrant d'infections fongiques superficielles, telles que Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea barbae, Tinea pedis et Tinea versicolor causées par les dermatophytes comme les T. mentagrophytes, T. rubrum, E. floccosum, M. canis et M. furfur.

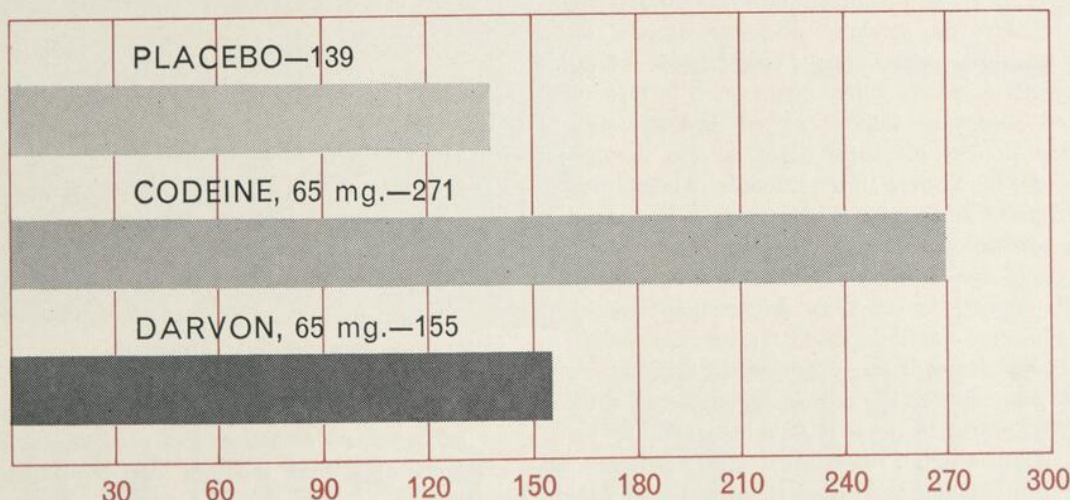
(Schering Corp. Ltd.)

PFIZER ANNONCE UNE NOMINATION IMPORTANTE

La nomination de Walter Skol au poste d'assistant du président a été annoncée par J. H. Flynn, président de la Cie Pfizer Ltée, une compagnie de divers produits pharmaceutiques et chimiques.

Quand la douleur se fait sentir

Darvon® Compose-65 offre une action analgésique aussi puissante que la codeine en plus de l'acide acétylsalicylique, de la phénacétine et de la caféine, **mais il provoque moins d'effets secondaires.**



Effets secondaires observés durant 1515 jours de maladie

On remarquera que l'incidence des effets secondaires résultant de l'emploi de **Darvon®** n'a été que légèrement supérieure à ceux du placebo. Ces effets secondaires observés étaient bénins et n'ont aucunement entravé le traitement.

Peut maintenant être prescrit sans restrictions.

L'Organisation Mondiale de la Santé et la Direction des Aliments et Drogues ont récemment retiré les préparations à base de Darvon de la liste des drogues sous contrôle.

Darvon® Composé-65 (chlorhydrate de propoxyphène, Lilly)

DARVON® COMPOSE-65

(chlorhydrate de propoxyphène, Lilly)



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

M. Skol, qui jusqu'ici occupait le poste de directeur des relations extérieures, entre en ses nouvelles fonctions immédiatement tout en continuant à assumer la responsabilité des affaires de relations extérieures de la compagnie.

Avant de se joindre à Pfizer en 1962, M. Skol avait acquis une grande expérience dans le domaine des relations et d'organisation d'affaires durant sa carrière comme écrivain avec le Toronto Star et plus tard comme chef du bureau canadien de Carl Byoir & Associates, Inc., de New-York.

LE DOCTEUR CLAUDE GENDRON, DIRECTEUR MÉDICAL DE LA COMPAGNIE CYANAMID DU CANADA

Le docteur Claude-P. Gendron, président du Collège de médecine générale du Canada, vient d'être nommé directeur médical de la compagnie Cyanamid of Canada Limitée.

