33e CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.
QUÉBEC, LES 13, 14, 15 ET 16 NOVEMBRE 1963
CHÂTEAU FRONTENAC

UNION MÉDICALE DU CANADA

E 92 — NUMÉRO 8
MONTRÉAL — AOÛT 1963

MAUX ANCIENS REMÈDES NOUVEAUX 843 — BULLETIN
Edouard Desjardins

VIE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA 846
Pierre Smith

LA MALADIE RHUMATOÏDE DE L'ENFANT 848 — TRAVAUX ORIGINAUX
J. C. Favreau et Carroll A. Laurin

REMPLACEMENT DE L'ŒSOPHAGE CHEZ L'ENFANT 865
Pierre-Paul Collin et Hervé Blanchard

TRAITEMENT ORAL DE L'ENDOCARDITE MALIGNE À STREPTOCOQUE PAR LA PHÉNÉTHICILLINE POTASSIQUE : DIX OBSERVATIONS 873
Lucien Campeau et Marcel Lefebvre

EXPÉRIENCE PERSONNELLE SUR L'OPÉRATION DE MITCHELL POUR HALLUX VALGUS 881 — RECUEIL DE FAITS
Paul-A. Gagnon, Paul-Emile Tremblay et Roger Roy

ANOMALIE DE NAISSANCE DE LA CORONAIRE GAUCHE AVEC INFARCTUS DU MYOCARDE ET FIBROÉLASTOSE 887
Fernand Hould, Gaston Mercier et Roland Leclerc

SYNDROME D'IVEMARK : L'ASPLÉNISME 892
P. Dagenais-Pérusse, E. Baril, J. Assi Adou, I. Pilic et R. Roux

PRÉVENTION DE LA CÉPHALÉE POSTRACHIDIENNE 895
Gérard Mignault

NOUVELLES PERSPECTIVES SUR LA MÉDECINE COMPARÉE 900 — MOUVEMENT MÉDICAL
Maurice Panisset

L'HÉPATITE VIRALE 905 — ÉDITORIAL
Florent Thibert

LE RADIO-TÉLÉGUIDAGE OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE INTRACRÂNIENNE 907
Jules Hardy

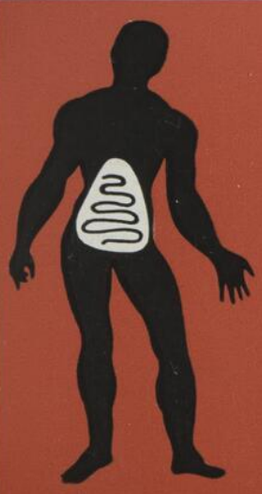
PROPOS SUR LA SANTÉ MENTALE 909 — VARIÉTÉS
Jules Lambert

CONFÉRENCE ANATOMO-CLINIQUE 914 — CONFRONTATION CLINICO-PATHOLOGIQUE
Hôpital Notre-Dame

ANALYSES 919
NÉCROLOGIE 925
NOUVELLES 926
COMMUNIQUÉS 936
LIVRES REÇUS 950
L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1894 956

Québec en 1902

LETIN DE
SOCIATION
MÉDECINS
LANGUE
ANÇAISE
CANADA



FERMALAC*

cultures mixtes de trois ferments lactiques lyophilisés

Rétablit l'ÉQUILIBRE NATUREL de la flore intestinale

DIARRHÉES (saisonnières ou non)
(nourrissons — enfants — adultes)
Entérocolites – Flatulence
Accidents intestinaux et muqueux consécutifs à l'antibiothérapie.

Flacons scellés de 10 et 40 capsules.

*Le SEUL produit de bacilles actifs vivants provenant de souches CANADIENNES sélectionnées et cultivées rigoureusement sous contrôle de bactériologistes spécialisés de l'Institut ROSELL.

Rougier
MONTRÉAL

L'efficacité et la grande marge de sécurité de Doriden—mises en évidence par 7 ans de travaux cliniques—en ont fait le sédatif non barbiturique le plus largement prescrit. Plusieurs cliniciens ont confirmé la sécurité qu'offre cet hypnotique, qu'ils ont évaluée d'après l'incidence très faible de ses effets secondaires[1-2] l'absence de dépression respiratoire,[1-4] et d'effets délétères sur le foie,[5-6] le rein,[1-6] et le sang.[1-5] Pour procurer au patient tous les avantages d'un sommeil normal et profond, prescrivez Doriden—0.5 Gm. au coucher.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Blumberg, N., Everts, E. A., et Goracci, A. F.: Pennsylvania M. J. **59**:808, 1956. 2. Matlin E.: M. Times **84**:68, 1956. 3. Hodge, J., Sokoloff, M., et Franco, F., Am. Pract. & Digest Treat. **10**:473, 1959. 4. Burros, H. M., et Borromeo, V. H. J.: J. Urol. **76**:456, 1956. 5. Lane, R. A.: New York J. Med. **55**:2343, 1955. 6. Scharwachter, H.: Medizinische **4**:1750, 1955.

PRÉSENTATION: **Capsules** à 0.5 Gm. (bleu et blanc); flacons de 100 et 500. **Comprimés** à 0.5 Gm. (blancs, sécables) et 0.25 Gm. (blancs, sécables); flacons de 100 et 500.

Pour tous renseignements, prière de consulter votre représentant CIBA ou d'écrire à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

CIBA
OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION

3148

PER
U-18

NOUVEAU VARIDASE®

Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS ORAUX

pratique...efficace

CONTRÔLE L'INFLAMMATION
DIMINUE L'ENFLURE
SOULAGE LA DOULEUR ASSOCIÉE
ACCÉLÈRE LA GUÉRISON

1 comprimé quatre fois par jour
(10,000 unités de streptokinase)

®Marque déposée

Lederle CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montreal*

L'Union Médicale
du Canada

•

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Léon Binet, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Paris;
H. Hermann, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Lyon;
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
R. Kourilsky (Paris),
Paul-Louis Chigot (Paris),
Paul Lamarque (Montpellier),
Francis Tayeau, doyen,
Faculté de Méd. et de Pharm. de Bordeaux;

Le doyen de la Faculté de Médecine, Université de Montréal, Lucien-L. Coutu;

Le doyen de la Faculté de Médecine, Université Laval, Québec, Rosaire Gingras;

Le doyen de la Faculté de Médecine, Université d'Ottawa, Jean-Charles Lussier;

Le doyen de la Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke, Gérard-Ludger Larouche;

Le président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P.Q., Jean-Baptiste Jobin;

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

BUREAU DE RÉDACTION
Rédacteur en chef : Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef :
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction :
Jean-Marc Bordeleau

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, Jacques Baillargeon, M. Bélisle, Jacques Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, Yvon Chartier, Jacques Gagnon, Fernand Grégoire, Rolland Guy, Jules Hardy, P.-P. Julien, M. Kaludi, Camille Laurin, J.-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, Maurice LeClair, André Leduc, François Léger, Charles Lépine, Jean Mathieu, Gérard Migneault, André Proulx, Rosario Robillard, Maurice St-Martin, Florent Thibert.

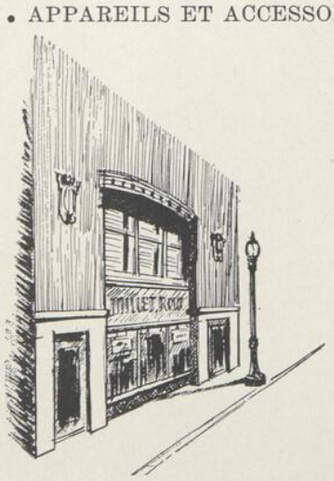
CORRESPONDANTS

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

MILLET, ROUX & CIE. LTÉE

CENTRE D'ÉQUIPEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL

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



NEO-SPASMYL — FORT, MEDIUM — FAIBLE — ELIXIR

BILOGÈNE
DIONIFORME
GLANDOPLEX
OPO-VÉINOGÈNE
OPOVITAL
PULMORECTAL
RHINOTRICINE
SCILLITRINE
TOTAL MAGNÉSIEN

DÉPOSITAIRES ATTITRÉS DES MAISONS SUIVANTES :

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

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

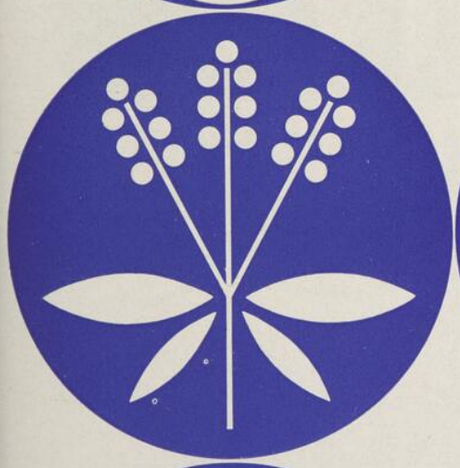
une
action unique
en son genre!

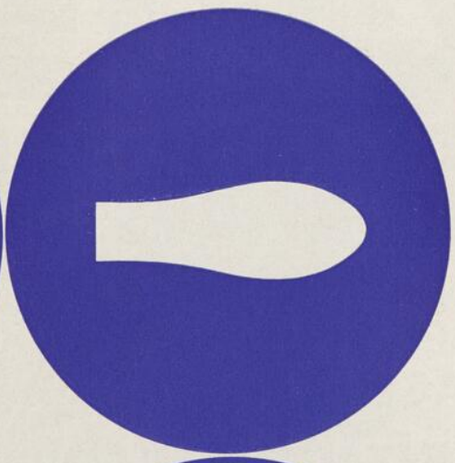
Phénergan

prométhazine

contre la nervosité et l'insomnie
contre le rhume des foins
contre le mal des transports
contre les hémorroïdes
troubles de dentition et extraction dentaire

hypnotique
anti-émétique
antihistaminique





comprimés, dragées
liquide
suppositoires
ampoules
multidoses

renseignements et échantillons
sur demande

Poulenc Limitée
8580 Esplanade, Montréal

L'Union Médicale
du Canada

•

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

ADMINISTRATION

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

BUREAU DE DIRECTION

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

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

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

BETAGENE

FACTEURS DE LA VITAMINE "B"
AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs : BETAGENE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE ET B_{12}

comprimés : BETAGENE ET FOIE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE SUPER

injectables : BETAGENE (10cc.)
BETAGENE ET B_{12} (10cc.)

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

Équilibre nutritif jusqu'à terme grâce à "TUTAMATE"

MARQUE DÉPOSÉE

(TUTAMINA MATRIS = PROTECTION DE LA MÈRE)

Un supplément vitaminé avec du fer pour la mère et le bébé, durant la grossesse et la lactation

CHAQUE COMPRIMÉ PROCURE DES RÉSERVES DE:

Fumarate ferreux (67.5 mg de fer à l'état ferreux)..... 225 mg
pour favoriser une hématopoïèse optima et prévenir l'anémie ferriprive.

Vitamine C — acide ascorbique..... 75 mg
pour accroître la résistance des capillaires, diminuer le risque d'hémorragie et protéger la mère contre le scorbut.

Vitamine D..... 800 U.I.
pour aider à maintenir l'équilibre calcium-phosphore.

Vitamine A..... 5000 U.I.
pour aider à maintenir l'intégrité du tissu épithélial.

Vitamine B_1 — mononitrate de thiamine..... 2 mg

Vitamine B_2 — riboflavine..... 2 mg

Vitamine B_6 — chlorhydrate de pyridoxine ..... 3 mg

Niacinamide..... 10 mg
pour seconder le métabolisme durant l'accroissement du stress physiologique.

Également disponible —

"TUTAMATE-BF"

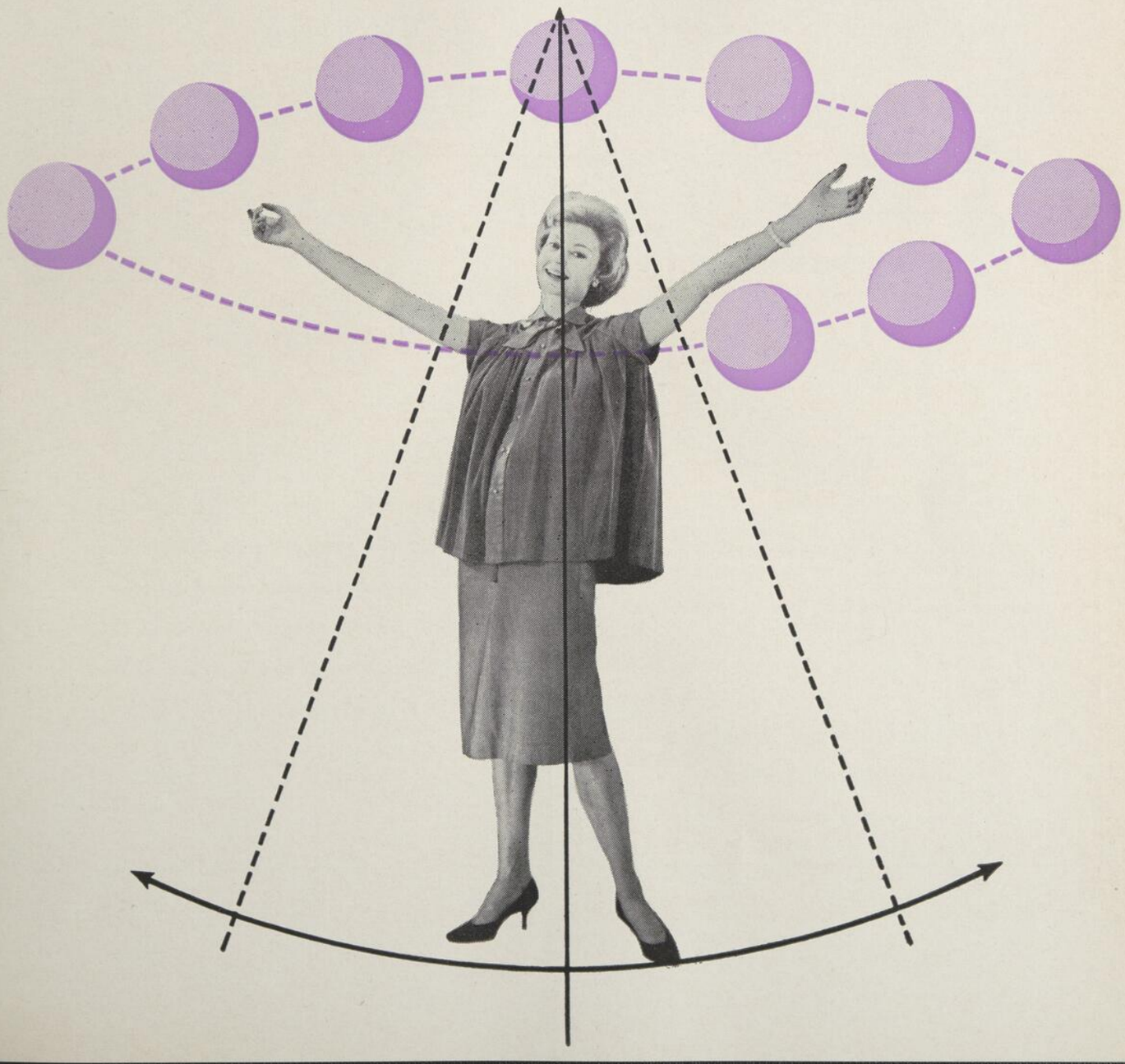
Même formule que le "Tutamate"
plus

Vitamine B_{12}..... 5 mcg

Acide folique..... 0.5 mg

POSOLOGIE — Un comprimé par jour.
Flacons de 60 et de 250 comprimés.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
Frosst
Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA
Maison entièrement canadienne • Fondée en 1899



CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. Les listes de candidats pour les examens de 1963 sont maintenant closes mais on acceptera les demandes d'admission aux examens de 1964 jusqu'au 30 avril 1964.

