

Fondée à Québec en 1902

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

27^e CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.
QUÉBEC
les 23, 24, 25, 26 septembre 1957

L'Union Médicale du Canada

1872 - 1957

BULLETIN

André BARBEAU	
Un mot d'ordre	825
Roma AMYOT	
En marge d'un mot d'ordre	828

27 ^e Congrès — Association des Médecins de Langue Française du Canada	831
---	-----

• • •

C. LEPINE, M.-J. LABERGE et F. GREGOIRE	
La sarcoïdose pulmonaire — Etudes physio-pathologiques	833
Roger DUFRESNE, Jacques BAILLARGEON et Louis-Philippe LEJEUNE	
Les cancers du pancréas	840
François BISSON	
La psychothérapie	845
Alcide PILON	
Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques	848
Léo-Paul FERRON	
Les praticiens au service des malades mentaux	850
Yvan LEGER	
Les thérapies de chocs	855
Gérard BEAUDOIN	
La psycho-pharmacologie	858
Victorin VOYER, Roger RACINE et Monique WATERKEYN	
Insulinothérapie avec alidase en plusieurs injections ..	861

RECUEIL DE FAITS

Roland GUY, Raymond LANGEVIN, Odilon RAYMOND et Guy MARTINEAU	
Kyste osseux anévrysmal d'une phalange	866

ÉDITORIAL

Edouard DESJARDINS	
Le contrôle peropératoire des voies biliaires par la radioscopie télévisée	870

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Adéard GROULX	
Les vacances et la santé — Conseils généraux	872
Santé mentale — Le drame des enfants seuls	875

VARIÉTÉS

Paul DAVID	
Les progrès de la médecine et ses conséquences	878
Edouard DESJARDINS	
Devoirs du médecin envers ses confrères	887
ANALYSES	894
SOCIÉTÉS	898
NECROLOGIE	901
NOUVELLES	902
REVUE DES LIVRES	910
COMMUNIQUES	920
"L'Union Médicale du Canada" en 1888	924
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	926

Universellement reconnue...

COLCHICINE HOUDÉ

"La colchicine par voie buccale demeure le traitement classique de l'arthrite
goutteuse aiguë."*

Pour usage intraveineux...

COLCHINÉOS

"La colchicine intraveineuse mérite un champ d'applications plus étendu
lorsqu'on veut obtenir un effet plus rapide et dans les cas d'intolérance
gastro-intestinale."*

*Wallace Craham and James B. Roberts: "Intravenous Colchicine in
the management of gouty arthritis." Annals of the Rheumatic
Diseases, Vol. 12, No. March, 1953.



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

Lorsque l'obésité est
l'expression physique d'un état de malaise psychique et affectif...

Le 'Dexamyl' s'avère précieux pour traiter l'obèse qui a tendance à "combler sa carence affective" par un régime excessivement riche. Le 'Dexamyl'—association équilibrée de Dexedrine* et d'amobarbital—réduit l'appétit et diminue la tension affective qui est à l'origine des excès alimentaires et de l'obésité qui s'ensuit.

DEXAMYL *

comprimés

capsules Spansule*



pour contrôler les facteurs qui causent les excès alimentaires

Chaque comprimé de 'Dexamyl' est dosé à:
'Dexedrine' (sulfate d'amphétamine dextrogyre, S.K.F.), 5 mg.,
et amobarbital, 32 mg.

Capsules 'Dexamyl Spansule':

La capsule No. 1 équivaut à deux comprimés; la capsule No. 2
équivaut à trois comprimés.



SMITH KLINE & FRENCH • Montréal 9

711F

*Marque déposée au Canada

BULLETIN

UN MOT D'ORDRE

Pourquoi faut-il qu'éternellement le cri de lutte pour la survivance soit le ralliement des Canadiens français, la seule force qui fasse revivre nos espérances? Pourquoi une race entière doit-elle se nourrir de déjà fait et vivre dans le passé? Pourquoi l'individualisme qui nous caractérise se cache-t-il derrière les remparts du négativisme, constamment du côté de la défensive ?

Cette attitude, elle s'est enracinée chez les nôtres et jour après jour elle retarde notre évolution. Un peuple cesse de progresser le jour où il décide de vivre de souvenirs, et c'est ce qui se passe dans la profession médicale canadienne-française. Contents du peu que nous avons, et surtout craintifs d'attirer le rire et le sarcasme des plus doués, nous cachons notre ignorance derrière la fortification de la sauvegarde.

Faut-il des exemples ? Dans une même ville, des hôpitaux voisins rivalisent dans une guerre sourde, alors qu'ils poursuivent évidemment le même but charitable. Dans un même hôpital, des chefs de service refusent de montrer à leurs confrères leurs cas intéressants de peur de « se les faire voler » ! Dans un même département, une rivalité malsaine brise l'harmonie et empêche la collaboration. En faut-il plus pour se convaincre que chez nous l'individualisme règne en maître?

Quand le Canadien français comprendra-t-il que s'il veut attirer le respect et même l'admiration, ce n'est pas en étalant son passé, mais en prouvant qu'à tous les niveaux il est l'égal de l'étranger. Et même si individuellement les nôtres sont aussi intelligents, aussi créateurs, que les voisins, ce n'est que par l'entraide, le travail de groupe, que nous allons le prouver, et non par des éclats isolés.

Pour changer cet état de chose, deux solutions sont possibles: la lutte ouverte contre les institutions presque centenaires afin de tout bouleverser, ou la création d'une nouvelle attitude dans un milieu plus malléable, et l'espoir que l'exemple fera le reste.

Tel est le problème qui, dès le début, a confronté les fondateurs de l'Association des Internes de Montréal, ce nouveau groupement de près de 300 médecins qu'on connaît déjà par son activité. La

première solution, peut-être celle à laquelle on est le plus enclin quand tout va mal, et certainement la plus facile, est vouée d'avance aux plus cruels désappointements.

Il est inutile de demander à un médecin qui toute sa vie a adopté une attitude négative, qui a toujours refusé les innovations par crainte des échecs et qui, dans son isolement forcé, a gardé la plus parfaite médiocrité, de créer du jour au lendemain un esprit scientifique et progressif, d'aider les jeunes et de sacrifier un peu de sa chère fortune dans des placements à longue échéance. Combien inutile il serait de tenter de déplacer ces parasites égoïstes de la profession, qui par un geste peuvent ruiner nos plus chères espérances.

Il est beaucoup plus sage de créer, dans un monde neuf, un nouvel esprit et d'espérer ensuite vaincre par l'exemple. L'Association a donc, dès sa fondation, abandonné toute idée de lutte négative et de défense. Elle refuse en partant l'objection de principe et accepte l'idée que tout ce qui est bien est possible à qui le veut.

Les internes et résidents qui vont adhérer au groupement, le feront tous conscients qu'ils s'engagent à un devoir beaucoup plus impérieux que la sauvegarde des droits, celui de créer un esprit scientifique de collaboration amicale dans un milieu progressif. Et le milieu, ils le formeront eux-mêmes.

Si on ne veut pas s'occuper de nos problèmes, pourquoi se plaindre et récriminer? Il n'y a désormais qu'une solution: assumer soi-même la tâche de rénover. Ce sera un surcroît de travail, parfois épuisant, souvent déprimant, mais qui seul pourra porter fruit. Le mot d'ordre est lancé: nous ne ferons aucune lutte aux institutions ou aux coutumes qui retardent l'épanouissement de notre véritable essor scientifique, nous les négligerons et créerons de toute pièce des organismes effectifs qui n'auront qu'un but: le progrès scientifique par la collaboration dans le monde médical canadien-français, et en fin de compte, nous aurons vaincu par la honte!

D'aucuns diront qu'un tel programme est utopique, et certainement prétentieux, chez un groupe de jeunes. A ceux-là nous répondrons que s'ils le pensent, il est déjà trop tard pour qu'ils collaborent. L'avenir est aux jeunes et il ne faut pas attendre à 50 ans pour commencer à accomplir des œuvres dignes de notre

mission. A cet âge, si le monde n'est pas forme, les efforts nouveaux deviennent vite épuisants.

D'autres penseront que nous sommes pessimistes à outrance sur l'état réel de notre médecine. Nous aimerions pouvoir dire que nous errons et que seul l'enthousiasme de la jeunesse fausse notre perspective. Si tel est le cas, le succès de nos efforts sera assuré, car ils tomberont en sol fertile, et il n'y a donc aucune raison de réfréner nos activités. Sinon on devra reconnaître que notre geste s'impose.

Corrigeons tout de suite une fausse interprétation: nous n'avons nullement l'intention de combattre l'autorité de l'âge en prétendant le salut par la jeunesse. Nous n'attaquons que la vieillesse d'esprit, celle qui a cessé de regarder par en avant pour ne vivre que d'images passées. Nous reconnaissons l'appui moral, l'exemple même, que plusieurs de nos aînés ont bien voulu démontrer et leur en sommes reconnaissants.

Voilà donc le mot d'ordre qui devra animer les membres de la nouvelle Association: *agir*, et ceci sur le plan individuel comme collectif. Agir en pensant positivement au lieu du négativisme coutumier, agir en oubliant les préjugés et la routine et en acceptant que tout confrère, quel qu'il soit, peut nous apprendre quelque chose, peu importe l'institution où il est et, surtout, peu importe son âge! Agir enfin en collaborant au même idéal.

L'Association ne saura accomplir son but que par l'action désintéressée dans les conditions les plus favorables qu'il nous soit permis d'attendre, et c'est pourquoi, d'ici quelques années, nous espérons avoir un groupe de médecins, unis, intéressés dans la recherche, participant activement à des cours post-gradués, ne craignant pas d'afficher des idées neuves et de les discuter ouvertement, et surtout prêts à s'entraider, au lieu d'annihiler mutuellement leurs efforts respectifs. Et si les organismes existants ne veulent pas nous aider, nous en formerons de nouveaux. S'ils réalisent la force que nous représentons et font preuve d'une bonne volonté, nous serons leurs sujets les plus loyaux et leur meilleure propagande, car envers et contre tous, nous *agissons...* et il est toujours plus facile de collaborer que de combattre.

André BARBEAU.

EN MARGE D'UN MOT D'ORDRE

Je me permettrai quelques commentaires à ces propositions qui formulent un projet d'organisation de nos jeunes médecins en vue de créer un climat de progrès au sein de notre groupe médical.

Le ton est presque celui d'un manifeste.

Il convient bien à l'élan de jeunes énergies, au dynamisme de ceux qui possèdent du cran et de l'élan.

Il va sans dire qu'un tel programme ayant dépassé le stade de coopération et de ralliement et ayant versé dans l'action réelle et productive, ne peut qu'encourir la sympathique et même l'enthousiaste assistance des aînés comme des plus jeunes.

Ces élans, ces sursauts de réaction au plat statu quo sont précieux et ils ne peuvent venir que de nos collègues qui doivent façonner l'avenir de notre médecine d'expression française. Ces jeunes collègues requièrent l'appui de leurs aînés, ils déplorent qu'ils ne l'obtiennent pas toujours, que ce soit par indifférence, par intérêt personnel ou encore souci de conserver une prébende qui n'a d'ailleurs aucun caractère ecclésiastique.

En effet, il y aura toujours des jeunes-vieux, mais heureusement aussi des vieux-jeunes et c'est de ceux-ci que viendra l'assistance requise.

Que l'œuvre soit constructive, qu'on ne perde pas un temps précieux à déplorer les situations intolérables ou des contacts interpersonnels agaçants et pénibles. Que l'on s'organise, qu'on travaille surtout, qu'on se stimule mutuellement au travail, en solidarité, sans blâmer ni dénigrer. Voilà, certes, un programme fructueux.

En somme, le contenu et le fonds de ces propos ne peuvent que soulever des approbations et des félicitations.

Mais une phrase du début de ces remarques m'a fait « tiquer ». La voici: « Pourquoi l'individualisme qui nous caractérise se cache-t-il derrière les remparts du négativisme, constamment du côté de la défensive. »

C'est bien le mot « défensive » qui m'arrête. Il peut avoir une signification multiple.

Dans mon esprit, il en est une qui est inéluctable à notre situation de Canadiens de langue française sur ce continent, que ce soit en médecine comme dans toute autre sphère d'activités humaines. Et si on voulait jouer sur les mots, on pourrait affirmer que la défensive est une réaction psychologique normale, d'action incessante. On se défend à tous les instants de son existence contre quelque chose ou quelqu'un, j'irais jusqu'à dire contre soi-même. Et Selye ajouterait que l'on est sans cesse l'objet d'agressions de toute nature.

Mais passons plutôt du secteur individuel à celui de notre groupe ethnique.

Nous avons toujours été sur la défensive, parfois contre une agression intentionnelle et organisée, maintenant contre une masse continentale d'individus qui n'ont ni notre langue ni notre mentalité, contre une force formidable d'argent et de prestige technique qui envoûte les jeunes esprits.

En somme, si aujourd'hui de jeunes médecins pensent créer une école qui réponde à leur fierté et à leur légitime ambition de se faire valoir, c'est bien parce que ceux qui les ont précédés ont érigé une défensive efficace.

Elle leur a sauvegardé une individualité de groupe qu'ils désirent, à bon droit, faire monter dans la hiérarchie des valeurs humaines. Car je ne doute pas un instant que c'est bien une école médicale canadienne d'expression française qu'ils veulent étayer de leur valeur et de leur énergique entreprise. Autrement, à quoi servirait ce mouvement d'ensemble qu'ils veulent progressif, et distinctif sans doute. Autrement, on n'aurait qu'à se fondre individuellement dans les centres prestigieux universitaires et hospitaliers américains et anglo-canadiens.

Qu'on aille de l'avant, bien entendu, mais qu'on protège l'arrière en bonne stratégie.

La défensive conseillée doit être de prudence, de prévoyance et de clairvoyance. Cette attitude, libérée de méfiance, d'antagonisme et de recul craintif, ne peut empêcher d'avancer ni d'atteindre une maturité ardemment désirée.

Elle pourra prévenir une assimilation lente, d'installation sournoise et imperceptible, non intentionnelle, ni conquérante, mais pas moins dangereusement opérante.

Une fierté raisonnable, qui n'a rien de mégalomane, exige qu'on grandisse tout en gardant sa personnalité foncière et son équilibre psycho-physiologique.

Messieurs, vous aurez toujours le soutien et la collaboration de ce journal. Il a été fondé il y a 86 ans pour promouvoir notre médecine. Il reste jeune d'esprit et il poursuit avec fidélité le même but. Il ne peut s'abstenir d'épauler un mouvement comme celui de jeunes médecins qui veulent agir pour le progrès collectif.

Roma AMYOT.

27^e CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Conférences par les délégués de France:

Mardi, 24 septembre dans l'après-midi.

M. le docteur Pierre Deniker, Paris.

« Les chimiothérapies en psychiatrie ».

Mercredi, 25 septembre dans l'avant-midi.

M. le professeur Gaudart d'Allaines, Paris.

« Résultats du traitement chirurgical du rétrécissement mitral ».

Jeudi, 26 septembre dans l'après-midi.

M. le professeur Pierre Delore, Lyon.

« Considérations pratiques sur l'alcoolisme et son traitement: l'expérience d'un centre de désintoxication et d'éducation sanitaire ».

Séances du Conseil de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada:

Lundi, 23 septembre à 10 heures a.m.

Mardi, 24 septembre à 10 heures a.m.

Jeudi, 26 septembre à 10 heures a.m.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Lundi, 23 septembre:

Après-midi

1.—*Symposium du diabète.*

Président: Docteur Armand Gratton.

Quatre travaux de 15 minutes chacun par les docteurs Gratton, Robillard, Pouliot et Larochelle, suivis d'une discussion sur la médication orale dans le diabète.

2.—*La Société Médicale des Hôpitaux Universitaire de Laval célèbre, sous la présidence du Professeur Maurice Giroux, son 25^e anniversaire de fondation et invite les médecins à une visite dirigée des laboratoires de la Faculté et de l'exposition monumentale qui sert à mettre en relief l'inauguration du nouveau pavillon de la Faculté dans la Cité Universitaire.*

Mardi, 24 septembre:*Avant-midi*1.—*Séance plénière.*

Présidents: MM. les docteurs Louis-Joseph Gobeil (Chicoutimi), Jean-Marie Laframboise (Ottawa) et René-L. Duberger (Sherbrooke).

2.—*Les antibiotiques.*

Président: M. le docteur Richard Lessard.

*Après-midi**La Psychiatrie.*

Président d'honneur: M. le docteur Pierre Deniker, Paris.

Présidents: MM. les docteurs Charles-Auguste Gauthier (Québec), Gaston Loignon (Montréal).

Mercredi, 25 septembre:*Avant-midi*1.—*Séance plénière.*

Présidents: MM. les docteurs A.-A. Mignault (Sherbrooke), J.-Avila Denoncourt (Trois-Rivières) et Georges Dumont (Campbellton, N.B.)

2.—*Les Radio-Isotopes.*

Présidents: MM. les docteurs Mathieu Samson (Québec) et Origène Dufresne (Montréal).

*Après-midi**La médecine Expérimentale à Québec.*

Animateur: M. le docteur Jacques Turcot (Québec).

Jeudi, 26 septembre:*Avant-midi*1.—*Séance plénière.*

Présidents: MM. les docteurs Herman Gauthier (Mont-Joli), David Beaulieu (Gaspé) et Clément Parrot (Abitibi).

2.—*L'Hématologie.*

Présidents d'honneur: MM. les docteurs Joseph-Luc Riopelle (Montréal) et Sylvio Leblond (Chicoutimi).

Président: M. le docteur Eustace Morin (Québec).

*Après-midi**L'Alcoolisme.*

Présidents: MM. les docteurs Adélar Groulx (Montréal), Sylvio Caron (Québec).

LA SARCOÏDOSE PULMONAIRE¹

ÉTUDES PHYSIO-PATHOLOGIQUES

C. LÉPINE², M.-J. LABERGE et F. GRÉGOIRE,

Département de physiologie cardio-pulmonaire,
Institut Lavoisier, Hôpital Saint-Joseph de Rosemont (Montréal).

INTRODUCTION

La maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, mieux connue sous le nom de sarcoïdose, est une maladie granulomateuse et fibrosante. Quand elle atteint le poumon, elle siège surtout au niveau des parois alvéolaires (1). Son envahissement parenchymateux peut être limité et demeurer alors asymptomatique, ou bien atteindre des zones péribronchiques et périvasculaires étendues et donner lieu à des troubles fonctionnels importants.

Etant donné le nombre restreint de chercheurs qui ont étudié cette maladie au point de vue physio-pathologique nous avons cru que la présentation de nos observations était justifiée.

Coates et Comroe (2) étudièrent 5 cas de sarcoïdose à forme diffuse. Ils notèrent chez tous leurs malades une augmentation du volume résiduel et du rapport $\frac{\text{Volume résiduel}}{\text{Capacité totale}}$ %, de même qu'une diminution de la capacité respiratoire maxima et des troubles de distribution aérique sans perturbation des échanges gazeux au niveau des alvéoles. Williams (3), qui observa six malades, fit des constatations différentes et trouva des anomalies importantes chez deux malades seulement. Baldwin, Cournand et Richards (4) rapportèrent 5 cas où les troubles dominants consistaient en une diminution des volumes pulmonaires, et d'une réduction inconstante de la ventilation maxima volon-

taire s'accompagnant d'une hyperventilation constante à l'effort. R. Riley, M. Riley et H. Hill (5) observèrent chez 3 malades le syndrome décrit par Austrian et ses collaborateurs (6) sous le nom de bloc alvéolo-capillaire. A ce syndrome s'ajoutait une insuffisance ventilatoire se traduisant par une diminution de la capacité vitale dans les 3 cas et d'une diminution de la ventilation maxima volontaire dans un cas. L'administration d'A.C.T.H. améliora temporairement la ventilation mais non la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire pour l'oxygène. Finalement, McClément et ses collaborateurs (7) ont de leur côté observé 10 malades. Leurs études leur ont permis d'isoler trois variations essentielles de la maladie qui se caractérisaient ainsi: 1re classe, par une diminution des volumes pulmonaires et une légère hyperventilation; 2e classe, par une diminution des volumes pulmonaires à laquelle s'ajoutait une perturbation des échanges gazeux alvéolo-capillaires; 3e classe, par une insuffisance ventilatoire et alvéolo-capillaire compatible avec de l'emphysème pulmonaire. Ces auteurs notèrent une hypertension artérielle pulmonaire chez des malades de toutes les classes; cette hypertension semblait s'accroître avec la gravité du tableau fonctionnel.

BUT DE CE TRAVAIL

Le but de notre travail est d'étudier 5 cas de sarcoïdose pulmonaire au moyen des techniques utilisées par les différents auteurs cités plus haut et de comparer les résultats aux chiffres moyens obtenus dans 11 cas de fibrose pulmonaire diffuse d'étiologie différente. Chez 3 malades les observations furent faites avant et après l'administration d'A.C.T.H.

1. Ce travail fait partie d'un programme de recherches sur les variations physio-pathologiques de la fibrose pulmonaire et fut réalisé grâce à un octroi du Ministère Fédéral de la Santé, d'après l'entente fédérale-provinciale.

2. Communication faite à une réunion de la Société de Phtisiologie et de Pneumologie de Montréal, le 22 février 1957.

Il va sans dire que les épreuves fonctionnelles cardio-pulmonaires ne sont d'aucun secours quand il s'agit de poser avec précision le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire. Leur objectif essentiel se limite à rechercher la silhouette fonctionnelle, à cataloguer dans leur classification physiologique les malades à l'étude, à suivre leur évolution et à établir leur pronostic par des méthodes précises.

Cas 4- Palpitations, lipothymie, dyspnée d'effort. Radio pulmonaire: adénopathie hilare; infiltration nodulaire bilatérale, plus importante à droite qu'à gauche.

Cas 5- Sensations de pression précordiale, dyspnée d'effort. Lésion papillomateuse sur la cloison du nez. Radio pulmonaire: infiltration micronodulaire bilatérale s'accompagnant de petites bulles d'emphysème.

Figure 1

Caractéristiques physiques chez 5 malades atteints de sarcoïdose pulmonaire.

<i>Patients</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Taille pouces</i>	<i>Surface corpo- relle — mètres carrés</i>	<i>Durée approxi- mative de la maladie — mois</i>
1. M.R.	M	25	68	1.72	3
2. S.S.E.	F	32	62	1.35	14
3. L.B.	M	50	67	1.97	25
4. J.G.	F	25	62	1.30	8
5. L.B.	M	41	69	1.79	50

MATÉRIEL D'ÉTUDE

La figure I fait voir les caractéristiques physiques des 5 malades étudiés de même que la durée approximative de leur maladie. Dans chaque cas, le diagnostic avait été posé de façon certaine par une biopsie, soit ganglionnaire ou pulmonaire. Les symptômes dominants et les principaux renseignements radiologiques furent les suivants:

Cas 1- Douleur rétrosternale, dyspnée d'effort. Radio pulmonaire: piqueté opaque couvrant les 2 plages pulmonaires.

Cas 2- Asthénie, dyspnée d'effort. Adénopathie axillaire gauche. Radio pulmonaire: Trainées et piqueté opaques couvrant les 2 plages pulmonaires à point de départ hilare.

Cas 3- Asthénie, dyspnée d'effort. Radio pulmonaire: nombreuses trainées opaques couvrant presque toutes les deux plages pulmonaires, faisant croire à un processus infectieux aigu.

MÉTHODES D'ÉTUDE

Les méthodes d'exploration de la fonction cardio-pulmonaire employées couramment dans notre laboratoire furent utilisées pour ce travail.

1. Le volume pulmonaire et ses subdivisions. Cette méthode nous renseigne a) sur la capacité totale, qui est le plus grand volume d'air pouvant être contenu dans les poumons. b) sur la capacité vitale c'est-à-dire la plus grande quantité d'air pouvant être inspiré à la fin d'une expiration forcée. Elle indique donc les réserves d'air disponibles pour les situations d'urgence (v.g. effort, ascension d'un escalier, etc.) pour assurer des échanges gazeux normaux. c) sur la capacité résiduelle fonctionnelle, c'est-à-dire la quantité d'air qui reste dans les poumons à la fin d'une expiration normale et qui participe directement aux échanges gazeux, d'où son nom de fonctionnelle. d) sur le volume résiduel, c'est-

à-dire la quantité d'air encore présente dans le poumon après que celui-ci ait tenté de se vider lors d'une expiration forcée. Le rapport VR/CT % peut indiquer le degré d'emphyseme présent.

2. Ventilation maxima volontaire ou capacité respiratoire maxima. Cette épreuve consiste à demander au malade de respirer le plus vite possible pendant 15 ou 30 secondes, et à mesurer ainsi le débit expiratoire par minute. Quatre facteurs peuvent en affecter le résultat: a) l'état des muscles respiratoires; b) la capacité du thorax et des poumons d'accueillir le volume d'air respiré; c) le degré de perméabilité bronchique et d) la résistance tissulaire. Le résultat nous renseigne sur la valeur maxima de la ventilation et sur les possibilités d'utilisation de la capacité vitale.

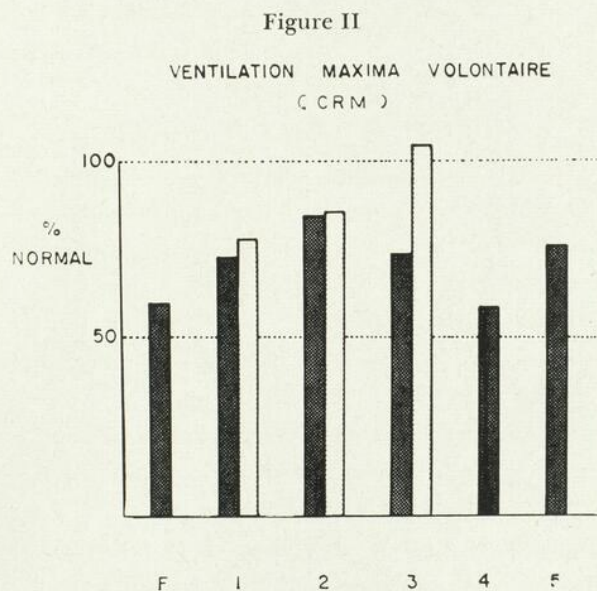
3. La mesure de la ventilation basale. Elle renseigne sur la valeur minima de la ventilation mesurée dans les conditions du métabolisme de base, c'est-à-dire au repos musculaire, digestif et thermique. Elle nous dit, comment le malade, sous l'action de divers stimuli et d'une façon inconsciente, ajuste sa respiration pour maintenir des échanges gazeux normaux, dans les conditions de base précitées. Les échanges gazeux seront étudiés au moyen de la saturation artérielle, de la tension du CO₂ artériel au repos et à l'effort. Pour simplifier la présentation de ce travail, nous négligerons de parler de la consommation d'oxygène, de l'équivalent ventilatoire d'oxygène, du quotient respiratoire, du pourcentage de l'espace mort, des contenus en CO₂ et de la différentielle alvéolo-capillaire pour l'oxygène qui ont cependant été mesurés chez tous les patients.

4. Trois malades ont été soumis, en plus de tous ces examens, à une étude visant à mesurer le degré de perméabilité de la membrane pulmonaire pour l'oxygène selon la technique de Riley et Cournand (8). Le terme « membrane pulmonaire » implique toutes les structures qui s'interposent entre l'air contenu dans les alvéoles et les globules rouges du sang contenu dans les capillaires pulmonaires.

5. Les malades 3 et 4 ont subi en outre un examen de leur circulation pulmonaire au moyen du cathétérisme cardiaque, selon la technique de Cournand (9). La quantité de sang qui coule dans l'artère pulmonaire à chaque minute a pu être ainsi mesurée, par l'application du principe de Fick, de même que le régime des pressions et des résistances vasculaires auquel ce circuit est soumis. Pour l'étude de la ventilation basale, des échanges gazeux, du coefficient de diffusion pour l'oxygène et de la circulation pulmonaire, les malades furent à jeun et conduits sur civière jusqu'au lieu de l'examen, pendant lequel tout fut mis en œuvre pour conserver l'état de base et de stabilité cardio-pulmonaire.

RÉSULTATS

La figure II fait voir les variations de la ventilation maxima volontaire (ou capacité respiratoire maxima comme nous la désignons dans notre laboratoire). Les chiffres présentés expriment le pourcentage de variation par



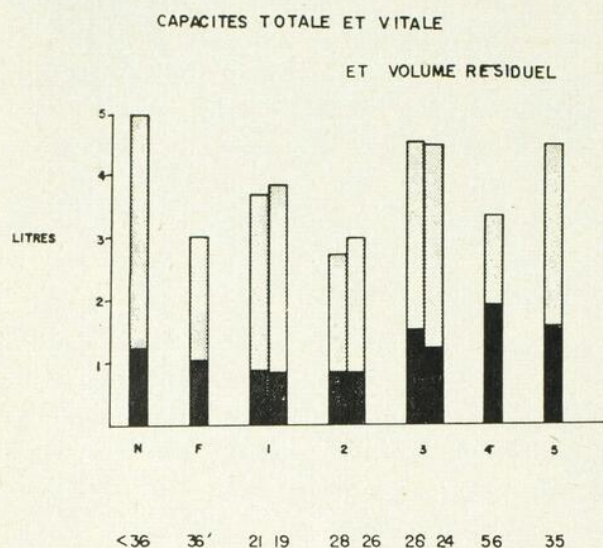
Légende: C.R.M. = capacité respiratoire maxima. F = fibrose pulmonaire diffuse non sarcoïdotique. Colonnes noires: résultats avant le traitement. Colonnes blanches: résultats après le traitement.

rapport à la normale et sont comparés à la moyenne des résultats obtenus dans 11 cas de fibrose pulmonaire diffuse non sarcoïdotique.

Des malades 1, 2 et 3 chez qui l'effet de l'A.C.T.H. a pu être observé, seul le malade 3 montra une amélioration importante.

La figure III montre les mêmes études comparatives, relativement cette fois aux variations des volumes pulmonaires. Les chiffres

Figure III
SARCOÏDOSE



Légende: N = normal; F = fibrose pulmonaire diffuse non sarcoïdotique. Chez les malades 1, 2 et 3, les deux colonnes juxtaposées représentent les résultats obtenus avant et après le traitement. Les chiffres du bas indiquent le rapport $\frac{\text{volume résiduel}}{\text{capacité totale}}$ en %.

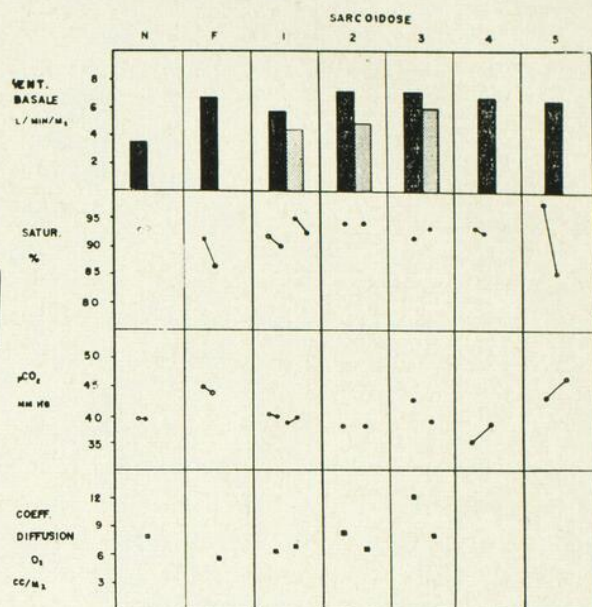
(Voir le texte).

sont ici exprimés en valeurs absolues. On peut constater une diminution notable de la capacité pulmonaire totale chez les malades 1, 2 et 3, à peu près comparable à la diminution moyenne produite dans la fibrose non sarcoïdotique. Cette diminution est surtout imputable à une amputation de la capacité vitale. Les malades 3 et 5 ont des capacités totale et vitale presque normale. Seul le volume résiduel a des tendances à augmenter chez le malade 5. Un seul malade, le No 4, a un volume résiduel et un rapport Volume résiduel/Capacité totale % franchement augmentés. L'A.C.T.H. eut peu d'effet à ces divers points de vue, chez les 3 malades traités.

La figure IV nous renseigne sur le comportement de la ventilation basale, de la saturation

en oxyhémoglobine et de la tension du CO_2 dans le sang artériel, et du coefficient de diffusion pour l'oxygène. On peut se rendre compte, que la sarcoïdose pulmonaire produit de l'hyperventilation comme les autres formes de fibrose pulmonaire diffuse. L'A.C.T.H. pro-

Figure IV



Etudes de la ventilation basale au repos; de la saturation en oxyhémoglobine, du pCO_2 artériel au repos et à l'effort, et du coefficient de diffusion pour l'oxygène. — Légende: Colonnes noires = malades non traités. Colonnes blanches = malades traités. (Voir le texte).

voqua chez chacun des 3 malades traités une diminution de cette hyperventilation.

La saturation en oxyhémoglobine est normale au repos dans tous les cas. Elle s'abaisse chez certains malades à l'effort et ne montre aucune amélioration tangible chez les malades traités.

La tension partielle du CO_2 dans le sang artériel est dans les limites de la normale au repos et à l'effort chez tous les malades et ne varie pas avec l'administration d'A.C.T.H. Deux malades, les Nos 4 et 5, et surtout le No 5, manifestent quelque tendance à retenir dans leur sang artériel le CO_2 . Pour ce qui est enfin de la perméabilité de la membrane pulmonaire mesurée par l'étude du coefficient de diffusion pour l'oxygène, on voit qu'elle

est diminuée dans 2 cas sur 3, et que l'administration d'A.C.T.H. n'a pas de très heureux effets à ce point de vue. On remarque même un malade, le No 3, chez qui le coefficient de diffusion subit une baisse après le traitement.

on a pu observer une réduction des capacités totale et vitale, une hyperventilation à l'état de base, une certaine perturbation des échanges gazeux au niveau du carrefour alvéolo-capillaire, et une insuffisance de la mécanique de la respiration. Les lésions rencontrées

Figure V

Etudes de l'hémodynamique pulmonaire dans deux cas de sarcoïdose.

	Normal	3. L.B.		4 J.G.	
	Repos	Repos	Effort	Repos	Effort
Consomm. O ₂ cc/min./m ²	135	170	374	156	423
Débit cardiaque l/min./m ²	3.1	3.96	4.02	3.60	5.90
Saturation artérielle %	95 ± 3	92	92	93	92
Pressions art. pulm. mmHg	$\frac{25}{10}$ (15)	$\frac{22}{6}$ (12)	$\frac{35}{12}$ (21)	$\frac{23}{8}$ (13)	$\frac{36}{15}$ (24)
Résistances vas. pulm. dynes	125	123	212	146	248

L'étude qui apparaît sur la figure V nous montre un débit cardiaque normal au repos chez les 2 malades cathétérisés, mais une augmentation insuffisante à l'effort chez le malade No 3. Dans les 2 cas, les résistances vasculaires pulmonaires et conséquemment la pression artérielle pulmonaire augmentèrent. La saturation artérielle demeura dans les limites normales et ne put être cause de l'hypertension pulmonaire.

DISCUSSION

Les résultats qui précèdent appellent un certain nombre de commentaires. La forme pulmonaire de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann montre une silhouette physio-pathologique comparable à celle de la fibrose pulmonaire diffuse. Notre article publié précédemment sur la fibrose pulmonaire (10) avait mis en relief certains caractères spécifiques de cette maladie. Parmi les principaux,

dans la sarcoïdose pulmonaire sont caractéristiques. Elles consistent en granulomes milliaires logés dans les parois alvéolaires. Ces granulomes sont nombreux et généreusement disséminés. Ils ont tendance à s'agglomérer dans les régions péribronchiques, périvasculaires et sous-pleurales, et à évoluer vers la fibrose. Longcope et Freimann (1) ont observé que dans tous les cas de sarcoïdose pulmonaire diffuse qui ont pu être examinés au microscope il y avait invariablement un certain degré de fibrose. Cette dernière devient parfois très étendue et produit des modifications de structure extrêmement importantes, qui peuvent aller jusqu'à la destruction des parois bronchiques et des vaisseaux sanguins.

A la lumière de ces notions d'anatomie pathologique, on comprendra facilement le mécanisme de production de l'image physiologique. Cette fibrose engendre une augmentation

de l'élasticité du tissu pulmonaire qui se laisse alors moins distendre lors des mouvements inspiratoires. Cette résistance à l'inspiration diminue la capacité vitale et secondairement la capacité totale. Elle peut aussi avoir une influence sur la ventilation maximale volontaire qui dépend de plusieurs facteurs, entre autres du coefficient d'accommodation pulmonaire et des résistances tissulaires. Dans certains cas, la sclérose péribronchique diminuera la perméabilité bronchique, ce qui aura pour effet d'augmenter le volume résiduel et de conduire à l'emphysème pulmonaire, comme l'a montré notre malade No 4.

La fibrose de la sarcoïdose ne produit pas un épaissement important des parois alvéolaires, mais en réduisant le nombre des capillaires alvéolaires, conduit à une réduction de la surface de diffusion des poumons et constitue physiologiquement un « bloc alvéolo-capillaire ». Ce barrage peut être identifié chez nos malades, où il se traduit par une saturation artérielle sur les limites inférieures de la normale au repos et abaissée à l'effort, et par un coefficient de diffusion diminué. Il se reflète aussi par une élévation de la pression artérielle pulmonaire chez les 2 malades examinés à ce point de vue. L'obstruction vasculaire n'était pas assez marquée pour élever la pression au repos, mais une augmentation modérée du débit cardiaque suffit à produire une hypertension, comme l'a montré l'épreuve d'effort. Chez ces 2 malades, la saturation artérielle n'intervint pas dans cette hypertension, car elle demeura dans des limites voisines de la normale.

Devant les résultats apportés par le traitement à l'A.C.T.H. une question surgit immédiatement. Pourquoi la fonction pulmonaire n'est-elle pas plus améliorée, alors que les images radiologiques ont régressé considérablement? La réponse semble résider dans l'examen histologique des lésions granulomateuses effectué avant et après traitement à la Cortisone par McClement et ses collaborateurs (7). Ces auteurs ont observé que les granulomes étaient remplacés par du tissu scléreux à la suite du traitement. Tout se

passait comme si le tissu sain remplacé par les nodules granulomateux n'était pas entièrement récupéré.

Le seul rôle de l'A.C.T.H. ou de la Cortisone semble consister à diminuer la réaction inflammatoire autour du nodule qui, laissé à son évolution naturelle, subit une transformation fibreuse, et se condense en diminuant de volume. C'est cette diminution de volume qui détermine la disparition plus ou moins complète des images radiologiques.

Résumé

Les observations physiopathologiques effectuées chez 5 malades atteints de sarcoïdose pulmonaire sont rapportées. Dans 3 cas, l'effet de l'A.C.T.H. a été étudié.

Il ressort de ce travail et des communications faites par d'autres auteurs que la silhouette fonctionnelle la plus fréquemment rencontrée dans la sarcoïdose est celle de la fibrose pulmonaire. Chez quelques malades toutefois, il est possible de trouver les anomalies observées dans l'emphysème pulmonaire.

REMERCIEMENTS

Il nous fait plaisir de remercier les personnes suivantes pour la collaboration indispensable qu'elles ont apportée à la réalisation de ce travail: MM. R. Soucy, biochimiste, et J. Lapalme, physicien; Mlles T. Saint-Jean, M. Breton, A.-M. Rioux et L. Tremblay, MM. R. Lalonde, B. Jarest et J. Gauthier.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) W. T. LONGCOPE et D. G. FREIMAN: A study of sarcoidosis. *Medicine*, **31**: 1, 1952.
- (2) E. O. COATES et J. H. COMROE, Jr.: Pulmonary function studies in sarcoidosis. *J. Clin. Invest.*, **30**: 848, 1951.
- (3) M. H. WILLIAMS, Jr.: Pulmonary function in Boeck's sarcoid. *J. Clin. Invest.*, **32**: 909, 1953.
- (4) E. de F. BALDWIN, A. CURNAND et D. W. RICHARDS: Pulmonary insufficiency — II. A study of thirty-nine cases of pulmonary fibrosis. *Medicine*, **28**: 1, 1949.

- (5) R. L. RILEY, M. C. RILEY et H. McD. HILL: Diffuse pulmonary sarcoidosis: diffusing capacity during exercise and other lung function studies in relation to ACTH therapy. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **91**: 345, 1952.
- (6) R. AUSTRIAN, J. H. McCLEMENT, A. D. RENZETTI, K. W. DONALD, R. L. RILEY et A. Cournand: Clinical and physiologic features of some types of pulmonary diseases with impairment of alveolar-capillary diffusion. The syndrome of "Alveolar-capillary block". *Am. J. Med.*, **11**: 667, 1951.
- (7) J. H. McCLEMENT, A. D. RENZETTI, A. HIMMELSTEIN et A. Cournand: Cardio-pulmonary function in the pulmonary form of Boeck's sarcoid and its modification by cortisone therapy. *Am. Rev. Tuberc.*, **67**: 154, 1953.
- (8) R. L. RILEY, A. Cournand et K. W. DONALD: Analysis of factors effecting partial pressures of oxygen and carbon dioxide in gas and blood of lungs: Methods. *J. App. Physiol.*, **4**: 102, 1951.
- (9) A. Cournand et H. A. RANGES: Catheterization of the right auricle in man. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **46**: 462, 1941.
- (10) C. LEPINE, M.-J. LABERGE, J. LAPALME, R. SOUCY, J.-L. BORDUAS et F. GREGOIRE: La fibrose pulmonaire. *L'Union Médicale du Canada*, **86**: 144, 1957.
-

LES CANCERS DU PANCRÉAS¹

Roger DUFRESNE,

Membre de l'Institut du Cancer de Montréal, hôpital Notre-Dame;

Jacques BAILLARGEON,

Assistant résident en médecine;

Louis-Philippe LEJEUNE,

Assistant résident en chirurgie.