Le docteur Gendron aura notamment à s'occuper d'enquêtes cliniques sur tous les produits Lederle au Canada; à assurer la liaison de Cyanamid avec la profession médicale, ainsi qu'avec la section médicale de l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques; et à maintenir des relations avec l'agence fédérale de contrôle sur les médicaments et autres sujets connexes à la médecine.

Spécialisé en médecine interne et en hématologie, le docteur Gendron détient plusieurs titres en ces domaines: il est membre de la Société internationale d'hématologie, membre de la Société américaine d'hématologie, et spécialiste accrédité en hématologie, auprès du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. Il a également, à titre consultatif, apporté le concours de son expérience en hématologie à plusieurs hôpitaux de la région montréalaise.

Outre le Collège de médecine générale du Canada, dont il est président cette année, les autres groupements professionnels dont fait partie le docteur Gendron sont la Canadian Medical Association, l'Association des Médecins de langue française du Canada et la Société médicale de Montréal.

CELESTONE REPETABS

Chaque dragée renferme 1 mg de phosphate disodique de betaméthasone, un nouveau dérivé soluble de la betaméthasone, le corticostéroïde de choix quant à l'efficacité, la tolérance et l'économie.

Contrairement aux autres corticostéroïdes à action retard, les *Celestone Repetabs* renferment 2 doses égales de 0.5 mg qui sont libérées à intervalles de 4 à 6 heures pour procurer un soulagement continu et prolongé. Chaque *Celestone Repetabs* 1 mg peut être substitué à 2 comprimés de *Celestone* 0.5 mg ou à leur équivalent de tout autre corticostéroïde, tel que: 8 mg de triamcinolone, 10 mg de prednisone, 1.5 mg de dexaméthasone, etc., ce qui permet au malade de réaliser une économie appréciable.

Les symptômes de la plupart des maladies justiciables des corticostéroïdes sont adéquatement maîtrisés avec l'administration quotidienne de 1 ou 2 *Celestone Repetabs* seulement. Ce nouveau dérivé soluble de la betaméthasone procure un effet thérapeutique rapide avec une diminution sensible de l'irritation gastrique. Dans les cas où 1 mg de betaméthasone par jour est indiqué, un seul *Repetabs* peut être administré, soit le matin ou le soir. Un *Repetabs* administré au coucher procurera un plein effet thérapeutique durant

toute la nuit et les avantages suivants: pour l'arthritique — soulagement de la douleur durant toute la nuit, moins de raideur au lever; pour le malade souffrant de dermatite — sommeil plus reposant grâce au soulagement du prurit; pour l'asthmatique — absence relative de dyspnée nocturne. (Schering Corp. Ltd.)

LOTION ANTIFONGIQUE FUNGIZONE

Composition

Préparation aqueuse d'amphotéricine B à 3% (30 mg/cc), teintée et parfumée.

Indications

Infections cutanées et, ou muco-cutanées dues au *C. albicans* et réagissant au traitement topique. La tolérance est très bonne chez les personnes de tout âge.

Administration

Application généreuse sur les lésions 2 à 4 fois par jour.

Présentation

Bouteilles plastique de 30 cc. (E. R. Squibb & Sons Ltd.).

LINCOCIN capsules à 500 mg

Composition par capsule:

Lincocin (chlorhydrate de lincomycine) 500 mg

Lincocin, solution stérile à 600 mg

Composition de l'ampoule de 2 c.c.:

Lincocin (chlorhydrate de lincomycine) 600 mg
ampoule de 2 c.c.

Description des produits Lincocin:

La Lincocin est un antibiotique, chimiquement distinct des autres et qui ne représente pas de résistance croisée avec les antibiotiques existants. Sa sécurité est très élevée et sa tolérance excellente, tant par voie orale que par voie parentérale.

La Lincocin est efficace contre la plupart des germes pathogènes à gram-positif courants. Selon la sensibilité du microbe et la concentration de l'antibiotique, celui-ci est ou bactéricide ou bactériostatique. La Lincocin a pu être donnée sans incident à des sujets ayant des antécédents d'allergie à la pénicilline.