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

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 5064, Avenue du Parc, Tél. 273-3065, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

lorsque l'allergie paralyse l'activité de votre patient...

BENADRYL offre une double activité thérapeutique pour maîtriser les pénibles symptômes de l'allergie causée par les pollens de graminées ■ **l'activité antihistaminique** soulage la congestion nasale, les éternuements, le larmoiement et le prurit ■ **l'activité antispasmodique** soulage le spasme bronchique et gastrointestinal.

Le chlorhydrate de BENADRYL (chlorhydrate de diphénhydramine Parke-Davis) est présenté sous diverses formes: Kapseals* de 50 mg; Kapseals de 50 mg avec sulfate d'éphédrine 25 mg; capsules de 25 mg; élixir, 10 mg par 4 cc; Emplets* de 50 mg pour une action-retard; fioles Steri-Vial* de chlorhydrate de BENADRYL, 10 mg par cc, et ampoules de 50 mg par cc pour administration parentérale. Pour tout détail concernant l'administration et la posologie, consulter la documentation mise à la disposition des médecins.

PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL 9

*MARQUE DÉPOSÉE

72961

BENADRYL*

antihistaminique, antispasmodique

réduit la plupart des allergènes à leur plus simple expression !

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS

Emile BLAIN, directeur général, 400 est, rue Sherbrooke, Montréal.
E.-Rolland BLAIS, secrétaire-trésorier général, 1779, avenue de l'Eglise, Montréal.
André LEDUC, adjoint au directeur général, 5635, avenue Canterbury, Montréal.
Raymond CARON, adjoint au secrétaire-trésorier général, 2178 est, Mont-Royal, Montréal

COMITÉ EXÉCUTIF

Emile BLAIN, Montréal.
E.-Rolland BLAIS, Montréal.
André LEDUC, Montréal.
Raymond CARON, Montréal.
Roma AMYOT, Montréal.
Edouard DESJARDINS, Montréal.
Pierre JOBIN, Québec.
Jean LAFRAMBOISE, Eastview.
Richard LESSARD, Québec.

Directeur des Relations Extérieures :
Pierre SMITH.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

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

COMITÉ DU XXXIIIe CONGRÈS

Président : **Richard LESSARD,** Québec.
Secrétaire : **Jean BEAUDOIN,** Québec.
Trésorier : **Jean-Marc LESSARD,** Québec.
Adjoint au secrétaire : **Jean COUTURE,** Québec.

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1656 est, Sherbrooke, Montréal, P.Q.
AUGER, Gustave-L., 81, d'Auteuil, Québec, P.Q.
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.
BEGIN, B.-G., 12075, rue Pasteur, Montréal, P.Q.
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Building, Windsor, Ont.
BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.
BUNDOCK, Benoît, Edifice Copeland, Ottawa, Ont.
CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.
CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.
CHARBONNEAU, Jean, 1025 est, boul. St-Joseph, Montréal, P.Q.
CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.
CHRETIEN, Maurice, 537, Station Shawinigan, P.Q.
COUTU, Lucien-L., Faculté de Médecine, Univ. de Montréal, P.Q.
DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont, P.Q.
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal, P.Q.
DION, Gérard, 298, St-Germain. Rimouski, P.Q.
DORION, J.-Ed., 609 est, boul. Charest, Québec, P.Q.
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal, P.Q.
DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal, P.Q.
ETHIER, Fernand, 114, 1ère Rue, Iberville, P.Q.
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.
FOREST, J.-E., 129, rue Jetté, Joliette, P.Q.
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.
GENEST, Jacques, 3840, rue St-Urbain, Montréal, P.Q.
HAMEL, Jean-F., 168, rue Charlotte, Ottawa, Ont.
ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.
JOLICOEUR, Gilbert, 4, rue Taschereau, Hull, P.Q.
LABOSSIERE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.
LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.
LAROUCHE, Gérard-L., 1328, rue Amherst, Sherbrooke, P.Q.
LeBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.
LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal, P.Q.
LUSSIER, J.-Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
NADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.
PAIEMENT, Raymond, 252, chemin Montréal, Eastview, Ont.
PANNETON, André, 421, boul. Laviolette, Trois-Rivières, P.Q.
PELLETIER, Emile, 34, rue de la Fabrique, Québec, P.Q.
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.
POWERS, Arthur, 135, Gloucester, Ottawa, Ont.
RIOUX, Armand, 1175, des Erables, Québec, P.Q.
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, bd Mercure, Drummondville, P.Q.
ST-JEAN, Conrad, 9, rue Dufferin, Granby, P.Q.
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal, P.Q.
TURCOT, Jacques, 35, rue Sainte-Ursule, Québec, P.Q.
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

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

l'antidépresseur aux propriétés distinctives

ELAVIL*

(Chlorhydrate d'amitriptyline)

jugule promptement l'anxiété concomitante et soulage la dépression de façon satisfaisante

quand
LA DÉPRESSION
est accompagnée
d'anxiété et de tension

Les manifestations émotives les plus courantes chez les patients déprimés (pourcentage des patients):[1]

Tristesse, abattement: 95%

Sentiments de culpabilité, de découragement, d'indignité et de dépersonnalisation: 80%

Anxiété, irritabilité: 75%

Crises de larmes: 72%

Crises d'anxiété: 60%

Crainte de la folie, de la maladie somatique, de la mort: 60%

Rumination du passé, du présent, du futur: 50%

"Il est plus difficile de discerner la dépression quand le patient est dans un état de tension et d'anxiété . . . Les déprimés anxieux sont souvent très volubiles et diffus, contrairement aux patients retardés qui sont tranquilles et expriment leur préoccupations en peu de mots".[1]

quand
LA DÉPRESSION
accompagne
la maladie somatique

hypertension artérielle essentielle

infarctus du myocarde

syndrome ménopausique

diabète sucré

obésité

ulcère gastro-duodénal

arthrite rhumatoïde

migraine

côlon irritable

asthme bronchique

rhume des foins

et beaucoup d'autres

Documentation complète (indications, posologie, effets secondaires, précautions d'emploi) et bibliographie sur demande.

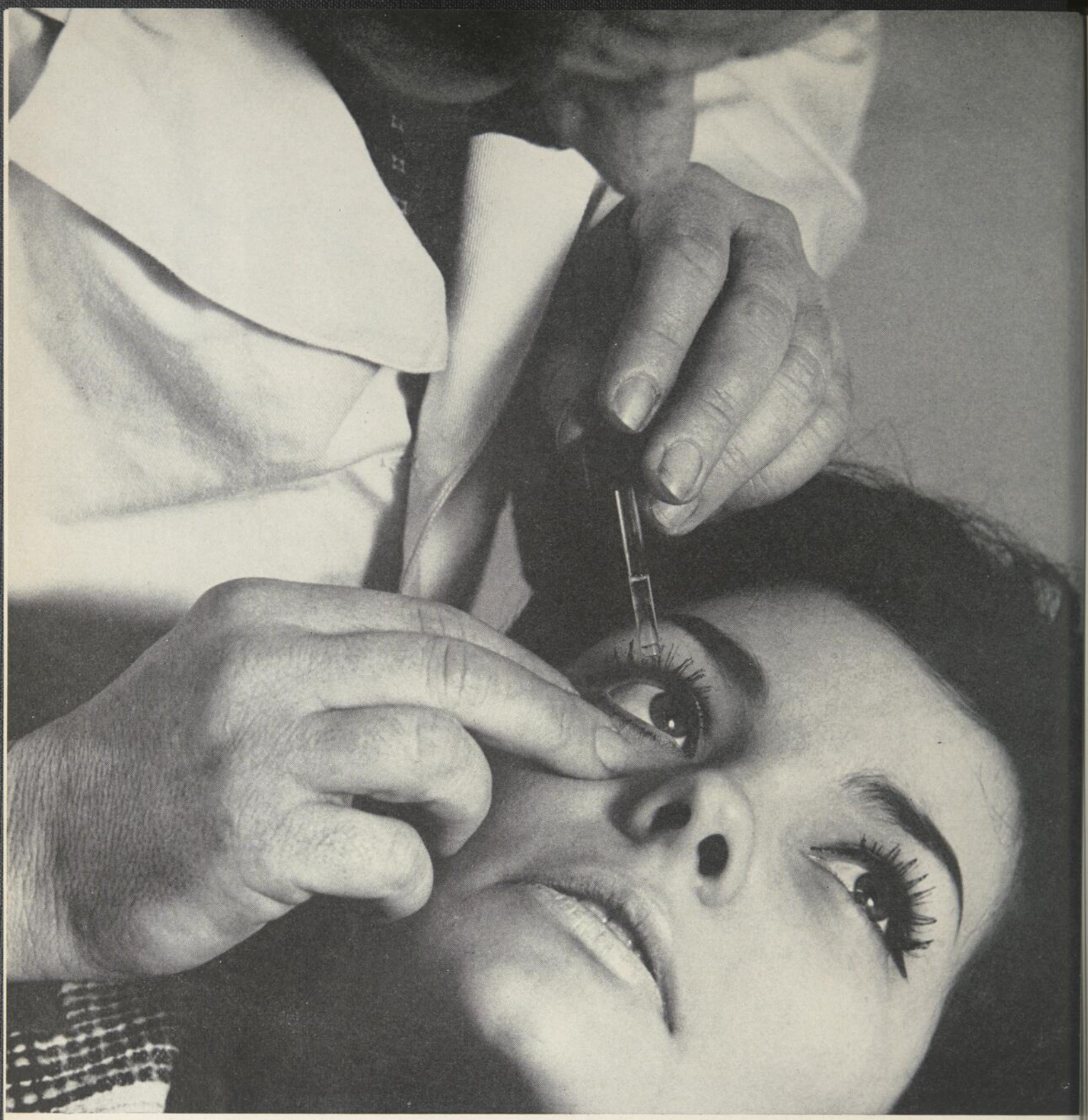
1. Ayd, F. J., Jr.: Recognizing the Depressed Patient, Grune & Stratton, New York 1961, pp. 24, 26, 51, 52.

Un autre produit des laboratoires de recherche

MSD

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

*Marque de commerce



Motif de la consultation: Douleur oculaire profonde et pulsative s'irradiant au front et aux tempes. Photophobie.

Examen physique: Myosis, pupilles irrégulières. Hyperhémie marquée autour de la cornée.

Impression: Iritis aiguë.

℞ Celestone-S Gouttes Colloïdales Ophtalmiques: 2 gouttes q. 2 h. Consultation en ophtalmologie stat. Malade à hospitaliser pour rechercher la cause de la douleur.

NOUVEAU CONCEPT DANS LE TRAITEMENT LOCAL DE L'OEIL

Les gouttes colloïdales ophtalmiques idéales pour traiter sans douleur la conjonctivite, l'iridocyclite et les autres inflammations et allergies oculaires. D'un pH très voisin de celui des larmes. LES GOUTTES COLLOÏDALES OPHTALMIQUES CELESTONE-S forment une pellicule transparente qui apaise et cicatrise, recouvrant l'oeil sans gêner la vision.

CELESTONE*-S

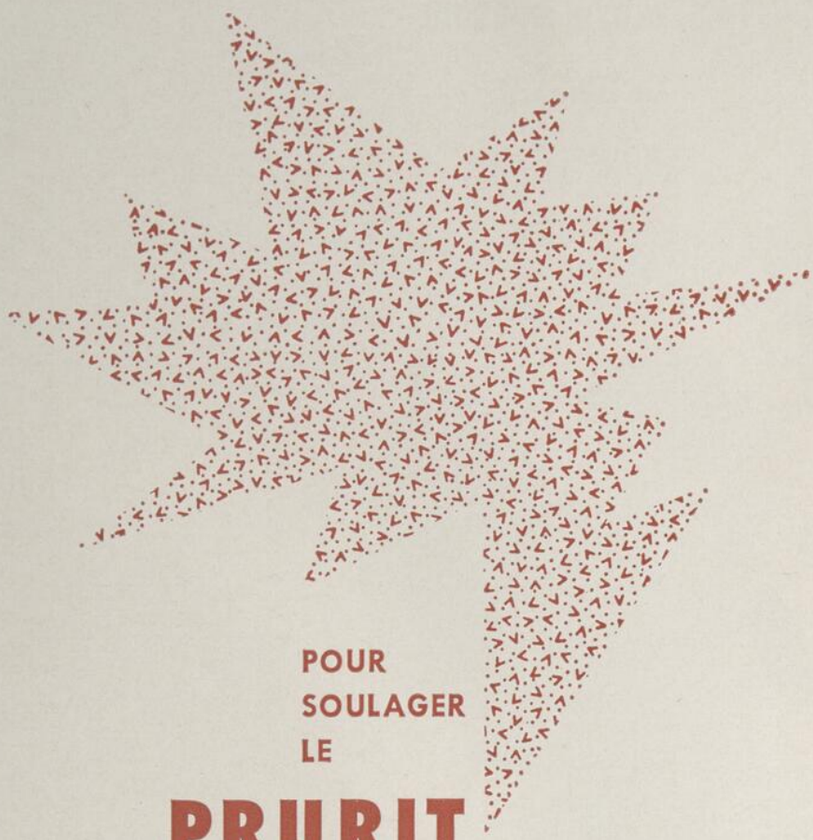
GOUTTES COLLOÏDALES OPHTALMIQUES

betaméthasone (CELESTONE) 1.0 mg (0.1%)
sulfacétamide sodique U.S.P. 100.0 mg (10%)

Schering

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

*Marque déposé



POUR
SOULAGER
LE

PRURIT

QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE

panectyl

triméprazine

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

POULENC LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

ni **stase,** ni **spasme,**
ni **tension**
n'empêchent
ce patient
de faire ses tournées

DECHOLIN-BB*

...surtout lorsque LES DOULEURS DE L'APPAREIL DIGESTIF SUPÉRIEUR sont associées à des troubles biliaires

Chaque comprimé contient:

pour la **stase** biliaire/intestinale → ACIDE DEHYDROCHOLIQUE 250 mg (3¾ grains)

pour le **spasme** des muscles lisses → EXTRAIT DE BELLADONE 10 mg (⅙ grain)

pour la **tension** nerveuse → BUTABARBITAL SODIQUE 15 mg (¼ grain)

Dose moyenne pour adultes: 1 ou, s'il en est besoin, 2 comprimés trois fois par jour. **Précautions:** Examiner périodiquement le malade afin de dépister une augmentation de la pression intra-oculaire ainsi que l'accoutumance ou l'addiction aux barbiturates; prévenir les conducteurs de véhicules des possibilités de somnolence. **Effets secondaires:** l'acide déhydrocholique peut provoquer une diarrhée passagère; la belladone peut causer des troubles visuels et la sécheresse de la bouche. **Contre-indications:** Occlusion des voies biliaires, hépatite aiguë glaucome et hypotrophie prostatique. **Présentation:** DECHOLIN-BB,* flacon de 100 comprimés. **Aussi:** DECHOLIN* avec belladone (acide déhydrocholique, 250 mg.); extrait de belladone, 10 mg. et DECHOLIN* (acide déhydrocholique 250 mg.) en flacons de 100 et de 1,000 comprimés.

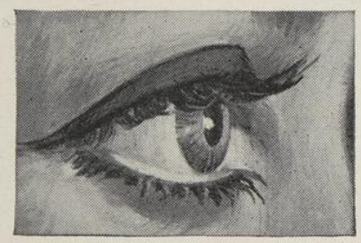
AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto Ontario

*MARQUE DÉPOSÉE

CA34963F

hydrosolubilité

CLEF DE L'ACTION ANTI-INFLAMMATOIRE PRONONCÉE DE LA



Solution ophtalmo-auriculaire

NeoDECADRON*

(21-phosphate de dexaméthasone et sulfate de néomycine)

La solution ophtalmo-auriculaire NeoDECADRON*
—assure la dispersion uniforme et le contact optimal du stéroïde et de l'antibiotique au siège même de l'infection, les ingrédients actifs étant formulés sous la forme d'une solution aqueuse.
—élimine tout risque d'irritation provenant de particules en suspension et est compatible tant avec les sécrétions lacrymales qu'avec les tissus oculaires.