En cancérologie, l'appareil digestif occupe une place hélas! trop importante. Les cas sont nombreux, les localisations variées et les résultats thérapeutiques médiocres dans l'ensemble. Nous avons affaire à des lésions aux manifestations sournoises, capricieuses. Après une phase d'évolution pré-clinique, d'une durée variable selon le site du cancer et la sensibilité du patient, les symptômes du début n'impressionnent souvent ni le malade qui tarde à consulter, ni le médecin qui pense d'abord à autre chose. C'est que le cancer n'a pas de symptômes à lui, et c'est là justement ce qui épouvante et trompe à la fois le public, à l'heure présente. Puis les malaises se précisent et leur persistance permet alors, à la période d'état, de soupçonner ce qui se passe. Et l'examen complémentaire, radiographie ou endoscopie, révèle alors l'évidence de la néoplasie et l'étendue des dégâts. Ceci vaut pour les localisations habituelles, estomac, œsophage, côlon, rectum. Et lorsqu'il s'agit de la tête du pancréas, l'ictère insidieux, progressif et habituellement indolore, chez un patient qui digère mal et perd du poids depuis quelques mois, nous oriente assez bien et la radiologie, ici aussi, peut nous faciliter le diagnostic. Mais lorsque nous avons affaire au néoplasme du corps et de la queue du pancréas, le tableau clinique est différent et la reconnaissance de la lésion constitue presque un défi. Nous y avons, à cause de cela, accordé plus d'importance au cours de cette communication. Le tableau suivant fournit quelques renseignements d'ordre général qu'il semble superflu de commenter.

1. Communication faite au Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, à Jasper, en septembre 1956.

TABLEAU I

Nombre de cas traités de 1942 à 1955	87
1 — Répartition selon le sexe:	60 hommes. 27 femmes.
2 — Répartition selon l'âge:	10 à 20 ans 1 20 à 30 " 0 30 à 40 " 3 40 à 50 " 11 50 à 60 " 18 60 à 70 " 36 70 à 80 " 15 80 à 90 " 3

Mais le second tableau mérite qu'on s'y arrête.

TABLEAU II

3 — Répartition selon la lésion:	79 cas sur 87 ont été confirmés histologiquement.
localisation à la tête du pancréas	40
localisation au corps et à la queue	17
localisation à la tête et au corps	11

On y constatera que 17 cas sur 79, soit environ 20%, présentaient une infiltration néoplasique limitée au corps du pancréas. Cette proportion justifie, croyons-nous, l'importance que nous accordons à cette localisation particulière.

TABLEAU III

87 cas

Symptômes majeurs.

Perte de poids (moyenne 30 livres)	72 cas (82.7%)
Douleur	69 " (79.3%)
Perte d'appétit	60 " (68.9%)
Ictère	59 " (67.8%)

Symptômes secondaires.

Fatigue	40 " (45.9%)
Nausées, vomissements	29 " (33.3%)
Constipation	26 " (29.8%)
Diarrhée	9 " (10.3%)
Masse palpable	14 " (16 %)
Hépatomégalie	38 " (43.6%)

Voyons maintenant la symptomatologie du cancer du pancréas en général, telle que révélée par notre série de cas.

On y constate d'abord que parmi les symptômes majeurs, seul l'ictère peut orienter le diagnostic et nous ajoutons que dans notre série de 17 cas de cancer du corps pancréatique, la jaunisse, comme on peut s'y attendre, était absente dans 15. L'autre élément important est la douleur. Celle-ci ne manque jamais dans le néoplasme du corps. Mais elle est souvent déroutante. Elle siège habituellement à l'épigastre, parfois un peu à gauche. Elle n'a pas de caractère particulier. Dans un de nos cas, elle apparut d'abord au niveau de la ligne axillaire à gauche un peu au-dessus de la région splénique et elle se limita à cette localisation durant quelques mois. Elle est à la fois tenace et capricieuse. Elle peut tour à tour, et d'une entrevue à l'autre, avec le même patient, faire penser à une lésion gastrique, colique, rénale ou vertébrale. Elle n'est habituellement pas rythmée par les repas; il n'y a pas d'aliments qui l'influencent; les changements de position et les émotions ne l'atteignent pas. A une phase plus ou moins tardive de la maladie, apparaît cependant une irradiation postérieure et qui souvent donne le change pour de l'arthrite vertébrale; d'autant plus qu'elle est parfois nettement soulagée par la médication analgésique courante.

Le diagnostic est donc, dans la majorité des cas, impossible à poser dès le début. Faut-il ajouter qu'à ce stage, la palpation est habituellement sans intérêt. Le médecin a donc recours d'abord à la radiologie, et celle-ci n'est habituellement d'aucun secours, dans les cas de cancer du corps du pancréas. Il arrive même qu'elle nuise. Avant de préciser cette affirmation, nous insérons ici le *tableau no IV*, qui présente le bilan des examens complémentaires demandés dans notre série de cas.

On y voit que la moitié seulement de nos patients, radiographiés à n'importe laquelle phase de leur maladie et souffrant surtout de cancer de la tête de pancréas, présentaient des signes radiologiques susceptibles d'attirer

TABLEAU IV

Examens complémentaires

1 — <i>Radiologie</i>	
Malades examinés	63
Rapports négatifs	31
Agrandissement du cadre duodéнал	9
Signe du 3 renversé	2
Empreinte sur duodénum ou estomac	13
Empreinte sur le côlon	7
Calcification pancréatique	1
2 — <i>Amylase sanguine</i>	
Dosage fait dans	38 cas
Dosage supérieur à 150 dans	23 cas
3 — <i>Lipase sanguine</i>	
Dosage fait dans	33 cas
Dosage supérieur à 1 dans	19 cas
4 — <i>Glycémie</i>	
Dosage fait dans	87 cas
Aucun résultat significatif.	

l'attention sur la lésion en cause. Mais, nous l'écrivions plus haut, dans nos cas de cancer du corps, il n'y a rien à attendre de la radiologie, du moins telle qu'on la pratique couramment. Et voilà qui complique singulièrement l'existence du malade et de son médecin. Ce dernier, qui se fait dire que l'enquête radiologique n'a rien donné, en informe le patient et trop souvent commet l'imprudence d'affirmer que puisque les rayons X n'ont rien montré, le patient n'a certainement rien de grave. Celui-ci ne demande pas mieux. Il est d'abord rassuré et attend avec confiance l'effet du régime et de la médication prescrits à ce moment. Mais après quelques semaines, comme il continue à perdre du poids, des forces et de l'appétit et qu'il a de plus en plus mal et qu'il ne digère pas très bien, le diagnostic rassurant ne le console plus. Il s'inquiète, se plaint, s'énerve et il n'en faut pas plus pour qu'on le considère alors comme un nerveux, un psycho-somatique, voire même un névrosé.

A ce stage, le malade souffrant, ahuri, devenu souvent agressif, décide souvent de changer de médecin, puisqu'il ne peut pas changer de maladie et l'histoire recommence alors. Nouveau médecin, nouveau diagnostic, aussi hésitant, nouvelle radiographie, toujours négative habituellement, nouvel encouragement, nouvelles pilules et la maladie con-

tinue. A moins que le radiologiste n'ait signalé la présence d'une autre lésion, ulcère probable, lithiase biliaire, ptose rénale, etc., et qu'on se soit décidé d'intervenir pour corriger ce qu'on voit; il se trouve que ces interventions, si on les fait servir à une exploration minutieuse, permettent d'arriver au diagnostic exact. Soulignons qu'elles n'obtiennent pas toujours ce résultat.

Voici maintenant le résumé de trois de nos observations que nous considérons comme assez démonstratives.

I — *M.W.R.* 60 ans

Consulte en décembre 1944, à propos d'une douleur épigastrique irradiant au flanc gauche et à la fosse iliaque gauche. Elle est capricieuse mais elle revient tous les jours depuis deux mois. Le patient a maigri un peu et travaille encore sans peine. Il craint une reprise d'un ulcère gastrique qui s'est perforé il y a 4 ans et pour lequel on a dû intervenir d'urgence. Cette douleur est calmée d'une façon impressionnante par l'aspirine. Les radiographies ne montrent rien d'anormal au tractus digestif. Nous proposons devant la persistance de la douleur, en premier lieu, une infiltration des splanchniques et ensuite, une laparotomie exploratrice que le patient refuse à ce moment. En février, une nouvelle hospitalisation et nouvelle enquête radiologique encore négative quoique la douleur s'accroît et que l'état général s'aggrave. Les médecins traitants impressionnés par les radiographies deux fois négatives, pensent à une arthrite vertébrale et même à des malaises émotionnels. La thérapeutique n'arrive à rien et la laparotomie est faite, en fin de compte, le 25 mars; elle laisse voir dans le corps et la queue du pancréas une masse multilobée inopérable. Le patient meurt en août après avoir présenté au cours des dernières semaines un ictère obstructif progressif.

II — *M.A.C.* 46 ans

Souffre depuis l'été de 1947 de douleurs épigastriques et abdominales à allure constrictive, survenant par crise et sans horaire précis. On lui a fait subir en septembre dans

un hôpital anglais de Montréal, un examen complet qui n'a rien montré et on lui a conseillé le repos et une diète prudente. 2 mois plus tard, le patient qui souffre toujours insiste pour être hospitalisé de nouveau dans une autre institution et se faire examiner une fois de plus sur toutes les coutures. On lui découvre alors une colite muqueuse. On se rabat aussitôt sur l'élément psycho-émotionnel et on répète les conseils donnés en septembre. Mais le tableau s'aggrave rapidement et l'état physique, mental et émotionnel du patient inspire à ce point des inquiétudes à son entourage, qu'on l'hospitalise de nouveau, en janvier 1948, cette fois dans une institution consacrée au traitement psychiatrique. Après une série d'électro-shocks qui n'améliore rien, un consultant, impressionné par le ballonnement abdominal qui est venu compliquer un tableau clinique déjà inquiétant, nous demande de prendre ce malade dans notre service à l'hôpital Notre-Dame. A l'arrivée du patient, les signes de sub-occlusion sont évidents. Les rayons X, cette fois-ci, montrent une sténose du côlon ascendant; le malade meurt quelques jours après et la nécropsie révèle la présence d'une infiltration néoplasique de tout le corps du pancréas avec métastases étendues au péritoine, au mésentère, au foie et au côlon ascendant.

III — *M.J.L.P.* 56 ans

Ce malade, que nous avons déjà traité pour thrombose coronarienne en 1949 et qui est porteur d'une vésicule biliaire mal colorée avec gros calcul unique, nous consulte en août 1955 pour des douleurs survenant depuis un mois à l'épigastre et aux hypochondres et irradiant dans le dos avec un horaire capricieux. Les malaises agaçants surtout par leur ténacité, font tour à tour penser à un ulcère, une dyspepsie vésiculaire, une lésion du côlon. Le patient a fait un peu de diarrhée en juillet, il a perdu un peu de poids et se sent fatigué. Nous l'hospitalisons en octobre et l'enquête clinique et radiologique est décevante. Devant la possibilité de la lésion pancréatique, nous

conseillons une laparatomie que le patient préfère différer pour des raisons personnelles. Lorsqu'elle a eu lieu, en décembre, le tableau clinique est plus précis et plus sombre. Les douleurs exaspèrent le patient, elles irradient au niveau de la colonne dorso-lombaire dès qu'il se couche; elles ne lui laissent pas grand répit malgré la médication analgésique. L'intervention permet de constater l'envahissement global du corps du pancréas avec métastases hépatiques. Le malade meurt en avril 1956 narcomane et cachectique, mais sans ictère.

On aura remarqué que deux de nos trois patients ont été laparatomisés en vue de confirmer le diagnostic et l'on admettra que c'est bien là le seul moyen que nous ayons d'arriver rapidement à une certitude dans ces cas.

Il suffira pour s'en convaincre de méditer un instant le tableau suivant où nous résumons nos moyens de diagnostic à propos du cancer du corps du pancréas.

TABLEAU V

Moyens de diagnostic

I — La clinique —

Tableau assez significatif mais non spécifique, surtout en l'absence d'ictère.

II — La radiologie —

- 1 — Repas et lavement barytés.
- 2 — Cholécystographie — cholangiographie.
- 3 — Splénoportographie.
- 4 — Insufflation gazeuse rétropéritonéale.
- 5 — Insufflation gazeuse de l'estomac.
- 6 — Stratigraphie.

III — Le laboratoire —

Résultats inconstants — non spécifiques.

IV — L'infiltration des splanchniques.

V — La laparatomie.

Inutile d'insister sur les hésitations de la clinique qui peut tout au plus soupçonner la lésion surtout à ses débuts. C'est d'ailleurs un diagnostic d'exclusion dans la plupart des cas. Lorsque la radiologie n'a rien montré du côté des viscères que le syndrome douloureux permet de mettre en cause habituellement, il faut penser au pancréas et ne pas se laisser tromper ou égarer par l'enquête radiologique

qui n'aura rien révélé encore du côté du cadre duodénal.

La radiologie peut d'ailleurs, comme le tableau l'indique, nous rendre d'autres services que de nous rassurer sur l'état des voies digestives et biliaires, par le repos et le lavement baryté, la cholécystographie et la cholédocolographie. On peut, théoriquement, avoir recours à la splénoportographie qui risque de révéler l'empreinte de la néoplasie pancréatique sur la veine splénique qui la voisine. De même, l'insufflation gazeuse rétropéritonéale peut mettre en évidence l'augmentation de volume du corps pancréatique et ici, la stratigraphie pourrait rendre de précieux services, aux mains de ceux qui en ont l'expérience. L'insufflation gazeuse de l'estomac est plus simple; elle aussi, par contre, demande que l'on soit très rompu à ce genre d'examen pour en tirer quelque chose. Ces différentes manœuvres ne sont pas couramment pratiquées chez nous; nous avons, à date, demandé deux insufflations rétro-péritonéales chez des patients que nous croyions porteurs de cancers du corps du pancréas; elles ne nous ont pas aidés à résoudre le problème. Ajoutons que ces techniques d'examen imposent à un malade déjà souffrant et asthénique, une fatigue, un shock, des douleurs accrues et des frais qui ne sont pas habituellement justifiés par la précision des renseignements qu'ils fournissent. Le laboratoire, jusqu'ici, ne nous a pas été d'un grand secours. Ses résultats concernant les dosages de la lipase, de l'amylase et la glycémie ont été inconstants et peu spécifiques.

L'infiltration des splanchniques que nous pratiquons régulièrement dans ces cas d'atteinte probable du corps pancréatique, a un double but. Elle permet à peu de frais de soulager temporairement le patient d'une façon appréciable au moins dans la moitié des cas et elle sert alors au diagnostic de la localisation du mal. Mais l'aide qu'elle apporte à ce dernier point de vue est également discutable. Elle ne peut constituer, d'après notre expérience, qu'un élément de présomption. Pour toutes ces raisons, nous croyons que la laparatomie faite dès qu'il y a un doute rai-

sonnable au sujet de l'existence d'une néoplasie pancréatique, constitue une mesure recommandable. Elle n'aboutira pas souvent à des guérisons par exérèse radicale, nous en convenons, mais elle permettra de s'assurer de l'existence de la lésion, avec un minimum d'ennuis pour le patient et sans perte de temps et gaspillage d'argent et d'énergie. A quoi bon, nous dira-t-on, s'assurer de l'existence du cancer, puisqu'en définitive, il emportera le patient, quelques mois après. Il s'agit d'autre chose, croyons-nous, que de la vaine satisfaction de vérifier un diagnostic clinique dans ces cas-là, du vivant du malade. Une fois l'affection reconnue, on peut en avertir sinon le patient, du moins son entourage, permettre d'éviter ainsi bien des tourments superflus et des dépenses inutiles que s'imposeraient autrement le malade et sa famille qui veulent savoir à quoi s'en tenir et courent après une

guérison; il est alors plus facile pour les parents du malade de prendre les dispositions nécessaires en vue de l'échéance prévue; leur collaboration est plus facile, plus efficace à tout point de vue et le médecin n'a pas à hésiter pour procurer au malheureux patient le soulagement adéquat puisque la narcomanie ainsi provoquée constitue dans ces circonstances un mal nécessaire, voire recommandable. Penser au cancer du pancréas devant le tableau clinique que nous exposons plus haut, lorsque la radiologie ne donne rien, et bien qu'elle ne donne rien, et intervenir dès qu'il y a doute raisonnable non seulement pour tenter une guérison mais pour confirmer nos soupçons et rendre ensuite moins pénible la vie du patient et de sa famille.

Voilà ce que nous pouvons faire de mieux dans ces cas-là, en attendant que la Science nous permette, un jour, d'être plus utiles.

LA PSYCHOTHÉRAPIE¹

François BISSON,

Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (Gamelin, Montréal).

Dans le peu de temps alloué à notre sujet, il est bien entendu que nous ne ferons qu'effleurer, les grandes lignes de cette question d'actualité. On parle de plus en plus de psychothérapie, de cette chose mystérieuse qui attire et pourtant répugne à tant de personnes, et quelquefois même, à certains médecins.

Avec la vogue présente des tranquillisants, la psychothérapie a pris un essor encore plus grand, car l'usage seul des ataraxiques procure une amélioration qui peut être de beaucoup consolidée si associé à la psychothérapie. Dans une pneumonie il ne suffit pas de combattre la fièvre par de l'aspirine, il faut donner des antibiotiques qui vont s'attaquer directement à l'agent causal.

Disons dès maintenant, que la psychothérapie est un traitement médical des problèmes et troubles de la personnalité et de l'émotivité, par des moyens psychologiques. Selon certains auteurs, c'est un procédé qui est aussi organique que l'introduction d'un remède, mais il n'est pas appliqué directement sur le système nerveux. Il doit passer par des mécanismes mentaux de filtration et de défense qui protègent l'organisme contre une trop grande stimulation, tandis que le médicament est appliqué directement.

La fonction de l'appareil psychique, consiste justement à rétablir l'équilibre chaque fois que ce dernier a été troublé par des sollicitations extérieures: toujours dans le but de maintenir l'homeostasie. En psychothérapie, notre but ultime sera de diminuer la tension émotionnelle en rétablissant l'équilibre entre les forces instinctuelles et les inhibitions. Notre but sera donc de rendre l'individu libre de tous symptômes et capable de se comporter convenablement tout en retirant un cer-

tain plaisir de la vie. Ce résultat n'est pas toujours atteint pour plusieurs raisons: motivation, âge, intelligence du patient; la durée de la maladie; l'expérience du médecin. Quelquefois une modification profonde de la personnalité sera indiquée, d'autre fois une thérapie de support sera le meilleur traitement selon les circonstances présentes. La psychothérapie se divise en deux grandes catégories selon le but et la technique qu'on se propose.

La première, la psychothérapie de support ou de soutien, vise à guérir les symptômes et à obtenir une rémission sociale. Notre but sera de rétablir l'équilibre du malade aussi vite que possible en minimisant ou en diminuant l'intensité des symptômes, de sorte qu'il puisse se comporter comme auparavant.

Ici il n'y a pas de modification profonde de la personnalité et très peu d'auto-critique. Il s'agira de rassurer le malade, de l'encourager de le raisonner; de manipuler son milieu si possible. C'est en somme ce que vous pratiquez dans votre cabinet de consultation. Le psychiatre peut l'employer comme mesure d'urgence ou bien au début ou au cours d'une psychothérapie plus profonde.

En général cette forme de thérapie est indiquée:

1. dans les états anxieux et dépressifs aigus.

2) dans la schizophrénie lorsqu'il y a des signes de désintégration.

3. dans les cas où l'histoire du malade montre une bonne adaptation, mais où un stress excessivement sérieux a provoqué la débâcle.

4. dans les troubles de la personnalité.

5. dans l'alcoolisme et la narcomanie.

6. dans les réactions obsessionnelles compulsives sérieuses.

7. dans les psychoses.

1. Travail présenté aux Journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal, le 8 mai 1957.

La deuxième catégorie consiste en une psychothérapie dynamique ou radicale.

Elle vise une modification profonde et durable de la personnalité. Plus spécifiquement, elle procure un soulagement des troubles émotionnels du malade grâce à la compréhension et à l'auto-critique des sources inconscientes des conflits.

Dans cette catégorie entrent plusieurs techniques telles que:

1. la psychobiologie qui vise surtout à la rééducation du malade, 2. la psychanalyse qui vise à amener le patient à reconnaître les conflits inconscients responsables de ses symptômes et de ses troubles interpersonnels. Elle cherche aussi à procurer un développement émotionnel encore plus grand.

La technique comprend: l'association libre des idées, l'interprétation des rêves, l'analyse du transfert, les interprétations, l'analyse des résistances en 5 ou 6 séances par semaine. Elle exige le divan et la passivité.

3. la psychothérapie d'orientation psychanalytique: celle-ci cherche à renforcer les défenses actuelles et à procurer une décharge émotionnelle. La psychothérapie est une technique plus active que la psychanalyse. On ne se sert pas d'associations libres d'idées, du divan, de la situation transférentielle. Les sessions sont plus espacées. La thérapie est centrée sur les problèmes conscients et inconscients de la personnalité. On scrute autant les problèmes et les situations présentes que les expériences passées. En somme c'est un mélange de techniques analytiques, de rééducation et de support qui découle de la psychothérapie avec les psychiques. En règle générale la psychothérapie dynamique est indiquée dans les cas suivants:

1. Névrose d'angoisse;
2. Hystérie de conversion;
3. Phobie;
4. Certains troubles psychosomatiques;
5. Dépressions névrotiques;
6. Troubles de la sexualité: impotence, frigidity.

La psychanalyse de plus exige les conditions suivantes:

1. Age du malade: entre 20 et 45 ans;
2. Intelligence: Q.I. — 115-120;
3. Capacité de réflexion;
4. Motivation suffisante;
5. L'absence d'infirmité physique.

Examinons brièvement quelques principes de base en psychothérapie.

En premier lieu le malade veut se comporter envers le psychothérapeute de la même façon qu'il avait l'habitude de se comporter envers son médecin. Il demande une aide immédiate et dramatique. Il voit le thérapeute comme une autorité omnipotente qui va lui procurer santé et bonheur d'une façon expéditive. Il n'a rien à faire, le médecin fera tout pour lui.

Avec cette attitude, quelle désillusion va-t-il ressentir lorsqu'il apprendra qu'il doit vouloir guérir et être prêt à faire le travail lui-même. Il appartient au malade de communiquer, discuter et scruter ses problèmes, ses réactions, ses sentiments, dans le but de mieux connaître ses symptômes.

Le médecin l'aidera en agissant comme une sorte d'agent catalyseur, ou encore comme un troisième œil, une troisième oreille. L'analyste demeurera l'élément objectif et réaliste. Il tentera de détruire ce qui se cache derrière les allusions et d'en faire part au malade. Il attirera aussi l'attention du patient sur les effets de ses résistances: par exemple blocage idéationnel, évasion de toute nature.

Car n'allez pas croire que le malade discutera de ses conflits et de ses sentiments sans offrir de résistance.

Les symptômes mentaux bien qu'encombrants servent de protection contre l'anxiété dans l'esprit du malade; s'en défaire risquerait d'occasionner des inconvénients encore plus grands, (De plus il faut bien se souvenir que souvent certaines résistances sont inconscientes.)

Le malade, peut ne pas se douter, le moins du monde, que ses agissements ne sont pas normaux. Il s'en est servi toute sa vie et c'est

aussi la seule façon qu'il connaisse de communiquer avec les gens. Souvent le patient est très hésitant à faire face à ses conflits intimes de peur de découvrir quelque chose de trop pénible. Une autre cause de résistance se trouve dans les gains secondaires que la maladie procure. Un individu peut par exemple mieux contrôler sa famille en étant malade. Pour d'autres la maladie leur procure une sécurité financière. Un autre montrera son agressivité vis-à-vis de sa famille en leur imposant toutes sortes de contraintes par sa maladie.

C'est une étape difficile en psychothérapie, c'est une période pendant laquelle une grande anxiété peut se manifester. Les symptômes parfois seront même aggravés et alors le malade, désirant terminer le traitement, ira voir son médecin pour lui montrer son aggravation et pour qu'il l'approuve dans sa décision. Il vous appartiendra alors de bien comprendre ce problème des résistances en psychothérapie et de l'expliquer à votre malade afin de ne pas jouer le rôle que le patient attend de vous.

Durant la psychothérapie on lutte contre ces résistances par le transfert, et l'interprétation. Le transfert, d'une façon générale, est précisément les bonnes dispositions qu'un malade développe envers celui qui veut et peut l'aider. D'une manière plus spécifique le transfert est la projection, sur le médecin, de sentiments autrefois ressentis envers des personnages importants de son enfance. L'interprétation est une opération qui consiste à déduire et à suggérer au patient ce qu'il veut

vraiment dire. Nous en arriverons, avec cette étude, à mieux comprendre les mécanismes de défense du malade et les conflits contre lesquels il se défend. La dynamique de ses symptômes sera alors plus claire pour l'analyste et le patient.

Grâce à cette auto-critique laborieusement gagnée, il pourra se libérer lui-même du fantôme du passé; le monde actuel deviendra une place plus sûre pour lui, son sentiment de sécurité grandira, ses relations interpersonnelles seront plus faciles et ses besoins instinctifs pourront être satisfaits d'une manière plus acceptable par la société et par lui-même.

En somme la psychothérapie est un procédé long et laborieux qui ne doit être entrepris qu'après une étude sérieuse du cas. Elle n'est pas une panacée. Elle a de nombreuses limites telles que la motivation, l'âge, l'intelligence, les infirmités physiques du patient, la durée de la maladie les circonstances financières et sociales.

Dans 11 études sur les psychonévroses, le pourcentage de guérison était de 56 à 58%. Dans les psychoses elle était de 25 à 50%. Une chose est certaine, si elle ne guérit pas toujours, elle soulage souvent.

En terminant je voudrais insister sur le fait qu'il n'y a pas encore de méthodes, de techniques ou d'approches psychothérapeutiques uniques pour toutes les maladies mentales. La meilleure psychothérapie est celle qui répond le mieux aux problèmes du malade et à la personnalité du médecin.

LES TRANQUILLISANTS OU ATARAXIQUES OU NEUROPLÉGIQUES¹

Alcide PILON.

Ataraxia = paix de l'esprit.

L'évaluation exacte de ces nouveaux médicaments utilisés à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu depuis 1953 est encore difficile à faire même si plusieurs milliers de patients ont été traités par ces remèdes.

* * *

Le site de leur action n'est pas encore clairement défini; cependant, on est porté à croire que ce serait au carrefour hypothalamique, c'est-à-dire aux connexions de l'hypothalamus avec le système réticulaire activant du cerveau.

Le diencephale est situé à l'union des systèmes nerveux de la vie végétative et de la vie de relation. Il est en étroite connexion avec l'hypophyse, et, par l'hypophyse, avec tout le système endocrinien.

Selon Delay, le diencephale représente donc un carrefour neuroendocrinien qui joue un rôle important dans la régulation des fonctions psychiques; c'est un vrai carrefour somato-psychique.

* * *

Rinaldi et Himrich racontent que des recherches neurophysiologiques, faites durant 10 ans, ont démontré l'importance fonctionnelle de la matière grise s'étendant de la partie supérieure de la moelle jusqu'au thalamus; ils se sont aperçus que certains remèdes, c'est-à-dire les ataraxiques avaient une action spécifique sur le comportement psychiatrique (Par leur action sédatrice du sympathique, on les appelle aussi neuroplégiques). L'on sait maintenant que ces remèdes ont une action sur les émotions.

1. Travail présenté le 8 mai 1957 lors des Journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal.

Ils provoquent une mise au repos des centres supérieurs et une mise au repos du système neuro-végétatif. On sait également que les émotions jouent un grand rôle dans les maladies somatiques et en psychiatrie; c'est pourquoi l'on se sert des tranquillisants pour traiter les réactions émotionnelles anormales et pour mater ou contrôler l'anxiété.

En déconditionnant les malades conditionnés aux traumatismes affectifs, en dépolarisant l'attention et l'imagination, en décomprimant et défreinant un sujet en proie à des conflits émotionnels, on tranquillise et par le fait, on peut contrôler, jusqu'à un certain point, l'anxiété qui est une réaction de défense contre l'agressivité.

Ces médicaments entraînent une certaine indifférence à la douleur et, pour le patient, il vient un temps où cette douleur lui est égale.

Les schizophrènes paranoïdes attachent moins d'importance à leurs persécuteurs et à leurs hallucinations; ils sont comme disconnectés d'avec leurs idées délirantes.

Dans les cas de panique, de stress, d'anxiété avec agitation, les ataraxiques sont des médicaments d'urgence qui ont fait leur preuve.

* * *

Ceux qui ont fréquenté les institutions du genre de Saint-Jean-de-Dieu avant 1952 et qui y séjournent actuellement, depuis l'emploi des tranquillisants, sont à même de constater les bienfaits de ces remèdes et les énormes services qu'ils rendent.

Les agités sont plus calmes; on ne crie plus comme avant; les salles sont plus tranquilles.

Les patients sont moins impulsifs et contrôlent mieux leurs émotions; ils sont plus tolérants, moins belliqueux, ne jurent plus ou peu. On n'est plus obligé de les isoler dans une cellule de façon continue et ceci nous

porte à croire, comme il a été mentionné dans *Hygiène Mentale*, février 1957 que des changements importants se produiront dans l'organisation et l'effectif des futurs hôpitaux; c'était, du reste, la conclusion du docteur Henry Brill, commissaire adjoint, et Robert Patton, directeur des services statistiques, au département d'hygiène mentale de l'Etat de New-York.

Le patient ne déchire pas autant de linge qu'avant; si les remèdes coûtent cher, on peut se consoler un peu en économisant sur le linge. Les camisoles ont disparu ou presque disparu; ou bien, elles ne sont mises que très provisoirement; par le fait, le gâtisme est de beaucoup réduit et les patients restent plus propres. Le nudisme et l'exhibitionnisme sont rares.

Comme il dort mieux, la nuit est plus paisible; le personnel et les gardiens ont la tâche plus facile.

Il devient plus intéressé: il reprend goût à la T.V., radio, couture, jeux, séances, etc. Il reprend confiance en lui et souvent, il travaille à un emploi soutenu et constructif; c'est pourquoi dans les futurs hôpitaux, on devra donner une expansion spécialement pour ce qui en est des activités des malades (O.T. et Récréation T, etc.) Il a une meilleure compréhension de son état (meilleure auto-critique). Il est plus à l'aise et parle. C'est alors que la psychothérapie individuelle ou de groupe est rendue possible. Autrement, il aurait fallu attendre patiemment que le patient se décide; très souvent, il ne se décidait pas.

La psychothérapie sert donc de complément.

Les patients engraisent presque tous, souvent de 20 à 40 lbs. Ils ont un meilleur appétit et comme ils sont moins anxieux, ils semblent brûler moins de leurs calories.

Les tests d'intelligence s'améliorent, parce que l'anxiété est réduite. Plusieurs retournent à un ajustement pré-psychotique, quoique leur personnalité pré-morbide ou pré-psychotique n'est pas modifiée. C'est encore là que la psychothérapie peut agir.

Certains maris insisteront pour avoir le retour à la maison de leur épouse en nous disant qu'elle est mieux qu'avant de tomber malade.

La réadaptation sociale est donc accélérée et facilitée, à condition que le milieu familial et la Société se montrent compréhensifs et sympathiques à ces handicapés.

Les agités chroniques qui ont pris des tranquillisants et se sont calmés restent calmes après un certain temps avec de petites doses d'entretien; même si cela fait 10 ans qu'ils sont à l'hôpital et qu'on leur demande leur âge, la plupart des cas que j'ai vus m'ont donné leur âge d'entrée à l'hôpital ou l'âge où ils sont tombés malades, c'est-à-dire plusieurs années avant leur admission; il y a eu un vide ou une période d'obnubilation ou d'amnésie.

Ceux qui ne peuvent quitter l'hôpital ont encore des symptômes résiduels et sont trop fragiles; ils ont un ajustement psychotique frontière. Ou bien, il y a des facteurs familiaux ou sociaux qui leur feraient vite perdre leur équilibre mental.

Nos conclusions

1. Les tranquillisants ne sont pas des agents curateurs. Ils aident comme l'aspirine dans la céphalée, la digitaline pour le cœur et l'insuline pour le diabète.
2. Ce sont des remèdes symptomatiques.
3. Ils préparent la voie à la psychothérapie. « C'est un potentialisateur de la psychothérapie. » (P. Hoch)

LES PRATICIENS AU SERVICE DES MALADES MENTAUX¹

Léo-Paul FERRON,

Psychiatre, hôpital Saint-Jean-de-Dieu (Camelin, Montréal).

Au début de cette séance d'études consacrée à la psychiatrie et qui se tient dans l'hôpital mental le plus considérable de la province de Québec, je veux parler d'un sujet qui me tient particulièrement à cœur et que je juge d'une importance primordiale pour l'avenir de la médecine et de la psychiatrie et, surtout, des malades mentaux. Celui qui se penche un peu sur la situation de la psychiatrie en regard des autres branches de la médecine ne peut être que frappé par le divorce, le fossé qui existe. La psychiatrie, quand elle est acceptée comme faisant partie de la médecine, est considérée comme une parente bien pauvre. Le nombre de lits accordés aux patients psychiatriques dans nos hôpitaux généraux ne correspond certes pas au nombre de patients souffrant de troubles névrotiques ou psychotiques. De même le nombre des psychiatres attachés au département de psychiatrie de nos hôpitaux généraux est sans proportion avec le nombre des autres spécialistes, quelle que soit l'importance de leur spécialité. Le médecin n'est pas loin de partager les préjugés et l'incompréhension du grand public à l'égard des malades mentaux. Je n'ai pas oublié la réflexion d'un grand maître de la neurologie française au sujet d'un malade présentant des symptômes d'ordre pithiatique (je cite d'après mémoire): « Si vous pensez que nous allons perdre notre temps avec un pithiatique alors qu'il y a des cas intéressants de lésions organiques! » Comme si un patient souffrait moins parce que ses difficultés sont de nature névrotique! Cette attitude de mépris et de rejet à l'égard du malade, si elle ne s'exprime toujours aussi ouvertement, est plus fréquente qu'on ne croit. Et la même

attitude prévaut à l'endroit du psychiatre qui est considéré comme à peine moins bizarre et inquiétant que son patient. On n'aura recours à lui qu'en dernier ressort ou on dira à une patiente qui semble présenter des troubles hystériques: « Madame, vous n'avez rien » et on l'enverra ainsi chez le premier charlatan venu. Il ne faut pas se cacher que la floraison des charlatans de tous genres dans notre milieu vient pour une bonne part de nos faiblesses.

On peut se demander quelles sont les causes de cette séparation que l'on constate entre la médecine et la psychiatrie. En étudiant un peu l'histoire de la médecine on se rend compte que, dans l'antiquité, la psychiatrie faisait partie intégrale de la médecine et que les grands noms de la médecine antique, d'Hippocrate à Galien, s'intéressèrent beaucoup à l'étude et au traitement des maladies mentales. Malheureusement le Moyen-Age détacha la psychiatrie de la médecine et la rangea dans la démonologie. Les malades mentaux devinrent des possédés du démon et le traitement fut remplacé par la répression ou les exorcismes. Nous serions surpris de savoir jusqu'à quel point nous sommes encore imprégnés par les préjugés du Moyen-Age. Notre effarement devant l'irrationalité des productions ou des symptômes du malade mental, irrationalité plus apparente que réelle, n'en est-elle pas la meilleure preuve? En devenant scientifique la médecine n'a pas contribué pour autant à réparer la brèche qui la séparait de la psychiatrie. On pourrait même affirmer le contraire sous certains aspects. C'est alors que s'est développée la malheureuse dichotomie entre le corps et l'esprit et que la médecine s'est en quelque sorte déshumanisée. Le médecin est devenu souvent une sorte de technicien plus intéressé dans les

1. Allocution prononcée le 8 mai 1957 à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, lors des Journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal.

résultats des différents tests de laboratoire, dans les fonctions d'un organe quelconque ou dans les techniques d'exploration que dans l'aspect global de son patient. On comprend, dans les circonstances, qu'une idée délirante, une hallucination ou un comportement compulsif aient paru bien misérables en regard d'une formule sanguine déficitaire, d'un métabolisme augmenté ou d'une réaction de Wassermann positive. Il faut dire aussi que les psychiatres eux-mêmes n'ont pas contribué pour peu à aggraver leur isolement en créant un jargon assez rébarbatif et en présentant d'une façon assez malhabile certaines de leurs théories.

Il est généralement reconnu que les patients présentant des troubles dits fonctionnels forment la plus grande partie de la clientèle de nos praticiens généraux. A ce point de vue leur expérience est bien différente de celle des chirurgiens ou des autres spécialistes de la médecine, exception faite des psychiatres. Et ils sont certes habiles à reconnaître les symptômes de ces troubles et à appliquer le traitement nécessaire, qu'il soit à la fois d'ordre médicamenteux et psychique. Cependant ils sont très souvent déroutés en présence des maladies mentales proprement dites, qu'il s'agisse d'une névrose ou d'une psychose, et se trouvent incapable de traiter ou d'orienter les malades mentaux. Pourtant, ils sont fréquemment les premiers consultés lors de l'éclosion d'une maladie psychiatrique et déploient beaucoup de bonne volonté et de louables efforts pour essayer de résoudre le problème qui leur est confié. Il faut dire d'ailleurs que leur propre attitude vis-à-vis la maladie mentale n'est pas la seule difficulté qu'ils rencontrent. Il y en a d'autres telles que la quasi-impossibilité parfois de faire hospitaliser un malade ou de le faire voir par un psychiatre qui a déjà plus que sa quote-part de patients. Mais il n'en reste pas moins vrai que le médecin de famille perd ses moyens en face d'un patient psychiatrique. Souvent un malade ne sera référé au psychiatre que lorsque sa maladie se devenue

chronique, c'est-à-dire lorsque le traitement est plus difficile et plus long et le pronostic moins favorable. Par contre il peut arriver qu'un patient dont les difficultés sont relativement légères ou temporaires ou ne requièrent que certaines modifications du milieu soit dirigé chez un psychiatre alors que son médecin de famille aurait pu régler le problème et à meilleur compte pour le patient.

Il m'apparaît de toute évidence que le psychiatre est incapable de faire face, seul, à l'ampleur du problème que pose la maladie mentale. Le nombre plutôt restreint des psychiatres, le temps que plusieurs d'entre eux accordent à l'enseignement, leur position comme spécialistes plus ou moins accessibles dans certains cas, le fait qu'ils pratiquent dans les centres populeux et d'autres raisons encore font qu'ils ne peuvent traiter tous les malades mentaux de leur région. Il ne faut pas oublier que le traitement psychiatrique est assez long, parfois très long, qu'il repose sur une relation dite thérapeutique entre le patient et le médecin, que cette relation se développe lentement et subit des changements, que le traitement implique des échanges verbaux importants. Le psychiatre a donc besoin d'aide pour parvenir vraiment à s'attaquer avec succès à la maladie mentale et nul n'est mieux placé que le praticien pour lui venir en aide. C'est dans le sens d'une meilleure coordination des efforts des praticiens et des psychiatres qu'il faut orienter le développement de la pratique de la psychiatrie. En effet, par sa position unique, le médecin de famille connaît ses patients et leur famille de longue date et bénéficie d'un respect et d'une influence qu'il peut utiliser à leur profit. Par son association constante avec les membres d'une famille il est le premier à pouvoir déceler le début d'une maladie mentale et à pouvoir suggérer les mesures à prendre pour enrayer le progrès de la maladie. On ne saurait trop insister ici sur l'importance du traitement précoce. Pour les patients qui sont hospitalisés durant le cours de leur maladie, le praticien est souvent appelé à continuer le traitement après la sortie de

l'hôpital et à voir à leur réadaptation sociale. Il faut donc qu'il soit capable de reconnaître les symptômes de début des maladies mentales et de démontrer aux patients et aux parents la nécessité du traitement. Il faut qu'il sache quels patients doivent être référés au psychiatre et quels patients il peut traiter lui-même. Il faut qu'il apprenne à manier les différents médicaments ataraxiques, tant au point de vue de la posologie que des indications et des dangers.

Quels sont les moyens à prendre pour permettre aux praticiens d'assumer leur rôle au profit des malades mentaux? Ils sont nombreux et variés et nous ne pouvons ici que présenter quelques suggestions qui semblent réalisables, esquisser un programme susceptible de rallier tous ceux concernés. D'autres moyens peuvent être sans doute étudiés, certaines positions devront être précisées mais il me semble que les suggestions que je vais vous présenter et qui sont tirées d'un rapport d'un comité de l'Association Américaine de Psychiatrie en liaison avec l'Académie Américaine de Pratique Générale peuvent être un excellent point de départ. Disons d'abord, comme règle générale, que les praticiens doivent mieux connaître les malades mentaux et les maladies mentales. C'est au contact des malades, c'est en parlant avec eux, en essayant de les aider à solutionner leurs difficultés, c'est en les voyant vivre que les médecins pourront se rendre compte que les patients psychiatrique ne sont pas des êtres à part, sans commune mesure avec les individus qui les entourent, mais des humains qui souffrent et qui ont besoin d'aide. Les médecins perdront alors leurs préjugés moyenâgeux et ne seront pas aussi désemparés devant les symptômes de la maladie. Ils seront capables d'entretenir avec leurs patients atteints de maladie mentale des relations plus humaines, se sentiront plus à l'aise pour écouter jusqu'au bout et avec une oreille sympathique les confidences qu'on voudra leur confier; les malades, eux, développeront une plus grande confiance envers leur médecin parce qu'ils se sentiront

mieux acceptés et compris. Connaissant et acceptant mieux les patients psychiatriques les praticiens seront plus en mesure de les aider en connaissant mieux les maladies mentales. Cette connaissance devrait être surtout pratique, orientée vers la solution de problèmes concrets. Il est important pour le médecin de famille de savoir quels troubles émotionnels il rencontrera surtout dans sa pratique et comment il pourra les résoudre, quelles mesures il devra suggérer au malade et à sa famille. Il va sans dire que tout ceci implique une coopération plus intense, plus intime avec le psychiatre. Les deux devront former une équipe active dont les efforts se conjuguent au profit du malade mental, chacun ayant des responsabilités aussi définies que possible et pouvant remplacer l'autre quand les circonstances, l'état du malade l'exigent. Mais, me direz-vous, comment le praticien pourra-t-il mieux connaître le malade mental et les maladies mentales? Je vous renvoie ici au rapport dont je vous parlais tantôt. La traduction est du présentateur qui a essayé d'adapter un peu le rapport au contexte québécois.