Indications: La Lincocin est indiquée dans les infections relevant de germes à gram-positif qui sont sensibles à son action, notamment les staphylocoques, les streptocoques et les pneumocoques. Le médicament s'est révélé efficace aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, et a permis d'éliminer les germes pathogènes dans des infections critiques, comme la pneumonie staphylococcique, la septicémie, l'ostéo-myélite et dans des infections graves de la peau et des tissus mous, et aussi dans des infections courantes des voies respiratoires supérieures et inférieures, et comme traitement adjuvant de l'antitoxine dans la diphtérie.

Posologie et mode d'administration:

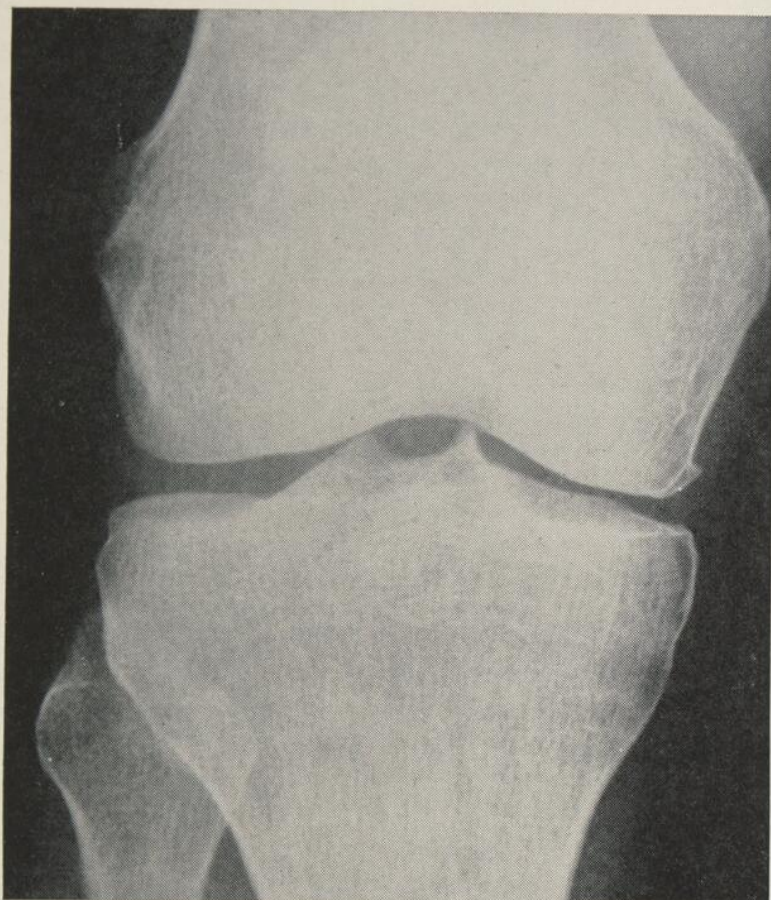
Par voie buccale

Adultes: Dans les infections bénignes... 500 mg trois fois par jour toutes les huit heures environ.

Dans les infections graves... 500 mg ou plus quatre fois par jour (environ toutes les six heures).

Enfants: Infections bénignes... 30 mg/kg/jour (15 mg/lb/jour) à répartir en trois ou quatre doses égales.

Plus grand soulagement en toute sécurité dans l'Ostéo-arthrite



"Comme ce
(l'ostéo-arthrite)
n'est pas essentiellement
une maladie inflammatoire,
des mesures
anti-inflammatoires
ne sont pas nécessaires." ¹

PERSISTIN

Chaque comprimé non enrobé renferme :

Acide salicylsalicylique 7½ grains (480 mg) Acide acétylsalicylique 2½ grains (160 mg)

Plus efficace que l'acide acétylsalicylique seul parce que l'acide salicylsalicylique procure un soulagement de la douleur et de la raideur se maintenant durant toute la nuit et toute la journée — par suite de son absorption lente.²⁻⁷

Le Persistin résout pour beaucoup de malades le problème thérapeutique dans l'ostéo-arthrite ⁸ — (soulagement adéquat sans recourir à des médications dangereuses). On évite ainsi les effets secondaires des agents anti-inflammatoires puissants et l'emploi de narcotiques. Contrairement aux médicaments anti-arthritiques, le Persistin ne cause pas de rétention sodique. Le Persistin est bien toléré parce que l'acide salicylsalicylique est insoluble dans les sécrétions gastriques et n'irrite pas la

muqueuse gastrique. Le Persistin ne renferme pas de sodium.