Documentation complète (indications, mode d'emploi, avertissement) sur demande

Présentation: Solution ophtalmo-auriculaire NeoDECADRON à 0.1%, en fioles de 5 cc.
Également: Onguent ophtalmo-auriculaire NeoDECADRON à 0.05%, en tubes de 3.5 Gm.
Solution ophtalmo-auriculaire de phosphate de DECADRON* à 0.1%, en flacons de 5 cc.

*Marques de commerce

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

PIMAFUCIN*
COMPRIMES VAGINAUX

Indiqué dans le traitement des infections à

- TRICHOMONAS VAGINALIS
- CANDIDA (MONILIA) ALBICANS
- LEUCORRHEE D'ORIGINE BACTERIENNE NON SPECIFIQUE

- Résultats cliniques très favorables chez les patientes enceintes ou non.
- Jusqu'à 90% de guérisons des Moniliases selon que la patiente a ou non été traitée sans succès avec d'autres médicaments, qu'elle soit enceinte ou non.
- Jusqu'à 80% de guérisons des Trichomonases dans les mêmes conditions.

CHAQUE COMPRIME RENFERME

Pimaricin * † ..... 50 mg. / Chlorure de benzalkonium ..... 1 mg.
Chlorhydrate d'amylocaïne 15 mg. Mélange tampon (pH environ 4.2) et lactose

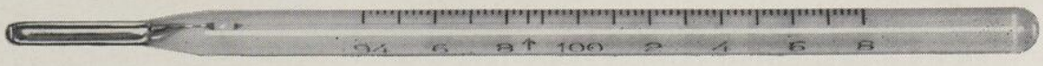
* Marques déposées de Royal Netherlands Fermentation Industries Ltd., Delft, Pays-Bas.

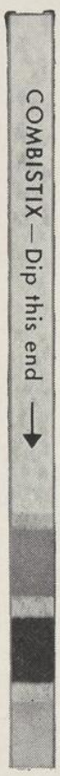
† Antibiotique fongicide obtenu à partir d'un nouveau microorganisme, Streptomyces natalensis.

CANADA DUPHAR
LIMITED
LONDON CANADA

DUPHAR

une réponse... en trois minutes





trois réponses... *en dix secondes*

combistix*

test immersion-et-lecture de la protéinurie • glucose • pH

ÉPREUVE MIXTE DE BASE AU CHEVET DU MALADE ET CHEZ LE MÉDECIN...demande moins de temps qu'il n'en faut pour prendre la température. Dépiste la glycosurie (comme dans le diabète), la protéinurie (comme dans les troubles rénaux), le pH anormal (comme dans la calcinose ou l'infection des voies urogénitales). Pour l'examen courant de tous les patients.

COMBISTIX — *aussi indispensable que le stéthoscope.*

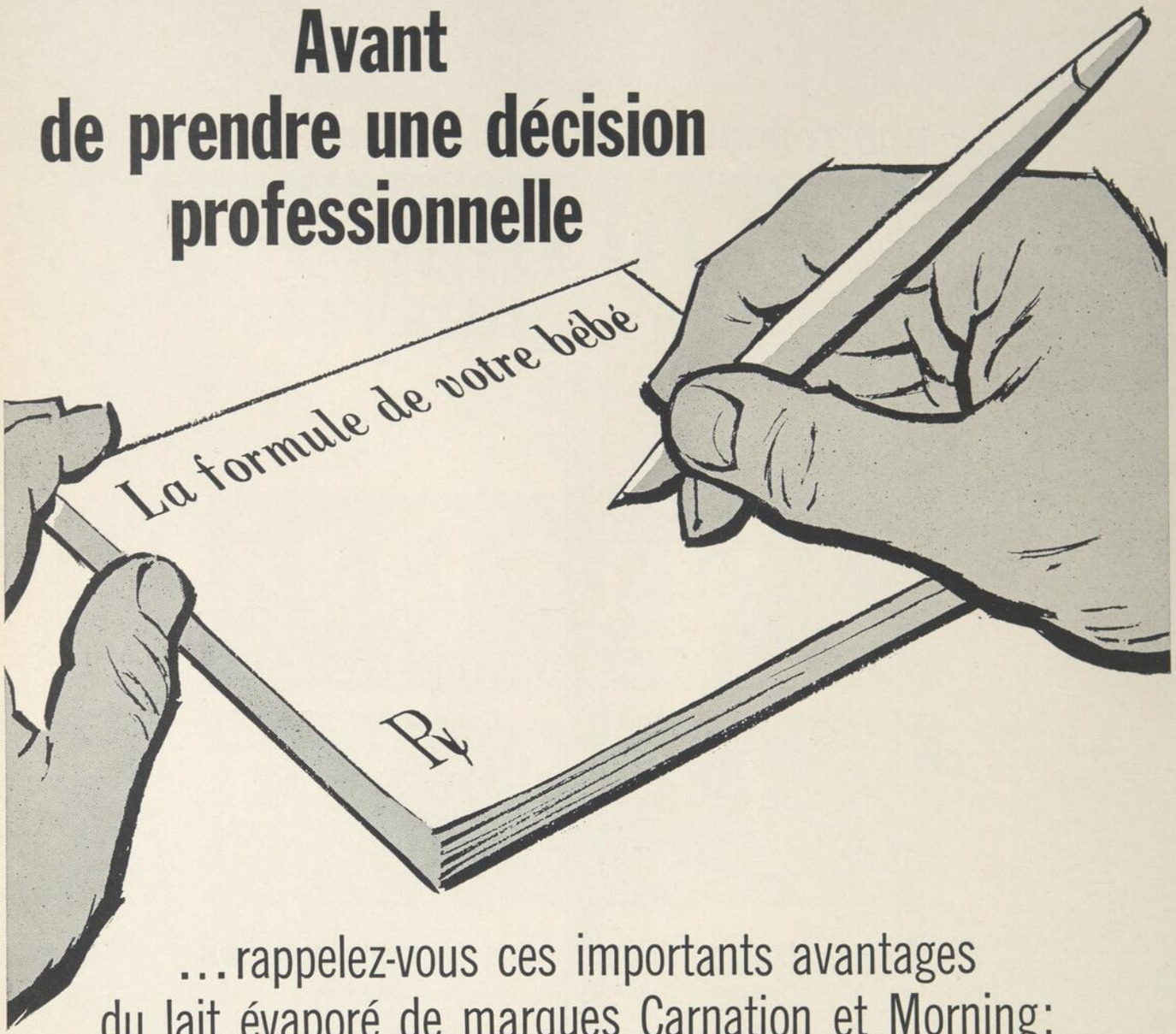
Les produits AMES sont à votre disposition par l'entremise de votre fournisseur habituel.

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto Ontario

*MARQUE DÉPOSÉE

CA38263F

Avant de prendre une décision professionnelle



...rappelez-vous ces importants avantages du lait évaporé de marques Carnation et Morning:

Plus digestibles — Le procédé d'évaporation donne un caillé fin, mou, floconneux — une tension de caillé de zéro rend le lait Carnation et le lait Morning *beaucoup plus faciles à digérer* que le lait en bouteille!

Plus uniformes—La composition chimique du lait évaporé de la compagnie Carnation *ne varie jamais* — elle reste la même partout et toujours, hiver comme été!

Plus économiques — Le lait Carnation et le lait Morning sont tous deux *bien moins chers* que le lait en bouteille. Ce détail est très apprécié de vos patientes!

Mieux stérilisés — Une double stérilisation (avant et après la mise en boîte) *garantit* une parfaite sécurité avec le Lait Evaporé Carnation et le lait Morning partiellement écrémé.

DES PRODUITS DE CHEZ NOUS

Seul le lait des meilleurs troupeaux du Québec est utilisé pour la préparation du lait Carnation et du lait Morning

Quand le diagnostic est STAPHYLOCOQUE

Photographie reproduite avec la permission de la malade.

commencez par un traitement de PROSTAPHLINE

Les traitements de PROSTAPHLINE vous assurent un contrôle positif et rapide dans une grande variété d'infections staphylococciques aiguës ou chroniques. La PROSTAPHLINE vous permet de réduire au minimum les échecs thérapeutiques dûs à la présence de souches staphylococciques résistantes à la pénicilline et aux autres antibiotiques. La PROSTAPHLINE vous fournit le traitement *spécifique* grâce auquel vous éviterez au patient toute dépense inutile qui pourrait résulter d'essais infructueux.

La PROSTAPHLINE possède l'avantage unique de résister à la destruction par la pénicillinase (enzyme qui inactive les autres pénicillines) et de conserver son efficacité tout au long du traitement. Il n'a été relevé *aucun* phénomène de résistance de staphylocoques à la PROSTAPHLINE.

Une protection supplémentaire est assurée grâce à l'action bactéricide de la PROSTAPHLINE sur les organismes Gram-positifs, tels que le streptocoque pyogène et le pneumocoque.

Nouveau format: PROSTAPHLINE, Capsules de 500 mg., plus économique pour le malade et d'un emploi commode (capsule unidose).

Autres présentations: PROSTAPHLINE, Capsules de 250 mg.
PROSTAPHLINE pour Injection, fioles de 250 mg. et 1.5 Gm.

Un autre produit Bristol

PROSTAPHLINE*

(OXACILLINE SODIQUE)

**Marque déposée*

ARTICHOBYL

MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE

à base d'extrait de feuilles d'artichaut

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

●

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

●

J. EDDÉ, Limitée, 202 est, rue Laurier **MONTRÉAL**

ïde (y compris le rhumatisme récurrent,
maladie de Chauffard-Still et l'arthrite
le aiguë Lupus érythémateux disséminé
rmie Dermatomyosite Dermatoses allerg
atite atopique Névrodermite Prurit acc
tite herpétiforme Dermatite exfoliante
matite séborrhéique Urticaire Malad
Irido-cyclite Chorio-rétinite Rhin
du sérum Hypersensibilité médicamente
is l'asthme grave Uvéite postérieure
sionnelles Syndrome Johnson
Sprue idiopathique Colite ulcéreuse
que Thyréotoxicose Emphysè
Paralysie faciale périphérique (de Bell)
Névrite rétro-bulbaire Ophtalmie symp
lomatose pulmonaire Rétinite centrale
Anémie hémolytique acquise Epithél
aplastique Purpura thrombocytopénique
rrénal Arthrite goutteuse aiguë Pu
Zona ophtalmique (à l'exclusion toutefo

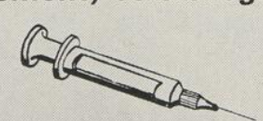
**Corticothérapie...
que l'indication
soit rare
ou commune**

DECADRON*

(Dexaméthasone)

Documentation complète (indications, posologie, effets secondaires, avertissement) et bibliographie sur demande

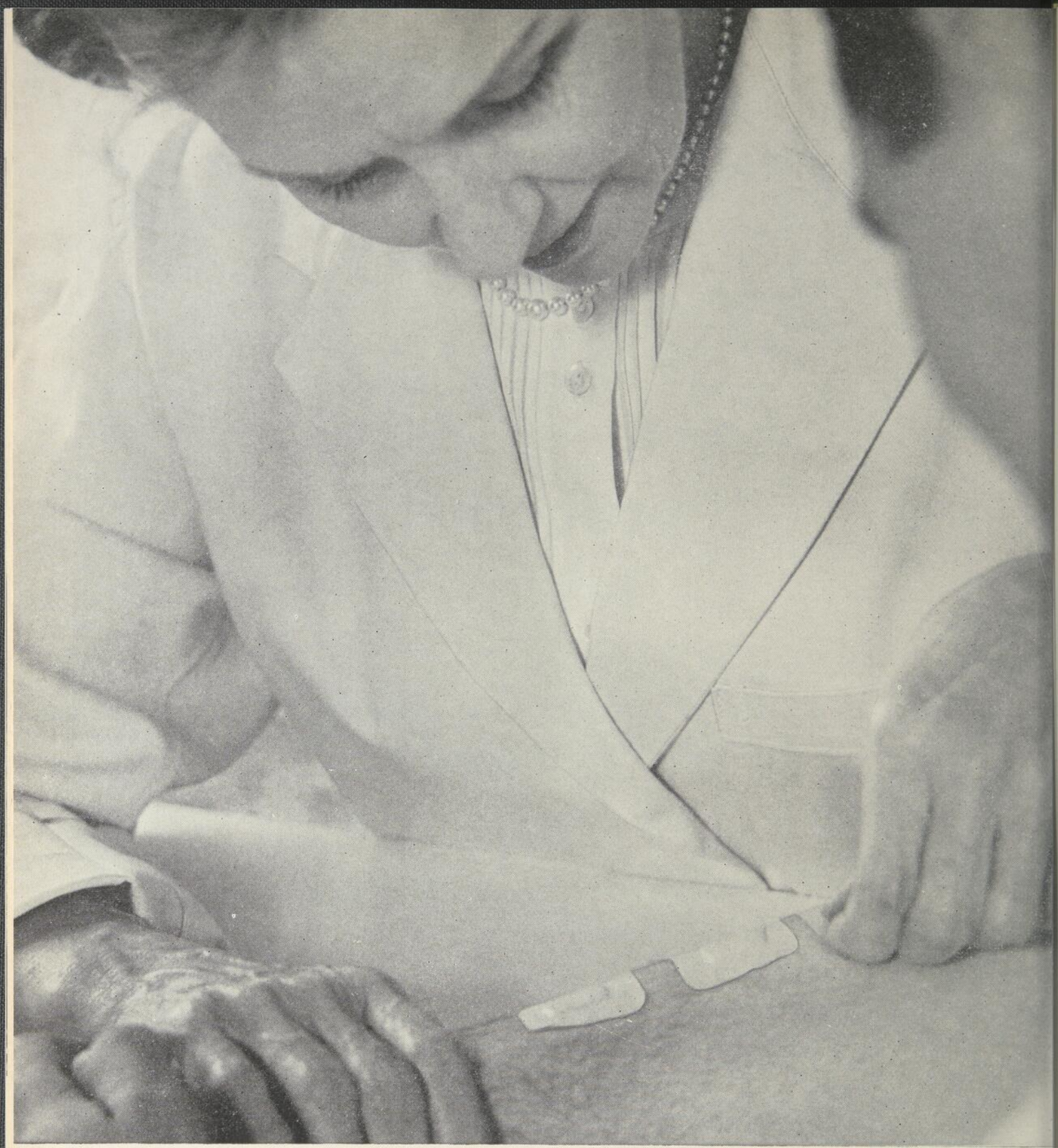
Comprimés dosés
à 0.5 et à 0.75 mg., en flacons
de 30, 100 et 500



Forme injectable: Fioles de 2 et de 5cc. renfermant 4 mg. de 21-phosphate de dexaméthasone par cc.

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

*Marque de commerce



Motif de la consultation: Erythème, mains gonflées, zones parsemées de vésicules se rejoignant.

Constatation à l'examen: Condition provoquée par l'emploi d'un nouveau détersif pour les mains.

Impression: Dermatite de contact. Aucun antécédent allergique.

℞ 1. Celestone: 1 comprimé à 0.5 mg q.i.d. x 4 jours.

2. Epreuves de sensibilité.

Dans les poussées dermato-inflammatoires, prompt soulagement grâce au corticostéroïde de synthèse le plus sûr et le plus efficace même à faibles doses.