Voici tout d'abord les objectifs fixés par le comité:

1) *Comme le praticien général est le premier à voir les personnes présentant des troubles émotionnels il a besoin d'une coopération étroite avec le psychiatre.*

2) *Il y a un besoin urgent d'accroître l'orientation psychiatrique des praticiens généraux surtout dans les domaines suivants:*

a) *Le type de patient qui devrait être référé au psychiatre.*

b) *Le type de patient qui peut être traité par le praticien à son bureau.*

c) *Les techniques pour référer un patient.*

d) *Le développement de moyens plus efficaces pour résoudre des difficultés émotionnelles marginales au niveau du groupe.*

e) *L'usage approprié des médicaments, surtout des tranquillisants.*

3) *De trouver des méthodes pour assurer au praticien débutant ou déjà en pratique les*

possibilités d'augmenter ses connaissances psychiatriques.

4) Si les relations sont maintenues, le praticien général qui forme équipe avec le psychiatre en pratique privée ou qui est associé à un hôpital mental peut fournir le diagnostic médical et l'assistance thérapeutique dont on a besoin, épargnant ainsi du temps et de l'argent au patient qui devrait autrement être référé à différents spécialistes.

5) De donner des efforts additionnels pour humaniser les psychiatres aux yeux du public et aider le public à voir et comprendre le travail d'équipe entre le médecin de famille et le psychiatre.

6) L'Association Américaine de Psychiatrie devrait travailler en liaison étroite avec le praticien à développer des programmes efficaces d'Hygiène Mentale à tous les points de vue.

Et voici maintenant les recommandations du comité pour arriver aux buts proposés.

1) On devrait faire des efforts en vue de renforcer le curriculum dans le domaine de la psychiatrie sociale dans les écoles de médecine et en vue de couvrir d'une façon plus adéquate les troubles émotionnels fréquemment rencontrés par le médecin de famille.

2) En autant que cela est possible l'internat devrait comprendre une période d'entraînement en psychiatrie.

3) On devrait voir à établir des cours de psychiatrie générale pour les praticiens.

4) On devrait établir des bourses d'études pour les praticiens afin de leur permettre de suivre des périodes d'entraînement intensif dans des centres psychiatriques.

5) On devrait établir des cours de psychiatrie sur une base régionale pour rafraîchir la mémoire des médecins-praticiens.

En effet un programme éducationnel d'envergure est absolument nécessaire. Il ne faut pas oublier que le praticien pratique souvent la psychiatrie au point de vue pharmacologique et prend soin de malades au début de leur maladie sans connaître suffisamment les problèmes en cause et que, de plus, il est

responsable du traitement d'une bonne partie des malades sortant des hôpitaux mentaux.

6) On devrait utiliser davantage les médecins de famille pour un travail à temps partiel dans les cliniques d'hygiène mentale sous la surveillance de psychiatres expérimentés.

7) On devrait utiliser davantage les praticiens dans les hôpitaux mentaux et leur donner un entraînement didactique.

8) Que les psychiatres communiquent aux praticiens leur manière de voir concernant les indications et l'utilisation des médicaments ataraxiques.

9) Que les psychiatres écrivent plus d'articles dans le but d'orienter le médecin de famille et que ces articles soient écrits d'une manière compréhensible. Il faut évidemment que le médecin lise ces articles qui seraient écrits pour lui. Il faut également aider ce dernier à prendre une part active dans tout ce qui touche à la santé publique dans son milieu et à la médecine préventive.

Ce sont là, il me semble, des suggestions qui sont réalisables et qui permettraient aux praticiens généraux d'être vraiment au service des malades mentaux. Je voudrais maintenant passer à un autre document, également traduit de l'anglais, qui est intéressant parce qu'il pose des problèmes concrets qui peuvent être étudiés entre médecins de famille et psychiatres. Il s'agit du rapport du Dr Stalker, un praticien de la municipalité d'Ormstown, adressé à l'Association de Psychiatrie de la Province de Québec. Voici à peu près ce que dit ce médecin:

« Nous croyons que deux principes généraux devraient prévaloir: la simplification et la prévention. Le praticien voit ses patients dans leur mode de vie usuel. Il voit donc les attitudes normales plus souvent que les anormales en psychologie. Mais il voit les variations les plus précoces et minimales de l'anormalité. Il faut donc qu'on lui enseigne à reconnaître ces symptômes anormaux précoces et comment y faire face. Il serait donc avantageux que l'en-

seignement mette l'accent sur les problèmes émotionnels et particuliers des individus de leur naissance à leur vieillesse. Puis-je essayer d'illustrer en posant quelques questions? Est-ce que les difficultés nutritionnelles du nourrisson peuvent être une frustration psychologique transmise de la mère? Pourquoi un bébé fait-il des accès de colère? Est-ce que l'énurésie est due à un entraînement défectueux ou est-ce un problème psychiatrique? Quels sont les problèmes associés avec le début de la puberté et comment les aborder? Quelle éducation sexuelle donner, à quel âge et par qui? On pourrait ainsi trouver des questions pour tous les âges de la vie. Le médecin-praticien veut des opinions concrètes au sujet de ces problèmes qu'il rencontre tous les jours. Il veut des réponses simples, dépouillées de théories. Un autre champ de la psychologie préventive est celui qui est associé à la maladie sous toutes ses formes, comme la manière d'aider les femmes enceintes, surtout lors de la première grossesse. Que faire au sujet des parents difficiles de la jeune femme enceinte? La psychologie du traitement de la maladie aiguë, de la maladie qui se prolonge mais dont le pronostic est bon, de la maladie chronique? Que faire pour le malade incurable et sa famille? »

Puis le Dr Stalker demande une différenciation simple mais précise entre la névrose et la psychose. Au sujet de la psychose il veut être renseigné sur les symptômes et les signes de danger exigeant l'internement. Quels psychotiques peuvent être traités dans un hôpital général ou un centre psychiatrique sans être internés? Quels patients bénéficient de la thérapie de shock ou d'un traitement pharmacologique?

Au sujet de la névrose et des problèmes psychosomatiques le Dr Stalker dit ce qui suit: « Dans ce vaste domaine toutes les spécialités de la médecine doivent se rencontrer et coopérer avec le médecin de famille qui devrait être le gérant-général. Il devrait savoir quelles sont les investigations nécessaires pour éliminer une pathologie organique et quand la consultation psychiatrique est utile ».

Comme vous le voyez, ces questions d'un praticien de la province de Québec forment tout un programme d'études et il serait souhaitable que praticiens et psychiatres se rencontrent pour essayer d'y trouver des réponses. De telles rencontres ainsi que d'autres formes d'enseignement sont nécessaires si nous voulons que tous les médecins soient au service de tous les malades.

LES THÉRAPIES DE CHOCS¹

Yvan LÉGER.

L'introduction des neuroplégiques dans l'arsenal thérapeutique a modifié le traitement des malades mentaux. Les premières expérimentations faites avec le largactil et le serpasil ont donné des résultats tellement remarquables que, tout de suite, on a conclu que c'en était fini des maladies mentales. De fait, les rapports sur les tranquillisants étaient si mirobolants que l'on a donné le nom de médicaments « miracle » à ces drogues. On a cru que les hôpitaux psychiatriques se videraient de leurs patients et que les psychiatres devraient se chercher une autre spécialité. On a cru également que c'en était fini des thérapies de chocs.

Cependant, l'optimisme des premiers mois s'est rapidement montré exagéré et lorsque l'enthousiasme du début se fut calmé on a pu faire une plus juste appréciation de la réalité. Nous donnons encore des électro-chocs, nous traitons encore les malades avec l'insuline. En 1956, par exemple, il s'est donné à St-Jean-de-Dieu 32 720 électro-chocs. Les thérapies les plus communément employées demeurent l'électro-choc et l'insulinothérapie. C'est ce qui fera le sujet de cette communication. Nous parlerons d'abord de l'insulinothérapie.

INSULINOTHÉRAPIE

L'insuline peut se donner de multiples façons: soit à petite dose pour provoquer des signes d'hypoglycémie légère; soit à dose moyenne pour un état de somnolence profonde et pré-coma; soit à dose suffisante pour produire un coma et c'est la cure de Sakel proprement dite.

Dans la cure de Sakel, les locaux et le personnel prennent une grande importance. Les locaux doivent être spacieux et agréables. Il

s'agit de favoriser la constitution d'un groupe de malades qui vivront ensemble et pourront augmenter leur capacité de contact et favoriser leur extraversion.

I — *Indications*

Les indications de l'insuline sont les suivantes: d'abord la schizophrénie forme paranoïde puis la schizophrénie forme hébéphrénocatatonique, certains états d'angoisse, la névrose obsessionnelle et d'autres affections mentales où le milieu favorable est susceptible d'amener une amélioration.

II — *Préparation de malade*

Lorsque le malade est choisi comme candidat, il faut lui faire passer un examen clinique général avec analyses d'usage. De plus il est à recommander qu'il subisse une radiographie pulmonaire, un électroencéphalogramme pour savoir s'il existe des potentiels électriques anormaux. Un électrocardiogramme devra être fait chez les sujets âgés.

III — *Contre-indications de l'insuline*

Les contre-indications absolues sont les suivantes: toutes les affections fébriles; les affections cardiovasculaires telles que:

Hypertension artérielle,
hypotension (danger de collapsus),
angine de poitrine,
sclérose coronaire,
infarctus du myocarde,
affections valvulaires mal compensées,
myocardites;
les affections pulmonaires.

La tuberculose ancienne est une contre-indication relative.

IV — *Technique de l'insuline.*

1. Le sujet doit être à jeun et chaque jour il faut prendre la température, le pouls et la

1. Communication faite aux Journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal.

tension artérielle. Toute hyperthermie est une contre-indication absolue.

2. L'injection d'insuline ordinaire se fait par voie intra-musculaire. On commence par de petites doses et on augmente graduellement jusqu'à ce que l'on ait obtenu chez le malade le stade désiré.

V — Médicaments pouvant être associés à l'insuline.

1. L'amytal qui réduit la dose comatogène.
2. Les barbituriques permettent d'éviter les mouvements convulsifs, v.g. gardénal .10 cg peut être donné dès l'apparition des clonies.
3. Les ganglioplégiques.
4. On peut également associer l'hyaluronidase qui permet de diminuer les doses et d'obtenir des comas plus réguliers. Le pouvoir de diffusion de l'hyaluronidase favorise une chute plus marquée et plus rapide de la courbe glycémique. Les études de Sacerdoti (1951) sur ce sujet ont été confirmées par Demay plus tard.

VI — Coma et réveil

La durée du coma peut être de cinq minutes au début et on augmentera progressivement jusqu'à 30 ou 40 minutes.

Le resucrage se fait par voie intra-veineuse, par sonde gastrique ou par voie buccale.

La quantité de sucre à donner en grammes correspond au nombre d'unités d'insuline plus 10% v.g. 60 unités = 66 grammes de sucre. S'il y a vomissements au réveil on donnera atropine 10-15 gouttes (solution à 0,1%) ou $\frac{1}{4}$ mg I.V.

VII — Durée de la cure

La durée de la cure est d'environ trois mois. On donne l'insuline 5 fois la semaine pour atteindre un total de 50 à 60 comas.

VIII — Manifestations cliniques de l'insuline

A la courbe hypoglycémique correspondent quatre phases cliniques:

1. Une phase de latence qui suit l'injection: elle est manifestée par de la lassitude, des engourdissements, de la faim, de la soif, de la salivation et de la sudation.

2. Phase de sommeil léger. Le patient s'éveillera facilement si on le stimule.

3. Phase de somnolence profonde non réversible avec stimulation.

4. Phase de coma. Elle coïncide avec la disparition des réflexes cornéens.

IX — Complications

Une des plus graves complications (en plus des complications cardiaques ou pulmonaires) est le coma prolongé ou coma post-hypoglycémique.

Le malade ne se réveille pas quoique la glycémie reste souvent au niveau de la normale. Les signes cliniques sont les suivants: la respiration est rapide et superficielle. La peau est sèche. Les réflexes pupillaires et cornéens sont abolis. Il y a un signe de Babinski, de l'agitation, de la rigidité décérébrée, de la tachycardie et polypnée. L'hypothermie du début est suivie d'hyperthermie. Le réveil se fait graduellement sauf si le coma est irréversible. Le traitement est symptomatique plus l'injection de largactil.

X — Insuline à faible dose

On peut donner l'insuline à faible dose dans les cas suivants: anorexie, sitiophobie, dénutrition, troubles névrotiques et psychonévrotiques.

ELECTROTHÉRAPIE

La réaction déclenchée par le choc électrique est une crise convulsive manifestée par une perte de conscience instantanée et un relâchement. Viennent ensuite une phase tonique, une phase clonique et un état confusionnel qui peut durer de 5 à 30 minutes. La stimulation électrique peut être unique ou itérative.

I — Préparation du malade

1. Un examen clinique et analyses d'usage avec tests complémentaire si nécessaire.

2. Un électroencéphalogramme pour éliminer les tumeurs cérébrales quoique celles-ci ne constituent pas une contre-indication absolue.

3. Radiographie de la colonne vertébrale, du pelvis ou du 1/3 inférieur du tibia pour recherche de la décalcification.

4. Le traitement peut être donné 2 heures après un léger repas ou 3 heures après s'il y a anesthésie et curarisation.

5. Le malade doit vider sa vessie et ses intestins, retirer les pièces dentaires mobiles, desserrer les cravates, ceintures ou gaines, enlever les épingles à cheveux et objets de métal.

6. Les états d'épuisement représentent un danger particulier. Une injection de coramine pourra être nécessaire.

7. Les sédatifs élèvent de peu le seuil convulsivant et provoquent plus de relâchement.

8. L'anesthésie est possible avec les électrochocs.

9. Les risques de fractures sont diminués par injection d'anectine.

II — Soins pendant et après la crise

On doit donner au patient la position qui permet de réduire au minimum les risques de complications articulaires et osseuses. Le malade sera placé en décubitus dorsal avec sac de sable sous l'ensellure dorsale. Un dispositif buccal empêchera les morsures de la langue.

Le traitement peut être hospitalier ou ambulatoire.

III — Complications

1. Fractures: bras (col de l'humérus); cavité cotyloïde (col du fémur); fracture du rachis.

2. Luxations: épaule; maxillaire inférieur; luxation vertébrale.

3. Système respiratoire: apnée prolongée; abcès du poumon; asphyxie par corps étrangers; pneumonie.

4. Système cardio-vasculaire: arythmie transitoire; fibrillation auriculaire; collapsus.

5. Endocriniennes: hyperthyroïdie (rare); diabète insipide (rare).

6. Nerveuses.

7. Mortelles.

Le traitement des complications est causal.

IV — Indications

Les principales indications sont: 1. états dépressifs; 2. états maniaques; 3. psychoses d'involution.

Les autres indications sont très variées:

1. accès schizophrénique aigu;

2. schizophrénie catatonique;

3. psychoses post-partum;

4. psychonévroses — résultats décevants;

5. toxicomanie — résultats décevants;

6. épilepsie: chez les malades ayant une crise à intervalle régulier;

7. délire aigu;

8. interventions chirurgicales courtes;

9. traitement prophylactique ou d'entretien;

10. traitement combiné à l'insuline;

11. leucémie.

V — Contre-indications

Il n'y a pas de contre-indications absolues à l'électro-choc sauf dans les cas d'anévrysme aortique, d'insuffisance coronarienne, de myocardites ou d'endocardites.

Les contre-indications relatives sont:

1. Age: l'électro-choc a été donné à des patients de 10 et de 90 ans.

2. Grossesse.

3. Fièvre: l'étiologie est à considérer; elle peut être une indication chez les patients excités, agités.

4. Hypertension, hémiplegie, tuberculose, fractures, affections cérébrales.

En conclusion je crois que l'on peut dire que les thérapies de chocs sont employées moins fréquemment, mais qu'elles demeurent un facteur important dans le traitement des maladies mentales.

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris. Psychiatrie, vol. III, 1955.

LA PSYCHO-PHARMACOLOGIE ¹

Gérard BEAUDOIN,

Clinique de psychiatrie, Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Le psychiatre engagé dans la pratique, soit privée, ou encore en clinique externe et par extension en milieu d'hôpital général, vient en contact avec toute la gamme de la psychopathologie. C'est dire que tous les agents chimiothérapeutiques dont dispose la psychopharmacologie lui sont utiles à un moment ou à un autre. Il va de soi que ces agents chimiothérapeutiques ne demeurent que des adjuvants avec des indications plus ou moins précises, adjuvants aux autres formes de traitements psychiatriques; il s'impose aussi que ces médicaments ne soient employés qu'après qu'un diagnostic psychiatrique précis ait été établi.

Ce travail n'inclura que des produits nouveaux, sans les inclure tous cependant, étant donné leur grand nombre. Nous avons surtout choisi ceux avec lesquels nous avons eu quelque expérience.

Nous les grouperons en trois grandes catégories:

1. *Les ataractiques ou tranquillisants* qui comprennent la rauwolfia et ses alcaloïdes; les dérivés de la phénothiazine; les méprobamates; les diphenyl méthanes.

2. *Les barbituriques* et nous mettrons ici le plexonal.

3. *Les analeptiques* dans lesquels nous incluerons la fitaline et le mératran.

La rauwolfia et ses alcaloïdes, surtout la réserpine

Nous lui trouvons une indication particulièrement avantageuse chez les malades ambulants, tendus, anxieux, légèrement insomniaques chez lesquels nous envisageons une période de psychothérapie de longue durée c'est-à-dire de plusieurs mois. Nous obtenons une action calmante, un état de relâchement

bienfaisant qui facilite l'adaptation du malade à son entourage et facilite aussi sa coopération au cours d'entrevues psychiatriques. Nous la trouvons utile aussi chez quelques malades schizophrènes ambulants pour calmer des périodes de comportement explosifs. Nous l'administrons souvent pendant plusieurs mois à des doses de 2 à 4 mg par jour. Il est parfois nécessaire d'associer un stimulant léger pour combattre la somnolence désagréable qu'entraînent les médicaments.

Quant aux dérivés de la phénothiazine, telle la chlor-promazine, la promaxine, nous les considérons comme des adjuvants précieux et indispensables pour contrôler des périodes de psychose avec agitation et violence soit en milieu hôpital général ou à domicile. Nous employons une dose d'attaque forte généralement par voie parentérale, suivie de doses d'entretien moins élevées par voie orale ou rectale. Cette médication contribue pour nous à épargner parfois des internements, à rendre possibles les autres formes de traitement psychiatrique soit en milieu d'hôpital général ou soit encore sur une base externe; elle remplacera aussi parfois les électrochocs. Chez les alcooliques, chez les vieillards en général, chez les artério-scléreux et chez les séniles, nous préférons la promazine qui est apparemment moins toxique et dont les effets cardio-vasculaires sont moins intenses. L'effet potentialisateur des hypnotiques se montre aussi très utile qu'il s'agisse d'hypnotiques, barbituriques ou non.

Parmi les ataractiques ou tranquillisateurs, mentionnons les méprobamates, i.e. Equanil & Miltown. Leur formule se rapproche de celle de la méphénésine ou tolsérol. Ces produits ont un double effet, soit un effet tranquillisateur d'une part, par leur action sur le thalamus et aussi d'autre part, un effet de relâchement musculaire dû à leur action de blocage interneuronal. Nous les trouvons utiles

1. Communication présentée le 8 mai 1957 à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, lors des Journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal.

dans les états anxieux et plus particulièrement dans les états anxieux qui s'accompagnent de certaines somatisations surtout myalgiques. Ainsi par exemple des états anxieux qui s'accompagnent de lombalgie; de céphalées tensionnelles localisées à la nuque, dans les états anxieux avec tension pré-menstruelle; ces produits ont un double effet en calmant d'abord l'anxiété et aussi en diminuant les malaises somatiques. Ces mêmes produits administrés une heure avant l'électrochoc contribuent à diminuer les céphalées qui suivent ce traitement. Ils n'ont pas d'action incommode sur le système neuro-végétatif. Ils constituent donc un adjuvant précieux chez les malades ambulants, en clinique externe ou au bureau privé. Bien que nous ne l'ayons pas noté personnellement, l'opinion américaine est actuellement alertée devant les dangers d'accoutumance que présentent les produits de ce groupe. Les doses habituelles sont de 1 co. de 400 mg, 4 fois par jour.

Parmi les barbituriques, nous désirons mentionner ici le plexonal, une préparation contenant 3 barbituriques différents, le barbital, le phénobarbital, et le sandaptal associés à la scopolamine et à la dihydroergotamine. Ces deux dernières substances sont reconnues pour leur action sédative sur le système nerveux central; en plus la scopolamine a un effet parasympholytique, la dihydroergotamine une action sympatholytique. Le plexonal est employé comme sédatif diurne à dose filée et aussi comme hypnotique au coucher. Dans le premier cas, nous le trouvons particulièrement utile chez les individus présentant des manifestations obsessives avec anxiété et insomnie; ce médicament calme chez eux l'anxiété et assure un sommeil plus facile au coucher sans cependant provoquer de somnolence trop grande le jour. Nous l'employons alors habituellement aux doses variables de 1 ou 2 co. 4 fois par jour, les 2 derniers comprimés étant administrés au coucher comme hypnotique. Le plexonal contrôle souvent des insomnies rebelles qui ont résisté à d'autres barbituriques; il possède les qualités d'un bon hypnotique, en provoquant un sommeil d'une

durée de 6 à 8 heures et surtout en provoquant un strict minimum d'effets secondaires désagréables au travail. Sa toxicité semble aussi être minima.

Parmi les analeptiques, nous désirons mentionner 2 produits assez récents du groupe pipéridyl; le mératran de Merrell et la ritaline de Ciba. Leur dosage est différent, nous croyons cependant que leurs indications sont analogues. Ils ont l'avantage sur les analeptiques plus anciens, et aussi plus puissants tels l'amphétamine et la désoxyéphédrine, d'avoir des effets analeptiques appréciables sans avoir les effets sympathomimétiques secondaires désagréables des plus anciens produits. En effet, règle générale, aux doses thérapeutiques habituelles, ils ne provoquent pas de tachycardie, d'hypertension, de diminution marquée de l'appétit ni d'hypertonie musculaire; comme les analeptiques anciens, ils demeurent indiqués dans les états de dépression réactionnelle légère, les états de fatigue ou de stress. Ils contribuent à diminuer la fatigabilité, à donner une légère élévation du tonus affectif, une idéation plus facile et plus rapide. Nous insistons sur le fait que ces analeptiques ne rendent pas service dans des états de dépression grave et ne rendent pas service non plus dans des états de dépression accompagnée d'anxiété puisqu'ils ont alors tendance à accroître ces manifestations anxieuses.

L'usage des tranquillisateurs a multiplié les indications de ces analeptiques; en effet, associés soit à la réserpine soit aux dérivés de la phénothiazine, ils contribuent à diminuer la somnolence et les étourdissements que produisent ces médicaments. Ils sont encore utiles pour combattre ce même effet de somnolence rencontré au cours de traitement avec les anti-convulsivants. Ils ne doivent pas être administrés après l'heure du souper afin de ne pas nuire au sommeil. Leur action est moins intense que celle des plus anciens; ils présentent peut-être ainsi moins de danger d'accoutumance. Le dosage varie selon les malades; la dose quotidienne de mératran varie entre 3 mg et 5 mg (comp. de 1 mg et

2,5 mg); la ritaline varie entre 20 et 40 mg par jour (comp. de 10 mg).

En résumé tous les médicaments, utilisés en psychiatrie, servent en clinique externe. Nous discutons ici les méprobamates utiles surtout par leurs effets tranquillisateurs et leur effet de relâchement du tonus musculaire. Nous mentionnons aussi le plexonal, une préparation de 3 barbituriques, associés à la scopolamine et à la dihydroergotamine, utile com-

me sédatif diurne et et comme hypnotique. Enfin au chapitre des analeptiques nous mentionnons deux nouveaux produits, mératran et ritaline qui ont l'avantage d'avoir des effets analeptiques intéressants sans avoir les effets sympathominétiques secondaires souvent nuisibles.

Tous ces médicaments nouveaux, sont des adjuvants précieux aux traitements psychiatriques éprouvés.

INSULINOTHÉRAPIE AVEC ALIDASE EN PLUSIEURS INJECTIONS

(MÉTHODE SACERDOTI-YAGDJOGLOU)

Victorin VOYER, Roger RACINE et Monique WATERKEYN, I.L.,
Institut Albert-Prévost (Montréal).

La cure de Sackel ou coma insulinique thérapeutique, dans le traitement des maladies mentales, a subi, depuis les travaux originaux de son découvreur en 1935, de nombreuses modifications. Elle fut discréditée et abandonnée par certaines cliniques et ses effets physiologiques ont donné lieu à une opposition systématique de la part de thérapeutes psychodynamistes.

Nous croyons devoir, dans un bref exposé, donner les motifs qui nous ont fait conserver l'insulinothérapie comme méthode nécessaire pour le traitement de certains cas de maladie mentale et opter pour une forme spéciale d'insulinothérapie dite « somnolence », administrée à l'insuline associée à l'alidase (Sacerdoti 1951) et cela en plusieurs injections (Yagdjoğlu 1950).

Après un sommaire rappel sur le développement de la méthode, nous dirons comment cette méthode particulière d'*insulinothérapie-somnolence* permet de contourner les dangers physiologiques tout en conservant les effets curatifs de la cure d'insuline idéale, et enfin comment cette cure peut donner satisfaction aux plus ardents des psychodynamistes en facilitant l'approche psychothérapeutique immédiate.

DE SACKEL À L'INSULINOTHÉRAPIE-SOMNOLENCE

La cure originale de Sackel est synonyme de coma post-hypoglycémique. L'auteur a le mérite d'en avoir précisé l'action et la technique puis d'avoir lui-même évolué de sa technique originale jusqu'à suggérer la variante d'insulinothérapie « sans choc ».

1. Nous sommes reconnaissants à la Compagnie Searle pour l'aide apportée à l'initiation de cette méthode. Leur préparation, qui ne présente aucun brouillage au mélange a été préférée à d'autres pour cette raison.

L'insuline-coma demande des doses progressives, ordinairement de 20 jusqu'à 200 et même 400 et 600 unités, administrées à six ou sept heures le matin pour un réveil permettant le repas du midi. Ce que l'on a désigné du nom de *choc insulinique* peut être décrit en quatre phases: une *phase de latence* après l'injection, très variable avec les individus, de sensations diverses à une agitation légère; une phase de *sommeil léger* où le réveil peut être obtenu par une excitation; une phase de *somnolence profonde* où il est impossible de réveiller le sujet par l'excitation douloureuse; une *phase de coma*, où la perte de l'appétit à réagir peut être confirmée par le critère de la perte du réflexe cornéen.

Or, c'est la phase de coma que les psychiatres redoutent, beaucoup d'auteurs continuant à lui attribuer avec Sackel une valeur curative. Les complications de cette phase: œdème cérébral, pratiquement constant dans le coma, l'anoxie cérébrale accompagnée de spasmes toniques d'extension et de torsion et perte des réflexes tendineux, l'épuisement général et nerveux, le collapsus cardio-vasculaire, les spasmes de la glotte et du pharynx, l'hyperthermie d'origine centrale et l'agitation sont là des réactions pénibles. De là à faire durer la phase de coma progressivement chaque matin de quinze minutes à une heure et plus, et cela six jours par semaine pour des cures de six semaines et plus, il y avait lieu de repenser la cure insulinique avec des perspectives plus circonspectes afin d'éviter des épiphénomènes d'ordre neurologique chez des malades déjà dissociés. C'est ainsi que dans certains cas des schizophrènes ou des schizo-affectifs déprimés se sont détériorés lentement en un syndrome dissociatif souvent épileptiforme après le coma insulinique.

Le coma insulinique est de plus une cure onéreuse. Elle demande une salle bien outillée,

avec un personnel nombreux, très entraîné, une présence immédiate des médecins. Les alertes sont dramatiques, traumatisantes pour les compagnons de cure. De plus, même si nous avons la précaution de faciliter — comme nous le faisons pendant la guerre — une disposition de salle permettant la formation de groupe de malades pour provoquer « les contacts et l'extraversion psychothérapeutique », le procédé de coma insulinique entame considérablement la journée du malade, le soustrait souvent à l'entrevue individuelle, oblige à une surveillance continue pour toute réaction retardée hypoglycémique.

Le danger existe que le coma devienne une thérapeutique univoque pour certains psychiatres, le malades mental demeurant complètement négligé quant à la psychothérapie individuelle ou de groupe. Ce qu'il y a d'onéreux au point de vue outillage et surveillance était négligemment balancé par l'absence de l'approche humaine du malade. Paul Neveu a raison de dire: « Le cadre matériel et humain du traitement est tellement important que nous n'hésitons pas à affirmer que, s'il n'est pas réalisé de façon satisfaisante, il vaut mieux renoncer à l'insulinothérapie qui devient alors inefficace et par suite dévaluée ». (Ceci, d'ailleurs, s'applique à toute cure insulinique même de simple sommeil. L'un de nous, attaché à un service de médecine interne où il s'associait au traitement des névrosés par des cures de sommeil avec psychothérapie, en particulier des dyspeptiques et petits déprimés, ne fut pas surpris deux ans après avoir quitté ce service d'entendre un médecin lui dire: « Nous avons continué les cures d'insuline depuis votre départ et nous n'observons plus aucun résultat curatif ». Nous avons là l'explication des échecs inévitables des médecins utilisant l'insulinothérapie chez leurs malades sans psychothérapie.)

Aussi étions-nous heureux de rencontrer en Sackel au Congrès de Paris (1950) une insistance dans son rapport comme en conversations particulières, sur l'intérêt de l'insuline « sans chocs ». Il insistait sur l'importance, par une méthode appropriée, de procéder de la Phase I à la Phase III directement sans

passer par la Phase II qui serait superflue. Depuis, la Phase IV aussi, celle du coma, a perdu de sa faveur selon les expériences de la plupart des auteurs. La somnolence profonde chez nos malades mentaux semble suffire à une cure, et la phase de coma, si la première n'a rien donné comme résultats, demeure souvent superflue.

Il y a donc lieu de résumer l'historique de l'évolution de la cure de Sackel comme ceci: le *choc* physiologique et le *coma* ne sont pas les phénomènes importants de la cure et toutes les méthodes dérivées de la cure originale devraient tendre à éviter l'apparition ou toute durée de ces phases de traitement hypoglycémique.

L'application des cliniciens — tous du continent européen, les cliniciens américains discréditant progressivement l'insulinothérapie — fut de trouver une méthode d'administrer l'insuline pouvant procurer une somnolence profonde après une phase de latence la plus courte et la moins pénible, en cela évitant la deuxième phase de ce sommeil réversible où le malade tour à tour somnole et s'agite, avec l'angoisse de la soif, de la faim, de la sudation avec malaise, cris réclamant la nourriture.

MÉTHODE SACERDOTI-YAGDJOGLOU

C'est en 1950 que le turc Yagdjoglou préconisa les injections sous-cutanées multiples de l'insuline. L'induration scléreuse des tissus où sont répétées les injections sous-cutanées d'insuline finit par faire augmenter considérablement la dose d'insuline et la résorption subséquente nous oblige à de hautes doses de resucrage. L'auteur de la méthode préconise quatre injections distinctes intra-musculaires et l'avantage d'un retrait lent et progressif de la longue aiguille favorisant ainsi une meilleure et immédiate diffusion de l'insuline. La dose d'insuline nécessaire en est réduite ainsi que la dose du resucrage. Cette méthode n'a encore attiré l'attention d'aucun auteur de notre continent.

Sacerdoti, en 1951, a réussi par la seule association d'hyaluronidase à diminuer de façon impressionnante les doses d'insuline pour l'obtention de comas plus réguliers.

La courbe glycémique fait une chute plus rapide, la profondeur du coma est plus grande pour une dose plus faible d'insuline. Grâce au pouvoir de diffusion de cette substance qui rompt la viscosité — ou, pour employer la terminologie de Merlin (de Lille), la plasticité pâteuse du tissu conjonctif sous-cutané, les effets post-hypoglycémiques sont obtenus en une rapidité utile sans cette période d'agitation psycho-motrice qui a tendance à se prolonger.

Cette méthode de Sacerdoti à l'hyaluronidase contrairement à la méthode turque inconnue encore en Amérique, a fait l'objet de trois études sur notre continent. Elle a donc déjà été employée mais toujours dans le but d'obtenir un coma.

Cette méthode combinée, hyaluronidase injections-multiples, nous est apparue celle qui servirait le mieux les buts, le genre d'organisation de notre clinique où nous traitons des cas aigus et où nous avons d'abord la préoccupation humaine de thérapie dynamique avec souci de récupération affective et rééducation psycho-dynamique de nos malades.

La technique de l'insulino-thérapie-somnolence à l'hyaluronidase en plusieurs injections est simple. D'abord, par une injection d'un dixième de l'ampoule d'un cc, il s'agit de faire l'épreuve de tolérance de l'individu. Aucun de nos patients, soit plus de cinquante, n'a encore présenté de réaction anaphylactique. Puis, l'insuline cristalline, soit 10 à 20 unités pour une première injection, selon le cas, est mélangée à une demie ou quart d'ampoule d'hyaluronidase. La préparation employée étant l'Alidase de Searle dosée à 150 unités de *turbidity-reducing* par cc, et la dose idéale de *turbidity-reducing* démontrée suffisante entre 25 et 100 pour la pénétration sous-cutanée d'autres substances quelqu'en soit la quantité (Même les 1000 c.c. de sérum physiologique), la quantité de 40 à 75 unités *turbidity-reducing* environ de cette substance s'est avérée suffisante pour toute dose d'insuline. Le mélange est ensuite administré dans une seringue munie d'une longue aiguille qui, introduite profondément dans le tissu

cellulaire sous-cutané, en est retirée lentement pendant que l'on injecte la moitié de la seringue dans un des deux membres du malade, injectant de la même manière l'autre moitié dans l'autre membre. Yagdjoglou préconisait trois et même quatre injections quelque rapprochées qu'elles fussent sur le même membre. Il semble bien que deux injections seulement, associées à l'hyaluronidase ne présentent pas beaucoup de différence avec trois ou quatre, telles qu'on les a données au début.

Les résultats sont qu'une somnolence ou Phase III est obtenue en moins d'une heure, tenant compte de variantes suivant les susceptibilités individuelles. La Phase II dite « de choc » et Tyndel confirme ce résultat, en est raccourcie du tiers et la somnolence ou semi-coma est rapidement obtenue. Il s'agit donc de donner une dose moindre d'insuline pour que cette somnolence profonde soit obtenue et que cette dose soit insuffisante pour provoquer une telle chute de la glycémie pour atteindre le coma. La dose d'insuline autrefois employée seule et nécessaire pour produire une somnolence était de l'ordre de 90 à 150 unités. Il est plutôt rare que nous ayons à dépasser 40 unités avec la substance diffusante associée à deux injections.

Ceci a permis l'administration de l'insuline à huit heures le matin au lieu de sept heures, et entre dix et onze heures la cure est terminée alors que souvent le resucrage était à peine terminé pour le repas de midi avec l'insuline injectée seule.

La technique ne nécessite pas un personnel aussi important, la surveillance étant plus facile. Ceci nous a permis aussi d'abandonner la salle d'aspect concentrationnaire de vingt malades alités ensemble, avec les cris, les appels, les gémissements qui contrecarraient beaucoup le but « d'extraversion » bienfaisante et empêche le « maternage » si efficace durant la cure d'insuline.

Maintenant, il est possible de pratiquer l'insuline-somnolence dans des chambres voisines les unes des autres, de trois malades par chambre, et cela sur le même plancher où se trouvent des patients non insulinés. Nos ma-

lades peuvent mieux reposer sans se nuire tout en conservant le contact suffisant à l'extraversion, d'autant plus que celle-ci peut se pratiquer avec des patients sous un autre traitement et sans cette pénible sensation d'avoir été soumis à une thérapie particulièrement difficile à accepter par rapport aux autres.

LES RÉSULTATS

Cette méthode, en plus, de ne nécessiter que moins de la moitié de la dose d'insuline, de ne prendre que la moitié du temps requis par la méthode sans diffusion provoquée et de n'exiger qu'un moindre personnel et un aménagement de salle moins sordide et plus humain, offre les avantages signalés au début de ce travail: premièrement, une impressionnante diminution des réactions pathologiques de l'hypoglycémie; deuxièmement, d'évidents résultats biodynamiques sur l'efficacité de la cure chez des malades schizophrènes en particulier; et troisièmement, elle favorise d'une manière impressionnante l'approche de la psychothérapie.

La phase initiale après l'injection, diminuée d'un tiers dans le temps, est dépourvue des malaises usuels d'angoisse, d'appréhension, nausées, vomissements, et le patient ne se trouve pas soumis à ce que Sackel avait désigné du nom de « choc ». Les psychiatres en étaient trop restés aux conceptions de la thérapie au « métrazol », à savoir que c'est la peur, l'onirisme apocalyptique qui agissait sur le malade dans les thérapies dites de « choc ». Aujourd'hui même l'électroplexie est administrée sous amytal et est donnée pour ainsi dire sans « choc » avec les mêmes résultats. C'est ce que Sackel avait, en 1950, au Congrès de Paris, préconisé: une méthode sans « choc ». La méthode à insuline diffusée obtient ce résultat en éliminant la phase de « choc ».

En éliminant en plus la phase du « coma », c'est-à-dire en ne provoquant avec une dose moindre d'insuline qu'une somnolence profonde prolongée mais sans nous rendre au coma, nous évitons l'œdème cérébral important, les collapsus et toutes les complications

graves de ce genre de phénomène post-hypoglycémique. Est-ce que le coma n'est pas nécessaire à une thérapie efficace, dira-t-on?

Les résultats — et beaucoup d'auteurs confirment aujourd'hui notre opinion — les résultats exclusivement biodynamiques de l'insulinothérapie sont observés dès la phase de somnolence. L'appétit et le sommeil sont alors déjà récupérés, les agités deviennent coopératifs et malléables dès cette phase, avant même d'avoir obtenu dans une troisième ou quatrième semaine le coma recherché. C'est pourquoi, avant même cette méthode de somnolence à l'Alidase, beaucoup de psychiatres cessaient leur cure sans se rendre au coma. Il reste qu'ils obtenaient cette somnolence avec une phase de choc et de fortes doses d'insuline.

Sur les cinquante malades soumis à la cure de somnolence insulinique sous hyaluronidase en plusieurs injections, trente-et-une cures furent complétées chez des schizophrènes paranoïdes avec « grande amélioration ». C'est d'ailleurs chez un paranoïde agité, violent, que nous avons refusé d'admettre que l'une de nous s'est décidé de débiter la méthode et a fait l'admission sous réserve vis-à-vis de la famille. Invalide depuis huit mois, halluciné et violent, dès les premières doses d'insuline il est devenu plus coopératif et a présenté une somnolence dès la quatrième journée. Ce malade a récupéré et a présenté un intérêt particulier au cours de psychothérapie individuelle. Malheureusement, depuis qu'il travaille après deux mois en clinique, il n'a pu suivre du dehors sa psychothérapie.

Ces trente-et-un cas de cure ont présenté ceci de particulier: ils étaient beaucoup plus alertes durant la journée, se montraient de suite capable d'entrevues individuelles; se comportaient sans angoisse vis-à-vis du traitement avec les médecins, les infirmières et compagnons à la clinique; s'adonnaient aux travaux d'occupation avec facilité et ne montraient pas l'apathie des patients soumis au « coma ».

Il est certainement trop tôt pour juger de l'efficacité à long terme de la thérapie de

somnolence. Mais c'est le cas de dire que les malades n'ont quitté la clinique parce que suffisamment améliorés.

L'indication de cette thérapeutique demeure la « schizophrénie paranoïde ». Cependant, nous espérons beaucoup de cette méthode pour les « dépressions vitales sans contenu psychique » et chez les « toxicomanes ». Ici malheureusement, notre expérience est trop limitée pour conclure.