Dose : Quatre comprimés (40 grains) par jour, un après les repas et au coucher. Ne pas prendre d'autres salicylates en même temps car cela pourrait occasionner le salicylisme.

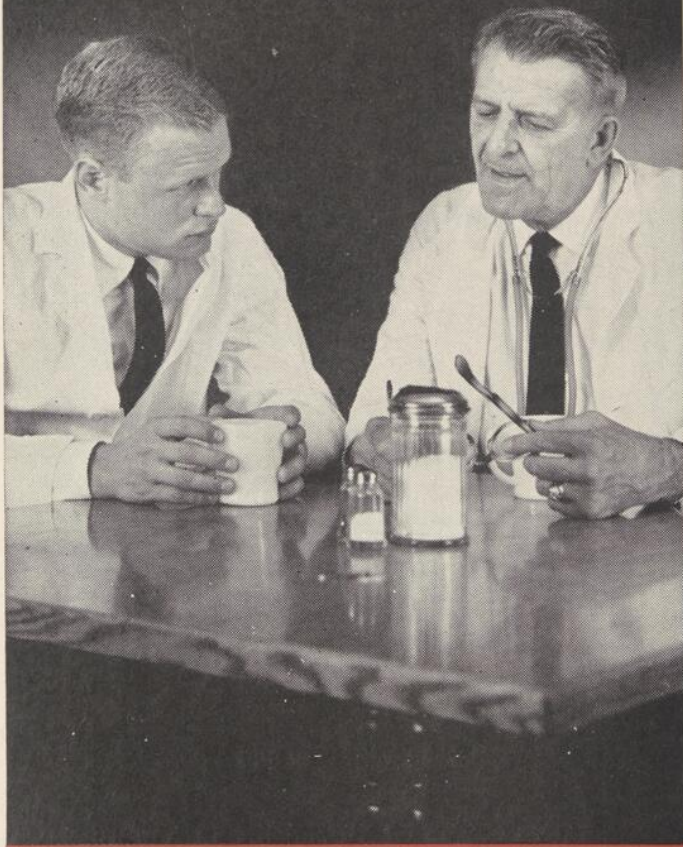
Présentation : Flacons de 50 et de 500 comprimés.

1. Freyberg, R. H., in Meakins, J. C.: *The Practice of Medicine*, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1956, p. 1595.
2. Everingham, D. J.: *Calif. Clin.* (mars) 1960.
3. Denson, L. J., et Thompson, W. R.: *J. Med. Soc. New Jersey* 57: 314 (juin) 1960.
4. Biegeleisen, H. K.: *Med. Times* 85: 866 (août) 1957.
5. Bonica, J. J., Le choix des médicaments pour le soulagement de la douleur, in Modell, W.: *Drugs of Choice 1960-1961*, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1960, p. 208.
6. Rubin, H. S.: *Amer. J. Med. Sci.* 248: 31 (juillet) 1964.
7. Paris, L., et Newfield, H.: *Clin. Nel.* (nov.) 1963.
8. Strazza, J. A., Jr.: *J. Med. Soc. New Jersey* 58: 413 (août) 1961.

Sherman Laboratories Limited

WINDSOR, ONTARIO

“Le Cheracol? C'est
le produit que j'ai
toujours employé
...et qui est encore
le meilleur...”



Cheracol

Enrayer la toux avec le Cheracol est un dicton médical depuis trois décennies. La raison? Le Cheracol soulage la toux sans supprimer l'expectoration.