CELESTONE*

betaméthasone
comprimés à 0.5 mg

efficacité . . . tolérance . . . économie

Schering

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

*Marque déposée

LE NOUVEL empaquetage RTA B-P non-stérile

PRÊT-POUR-L'AUTOCLAVE

avec le

TRANCHANT AMÉLIORÉ

de la lame d'acier inoxydable B-P

Voici les caractéristiques du nouvel empaquetage RTA

- résistant à l'air et à l'humidité
- papier résistant aux perforations et imprégné de latex
- bandes indicatrices pour autoclave
- ouverture de séparation du type chevron
- des unités individuelles sont présentées en boîtes d'une demi-grosse, chiffrées en couleur pour indiquer la dimension des lames
- stérilisable à la vapeur, au gaz ou à la chaleur sèche

nouvelle économie—les lames inoxydables RTA coûtent moins cher que les lames stériles.

excellente technique—les lames inoxydables RTA peuvent être stérilisées avec d'autres instruments et préparées par l'infirmière dans son milieu stérile.

tranchant supérieur—les lames inoxydables RTA sont doublées d'un micro-coupant tout nouveau et plus tranchant que jamais.

BARD-PARKER COMPANY, INC.
DANBURY, CONNECTICUT
A DIVISION OF BECTON, DICKINSON AND COMPANY

B-P, BARD-PARKER, RTA est une marque de fabrique

la douleur lancinante...

DE LA NÉVRITE INFLAMMATOIRE...

réagit promptement au

PROTAMIDE

— une solution colloïdale d'enzyme protéolytique dénaturé —

Le soulagement de la douleur est rapide dans la névrite non-traumatique, y compris l'herpès zoster, alors que le Protamide est administré au début du cours de la maladie.[1-4] Il est également important de constater qu'une guérison complète suit habituellement dans les trois à cinq jours subséquents — même dans l'herpès zoster ophtalmique.[5-6]

Posologie: 1 ampoule i.m. par jour de 2 à 5 jours; plus longtemps si la douleur persiste.

Mise en garde: Eviter l'administration i.v.
Boîtes de 10 ampoules, 1.3 cc. chacune, pour injection intra-musculaire.

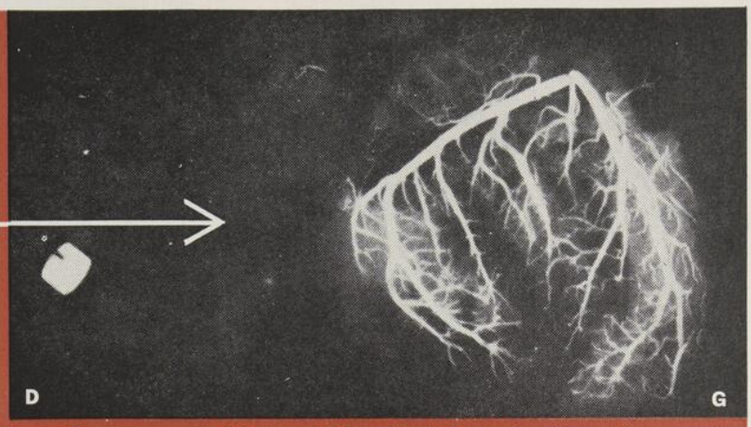
Sherman Laboratories
WINDSOR, ONTARIO

Références : 1. Baker, A. G.: Penn. Med. J., 63:697 (mai) 1960. 2. Smith, R. T.: New York Med. (20 août) 1952, p. 16-19. 3. Smith, R. T.: Med. Clin. N. Amer., (mars) 1957. 4. Lehrer, H. W.; Lehrer, H. G. et Lehrer, D. R.: Northw. Med. (nov.) 1955. 5. Sforzolini, G. S.: Arch. Ophtal. 62:381 (sept.) 1959. 6. Gile, J. H.: W. Virginia Med. J. 59:120-122 (mai) 1963.

après l'occlusion provoquée d'une artère coronaire principale

ischémie

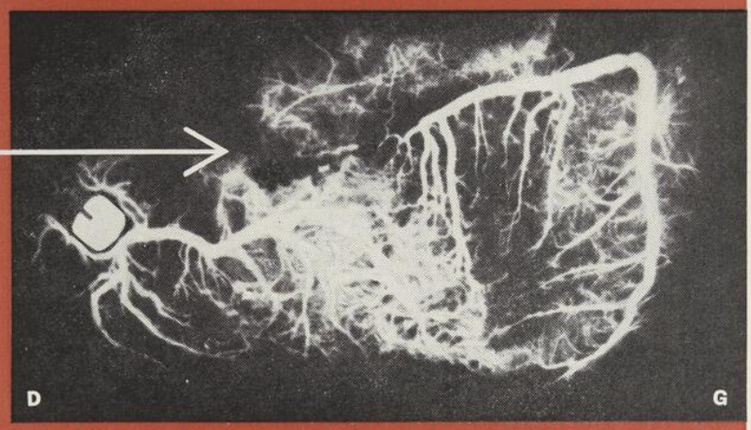
Mort



Coeur d'un porc non traité et mort à la suite de l'occlusion d'une artère coronaire principale. Comme il n'y a chez un porc normal **pratiquement aucune communication entre les artères postérieure et antérieure,** la substance radiopaque injectée dans l'artère coronaire antérieure ne se retrouve pas dans la coronaire postérieure.

circulation collatérale

Survie



La circulation collatérale active développée dans le coeur des 19 survivants traités au Péritrate semble plus grande que dans le coeur des 5 survivants non traités (dont la photo n'apparait pas ici). La substance radiopaque injectée dans l'artère coronaire antérieure se retrouve dans la coronaire postérieure.
(Afin de montrer tout le système coronaire sur un seul plan, il a fallu sectionner les coeurs par le milieu et les étaler comme un livre.)

première preuve anatomique proof

un médicament peut maintenant stimuler la circulation collatérale après l'occlusion provoquée d'une artère coronaire principale
ce médicament est le PÉRITRATE

Dans une étude récente non équivoque, le docteur George Lumb[1] provoqua, chez 60 porcs, une occlusion générale de l'artère coronaire postérieure.* (Il utilisa des appareils à constriction avec fermeture **complète** en moins de 48 heures.) 30 porcs ne reçurent aucune médication. Les 30 autres porcs reçurent, **par voie buccale, des doses de Péritrate équivalentes à celles données aux humains.**

Cinq semaines après avoir provoqué l'occlusion d'une artère coronaire principale, on constata les résultats étonnants obtenus avec le Péritrate:

	Groupe de contrôle 30 animaux non traités	Groupe de 30 animaux traités au Péritrate
morts	**83,3 p. 100**	**36,7 p. 100**
survivants	**16,7 p. 100**	**63,3 p. 100**

thérapie de base dans les maladies coronariennes—avec ou sans angine

Péritrate

tétranitrate de pentaérythritol

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

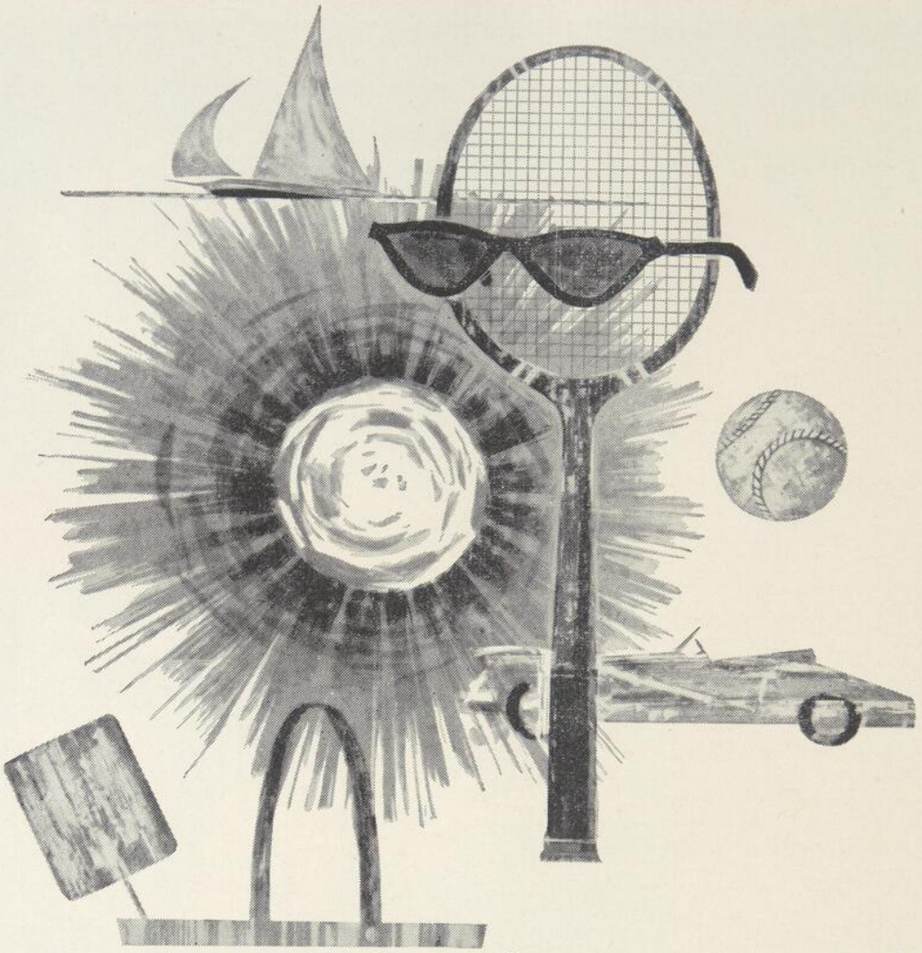
*Dans cette étude, on utilisa le porc parce que chez cet animal la disposition des artères coronaires ressemble plus à celle de l'homme que chez le chien ou d'autres animaux d'expérience 2, 3.

Bibliographie: 1. D'après Lumb, G. et Hardy, L. B.: Collateral circulation and survival related to gradual occlusion of the right coronary artery in the pig. Travail présenté à la réunion annuelle de l'American Heart Association à Cleveland, le 26 octobre 1962. 2. Blumgart, H. et al.: Circulation 1:10, 1950. 3. Lumb, G. et Singletary, H.: Am. J. Path. 41:65, 1962.

WARNER-CHILCOTT
Toronto, Ontario

Fabricants de
Coly-Mycin Gelusil Proloid Mandélamine Tédral

W C



pour combattre la diarrhée estivale, la putréfaction intestinale, la diarrhée d'origine antibiotique, la flatulence, l'éructation, la constipation

Bacid® en capsules

Le **BACID** sert au réensemencement digestif avec des milliards de bacilles lactiques acidophiles viables et bienfaisants. Leur présence favorise la création de la flore normale et l'élimination des microbes pathogènes, source d'irritation, de diarrhée, de putréfaction et de flatulence.

L'action du **BACID** est physiologique, sûre et vise à rétablir la fonction entérique normale troublée soit par les états de diarrhée ou de constipation.

Le **BACID** écarte les désagréments du lait acidophile: volume, goût et la présence possible d'allergènes.

posologie: deux capsules de **BACID**, deux à quatre fois par jour, de préférence avec du lait ou du lactose.
Flacons de 16, 50 et 100 capsules.

Le BACID contient, par capsule, environ un milliard de bacilles lactiques acidophiles viables provenant d'une culture de souche humaine speciale.*

Echantillons et prospectus sur demande.

arlington-funk laboratories, division
u. s. vitamin corporation of canada, ltd.
Casier Postal 779, Montréal 3, Québec.

*plus 100 mg de carboxyméthylcellulose sodique.

goitre exophtalmique

maladie de Basedow

maladie de Graves

ou

THYROTOXICOSE

quelle que soit l'appellation

PROPYL-THYRACIL

Marque de propylthiouracile

assure une efficacité uniforme

- pour le traitement médical de la thyrotoxicose
- pour la préparation pré-chirurgicale des patients soumis à une thyroïdectomie
- à titre d'adjuvant au traitement à l'iode radio-actif (I^{131})

Le "PROPYL-THYRACIL" est présenté en flacons de 100 comprimés dosés à 25 mg, 50 mg ou 100 mg.

POSOLOGIE — *Dose d'attaque* — 100 mg trois ou quatre fois par jour, jusqu'à régression des symptômes. *Dose d'entretien* — 25 à 50 mg trois ou quatre fois par jour.

MISE EN GARDE — Le propylthiouracile entraîne rarement des effets fâcheux. Il peut toutefois se produire des symptômes tels que fièvre, douleurs articulaires, éruptions cutanées ou maux de gorge. Dès leur apparition, il faut cesser d'administrer le médicament. Une agranulocytose peut surgir brusquement et malgré des numérations globulaires réitérées, il est difficile de la prévenir. On doit avertir les patients d'arrêter la médication aussitôt qu'un mal de gorge se fait sentir et de se présenter immédiatement pour fin d'examen. En présence d'agranulocytose, une administration rapide de cortisone et de fortes doses de pénicilline peut se révéler salutaire.

Charles E. Frosst & Co. peut procurer du radio-iode, du radio-phosphore et du radio-or aux institutions autorisées.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA
Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899

Depuis les dix dernières années, l'expectative de vie chez l'angineux et celui atteint d'infarctus du myocarde a augmenté de façon appréciable. Une des raisons importantes a été, sans contredit, l'emploi efficace et contrôlé des anticoagulants.

"DANILONE"

(Marque de Phénylindanedione)

POSOLOGIE — La DOSE INITIALE varie sensiblement selon les individus. Le plus souvent, on recommande une dose initiale de 200 mg, fractionnée en deux prises, administrées à 12 heures d'intervalle. Certains auteurs ont constaté que chez environ 50% des cas, des doses de 500 à 600 mg sont parfois nécessaires pendant les premières 24 heures.* Il faut être prudent dans l'administration d'aussi fortes doses et les éviter chez les patients atteints de défaillance cardiaque et chez les plus de 65 ans. La DOSE D'ENTRETIEN est aussi très flexible; elle peut varier entre 25 et 250 mg par jour.

MISE EN GARDE — S'il se produit une hémorragie, on doit cesser immédiatement l'administration du médicament; au besoin, donner 10 à 50 mg de vitamine K_1. Des réactions de sensibilisation (éruptions cutanées, prurit, diarrhée, agranulocytose, fièvre, ictère) apparaissent parfois mais elles sont très rares. L'excrétion des sels alcalins ou des métabolites de la "Danilone" peut donner une teinte rouge orange aux urines alcalines. On ne doit pas confondre cette manifestation avec une hématurie.

Comprimés à **50 mg** (blancs, sécables) et à **25 mg** (jaunes, sécables). *Flacons de 100.*

Également disponibles:
"DUFALONE" ("Dicumarol", marque de bishydroxycoumarine USP) à **50 mg** (roses, sécables) et à **100 mg** (roses, sécables).
"WARFILONE" (marque de warfarine sodique USP) à **5 mg** (orange, sécables) et à **10 mg** (rouges, sécables).
Flacons de 100 comprimés.

*Beamish, R.E. et Carter, S. A.: Canad. M. A. J. 74:39, 1956.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA
Maison entièrement canadienne - Fondée en 1899

LA **CYSTITE**

DANS

LA **PYÉLITE**

ET LES AUTRES INFECTIONS URINAIRES

Thiosulfil-A Forte

UN SULFAMIDE AVEC FACTEUR DE SÉCURITÉ INCLUS **PLUS** UN AGENT ANALGÉSIQUE

(0.5 g de Sulfaméthizol + 50 mg de Chlorhydrate de phénylazo-diamino-pyridine)

- une forte concentration urinaire de sulfa libre, actif, au siège de l'infection qui assure l'efficacité thérapeutique
- une concentration thérapeutique de sulfamide obtenue le premier jour; les doses d'attaque massives ne sont pas nécessaires
- le soulagement des malaises et de la douleur de même que l'enraiement de l'infection
- l'excrétion rapide et complète par voie rénale qui permet une thérapie à long terme
- une solubilité remarquable en urine alcaline aussi bien qu'en urine acide qui diminue le risque de cristallurie

CONTRE-INDICATIONS:

1. Antécédents d'allergie aux sulfamides.
2. L'insuffisance hépatique ou rénale, le chlorhydrate de phénylazo-diamino-pyridine qui entre dans la formule étant contre-indiqué dans ces affections.

AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE • MONTRÉAL

PRODUITS PHARMACEUTIQUES MIS AU POINT PAR LA RECHERCHE MÉDICALE

Ayerst

F-1890

LA CRAINTE DE "VIEILLIR" SURAJOUTÉE À L'EFFET DE DÉPRESSION DÛ AU DÉCLIN DE LA SÉCRÉTION ŒSTROGÉNIQUE POSE SOUVENT UN PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE. DE NOMBREUX CLINICIENS ONT JUGÉ QUE LA "PRÉMARINE" EST UN TRAITEMENT DES PLUS EFFICACES DE L'ÉTIOLOGIE ET DES SYMPTÔMES DU SYNDROME MÉNOPAUSIQUE. IL EST DE PLUS TRÈS ÉCONOMIQUE; **LA DOSE MOYENNE D'ENTRETIEN COÛTE ENVIRON $3.00 PAR MOIS.**

'PRÉMARINE'

DANS LA MÉNOPAUSE

Les œstrogènes d'origine naturelle éprouvés en clinique depuis vingt ans et objets de la plus complète bibliographie.

Ayerst

PRODUITS PHARMACEUTIQUES MIS AU POINT PAR LA RECHERCHE MÉDICALE

les deux aspects d'HydroDIURIL*

1. Inhibition de l'anhydrase carbonique
2. Action semblable à celle exercée par les mercuriels

Ces deux actions d'HydroDIURIL (hydrochlorothiazide) s'exercent indépendamment l'une de l'autre et se complètent mutuellement, permettant ainsi de faire échec à leur effet limitatif réciproque. Il devient donc possible d'en arriver à une salidiurèse sûre et continue dans le traitement de l'œdème et de l'hypertension artérielle.

Documentation complète (indications, posologie, avertissement, effets secondaires) et bibliographie à la disposition des médecins.

Présentation: Comprimés dosés à 25 et à 50 mg., en flacons de 100 et de 1,000.

Un autre produit des Laboratoires de recherche MSD

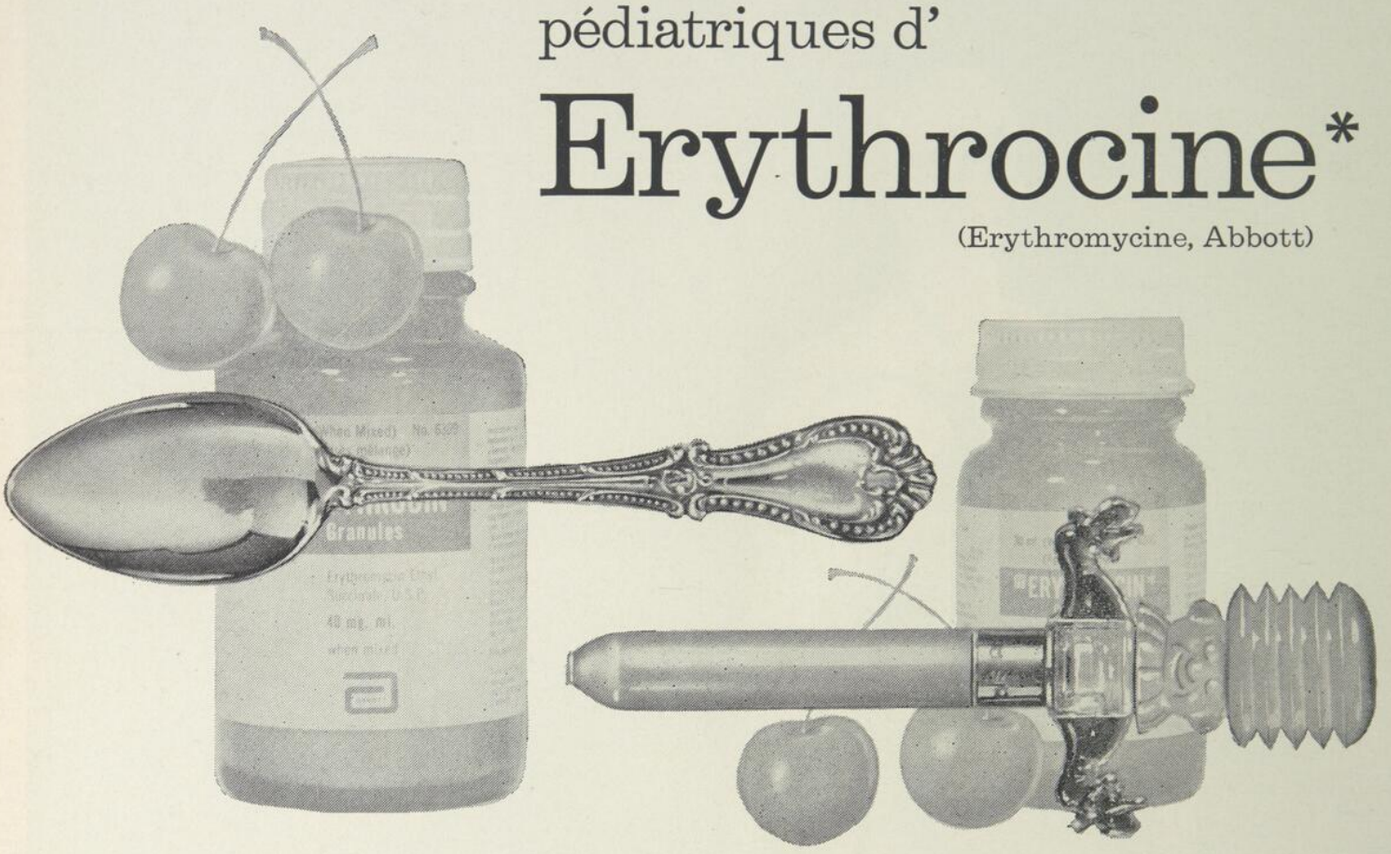
MSD MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 30, QUÉ.

*Marque de commerce

Nous annonçons deux nouvelles formes posologiques pédiatriques d'

Erythrocine*

(Erythromycine, Abbott)



Granules d'Erythrocine *(pour suspension)*

La préparation selon les instructions fournit 60 ml de suspension aromatisée à la cerise renfermant une activité correspondant à 200 mg d'érythromycine base par cuillerée à thé de 5 ml.

Gouttes Orales d'Erythrocine

La préparation selon les instructions fournit 30 ml de suspension aromatisée à la cerise renfermant une activité correspondant à 200 mg d'érythromycine base par cuillerée à thé de 5 ml.

Il n'y a aucun changement dans la formule de base de l'Erythrocine—seule la saveur est différente. L'Erythrocine continue de maîtriser 8 sur 10 des infections courantes que vous traitez et possède à son actif la plus grande des sécurités en thérapie antibiotique.

Il n'y a pas d'antibiotique plus sûr, plus efficace, que les Granules et les Gouttes Orales d'Erythrocine, ni plus agréable pour vos jeunes malades.

POSOLOGIE:

La recommandation de base est de 30 mg/kg/jour (14/mg/lb/jour) en doses fractionnées, avec un maximum de 50 mg/kg/jour (23 mg/lb/jour). Les indications suivantes sont commodes pour les infections légères ou modérées:

enfant de 25 lb—une demi-cuillerée à thé (100 mg) quatre fois par jour.

enfant de 50 lb—une cuillerée à thé (200 mg) quatre fois par jour.

enfant de 75 lb—la dose pour adultes d'une cuillerée à thé (200 mg) ou plus, cinq fois par jour.

PRÉCAUTIONS:

Les effets secondaires sont rares. Toutefois, si un malade manifestait des signes de sensibilité allergique, les contre-mesures appropriées (e.g., épinéphrine, stéroïdes, antihistaminiques, etc.) devront être appliquées et la médication devra être discontinuée.

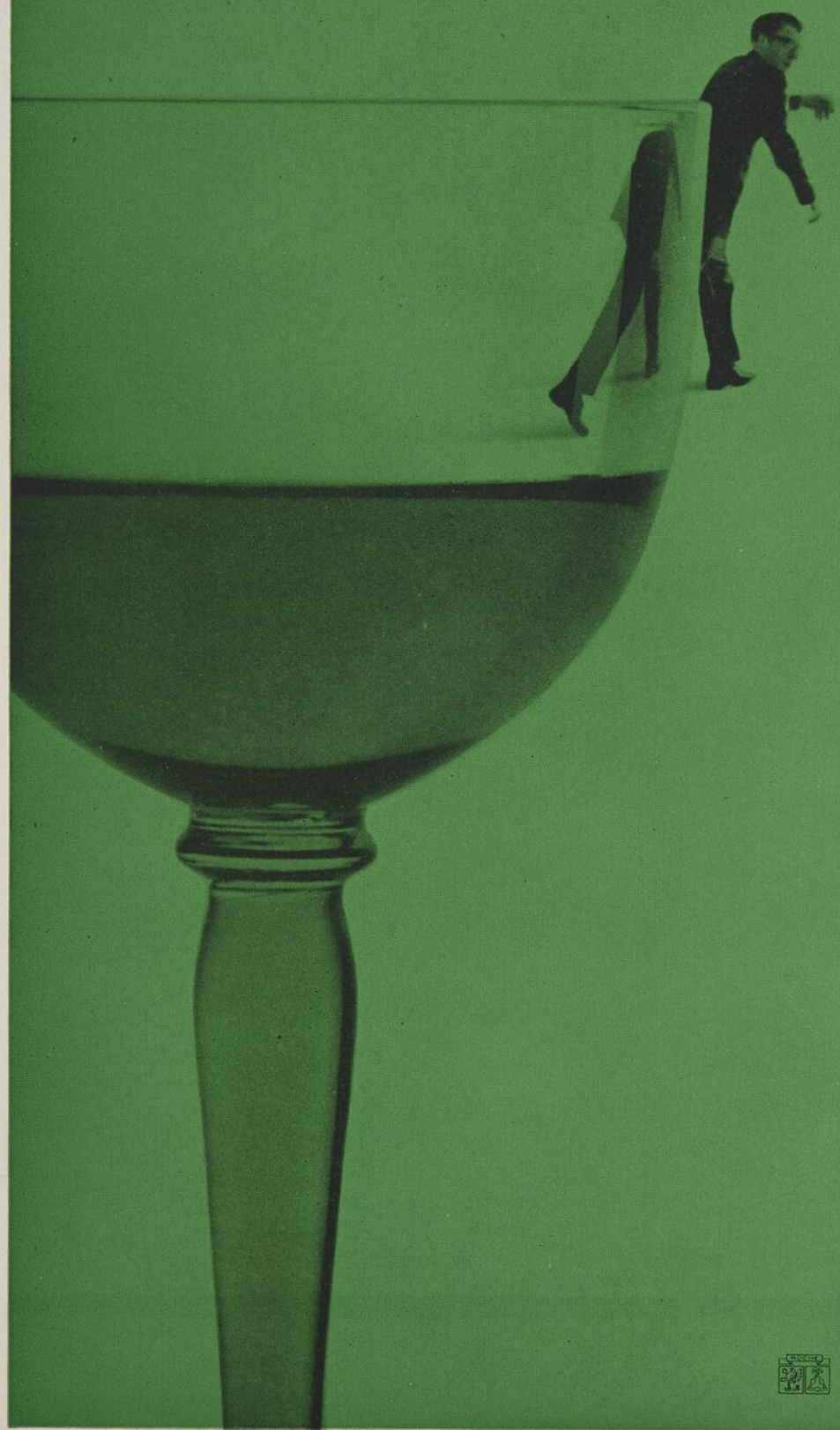
Erythrocine—éthyl succinate d'érythromycine, Abbott.

*Nom déposé

ABBOTT

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, MONTRÉAL · TORONTO · WINNIPEG · VANCOUVER

Retour à la réalité



Librium

un complément important dans le traitement de l'alcoolisme

Dans le traitement de phases aiguës telles que delirium tremens imminent ou déclaré et hallucinoses, le Librium injectable neutralise les tremblements, la peur, l'anxiété et l'agitation et il induit un sommeil reposant.

La phase aiguë dominée, le Librium, par voie orale, contribue à la réhabilitation en supprimant l'anxiété et la tension, en jugulant les symptômes de sevrage et en rendant le patient plus accessible à la psychothérapie.

Le Librium constitue également un excellent traitement de soutien pour le buveur invétéré qui tente de devenir abstinent, en lui aidant à surmonter l'anxiété et la dépression des premiers jours et en réfrénant son désir de boire.

Documentation sur demande.

Présentation
Capsules, 5, 10, 25 mg. 100 et 500.
Comprimés, 10 mg. 100 et 500.
Ampoules, 100 mg., paquets jumelés 6 et 25.

Librium® chlorhydrate de 7-chloro-2-méthylamino 5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde.
®Marque déposée

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal 9

Motif de la consultation et maladie actuelle: Episodes récurrents d'éternuements et de coryza, sans fièvre.

Examen physique: Muqueuse nasale pâle et oedématiée.

Impression: Allergie d'étiologie inconnue.

℞ 1. Malade prié de tenir son journal relatant les détails des périodes d'allergie. Noter le régime et tous les facteurs concomittants.
2. Revoir dans une semaine pour les épreuves de sensibilité.
Répétabs Chlor-Tripolon de 8 mg: 1 q. 8 h. et h.s.

L'antihistaminique **le** plus couramment prescrit pour traiter les symptômes des allergies.

CHLOR-TRIPOLON

maléate de chlorphéniramine U.S.P.

COMPRIMÉS	de 4 mg
RÉPÉTABS	de 8 mg et 12 mg
SIROP	(2 mg/5 cc)
INJECTABLE	I.V. (10 mg/cc)
INJECTABLE	I.M. (100 mg/cc)

Schering

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

*Marque déposée

anémie...

syndrome "occulte" accompagnant de nombreux états cliniques...

ménorragies

grossesse

gériatrie

chirurgie

adolescence

maladies chroniques

TRINSICON®

constitue une thérapeutique complète pour toutes les anémies accessibles à la thérapeutique

Trinsicon® (vitamine B_{12} avec concentré de facteur intrinsèque et autres médicaments, D.N.C., Lilly)

1963 25e Anniversaire Lilly

315019

Eli Lilly and Company (Canada) Limited • Toronto, Ontario

Grâce à L.P.L. GYPSONA.

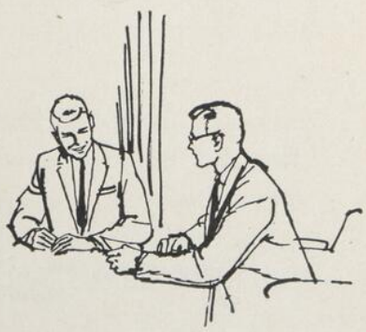
Ce n'est pas un bras dans le plâtre qui va diminuer son entrain!
Voilà pourquoi le petit Guy porte un plâtre LPL Gypsona: celui-ci possède une résistance accrue et une période de durcissement écourtée. Il y a ainsi beaucoup moins de danger qu'il ne se brise. Enfin l'usage du Gypsona ne comporte qu'une faible perte de plâtre. Le plâtre de Guy recevra sa part de boue, de confiture, d'autographes . . . et de coups, mais quand il sera enlevé, le bras sera en bonne condition—et Guy pourra continuer à vivre ses palpitantes aventures!

S&N SMITH & NEPHEW, LIMITED
2100, 52e AV., LACHINE, QUÉ.

Il n'est pas toujours en vue mais il fait toujours partie de l'équipe

...VOTRE REPRÉSENTANT ORTHO

Dans deux mois, dans douze mois... dans plusieurs années peut-être, les résultats des recherches poursuivies actuellement à la Fondation de Recherches Ortho seront mis à votre disposition par votre représentant ORTHO. Les soins qui ont présidé à son choix et à sa formation, ses études ininterrompues, les moyens d'action de sa compagnie, autant de facteurs qui font de lui une personne en qui vous pouvez avoir pleine confiance chaque fois que vous désirez être renseigné sur tout nouveau perfectionnement en médecine gynécologique.