Quant au troisième avantage de cette méthode en ce qui concerne l'approche psychothérapeutique, nous ne pouvons en douter. Nous suivons ici le principe de Neveu: « l'insulinothérapie sans psychothérapie est inutile ». Or, comment peut-on envisager une psychothérapie chez des sujets qui ont été soumis à des comas? Il existe toute une différence entre un humain soumis à la somnolence du nourrisson et celui que l'on a décérébré par le coma. Le premier n'est que soustrait à ses illusions du jour et plongé dans l'onirisme réparateur de la nuit. L'autre, lui, est coupé de l'effet bienfaisant de la montée corticale de ses rêves, des instances inférieures, son dynamisme vital mis à l'état de latence psychique. Ceci est prouvé pendant le resuscitage. Le somnolent s'empare du biberon, lui qui ne mangeait plus en anorexie, et suce comme un nouveau-né. L'autre, lui, est inerte et s'éveille dans la confusion mentale, soustrait à tout ce dynamisme du premier acte d'amour qui est digestif. Notre infirmière n'est pas inscrite comme participante à ce travail par seule galanterie. Tout comme celles qui se sont longuement occupées des cures insuliniques, elle a observé l'attitude du nourrisson des malades plongés en somnolence profonde. Les gestes vers la nourriture sont accompagnés d'une myriade d'autres qui portent chacun leur signification de renaissance, de volupté d'un éveil à la vie. Et ceci nous amène à ce phénomène thérapeutique du « maternage » dont le sujet ne peut être développé ici, mais qui est la porte principale d'entrée d'une psychothérapie brève et efficace. C'est le « maternage » qui provoque tout d'abord les premiers mécanismes correc-

teurs de la psychose: la compréhension involontaire, fortuite, puis en un deuxième pas les phénomènes de recul et acceptation sans résistance de réalités primaires.

Le déblocage verbal est remarquable chez les schizophrènes soumis à la somnolence. Préservé du coma, ses fonctions cérébrales sont demeurées intactes et le maternage favorisant le transfert, le malade se prononce d'abord sur le bon contact affectif, la bienveillance et la patience chez l'infirmière. Les entrevues peuvent débiter assez vite au cours de la cure avec le médecin. Chez plusieurs de nos malades, nous avons pu observer une habileté d'ironiser, même sur l'objet de leur délire, qui semblait faire relief sur l'état apathique et semi-confus des schizophrènes sortis de leur délire par le coma.

Il nous faudra encore bien du temps et de l'expérience pour parvenir à des conclusions complètes sur l'efficacité de la méthode mais nous pouvons dire qu'elle est en progrès marqué sur les cures insuliniques des débuts de la cure de Sackel présumant encore des progrès à venir.

* * *

La cure de Sackel, cure de coma post-hypoglycémique, a évolué depuis son introduction vers des méthodes où le procédé « choc » est définitivement répété. La méthode d'insulinothérapie-somnolence (pré-coma, disent les Américains) Sacerdoti-Yagdjoğlu s'avère la plus appropriée au traitement efficace biologique et psychodynamique de nos malades mentaux en évitant les complications physiopathologiques et favorisant une récupération psychique remarquable.

BIBLIOGRAPHIE

- MERLIN, Jean F., (Lille). La pression tissulaire sous-cutanée. *Information médicale* 9: 1 (janvier) 1957.
- NEVEU, Paul. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Psychiatrie, C10 p. 1 — 10, c50 p. 5.
- STRACCIA, F. A. et SCHEFLEN, A. E. Hyaluronidase as an Adjuvant in Insulin Coma Therapy. *Am. J. Psych.* 108: 702 (mars) 1952.
- TYNDEL, Milo. Hyaluronidase an Adjuvant in Insulin Shock Therapy. 32 (sept.) 1956. *J.A.M.A.* 162: 32 (sept.) 1956.

RECUEIL DE FAITS

KYTE OSSEUX ANÉVRISMAL D'UNE PHALANGE

Roland GUY, Raymond LANGEVIN, Odilon RAYMOND et Guy MARTINEAU,
Hôpital du Sacré-Coeur (Montréal).

Récemment certains d'entre nous rapportaient, dans ce journal, deux observations de kyste osseux anévrisimal et, à l'occasion, présentaient une synthèse des publications à date sur cette entité pathologique (1). Dans les considérations cliniques, un tableau schématisant 79 cas démontrait qu'à ce moment-là aucun cas de kyste osseux anévrisimal

n'avait été rapporté avec localisation dans les phalanges de la main, du pied et dans les os du carpe ou du métacarpe.

Depuis, dans le numéro de janvier 1957 de la revue Radiology, Sherman et Soong analysent 43 nouveaux cas de kyste osseux anévrisimal tirés de la collection du Memorial Hospital de New-York (2). Dans ce travail,

TABLEAU I

LOCALISATION SQUELETTIQUE DU KYTE OSSEUX ANEVRISSAL											
MEMBRES INF.		MEMBRES SUP.		COL. VERTEBRALE		THORAX		CRANE et FACE		METACARPIENS et PHALANGES	
A-B		A-B		A-B		A-B		A-B		A-B-C	
Os iliaque	5-7	Clavicule	1-4	Vertèbres	21-6	Côtes	2-0	Occipital	2-0	Méta.	0-1-0
Fémur	11-4	Omoplate	1-1			Sternum	1-0	Max. infér.	1-1	Phal.	0-2-1
Tibia	12-4	Humérus	8-5								
Péroné	5-1	Cubitus	5-1								
Os du pied	3-3	Radius	1-3								
Total	36-19	16-14		21-6		3-0		3-1		0-3-1	
<p>A = Revue de la littérature avec 2 cas personnels - Guy et coll. 1956 - (Total 79) B = Cas personnels - Sherman et Soong - 1957 (Total 43) C = Présentation actuelle.</p>											

les auteurs se sont surtout intéressés à la localisation squelettique et à l'aspect radiologique de la lésion.

Dans le Tableau I, nous avons comparé notre étude de la localisation avec celle de Sherman et Soong.

La série de cas du Memorial Hospital, la plus considérable publiée à date, s'accorde assez bien dans l'ensemble, avec notre revue. Ce que nous voulons souligner, c'est le fait que Sherman et Soong ont rapporté une observation de kyste osseux anévrisimal d'un métacarpien, et 2 cas où la lésion siégeait dans une phalange (les auteurs ne spécifient pas s'il s'agit de phalanges de la main ou du pied). Ce sont, semble-t-il, les premières observations du genre.

Par ailleurs, depuis notre publication de septembre 1956, nous avons aussi observé un kyste osseux anévrisimal dans une phalange. L'intérêt de notre publication actuelle réside donc dans la localisation de la lésion, localisation considérée comme rare jusqu'à maintenant. (3 observations sur un total de 123 kystes osseux anévrisimaux — voir Tableau I).

OBSERVATION

C.A., jeune fille de 13 ans, se présente dans le service d'orthopédie avec une tumeur osseuse de l'auriculaire gauche. Un an auparavant, la patiente s'était infligé une coupure superficielle à ce doigt. Par la suite, elle accusa une douleur sourde, lancinante et intermittente. Puis, une tuméfaction apparut au tiers proximal de ce doigt, tuméfaction qui augmenta de volume progressivement. La malade par ailleurs, n'accuse pas la perte de poids et son état général est demeuré excellent.

A l'examen, au tiers proximal de l'auriculaire gauche, il y a présence d'une tuméfaction arrondie, dure, douloureuse à la pression, et mesurant environ 2,5 cm de diamètre. La fonction du doigt est conservée et les articulations avoisinantes ne sont pas gênées dans leurs mouvements. La malade est apy-

rétiq ue lors de son admission. L'épreuve avec le diachylon de Vollmer est négative. Sédimentation (Cutler): 3 mms. Les autres analyses de laboratoire ne donnent pas de renseignement significatif.

La radiographie (fig. 1) montre une lésion ostéolytique intéressant toute la phalange proximale. Le cortex est aminci et la phalange a un aspect soufflé et fusiforme. La partie médullaire est presque complètement déossifiée, et il persiste quelques travées osseuses formant ainsi de petites logettes. La lésion s'étend jusqu'aux deux extrémités de la phalange et envahit l'épiphyse de la base.

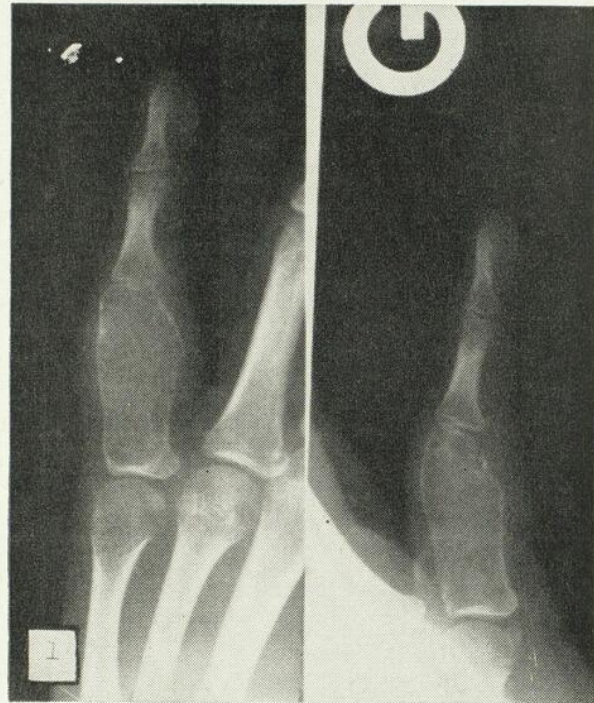


Figure 1

A l'examen histologique des tissus prélevés par curettage, on retrouve tous les caractères du kyste osseux anévrisimal. La lésion est essentiellement constituée par un treillis conjonctivo-vasculaire ostéoïde, bordant des lacs sanguins de forme et de volume variables. (fig. 2-3-4-5)

Le tissu conjonctivo-vasculaire est richement irrigué par de grands capillaires dilatés et congestifs. Ces septas interlacunaires renferment des foyers hémorragiques en voie d'organisation à divers stades, et ces foyers d'organisation sont quelquefois en relation

directe avec le système vasculaire lacunaire. Ce tissu septal contient en outre, une quantité variable de myélopaxes. Toutefois ces myélopaxes ne constituent pas un élément prédominant dans la lésion. Ces cellules multinucléées sont ordinairement plus petites et renferment moins de noyaux que les myélopaxes des tumeurs à cellules géantes osseuses. Un caractère constant et parfois important au sein de ces travées conjonctives, est

de remodelage. Cette métaplasie est particulièrement active au pourtour immédiat des laes sanguins.

Les lacunes vasculaires sont de forme et de contours capricieux, tantôt avec des canaux sinueux intercommunicants et tantôt avec de véritables dilatations cavernueuses. Elles ne montrent pas de revêtement endothéliformes ni de tunique musculo-élastique. Elles renferment cependant du sang non coagulé,

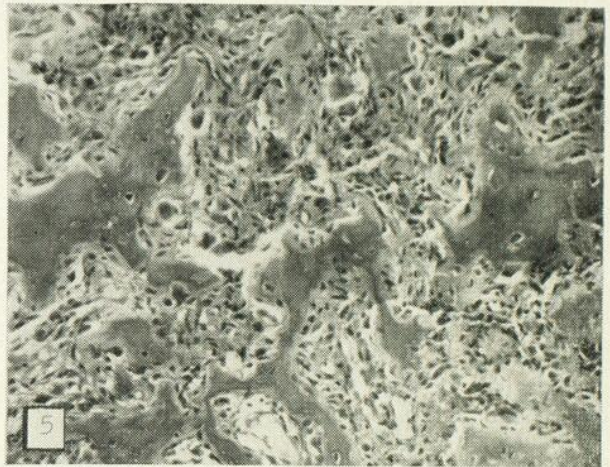
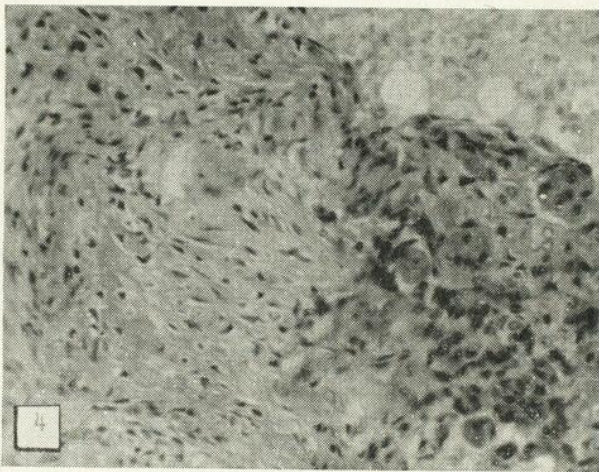
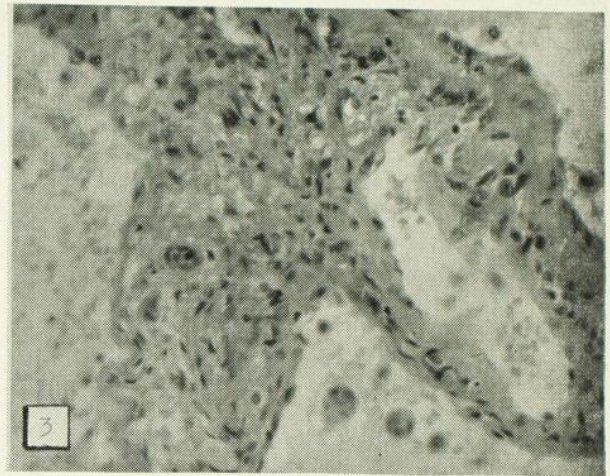
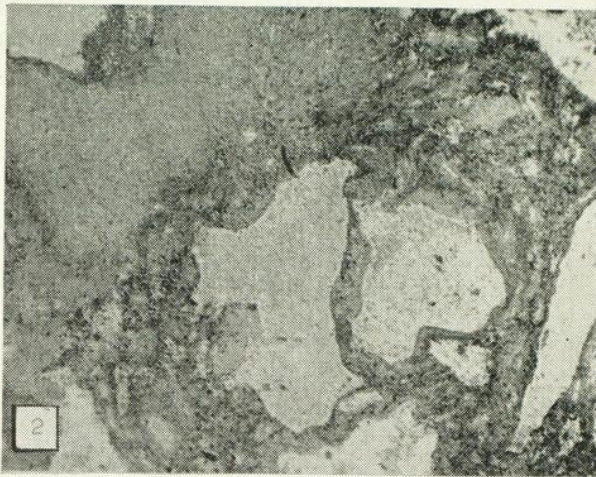


Fig. 2, 3, 4, 5. — Laes sanguins de forme et de volume variables bordés par des septas conjonctivo-vasculaires avec métaplasie ostéoïde, particulièrement active dans la figure 5.

la présence d'une métaplasie osseuse directe primitive, avec formation de tissu ostéoïde, dont les travées atypiques ont tendance à se calcifier précocement et de façon plus ou moins irrégulières. Les travées néoformées s'entourent d'ostéoblastes en même temps que les ostéoclastes, dans les lacunes de Howship, témoignent de la résorption et des tentatives

par conséquent circulant. Notons que les préparations histologiques ont été revues par le Dr H. L. Jaffe qui a confirmé le diagnostic.

COMMENTAIRES

On a décrit comme caractère classique de cette condition osseuse bénigne, l'image radiologique d'une lésion soufflée et loculaire à

localisation diaphysaire et excentrique. Sherman et Soong divisent plutôt le kyste osseux anévrisimal en 3 types radiologiques: excentrique, parosté et central.

Dans le premier type, la lésion est excentrique et de forme ovoïde. L'image en est une de raréfaction osseuse, d'aspect soufflé, et contenant de fins septas radio-opaques. Les limites de la lésion sont ordinairement nettes. La limite externe, constituée d'os néoformé en continuité avec le cortex distendu et aminci, a souvent l'aspect caractéristique d'une coquille d'œuf. Mais au début, elle est très délicate, difficile à discerner, puis elle devient plus dense à mesure que le kyste évolue. La limitante interne est plus importante parce que plus souvent présente. Elle est discrète toutefois, bien qu'on puisse parfois y retrouver une ligne de sclérose.

Les auteurs classifient dans la catégorie de lésions parostées, celles dont l'excentricité osseuse est presque complète avec érosion du cortex. Les auteurs ont rencontré 4 lésions de cette variété sur leurs 43 cas.

Parfois aussi, la radiographie nous montre une lésion ovoïde, localisée au centre de l'os; c'est le type central du kyste osseux anévrisimal. La lésion distend toute la largeur de l'os sans présenter d'expansion dans les tissus mous, mais par ailleurs offre les mêmes caractéristiques radiologiques que dans les deux types précédents. Ce kyste osseux anévrisimal central se localise à la métaphyse dans un os long comme le fémur ou le tibia et à la diaphyse dans un métatarsien, un métacarpien ou une phalange.

Lorsque la lésion est située dans une vertèbre, localisation fréquente, l'arc neural semble le siège de prédilection. La lésion, d'ordinaire excentrique, commence par une zone de raréfaction avec peu ou pas de structure interne et avec des limites à peine visibles. Quand le corps vertébral est atteint, il s'écrase tôt ou tard, rendant ainsi la lésion méconnaissable.

Malgré les critères cliniques et radiologiques, il n'en reste pas moins vrai que le diagnostic préopératoire de kyste osseux anévrisimal demeure difficile et parfois même presque impossible à poser. Dans le cas rapporté ici par exemple, il aurait été osé, en se servant seulement des renseignements cliniques et radiologiques, d'éliminer complètement les diagnostics d'enchondrome ou de tumeur à myéloplaxes. Et il en est de même pour un grand nombre de conditions osseuses. De là l'importance de la biopsie. Morton, (3) discutant des tumeurs à myéloplaxes, écrit que le diagnostic de toute tumeur osseuse doit reposer sur l'histoire clinique, l'examen physique, les examens de laboratoire, les radiographies de la région en cause, et parfois, si on le juge nécessaire, de tout le squelette, et finalement sur la biopsie.

Si l'on juge par les nombreuses observations rapportées depuis les publications surtout de Jaffe et Lichtenstein, il semble que le kyste osseux anévrisimal soit une lésion osseuse relativement fréquente. Lichtenstein a déjà affirmé qu'on devrait le retrouver pratiquement dans tous les os du squelette. La localisation au niveau des phalanges rapportée par Sherman et Soong et notre observation confirment cette assertion. Il faudra désormais penser au kyste osseux anévrisimal dans le diagnostic différentiel des lésions osseuses.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) R. GUY, O. RAYMOND, R. SAMSON et J.-E. SAMSON: Le kyste osseux anévrisimal. *L'Union Médicale du Canada*, **85**: 1013 (sept.) 1956.
- (2) R. S. SHERMAN et K. Y. SOONG: Aneurysmal Bone Cyst. Its Roentgen Diagnosis. *Radiology*, **68**: 54 (janvier) 1957.
- (3) John J. MORTON: Giant Cell Tumor of Bone. *Cancer*, **9**: 1012 (sept.-oct.) 1956.

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 86, No 8 — Montréal, août 1957

**LE CONTRÔLE PEROPÉRATOIRE
DES VOIES BILIAIRES PAR LA
RADIOSCOPIE TÉLÉVISÉE**

Le nombre accru des interventions jugées nécessaires sur les voies biliaires pose avec acuité le problème de l'exploration adéquate des canaux extra-hépatiques au cours de l'opération.

Deux chirurgiens de Montréal, les docteurs Denis Béliveau et Luc Lafortune, ont présenté, lors du Congrès de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec, une communication très objective sur la cholangiographie peropératoire¹.

Pierre Mallet-Guy, de Lyon, P. Jacquemet, de Lyon, et P. J. Kestens, de Louvain, viennent de faire connaître les résultats d'une technique datant de quinze ans et soulignent une méthode nouvelle: la radioscopie télévisée à la salle d'opération.²

1. Denis Béliveau et Luc Lafortune: La cholangiographie peropératoire. Mémoire présenté au Congrès de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec, à l'Hôpital Maisonneuve, le 25 mai 1957.

2. P. Mallet-Guy, P. Jacquemet (Lyon) et P. J. Kestens (Louvain): Evolution, en quinze années de pratique, de la technique du contrôle manométrique et radiologique peropératoire des voies biliaires. Introduction de la radioscopie télévisée à la salle d'opération. *Lyon Chir.*, 53: 250-263 (mars-avril) 1957.

L'expérience énorme de Pierre Mallet-Guy en chirurgie biliaire donne à cette communication une valeur hors de pair. Alors que le contrôle manométrique et radiologique des voies biliaires lui paraissait impératif en 1947,³ Mallet-Guy maintient, dix ans après, les mêmes positions et soutient la nécessité d'une exploration systématique du canal principal par manométrie et radiologie peropératoire.

La cholangiographie intraveineuse, après avoir fait espérer une clarification diagnostique, s'est parfois montrée incomplète et insuffisante pour permettre un diagnostic ferme de lithiase du cholédoque, si bien que, malgré cet excellent apport, il a fallu quand même recourir à la manométrie et à la radiologie peropératoires.

Le contrôle radiologique peropératoire est maintenant familier à tous les chirurgiens et il n'est pas nécessaire d'en reprendre les détails techniques. L'exploration peut être faite par le canal cystique au moyen d'un tube de caoutchouc ou de polythène ou d'une canule coudée et par la taille cholédocienne.

Mallet-Guy et ses collaborateurs, riches d'une expérience de 15 années, pendant lesquelles 3,000 interventions biliaires ont été faites, ont apporté certains perfectionnements à cette méthode et en ont recherché les causes possibles d'erreur, dont « les plus importantes » — en manométrie — « sont liées à une défectueuse utilisation de l'appareil, notamment à une éventuelle

3. P. Mallet-Guy, R. Jeanjean et P. Marion: La chirurgie biliaire sous contrôle manométrique et radiologique peropératoire. 1 vol. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

dénivellation de la colonne liquidienne par rapport au plan des voies biliaires »⁴

Le perfectionnement capital, qui mérite d'être signalé, est l'introduction à la salle d'opération de la radioscopie télévisée. Celle-ci est la résultante de l'emploi de la lentille électronique, dite amplificateur de brillance qui facilite, sans nécessité d'accommodation, la possibilité de voir en plein jour l'image radioscopique.

La radioscopie télévisée est aisément suivie par le chirurgien et ses assistants et peut être relayée en-dehors de la salle d'opération.

Le dispositif voulu a été installé à l'hôpital Edouard Herriot, de Lyon, dans le service de P. Mallet-Guy, le 1er juin 1956 et comprend un amplificateur de brillance, un dispositif optique, une caméra de télévision, un meuble pilote, un récepteur dans la salle d'opération et une caméra cinématographique. L'ensemble-amplificateur de brillance et caméra de téléviseur —

est monté sur la colonne du générateur de rayons X.

Mallet-Guy a utilisé la radioscopie télévisée au cours de 100 interventions sur les voies biliaires ou pancréatiques et, sans pouvoir formuler de jugement définitif, il est en mesure de reconnaître que la méthode constitue un progrès signalé et se superpose à la manométrie et à la radioscopie opératoire.

La manométrie « suffirait sinon à instruire le chirurgien de l'état physiopathologique des voies biliaires, du moins à lui donner le sens de leur perturbation fonctionnelle », (Mallet-Guy).

La radioscopie apporte alors un complément indispensable qui, avec l'avènement de la formule télévisée, s'est avérée la méthode idéale pour l'exploration adéquate de la voie biliaire principale.

L'école de Lyon, une fois de plus, trace la voie et démontre clairement que les savants de France ne sont pas à la remorque du progrès.

Edouard DESJARDINS.

4. P. Mallet-Guy et coll.: *loc. cit.*, réf. 2, 262.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LES VACANCES ET LA SANTÉ

CONSEILS GÉNÉRAUX¹

Ad. GROULX, M.P.H.,

Directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal.

La période des vacances, à la campagne comme à la ville, présente des dangers qu'il faut éviter et contre lesquels le Service de santé désire vous prévenir. On peut les éviter facilement avec un peu d'attention et en suivant les quelques conseils que je me permets de vous réitérer, grâce à cette émission du « Quart d'heure de Concordia » gracieusement mise à notre disposition par le directeur du poste CKAC et son initiateur des émissions culturelles, M. Claude-A. Bourgeois, que je remercie cordialement.

Bon nombre d'adultes et d'enfants passeront des vacances, et même tout l'été, en villégiature, — ils sont déjà partis et installés même, — ou bien ils bénéficieront d'un séjour plus ou moins prolongé dans les camps de vacances. D'autres resteront en ville et profiteront des avantages que les autorités municipales leur offrent dans les parcs publics et les terrains de jeux.

L'eau et les aliments

A la campagne comme à la ville, il y a des précautions à prendre concernant l'eau et les aliments. *L'eau* est le breuvage le plus utilisé durant les chaleurs. Il faut en boire une certaine quantité par jour pour se maintenir en bonne santé. Ajoutons en passant qu'un excellent breuvage désaltérant est le jus de fruit ajouté à l'eau; ne pas boire de breuvage glacé.

A Montréal, l'eau est potable, assainie par des mesures sanitaires efficaces qui ont été prises par les autorités municipales depuis le début du siècle et qui nous en garantissent la qualité et la pureté.

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, le 1er juillet 1957, à 10 h. 30 du soir.

A la campagne, c'est souvent un autre problème, il faut être très prudent, s'assurer que l'eau, qu'elle provienne d'une source, d'un puits superficiel ou artésien, est potable, c'est-à-dire qu'elle est exempte de bactéries et d'impuretés, en plus d'être limpide. La limpidité seule n'est pas une garantie de pureté et la qualité ne peut être confirmée que par des analyses bactériologiques.

Indépendamment de toute analyse, cependant, on doit considérer comme suspecte toute eau qui provient d'un puits mal protégé, situé à moins de 25 pieds d'une habitation, ou à moins de 100 pieds d'une fosse d'aisances, d'un puisard à eaux sales, d'une étable, d'une écurie, d'une porcherie ou d'une renardière, d'un tas de fumier ou d'un dépotoir, ou encore d'un puits creusé en contre-bas des lieux ci-haut mentionnés.

Avant d'utiliser l'eau d'un puits au début de la saison estivale, il est sage de désinfecter ce dernier. Un moyen à la fois excellent et commode consiste à dissoudre de l'hypochlorite de calcium (chlorure de chaux), une livre environ dans un seau d'eau, en ayant soin d'écraser les gros morceaux et de vider le contenu du seau dans le puits; après une heure, pomper quelques seaux d'eau pour désinfecter aussi la pompe et la tuyauterie; laisser agir la solution de 12 à 24 heures dans le puits et pomper ensuite jusqu'à disparition complète du goût et de l'odeur de chlore.

Le lait demeure un aliment et un breuvage de choix dont la consommation augmente l'été. Il doit être l'objet d'une grande attention parce qu'il est infiniment délicat et facilement contaminé, il peut devenir une source d'infection.

En ville, le lait est bien pasteurisé, on en connaît la provenance; la source de production est sous surveillance et vous savez que sa manipulation est strictement contrôlée. Une forte proportion du lait consommé dans les municipalités rurales de la province est aussi pasteurisé.

En villégiature, il est important de s'assurer de la source d'approvisionnement du lait et savoir s'il est pasteurisé et bien pasteurisé, s'il provient de vaches tuberculinsées et s'il est livré dans des bouteilles stérilisées et bien bouchées dont il faut laver la capsule et le col avant de les ouvrir. Il faut aussi assurer sa conservation dans un endroit frais, réfrigérateur ou glacière. Dans le cas d'un lait douteux, il faut le faire bouillir.

Il faut être très prudent aussi au sujet de la viande, produit qui s'altère facilement et qui peut devenir une source d'infection et d'intoxication, surtout la viande hachée à l'avance, les viandes en gelée, les pâtés de viande. Il faut en assurer la conservation dans une bonne glacière ou un réfrigérateur et s'assurer, au moment de l'achat, si elles sont de bonne qualité, si elles ont été inspectées et si elles portent les estampilles fédérale, provinciale ou municipale. On ne doit pas acheter de viande pour plus de 48 heures et il faut la conserver dans un endroit à une température de 50° F. Les mêmes précautions s'imposent pour la conservation des poissons et des œufs. Quant aux fruits et légumes dont on fait un plus grand usage l'été et qu'on mange souvent crus, il faut avoir soin de s'assurer qu'ils sont frais et les laver avec de l'eau filtrée ou de l'eau bouillie.

Je désire attirer votre attention sur certains aliments qui, si l'on n'y fait pas suffisamment attention et s'ils ne sont pas conservés au frigidaire, peuvent causer, en été, des infections et des intoxications. Ce sont les pâtisseries qui contiennent du flan ou « custard », de la crème, telles les éclairs, les choux à la crème, les mille-feuilles, ou tout autre aliment mal conservé et exposé à la manipulation du public ou à la souillure des insectes, en particulier, des mouches.

Les baignades et noyades

Au cours des vacances, les baignades sont fréquentes et même recommandées; mais elles sont souvent l'occasion de noyades qui sont parmi les accidents les plus fréquents et la plupart du temps attribuables à une grande négligence tant de la part des enfants que des adultes. Déjà, depuis le début de la saison, nous avons à regretter plusieurs noyades. Je me permets de réitérer ici certains conseils pratiques dont il y a lieu de tenir compte; il ne faut pas:

se baigner immédiatement après un repas, quelle qu'en soit la nature; il faut attendre au moins deux heures et demie et, de préférence, trois heures;

laisser entrer d'eau dans sa bouche, ni boire en nageant;

se baigner ni plonger dans des endroits dont on ne connaît pas la profondeur, ni comment est constitué le fond; il peut y avoir des pierres contre lesquelles on peut s'assommer;

s'éloigner du rivage sans être accompagné, même si on est bon nageur;

s'aventurer dans un canot ou une embarcation si on ne sait pas les diriger et ne pas laisser les enfants s'aventurer au large, surtout s'ils ne savent pas nager; on doit leur enseigner comment les diriger;

se baigner dans une eau malpropre ou reconnue polluée, ou près des canaux d'égouts privés ou publics;

endosser le costume de bain d'une autre personne.

C'est une mesure sage que d'apprendre à nager; si on ne sait pas nager, il faut se méfier des profondeurs de l'eau. C'est une excellente chose que de connaître comment pratiquer la respiration artificielle pour secourir ses camarades au besoin.

Les bains de soleil et l'insolation

Durant les beaux jours de l'été, l'on s'expose au soleil pour s'y faire brunir. Seulement, on s'expose aussi par manque de prudence, à l'insolation. Les bains de soleil qui vont jusqu'à l'insolation, c'est-à-dire une exposition trop prolongée aux rayons du soleil,

engendrent des brûlures appelées communément coups de soleil. L'exposition au soleil en soi est bonne, même excellente, à condition qu'elle soit graduelle. Pour prévenir les accidents de cette nature, ici encore, je réitère certains conseils déjà donnés:

a) s'exposer au soleil graduellement, de 3 à 10 minutes;

b) se rappeler que l'eau et le sable des plages réfléchissent les rayons du soleil et que ces derniers percent les nuages; enfin,

c) se couvrir les yeux et la nuque, surtout chez les enfants en bas âge.

Les accidents de la rue

Les accidents de la rue, à la ville comme à la campagne, surtout ceux causés par les automobiles, sont les plus fréquents; 60% d'entre eux surviennent chez les enfants et quelques-uns sont mortels. C'est la troisième cause générale des décès et la première chez les enfants. Le grand facteur ici est l'imprudence et des parents et des enfants qui demandent, eux, beaucoup de surveillance. On peut prévenir ces accidents en prenant les quelques précautions suivantes;

en ne laissant pas jouer les enfants dans la rue, ni à l'avant de la maison, sans surveillance;

en prenant la peine de les conduire dans les parcs et terrains de jeux;

en leur indiquant comment traverser les rues et en les habituant à « arrêter, regarder et écouter » avant de traverser et à connaître et surveiller les signaux lumineux ou les directives des agents de circulation; les adultes doivent d'abord eux-mêmes pratiquer ces conseils;

quant aux automobilistes, ils doivent éviter la vitesse; surveiller les signaux lumineux; être prudents en circulant dans les quartiers populeux où les enfants sont nombreux et souvent dans la rue et ne pas conduire en état d'ivresse.

Les mauvaises herbes

Dans les champs et les terrains vagues où l'on s'aventure, on doit s'assurer qu'il n'y a

pas d'herbe à la puce ou de panais qui causent certaines affections que l'on peut prévenir. Ces herbes nocives poussent en bordure des cours d'eau, des bocages, des routes et la sève qui s'en écoule cause des lésions de la peau. Pour s'en protéger, il faut avoir la précaution d'étendre sur le sol une toile ou une couverture quelconque avant de s'y asseoir ou de s'y étendre. Au cours des excursions à travers bois et dans les champs, porter un pantalon long et une chemise à manches longues. Il ne faut jamais arracher ces plantes avec la main, mais utiliser des gants. Enfin, s'il y en a dans son entourage, on peut les détruire facilement en les arrosant avec un produit appelé 2, 4-D.

Suivre les conseils ci-haut mentionnés demeure, en somme, une confirmation du vieil adage: « *La prudence est mère de la sûreté* ».

A ces conseils, je voudrais ajouter quelques considérations sommaires concernant l'importance de maintenir vos jeunes enfants sous surveillance médicale, durant l'été, soit chez votre médecin et votre pédiatre, ou, si vous ne pouvez pas le visiter régulièrement, dans l'une des consultations de nourrissons mises à votre disposition, afin de vous assurer des directives nécessaires quant au régime de vie et à l'alimentation qui leur conviennent. Ces directives permettront de prévenir les troubles digestifs plus fréquents en été.

D'autre part, veuillez assurer à vos enfants une protection efficace contre certaines maladies infectieuses, en particulier la variole, la diphtérie et la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose, par la vaccination et l'immunisation. Vous pourrez en même temps, au cours des mois de juillet et août, faire subir l'examen médical scolaire et la vaccination contre la variole à vos enfants qui entreront à l'école pour la première fois en septembre.

Nous vous invitons aussi à profiter de l'été pour faire traiter et corriger les défauts physiques qui ont pu être observés chez vos enfants-écoliers au cours des examens médicaux subis durant l'année scolaire. Des avis vous ont été remis à leur sujet. Conduisez-les sans délai chez votre médecin ou, si vous ne pou-

vez en consulter un, dans un hôpital, afin qu'ils puissent recevoir les traitements médicaux appropriés et bénéficier pleinement, au cours de la prochaine année scolaire, de l'enseignement qui leur sera donné.

En suivant ces quelques conseils et en prenant les précautions que je vous ai signalées, vous vous assurerez des vacances agréables et tous les bienfaits que l'on peut retirer d'une villégiature.

SANTÉ MENTALE

LE DRAME DES ENFANTS SEULS.

On sait l'importance que présentent, pour l'avenir de sa santé mentale, les soins prodigués à l'enfant durant ses premières années: ces soins engendrent très vite entre l'enfant et sa mère (ou le substitut maternel) des liens affectifs, dont la complexité, la richesse et les bénéfiques président — disent les psychiatres — au développement physique et mental de l'enfant. Celui-ci est-il en revanche séparé de sa mère, placé dans une institution où il ne trouve pas de substitut maternel et en conséquence privé de ces liens affectifs, sa santé en pâtit souvent et avec elle son développement et son caractère. Cette carence de soins maternels, qui peut donc désigner des situations fort diverses où l'enfant ne jouit pas de liens affectifs avec sa mère, a des répercussions particulièrement fâcheuses et durables chez les enfants de moins de 3 ans.

Cette *évidence* repose sur des observations précises, dont la monographie du Dr John Bowlby, « Soins maternels et santé mentale »,¹ a notamment rendu compte, il y a quelques années déjà. Depuis lors, de nouvelles pièces ont été jetées au dossier de la *carence maternelle*, des enquêtes systématiques, des études quantitatives et des témoignages souvent fort troublants ont cerné de plus près le problème. C'est ce que nous apprend le Dr Buckle, Consultant pour la santé mentale auprès du Bureau européen de l'OMS, dans une étude présentée au Colloque sur les problèmes de guidance infantile, qui s'est tenu récemment à Lausanne.

« Les enfants hospitalisés, privés de rapports constants avec leur mère ou avec des images maternelles, manifestent un certain nombre de symptômes *dépressifs* », dit le Dr Buckle, qui se réfère à l'expérience de nombreux pédiatres. « Ces enfants montrent en général un manque de confiance dans leur comportement. La carence maternelle peut même entraîner la mort. »

Témoignages troublants

Un pédiatre a cité le cas d'un enfant de quatre mois qui, après deux mois passés à l'hôpital, pesait moins qu'à sa naissance et justifiait de grandes inquiétudes. Vingt-quatre heures après son retour chez lui, il souriait, prenait des couleurs. Son régime ne fut pas modifié et pourtant il prit aussitôt du poids. Au terme de sa première année, son poids était normal. Ce cas n'est pas exceptionnel.

« Dans d'autres institutions d'assistance infantile, souligne le Dr Buckle, les enfants privés de tout genre de liens affectifs profonds avec des images parentales accusent souvent, à maints égards, un très faible degré de développement. »

La preuve en est l'étude qui a été faite en Angleterre sur deux groupes d'enfants de 2 ans, vivant dans la même institution: à l'un des groupes, quoique parfaitement bien soigné à tous autres égards, il était témoigné peu de tendresse, alors que, dans l'autre groupe, une infirmière était préposée aux soins de chaque enfant pour lui prodiguer tendresse et affection. Constatation: après six mois, le premier groupe d'enfants était physiquement et mentalement très en retard sur le second.

1. Série de monographies de l'Organisation mondiale de la Santé (No 2).

Cette expérience, que citait le Dr Bowlby dans son ouvrage, est confirmée par bon nombre d'études plus récentes.

L'une d'elles, que mentionne le Dr Buckle, met en évidence les graves conséquences que peut avoir, même pour de jeunes adultes, la privation de toutes relations personnelles directes. Des jeunes gens furent placés (de leur plein gré) dans une chambre obscure, leur faculté auditive sensiblement atténuée par des écouteurs émettant un bourdonnement grave et continu. Ils furent ensuite entièrement abandonnés à eux-mêmes, sauf pendant les quelques instants nécessaires à leur alimentation. Conséquence: aucun d'eux, bien que rétribué pour cette expérience à raison de 20 dollars par jour, ne put supporter l'épreuve de cette solitude forcée plus de quelques jours consécutifs. Bon nombre de symptômes pathologiques apparurent chez chacun d'eux, notamment des hallucinations et des malaises. Tous s'en sont néanmoins remis en quelques jours.

Les pernicious effets de l'absence de liens affectifs sont également observés, encore qu'à des degrés moindres, chez les animaux. Le Dr Buckle cite une expérience faite récemment sur des chiens, qui a permis de noter des différences prononcées dans le développement d'un groupe de chiens confinés dans une cage, sans possibilité de relations extérieures, et d'un groupe élevé dans une famille humaine active.

« Il y aurait de fortes raisons de croire que l'éloignement prolongé de la mère (ou du substitut maternel), au cours des cinq premières années de la vie de l'enfant, constitue l'une des causes psychologiques majeures de la délinquance », disait le Dr Bowlby des enfants dont il s'est occupé à Londres. Et en observant 44 jeunes voleurs, il les décrivait « indifférents affectifs ». De son côté, une femme médecin qui, pendant dix ans, eut la charge de quelque 5 000 enfants dans un grand hôpital de New-York, a ainsi formulé ses constatations: « Ces enfants sont momentanément incapables d'aimer ou d'éprouver des sentiments de culpabilité. Ils n'ont géné-

ralement pas de conscience. Leur inaptitude à établir des liens affectifs rend vaine ou simplement impossible l'application de certaines méthodes thérapeutiques ou même pédagogiques. » Dix de ces enfants ont été revus 5 ans plus tard. Constatation: tous sont demeurés dans un état d'infantilisme évident, ils étaient insociables et sans affects.

Des enfants marqués

De tels témoignages sont troublants. Les chiffres que cite dans son étude le Dr Buckle ne le sont pas moins: la proportion d'enfants sujets à des troubles, dans l'ensemble de ceux qui ont été séparés de leurs parents au cours des premières années de leur existence, atteint 60%, selon certaines enquêtes. Si l'on en croit les statistiques, 50% de ces « enfants difficiles » sont issus de foyers dissociés.

On peut néanmoins se demander si les troubles déplorés chez ces enfants sont définitifs, s'ils n'est pas possible de faire aisément disparaître ces symptômes morbides. Les études rétrospectives montrent qu'un tel optimisme n'est pas toujours justifié et que certains enfants demeurent gravement atteints pour le reste de leur vie. « En général, précise le Dr Buckle, on constate que la gravité et même la nature des symptômes de séparation varient considérablement suivant l'âge de l'enfant; leur permanence et leur guérison dépendent également de l'âge, de la durée de la séparation et de l'aptitude des parents lors du retour de l'enfant au foyer ».

L'état de l'enfant séparé de sa mère a déjà fait — et fait encore — l'objet d'études systématiques. A l'heure qu'il est, des enquêtes-types se poursuivent à Londres sous la direction du Dr Bowlby. L'une d'elles s'attache à comparer le comportement des deux groupes d'enfants de 2 ans séparés de leur mère: les sujets du premier groupe sont confiés à une crèche huit heures par jour; ceux du second groupe demeurent 24 heures sur 24 dans une institution. Une autre enquête, très poussée celle-là, a été faite récemment à Paris sur des enfants de six semaines à trois mois, hospitalisés pour vaccination au BCG: ses auteurs

ont étudié, outre la symptomatologie de la séparation, les réactions des enfants à l'égard d'autres personnes du milieu hospitalier et leur comportement lors du retour au foyer.

D'autres études se proposent de déterminer la nature exacte, encore mal connue, des troubles consécutifs à la *carence maternelle*, de préciser aussi les méthodes préventives et thérapeutiques dont ils sont justiciables. D'où l'intérêt de telles enquêtes du point de vue de la santé publique.