Une once liquide renferme:

Phosphate de codéine..... 1 gr.
(Avis: peut créer l'accoutumance)
Chloroforme..... 2 grs.
Sulfogaïacolate de potassium..... 8 grs.
Chlorure d'ammonium..... 8 grs.
Tartrate d'antimoine et de potassium..... 1/12 gr.
Alcool..... 3%
aromatisé à l'écorce de pin blanc et de merisier

Présentation: en flacons de 4, de 16, de 80 et de 160 onces

MARQUE DÉPOSÉE: CHERACOL CF 2306.2
THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

Upjohn

Infections graves... 60 mg/kg/jour (30 mg/lb/jour) à répartir en trois ou quatre doses égales.

Par voie parentérale (solution stérile de Lincocin)

Voie intramusculaire

Adultes: Infections bénignes... 600 mg (2 c.c.) par voie intramusculaire toutes les 24 heures.

Infections graves... 600 mg (2 c.c.) par voie intramusculaire toutes les 12 heures, ou plus fréquemment.

Enfants: Infections bénignes... une injection intramusculaire de 10 mg/kg (5 mg/lb) toutes les 24 heures.

Infections graves... une injection intramusculaire de 10 mg/kg (5 mg/lb) toutes les 12 heures ou plus souvent.

Par voie intraveineuse

Adultes: 600 mg (2 c.c.) par voie intraveineuse toutes les 8 ou 12 heures. Pour être injectée par voie intraveineuse, la solution stérile de Lincocin sera ajoutée à 250 ml ou plus d'une solution glucosée à 5% ou de sérum salin normal et donnée sous forme de perfusion.

Enfants: Dose de 10 à 20 mg/kg/jour (soit de 5 à 10 mg/lb/jour) divisée en deux ou trois doses et données en perfusion, à 8 ou 12 heures d'intervalle. Le mode d'administration est le même que chez l'adulte.

Dans les infections plus graves, ces doses peuvent devoir être augmentées. Dans les infections à streptocoque hémolytique bêta, le traitement devra être poursuivi pendant au moins 10 jours, pour réduire le risque possible d'une crise de rhumatisme articulaire aigu subséquent.

Contre-indications et précautions: Sa sécurité au cours de la grossesse n'a pas été établie et jusqu'à ce qu'on possède une plus longue expérience clinique, il faut considérer que la Lincocin n'est pas indiquée chez le nouveau-né, chez la femme enceinte ou comme traitement prophylactique du rhumatisme articulaire aigu. Étant donné que le produit n'a pas été étudié suffisamment chez des malades atteints de maladies pré-existantes des reins, du foie, des glandes endocrines ou du métabolisme, il n'est pas conseillé de l'employer chez ces malades, à moins que des circonstances cliniques spéciales ne l'imposent. Le principal effet secondaire a été des selles molles ou de la diarrhée.

(Upjohn)

SPECTUSSIN

Composition

Sirop béchique non narcotique à l'arôme de cerise. Il renferme 10 mg de noscapine, un mg de maléate de carbinoxamine, cinq mg de chlorhydrate de phényléphrine, 50 mg de chlorure d'ammonium et 25 mg de menthol par cuillère à thé de cinq cc. Alcool: 3% en volume.

Indications

Soulagement de la toux due aux rhumes ou à des états allergiques.

Posologie

Adultes: 2 cuillères à thé, trois à quatre fois par jour.
Enfants de 6 à 12 ans: 1 cuillère à thé, trois à quatre fois par jour. *Au-dessus de 6 ans:* Consulter le médecin.

Présentation

Bouteilles de 4 onces.

(Squibb & Sons Ltd.)

HYDRODIURIL*

HYDROCHLOROTHIAZIDE U.S.P.

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



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

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

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



HydroDIURIL*
agent salurétique efficace

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

Résumé

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

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

Les médecins peuvent obtenir sur demande une documentation complète.

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



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

*Marque de commerce

RAPPORT CLINIQUE

SUJET: Sur un avantage précis de la viande dans le régime du nourrisson

"Les taux d'hémoglobine et d'hématuries des nourrissons qui ont reçu de la viande ont dépassé ceux des enfants-témoins. La fréquence des rhumes dans l'institution diminua chez les nourrissons nourris à la viande. L'on nous dit que tous ces nourrissons dormaient mieux et semblaient plus satisfaits quand ils recevaient le supplément carné."