Ortho

ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD., TORONTO, Ont.

LABORATOIRE AU SERVICE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Diagnostic prompt et sûr des maladies infectieuses: diphtérie, fièvre typhoïde, syphilis, tuberculose, et autres.

Analyse des échantillons prélevés chez les patients atteints de ces maladies de façon à ce que ces derniers soient traités d'une manière appropriée.

Dépistage, par l'analyse de leurs substances humorales ou de leurs déchets organiques, des personnes qui, sans être malades, sont porteuses de germes infectieux.

Les techniciens des laboratoires sont au service de la population et des praticiens.

⚜

Le ministère de la Santé du Québec

Honorable Alphonse COUTURIER, m.d.
ministre

JACQUES GÉLINAS, m.d.
sous-ministre

BULLETIN

MAUX ANCIENS REMÈDES NOUVEAUX

La conclusion de l'année universitaire ramène chaque année et depuis longtemps les mêmes récriminations, les mêmes griefs qui, vus en toute objectivité, se reconnaissent comme sérieusement fondés.

Le poids des examens, qui alourdit la liberté d'esprit des étudiants et assombrit leurs jours, semblerait de beaucoup plus supportable à ceux de médecine, s'il ne comportait pas chez les nôtres un double complexe de frustration: pas de doctorat décerné à la fin de la quatrième, examen supplémentaire exigé, l'internat fini, de celui qui convoite le privilège incommensurable d'exercer sa profession n'importe où au Canada.

Les protestations constantes qui s'élèvent à ce sujet parlent d'un déni de justice et de l'érection d'une barrière à la libre expansion; de toute façon, un redressement s'impose et la responsabilité de la thérapeutique relève des Facultés et du Bureau Provincial de Médecine.

Cette double question d'actualité présente un aspect philosophique qui ne saurait laisser indifférents ceux qui recherchent les solutions claires, à longue portée comme à courte échéance, susceptibles de corriger certains états constitutionnels d'infériorité.

Aborder l'étude des deux questions en litige exige une grande liberté d'esprit et un sens réel de l'objectivité; leur discussion, en effet, ne peut éviter de remettre en cause la raison d'être des valeurs traditionnelles et de porter un jugement sur la théorie du déterminisme autonomiste, les deux pierres d'achoppement du problème.

D'aucuns, et ils s'avèrent chaque fois plus nombreux, sont convaincus que c'est une erreur capitale de perpétuer une coutume dont cherchent à s'affranchir ceux qui lui ont donné naissance et qui l'ont entretenue depuis près d'un siècle.

Nos Facultés se sont largement inspirées des systèmes européens dans l'élaboration de leurs programmes; ce qui était bien à l'époque risque d'être dévalorisé de nos jours; ce qui semblait la force et la puissance s'avère souvent à l'usage comme une déficience fondamentale.

Les concepts nouveaux, approfondis et modelés en vue du XXe siècle, exigent le remplacement des répliques ou des copies par une planification objective et le choix de structures éprouvées, là où la science, le génie, l'audace et l'esprit d'envergure multipliés par les ressources naturelles et les richesses matérielles marquent la voie à suivre.

Alors que l'Europe regarde vers l'Occident, le Québec aurait mauvaise grâce de n'en pas comprendre la leçon, et de ne pas suivre le courant. La fidélité, que nous professons à l'égard du fait français, n'en sera pas amoindrie, puisque la France elle-même dirige ses élèves vers l'Amérique et les disperse dans les centres culturels et scientifiques des États-Unis, du Mexique et du Canada.

Il n'y a aucun mal à se libérer d'un particularisme désuet et à se dégager d'une discipline qui s'oppose à l'évolution normale.

Hier, un groupe nombreux d'étudiants de l'Université McGill accédaient au doctorat en médecine à la fin de leur quatrième année d'études, alors que leurs collègues des mêmes collèges classiques qui avaient opté pour Laval ou Montréal devaient se contenter d'être admis à l'internat, mais sans titre.

Il appert qu'il y a là une véritable injustice et une inégalité incompréhensible; à ceux des nôtres qui s'en plaignent, on sert une mince fiche de consolation en leur disant que dans un cas comme dans l'autre, le droit à l'exercice de la profession n'arrivera qu'en fin de l'internat obligatoire.

Ayons le courage de l'aveu; cette politique, qui nous est propre, est retardataire et elle fournit une preuve spécifique de l'immobilisme qui semble s'être installé à l'état de système.

La rencontre de nos internes avec les docteurs du même cycle confère aux premiers un certain degré d'infériorité et leur laisse un goût d'amertume dont ils se passeraient volontiers.

L'horoscope toutefois laisse entrevoir des jours meilleurs et une réforme que ne négligeront pas les cerveaux dynamiques installés un peu partout aux postes de commande.

On a dit récemment que le dialogue était impossible entre l'ancien et le plus jeune; rien n'est plus faux, si chacun écoute et parle à son tour, rien n'est plus vrai, si le contact est un facteur de choc.

L'injustice signalée apparaît flagrante et la correction ne demande que des mesures à la portée de ceux qui comprennent et aiment les jeunes.

* * *

La seconde faiblesse dont souffrent nos étudiants est due à une faille dans la structure de leur éducation; elle mérite d'être étudiée en profondeur, sans passion, sur une base objective et non sur le plan sentimental.

Le problème est d'envergure nationale et il est plus important qu'on ne semble le penser. Il n'est pas sans épines, toutefois et celui qui se risque à l'aborder doit le faire avec prudence et en prenant garde de ne pas toucher aux terminaisons sensitives extrêmement névralgiques, s'il ne veut pas déclencher toute une gamme de réflexes conformistes et réactionnaires pris dans le sens péjoratif du mot.

Faire cavalier seul, vivre à part dans une collectivité dont la façon de penser, le mode d'agir et le sens de la vie du plus grand nombre s'inspirent de concepts différents, c'est se priver volontairement d'avantages aussi bien spirituels que matériels.

La vérité n'est pas qu'en deçà de nos frontières; ceux qui ne fuient pas la coexistence et acceptent d'engager le dialogue avec le collègue d'à côté savent qu'il y a plus à retirer qu'à perdre dans ce commerce avec l'élément hétérogène; à l'ère de l'œcuménisme, la position apparaît indiscutable.

La digression qui précède s'imposait car il s'agit maintenant de s'attaquer à une politique ancrée solidement sur des principes valables sans doute il y a cinquante ans, mais qui paraissent dépassés à la lumière des événements de 1963.

L'anomalie, dont nos candidats au doctorat sont une fois encore les victimes, persiste depuis un demi-siècle malgré démarches, entrevues, discussions; elle réside dans ce fait que les examens du Conseil Médical du Canada se passent autrement que dans les autres provinces chez les étudiants de Montréal, de Laval et de McGill.

Alors qu'en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie Britannique et en Nouvelle-Écosse ces examens se passent simultanément aux paliers universitaires, provincial et fédéral, devant les examinateurs, chargés de l'enseignement et qui agissent comme assesseurs, cette procédure n'est pas valable au Québec. Il faut à nos diplômés un examen spécial complémentaire, qui est fixé à une date voisine du terme final et qui revient à un prix élevé, non pas tant sur le plan pécuniaire que sur la nécessité de perdre des heures précieuses à reprendre des études terminées l'année précédente.

L'expansion de nos compatriotes dans tout le pays, leur nombre en croissance géométrique dans les provinces maritimes et dans les régions limitrophes de l'Outaouais commandent la pénétration sans embâcle de nos jeunes médecins de formation française dans tous ces milieux, où ils ont une mission souveraine à accomplir.

Il faut de toute nécessité leur faciliter la tâche et voir à ce qu'ils ne sont pas rebutés dans leurs projets d'avenir par des tracasseries complémentaires d'un examen qui vient se surajouter à celui qu'ils ont tout juste passé avec succès.

La correction de cette anomalie pose des problèmes ardus, mais qui ne sont pas insolubles. Ils sont du ressort du Bureau Provincial de Médecine; les démarches, infructueuses dans le passé, doivent être reprises sans tarder et elles ne peuvent qu'aboutir à une heureuse issue, si elles sont entreprises par des mandataires convaincus et de bonne composition.

Les concessions à faire pourraient n'être que mineures, alors que majeurs seraient les avantages que les médecins du Québec en retireraient et dont toute la population francophone du Canada ne saurait que se réjouir.

L'ombre de l'assimilation ne doit plus effrayer; elle ne doit pas se dresser comme un obstacle. Notre médecine est maintenant assez forte pour supporter avantageusement la concurrence.

La compétence de nos maîtres a valu la reconnaissance de nos Facultés comme des institutions éducationnelles de premier ordre. Quelle consolation pour une École que de voir ses élèves rayonner au loin !

Le rôle de chacun est d'aider ceux qui vont assurer la relève; il reste à la génération montante de faire valoir ses droits et d'éveiller l'opinion.

Édouard DESJARDINS

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

L'A.M.L.F.C. INVITÉE AU CONGRÈS DE LA C.M.A.

Au début de juin dernier, la Canadian Medical Association tenait son congrès annuel à Toronto. Cette Association se fait un devoir, à l'occasion de ses propres congrès annuels, d'inviter l'A.M.L.F.C. à s'y faire représenter officiellement; notre association agit de même à l'égard de la C.M.A.; cette tradition est un témoignage de bonne entente et de collaboration réciproque entre les deux grandes Associations médicales canadiennes.

Le docteur André Leduc, adjoint au Directeur-général, apportait à nos collègues d'expression anglaise les bons vœux de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, à l'occasion de ce congrès.

L'A.M.L.F.C.; FISCALITÉ ET DÉPENSES MÉDICALES

Au Canada ou du moins dans certaines de nos provinces, les doléances et récriminations annuelles des médecins au sujet de leurs impôts sont notoires. N'est-il pas possible d'obtenir pour nos médecins, certaines exemptions ou déductibilités raisonnables que le médecin soit ou non salarié ?

Il est pour le moins surprenant que la perception de l'impôt soit laissée à la discrétion de fonctionnaires dont les décisions varient avec les diverses régions.

L'A.M.L.F.C. apporte présentement son concours à l'étude et aux démarches faites depuis quelque temps dans ce but; un comité spécial prépare actuellement un mémoire qui sera soumis à la Commission Carter.

MÉMOIRE DE L'A.M.L.F.C. AU SUJET DE LA CHIROPRATIQUE

C'est également en juin dernier que la Commission Lacroix siégeait à Montréal pour entendre les mémoires au sujet de la chiropratique.

Des rapports ont été présentés notamment par la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, par le Bureau Provincial de Médecine et par l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Le mémoire de notre Association a été préparé et présenté par les docteur Roma Amyot, Albert Jutras et Claude Bertrand.

Nous réitérons nos remerciements aux auteurs de ce mémoire qui, espérons-le, contribuera à renseigner les esprits sur une organisation dont les tenants et aboutissants sont fort bien connus de toutes les Facultés de Médecine non seulement du Canada et des Amériques, mais aussi de celles d'Outre-Atlantique.

CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C. À QUÉBEC, EN NOVEMBRE

Les dates en sont déjà connues depuis plusieurs mois; les détails du programme scientifique de même que ceux du programme social seront portés à la connaissance de nos membres un jour très prochain.

Comme pour nos récents congrès, l'A.M.L.F.C. comme prix de présence, mettra à la disposition des participants au banquet de clôture deux billets d'avion pour traversée aller-retour Canada-France.

Aux heureux gagnants que le tirage au sort désignera, nous formulons par anticipation nos meilleurs souhaits de bon voyage et d'heureux retour.

CONGRÈS DE LYON EN SEPTEMBRE

Les "Congrès français de Médecine" pour l'Association des médecins de Langue Française (d'Europe) ont lieu, comme chacun sait, tous les deux ans. Celui de Lyon fait l'objet des conversations de tous ceux des nôtres qui auront la chance d'y participer. Les places des deux avions nolisés pour cette occasion sont depuis longtemps retenues, mais des annulations de dernière heure peuvent toujours survenir; de sorte que certains de nos membres non encore favorisés pourraient éventuellement d'ici au départ voir leurs désirs se réaliser.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE EN 1967

1967: année du centenaire de la Confédération canadienne et de l'Exposition Universelle à Montréal, sera également une année qui fera époque dans l'histoire de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Notre Association organisera au cours de l'Exposition Universelle, plus précisément en septembre 1967, un Congrès de portée à la fois nationale et universelle puisqu'il prendra le nom de "Congrès International des Médecins de Langue Française".

De multiples associations, sociétés et organismes médicaux profiteront de cette occasion unique pour tenir leurs assises dans le cadre de ce Congrès qui se déroulera à Montréal même, à l'hôtel Reine Élizabeth. Déjà également un comité est formé pour poser les bases et commencer les préparatifs de ce Congrès International dont l'ampleur et l'importance vont exiger des organisateurs un constant effort de travail puissamment et précocement organisé.

Nos membres seront sans doute déjà intéressés d'apprendre que le docteur Jacques Léger a bien voulu accepter la présidence de ce "Congrès International des Médecins de Langue Française" et le docteur Marc Geoffroy la charge de secrétaire.

Ils peuvent être assurés que le concours de toutes les bonnes volontés leur est acquis pour mener à bien cette tâche qui commence dès maintenant.

Pierre SMITH
Directeur des relations extérieures

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MALADIE RHUMATOÏDE DE L'ENFANT

J. C. FAVREAU et Carroll A. LAURIN [1]

Nous croyons que le terme "Maladie de Still" est maintenant insuffisant pour désigner une entité morbide telle que l'arthrite rhumatoïde infantile. Il manque d'exactitude parce qu'il ignore Cornille (20) qui a décrit cette maladie dix ans auparavant, en 1864. Maladie de Still est une appellation trompeuse aussi parce qu'elle nous oriente vers des notions de lésions viscérales et un mauvais pronostic. Il serait peut-être plus juste de comparer la Maladie de Still à la Maladie de Felty (31) parce que ces deux termes désignent des variétés graves d'arthrite rhumatoïde infantile et adulte. Néanmoins, ces variétés sont l'exception et non la règle. De nos jours, on reconnaît que le pronostic de l'arthrite rhumatoïde infantile est plutôt favorable et que la maladie est rarement associée à la splénomégalie, à l'hépatomégalie (50) et à la péricardite.

Il faut admettre qu'il n'y a pas de différences notoires entre la forme infantile et la forme adulte de l'arthrite rhumatoïde; les différences sont mineures (45) et relèvent plutôt du terrain que de la maladie elle-même (Tableau I). En effet, le processus pathologique et l'incidence du sexe sont les mêmes à partir de l'enfance jusqu'à la vieillesse. Le but principal de notre étude clinique était d'éclairer un peu l'histoire de l'arthrite rhumatoïde infantile; en partant de l'enfant, nous avons pensé qu'il deviendrait ensuite plus facile de comprendre ce qui se passe chez les adultes.

Cette étude est basée sur une analyse de cent deux (102) dossiers de patients vus à l'Hôpital Sainte-Justine durant les 20 dernières années; le diagnostic au moment du congé était celui d'arthrite rhumatoïde infantile, ce qu'on appellerait en France la polyarthrite chronique évolutive de l'enfant

TABLEAU I

DIFFÉRENCES ENTRE LES FORMES ADULTES ET INFANTILES DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

Manifestations fréquentes dans les formes infantiles	*Manifestations fréquentes dans les formes adultes*
Début soudain	Raideur articulaire matinale
Signes généraux	Douleurs articulaires
Eruptions cutanées	Nodules sous cutanés
Atteintes des articulations majeures	Progression centripète des atteintes articulaires
Evolution intermittente	Périodes d'activité prolongée

[1] Département d'Orthopédie, Hôpital Sainte-Justine, Montréal.