Les plus vulnérables

L'état des enfants séparés de leur mère et les tragiques changements du comportement et de l'affectuosité qui suivent souvent la séparation ont d'ailleurs déjà fait l'objet d'études partielles, qui présentent certains traits communs selon l'âge. Les psychiatres sont unanimes: les plus touchés de ces enfants n'ont pas un an. La privation de soins maternels a des répercussions particulièrement fâcheuses au cours de la seconde moitié de la première année. De 6 à 12 mois, l'état de l'enfant est une forme de dépression assez semblable à celle qu'on observe chez les patients des hôpitaux psychiatriques. La tonalité affective se caractérise par l'appréhension et la tristesse. L'enfant se détourne de tout ce qui l'environne. Ses activités sont retardées, il reste souvent assis ou couché dans un état d'hébètement stupéfié. L'insomnie est fréquente, le manque d'appétit quasi général. Le poids baisse et l'enfant est enclin aux infections. Il y a brusque ralentissement du développement général.

S'agit-il d'un enfant de 1 à 3 ans, non seulement les réactions affectives à la privation maternelle sont aussi graves, mais le substitut maternel est souvent délibérément repoussé. L'enfant, parfois inconsolable, tombe dans un état de détresse, qui peut durer quelques jours, une semaine ou deux, souvent davantage. Nourriture et réconfort font l'objet d'un même refus. Puis l'enfant se calme et tombe dans un état d'apathie, dont il n'émerge que

lentement pour s'intéresser davantage à son nouveau milieu. Il peut cependant adopter, pendant quelques semaines, un comportement de bébé: il mouille son lit, se masturbe, insiste pour qu'on le porte — au point qu'une infirmière inexpérimentée peut le croire arriéré.

Tels sont quelques-uns des symptômes de *carence maternelle* les plus couramment observés. Leur acuité dépend évidemment de plus d'un facteur: l'enfant qui entretient des relations souffre davantage de la séparation que celui qui n'a pas encore établi de telles relations; il en pâtit plus encore s'il ne trouve pas immédiatement dans l'institution d'accueil le substitut maternel avec qui il puisse établir de telles relations; il en pâtit surtout si aucune occasion ne se présente plus pour entretenir de tels liens personnels.

Graine de violence?

Ainsi donc la privation de soins maternels a des répercussions plus ou moins fâcheuses selon son acuité.

Partielle, elle peut engendrer chez l'enfant une grande anxiété, un excessif besoin d'affection et de puissants désirs de vengeance, sources de sentiments de culpabilité et d'états dépressifs. L'enfant, faute de maturité (physique et psychique), ne peut surmonter de telles impulsions. Il s'en ressent très vite, manifeste des troubles nerveux, une instabilité de caractère.

Totale, la carence de soins maternels a des répercussions plus profondes, plus lointaines aussi, sur le développement du caractère. Elle peut définitivement compromettre la faculté d'établir de solides contacts affectifs. Ces enfants se signalent par certains traits communs: violence, égoïsme, vols, délits sexuels.

Quant aux motifs de la séparation, ils ne sont pas toujours ceux qui ont une importance réelle. Selon diverses enquêtes faites récemment à Paris, l'inconscience des parents est pour beaucoup dans leur décision de se séparer de leurs enfants et d'en demander l'admission dans une institution.

VARIÉTÉS

LES PROGRÈS DE LA MÉDECINE ET SES CONSÉQUENCES¹

Paul DAVID,

Directeur, Institut de Cardiologie de Montréal.

I. — LES PROGRÈS DE LA MÉDECINE.

L'homme vit aujourd'hui une moyenne de 68 années, environ 20 ans de plus qu'il y a un demi-siècle. Pour qu'une telle moyenne de vie soit possible, il faut admettre qu'un très grand nombre d'êtres humains dépassent la septième ou la huitième décade afin de compenser la mortalité infantile et les décès prématurés qui frappent l'homme ou la femme à un âge de rendement maximum. Cette longévité est-elle le résultat d'une constitution plus robuste de l'homme moderne? Je ne le crois pas. Au contraire, j'ai l'impression que le confort actuel diminue les défenses naturelles en rendant la vie matérielle de plus en plus facile. L'homme se soustrait à l'effort physique en refusant de marcher, de courir, de s'opposer aux rigueurs du climat. Il délaisse de plus en plus l'effort physique en se créant une mécanique qu'il dirige, en faisant la moindre course en auto, en renouant ses amitiés au téléphone, en confiant à des appareils des efforts qu'autrefois il devait accomplir avec la force de ses muscles. Le cerveau lui-même se meuble avec les pensées radiophoniques et les images télévisées. L'organisme devant la maladie jouit également de ce règne de moindre effort. Contre la contagion, il s'immunise par des produits savamment dosés qui obligent l'organisme à lutter dans la douceur d'une réaction locale; l'enfant boit un lait décontaminé; les infections sont combattues

par des antibiotiques de plus en plus nouveaux au fur et à mesure que les microbes s'adaptent; le diabétique vit avec son Insuline, l'insuffisant thyroïdien avec son hormone de substitution et l'anémique avec son B₁₂; la syphilis, qui autrefois décimait et l'armée et son peuple, est enrayerée et nous vivons maintenant la régression spectaculaire de la « peste blanche ».

C'est précisément ce paradoxe étonnant qui rend encore plus évidents les progrès de la médecine. L'homme faible devenu fort par la médecine, science de la vie, se protège d'ailleurs ou s'assassine par une autre force, celle-là, la science de la mort qui l'a conduit à la découverte des armes nucléaires. Dans un cas comme dans l'autre, notre protection est le fruit du progrès. La médecine protège l'homme, l'atome la nation. Mais il reste encore à l'homme à inventer un homme qui, naissant dans n'importe quel coin du globe terrestre, serait simplement heureux d'y naître, d'y vivre et d'y mourir. L'homme qui a aujourd'hui imaginé la destruction du globe terrestre, n'a pas réussi, malgré deux mille années de civilisation et de christianisme à se comprendre lui-même et à maîtriser ses instincts et ses ambitions. Il s'est donné des instruments d'attaque et de défense extraordinaires, mais il reste prisonnier de ses doctrines intellectuelles et nationalistes. Pour le servir, il a créé des robots qui, aujourd'hui, le dominent. Il découvre jour après jour toutes les potentialités de la matière dont il devient le serviteur et le défenseur. Carrel, dans ses nombreux écrits, avait souligné l'inadaptation de l'homme dans le milieu qu'il s'était créé et l'histoire confirme cette prétention d'un

1. Cet article résume les pensées exprimées par l'auteur au cours des causeries suivantes: Club Richelieu de Saint-Jérôme, le 4 décembre 1956; Chambre de Commerce de Varennes, le 6 décembre 1956; Club Richelieu de Québec, le 6 février 1957; Club Kiwanis de Montréal, le 7 février 1957, et la Chambre de Commerce de Montréal, le 26 février 1957.

homme lucide et grand. Mais il n'empêche que la médecine rend à cet être humain l'incalculable service de devenir vieux. A notre époque, la vieillesse n'a pas d'âge chronologique. Elle se caractérise soit par une déchéance physique, soit par une diminution de l'activité ou de la lucidité intellectuelles. Cette médecine, dont le but essentiel est d'amputer au temps « l'irréparable outrage », a été inventée et adaptée par des êtres humains, les médecins dont on parle en mal quand on est bien et qu'on appelle par instinct de conservation quand on se sent malade.

II. — LES PROGRÈS DE LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS.

Nous, médecins, sommes en même temps serviteurs du malade et de la médecine. Et nous, médecins, sommes des hommes comme tous les autres avec les mêmes qualités et les mêmes défauts, les mêmes ambitions, le même idéal et les mêmes soucis. Nous connaissons des limites physiques et psychiques, nous aimons la vie et craignons la maladie et la mort et, comme tous, nous connaissons l'une et l'autre. Nous servons une médecine qui a radicalement changé dans les cinquante dernières années. D'un art, elle est devenue science. En étudiant l'homme sain et l'homme malade, on a découvert que plusieurs mystères de la vie autrefois étiquetés « souffle de vie », « esprit », s'expliquaient par des échanges gazeux, des réactions chimiques, des équilibres humoraux, des inter-dépendances endocriniennes et des proliférations cellulaires... Et, lentement, s'édifièrent des spécialités humaines: anatomie, histologie, biologie, embryologie, physiologie, qui expliquèrent symptômes et signes... Les connaissances s'élargissant, la chimie et la physique s'intégrèrent à la médecine, les moyens de diagnostic se précisèrent et des solutions thérapeutiques furent suggérées et expérimentées... toujours au profit de l'homme.

Le médecin d'autrefois pouvait dans ses études embrasser tout le champ de la médecine. Le médecin d'aujourd'hui, réalisant

l'infini de ce qui s'offre à lui, a tendance à limiter ses études à une section de l'immense fresque dont il n'a aperçu que les couleurs les plus vives pendant ses années universitaires. Les progrès de la médecine sont à l'origine des spécialités. La médecine s'est d'abord divisée en deux grandes disciplines, la chirurgie et la médecine. Puis dans chacune d'elles se développèrent les spécialités.

Les spécialistes se sont multipliés, au détriment, dit-on, du médecin de famille, du médecin général ou de l'interniste. Aucun médecin ne peut actuellement prétendre tout connaître en médecine, car la chose est intellectuellement impossible. Cette vérité, évidente et absolument certaine, est essentiellement la conséquence des progrès de la médecine. Le cerveau individuel est littéralement écrasé par l'accumulation des connaissances médicales qui augmentent d'heure en heure. Placés devant ce fait incontestable, plusieurs médecins préfèrent essayer de bien connaître une section médicale que de mal connaître toute la médecine. Et la spécialisation se développera encore davantage puisque les progrès continueront.

Mais pourquoi y aurait-il opposition entre spécialiste et interniste? Le premier doit servir le second, pas plus, pas moins. Le médecin de famille conserve son droit de cité et doit demeurer l'unité fondamentale de la pratique médicale. Son rôle n'a pas changé mais ses devoirs et ses responsabilités ont varié. Il était autrefois l'omnipraticien dont l'art était de tout traiter et de tout guérir. Aujourd'hui, il doit admettre ses limites et savoir, devant un cas précis, demander l'opinion et les suggestions d'un confrère spécialiste. Le public doit comprendre que, dans des situations compliquées, le médecin de famille a le devoir de consulter un confrère spécialiste; ce dernier a le devoir de servir le médecin de famille, de l'aider et de le guider sans le heurter. Médecins de famille et spécialistes apprendront à faire bon ménage et le malade profitera de toute entr'aide intelligente et logique. L'orgueil n'a pas sa place en médecine qui est une formidable école de

modestie pour celui qui est sincère, loyal et honnête.

III. — LES PROGRÈS DE LA MÉDECINE ET LES HÔPITAUX.

Il y a cent ans, les hôpitaux étaient avant tout des hospices où le malade, soigné à domicile, devenait intraitable et se rendait à l'hôpital pour terminer ses jours entre les mains de médecins qui le soulageaient et de religieuses et d'infirmières qui le consolait. Les progrès de la médecine ont obligé les hôpitaux à se transformer radicalement. L'hôpital général d'aujourd'hui a obéi à la nécessité impérieuse de la spécialisation en s'organisant en services qui représentent autant de spécialités, chacune d'elles avec ses médecins et leur instrumentation. L'hôpital est devenu un immense centre de diagnostic où s'associent, pour découvrir la maladie, des cerveaux d'hommes servis par des instruments de plus en plus complexes. Puisqu'à mes yeux un hôpital est essentiellement un centre de diagnostic, je me demande ce que seront les « centres de diagnostic » dont on parle périodiquement dans notre Province, sinon de « nouveaux hôpitaux » ! L'hôpital est aussi un lieu de traitement où s'appliquent les thérapeutiques les plus actives qui permettent à la grande majorité des malades d'être améliorés ou guéris. Et l'hôpital demeure encore pour une petite minorité de malades l'endroit de l'adieu à une vie qui, même lorsqu'elle est prolongée, n'en demeure pas moins une fraction de temps négligeable en face de l'éternité.

L'hôpital est un tout extraordinairement complexe qui, au service du malade, doit être en même temps un hôtel et un laboratoire. Ouvert vingt-quatre heures par jour et chaque jour de l'année, il recueille l'enfant qui naît et assiste l'homme qui meurt. Entre temps, il doit, dans ses cadres matériels et humains, être prêt à affronter toutes les éventualités possibles de la maladie et de ses complications. Il doit transformer ses services au même rythme que se transforme la médecine afin

de répondre aux exigences de plus en plus précises de cette science de vie dont on ne peut plus entrevoir les limites futures.

IV. — CONSÉQUENCES SOCIALES DES PROGRÈS DE LA MÉDECINE.

1. — *Le public.*

Les progrès de la médecine sont responsables du malaise évident qui oppose le public et la médecine. Ce malaise a des racines strictement économiques. L'individu a perdu graduellement le sens de la responsabilité car il vit une époque d'insécurité et de frustration. Afin d'atténuer cette hantise de l'avenir, l'individu a obligé les dirigeants à le protéger par des lois de plus en plus nombreuses de sécurité sociale. C'est l'assurance à l'échelle individuelle, industrielle ou collective. D'autre part, les progrès de la médecine ont certes alourdi considérablement les dépenses encourues par une maladie imprévue et non souhaitée. Ces progrès, qui permettent de guérir, coûtent parfois très chers et dépassent souvent les possibilités financières de l'homme malade ou de sa famille. Enlevez le paiement des honoraires du ou des médecins qui ont soigné, ôtez le compte d'hôpital avec ses charges multiples et justifiées et le malaise actuel disparaîtrait. L'individu d'aujourd'hui et encore davantage celui de demain préférerait s'assurer contre la maladie par des taxes qui seraient réparties sur la totalité des hommes sains et malades de la société. Considérant la maladie comme un accident qui peut temporairement le léser matériellement, il réclame pour sa personne des soins qui le guériront et pour les autres le paiement de ces soins. Au même titre que le chômage, l'accident de travail, la pension, le feu, le vol, la collision, il veut une assurance à prime. Il souhaiterait payer sa maladie à « tempérament » évitant ainsi de la payer « comptant ».

2. — *Le médecin.*

Devant cette orientation, le médecin, qui demeure essentiellement traditionaliste, est

indécis. Il préfère continuer à soigner gratuitement et ne veut pas risquer un empiètement à sa liberté professionnelle. Les nombreuses formules qu'il doit déjà remplir représentent le prélude de ce qui l'attend lorsque ce sera une règle générale. Que deviendront le secret médical et la liberté d'action? Et pourtant, il est le premier à constater que s'il veut servir son malade en se servant de tous les progrès d'une médecine qu'il représente, il impose des dépenses qui compromettent et souvent annulent ses propres honoraires. Doit-il se priver de ces progrès au risque de mal traiter son malade?

3. — *L'hôpital.*

Les hôpitaux sont financièrement terrassés par les progrès de la médecine, progrès qui sont pour eux source de réputation et de misère économique. Malgré des octrois de construction, d'entretien, de recherche, malgré des souscriptions publiques, les hôpitaux accusent chaque année des déficits qui entraînent leur rendement. Pour un individu guéri, une dépense hospitalière demeure un souvenir désagréable et trop souvent il devient hostile vis-à-vis l'institution qui, pour l'empêcher de mourir, a mis à son service les progrès « monnayés » de la médecine.

4. — *Le gouvernement.*

Pour les gouvernements, les progrès de la médecine représentent un fardeau pécuniaire de plus en plus lourd. Pris entre le public qui ne peut plus ou ne veut plus payer les soins médicaux et hospitaliers et entre les hôpitaux qui réclament des consolidations financières plus adéquates, les gouvernements cherchent des solutions qui donneraient satisfaction à tous sans trop majorer les taxes.

Messieurs, cette situation est la conséquence, je le répète, des progrès de la médecine. A mes yeux, la situation est sérieuse car elle touche toute la communauté. Médecins, hôpitaux et gouvernements font leur devoir et réalisent leurs responsabilités. Ils doivent faire face à une situation qui, n'en déplaise

à certains journalistes aigris ou irréfléchis, ne se règle pas en salissant le prestige de la profession médicale ou en minimisant le rôle de nos hôpitaux.

V. — IMPORTANCE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES.

Mais, la raison principale de l'invitation, que vous m'avez adressée, est de m'entendre parler de l'importance des maladies du cœur et des progrès réalisés dans cette spécialité. Je m'excuse du long préambule que j'ai cru essentiel à une époque où chacun discute médecine et hôpital en y apportant ses griefs personnels souvent en apparence fort justifiés. Après avoir démontré l'importance des maladies cardio-vasculaires, j'essaierai de vous expliquer les énormes progrès de la cardiologie et d'illustrer la première partie de cet exposé.

L'importance des maladies cardio-vasculaires vient d'être soulignée dans les statistiques de mortalité de la Ville de Montréal. En 1956, le cœur et les vaisseaux, première cause de décès, ont tué 400 personnes par 100,000 de population; le cancer et les accidents, respectivement deuxième et troisième cause de décès, 160 et 40 par 100,000. Il ne faut pas croire que la mortalité par maladie cardio-vasculaire soit l'apanage des gens âgés. En effet, à presque tous les âges de la vie, la mortalité cardio-vasculaire occupe malheureusement le premier rang. Après l'âge de quarante ans, un individu au moins sur trois meurt de son cœur. Ces chiffres, suffisamment éloquents, ne représentent cependant qu'une partie de la réalité. Il faut se souvenir des milliers de cardiaques dont l'invalidité partielle ou totale assombrit l'adolescence, la jeunesse ou l'âge mûr et dont la mortalité, si tardive soit-elle, ne représente que la solution terminale d'une longue maladie. Mis en face des chiffres, on pourrait croire que la cardiologie n'a pas suivi les progrès de la médecine. Il est excessivement facile de prouver le contraire. Nous aimons diviser en trois

grands chapitres les maladies du cœur suivant les âges où elles sont les plus fréquentes:

1. — De la naissance à 5 ans : maladies cardio-vasculaires congénitales.
2. — De 5 à 40 ans: fièvre rhumatismale et maladies cardiaques rhumatismales.
3. — 40 ans et au delà: maladies cardiaques dégénératives.

VI. — LES PROGRÈS DE LA CARDIOLOGIE.

1. — Les maladies cardiaques congénitales.

On peut admettre que toute maladie du cœur découverte avant l'âge de 5 ans reconnaît presque à coup sûr une origine congénitale. Cinquante pour cent meurent dans les cinq premières années d'existence et 75% dans les vingt premières années. Il est donc important de poser tôt le diagnostic afin de proposer, lorsque la chose est possible, un traitement adéquat. Jusqu'à 1939, il n'existait aucune thérapeutique. Le médecin se contentait de poser un diagnostic approximatif parmi les nombreuses variétés possibles de malformations congénitales et d'espérer un pronostic heureux. La chirurgie cardiaque et vasculaire, rendue efficace depuis 1939 par les Gross, Crafoord, Blalock..., a transformé ce chapitre de la cardiologie et permis de sauver par milliers dans le monde des enfants pour qui, il y a à peine vingt ans, nous n'avions absolument rien à offrir. Ces progrès extraordinaires de la chirurgie cardiaque ont obligé les cardiologues à préciser leurs diagnostics afin de sélectionner les congénitaux pour lesquels une cure chirurgicale pouvait être proposée. Une instrumentation et des techniques nouvelles ont été créées dont deux retiennent particulièrement l'attention: le cathétérisme cardiaque et l'angiocardiographie.

A. — *Le cathétérisme cardiaque.*

La valeur de ce procédé de diagnostic a reçu un témoignage non équivoque puisqu'en 1956 le Prix Nobel de médecine a été attribué à trois pionniers de cette technique, les doc-

teurs Frossmann, Cournand et Richard. Un cathéter introduit par une veine du bras est dirigé vers le cœur et explore les cavités droites du cœur, l'artère pulmonaire et ses branches. Le trajet du cathéter opaque aux rayons X est suivi sous écran fluoroscopique, les pressions sont enregistrées en millimètres de mercure. Des échantillons de sang sont prélevés aux différents étages et le contenu en oxygène de ce sang est déterminé. L'étude du trajet, des courbes de pressions et des saturations en oxygène permet de préciser des communications anormales, des rétrécissements d'orifice, des anomalies de retour veineux, etc...

B. — *L'angiocardiographie.*

Une substance opaque aux rayons X est injectée dans le cœur soit par une veine du bras, soit par un cathéter. Une succession rapide de films (2 à 6 par seconde) est impressionnée. Lorsque l'examen est pratiqué simultanément sous deux incidences, une soixantaine de films sont ainsi utilisés. L'étude de ces documents permet de suivre le trajet de cette masse liquide dans les cavités cardiaques, le territoire pulmonaire, l'aorte et ses branches.

La décision opératoire est prise en fonction, d'une part, des résultats des examens standards et de ces techniques spéciales et, d'autre part, des possibilités d'une correction en regard de la lésion ou de l'ensemble des anomalies prouvées. Les malformations congénitales ne sont malheureusement pas toutes opérables et il faut connaître tout aussi bien les limites de cette chirurgie que ses possibilités.

L'exemple de cette chirurgie corrective ou curative qui a fait son entrée sur la scène de la médecine en 1939, me paraît démonstratif des progrès de la médecine et de ses conséquences. Les cadres de la cardiologie se sont élargis pour tenir compte d'une spécialité naissante, celle des maladies congénitales avec des procédés nouveaux de diagnostic et une chirurgie nouvelle. Des médecins et chirurgiens ont dû se spécialiser et les hôpitaux

acquérir toute une instrumentation nouvelle. Mais, en même temps, le coût d'une maladie cardiaque congénitale a terriblement augmenté. Nous évaluons que la mise en pratique des techniques modernes d'investigation, puis lorsque la chose est possible, d'une correction ou cure chirurgicale, coûte un minimum de quinze cents dollars. La moyenne de notre population peut-elle supporter une telle dépense? Le montant global et quotidien, octroyé par l'Assistance Publique à l'hôpital qui accepte un indigent tient-il compte des dépenses réelles encourues par un tel cas? Est-il raisonnable que médecins et chirurgiens qui soignent ces malades d'Assistance Publique consentent indéfiniment à ne charger aucun honoraire? Il est facile d'imaginer le chiffre de telles gratuités hospitalières puisqu'à l'Institut, en trois ans, 368 opérations cardiaques ont été pratiquées dont 50 pour cent chez des malades admis en vertu de la Loi d'Assistance Publique. Ce dilemme financier où chacun est effectivement lésé doit-il inhiber nos efforts et retarder l'application des progrès fantastiques déjà réalisés? Nous prévoyons même une aggravation de la situation avec la venue de la chirurgie à ciel ouvert qui, tout en élargissant considérablement les cadres de la chirurgie cardiaque, rendra encore plus onéreuse chaque opération. Il n'est pas impensable de prédire que, grâce à la technique chirurgicale du cœur exsangue, tous les types de malformations seront éventuellement efficacement corrigés.

2. — La fièvre rhumatismale et la maladie cardiaque rhumatismale.

La fièvre rhumatismale est essentiellement une maladie de l'enfance. On évalue qu'elle affecte environ *un million* d'enfants aux États-Unis et afflige près de deux pour cent de notre population scolaire au Canada. La fièvre rhumatismale serait, en soi, une maladie banale si, dans près de la moitié des cas, elle n'était à l'origine des modifications et de la destruction des appareils valvulaires cardiaques et, par le fait même, la cause des lésions valvulaires comme la sténose mitrale,

la sténose aortique, la maladie mitrale, etc... L'agent responsable de la fièvre rhumatismale et le mécanisme d'atteinte cardiaque sont inconnus. Néanmoins, les preuves s'accumulent pour établir un lien étroit entre cette maladie et le streptocoque hémolytique. Dans ces dix dernières années, deux progrès essentiels ont été réalisés:

- a) La prophylaxie possible de cette maladie par la pénicilline.
- b) La chirurgie correctrice des lésions sténosantes.

A. — *Prophylaxie possible par la pénicilline.*

Au Cinquième Congrès Inter-Américain de Cardiologie, tenu à la Havane en novembre dernier, nous avons entendu un magnifique plaidoyer du docteur Ignacio Chavez, directeur de l'Institut de Cardiologie de Mexico, en faveur de l'établissement d'un programme international de prophylaxie de la fièvre et des récurrences rhumatismales par l'emploi continu de pénicilline. Ce mémoire contient tellement d'arguments qui militent en faveur d'une telle action qu'il laisse peu de place pour une attitude indifférente. L'expérience des enfants rhumatisants à l'Institut montre de façon nette que les récurrences, si fréquentes et si dangereuses, sont enrayées presque à coup sûr par l'emploi continu et prophylactique de la pénicilline. Malheureusement, un tel traitement est coûteux et notre action est, ici encore, souvent entravée par la situation financière des parents qui sont incapables d'assumer les frais de cette prophylaxie. L'hôpital, qui fournit dans nombre de cas le médicament gratuitement, n'est pas remboursé car il s'agit de malades de la clinique externe pour lesquels nous ne recevons aucun subside. Devons-nous priver ces enfants de ce progrès médical remarquable pour une raison uniquement matérielle? Devons-nous accentuer le déficit déjà fort lourd de l'institution? Nouveau dilemme financier.

B. — *La chirurgie des lésions sténosantes.*

La chirurgie correctrice de la sténose mitrale date de 1948 et fut mise au point par

Bailey, Glover et O'Neill, de Philadelphie. Elle a été acceptée dans le monde entier et on évalue qu'environ 10,000 malades ont, à date, été opérés pour leur sténose mitrale. Notre statistique groupe près de 400 malades dont 75 pour cent ont eu un excellent résultat. Nous n'insisterons pas de nouveau sur la nécessité des diagnostics précis et sur la malheureuse réalité de la cherté de ce nouveau progrès chirurgical.

Afin de ne pas aggraver le malaise dont nous avons parlé, serait-il pensable de traiter la sténose mitrale comme il y a dix ans avec le seul argument d'une économie réelle? Qui accepterait une telle proposition? Par contre, l'opéré qui redevient capable de gagner sa vie est souvent le premier à critiquer la médecine qui a transformé sa vie en lui créant une dette qui finit souvent par demeurer sa seule obsession. Nous connaissons des malades d'Assistance Publique qui, opérés il y a cinq à sept ans, alors qu'ils étaient invalides, ont travaillé sans jamais perdre de temps depuis. Je n'en connais pas un seul qui ait témoigné sa reconnaissance en offrant des honoraires au chirurgien ou au médecin dont l'esprit de charité demeure trop méconnu ou à l'institution qui n'a pas hésité à accentuer son déficit pour lui venir en aide.

3. — Les maladies cardiaques dégénératives et l'artériosclérose.

Après 40 ans, on rencontre, à titre exceptionnel, des cœurs congénitaux. Les cœurs rhumatismaux sont assez fréquents. Par contre, la grande majorité des cardiaques ont une maladie de cœur dégénérative. On groupe sous ce titre le cœur de l'hypertendu et le cœur du coronarien (angine de poitrine et thrombose coronarienne). Ces deux types d'affections ont un dénominateur commun : l'artériosclérose. Elle est généralisée dans le cas de l'hypertension; elle est localisée aux artères nourricières du muscle cardiaque dans le cas de la maladie coronarienne.

Pendant longtemps, on a associé l'artériosclérose au vieillissement des artères et cette

théorie fataliste et résignée inhibait tout désir de recherches et tout espoir de solution. Mais il est maintenant devenu évident que ces deux mots ne sont pas synonymes. Trop d'individus entre 30 et 50 ans sont atteints de cette pathologie pour croire indéfiniment à cette théorie stérile et inhibitrice. Qu'il suffise de rappeler le spectre de quelques morts subites chez des hommes dans « la force de l'âge » pour réaliser qu'il y a beaucoup plus dans l'artériosclérose qu'un simple ou très compliqué processus de vieillissement. Bien que l'incidence de l'artériosclérose augmente avec l'âge, la courbe s'éloigne trop souvent de ce parallélisme classique pour ne pas isoler ce qui appartient au normal et au pathologique. Il devient urgent de considérer l'artériosclérose comme un état artériolaire ou artériel pathologique et de chercher à en découvrir la cause. Cette cause unique n'est pas connue. Mais, au cours des vingt dernières années, d'immenses recherches ont permis l'étude d'un grand nombre de facteurs intimement associés à l'artériosclérose. Il serait beaucoup trop long de discuter toutes les théories qui cherchent à l'expliquer. Qu'il suffise d'en mentionner quatre qui jouent toutes probablement un certain rôle: théorie du vieillissement, théorie métabolique, théorie mécanique et théorie endocrinienne.

Quelques faits me semblent assez sûrs; l'artériosclérose est essentiellement une maladie de l'homme et, jusqu'à la ménopause, la femme en est pratiquement exempte; l'association fréquente de la maladie coronarienne avec l'hypertension artérielle, le diabète et toutes les pathologies qui reconnaissent une hyper-cholestérolémie; l'incidence marquée dans certaines familles qui laisse soupçonner un facteur héréditaire à peu près certain et enfin les facteurs d'environnement qui jouent probablement un rôle considérable. Parmi ces derniers facteurs, mentionnons la race, la couleur, l'alcool, le tabac, le stress physique, psychique ou émotionnel.

Des hommes meurent subitement. Ce sont les exemples tragiques de la thrombose coronarienne qui tue 20 pour cent de ses victimes

et invalide pour une période plus ou moins longue l'autre 80 pour cent. Il faut sans cesse penser à ces individus morts prématurément et surtout songer à leurs femme et enfants plongés subitement dans une catastrophe que notre faculté d'oubli minimise volontiers. Il faut sans cesse penser à ces invalides qui, après une première thrombose, se voient limités dans leurs activités et leurs aspirations, ces individus qui souffrent physiquement et moralement tout en continuant à jouer leur rôle de soutien de famille.

Messieurs, le problème de l'artériosclérose, c'est notre problème, car plus que tous les autres, les hommes qui ont sur leurs épaules des responsabilités y paient un tribut très coûteux. La maladie coronarienne (angine de poitrine et thrombose coronarienne) frappe le professionnel, le commerçant, l'homme d'affaires, l'avocat, le médecin et le politicien, avec une prédilection frappante et à des âges qui inspirent une saine inquiétude. Lorsqu'un ami devient une victime, on connaît un quarante-huit heures d'anxiété sentimentale et la vie continue. Certes, je n'ai nullement l'intention de créer un pessimisme qui n'arrange rien. L'indifférence non plus n'arrange rien. Il faut se hâter de comprendre le problème afin qu'au moins nos enfants ne soient pas subitement arrêtés dans leur future vie d'homme. Je suis moralement certain que les clés du mystère coronarien, c'est-à-dire de l'artériosclérose seront des découvertes de laboratoire et demanderont possiblement des changements assez drastiques de nos mœurs. Pour cette raison, il devient urgent d'intensifier les recherches de laboratoire, de les orienter sélectivement et de permettre à des médecins bien rémunérés de consacrer toutes leurs qualités intellectuelles à l'étude de ce problème. Si l'homme décidait, aujourd'hui, de concentrer sur ce problème toute l'énergie et toute la finance qui lui a permis d'inventer la bombe A et la bombe H, je suis convaincu, qu'en très peu de temps, il trouverait le moyen de s'empêcher de mourir subitement et de prolonger de plusieurs années la moyenne de la vie humaine. La recherche médicale

demeure le placement le plus lucratif de l'homme puisque celui-ci en reçoit tous les dividendes. De nouveau, nous réalisons que les progrès de la médecine sont essentiellement liés à des contingences financières. Nous demeurons hantés par des Pasteur, des Curie, des Laënnec, et combien d'autres qui ont fait de prodigieuses découvertes avec des moyens de fortune. La chose reste encore possible, certes, mais nous devons plutôt opter pour des centres de recherches où des groupes d'hommes préparés à cette fin travailleront dans l'anonymat à la solution des grands et complexes problèmes d'une survie éventuelle de l'homme. Nous devons soutenir les centres déjà équipés et en créer de plus vastes, mieux instrumentés avec un personnel plein temps beaucoup plus important. Le médecin qui fait de la recherche entre deux consultations et gagne sa vie avec sa clientèle a, certes, beaucoup de mérite de consacrer ses rares heures de loisirs à la recherche. Mais il ne faut pas s'illusionner sur le rendement de ce type de recherches. Cet amateurisme crée surtout l'illusion d'un effort discutable et décousu.

Je prétends que la recherche médicale doit reposer, avant tout, sur des médecins et des scientifiques plein temps suffisamment rémunérés pour être heureux de concentrer la totalité de leur énergie à la réussite d'un projet. Le public devrait soutenir les quelques laboratoires qui essaient de le protéger. La santé, c'est un bien commun et la recherche est le gage le plus précieux de sa conservation.

Nous avons nettement l'impression que la longévité de l'homme est, aujourd'hui, fonction des progrès de la cardiologie et particulièrement de la solution du problème essentiel de la survivance humaine, celui de l'artériosclérose. Il ne faudrait évidemment pas, pour autant, négliger d'autres maladies telles le cancer dont l'élimination permettrait d'accentuer encore davantage cette longévité.

La recherche devrait absorber nos jeunes médecins et scientifiques qui cherchent en vain des débouchés dans nos organisations médicales. Les salaires que nous leur offrons sont

dérisoires et, par surcroît, ils sont payés à même des fonds ou projets renouvelables chaque année. Cette méthode ne garantit aucune continuité d'où l'insécurité présente et future. Nos hôpitaux, déjà écrasés par leurs déficits de maintien, ne disposent, souvent, d'aucun fonds de recherches.

Nous avons revu les progrès de la cardiologie, dans ses chapitres essentiels : la correction chirurgicale des malformations congénitales, la prophylaxie et la fièvre rhumatismale, la chirurgie des lésions valvulaires avec sténose, le besoin de recherches sur l'artériosclérose.

VII. — RÔLE DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE.

En terminant, qu'il me soit permis de souligner quelques-uns des buts poursuivis à l'Institut de Cardiologie et quelques résultats obtenus :

1. — *Centre de diagnostic.*

En trois années, les médecins de l'Institut ont examiné dans les 51 lits dont il dispose, 2,700 malades. Les consultations externes comptent près de 5,000 malades différents. Tous les cas problèmes sont discutés chaque semaine par tout le personnel médical de l'Institut qui groupe vingt-trois médecins. Plus de onze cents médecins différents ont à date référé des cardiaques à l'Institut. Les procédés les plus modernes dont j'ai parlé sont devenus courants puisqu'en trois ans près de 400 cathétérismes et angiocardiogrammes ont été faits.

2. — *Centre de traitement.*

L'équipe médico-chirurgicale essaie de mettre à la disposition de nos cardiaques avec un minimum de délai les thérapeutiques qui se sont avérées efficaces aux Etats-Unis ou ailleurs. Il est cependant essentiel de réaliser que, dans aucun cas, une expérience humaine n'est tentée. Nous respectons trop la vie humaine pour même songer à une telle éventualité. L'expérimentation est exclusivement animale et n'est appliquée chez l'homme que

lorsqu'elle est maîtrisée et prouvée. Nous faisons aisément la différence entre un cobaye et un malade, l'un et l'autre n'étant jamais superposables. Près de 375 opérations cardiovasculaires ont été pratiquées avec des résultats qui sont périodiquement publiés dans divers journaux médicaux.

3. — *Centre d'enseignement.*

L'Institut participe à l'enseignement de notre Faculté de Médecine en recevant des étudiants de deuxième année et en contribuant largement à l'enseignement théorique. Plusieurs médecins ont fait des stages d'une année ou davantage pour se préparer à devenir de futurs cardiologues. Chaque année, enfin, un cours de cardiologie pour le médecin praticien a réuni une quarantaine d'auditeurs autour d'un cardiologue spécialement invité pour cette semaine d'enseignement.

4. — *Centre de réhabilitation.*

Par son service social, l'Institut s'intéresse aux problèmes connexes à la maladie physique. Ce service essaie de solutionner les nombreux problèmes créés dans une famille par l'invalidité d'un cardiaque par exemple. Ce service nous permet de mieux connaître les répercussions sociales des cardiopathies et d'essayer d'en contrecarrer les malheureux effets.

5. — *Centre de recherches.*

Deux laboratoires sont actuellement très actifs :

1. Laboratoire de chirurgie expérimentale où se pratiquent les nouvelles techniques chirurgicales et où des solutions inédites sont essayées. Nous pourrions longuement écrire sur les résultats pratiques d'un tel laboratoire et sur les multiples difficultés de son financement.

2. Laboratoire d'artériosclérose qui, depuis un an, s'acharne sur certains aspects de cette complexe pathologie.

Nous pensons que les progrès de la cardiologie moderne ont largement motivé la fon-

dation de l'Institut de Cardiologie, propriété des Rév. Sœurs Grises. Son directeur ne manque ni d'idéal, ni de volonté pour donner le meilleur de lui-même à la cause des maladies du cœur. Il est soutenu dans son effort par une équipe médicale remarquable et des auxiliaires compétents et dévoués.

Avec plus d'espace et d'argent, notre rendement pourrait être augmenté. Néanmoins,

nous avons l'impression d'avoir déjà quelque peu contribué aux progrès de la cardiologie et espérons grouper autour d'un idéal progressif et réaliste un nombre grandissant de malades, certes, mais surtout d'hommes sains qui seraient heureux d'améliorer le sort de leurs frères malades et de protéger la santé des générations futures en s'intéressant à nos problèmes.

DEVOIRS DU MÉDECIN ENVERS SES CONFRÈRES¹

Edouard DESJARDINS,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le choix qu'on a fait d'un chirurgien comme moraliste me suggère de vous citer ces phrases d'un collègue français, Jean Gosset², prononcées dans une circonstance à peu près identique, soit lors du Premier Congrès International de Morale Médicale, tenu à Paris en 1955. Ecoutez ce qu'il dit:

« Celui qui ose parler de morale risque de passer pour un moraliste au sens critiquable du terme. De quel droit — à moins d'être parfait — un simple chirurgien prétendrait-il donner des leçons et s'ériger en censeur? Nous sommes si conscients de nos propres insuffisances techniques, scientifiques et même morales, que nous craignons ce reproche et reconnaissons d'avance sa justesse. Doit-on renoncer et abandonner alors ce sujet aux hommes rares qui, à tous moments, en toutes circonstances, savent conformer leur conduite et leur technique à un idéal presque inaccessible? Ce n'est pas certain. La critique littéraire ou musicale n'exige pas les dons de l'artiste. A l'inverse, l'examen de conscience de l'artisan qui ne cache pas ses craintes n'est pas sans utilité. »

Il semble qu'à l'École d'Administration hospitalière on ait adopté la politique de me choisir — peut-être bouc émissaire — comme le protagoniste du devoir et l'apôtre de la morale médicale, mais aussi comme un détecteur de fautes contre ce même devoir, comme un simili-procureur de la Couronne cherchant à incriminer les défalcataires de cette même morale médicale.

Ce rôle de moraliste que l'on me propose risque pour le moins de me rendre très impopulaire; souligner des faiblesses n'encourt pas la sympathie et peut involontairement blesser certaines âmes chatouilleuses. Le succès est, au contraire, l'apanage de ceux qui pratiquent la surenchère des droits, des prérogatives, des compensations pécuniaires, des honneurs, des dividendes, des boni, des octrois, des allocations. Celui qui promet de se consacrer à la lutte pour la reconnaissance de droits et pour la distribution de faveurs est, par contraste, suprêmement sympathique.

Qu'ai-je à offrir pour ma part? Rien de ces biens matériels tant convoités, aucune recette pour augmenter son patrimoine, rien de ce qui se perçoit à l'œil, de ce qui se palpe et de ce dont on se sert pour améliorer une situation. Rien de tout cela, car on me prie de discourir de l'immatériel, d'appesantir d'un accent spirituel une démonstration quasi-métaphysique et d'apporter un appoint surna-

1. Causerie prononcée sous les auspices de l'École d'Administration hospitalière, à l'Hôtel-Dieu, le 14 mai 1957.

2. Jean Gosset: A propos de l'éthique chirurgicale. *Méd. de France*, LXIX, 1955, 13.

turel à une règle de vie: tout ce qu'il faut pour être considéré comme un gêneur, un témoin compromettant, un empêcheur de danser en rond, ou un contempteur du laisser-aller et du laisser-faire. Il est une consolation, toutefois, celle de se trouver en noble compagnie, avec ceux qui mettent les valeurs morales au-dessus des qualités: succès, réputation, fortune, qui constituent, hélas! en trop de nos milieux administratifs, universitaires ou médicaux, le critère d'appréciation des hommes et leur droit à la promotion.

« L'obligation, le devoir sont inhérents à l'action humaine. Le devoir n'est pas un fait donné, ni un ordre qui s'impose aveuglément à la conscience; c'est un postulat nécessaire de la volonté — c'en est une production inévitable. »³

Méditons ces autres paroles:

« Ne l'oublions pas, la médecine, entre toutes les professions, même les plus nobles, est la seule qui possède une déontologie ou science des devoirs... Est-ce à dire que les autres professions n'ont ni devoirs, ni règles et qu'elles ne comportent pas d'engagement pris sous la foi du serment? Je ne dirai rien de tel. Je me contente de penser qu'elle est respectable, cette profession où les devoirs depuis vingt-cinq siècles, depuis le maître de Cos, forment l'objet d'une étude particulière et supposent des formules illustres. »⁴

Le thème proposé et sa variante: « Les relations entre médecins de différents hôpitaux » peuvent s'entendre doublement. Dans un sens large, cela signifie des relations extérieures cordiales de bon voisinage, une confraternité aimable, synchrone et réciproque. Dans un sens restreint, il y faut entendre, sur le plan individuel, le contact d'homme à homme entre médecins de milieux différents appelés à exercer conjointement un acte médical.

3. Charles Blondel: La morale médicale, illusion ou réalité. *Médecine de France*, LXII, 1955, 8.

4. Georges Duhamel: *Médecine de France*, LXVII, 1955.

Selon Blondel, c'est alors « un acte social, un acte qui met en présence et en relation deux êtres humains. Dès lors se posent des problèmes de comportement humain, d'engagement, de confiance et de conscience. Impossible de s'en tenir à la pure technique. L'acte médical est d'une autre nature que celui du mathématicien ou du physicien. »³

Le rapport entre médecins de différents hôpitaux se situe sur le plan: médecin-traitant versus médecin-consultant, ou médecin-traitant versus spécialiste, ou, encore, médecin-traitant versus médecin-successeur.