Tiré de "Further Studies of the Use of Meat in the Diet of Infants and Young Children", Leverton & Clark, Journal of Pediatrics, vol. 40, p. 766, '52. Disponible sur demande.



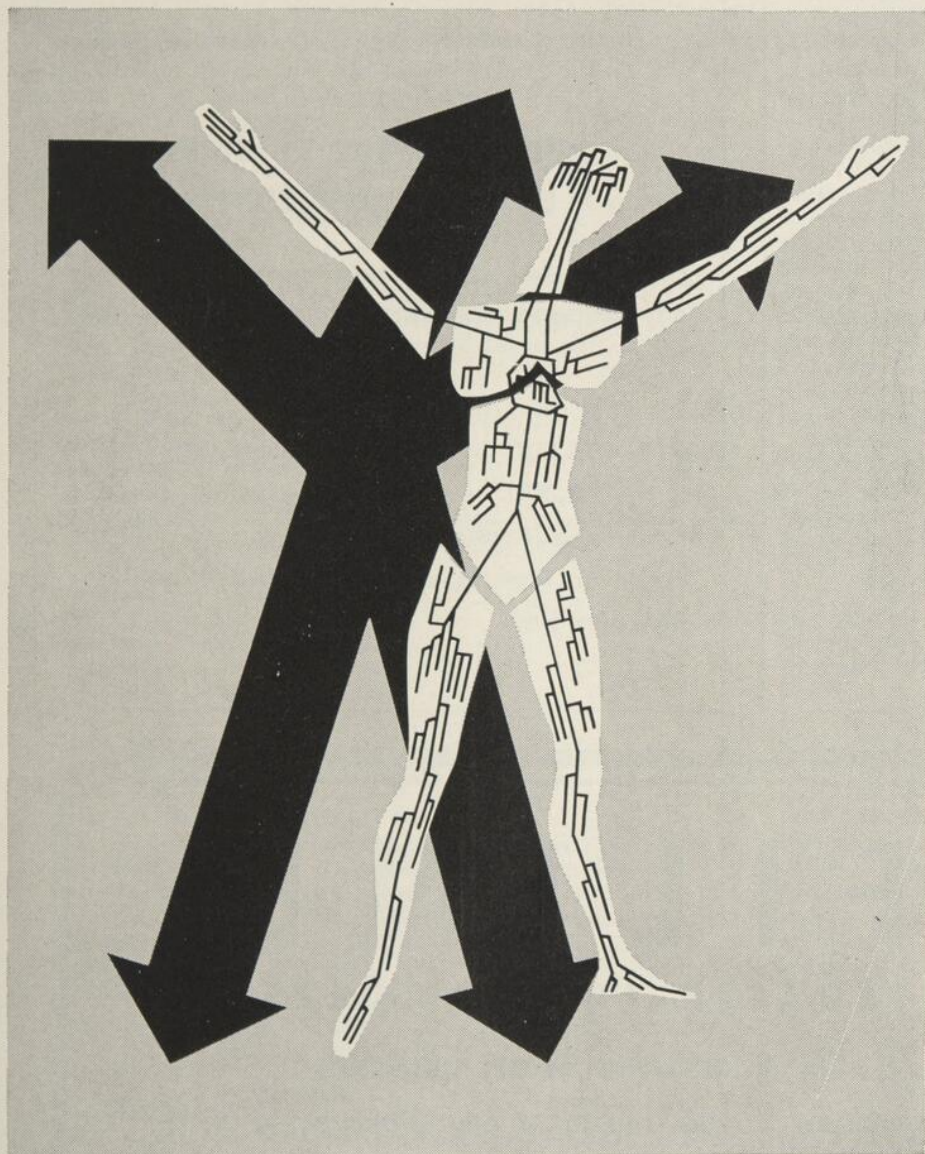
Des médecins dans des universités, des associations de recherches et des hôpitaux réputés ont effectué une série d'études cliniques au cours desquelles les viandes Swift pour bébés furent servies à des nourrissons. Les comptes rendus de ces études ont permis de mieux apprécier les avantages de la viande dans le régime du nourrisson.



Le nom
le plus réputé
en boucherie-
charcuterie.