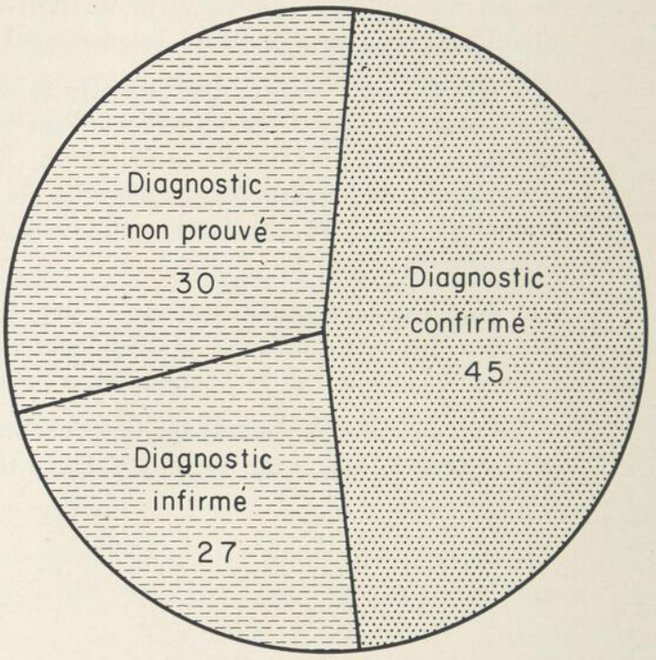
TABLEAU IIa

NOMBRE DE PATIENTS

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

1940-1960

102 patients avec un diagnostic d'arthrite rhumatoïde infantile

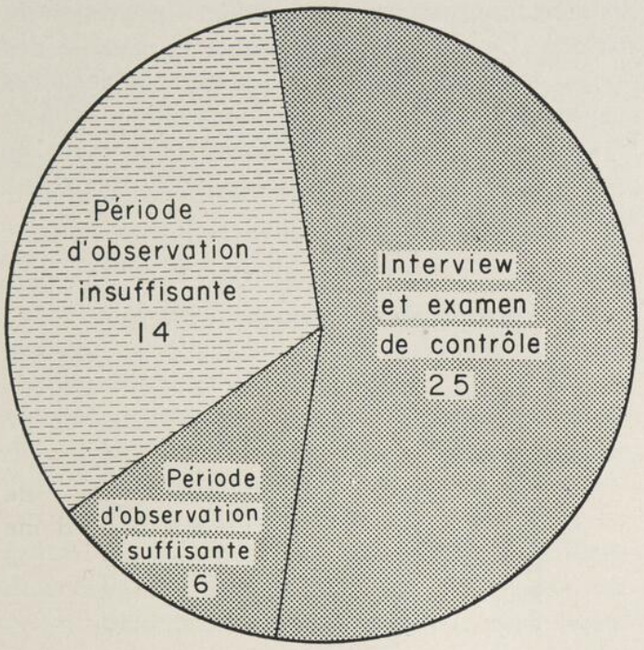


(Tableau IIa). Après l'analyse de ces cent deux (102) dossiers, trente (30) furent rejetés à cause d'une documentation insuffisante, 27 autres patients furent exclus lors de l'examen de contrôle, quand l'évolution de la maladie indiquait clairement un diagnostic contraire. Il s'agit donc de quarante-cinq (45) patients, avec un diagnostic confirmé d'arthrite rhumatoïde juvénile; ces patients représentent à peine 44.1% de ceux qui, au tout début, portaient le diagnostic d'arthrite rhumatoïde infantile. Ce pourcentage d'erreur est tout à fait comparable aux autres séries rapportées dans la littérature médicale courante; ces erreurs de diagnostic illustrent bien le caractère changeant de l'arthrite rhumatoïde à son début, ainsi que les

TABLEAU IIb

NOMBRE D'EXAMENS CONFIRMÉS

45 patients avec un diagnostic d'arthrite rhumatoïde confirmé



difficultés que l'on a à poser un diagnostic précoce et précis (8).

Parmi ces quarante-cinq (45) cas confirmés d'arthrite rhumatoïde juvénile (Tableau IIb), trente et un (31) ont été revus et bien documentés pendant une période d'au moins un an et demi. L'analyse de ces 31 cas servira de documentation pour ce travail. Il faut se rappeler que l'arthrite rhumatoïde juvénile est une maladie relativement rare; et rares sont les séries rapportées qui peuvent se vanter d'avoir un nombre de cas suffisamment important pour permettre une analyse statistiquement valable. En effet, comme le mentionne Sir Harry Ogilvy (53) les statistiques sont soit trop bonnes pour être vraies, soit trop vraies pour être bonnes. Cependant, une accumulation de chiffres n'est pas une fin en soi; encore faut-il savoir faire la synthèse de cette documentation et l'interpréter. Pour ces raisons, même si le nombre des observations est limité, nous les avons calculées en pourcentages afin d'en éclaircir les conclusions.

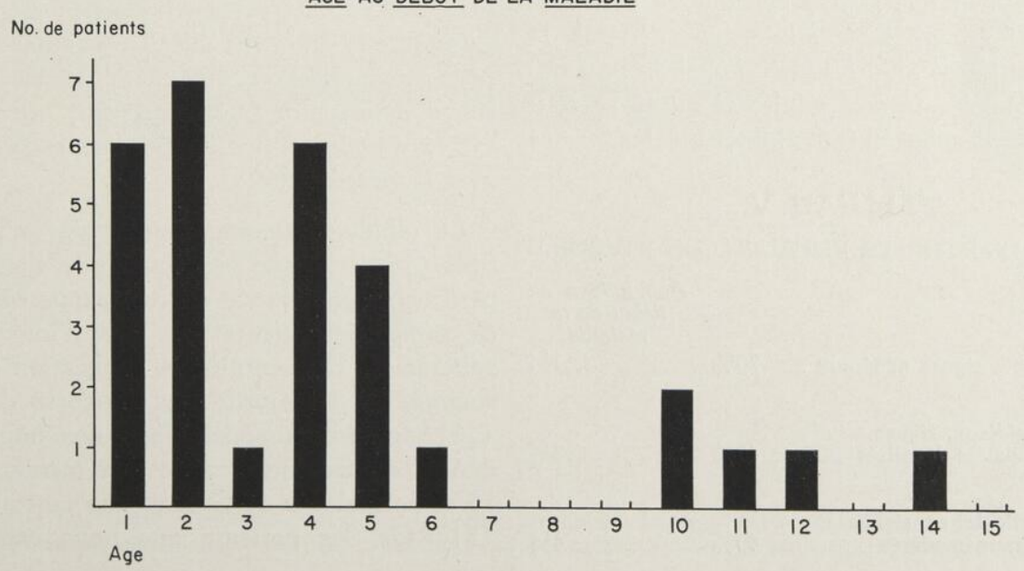
L'ÂGE DU PATIENT AU DÉBUT DE LA MALADIE

La littérature médicale (41) nous indique un nombre égal d'enfants ayant développé l'arthrite rhumatoïde avant et après l'âge de 7 ans (25). Notre série (Tableau III) illustre bien le taux d'incidence toujours plus élevé dans les deux premières années de vie (33); le plus jeune patient était âgé de 2 mois. Cette classification des patients selon l'âge nous montre une fois de plus que l'arthrite rhumatoïde n'appartient à aucun groupe en particulier (7, 39, 48, 52); en effet la proportion de nouveaux cas reste la même à chaque décade de la vie; on note une incidence légèrement plus élevée parmi les femmes âgées de 50 à 55 ans et

TABLEAU III

ÂGE D'APPARITION

AGE AU DÉBUT DE LA MALADIE



une incidence peut-être un peu diminuée parmi les enfants.

FACTEURS PRÉCIPITANTS

On parle souvent de facteurs qui précipitent ou déclenchent cette maladie (68); ceux-ci furent recherchés avec soin et ne furent notés que lorsque les parents étaient catégoriques (Tableau IV). Plusieurs facteurs auxquels on attachait jadis une importance reflètent plutôt une coïncidence ou bien font partie du tableau prodromique de cette maladie. Cependant, nous avons observé une très forte probabilité d'un facteur héréditaire avec des antécédents familiaux nets d'arthrite rhumatoïde ou maladies du même groupe (4).

TABLEAU IV

FACTEURS PRÉCIPITANTS

Infection récente	4%
Traumatisme	2%
Aucun	65%
Antécédents familiaux	58%
Arthrite	33%
Maladie du même genre	25%

PORTRAIT CLINIQUE

Il n'existe pas de tableau clinique qui soit complètement caractéristique de l'arthrite rhumatoïde infantile (21, 27). Il existe une variété de formes presque inépuisable (34). Dans quelques cas, les premières manifestations cliniques sont exclusivement d'ordre général, avec un début brutal et une absence totale de signes articulaires qui peut durer plusieurs mois. Il s'agit, dans ces cas, de la forme infantile de l'arthrite rhumatoïde juvénile (Tableau V). Il existe aussi une forme adulte avec un début plus insidieux et des signes articulaires évidents; il existe enfin une forme mixte. En général, la forme infantile est plus fréquente chez le nourrisson, alors que les formes adulte et mixte se rencontrent chez l'écolier; il faut ajouter que les formes adultes et mixtes ont, en général, un meilleur pronostic.

TABLEAU V

VARIÉTÉS D'ARTHRITE RHUMATOÏDE JUVÉNILE

		Age moyen au début de la maladie
Infantile		
Début aigu, signes généraux	20%	1½
Adulte		
Début insidieux, signes articulaires localisés	40%	3½
Mixte		
Signes articulaires, signes généraux modérés	40%	4¼

MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

La lésion fondamentale dans l'arthrite rhumatoïde se trouve dans le collagène du tissu conjonctif; ainsi presque tous les systèmes peuvent être atteints. En effet, la diffusion et la sévérité des signes non-articulaires confirment éloquemment l'aspect général de l'arthrite rhumatoïde (Tableau VI). En fait, il serait beaucoup plus exact de parler d'une maladie rhumatoïde plutôt que d'une arthrite rhumatoïde.

TABLEAU VI

MANIFESTATIONS GÉNÉRALES

Fièvre	55%
Eruption cutanée	35%
"Maladie de Still"	0%
Divers	
Lésions oculaires	15%
Lymphadénopathie	10%
Splénomégalie	3%
Hépatomégalie (ictère)	10%
Pathologie cardiaque évidente	10%
Infection pulmonaire	10%

Un diagnostic de "température d'origine inconnue" est relativement fréquent comme premier diagnostic. En effet, une température élevée est souvent le signe clinique le plus frappant au début de la maladie; cette température peut être constante et très élevée ou, au contraire, intermittente. Dans ces cas, les diagnostics les plus communément rencontrés étaient les maladies du collagène, la maladie de Hodgkin, les septicémies, les encéphalites et les infections aiguës.

Une éruption cutanée n'est pas rare parmi les patients qui souffrent d'arthrite rhumatoïde infantile; cette éruption est des plus variée, parfois même urticarienne; plus souvent, cependant, elle est éphémère et fluctue de façon caractéristique avec la température.

Le tableau clinique complet de la maladie de Still (46, 64) avec hépatomégalie, splénomégalie, péricardite et arthrite ne fut jamais observé dans ce groupe de patients. Ce taux d'incidence particulièrement bas mérite une explication et doit être souligné. La majorité des rapports déjà publiés (12) ont été compilés dans des hôpitaux pour maladies chroniques, avec une incidence de 5 à 10% de maladie de Still et une mortalité de 5% (3). Or, les patients que nous rapportons ici

même ont été vus dans un hôpital général pour enfants. Ces patients représentent de loin la forme la plus fréquente d'arthrite rhumatoïde infantile. En d'autres mots, si on attend le tableau clinique complet décrit par Still pour poser le diagnostic d'arthrite rhumatoïde infantile ce diagnostic sera, non seulement retardé, mais très souvent manqué.

Trois patients avaient des lésions oculaires, un patient avait une lésion unilatérale (8) qui progressa vers la cécité complète. Ces patients avaient des déformations articulaires très prononcées, illustrant une fois de plus l'association fréquente entre les manifestations extra-articulaires et un pronostic grave (Fig. 1) (Tableau XVb).

Il est important de noter que la fonte musculaire, souvent très frappante, ne représente pas une simple atrophie d'immobilisation (Fig. 1). En effet, le processus pathologique s'étend bien au delà du système musculo-squelettique, et bien au delà du tissu conjonctif des muscles et des nerfs périphériques; il atteint, en plus, le système nerveux central tel qu'attesté par les modifications notées dans le liquide céphalo-rachidien (74). Il est intéressant de noter que ces altérations dans le liquide céphalo-rachidien, tant au niveau cellulaire que protéinique, ne sont pas parallèles aux altérations sérologiques; elles ne reflètent pas non plus la durée ni la sévérité de l'arthrite.

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES

Les manifestations articulaires sont fort variables (75). Au début de la maladie, 20% des patients n'avaient aucun signe articulaire (Tableau VII); en d'autres termes, les premiers signes cliniques n'étaient articulaires que chez 80% de nos patients. Parmi ce dernier groupe, l'atteinte était mono-articulaire chez 38% au début de la maladie (Tableau VIII); au moment de l'interrogatoire cependant, on notait des signes monoarticulaires seulement chez 12%. Une telle distribution mono-articulaire avait persisté chez eux trois ans et demi en moyenne. Chez la majorité, cependant, une distribution polyarticulaire était de règle après quelques mois. On observe également que le taux d'incidence d'une atteinte articulaire symétrique diminue avec le temps, n'intéressant que 50% de nos patients au moment de leur examen (Tableau VIII). D'une façon caractéristique, la progression céphalade des atteintes articulaires, telle qu'on l'observe si souvent chez l'adulte, était absente chez ces enfants.

ORDRE CHRONOLOGIQUE D'ATTEINTE ARTICULAIRE

L'articulation la plus souvent atteinte au tout début est le genou; venaient ensuite le poignet et la cheville (65) (Fig. 2a). Dans certains cas, les premiers signes articulaires étaient cervicaux et la première manifestation clinique de l'arthrite rhumatoïde était un torticolis douloureux (49).