L'objet de cette leçon est de développer succinctement la thèse des devoirs des médecins envers leurs confrères. Pour bien l'établir, j'ai eu recours aux autorités reconnues: le Père Payen, s.j., le docteur Heger-Gilbert, le docteur Noël Hallé, le Père Austin Fagothey, s.j., le chanoine Tiberghien, M. Savatier, le Père Jules Paquin, s.j., et le docteur Louis Portes.

Je vais essayer de résumer les notions essentielles de cette thèse, qui prend ses sources dans la loi naturelle, le respect de la dignité professionnelle et les usages légitimes.

Les idées maîtresses, qui président au comportement des relations confraternelles, sont basées sur des préceptes, vieux comme le monde, mais toujours vrais: la justice par l'équité, la charité par le souci prédominant du malade et la politesse, née de la courtoisie et du savoir-vivre.

La justice recommande une concurrence loyale, le respect de la réputation d'autrui, la défense de ceux qui sont attaqués, la coopération dans les œuvres d'assistance mutuelle, la collaboration quand elle est réclamée.

La justice demande que la réputation du collègue soit respectée, car *hodie tibi, cras mihi* — chacun son tour — aujourd'hui, collègue, on t'attaque; demain, je servirai de cible.

La justice demande le respect de la réputation. C'est dire qu'il ne faut pas rabaisser le mérite professionnel d'un collègue, en discutant de sa science ou de son habileté, en

critiquant son diagnostic ou sa thérapeutique, en l'accusant d'imprudence, de négligence ou de légèreté.

La critique, loyale en terrain propice et à vues constructives, de pair à pair, est permise quand elle a en vue le bien du malade. Elle est, toutefois, lourde d'indélicatesse, empreinte de pharisaïsme et pleine de malice consentie, quand elle est détournée, faite à mots couverts, couverts de fleurs dévitalisées ou revêtue de sous-entendus, ou encore dite sous le sceau du mystère, avec chuchotements scandalisés. C'est la théorie classique du : « Beaucoup louer le reste pour mieux abaisser ». Écoutons certains qui arpentent les corridors de l'hôpital et ne cessent de gloser d'une voix à décibels multiples :

— A. est un puits de science en théorie, mais comme il est malchanceux en pratique...

— B. est bon chirurgien, mais c'est drôle comme ses maladies réagissent mal, suppriment souvent et récidivent...

— C. n'a pas le tour de la clientèle et pourtant il écrit beaucoup, fréquemment...

Ou encore, cette dernière remarque entendue : « Ah!, un tel... Un vrai médecin des pauvres..., mais c'est parce qu'il ne peut pas en avoir d'autres... » Et ainsi de suite, ou plus encore. Plus tristes encore ceux qui distribuent les sourires en avant, les amitiés débordantes de face, mais les coups de poignard par derrière... Voyez Néron dans Britannicus : « J'embrasse mon rival, mais c'est pour l'étouffer. » D'autres préfèrent l'annuler en favorisant le nivellement des cadres par le bas, pour empêcher l'élévation au sommet d'esprits qui les dépassent.

Dénigrer un confrère, c'est discréditer sa réputation, c'est un manque de respect fondamental, c'est se nuire à soi-même, c'est violer la justice qui dit que tout humain a droit à sa réputation légitimement acquise et méritée. Puisseons-nous faire mentir cet adage séculaire : *Homo homini lupus, mulier mulieri lupior, Medicus medico lupissimus*, et, son complément logique : *Invidia medicorum pes-*

simus, et ne plus jamais pécher contre la justice.

Cette justice qui, selon le Père Austin Fagothey, s.j., « inclines us to give to each one his own; it supposes at least two persons between whom there can be some sort of equality, so that each person receives what really belongs to him. Justice regulates the will's government over itself where dealings with another person are involved. »⁵. Et il peut ajouter plus loin : « In its very broadest sense the term justice is sometimes made synonymus with all virtues. Justice means: virtue of the will: give each one his own or his due. »

Ce devoir de justice s'ajoute aux devoirs de la charité. La charité veut que chacun aime son prochain comme lui-même et, comme le dit le Père Fagothey : « Charity requires that we love our neighbor as ourselves, urging us to go beyond the bounds of justice and positively assist our neighbor even though he has no strict claim on us. »⁵

La charité serait même supérieure à la justice, puisqu'elle repose sur la loi naturelle, la loi positive divine et la loi humaine. C'est une règle de fraternité surnaturelle : « Ce que vous faites au plus petit d'entre les miens, c'est à moi-même que vous le faites » (saint Mathieu).

Les préceptes de justice et de charité commandent donc toute une série de règles qui puissent présider au jeu normal des contacts confraternels. Ceux-ci, toutefois, doivent, dans tous les cas, s'établir sur le respect d'un principe sacré : « Quand deux intérêts sont en cause, l'intérêt du malade et celui du médecin, le bien du malade a la primauté. » (Dechambre).

Il est un autre principe inaliénable et indiscutable : *c'est le libre choix de son médecin par le malade.*

Ce principe, selon Savatier, restreint dans les limites légitimes la liberté de concurrence. Le code de déontologie réglemente ce droit

5. A. Fagothey, s.j. : *Right and reason*. C. V. Mosby, St. Louis, 1953.

du malade, les modalités qui en découlent, restreint la concurrence déloyale, limite la publicité excessive et défend la diffusion de supposées vérités non prouvées scientifiquement.

La liberté d'expression ne pèche pas contre les principes confraternels, toutefois, quand elle s'exerce lors des élections aux postes corporatifs, quand elle est dirigée contre les « méthodes de traitement inspirées du charlatanisme le plus pur et quand elle discute d'opinions hétérodoxes émises à la radio, dans les journaux, à la télévision: traitement miraculeux, piqûres, médicaments, etc. »

La liberté de parole, la liberté de la presse ne signifient pas la licence. Le médecin qui proteste contre les affirmations imprudentes ou mal fondées d'un confrère n'a pas le droit d'employer des mots violents ou injurieux; la calomnie ou la médisance n'ont aucune place dans son argumentation. Sa dialectique doit s'appuyer sur la justice, sur la charité et sur la courtoisie: *leit-motiv* du médecin distingué et conscient d'appartenir à une famille honorable.

A mon sens, voilà comment comprendre la thèse morale du respect des droits de chacun. « La confraternité des médecins... doit reposer sur un sentiment profond de la noblesse de l'art qu'ils exercent en commun. » (Dechambre).

Démonstration théorique, direz-vous! Un cours, sans applications pratiques, manque d'objectivité. Aussi, vais-je ouvrir la boîte à questions.

La première est celle-ci: « Un malade veut être hospitalisé à l'Hôtel-Dieu et son médecin est de l'hôpital Notre-Dame. Quelles sont les relations qui devraient exister entre les médecins de ces deux hôpitaux, toujours en tenant compte du point de vue du malade? » Cherchons la solution satisfaisante.

Ce problème sera résolu très facilement, car, habituellement, il n'y a pas de lit disponible; pas de conflit possible dans ces circonstances.

Cette situation est habituelle en période normale; mais il n'en est pas ainsi en temps

de vacances. Alors, les disponibilités ne manquent pas. La requête sera accueillie favorablement, car l'Hôtel-Dieu, hôpital universitaire, accepte comme médecins traitants les médecins d'un autre hôpital universitaire, comme Notre-Dame.

Le problème est compliqué et l'admissibilité est impossible pour celui qui n'est pas attaché à un hôpital universitaire.

Le malade, une fois admis à l'Hôtel-Dieu, bénéficie de tous les services auxiliaires et tous les privilèges habituels sont accordés au médecin de l'hôpital Notre-Dame, mais les obligations corrélatives le lient également. Ce médecin devra se soumettre aux règles de la maison qui l'accueille, soit: suivre régulièrement son malade; écrire lisiblement ses prescriptions et les signer; inscrire des notes d'évolution au dossier; se soumettre aux consultations obligatoires, si exigées; compléter le protocole opératoire dans les heures qui suivent l'opération; signer le dossier au départ du malade, et si l'évolution de son malade est fatale, collaborer à la demande d'autopsie.

Bref, le médecin étranger possède toutes les prérogatives des médecins réguliers, mais il doit en assumer toutes les obligations.

Il est de mauvais goût de s'opposer à l'admission d'un collègue d'un autre hôpital; au contraire, il faut l'accueillir avec sympathie et selon le code de l'hospitalité.

La deuxième question se lit ainsi: « Dans la présentation de travaux scientifiques, faut-il tenir compte de l'éthique professionnelle, pour que les relations entre médecins de différents hôpitaux soient bonnes? »

Et, la question numéro trois est ainsi rédigée: « Doit-il en être de même de la propagande faite au sujet d'un traitement particulier? »

La réponse que je vais essayer d'apporter à ces deux questions qui, à mon sens, sont le prolongement l'une de l'autre, suppose un certain développement et l'élaboration du programme, à mon sens capital, de la publicité médicale.

L'occasion me paraît bonne de toucher ici un mot de la nécessité d'une littérature médicale, dont j'ai eu l'expérience pratique au *Journal de l'Hôtel-Dieu*, au *Bulletin de la Faculté de Médecine* et à *L'Union Médicale du Canada*. Saisi de l'importance d'une vulgarisation médicale saine, j'ai pris une part active, entouré d'une brillante phalange de collaborateurs, à la publication de *La Médecine au Foyer*, œuvre canadienne, signée par des auteurs de chez nous, de Québec, d'Ottawa et de Montréal, ayant pour but de fournir aux nôtres une médecine simplifiée, clarifiée, constituant une documentation inspirée des règles les plus rigides de la déontologie, exemple de recettes d'almanach, de potions curatrices et de conseils qui pourraient éviter un appel nécessaire au médecin.

J'ai voulu vous montrer, par cette énumération, que la question de la littérature médicale est une de celles qui me passionne le plus. La médecine est une profession qui se prête admirablement aux exercices de la plume.

Et ceci tient au fait que constamment, chaque jour, le médecin doit rédiger des observations, des annotations, des comptes rendus, des certificats, des expertises, des rapports.

Les paperasses officielles ne conduisent évidemment pas à la haute littérature, mais tout de même, elles obligent le médecin à prendre la plume et, celle-ci en mains, il est facile de la faire courir sur le papier.

Olivar Asselin l'a écrit jadis: « Au Canada, nulle profession ne compte plus d'écrivains que la médecine. » Il y a des romanciers: Ringuet, Choquette, Bertrand Vac; il y a un poète: Lahaise; il y a des auteurs de volumes: Foucher, LeCavalier, Plouffe, Jobin, Fortier, Hébert, Jutras, Dumas, Saucier, Amyot, Boucher, pour n'en citer que quelques-uns.

Il y a aussi la somme scientifique des publications médicales, travaux qui empruntent *L'Union Médicale du Canada*, le *Laval Médical*, les *Cahiers de l'Hôtel-Dieu de Québec*, le *Saguenay Médical*, le *Journal Médical des*

Cantons de l'Est, *l'Information Médicale*, les *Annales de Sainte-Justine*. Le médecin a le choix des revues auxquelles il peut adresser des articles. Ceux-ci sont le meilleur exercice de l'esprit qui soit. Ils permettent la gymnastique des idées et la calisthénie des pensées. Ils obligent à la précision, à la clarté, à la discipline architecturale qui exige l'élaboration d'un plan avant l'assemblage des matériaux. Un article, avant d'être soumis à l'écriture, doit être pensé, médité, approfondi, puis élaboré suivant un plan bien défini, et, enfin, tracé selon les normes de la construction littéraire.

Ecrire force à réfléchir, car si *verba volant, scripta manent*.

Et, ici, je revois, après cette parenthèse, la question posée: « Doit-on respecter l'éthique professionnelle ? »

La réponse ne fait aucun doute. Tout article, qu'il soit publié dans une revue médicale ou dans un journal non médical, à l'usage des profanes, doit respecter l'éthique professionnelle.

Prenons un premier cas; il s'agit de la publication d'un article, du lancement d'une nouvelle thérapeutique, de la propagande en faveur d'un nouvel institut, de la publicité pour une institution qui progresse, avec étalage de photos, emploi de la radio, de la télévision. Battage général, quoi! Mauvais, si ce tam-tam joue sur la scène ouverte au grand public. Imprudent, car celui-ci ne sait pas faire la part des choses et juge selon ses impressions. Cette méthode est anticonfraternelle, car maniée par des non-médecins, elle risque de blesser; le journaliste, de bonne foi, veut faire bien, trop bien; il en met et en remet et projette en gros plan ce qui se fait souvent ailleurs depuis longtemps en silence ou à bas bruit.

L'endroit par excellence pour faire connaître une découverte, un procédé, des résultats heureux, l'installation d'instruments riches d'espérances, c'est le terrain normal du médecin: le *bureau médical*; les *sociétés médicales*; les *congrès scientifiques* et les *revues*

médicales. D'accord sur le lieu et les moyens établis suivant l'éthique professionnelle, il faut l'être aussi quant à la qualité de la publication. Modestie, humilité, véracité seront les vertus cardinales d'une propagande judicieuse, honnête et qui se veut efficace. Il ne faut pas établir de comparaison avec les institutions concurrentes.

Nulle exagération dans les faits; des tableaux statistiques bien étayés parlent souvent plus élogieusement que des considérations dithyrambiques et diluées à l'eau de... certains romans-fleuves.

La déontologie exige que les travaux scientifiques et les supposées découvertes soient annoncés avec la plus complète décence. Il y a, en fait, peu de nouveau sous le soleil. Reviennent périodiquement certaines prétendues innovations: tel, la soie en chirurgie. A la grande surprise d'un interne, je lui montrais, récemment, un protocole opératoire datant d'il y a trente ans, où il était fait mention d'hémostase à la soie, et, pourtant, on venait de lui enseigner que l'emploi de la soie datait de tout récemment.

Peu de vraiment neuf — quelques modifications de technique, un progrès sensible dans l'asepsie, une meilleure connaissance des signes précoces, une thérapeutique élective mieux connue. Les travaux expérimentaux méritent l'admiration pour ceux qui les pratiquent, mais il y a peu de Claude Bernard, de Laënnec, de Pasteur, de Lister, d'Halsted, de Cushing ou de Leriche.

Que la propagande par les moyens de l'écriture soit modérée et purement objective! Je crois que la formule acceptée en certains milieux est excellente. Publication d'abord de travaux ou découvertes dans les sociétés scientifiques, sur le plan local, national ou international, dans les revues savantes, et, enfin, ceci me paraît capital, analyse de ces communications par les journaux quotidiens ou périodiques, qui citent leurs sources. Cette solution me paraît élégante et moins empreinte d'un appel direct au grand public. Pasteur n'a jamais courtisé la presse.

Et, j'en arrive à la dernière question: « Quand un malade quitte un hôpital non satisfait de son médecin, se fait hospitaliser ailleurs et critique les médecins de l'hôpital d'où il vient, quel doit être le comportement du médecin de l'hôpital où le malade vient d'arriver? »

La réponse est simple et ne demande pas une dissertation philosophique très compliquée. En effet, le médecin du second hôpital se doit, en justice et par charité, de ne pas épouser les querelles et les récriminations de son malade. Que le malade quitte un premier hôpital, parce qu'allergique à son médecin, la chose est compréhensible. Il s'agit d'un acte ou contrat bilatéral; il n'y a pas eu l'harmonie nécessaire et le divorce s'est effectué. Le second médecin peut écouter les doléances de son malade, mais, en toute équité, il ne doit pas porter de jugement sur son confrère. Ne jugez point, si vous ne voulez pas être jugé.

Un médecin imbu des principes de la déontologie, doit savoir, dans ce cas, écouter, calmer, expliquer le comportement du collègue. Pas de critique du traitement. Seule, celle-ci serait possible s'il s'agissait d'une thérapeutique charlatanesque, s'il s'agissait de manœuvres ostensiblement dérogatoires aux principes admis et aux règles de la déontologie.

Comme la vie serait belle, s'il n'y avait pas de conflits, s'il n'y avait pas de rivalité exagérée, s'il n'y avait que de la compréhension, de la charité, de l'amour, de la confraternité. Un rayon de soleil, un ciel sans nuage, de la bonté, du bonheur, le bien à accomplir, c'est l'aspiration de Maïmonides dans sa prière au Très-Haut.

« O Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants.

« O Dieu, soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais. Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre.

« O Dieu, que mon esprit reste clair près du lit du malade, qu'il ne soit distrait par aucune pensée étrangère, afin qu'il ait présent à l'esprit tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné; car, grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures. Fais que mes malades aient confiance en moi, qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions.

« O Dieu, si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon art, comme une cuirasse, me rende invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis.

« Prête-moi, ô mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et égoïstes. Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science.

« Eloigne de moi, ô Dieu, l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances.

« Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'art est grand, mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant. »

Cette prière, établie au XII^e siècle par Maïmonides, médecin-philosophe, aristotélien, mérite d'être retenue. Respectons-nous les uns les autres; aidons-nous; soyons, dans la vie, justes et charitables; traçons la voie et, si elle est droite, Dieu y guidera nos successeurs.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

- J. A. ORR et A. S. DOUGLAS. — **Extraction dentaire dans l'hémophilie et la maladie de Christmas.** (*Dental Extraction in Hemophilia and Christmas Disease.*) "B. M. J.", No 5026: 1035 (4 mai) 1957.

Les auteurs rapportent les résultats de 32 extractions dentaires faites chez 10 patients souffrant d'hémophilie ou de maladie de Christmas. Les hémorragies sont survenues le plus souvent à la troisième journée post-opératoire mais dans un cas l'hémorragie a débuté aussi tard que le 17^e jour après l'extraction. Les auteurs recommandent de ne pas enlever plus de deux dents à la fois et lorsque la chose est possible deux dents adjacentes. Un support en résine acrylique a été employé pour protéger les gencives après l'extraction. La thérapeutique de remplacement a consisté en deux pintes (2 270 ml.) de plasma congelé frais immédiatement après l'extraction et au début de l'hémorragie si elle était suffisamment grave. Des antibiotiques par voie orale étaient également donnés pendant les 5 jours qui suivaient l'opération.

Jean-Marc BORDELEAU.

- R. GREENE. — **Activité mentale pendant l'anoxie chronique.** (*Mental Performance in Chronic Anoxia.*) "B. M. J." No 5026: 1028 (4 mai) 1957.

L'auteur est un médecin alpiniste qui a fait partie de plusieurs expéditions dont une ascension du mont Everest. Il étudie ce problème que pose l'anoxie sur l'état mental des alpinistes. A plusieurs occasions des tests ont été donnés à différentes altitudes mais

sans jamais qu'on puisse démontrer une atteinte des fonctions intellectuelles même à 21,000 pieds. Par ailleurs malgré ces résultats négatifs sans doute dus à la facilité des tests mentaux, l'anoxie chronique affecte différemment les gens qualitativement et quantitativement. La résistance à cette anoxie varie avec chaque homme. Ceux qui sont affectés facilement le seraient également à l'occasion d'une intoxication alcoolique. L'atteinte cérébrale surviendrait à peu près comme celle que nous observons à l'occasion des comas hypoglycémiques chez les malades mentaux, les fonctions acquises les plus récentes disparaissent les premières (ou sont inhibées en premier lieu). La mémoire est affectée à divers degrés. La capacité d'accomplir un travail intellectuel est affectée. Il peut survenir une grande instabilité émotionnelle.

Ces notions nous intéressent indirectement parce que nous observons souvent en clinique des troubles mentaux causés par l'anoxie chronique vg. dans les pneumopathies, dans l'anémie pernicieuse et dans l'insuffisance cardiaque, mais dans ces cas d'autres facteurs interviennent comme l'artériosclérose, les lésions du tissu nerveux de l'anémie pernicieuse, etc... et empêchent de tirer des conclusions valides.

Jean-Marc BORDELEAU.

- S. C. TRUELOVE. — **Traitement local de la colite ulcéreuse par l'hémisuccinate sodique d'hydrocortisone.** (*Treatment of Ulcerative Colitis with Local Hydrocortisone Hemisuccinate Sodium.*) "British Med. J.", 5033: 1437 (22 juin) 1957.

Cet article fait suite à un travail antérieur du même auteur alors qu'il rapportait des résultats obtenus par le traitement local de la colite ulcéreuse avec un goutte à goutte rectal d'une solution alcoolisée à 5% d'hydrocortisone. A ce moment l'amélioration clinique s'accompagnait d'une modification de la muqueuse colique à la sigmoïdoscopie;

par contre l'examen histologique de la muqueuse ne montrait pas la même amélioration. L'hémisuccinate sodique d'hydrocortisone est soluble dans l'eau et les résultats obtenus avec cette préparation furent retrouvés histologiquement au niveau de la muqueuse dans 2 cas sur 3, (11 cas sur 18). Plusieurs cas eurent des rechutes qui s'améliorèrent à nouveau avec le médicament sauf un cas qui devint résistant. Ce traitement évidemment reste un traitement local symptomatique et la cortisone donne des résultats semblables à ceux observés en dermatologie mais il peut être utile dans certains cas surtout afin de prévenir les complications de cette maladie particulièrement grave.

Jean-Marc BORDELEAU.

E. R. BICKERSTAFF. — **Encéphalite du tronc cérébral.** (*Brain-Stem Encephalitis.*) "Br. Med. J.", 5032: 1384 (15 juin) 1957.

L'auteur rapporte huit cas d'un syndrome neurologique fort grave cliniquement mais qui garde un pronostic bénin. Dans ces cas la période prodromique est marquée par des malaises généraux et une fièvre légère. La maladie évolue progressivement vers des signes d'atteinte du tronc cérébral avec une progression qui semble suivre une voie descendante; dans deux cas il y eut suppression presque complète de toutes les fonctions dépendant d'une innervation du tronc cérébral mais sans atteinte cardiorespiratoire. Après une période stationnaire pendant laquelle deux des patients étaient des moribonds il y eut amélioration graduelle jusqu'à une récupération totale et absolue. La pression du L.C.R. reste normale; il y a augmentation des éléments de 10 à 150 dans quelques cas ainsi qu'une courbe parétique dans d'autres. Dans ce groupe il y eut une mortalité et l'autopsie mit en évidence un œdème disséminé des gaines de myéline là où elles sont clairsemées et une hyperplasie astrocytique. On croit qu'il s'agit dans ces cas d'une infection virale systémique mais sans qu'on puisse apporter d'argument de laboratoire.

Jean-Marc BORDELEAU.

A. KENNEDY. — **L'emploi médical de l'hypnotisme.** (*The Medical Use of Hypnotism.*) "Br. Med. J.", 5031: 1317 (8 juin) 1957.

Le professeur Kennedy essaie de mettre un peu d'ordre dans ce sujet fort controversé de l'hypnose et de son emploi en médecine comme traitement. Après avoir établi la place que devrait occuper l'hypnose dans la formation de ceux qui se destinent à la psychothérapie il donne, d'une façon plus générale, les indications de l'hypnose. Quatre grandes classes peuvent être considérées: I) Conditions dans lesquelles l'hypnose est souvent le traitement de choix, vg. l'amnésie hystérique, la fuge, la stupeur hystérique, l'astatie-abasie, certains cas qui ne peuvent recevoir de psychothérapie (et encore moins de psychanalyse), etc. II) Conditions dans lesquelles l'hypnose est une des méthodes qui peut être employée, vg à l'occasion des techniques d'abréaction. III) Conditions dans lesquelles l'hypnose est occasionnellement très utile et mériteraient une investigation plus approfondie, vg pour briser des habitudes (cigarettes, alcoolisme), dans l'obésité. VI) Certains usages de l'hypnotisme chez des sujets psychologiquement normaux, vg au cours de l'accouchement, dans l'anesthésie, etc. Jean-Marc BORDELEAU.

CHIRURGIE

Lucien LEGER (Paris) et Claude BAEZNER (Genève). — **Le diagnostic des suppurations intra et péri-hépatiques par la spléno-portographie.** (*À propos de cinq observations.*) "Presse Médicale", No 15, 311 (20 février) 1957.

La présence d'une collection purulente intrahépatique procure, à la spléno-portographie, des images de compression, de refoulement, des arborisations portales principales ou secondaires, de véritables dislocations, parfois même des amputations. Au temps hépatographique, ou temps capillaire de la spléno-portographie, lors de l'imprégnation massive et uniforme de la glande, l'abcès, véritable zone avasculaire qui ne s'opacifie pas, se traduit par une lacune claire dans un parenchyme par ailleurs bien imprégné de produit de contraste.

La spléno-portographie permet aussi, avant l'exploration chirurgicale, d'établir un pronostic en fonction de la topographie et de l'étendue de la suppuration.

Un autre avantage de cette méthode d'investigation radiologique est d'offrir la possibilité de diagnostic entre les diverses localisations des collections suppurées: abcès hépatique, intra-parenchymateux, abcès sous-phrénique — caractérisé par un espace clair interposé par la paroi thoraco-abdominale et l'arborisation portale uniformément dessinée — et abcès sous-hépatique.

Guy ALBOT.

DERMATOLOGIE

R. W. HUNTINGDON et N. E. LEVAN. — **Métastase pulmonaire d'un épithélioma baso-cellulaire de la peau.** (*Basal cell carcinoma metastatic from skin to lung.*) "A. M. A. Arch. of Derm.", **75**: 676 (mai) 1957.

Les cancers du poumon secondaires à des épithéliomas baso-cellulaires de la peau, bien que très rares, ne sont pas totalement inconnus puisqu'il y en a quelques cas authentiques qui ont été rapportés dans la littérature médicale. L'envahissement pulmonaire, toutefois, ne s'observe que dans les épithéliomas baso-cellulaires cutanés très anciens, très gros et largement ulcérés.

Pour confirmer l'opinion qu'un épithélioma baso-cellulaire de la peau peut donner des métastases viscérales les auteurs apportent l'observation suivante que nous résumons.

Un homme de race blanche décédé à l'âge de 66 ans d'un cancer du poumon, présentait une tumeur ulcérée de la face dont le début remontait à 23 ans. Une biopsie pratiquée 3 ans avant la mort du malade confirmait le diagnostic d'épithélioma baso-cellulaire cutané.

A l'autopsie, on a trouvé dans le poumon droit de nombreux nodules. L'examen anatomopathologique de ces nodules a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma baso-cellulaire typique secondaire à l'épithélioma de la face.

Henri SMITH.

C. S. WRIGHT et D. N. TSCHAN. — **L'emploi d'une pierre-ponce dans le psoriasis.** (*Use of a pumice stone in psoriasis.*) "A. M. A. Arch. of Derm.", **75**: 732 (mai) 1957.

Depuis 1954 les auteurs recommandent à tous leurs malades atteints de psoriasis de se servir d'une pierre-ponce pour faire pénétrer le médicament prescrit, huile ou pommade dans les lésions cutanées. Ce procédé, non seulement a l'avantage de faire pénétrer une plus grande quantité de médicament dans les lésions, mais encore fait tomber les squames et n'est pas irritant pour les doigts de l'opérateur.

La méthode est enseignée au malade dans le cabinet de consultation du médecin ou dans la clinique et on insiste sur le fait que la friction avec la pierre-ponce ne doit pas être trop énergique car il pourrait en résulter une hémorragie. On recommande au malade d'enlever l'excès d'huile ou de pommade, ce qui a pour effet de diminuer les dommages aux vêtements et aux draps de lit.

Depuis que ce procédé a été institué tous les malades l'ont trouvé avantageux et les auteurs sont d'avis que les résultats thérapeutiques sont meilleurs.

Henri SMITH.

Cl. HURIEZ, F. DESMONS, M. BENOIT et P. MARTIN. — **La ponction-biopsie du foie dans l'eczéma.** "La Presse Méd.", **64**: 1925 (nov.) 1956.

Faisant état d'études histologiques du foie prélevé par ponction biopsie chez 44 malades, les auteurs ont essayé de préciser le rôle de ce viscère dans la pathogénie de l'eczéma.

Reprenant les travaux de Dogliotti, ils ont pratiqué un triple bilan: histologique (étude du parenchyme, du mésenchyme, du système vasculaire et de la réticuline), fonctionnel (tests d'exploration fonctionnelle), hématologique, associé dans quelques cas à l'exploration du système neuro-végétatif.

Quatre groupes de malades ont été expertisés: I) Six malades présentaient un eczéma constitutionnel: dans l'ensemble, le foie était intact — II) 21 malades avaient un

eczéma de *sensibilisation* chez 13 d'entre eux, qui ne présentaient aucune lésions hépatique cliniquement apparente, 4 montraient des altérations histologiques: 8 autres concernaient des éthyliques, angiocholiques ou hyposystoliques dont l'examen anatomique confirmait l'existence de lésions inhérentes à leur tare viscérale. — III) 10 sujets présentaient un eczéma par *polyintolérance*: les lésions histologiques étaient presque constantes (stéatose, anisocaryose, noyaux vacuolaires, lésions de la réticuline) — IV) Enfin les lésions les plus importantes s'observaient dans 6 cas d'eczéma aurique et un cas d'eczéma arsenical. Le sang et les urines contenaient de l'or décelé par la méthode de Merville, Verhaeghe et Dequidt, de l'arsenic décelé par la méthode de Lespagnol, Merville et Baelden. Ces métaux furent dans certains cas détectés histochimiquement dans le foie et la peau. A des degrés divers, ces malades présentaient des lésions de stéatose, de nécrose cytoplasmique, de pycnose nucléaire traduisant une hépatite toxique et permettant d'assimiler ces eczémas post-métallothérapiques à des *toxidermies*.

Reprenant le schéma développé par l'un d'entre eux en 1947 sur les accidents des chimiothérapies, les auteurs soulignent à nouveau le rôle régulateur du système réticulo-endothélial notamment hépatique, dont la surcharge s'accompagne, dans les eczémas par polyintolérance et les toxidermies, d'une déchéance du foie, d'une concentration sanguine excessive du médicament et d'une perturbation du système neuro-végétatif.

Guy ALBOT.

PNEUMOLOGIE

A. RAVINA et M. PESTEL. — **Traitement de la tuberculose humaine par la Cyclosérine.** "La Presse Méd.", 64: 1241 (4 juillet) 1956.

A des doses quotidiennes de deux capsules de 250 milligrammes, pour les augmenter graduellement jusqu'à cinq ou six capsules, les auteurs rapportent leurs résultats obtenus chez 80 tuberculeux traités durant dix mois par la cyclosérine.

Soixante-quinze pour cent des malades étaient des ulcéro-cavitaires, d'autres étaient des porteurs de lésions exsudatives récentes, mais aucun de ces malades n'avait répondu favorablement aux traitements anti-microbiens ordinaires. Grâce à la cyclosérine, leurs lésions pulmonaires se sont vite améliorées.

Le mécanisme d'action de ce médicament n'est pas le même quand on compare celui que l'on constate lorsqu'on emploie l'isoniazide et la streptomycine.

En effet, l'action de la cyclosérine est plutôt lente mais elle dure plus longtemps et peut persister durant des mois. Cliniquement, il ne semble pas se développer de résistance, ce qui représente un avantage sérieux.

Si on combine la cyclosérine à l'isoniazide, les effets curateurs paraissent augmenter chez plusieurs patients et cette combinaison permet de donner la cyclosérine à plus petite dose, ce qui diminue d'autant l'apparition des malencontreux effets toxiques.

Parmi les effets toxiques les plus communs, on note les troubles psychomoteurs.

Chez nos 80 malades, ces désordres toxiques ont été observés chez 12 malades. Parmi ces douze, des crises épileptiques sont apparues chez cinq.

Les auteurs suggèrent de prendre des précautions: tests psychiatriques et neurologiques avant de soumettre les malades à la cyclosérine. De tels axamens, encephalogrammes inclus, devraient être continués même pendant tout le traitement. Si des signes d'irritabilité, des troubles de caractère et de la somnolence apparaissent, il faut discontinuer le traitement.

Ces patients ainsi traités à la cyclosérine exigent une surveillance constante à cause de l'apparition toujours possible de ces effets toxiques.

En conséquence, cette thérapeutique doit être pratiquée uniquement en milieu hospitalier. Pour quelques avantages, la lecture de ce travail nous fait voir des inconvénients importants.

Paul-René ARCHAMBAULT.

SOCIÉTÉS

ASSOCIATION DE PSYCHIATRIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Discours du président prononcé le 26 avril
1956, à l'assemblée annuelle.

Je suis vraiment très heureux d'accueillir encore une fois les membres de l'Association de Psychiatrie de la Province de Québec à notre réunion annuelle. Vous vous souviendrez sans doute qu'à notre dernière session, j'ai mentionné que nous essaierions d'organiser la réunion annuelle avec l'aide d'un service de traduction. Ceci est un fait accompli.

Nos plus sérieux efforts durant l'année qui s'achève ont été de donner de l'ampleur à l'Association de Psychiatrie du Québec et de lui faire une place dans le grand mouvement psychiatrique qui se développe dans la Province.

Certaines de nos obligations courantes gagnent de plus en plus en importance. Par exemple, le fait d'avoir entrepris une correspondance avec le Collège des Médecins et Chirurgiens concernant l'amendement de la Loi Médicale de Québec, nous a montré une fois de plus l'importance de développer davantage le status du psychiatre, et en particulier, de définir son rôle comme il apparaît nécessaire dans la rectification de notre attitude vis-à-vis la psychothérapie.

En plus de cela, le Comité Exécutif a tenté d'établir des bases de travail non seulement avec les psychologues mais avec certains autres groupes importants de la Province. Avec de semblables relations, nous espérons gagner de la force et nous croyons pouvoir offrir en retour aide et directives à ces organismes.

Un des principaux groupes parmi ceux-ci est celui des Médecins Praticiens. Votre comité se réunissait en janvier avec les officiers de la section de Québec du Collège de Pratique Générale, les docteurs Laporte, Tremblay et Stalker. Ces représentants soulignèrent le grand désir et le besoin urgent que les Méde-

cins Praticiens ressentent d'une information plus grande dans le champ de la psychiatrie ou peut-être, plus précisément, dans l'appréciation de l'élément humain dans la maladie. Parmi les mesures qui ont été adoptées conjointement, il fut recommandé qu'un bureau d'experts soit mis à la disposition des médecins praticiens, en vue d'organiser des séminars pour l'étude générale du comportement humain. Ces séminars permettraient la discussion d'une grande variété de sujets comme, par exemple, les facteurs émotionnels dans la maladie: ainsi dans l'asthme, les maladies de la peau et les dérangements gastro-intestinaux.

On aimerait également que nous discussions les problèmes du traitement de patients en état d'excitation ou de ceux qui deviennent agités à la suite d'interventions chirurgicales; les problèmes concernant le vieillard; les aspects légaux de la psychiatrie en ce qui concerne le médecin praticien. Un second point sur lequel tous furent d'accord est que l'Association utiliserait son influence autant que possible en vue d'inclure dans le programme universitaire, au bénéfice de l'étudiant, des cours sur le facteur humain, les techniques d'entrevue, les problèmes émotionnels de l'enfant et de sa croissance, et sur les relations entre patient et médecin. Troisièmement, il fut accepté que nous explorions tous ensemble la possibilité d'offrir à un certain nombre de praticiens, l'occasion de travailler dans les cliniques psychiatriques de certains hôpitaux, sous la direction de psychiatres. De cette façon, ils pourraient espérer obtenir une connaissance pratique de certains procédés élémentaires psychiatriques qui, de l'avis de tous, pourraient être quelques formes de narcosynthèse ou de narcoanalyse simplifiée. Les médecins praticiens mentionnèrent également un certain nombre des problèmes particuliers où ils se trouvaient en difficulté et parmi ceux-ci, l'hospitalisation des alcooliques ou des narcomanes.

Votre Comité Exécutif est ensuite entré en relation avec les représentants de l'Association de Médecins et Chirurgiens industriels de la Province de Québec — les docteurs Turcot, Brent, Short et Ross. Les conclusions suivantes ont été adoptées. Que nous formions encore une fois, par l'intermédiaire de l'Association de Psychiatrie du Québec, un bureau de conférenciers auxquels on pourrait faire appel à l'occasion. Les médecins industriels ont déclaré que l'un de leurs principaux problèmes est d'obtenir promptement des soins pour leurs travailleurs et il fut suggéré que l'on approche les Départements Psychiatriques des hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques provinciaux à travers la Province, leur demandant d'étudier cette difficulté. Il s'ensuivit également une discussion générale à propos des relations entre le médecin praticien, le médecin industriel et le psychiatre dans leur façon de procéder avec un cas particulier. Les médecins industriels demandèrent si nous pouvions organiser une série de séminars où pourraient être discutés certains procédés qui pourraient être utilisés par le médecin industriel, et particulièrement en ce qui concerne l'emploi de certains individus capables de travailler mais non pas dans n'importe quel genre d'industrie. Ils étaient d'avis que certains de ces séminars devraient être ouverts de façon plus générale pour inclure certains chefs industriels et aussi les médecins et les gardes-malades pratiquant dans les grandes industries de la région. On discutait également de la façon dont on pourrait entraîner des chefs de discussion qui, à leur tour, organiseraient certains groupes dans l'industrie avec, pour but, de promouvoir une connaissance plus vaste du comportement humain et en particulier du facteur humain dans l'industrie. Dans l'intervalle, nous avons aussi été en contact, en novembre 1956, avec l'Association des Infirmières du Québec, insistant pour qu'un cours de psychiatrie pour les infirmières devienne obligatoire, et je suis informé qu'à compter de l'année prochaine un examen en psychiatrie sera imposé à toutes les infirmières avant leur examen de licence.

Enfin nous avons entrepris avec le Collège des Médecins et Chirurgiens une discussion à savoir comment procède cet organisme pour accréditer les hôpitaux psychiatriques et en janvier, nous leur avons écrit, leur demandant s'il serait possible d'inclure un représentant psychiatrique sur leur comité d'accréditation ou, si ceci est impossible, si l'Association de Psychiatrie du Québec pourrait recevoir, à titre de comité consultatif, les requêtes des hôpitaux demandant l'accréditation comme centre d'entraînement psychiatrique. Comme vous venez de l'entendre dire, le Collège des Médecins et Chirurgiens a rejeté notre proposition mais nous nous proposons de continuer d'explorer cette possibilité.

De tout ceci, j'espère qu'il se dégage à l'attention des membres de l'Association de Psychiatrie du Québec que nous commençons à préciser pour l'Association un rôle d'importance considérable. Nous nous efforçons, comme vous l'avez remarqué, à affirmer notre position comme un corps représentatif avec lequel une organisation comme le Collège devrait entrer en relation. En même temps, nous essayons de nous employer dans le rôle d'intermédiaire, entre certains groupes importants tels que l'organisation des Médecins Praticiens et l'organisation des Médecins Industriels, et leurs problèmes, d'une part, et les hôpitaux psychiatriques, départements et cliniques d'autre part, nous efforçant d'utiliser l'influence de nos membres pour obtenir de ces derniers qu'ils travaillent en coopération avec les médecins praticiens et les médecins industriels et qu'ils mettent sur pied le service que ces organisations demandent.

Au cours de la présente année, c'est l'espoir de votre Comité Exécutif de continuer le travail dans ces grandes lignes. Nous avons deux objectifs principaux. Le premier est de développer et de mettre en marche le plan de travail sur lequel nous sommes venus d'accord avec les médecins praticiens et les médecins industriels ainsi que je l'ai mentionné plus haut et aussi de continuer d'explorer avec d'autres groupes d'importance de la Province, la possibilité d'en arriver à une entente au

sujet d'intérêts communs. Parmi ces organismes, nous pouvons compter sûrement sur les organisations médicales de la Province.

Permettez-moi, en terminant, d'exprimer ma reconnaissance non seulement aux membres de notre Comité Exécutif mais aussi à tous les membres en général, tout spécialement pour le support et l'intérêt qu'il nous ont montré durant l'année qui s'achève.

ASSOCIATION DES MÉDECINS CANADIENS EN FRANCE

La dernière réunion de l'année scolaire eut lieu à la Maison des Etudiants canadiens à Paris, le 19 juin, sous la présidence du docteur Florent Thibert. Le Professeur agrégé Kourilsky et le docteur Hillemand s'étaient joints à leurs jeunes confrères et amis canadiens.

Après la présentation du bilan financier, qui montre un déficit, on élaborera des projets pour intensifier le rayonnement de l'Association et étendre ses activités tant scientifiques et culturelles que sociales. Deux questions retinrent particulièrement l'attention des membres et de leurs distingués invités.

Dès la rentrée, un *cours consacré aux sciences fondamentales en médecine* sera organisé, sous les auspices de l'Association et avec le concours de maîtres éminents, pour faciliter aux candidats la préparation des examens de qualification au Collège royal et au Collège provincial des médecins. Une lacune, unanimement déplorée par les médecins canadiens séjournant en France, se trouve ainsi comblée, et ils pourront désormais associer à l'enseignement clinique incomparable que dispensent les hôpitaux de Paris, les études théoriques indispensables aujourd'hui à toute formation médicale sérieuse.

Les sept premiers titulaires canadiens de la fonction récemment créée de « médecin résident étranger des hôpitaux de Paris », se déclarèrent tous satisfaits de leurs conditions de travail et enchantés de l'accueil qu'ils trouvèrent auprès de leurs collègues internes des hôpitaux. La place qu'ils occupent et qu'occuperont leurs successeurs dans la vie hospitalière et médicale de Paris, leur impose des

obligations d'ordre social qu'ils sont incapables de remplir décevantement faute de ressources suffisantes. Il serait éminemment utile à leur prestige et à celui de leur pays qu'ils fussent en mesure d'entretenir avec leurs collègues français des rapports d'égalité sur ce plan.