COMPLAMIN[®]



- *Troubles circulatoires artériovoineux.*
- *Apoplexie.*
- *Syndrome athérosclérotique.*
- *Thromboses.*
- *Sclérose cérébrale.*

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

Comprimés et ampoules.

Bibliographie et matériel pour évaluation clinique sur demande.

Concessionnaire et Distributeurs:

LABORATOIRE OCTO LIMITÉE, MONTRÉAL, P.Q.
ELLIOTT-MARION COMPAGNIE LTÉE, MONTRÉAL, P.Q.

Après entente avec JOHANN A. WÜLFING, Düsseldorf.

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 demandes d'admission aux examens de 1965 doivent être soumises avant le 30 avril 1965.

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

INSTITUT DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALES

Université de Montréal

demande

Deux associés et trois assistants

pour un travail de

RECHERCHES SUR LE STRESS ET LE VIEILLISSEMENT

Les candidats doivent posséder une formation en médecine expérimentale ou en morphologie.

Les salaires varient entre

\$12 - 15,000 — pour les associés et

\$ 6 - 8,000 — pour les assistants, suivant

leurs qualifications. Les candidats doivent

écrire au Prof. H. Selye, à l'adresse mention-

née plus haut.

R O F I L I N E

HYPOTENSEUR - SÉDATIF - TRANQUILLISANT

Comprimé sécable à base de RESERPINE et DE * SOMENAL

* Somenal: Composé de Buthétal à effet rapide et peu prolongé, et de Phénobarbital à effet lent et plus durable.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

B E T A G E N E

FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs : BETAGENE — BETAGENE ET B¹²

comprimés : BETAGENE SUPER

injectables : BETAGENE (10cc.) — BETAGENE ET B¹² (10cc.)

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott Laboratoires Limitée (Desbutal)	18	Lederle Laboratories (Declomycin) ...	Quatrième page de la couv.
Ames Co. of Canada Ltd. (Hema-Combistix)	24	Lilly, Eli and Company (Canada) Ltd. (Ilosone)	21
Ames Co. of Canada Ltd. (Dextrostix)	35-36	Lilly, Eli and Company (Canada) Ltd. (Darvon)	75
Arlington-Funk Laboratories (Nilatil)	26	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Hydropes)	11
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Jectofer)	44	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Cogentin)	29
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Prémairine—Penbritine) 9-10		Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Aldoril)	33
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Synthroid)	28	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Lyovac Rubéovax) 49	
Boehringer Ingelheim (Dulcolax)	13	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Triavil)	67-68
Boehringer Ingelheim (Persantine)	19	Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Hydrodiuril)	79
Boehringer Ingelheim (Préludine)	39	Merrell Co., Wm. S. (Bendectin — Kolantyl)	32
Bristol Laboratories of Canada Limited (Ampicine)	27	Millet, Roux & Cie, Ltée (Centre d'équipement)	2
Bristol Laboratories of Canada Limited (Prostaphline)	41	Ministère de la Santé du Québec (Hygiène industrielle)	63
Bristol Laboratories of Canada Limited (Azotrex)	47	Octo Laboratoires Limitée (Complamin)	81
British Drug Houses (PGA)	4	Parke-Davies & Co. Ltd. (Mylanta)	43
Calmic Limited (Polybactrin)	84	Pfizer Cie Limitée (Atarax)	42
Canada Drug Ltée (Bétogène)	82	Pitman-Moore Division Dow Chemical of Canada Limited (Orifer)	71
Canada Drug Ltée (Rofiline)	82	Poulenc Limitée (Nozinan)	3
Canada Drug Ltée (Paveral)	83	Poulenc Limitée (Panectyl)	7
Ciba Limitée (Ritaline)	52	Poulenc Limitée (Largactil Spansule)	61
Ciba Limitée (Ser — AP-ES)	Deuxième page de la couv.	Robins Co. (Canada) Ltd., A. H. (Donnazyme)	15
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens)	82	Rougier Inc. (Prosedyl)	Première page de la couv.
Crookes-Barnes Canada, Ltd. (Argyrol S.S.)	6	Sandoz Pharmaceuticals (Bellergal)	38
Eddé, J. Limitée (Artichobyl)	34	Schering Corporation Ltd. (Celestone)	12
Endo Drugs (Canada) Ltd. (Percodan)	40	Schering Corporation Ltd. (Coricidin)	16
Frosst, Chas. E. & Co. (Falapen)	5	Schering Corporation Ltd. (Etrafon-D)	20
Frosst, Chas. E. & Co. (Pamovin)	17	Searle, G. D. & Co. of Canada Ltd. (Aldactazide-A)	69
Frosst, Chas. E. & Co. (Céfracycline)	37	Sherman Laboratories Ltd. (Persistin)	77
Geigy Pharmaceuticals (Hygroton)	25	Smith, Kline & French (Eskatrol Spansule)	31
Geigy Pharmaceuticals (Butazolidine)	45	Squibb E. R. & Sons (Moditen)	30
Herd & Charton Inc. (Camirol)	55	Swift's Canadian (Rapport Clinique)	80
Herd & Charton Inc. (Sulfarlem Choline)	57	Upjohn Company of Canada (Albamycin T — Adeflor) ... 53-54	
Herd & Charton Inc. (Marro-Dausse)	59	Upjohn Company of Canada (Lincocin)	65
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Paragon-Reverin) 22-23		Upjohn Company of Canada (Cheracol)	78
Hoffmann-LaRoche Limitée (Nodular)	46	Warner-Chilcott Laboratories (Peritrate)	51
Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales	82	Welcker & Cie Limitée (Sorbilande I.V.)	14
Laurentian Agencies Limited (Mazon)	48	Winthrop Laboratories (Winstrol)	50
Lederle Laboratories (Varidase)	1	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Promatussin)	Troisième page de la couv.
Lederle Laboratories (Aquamox)	73		