La formule des réunions de l'Association devra être modifiée de manière à leur donner un caractère plus social et de permettre d'inviter des conférenciers, médicaux et non médicaux, de renom, des patrons et des collègues des hôpitaux. L'Association ne peut subvenir aux frais qu'entraîne cet élargissement, devenu nécessaire, de ses activités et de son rôle. Les maisons pharmaceutiques du Canada lui paraissent, compte tenu de leur exemplaire générosité pour ces causes, tout à fait indiquées pour assurer aux médecins canadiens en France la possibilité de maintenir leur rang auprès de leurs confrères français.

*

* * *

Le 25 juin, les médecins résidents étrangers en fonction dans les hôpitaux parisiens se réunissaient à la Salpêtrière, à l'invitation du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, pour y recevoir chacun une médaille commémorative frappée à leur intention. Une émouvante allocution du président, le Professeur Moreau, souligna l'importance scientifique de la création de ce poste, due à l'initiative du Collège de Médecine et à la collaboration de l'Assistance Publique, représentée par son directeur général, M. Leclainche, et le Conseil municipal de Paris, représenté par M. Tercinet.

Le Canada compte actuellement le plus grand nombre de médecins résidents à Paris: les docteurs Yvette *Lemire* (Boucicaut), J.-Baptiste *Boulangier* (Salpêtrière), Sylvio *Desautels* (Saint-Antoine), David *Jacob* (Enfants-Malades), Jacques *Joubert* (Trousseau), Gilles *Legault* (Tenon) et Florent *Thibert* (Bichat), qui furent honorés et fêtés en cette occasion.

Le secrétaire,
J.-B. BOULANGER

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR JOSEPH MELANÇON

Le docteur Joseph Melançon, 80 ans, diplômé de l'Université Laval de Montréal en 1903 est décédé fin juin 1957 à St-Jacques de l'Achigan où il exerça la médecine durant plus d'un demi-siècle.

LE DOCTEUR WILFRID LABERGE

Après plus de cinquante ans de pratique médicale, le docteur Wilfrid Laberge, diplômé de l'Université Laval de Québec en 1902, est décédé à l'âge de 79 ans, le 4 juillet 1957 à Lotbinière.

LE DOCTEUR JOSEPH-S. PHANEUF

Le docteur Joseph-S. Phaneuf est décédé le 30 juin 1957 à l'âge de 69 ans à Brockton, Mass. Né à la Présentation, Province de Québec, il étudia à l'Université Gonzague de Spokane, Wash. et au *Boston University Medical School*.

LE DOCTEUR ARMAND LAROCHE

Le docteur Armand Laroche, attaché au sanatorium de Rutland, Mass., est décédé le 6 juillet 1957 à l'âge de 60 ans, à l'hôpital de St. Albans, Vermont.

Le docteur Armand Laroche, après ses études secondaires au séminaire de Nicolet, a étudié la médecine à l'Université de Montréal et il a obtenu son doctorat en 1922.

LE DOCTEUR J.-ARTHUR VALOIS

Le docteur J. Arthur Valois, fils de feu le docteur J. M. A. Valois, est décédé, à l'âge de 50 ans, le 19 juillet 1957. Le docteur

J. Arthur Valois fit ses études secondaires au collège de Saint-Jean et au collège de Sainte-Marie de Montréal et ses études médicales à l'Université de Montréal, où il obtint son doctorat en 1940.

Le docteur J.-Arthur Valois était surintendant médical adjoint de l'Hôpital des Vétérans de Sainte-Anne de Bellevue.

LE DOCTEUR JOSEPH-J. GUERTIN

Le docteur Joseph J. Guertin est décédé le 21 juillet 1957 à l'âge de 83 ans. Diplômé de Laval en 1903, il fut, dès cette date, le premier médecin à exercer sa profession à St-Joseph de Sorel. En 1916, il s'installa à Sorel de façon définitive. Le 28 avril 1954, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec lui décerna un diplôme d'honneur à l'occasion de ses cinquante années de pratique médicale. Le docteur Guertin était coroner du district de Richelieu.

LE DOCTEUR DANIEL-EUG. LECAVALIER

Le docteur Daniel-Eugène LeCavalier est décédé le 25 juillet 1957 à l'âge de 86 ans. Le docteur Lecavalier n'exerçait plus la médecine depuis plusieurs années. Après ses études à l'Université Laval de Montréal, où il obtint son doctorat, le docteur LeCavalier fit un long séjour d'études post-scolaires en France. Durant ce temps, il publia à Paris un volume très considérable fort original et bien documenté sur la thérapeutique. A son retour d'Europe, le docteur LeCavalier s'intéressa à la littérature médicale et fut parmi les principaux artisans, fondateur et directeur, du journal le *Montréal-Médical*.

NOUVELLES

JOURNÉE MÉDICALE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'OUTAOUAIS

La Société Médicale de l'Outaouais a tenu, à l'Hôpital Général d'Ottawa, une Journée médicale le 23 mai 1957. Le programme de la matinée comprenait: une communication par le docteur Gaston Sauvé, endocrinologue, sur l'hirsutisme en pratique générale, un travail sur les traumatismes du cou-de-pied, par le docteur G. Robichon, orthopédiste, et un symposium, présidé par le docteur B. Fortier, sur les nouveautés en obstétrique dont les participants étaient les docteurs H. de Saint-Victor, prof. d'obstétrique à l'Université d'Ottawa, G. Brisson, chef du service de gynécologie de l'hôpital de Hull, et P. Tremblay, d'Ottawa, chargé de cours en obstétrique.

La séance de l'après-midi comportait d'abord un symposium sur l'assurance-santé, présidé par le docteur J.-A. Dufresne, d'Ottawa, auquel participèrent les docteurs Roger Goyette, J.-P. Laplante et D. Lord, et un second intitulé: Le clinicien devant les problèmes psychiatriques et leurs incidences morales, présidé par le docteur Jean Terrien, d'Ottawa, auquel prirent part le Père R. Picard, s.j., et les docteurs J. Morin et J. Titley, d'Ottawa.

Le conférencier d'honneur au dîner était le docteur Jean Charbonneau, de Montréal, et la santé des dames a été portée par le docteur Jean Laframboise, d'Ottawa.

EXÉCUTIF DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'OUTAOUAIS

L'exécutif 1956-57 de la Société Médicale de l'Outaouais est composé des officiers suivants: président: le docteur Jean Terrien; vice-président: le docteur G. Isabelle; secrétaire: le docteur J.-A. Dufresne; trésorier: le docteur E. Brunet; trésorier-adjoint: le docteur F.-D. Gosselin; directeur: le docteur B. Fortier; aviseurs: les docteurs J. R. Titley et Horace Viau, anciens présidents.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ALDORIA ROBICHAUD

L'Université Saint-Joseph du Nouveau-Brunswick a conféré un degré de docteur en Sciences honoraire au docteur Aldoria Robichaud, chirurgien en chef de l'hôpital de Tracadie, lors de la Convocation annuelle tenue en mai 1957.

ÉLECTION DU DOCTEUR JEAN GRANDBOIS À LA "CANADIAN DERMATOLOGICAL ASSOCIATION"

La onzième assemblée annuelle de la *Canadian Dermatological Association* a eu lieu à London, Ont., du 16 au 18 mai 1957. Les élections qui eurent lieu à l'issue de la réunion, ont donné les résultats suivants: président, docteur Howell, Halifax; vice-président, docteur R. R. Forsey, Montréal; secrétaire, docteur G. E. Craig, Montréal.

Le docteur Jean Grandbois, de Québec, a été choisi comme un des conseillers.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR R. N. BOUZIANE

L'Université Saint-Joseph du Nouveau-Brunswick a conféré au docteur R. N. Bouziane, directeur des laboratoires de l'Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc de Montréal, après soutenance de thèse un doctorat Ph.D. en biochimie. Le sujet de la thèse présentée par le docteur Bouziane était intitulé: «Physio-pathologie des électrolytes dans l'économie humaine».

LE DOCTEUR JEAN-PAUL LEGAULT RAPPORTEUR AU CONGRÈS DU LAC PLACIDE

Parmi les rapporteurs au Congrès régional du Collège International de Chirugiens qui s'est tenu au Lac Placide les 30, 31 mai et 1er juin 1957, on remarque le nom du docteur Jean-Paul Legault, chef conjoint du service d'urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, qui a participé à un forum, le 31 mai 1957, sur les complications urinaires dans la chirurgie du bassin.

LE DOCTEUR GEORGES LECLERC NOU- VEAU PRÉSIDENT DE L'A. M. C., DIVISION DU QUÉBEC

Le docteur Georges Leclerc, dermatologiste de l'hôpital Notre-Dame et secrétaire général de la Société Médicale de Montréal, a été intronisé, lors du Congrès de Sainte-Adèle, président de la division du Québec, de l'Association Médicale Canadienne.

à la rescousse!..



érythème

CORTISPRAY

(Hydrocortisone U.S.P. 0.5%)

- **COMPOSITION:** Solution d'hydrocortisone U.S.P. à 0.5% dans un véhicule qui en permet une dispersion et une pénétration parfaite.
- **INDICATIONS:** Toutes les conditions cutanées où s'impose une réduction rapide des phénomènes inflammatoires locaux et des manifestations qui accompagnent les dermatoses de contact associées aux piqûres d'insectes, au sumac vénéneux, au matériel vestimentaire, aux médicaments et autres substances allergisantes; l'eczéma infantile et d'origine alimentaire; les dermatites eczématoïdes. On le recommande dans le prurit ano-génital non spécifique.
- **POSOLOGIE:** Pulvériser sur la région à traiter 2 à 3 fois par jour.
- **PRÉSENTATION:** Flacon atomiseur plastique de 15 cc.

Agents exclusifs pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE ● MONTRÉAL

WALKER LABORATORIES, INC. — Mount Vernon, N.Y., U.S.A.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR FRANÇOIS CLOUTIER

On nous fait connaître que le docteur François Cloutier, chargé de la section de psychiatrie de l'hôpital Notre-Dame et professeur à l'Université de Montréal, vient d'être élu *fellow* de l'*American Psychiatric Association*.

CONFÉRENCES EN EUROPE DU DOCTEUR GUSTAVE GINGRAS

Le docteur Gustave Gingras, directeur médical de l'Institut de réhabilitation de Montréal, président de l'Association Canadienne de Médecine et de Réhabilitation et professeur à l'Université de Montréal, présenta une communication au septième Congrès Mondial pour le bien-être des infirmes qui s'est tenu à Londres du 22 au 26 juillet 1957, intitulée: « Les aspects psycho-social et médical de la réhabilitation des hémiplegiques »; le docteur Gingras assista comme délégué officiel à la Quatrième Conférence internationale de la poliomyélite tenue à Genève du 8 au 12 juillet, où il présenta un travail.

Le ministre de la Santé d'Israël a également invité le docteur Gingras à participer au Congrès qui a eu lieu du 12 au 22 juillet 1957.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR LÉO LYNCH

Le docteur Léo Lynch, directeur médical adjoint de la Ligue Antituberculeuse de Montréal, récemment décoré de l'Ordre du Mérite de première classe de l'Ordre de Malte, vient d'être nommé membre de la *Royal Health Society*.

BOURSIERS DE LA SOCIÉTÉ DU CANCER

Le président de la Division du Québec de la Société Canadienne du Cancer vient d'annoncer que des bourses de la Société ont été octroyées à trois jeunes médecins: les docteurs Denis Charette et Jean Moore, de Montréal, ainsi que Jean-A. Vézina, de Québec.

Ces bourses permettront aux récipiendaires de poursuivre des recherches approfondies sur le cancer et de rapporter à leur retour au Canada le fruit de leurs études.

Les docteurs Charette et Moore travailleront au Memorial Centre de New-York et le docteur Vézina à Manchester, Angleterre.

NOMINATIONS À LA "ROYAL HEALTH SOCIETY"

On nous fait savoir que parmi les nouveaux membres de la *Royal Health Society*, on peut remarquer les noms des docteurs Armand Frappier, F.-J. Tourangeau et G. Choquette.

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA ET LES ÉTUDES DES POSTUNIVERSITAIRES EN FRANCE

Le programme de la formation postuniversitaire des médecins canadiens en France, tel que proposé par les Facultés de médecine de Québec et de Montréal ainsi que par l'Association des médecins de langue française du Canada vient de recevoir l'approbation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Conformément aux exigences du Collège, « les candidats qui profiteront de ces stages en France et qui désireront recevoir un crédit pour cette formation devront être pourvus d'un document attestant qu'ils ont complété la période de formation d'une façon satisfaisante. Des détails concernant la nature du stage de formation devront être fournis. »

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE QUÉBEC

La Société de chirurgie de Québec a tenu sa réunion annuelle le 11 mai 1957 sous la présidence du professeur Florian Trempe. Le matin la séance clinique se passait à l'Hôpital Jeffery Hale; en voici le programme:

- 1.—*Urinary obstruction in children*: Docteur Peter Kozak;
- 2.—*Cancer du sigmoïde chez des jumeaux*: Docteur Denis Gendron;
- 3.—*Hodgkin's disease*: Docteur Mario Galea;
- 4.—*Intestinal obstruction in the newborn*: Docteur J. Hardman.

Dans l'après-midi il y eut à la Faculté de médecine un forum sur *les causes de la mortalité post-opératoire* sous la direction du docteur Roland Cauchon avec la participation de MM. les docteurs Fernando Hudon, Jean-Paul Dugal, Emile Simard, Hector Beaudet et Jean-Marc Lessard.

C'est le professeur Pierre Masson, de Montréal, qui a donné la Conférence Vézina sur *les rhabdomyomes*; après quoi il reçut en séance solennelle un doctorat honorifique de l'université Laval. La journée s'est terminée par un dîner au Château-Frontenac. Les élections ont porté à la présidence le professeur François Roy.

L'HYPOTENSEUR LE PLUS EFFICACE TROUVÉ JUSQU'ICI

*quand l'objectif principal
est d'abaisser
la tension artérielle*

VERATRITE AVEC RAUWOLFIA

VERATRITE SIMPLE

VERATRITE SIMPLE:

Chaque comprimé contient:

Crypténamine*3 mg.**
Phénobarbital 1/4 gr.
Nitrite de Soude 1 gr.

VERATRITE-R (Avec Rauwolfia)

Chaque comprimé contient:

Crypténamine*3 mg.**
Phénobarbital 1/8 gr.
Résérpine 0.05 mg.

- soumis à une double épreuve: pour son effet hypotenseur et pour la réaction de vomissement
- abaisse la tension artérielle d'une manière décisive et prolongée
- absence de réactions secondaires dangereuses

Associé à la formule de VERATRITE-R, le Rauwolfia, reconnu pour son action sédative, procure une sensation de bien-être sans euphorie exagérée.

*Ester des alcaloïdes du Veratrum viride obtenu au moyen d'un procédé d'extraction non aqueux exclusif à Irwin Neisler.

**Equivalent à 40 unités R.S.C.

Dose moyenne: deux tablettes 2 heures après le déjeuner, deux tablettes 2 heures après le repas du midi et deux tablettes au coucher.

Présentation: Flacons de 50, 100, 500 et 1000 comprimés.

Echantillon et documentation aux médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER & CO. • Decatur, Illinois, U.S.A.

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

COMITÉS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAVAL

Le Conseil de la Faculté de médecine de Laval, entreprendra incessamment la révision de son programme d'enseignement dans la perspective des facilités exceptionnelles qu'offrira la nouvelle Faculté. A cet effet, on a constitué un comité des études précliniques composé des professeurs Roméo Blanchet, président, Pierre Jobin, Jean-Louis Bonenfant, Léo Gauvreau et Bernard Belleau. On y revisera le programme de chaque discipline en vue d'une meilleure intégration des matières et d'une plus grande homogénéité de l'enseignement.

Le Conseil a mis sur pied, en vue de l'inauguration officielle du nouveau pavillon de la médecine, un comité spécial composé de MM. les professeurs Rosaire Gingras, président, Paul-M. Gagnon, secrétaire, Robert Garneau, Raoul Roberge et Pierre Potvin. Ce Comité sera aidé par un publiciste, M. Charles-Marie Boissonnault, et un graphiste, M. Jean Arcand. Le programme proposé comporte le montage d'une exposition rétrospective et prospective, non seulement des locaux et des moyens d'enseignement mais aussi des méthodes pédagogiques et des recherches expérimentales. Les 21-22 et 23 septembre, il y aura bénédiction officielle de l'édifice, visites du public en général, de la population écolière et de la profession médicale. Une séance académique conjointe marquera l'ouverture de la Faculté de médecine et du 27^e congrès de l'Association des médecins de langue française du Canada.

COURS DE CARDIOLOGIE POUR LES MÉDECINS PRATICIENS

L'Institut de cardiologie de Montréal organise, à l'intention des médecins, un cours post-scolaire de cardiologie dont voici le programme détaillé.

Lundi, 30 septembre 1957

Fièvre et Maladie Cardiaque Rhumatismales

9.15-10.00 a.m. Inscription et Allocution. — docteur Paul David.

10.15-10.35 a.m. Diagnostic de la Fièvre Rhumatismale. — Docteur Claude Léonard.

10.40-11.00 a.m. Traitement de la Fièvre Rhumatismale. — Docteur Ghislaine Gilbert.

11.15-12.15 p.m. Le Rétrécissement Mitral Oedémateux de Gallavardin. — Professeur Roger Froment.

2.15-2.35 p.m. Indications de la Chirurgie. — Docteur Paul David.

2.40-3.00 p.m. Résultats de la Chirurgie. — Docteur Osman Gialloreto.

3.15-4.30 p.m. Forum.

Mardi, 1 octobre 1957

Malformations Cardio-Vasculaires d'Origine Congénitale

9.00-10.00 a.m. Démonstration Clinique. — Docteur Ghislaine Gilbert.

10.15-10.35 a.m. Les Principales Malformations Cardio-Vasculaires. — Docteur Ghislaine Gilbert.

10.40-11.00 a.m. Cathétérisme Cardiaque. — Docteur Osman Gialloreto.

11.15-12.15 p.m. Conditions comparées de la chirurgie des Sténoses Isthmiques et Cardiaques orificielles. — Professeur Roger Froment.

2.15-2.35 p.m. Angiocardiographie. — Docteur Jules Laberge.

2.40-3.00 p.m. Résultats de la Chirurgie des Malformations Cardio-Vasculaires. — Docteur Ghislaine Gilbert.

3.15-4.30 p.m. Forum.

Mercredi, 2 octobre 1957

Les Troubles du Rythme

9.00-10.00 a.m. Démonstration Clinique. — Professeur Roger Froment.

10.15-10.35 a.m. Diagnostic et Traitement des Troubles du Rythme. — Docteur Yves Desrochers.

10.40-11.00 a.m. Diagnostic et Traitement des Troubles du Rythme. — Docteur Osman Gialloreto.

11.15-12.15 p.m. Evolution des Tachycardies Paroxystiques Supraventriculaires: Formes Essentielles et Formes Tardives. — Professeur Roger Froment.

2.15-2.45 p.m. Electrophorèse et Isotopes en Cardiologie. — Docteur Joseph Sternberg.

2.45-3.15 p.m. Présentation de Documents Anatomiques. — Docteur Paul Maheux et Docteur Nicholas Aerichide.

3.30-4.30 p.m. Forum.

Jeudi, 3 octobre 1957

Maladie Coronarienne

9.00-10.00 a.m. Démonstration Clinique. — Professeur Roger Froment.

10.15-10.35 a.m. Diagnostic de l'Angine de Poitrine. — Docteur Paul David.

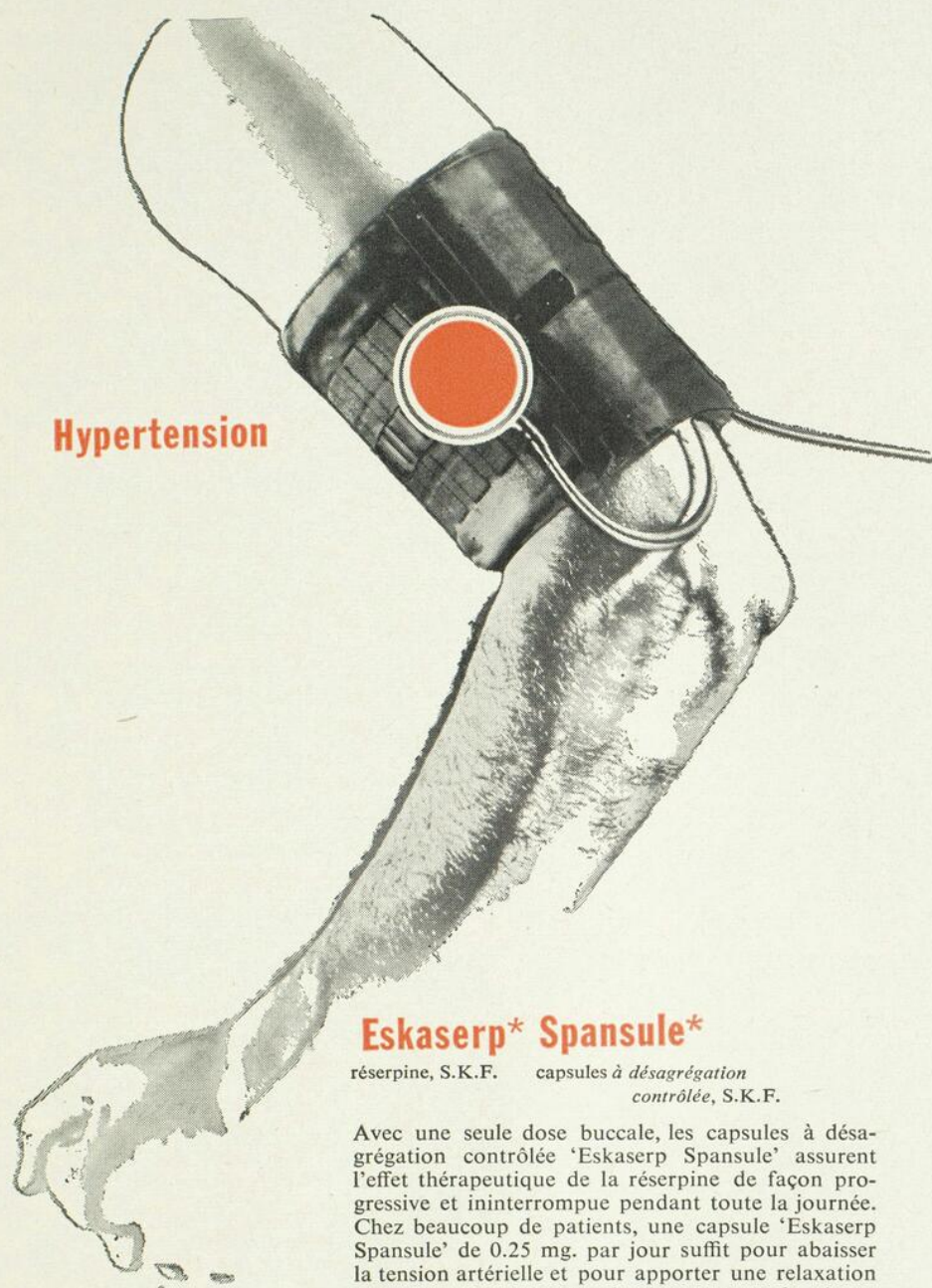
10.40-11.00 a.m. Traitement de l'Angine de Poitrine. — Docteur Georges Lachaine.

11.15-12.15 p.m. Conduite à Suivre dans un Etat de mal Angineux. — Professeur Roger Froment.

2.15-2.35 p.m. Diagnostic de la Thrombose Coronarienne. — Docteur André Proulx.

2.40-3.00 p.m. Traitement de la Thrombose Coronarienne. — Docteur Yves Desrochers.

3.15-4.30 Forum.



Hypertension

Eskaserp* Spansule*

réserpine, S.K.F. capsules à désagrégation
contrôlée, S.K.F.

Avec une seule dose buccale, les capsules à désagrégation contrôlée 'Eskaserp Spansule' assurent l'effet thérapeutique de la réserpine de façon progressive et ininterrompue pendant toute la journée. Chez beaucoup de patients, une capsule 'Eskaserp Spansule' de 0.25 mg. par jour suffit pour abaisser la tension artérielle et pour apporter une relaxation douce et prolongée. Pas de changements du niveau médicamenteux; effets secondaires réduits au minimum. Présentation: 0.25 mg. et 0.50 mg.



Smith Kline & French • Montréal 9 *Marque déposée au Canada

Vendredi, 4 octobre 1957*Hypertension Artérielle et Maladie Cardiaque
Hypertensive*

9.00-10.00 a.m. Démonstration Clinique. — Docteur Jean de L. Mignault.

10.15-10.35 a.m. Etiologie et Pathogénie de l'Hypertension Artérielle. — Docteur Jacques Genest.

10.40-11.00 a.m. Conduite Thérapeutique Générale. — Docteur Jean de L. Mignault.

11.15-12.15 p.m. Evolution Comparée des Types Etiologiques d'Hypertension Artérielle. — Professeur Roger Froment.

2.15-2.35 p.m. Les Hypotenseurs. — Docteur Yves Piette.

2.40-3.00 p.m. Traitement des Complications de l'Hypertension Artérielle. — Docteur Jean de L. Mignault.

3.15-4.30 p.m. Forum.

Samedi, 5 octobre 1957*L'Insuffisance Cardiaque*

9.00-10.00 a.m. Démonstration Clinique. — Professeur Roger Froment.

10.15-10.35 a.m. La Digitale. — Docteur Paul David.

10.40-11.00 a.m. Les Diurétiques. — Docteur Yvan Rouleau.

11.15-12.15 p.m. Place de la Digitale Cristallisée dans le Traitement de l'Insuffisance Cardiaque. — Professeur Roger Froment.

12.45-1.45 p.m. Repas offert par le Bureau d'Administration.

2.15-3.15 p.m. Les Indications de la Chirurgie avec « Cœur Artificiel » et Démonstration. — Docteur Edouard Gagnon.

3.30-4.30 p.m. Forum.

7.00 p.m. Coquetel et Dîner auxquels les épouses sont conviées.

Programme des Forums

Président: Prof. Roger Froment.

Modérateur: Docteur Paul David.

Lundi — Fièvre et maladie cardiaque rhumatismales. — Docteurs G. Gilbert, Georges Jolivet, Léo LaFlèche.

Mardi — Malformations cardio-vasculaires d'origine congénitale. — Docteurs Ed. Gagnon, G. Gilbert et Jean de L. Mignault.

Mercredi — Les troubles du rythme. — Docteurs Yves Desrochers et Osman Gialloreto.

Jeudi — Maladie coronarienne. — Docteurs Yves Desrochers, Harold Segall et Art. Vineberg.

Vendredi — Hypertension artérielle et maladie cardiaque hypertensive. — Docteurs J.-L. Lamy, Jean de L. Mignault et Yves Piette.

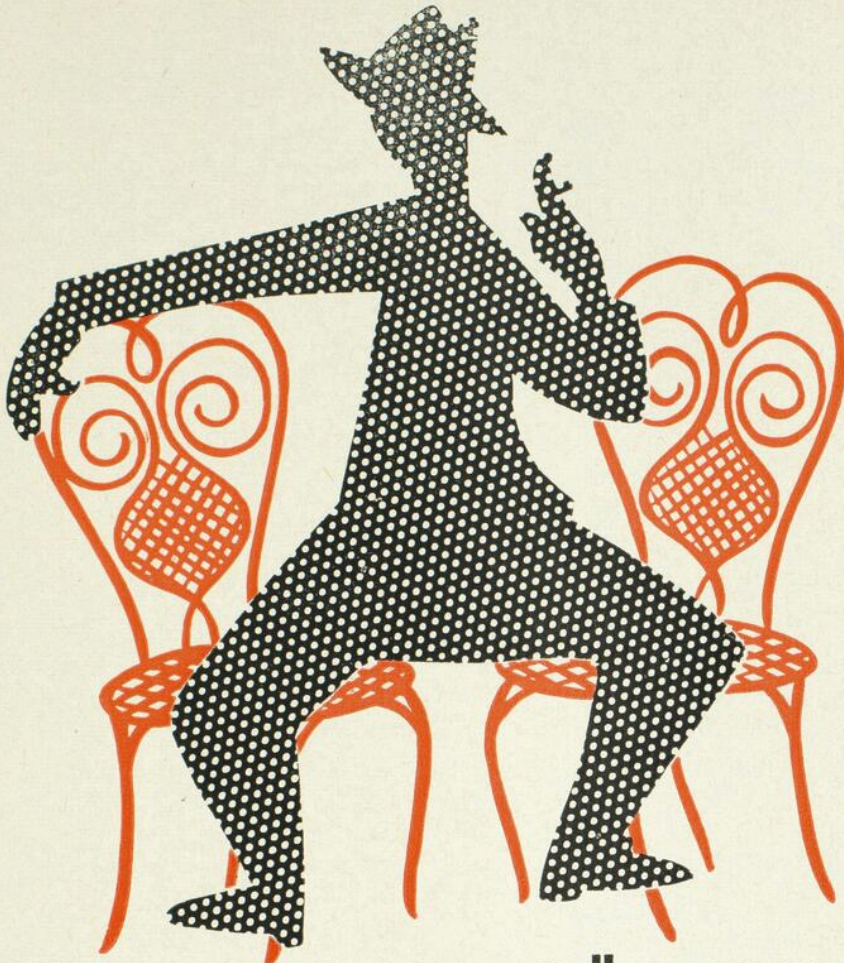
Samedi — L'insuffisance cardiaque. — Docteurs Gaston Choquette, Osman Gialloreto et J. Gratton.

AVIS

**aux anesthésistes
et aux résidents en anesthésie**

LE SERVICE D'ANESTHÉSIE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR
DE MONTRÉAL
A DES POSTES DISPONIBLES

*Ecrire, en joignant son "curriculum vitae"
au chef de service,
le docteur Roger Gagnon.*



HEMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES

TRAITEMENT D'ENTRETIEN

VARICES • PHLÉBITES • ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES

VEINEUX • FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

MARRO-DAUSSE "P"

(solution d'Intrait de Marron d'Inde et de Vitamine P)

La préparation la plus riche en vitamines "P" native

Présentation: **Solution:** Flacons de 1 oz, 4 oz.

Suppositoires: Boîte de 10 suppositoires.

Pommade: Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les **LABORATOIRES DAUSSE**, Paris, France

Représentants exclusifs au Canada:

11.000 γ
de
Vitamine P
par cc.

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU, MONTRÉAL 4, CANADA

REVUE DES LIVRES

Cardiopathies congénitales. — Par le prof. Pierre SOULIE (Hôp. Lariboisière, Paris). Un vol. de 430 pages, 307 figures. — L'Expansion Française, édit., Paris, 1957.

L'auteur et ses vingt-sept collaborateurs ont conservé la forme et l'esprit de la première édition mais ont révisé tous les chapitres en fonction d'une expérience additionnelle de cinq années et des progrès sensationnels de la chirurgie cardiaque. Ce livre est remarquable. Il est indispensable à tout cardiologue, spécialement s'il s'intéresse aux cardiopathies congénitales. Il est profitable à tout médecin qui désire connaître les progrès de la cardiologie moderne.

Au cardiologue, ce livre présente une synthèse précise et claire de tous les problèmes cardiaques congénitaux étudiés d'une façon logique et pratique. Pour chaque malformation, l'auteur décrit l'anatomie, la clinique, la radiologie simple, l'électrocardiographie, les données hémodynamiques, l'angiocardio-graphie, l'évolution, le diagnostic différentiel et le traitement en fonction des possibilités actuelles d'une cure chirurgicale.

Au médecin, ce livre dont la lecture est facile, offre une succession de chapitres extrêmement clairs. Dans une première partie, l'auteur présente les données essentielles qui permettent de comprendre les diverses cardiopathies congénitales (étude embryologique, la cyanose...) et les moyens d'investigation grâce auxquels des diagnostics peuvent maintenant être posés (cathétérisme cardiaque, angiocardio-graphie, électrocardiographie et vectocardiographie). Dans la seconde partie, toutes les cardiopathies sont discutées selon un plan qui progresse de la clinique à l'indication opératoire. La troisième section de l'ouvrage, consacré à la chirurgie des malformations cardio-vasculaires, traite de l'anesthésie, des techniques chirurgicales et de l'électrocardiographie per-opératoire.

La mise en page du volume du Professeur Soulié est très soignée et les figures et reproductions sont excellentes. Le texte est concis et illustré d'un nombre considérable de do-

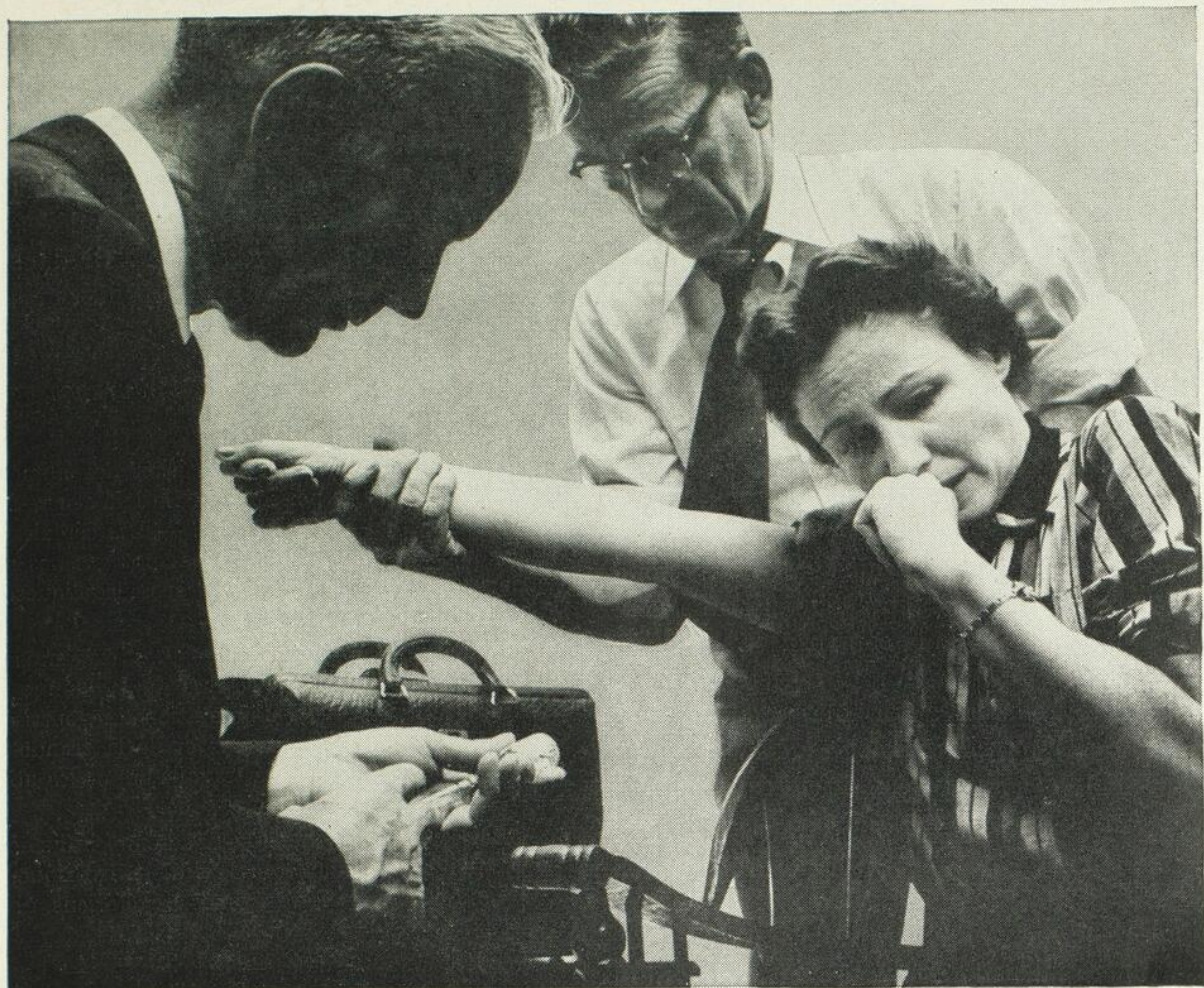
cuments personnels particulièrement bien choisis.

Les auteurs n'hésitent pas à prendre partie et à nous décrire leurs opinions sur chacun des problèmes étudiés. Bien vite, on réalise qu'un énorme matériel a été utilisé et que chaque texte est le résultat de l'expérience qui fut acquise par une étude soignée de documents nombreux et variés. Ce livre demeure avant tout une sommation de la pensée du professeur Soulié et ses collaborateurs vis-à-vis chaque cardiopathie congénitale. Néanmoins, les autres ne négligent aucunement la contribution étrangère et délimitent avec une rare franchise et une objectivité louable le rôle de tous les pionniers de cette nouvelle spécialité. Ce livre quoique typiquement français a un caractère international et il donne au lecteur l'agréable impression que la cardiologie congénitale n'a pas de frontière et que l'édification des connaissances actuelles est le résultat d'un effort mondial. Le rôle de la médecine américaine y est particulièrement souligné. L'auteur et ses collaborateurs ont mis à profit les immenses découvertes des U.S.A. et avec un minimum de retard ont réussi à s'intégrer dans le groupe des médecins d'avant-garde desquels dépendra maintenant l'évolution de nos connaissances sur le diagnostic et le traitement des cardiopathies congénitales.

Monsieur le professeur Soulié mérite les plus grands éloges et les plus vives félicitations pour ce volume qui devrait figurer partout où se pose un problème de cardiopathie congénitale. Le lecteur anglo-saxon n'aura aucune difficulté à suivre ce texte écrit dans un langage très clair. Il y découvrira une magnifique expression de la cardiologie française. Les petites critiques qu'on pourrait formuler sont si largement dépassées par les profits de la lecture de ce livre qu'elles ne méritent pas d'être soulignées ou discutées.

En somme, excellent écrit par des cardiologues d'expérience, dirigés par un remarquable chef. Ce volume souligne essentiellement deux décades de prodigieux progrès.

Paul DAVID.



Urgence: l'agité en phase aiguë

Avec SPARINE dans votre trousse, vous êtes prêt à faire face à la situation que représente l'agité en phase aiguë. SPARINE agit immédiatement, calme l'hyperactivité et facilite la coopération du malade. *Emportez-en toujours dans votre trousse.*

SPARINE est d'une excellente tolérance par voies intra-veineuse, intramusculaire ou orale. Sa toxicité est minime—on n'a jamais signalé de troubles hépatiques. La voie parentérale présente les avantages suivants: (1) douleur locale minimum; (2) pas de nécrose tissulaire au point d'injection; (3) concentration de 50 mg. par cc.; (4) la solution est toute prête à l'emploi.

Littérature médicale envoyée sur demande.

Wyeth

Marque déposée
WALKERVILLE, ONTARIO
MONTREAL • WINNIPEG • VANCOUVER

CHLORHYDRATE DE

Sparine*

*Marque déposée

Chlorhydrate de promazine

chlorhydrate de 10-(γ -diméthylamino-n-propyl)-phénothiazine
Breveté 1952, 1955

Diététique du médecin praticien. — Par J. LEDERER, prof. à l'Université de Louvain. Un vol. de 520 pages. (Broché: 2.500 fr.; cartonné toile: 3.200 fr.). — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1957.

La diététique occupe à l'heure actuelle une place de plus en plus importante en thérapeutique clinique. Bien des affections peuvent être modifiées par l'état de nutrition du malade. La qualité du régime peut influencer le cours des maladies, en allonger ou en raccourcir l'évolution, provoquer la guérison ou l'aggravation et même la mort.

Prescrire un régime adéquat n'est point chose facile; cela suppose d'abord une connaissance parfaite de la composition des différents aliments et de leurs propriétés biologiques; cela requiert aussi une représentation exacte de la physiopathologie de la nutrition d'une part, et du mécanisme des différents processus pathologiques d'autre part.

Ce manuel, fidèle à l'esprit de la collection dans laquelle il s'inscrit, a été conçu de manière à permettre au médecin praticien de trouver rapidement les renseignements qu'il peut exiger au sujet d'un aliment ou au sujet d'une maladie.

Une première partie comporte l'étude de la composition des aliments et des principales caractéristiques des plus usuels d'entre eux. La deuxième partie rapporte les exigences alimentaires de l'organisme humain dans différentes circonstances physiologiques, l'âge adulte, la croissance, la grossesse, la vieillesse, le travail, le chaud, le froid. La troisième partie présente quelques régimes généraux qui peuvent s'appliquer à diverses affections.

La quatrième partie, enfin, la plus importante, est consacrée à l'étude des régimes dans les différentes maladies. Chacun des chapitres étudie d'abord les particularités métaboliques propres à chaque affection, puis les directives diététiques particulières. Celles-ci sont illustrées de nombreux tableaux et exemples de régimes qui faciliteront la tâche du médecin appelé à prescrire un régime au lit du malade.

Un des principaux attraits de ce manuel

facile à consulter est l'abondance des exemples qui illustrent les notions théoriques.

Il rendra les plus grands services tant au médecin praticien qu'à l'étudiant en médecine, à qui il permettra de voir plus clair dans ce domaine si complexe de l'alimentation des malades.

Grandes divisions de l'ouvrage

Introduction à la diététique.

I. Les aliments. — La composition des aliments. — La viande. — Les poissons. — Le lait et ses dérivés. — Les œufs. — Les graisses. — Les céréales. — Les légumes. — Les fruits. — Les potages, les sauces et les boissons. — Les boissons alcooliques. — Autres aliments.

II. L'alimentation normale. — Les exigences de l'organisme normal. — Le régime de la femme enceinte et allaitante. — L'alimentation du nourrisson. — L'alimentation de la seconde et de la grande enfance. — Le régime chez les travailleurs et les athlètes. — Le régime chez les vieillards.

III. Diététique générale. — Facteurs influençant la digestion des aliments. — La diète hydrique. — Le régime lacté. — Les régimes végétariens et de crudité.

IV. Diététique spéciale. — La goutte. — Le régime dans le diabète. — L'obésité. — La maigreur. — L'hypoprotéïnémie. — Le régime dans les maladies du rein. — Le régime dans les affections cardiaques. — L'artériosclérose et l'hypercholestérolémie. — Régime d'épargne du tube digestif. — Régime dans la gastrite. — Régime dans l'ulcère gastrique et duodénal. — Les affections hépatiques. — Les affections des voies biliaires. — L'insuffisance pancréatique. — Les maladies de l'intestin. — L'allergie alimentaire. — Le régime des anémies. — Alimentation parentérale.

Précis de bactériologie médicale, 2e édit.

— Par P. GASTINEL, avec la collaboration de R. Fasquelle, A. Nénot, D. Christol, R. Demanche et P. Nicolle. Un vol. de 1244 pages, avec 163 fig., 1 planche en couleurs. Broché (2 vol.): 6 000 fr.; cartonné toile (1 vol.): 6 700 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1957.

Cette seconde édition constitue un livre vraiment nouveau. Si des chapitres ressortissant au domaine parasitologique ont été éliminés, d'autres fort nombreux ont été introduits dans l'ouvrage; maints autres encore

MÉFIEZ-VOUS DES IMITATIONS

EXIGEZ TOUJOURS "OSMOPAK"

OSMOPAK

LOCALISE SÛREMENT L'INFECTION

N'A PAS DE SUBSTITUT!

Herdt & Chartron Inc.
2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

ont subi de profonds remaniements, avec complément d'informations.

Sous cette forme nouvelle l'ouvrage demeure un précis, dont l'esprit est resté le même que celui de la précédente édition, tout inspiré du sens que l'auteur donne au terme Bactériologie médicale. Cette dénomination signifie bien autre chose qu'un programme limité aux microbes pathogènes pour l'homme; elle indique en vérité une étude étroitement rattachée à la pathologie infectieuse, pour montrer comment l'agression d'un germe pathogène devient une maladie et pour préciser les déterminations en jeu.

L'esprit physio-pathologique introduit ainsi en bactériologie répond à la préoccupation majeure du pathologiste médecin ou vétérinaire.

Une liste de références bibliographiques suit chaque chapitre.

I. Eléments introductifs à la bactériologie et à l'immunologie (p. 3 à 164). — II. Technique bactériologique et examen de produits pathologiques (p. 165 à 306). — III. Microbes pathogènes pour l'homme (p. 307 à 899). — IV. Les spirochètales (p. 900 à 956). — V. Rickettsies (p. 957 à 979). — VI. Ultravirus (p. 980 à 1164). — VII. Examen bactériologique des eaux (p. 1165 à 1181). — VIII. Antibiotiques, antibiose et antibiogramme (p. 1182 à 1218). — Index alphabétique (19 pages).

Thromboses — Antibiothérapie. Maladies avec autoanticorps. Symposiums techniques et communications au XXXe Congrès Français de Médecine (Alger, 1955). Un vol. de 284 p., avec 50 fig. et tableaux. 2 000 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1957. Le 4^e volume du 30^e Congrès Français de

Médecine présente non seulement les communications importantes qui ont été faites sur les trois grandes questions à l'ordre du jour: maladies thrombosantes; maladies avec auto-anticorps et pratique de l'antibiothérapie, mais encore des symposiums, « Tables rondes » où sont exposées par des auteurs qualifiés les techniques de laboratoire.

Signalons, parmi les plus importantes des communications, celles qui ont été consacrées: à la maladie de Vaquez (Th. Alajouanine, R. Fauvert), à l'infarctus du myocarde (J. Warter), à la maladie thromboembolique (Ed. Benhamou), aux hémopa-

thies immunologiques (A. Lemaire, Ed. Benhamou, G. Marchal), à la properdine (J.-J. Van Loghem), à la protéine - C - réactive (J.-J. Hoet), à l'actinomycine (A. Lemaire et J. Debray, P. Guedj), au traitement des méningites tuberculeuses (Ed. Benhamou).

Les « Tables rondes » donnent: la technique du contrôle biologique des maladies thrombosantes traitées par les anticoagulants, ainsi que l'analyse différentielle des facteurs de coagulation (P. Griguer, D. Alagille), les techniques de recherche des auto-anticorps (Jean Bernard, J.-J. Van Loghem, J. Dausset), les techniques d'épreuves de sensibilité aux antibiotiques (P. Sedallian, M. Welsh, Y. Chabbert).

Des conclusions pratiques signées des Professeurs Lian, Giraud et Lemierre viennent clôturer chacun des groupes de communications.

Acquisitions récentes en cytologie vaginale hormonale. — Par J.-Paul PUNDEL, avec la collaboration de F. Schwachtgen et E. Ost. Un vol. de 236 pages, avec 62 fig. et 15 tableaux. 2 400 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1957.

L'auteur, dont les monographies sur la cytologie vaginale hormonale et cancéreuse sont bien connues, a rassemblé dans un nouveau livre les dernières acquisitions dans le domaine de la cytologie vaginale hormonale. Il ne s'est pas borné à donner un aperçu aussi complet que possible des derniers travaux sur la question, mais a voulu les présenter avec un esprit critique, en les comparant à ses propres recherches.

Les résultats des travaux, d'autres part, ont été tellement nombreux et importants dans certains domaines, qu'il a fallu remanier complètement divers chapitres de la monographie précédente en accord avec les nouvelles conceptions et données scientifiques, entre autres les chapitres sur la ménopause, la cytolyse vaginale et le problème des critères vaginaux de l'activité lutéale et androgénique.

La technique cytologique des frottis vaginaux (14 p.) — La cytochimie de l'épithélium vaginal (12 p.). — Cytologie vaginale générale (17 p.). — Les variations physiologiques, la cytologie vaginale de la naissance à la postménopause (34 p.). — Action des diverses hormones sur la cytologie vaginale (30 p.). — Action de substances non hormonales sur la

NOUVEAU...

DE NOUVEAUX BIENFAITS
ABSORBÉE PLUS RAPIDEMENT
ACTION PLUS RAPIDE
ENRAIE PLUS VITE L'INFECTION

ACHROMYCIN * **V** pédiatriques
gouttes
liquides

TÉTRACYCLINE TAMPONNÉE AU PHOSPHATE

ET EN PLUS DES AVANTAGES PRÉCIEUX

SUSPENSION AQUEUSE

stabilisée, soluble, plus agréable au goût,
remarquablement dénuée d'effets secondaires

TOUTE PRÊTE À SERVIR, PAS DE RÉFRIGÉRATION

se mélange facilement à l'eau, au lait, à la formule,
ou peut être déposée directement sur la langue

FLACON COMPTE-GOUTTES COMMODO EN PLASTIQUE

la dose précise est facile à mesurer, une goutte
par livre par jour

PRÉSENTATION:

flacon compte-gouttes de 10 cc. en plastique
(aromatisée à l'orange), 100 mg./cc.
(environ 5 mg. par goutte)

*Marque déposée



LEDERLE LABORATORIES DIVISION, NORTH AMERICAN CYANAMID LTD.,
5550, AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT-ROYAL, MONTREAL, P.Q.

cytologie vaginale (5 p.). — Modifications cytologiques bactériennes et parasitaires (26 p.). — L'évaluation hormonale du frottis vaginal (34 p.). — Applications pratiques du cytodagnostic hormonal (43 p.). — Conclusions générales.

Maladies des veines. Diagnostic et traitement. — Par Claude OLIVIER. Préface du prof. H. MONDOR. Un vol. de 600 pages, avec 342 fig. et 1 planche en coul. Broché: 6 700 fr.; cartonné toile: 7 400 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1957.

C'est aux progrès récents dans le diagnostic et le traitement des affections veineuses (cerveau et viscères abdominaux exceptés) qu'est consacré cet ouvrage. Tous les éléments en ont été ordonnés autour d'un but pratique: reconnaître la maladie dans ses diverses modalités, choisir ainsi la meilleure thérapeutique, puis la réaliser avec le maximum de simplicité, de sécurité et d'efficacité.

L'étude émane du service de Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, dirigé par le Professeur Mondor. Elle repose sur 2500 observations et 1500 dossiers phlébographiques réunis par l'auteur en vingt ans. Les praticiens y trouveront une analyse détaillée des signes modernes de thromboses veineuses, une description des nombreuses formes symptomatiques, anatomiques et étiologiques de phlébites récentes, depuis les thromboses caves jusqu'aux formes ambulatoires, de même

que les règles simples de conduite du traitement anticoagulant. Les médecins phlébologues apprécieront les principes selon lesquels l'auteur envisage le traitement des varices des phlébites anciennes ou classe les dilata-tions variqueuses symptomatiques de malformations veineuses.

Le Docteur Olivier, qui a envisagé sans passion les indications des méthodes médicales et opératoires, s'adresse aussi aux chirurgiens. Pour eux il décrit à l'aide de nombreuses figures les techniques qui lui ont paru les meilleures. L'opération s'impose, selon lui, toutes les fois qu'existe une insuffisance des valvules de la crosse de la veine saphène interne.

La phlébographie a permis de très grands progrès dans la connaissance des affections veineuses. Cinquante pages de ce volume plus spécialement destinées aux radiologues sont consacrées aux indications et à la description des techniques habituelles ou de celles de nécessité.

I. Diagnostic des thromboses veineuses récentes. — II. Traitement des thromboses veineuses récentes. — III. Embolie pulmonaire. — IV. Prophylaxie de la maladie thrombo-embolique. — V. Varices essentielles. — VI. Complications des varices essentielles. — VII. Varices symptomatiques de malformations vasculaires. — VIII. Thromboses veineuses anciennes. — IX. La phlébographie.

Index des auteurs. — Index des matières.



Des vacances sans astreinte à l'injection

ORINASE*

R_x LE TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

Orinase libère nombre de diabétiques ayant dépassé la vingtaine, et sans acidose (cétose), de la servitude que représentent la préparation et l'administration des injections. La dose quotidienne, complétée d'un régime alimentaire suivi, est de un à trois comprimés par jour. En cas d'infection, de blessure ou de fatigue anormale, le retour à l'insuline peut être indiqué. Présenté en flacons de 50 comprimés.

Documentation sur demande.

* Marque déposée.



HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LTD., MONTRÉAL

COMMUNIQUÉS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIe Congrès Français de Médecine
Paris: du 16 au 18 octobre 1957

Programme scientifique

Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès: 1. Les collagénoses; 2. Les problèmes actuels posés par les endocardites malignes; 3. Les thérapeutiques des affections vasculaires cérébrales.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 15 heures, à la Faculté.

Mercredi, 16 octobre, à 9 h. 30

Séance solennelle d'ouverture au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, 85, boul. Saint-Germain, sous la présidence de M. le Président de la République et de M. le Doyen de la Faculté de Médecine.

Mercredi, 16 octobre, à 10 h. 30

Les collagénoses, sous la direction du prof. J. Delarue.

1. J. Delarue, J. Mignot et J. Civatte (Paris): Le concept des maladies du collagène.

2. A. Denaunay (Paris): Etude biologique et pathologique du collagène.

3. Ad. Dupont, Ch. Fievez et P. Van Caneghem (Namur): Les collagénoses en dermatologie — Etude clinique et histologique.

4. F. Roulet (Bâle): Les collagénoses en rhumatologie.

5. J. Turiaf, P. Marland et L. Moreau (Paris): Les collagénoses viscérales ou supposées telles.

Mercredi, 16 octobre, à 15 heures

Discussion des rapports et communications sur la première question.

Jeudi, 17 octobre, à 9 h. 30

Les problèmes actuels posés par la endocardites malignes, sous la direction du prof. M. Mouquin.

1. M. Mouquin, Hatt et Leconte des Floris (Paris): Problèmes actuels posés par les endocardites subaiguës.

2. R. Laplane et P. Tournier (Paris): Les endocardites expérimentales.

3. A. Laporte, C. Macrez et F. Contamin (Paris): Les endocardites malignes primitives.

4. G. C. Dogliotti (Turin): Les formes de transition entre les endocardites malignes et les endocardites rhumatismales.

5. R. Lessard, G. Saulnier et J. Beaudoin (Québec): Le traitement des endocardites malignes.

6. R. Martin et Chabbert (Paris): Intérêt et valeur du laboratoire clinique d'antibiothérapie dans les endocardites bactériennes.

7. L. Trias de Bes (Barcelone): Le pronostic éloigné de l'endocardite subaiguë.

Jeudi, 17 octobre, à 15 heures

Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Vendredi, 18 octobre, à 9 h. 30

La thérapeutique des affections vasculaires cérébrales, sous la direction du prof. Th. Alajouanine.

1. Th. Alajouanine, P. Castaigne et Fr. Lhermitte (Paris): Pathologie générale des accidents des affections vasculaires cérébrales et déductions thérapeutiques.

2. M. Riser et J. Geraud (Toulouse): Thérapeutique des hémorragies cérébrales et méningées.

3. P. Van Gehuchten (Bruxelles - Louvain): Thérapeutique générale des ictus vasculaires cérébraux.

4. G. de Morsier et Tissot (Genève): Thérapeutique des thromboses artérielles cérébrales.

5. R. Garcin (Paris): Thérapeutique des thromboses veineuses intracrâniennes.

6. J. Le Beau, R. Houdart et E. Wolinetz (Paris): Thérapeutique chirurgicale des affections vasculaires cérébrales.

Vendredi, 18 octobre, à 15 heures.

Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Samedi, 19 octobre, à 10 heures

Présentation de malades, fils, pièces et documents dans un certain nombre de services hospitaliers, et dont le programme sera proposé aux congressistes.

Programme provisoire des réceptions

Mercredi, 16 octobre — Soirée à l'Opéra: séance de ballets.

Vendredi, 18 octobre — Banquet au Restaurant des Ambassadeurs, etc.

Comité des Dames

Un Comité des Dames s'occupera des familles des congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable, dont le programme sera ultérieurement publié.

Renseignements, voyages, logements

Un Bureau de Renseignements est dès maintenant organisé pour donner par correspondance toutes les indications utiles aux congressistes régulièrement inscrits. Ce service a été confié aux Wagons-Lits Cook.

Pendant la durée du Congrès, le Bureau de Tourisme assurera:

Pour les passeports un service spécial de visas.

Le change de toutes les monnaies aux cours normaux.

Les Compagnies de Chemins de Fer Français accordent des conditions spéciales sur leurs réseaux aux congressistes.

Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de Médecine, 12, rue de l'Ecole de Médecine.

Présentant

Une méthode nouvelle,
efficace de contrôle des symptômes
du rhume des foins.

POUDRE ERRHINE D'ACÉTATE D'HYDROCORTISONE EN CAPSULES B.D.H.*

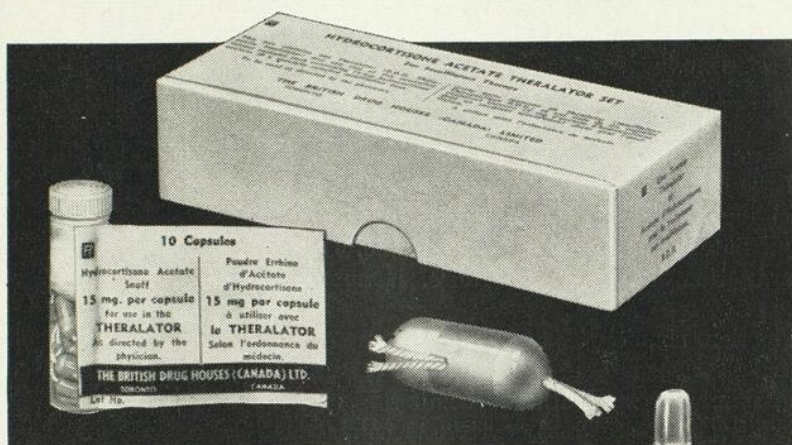
à utiliser avec le
THERALATOR (INSUFFLATEUR THÉRAPEUTIQUE B.D.H.)*

Un essai clinique¹ a confirmé
que la poudre errhine d'acétate d'hydrocortisone
sera propre à procurer à presque tous vos patients
atteints de rhume des foins un soulagement complet cette saison.

EFFICACE

SÛR

COMMODO



Chaque capsule délivrée contrôlée contient 15 mg. d'acétate d'hydrocortisone dans un excipient spécialement choisi pour l'insufflation. Le contenu d'une capsule est administré au moyen du Theralator (insufflateur thérapeutique B.D.H.) en l'espace d'une journée.

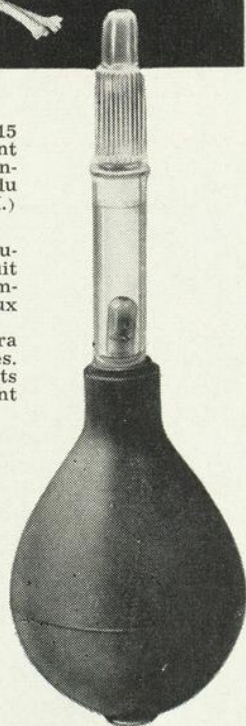
Immédiat et bien souvent spectaculaire, un soulagement sera évident en moins de quarante-huit heures et on pourra escompter un contrôle complet des symptômes dans la limite des deux premières semaines de traitement. Environ un tiers de vos patients ne requerra aucun autre traitement après trois semaines. Presque tous les autres demeureront exempts de symptômes aussi longtemps que le traitement sera maintenu.¹

PRESENTATION: L'ensemble Theralator-acétate d'hydrocortisone contient:

Un Theralator (insufflateur thérapeutique B.D.H.) et dix capsules enfilées "délivrées-contrôlées" de poudre errhine d'acétate d'hydrocortisone.

Capsules de poudre errhine B.D.H. d'acétate d'hydrocortisone en flacon de 25.

¹ Lancet 1: 537 (28 avril) 1956.
*Canadian Patents No 516,069; 540,477.



BRITISH DRUG HOUSES

III^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'ALLERGOLOGIE

L'Association Internationale d'Allergologie organise le III^e Congrès International d'Allergologie qui se tiendra à Paris, à la Nouvelle Faculté de Médecine, du 19 au 26 octobre 1958.

Président d'honneur du Congrès;
Pasteur Vallery-Radot (Paris)

Président du Congrès:
S. M. Feinberg, (Chicago)

Comité d'Organisation

Docteur B. N. Halpern, président,
Docteur Andrée Holtzer, secrétaire général,
Docteur P. Blamoutier, trésorier,
Docteur P. Grabar,
Docteur E. Sidi.

Le programme scientifique comportera des colloques sur:

Asthme et Emphysème, Propriétés physicochimiques des anticorps allergiques, aspects biochimiques de l'hypermotilité, processus d'auto-immunisation, dermatoses allergiques, aspects médico-sociaux concernant l'allergie dans différents pays.

Des communications sur: Immunologie, Histamine et médiateurs chimiques, Thérapeutique, Tests et standardisation, Allergie respiratoire, Dermatose allergique, etc.

La traduction simultanée des rapports en Allemand, Anglais, Espagnol et Français sera assurée.

Le programme extra scientifique comportera:

Un cocktail au Musée du Louvre, une soirée de ballets à l'Opéra, des excursions accompagnées en Champagne, à Chartres, à Versailles, etc., un banquet, un Cocktail d'adieu à la Faculté de Médecine.

Un Comité des Dames sera organisé.

Les droits d'inscription sont:

Pour les membres effectifs: 10,500 francs, soit 30 dollars.

Pour les membres associés: 5,000 francs soit 15 dollars.

Renseignements concernant le Congrès:

Secrétariat: Docteur B. N. Halpern, 197, Bd. St Germain, Paris, 7^e.

Organisation Technique: S.O.C.F.I. 1 ter, rue Chanez, Paris, 16^e.

Agence Officielle de Voyages: Wagons Lits Cook, Thomas Cook & Son, 40, rue de l'Arcade, Paris, 8^e.

PRIX DU "DIABÈTE" 1957

Le Jury s'est réuni le 11 mai 1957 au restaurant Drouant, sous la présidence du professeur Boulin. Etaient présents: MM. les professeurs Aubertin, Boulet, Darnaud, Le Gac, Merklen — les profes-

seurs agrégés Camelin, Derot, Gilbert-Dreyfus, Guinet, Rambert, Vague, Warembourg — les docteurs Azérad, Uhry, Uzan.

Devant l'importance et la valeur des mémoires présentés, il est décidé de décerner, outre le prix annuel de 50,000 Frs, trois autres prix de 20, 15 et 15,000 Frs (provenant du Prix 1956 non attribué)

Ont obtenu:

1.—*Prix du Diabète 1957*: 50,000 Francs.

Mme Micheline Reboul-Chanteloube, Médecin-Lieutenant, pour son mémoire: « Le TmG des Diabétiques. Contribution à l'étude de la réabsorption tubulaire du glucose chez les diabétiques ».

2.—*Prix de 20,000 Francs*: à

Monsieur J. Ghata (Paris) pour son: « Etude des modifications des protéines et des lipoprotéines au cours du coma diabétique; leurs évolution sous traitement ».

3.—*Deux Prix de 15,000 Francs* chacun: à

MM. Bouyard et Fruteau De Laelos (Montpellier) pour leur « Etude expérimentale de la potentialisation par les sulfamides hypoglycémisants des effets de l'insuline administrée par voie digestive ».

MM. Mauvais-Jarvis et Tchobroutsky (Paris) pour leur travail « Sur quelques actions physiopathologiques du BZ 55 observées lors de son utilisation en thérapeutique humaine ».

Il est de plus décidé que les mémoires de:

M. Y. Denard (Toulouse): « Recherche de l'hypercorticisme dans le diabète commun »

M. J. Hengoat (St-Brieux): « Contribution à l'étude de l'hypocholestérolémie chez les diabétiques », seront publiés dans « Le Diabète » en même temps que ceux des auteurs primés.

LE CONGRÈS MONDIAL POUR L'ÉTUDE DES CONDITIONS ACTUELLES DE VIE

Le Congrès Mondial des Médecins pour l'étude des conditions actuelles de vie annonce la tenue de sa deuxième Conférence internationale du 27 au 29 septembre 1957, à Cannes, France, qui sera une conférence internationale sur l'influence des conditions de vie et de travail sur la santé et dont voici le programme:

1.—L'Incidence du niveau de la nutrition sur le développement des maladies.

2.—L'Influence du travail sur la santé physique et mentale.

3.—Les Effets de l'accroissement de la radiation ionisante sur la santé de l'homme.

Des informations plus détaillées seront publiées de temps à temps. Toutes questions et demandes individuelles d'informations sont à adresser au Secrétariat du Congrès Mondial des Médecins. Vienne, I., Wollzeile 29/3 (Autriche).

NOUVEAU PRODUIT DES RECHERCHES SEARLE

Un Abstergent Biliaire et Hydrocholérétique SC-1674, présenté sous le nom de...

ZANCHOL*

(marque de la florantyrone)

Dernière découverte des laboratoires de Recherches Searle, ce produit est une substance synthétique chimiquement distincte, douée de propriétés pharmacologiques et cliniques d'un genre unique.

ZANCHOL

- augmente le volume de la bile
- diminue la viscosité de la bile
- améliore la couleur de la bile qu'il rend d'un vert clair, brillant
- réduit les sédiments biliaires et l'opacité, tel qu'observé dans les drains en T des patients
- accroît l'action nettoyante, abstergente de la bile

Indications: Zanchol est indiqué chez les patients atteints de cholécystite chronique, qui ne sont

pas des cas de chirurgie; également chez les patients ayant subi une cholécystectomie et chez qui on a installé un drain en T; dans la prophylaxie et le traitement du syndrome post-opératoire de la cholécystectomie.

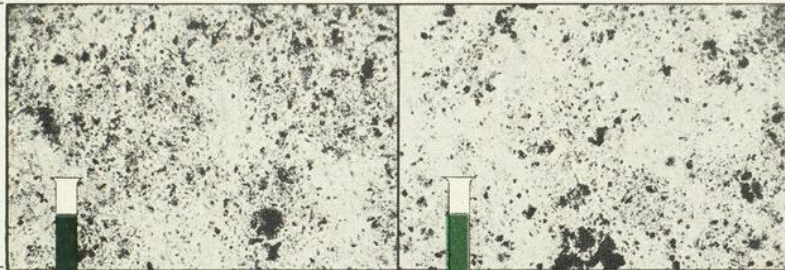
Posologie: Elle varie avec les besoins de chaque sujet. Cependant, la plupart des patients répondent de façon satisfaisante à une dose quotidienne de trois ou quatre comprimés, aux repas et au coucher.

Présentation: Zanchol est présenté en comprimés non dragéifiés de 250 mg. chacun, flacons de 100 et de 1,000. G. D. Searle & Co., Les Recherches au Service de la Médecine.

*Marque déposée de G. D. Searle & Co.

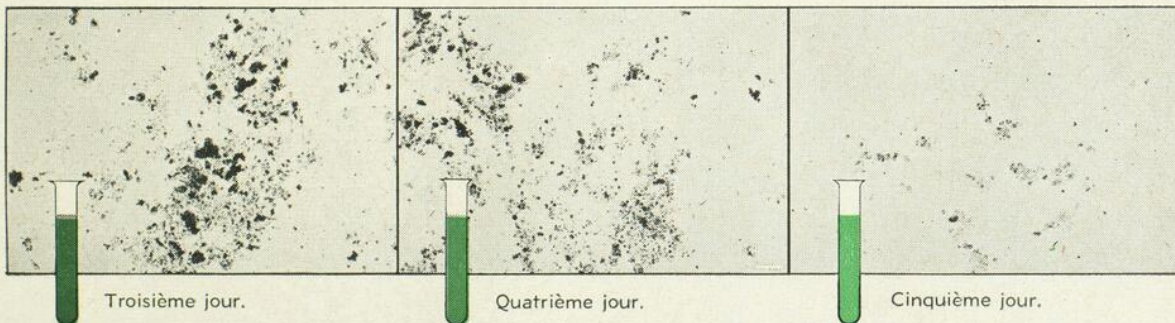
1. McGowan, J.M.: Importance clinique des changements produits dans le cholédoque par un nouveau cholérétique synthétique. *Surg., Gynec. & Obst.* 103:163 (août) 1956.

photomicrographies¹
illustrant les changements
quotidiens dans les sédiments,
après centrifugation de la bile
recueillie du drain en T d'un
patient, après cholécystectomie.



Premier jour, avant
administration de Zanchol

Deuxième jour, après
administration de Zanchol



Troisième jour.

Quatrième jour.

Cinquième jour.

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA LTD., 247 QUEEN ST., E., BRAMPTON, ONT.

**SEMAINE NATIONALE D'IMMUNISATION
DU 22 AU 29 SEPTEMBRE 1957**

La Semaine Nationale d'immunisation se tiendra cette année à partir du 22 septembre, pour la quinzième année consécutive. Cet événement entre dans le cadre de la campagne menée par les Départements de Santé contre les maladies contagieuses pouvant être évitées au moyen de l'immunisation.

Immuniser contre une maladie veut dire stimuler dans l'organisme humain les moyens de protection naturelle contre l'invasion des germes de maladies. Parmi les maladies en question on peut citer: la variole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et maintenant la poliomyélite. Le vaccin qu'on appelle B.C.G. est efficace pour la prévention de la tuberculose.

La Semaine Nationale d'immunisation, organisée par la Ligue Canadienne de Santé, en coopération avec les Départements de Santé officiels, rappelle chaque année aux parents que l'immunisation protégera leurs enfants contre ces maladies. La pro-

tection assurée contre un certain nombre de maladies contagieuses au moyen de l'immunisation est l'une des plus dramatiques victoires de la science médicale. Tous les parents devraient s'assurer que leurs enfants reçoivent cette protection, soit chez leur docteur, soit dans leur centre local de santé publique.

Il est important de commencer à faire immuniser les enfants dès leur plus jeune âge, à savoir aux environs de 3 à 5 mois. Il est également très important que les parents dont les enfants ont déjà été immunisés se souviennent que la protection ainsi assurée n'est pas permanente et qu'il est nécessaire de la consolider par des piquûres de renfort administrées à intervalles réguliers.

Il est hors de doute qu'avec la coopération des parents, des médecins et des chercheurs, la poliomyélite, de même que la variole, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, deviendra une maladie évitable. Toutefois, il appartient aux parents de profiter des méthodes modernes d'immunisation qui protégeront leurs enfants contre des maladies qui ne devraient plus menacer leur santé et leur droit à une vie pleine.

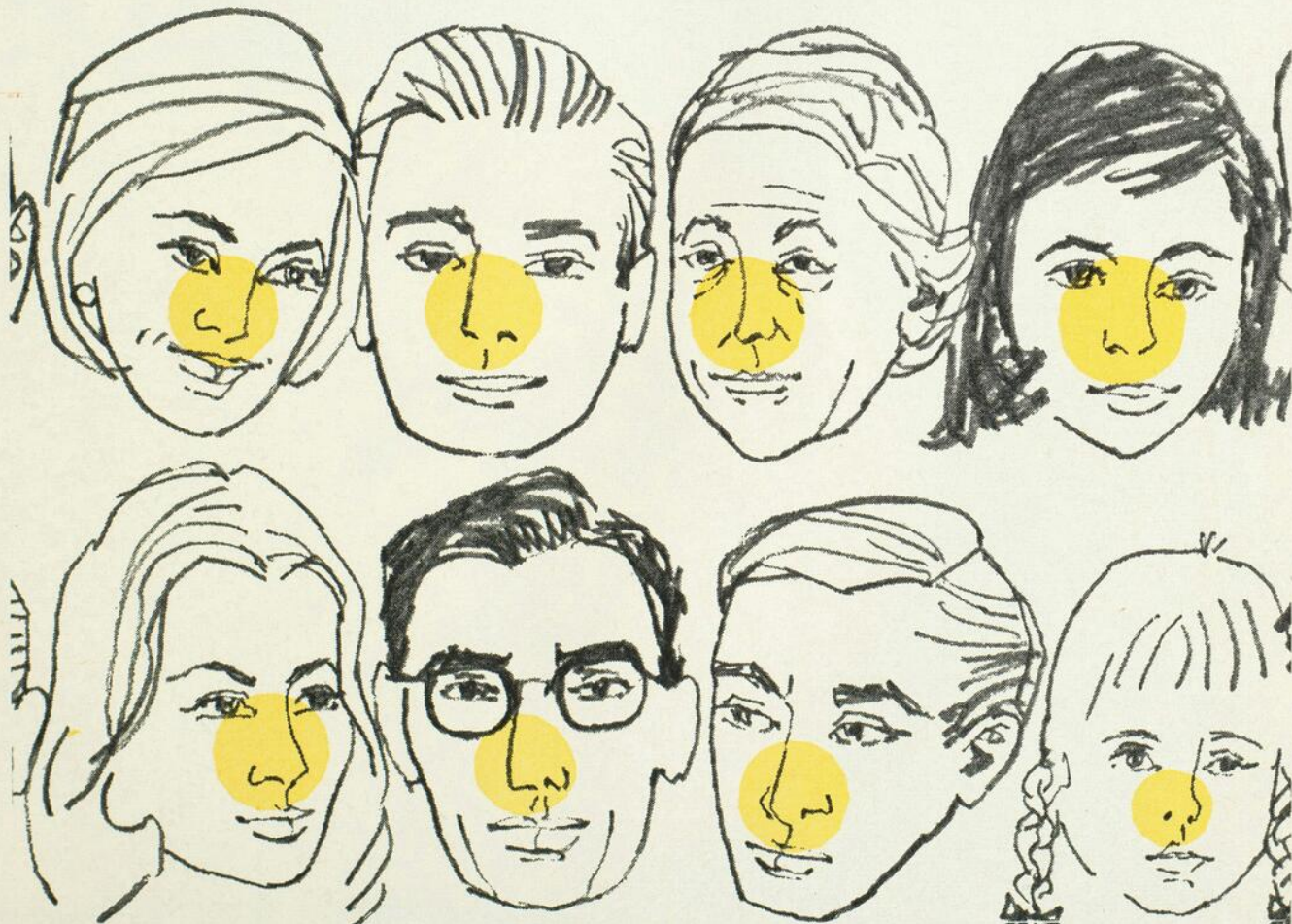
pendant la saison du rhume des foins
impossible de compter
les têtes dont le nez est dégagé par
BENADRYL

BENADRYL Chlorhydrate (Chlorhydrate de diphénhydramine, Parke-Davis) est présenté sous plusieurs formes: Kapseals* à 50 mg., Kapseals à 50 mg. avec 25 mg. de sulfate d'éphédrine, Capsules à 25 mg., Elixir contenant 10 mg. de Chlorhydrate de BENADRYL pour 4 cc, Steri-Vials* contenant 10 mg. de Chlorhydrate de BENADRYL par cc (pour usage parentéral), et Emplets* à 50 mg. (pour effet retardé).

Il y a lieu de prescrire BENADRYL avec prudence dans les cas où un effet sédatif ou semblable à celui de l'atropine est contre-indiqué.



PARKE, DAVIS & CO., LTÉE., TORONTO 14, ONTARIO



"L'Union Médicale" du Canada en 1888

Août 1888

Médecin ou charlatan

La Revue internationale des sciences médicales reproduit de *l'Intransigeant* le fait qui suit:

Un M. L... exerçait, dit-on, illégalement la médecine de complicité avec plusieurs pharmaciens de Montmartre. Plusieurs plaintes ayant été portées contre lui, le commissaire de police le fit appeler et constata qu'il était bel et bien muni d'un diplôme de docteur en médecine. Après avoir raconté l'histoire de sa vie, le sorcier ajouta: « Convaincu que le charlatanisme vaut mieux que la science, je me mis à donner des consultations, mais

clandestinement. Et les clients furent nombreux, et ils me payèrent régulièrement sans compter. Et depuis dix ans j'exerce la médecine ayant l'air de me cacher. J'ai fait fortune; j'ai aujourd'hui dix mille francs de rente. Voilà, monsieur le commissaire, mon histoire. Soyez discret, et surtout ne dites pas aux plaignants que je suis docteur de la Faculté de Paris, je perdrais probablement ma clientèle. »

Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire. Il y a quelques années, un jeune homme auquel l'exercice du charlatanisme rapportait maints écus eut l'idée malencontreuse de devenir médecin, dans l'espoir d'augmenter son revenu et d'arriver plus sûrement à la fortune. Com-

ENFIN... un antibiotique simple vous donne

Tet

PHOSPHATE COMPLEXE

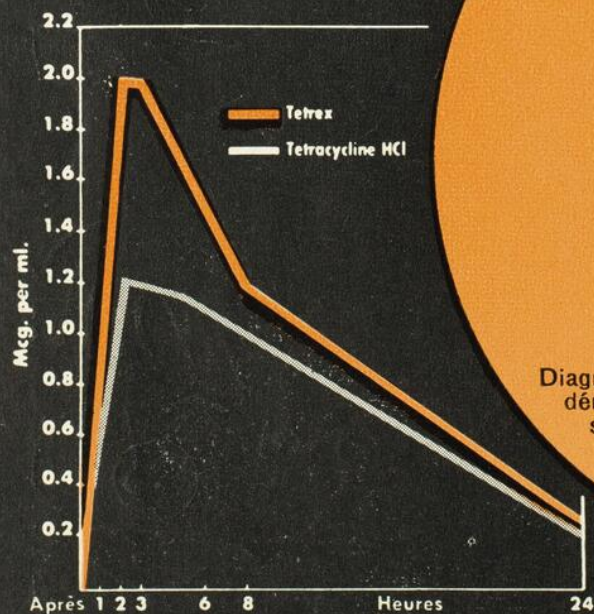


Diagramme (à gauche) démontrant les niveaux sanguins de Tetrex pratiquement doubles.
(tiré de 3 études cliniques indépendantes sur 188 malades)

NIVEAUX SANGUINS APRÈS UNE SEULE DOSE

me à cette époque l'admission à l'étude de la médecine était chose facile, voilà notre herboriste charlatan sur les bancs universitaires, pour, au bout de trois ans d'études (!), recevoir son diplôme en bonne et due forme. Mais une cruelle déception l'attendait au seuil même du temple de la gloire. Le bon gros public qui avait naguère achalandé la boutique du charlatan la déserta immédiatement quand celui-ci fut devenu médecin diplômé. Au bout d'une année, las d'attendre une clientèle qui se faisait de plus en plus rare, l'esculape jetait aux orties son diplôme et son titre de docteur, et reprenait dans d'autres quartiers l'exercice de son premier métier. Dès lors tout alla pour le mieux et la fortune recommença à lui sourire.

Il est admis que le public aime qu'on le berne et qu'on se moque de lui; il adore et recherche avec empressement tout ce qui s'entoure de mystère, tout ce qui sent l'inconnu. De là la vogue des charlatans et celle des médicaments secrets dont la réclame se lit à la quatrième page des journaux ou

dans des factums distribués à toutes les portes. Certes, il y aurait là de quoi décourager le vrai mérite si le sentiment du devoir et de l'honneur professionnel ne parlait plus haut. Et pourtant, il y a eu (il y a encore, croyons-nous,) des exemples de médecins, assez bien posés d'ailleurs, qui ont cherché par des moyens sentant le charlatanisme à provoquer les faveurs de la fortune et de la popularité. Tel ou tel remède populaire, réputé excellent contre telle ou telle maladie, et lancé dans le public par tel ou tel pharmacien, n'est souvent que l'œuvre, en sous-main, d'un médecin qui en a fourni la formule et qui prélève sa juste part des bénéfices. Comment la profession médicale qui tolère de semblables abus de la part de ses membres peut-elle, après cela, demander une législation et des pénalités contre les charlatans qui exercent au vu et au su de tous, et contre les médicaments secrets ou patentés dont on fait partout un si grand abus? N'est-on pas en droit de lui répliquer: « Médecin, guéris-toi toi même! »

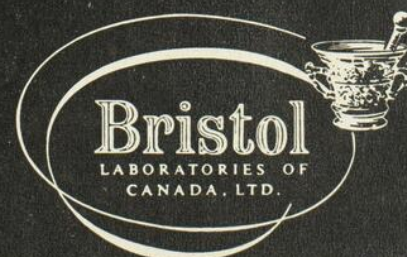
des niveaux sanguins doubles

rexTM

DE TÉTRACYCLINE

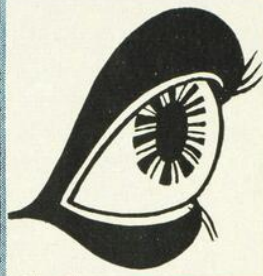
*En capsules équivalentes à 250 mg.
d'hydrochlorure de tétracycline*

Un antibiotique à large spectre d'activité doué d'une intensité accrue — niveaux sanguins accélérés et pratiquement doubles de ceux fournis par l'hydrochlorure de tétracycline.



NOUVEAU!

Traitement efficace externe
par les méti-stéroïdes dans
les allergies ou infections
de l'œil!

**metimyd**

Suspension ophtalmique—aseptique
(acétate de prednisolone 0.5% dans
une solution de sulfacétamide
sodique)

pour le traitement externe
de l'œil, antibactérien, anti-
inflammatoire, anti-allergique.

Et pour une meilleure action
antibiotique dans les cas
d'affections internes de l'œil.

metimyd

Onguent ophtalmique avec
néomycine 0.25%

à l'action anti-inflammatoire,
anti-allergique, antibiotique
et antibactérienne efficace là
où les autres stéroïdes
sont sans effet.

Présentation: Suspension ophtalmi-
que METIMYD, bouteille comp-
te-gouttes 5 cc. Onguent ME-
TIMYD avec néomycine. Tube
applicateur 1/8 oz. 1 par boîte.

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

BROXORAN ET CANCER DU SEIN

La Division E. R. Squibb & Sons of Olin Mathieson Chemical Corporation vient d'annoncer l'emploi expérimental d'un nouvel agent stéroïde qui pourrait se révéler un palliatif pour certains cas de cancer. Cette substance est à l'étude au Jackson Memorial Hospital, à l'École de médecine de l'Université de Miami, à l'Institut Sloan Kettering de la recherche sur le cancer et dans d'autres Centres de recherches sur le cancer. Ces observations n'intéressent qu'un groupe restreint de cas déterminés.

Le Bureau des Etudes cliniques du Centre national de chimiothérapie du Cancer, affilié à l'Institut national du Cancer, a accepté de soumettre le composé Squibb à un examen approfondi.

Un porte-parole de Squibb a déclaré: «Le composé n'en est encore qu'à ses prémices cliniques. Il faut de nombreuses épreuves cliniques auxquelles doivent participer des centaines, souvent des milliers de malades avant qu'on puisse acquérir une opinion rationnelle sur l'utilité du médicament.» En outre, il ajoute: «Il est évident que ce serait chose osée que de hasarder même une déduction sur l'efficacité définitive du produit alors que son expérimentation vient à peine de commencer.»

Il déclara encore que: «La chimiothérapie du cancer a vu d'innombrables composés divers à l'essai. Certains d'entre eux ont suscité un grand intérêt par l'efficacité qu'ils laissaient entrevoir au début mais des investigations cliniques longues et méticuleuses ont, plus souvent qu'à leur tour, attiédi ou sapé l'optimisme initial. Il est important de se rappeler dans le cas du composé Squibb — qu'on n'a, sur le comportement biochimique des stéroïdes, qu'une connaissance encore rudimentaire. Beaucoup de besogne reste à accomplir dans les laboratoires, en clinique et dans toutes les sphères de la recherche et de l'expérimentation médicales avant d'obtenir des réponses précises.»