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journallement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

Littérature sur demande.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

*Récentes
* Constatations*



POLYBACTRIN

POUDRE ANTIBIOTIQUE AEROSOL

DANS LA MAITRISE DES BRULURES

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

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

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

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

FORMULE:

Contenu de poudre 1.5 Gm.

Chaque gramme contient:

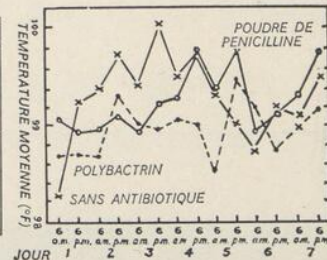
- Sulfate de Néomycine (comme base) 330 mg.
- Polymyxine "B" (comme sulfate) 100,000 unités
- Zinc bacitracine 25,000 unités

STÉRILE

Compression avec poussée par Chlorofluorohydro-carbone inerte

CONTENU NET 110 Gm.

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



SIGNIFICATION DES ESSAIS (Comparaison et contrôle)

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

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

Lancet, II, v38, 1962.



CALMIC

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



PROMATUSSIN*

pédiatrique

Chlorhydrate de prométhazine avec bromhydrate de dextrométhorphan et chlorhydrate de phényléphrine

- décongestif
- béchique
- antihistaminique
- expectorant
- sédatif
- anesthésique local

agit comme la codéine sans en présenter les effets secondaires désagréables

POSOLOGIE: *Enfants de moins de 4 ans:* ½ cuillerée à thé toutes les 4 à 6 heures;
enfants de plus de 4 ans: 1 cuillerée à thé toutes les 4 à 6 heures.

Attention: De la somnolence peut se manifester chez certains sujets.

Présentation: En flacons de 4 onces liquides et de ½ gallon Imp.

Autre présentation: PROMATUSSIN Expectorant

*Marque déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LTD., WINDSOR, ONTARIO

EFFICACE LORSQU' EMPLOYÉE

seule

LE MEILLEUR



Son efficacité lorsqu'employée seule est établie.
Supprime le risque que comportent les doses
fixes imposées par une association.

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montreal*

DENTIÈREMENT CANADIENNE
DECLOMYCINE
Déclomycine, Déméthylchlorotétracycline Lederle

® Marque déposée



Les antibiotiques Lederle Auréomycine, Achromycine et Déclomycine sont les seules tétracyclines fabriquées entièrement au Canada.