ARTICULATIONS ATTEINTES

L'incidence globale de l'atteinte articulaire nous montre une prédilection pour le genou et les articulations importantes (Fig. 2b). L'incidence éle-

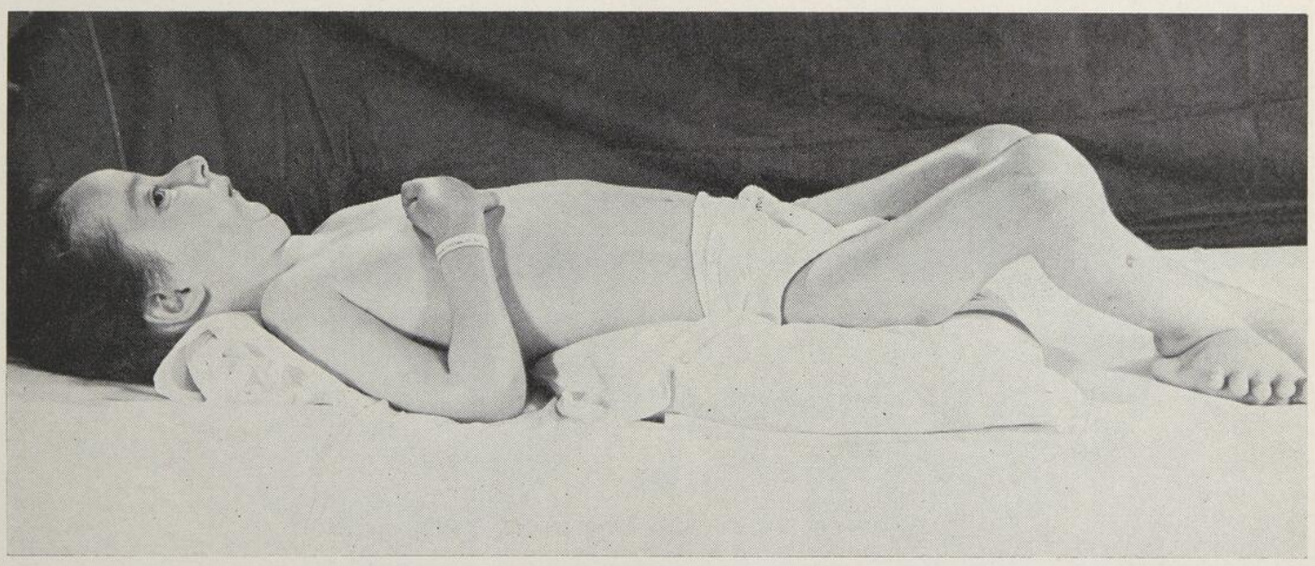
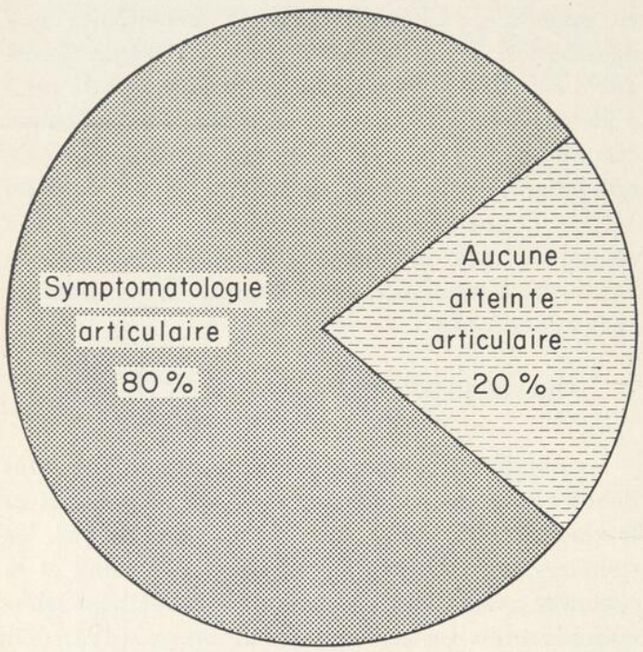


Fig. 1 — Variété très grave d'arthrite rhumatoïde infantile; invalidité complète avec déformations fixes, une mâchoire d'oiseau et une atrophie musculaire considérable. Un début précoce et une atteinte générale signèrent la gravité du pronostic.

TABLEAU VII

ATTEINTES ARTICULAIRES AU DÉBUT DE LA MALADIE



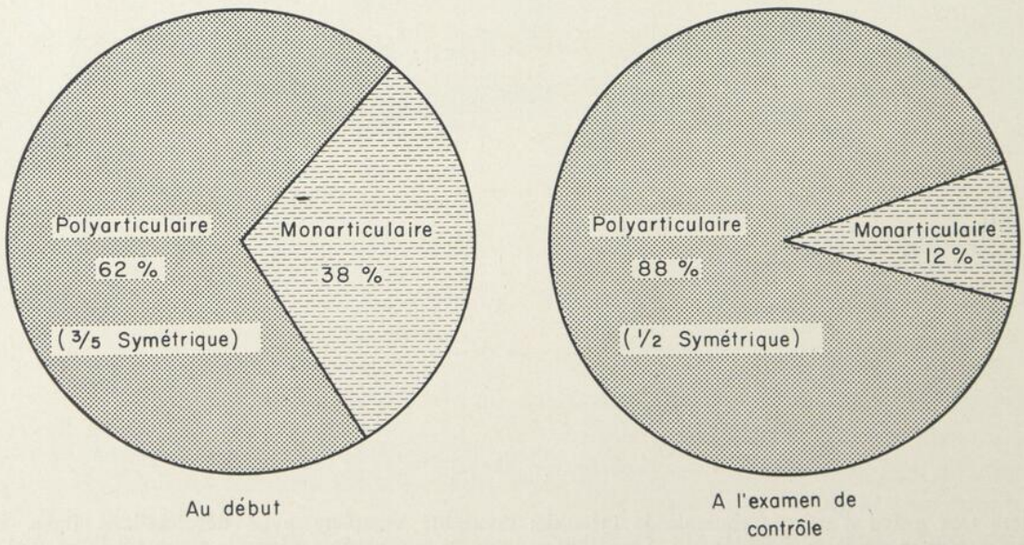
vée des lésions cervicales était caractéristique (38); l'atteinte des épaules, des coudes et des hanches était très souvent bilatérale. Les mains étaient rarement atteintes les premières; mais elles l'étaient habituellement au stade chronique (11). Les premiers signes articulaires au niveau de la main étaient presque toujours observés à l'articulation métacarpophalagienne et, plus souvent, celle de l'index. Quoique le gonflement des articulations inter-phalangiennes proximales, ou encore, les doigts fusiformes (Fig. 3) apparaissent bien après une atteinte métacarpo-phalangienne, cette malformation est un signe de diagnostic très utile, n'étant observée dans aucune autre maladie du collagène chez les enfants. Des doigts fusiformes devraient confirmer le diagnostic d'arthrite rhumatoïde infantile. Par contre, il ne faut évidemment pas s'attendre à trouver les doigts fusiformes trop souvent, car cette lésion est beaucoup moins fréquente chez les enfants que chez les adultes qui ont souffert de cette maladie pendant le même laps de temps. Nous n'avons trouvé aucun exemple de mains en lorgnettes tel qu'on en trouve parfois chez les cas adultes de gravité comparable (70).

TROUBLES DE CROISSANCE

La croissance osseuse est souvent anormale (2, 44) chez les enfants atteints d'arthrite rhumatoïde

TABLEAU VIII

ATTEINTES MONOARTICULAIRES: AU DÉBUT DE LA MALADIE, AU MOMENT DE L'EXAMEN CONTRÔLE



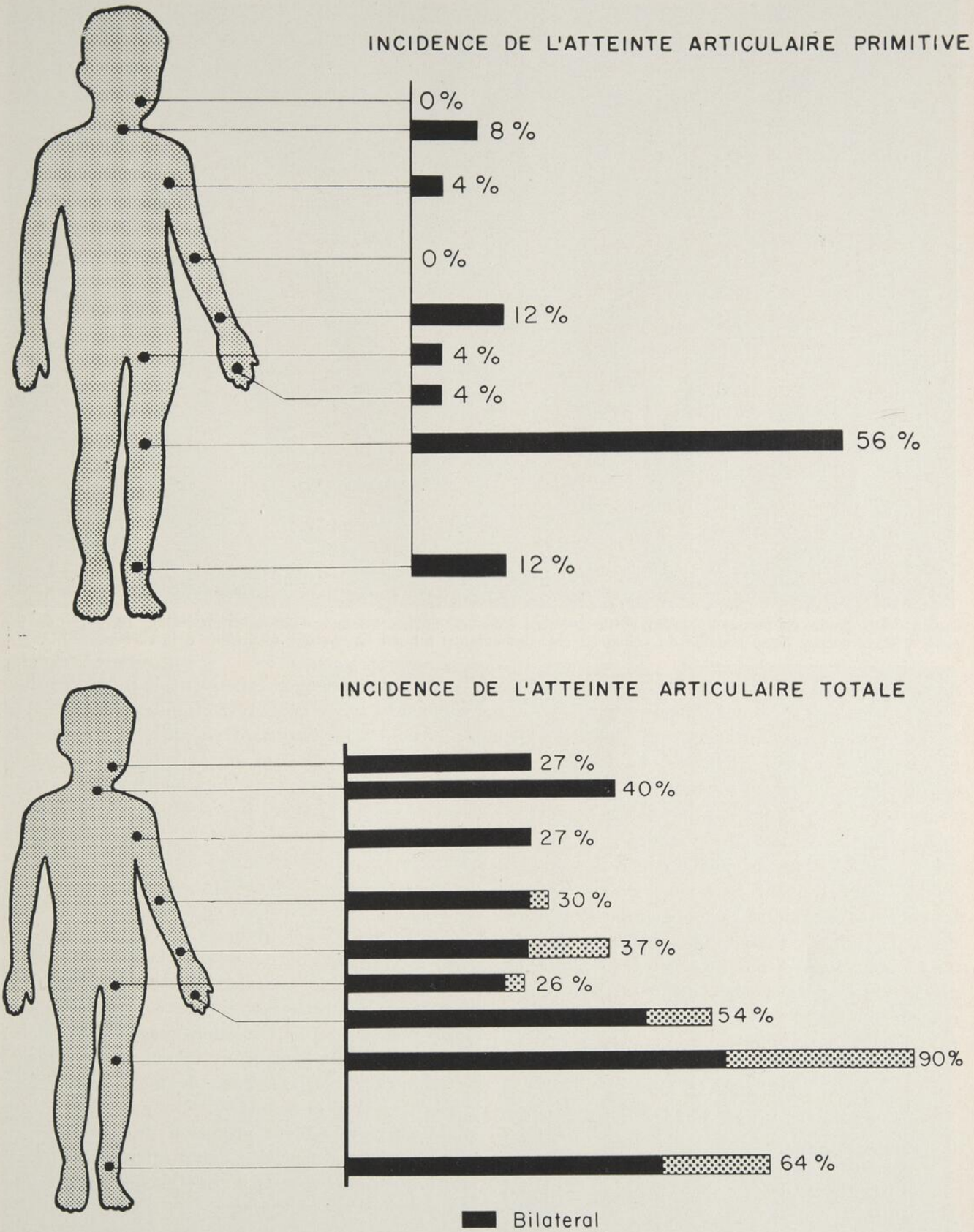


Fig. 2 — Incidence d'atteinte articulaire:

2a) au moment du début;
2b) au moment de l'examen de contrôle.

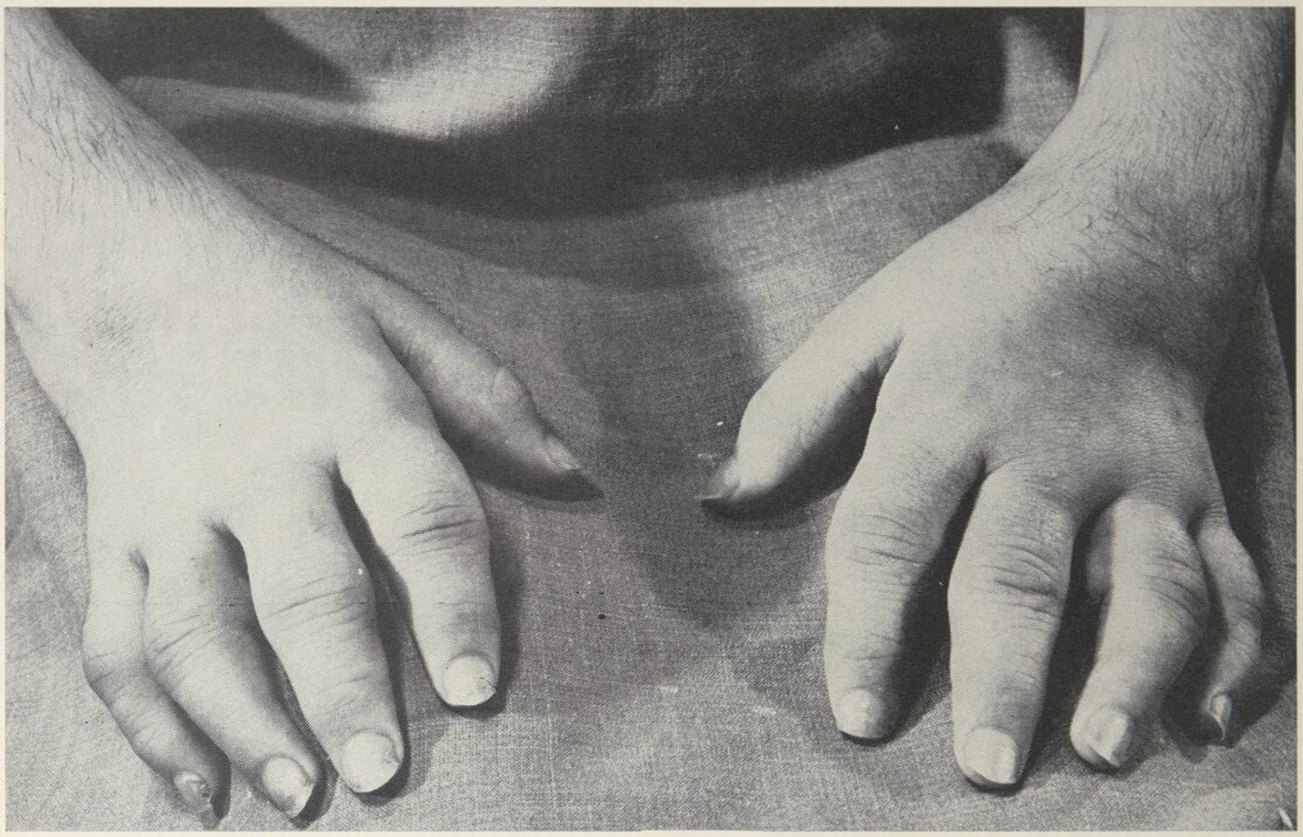


Fig. 3 — Les doigts en fuseau apparaissent tardivement chez les enfants atteints d'arthrite rhumatoïde, mais on ne les observe dans aucune autre maladie du collagène chez les enfants; à noter l'hirsutisme secondaire à la corticothérapie.

infantile (Tableau IX). Le nanisme est toujours de type mélique; il est généralement associé à une forme très grave d'arthrite, avec des atteintes extra-articulaires bien évidentes. La diminution de stature est fréquemment accentuée par des attitudes vicieuses en flexion des hanches et des genoux.

Les troubles locaux de croissance sont plus fréquents que les perturbations généralisées, quoiqu'ils soient souvent beaucoup moins évidents. L'hyperhémie locale et l'hypervascularité peuvent, dans de rares cas, stimuler une plaque épiphysaire, ou encore accélérer l'ossification des centres épiphysaires; ce dernier phénomène est particulièrement bien observé au niveau des poignets à l'occasion d'une atteinte unilatérale (Fig. 4).

TABLEAU IX

TROUBLES DE LA CROISSANCE OSSEUSE

1. *Généralisés*	
Diminution de la taille	13%
Diminution du poids	23%
2. *Localisés*	
Ossification précoce des noyaux épiphysaires	30%
Raccourcissement localisé:	
Bradydactylie	10%
Mâchoire d'oiseau	10%
Allongement localisé	3%

Plus fréquemment cependant, le processus rhumatismal attaque l'épiphyse et, plus tard, la plaque épiphysaire, la détruisant en partie ou en entier. Cliniquement, ceci peut entraîner des irrégularités articulaires graves (Fig. 5a) ou encore un raccourcissement localisé. Les sites les plus fréquents de raccourcissement localisé sont les doigts et la mâchoire. La bradydactylie (Fig. 5b) est la variété la plus fréquente de retard local de croissance et on l'observe surtout au niveau de l'annuaire ou du petit doigt. La mâchoire d'oiseau (Vogelgesicht) n'est pas rare dans les formes sévères d'arthrite rhumatoïde juvénile (Fig. 5c). Cette malformation est progressive; elle est secondaire à une atteinte de l'articulation temporo-maxillaire avec destruction des condyles qui, normalement, contribuent à la croissance de la mâchoire vers l'avant et vers le bas (28). On note, alors, une fuite du menton avec protusion des dents supérieures et tassement des dents inférieures; parmi les formes plus graves il peut même y avoir une gêne de l'espace pharyngien.

IMAGES RADIOLOGIQUES

Les modifications radiologiques sont relativement tardives à apparaître (73). On observe

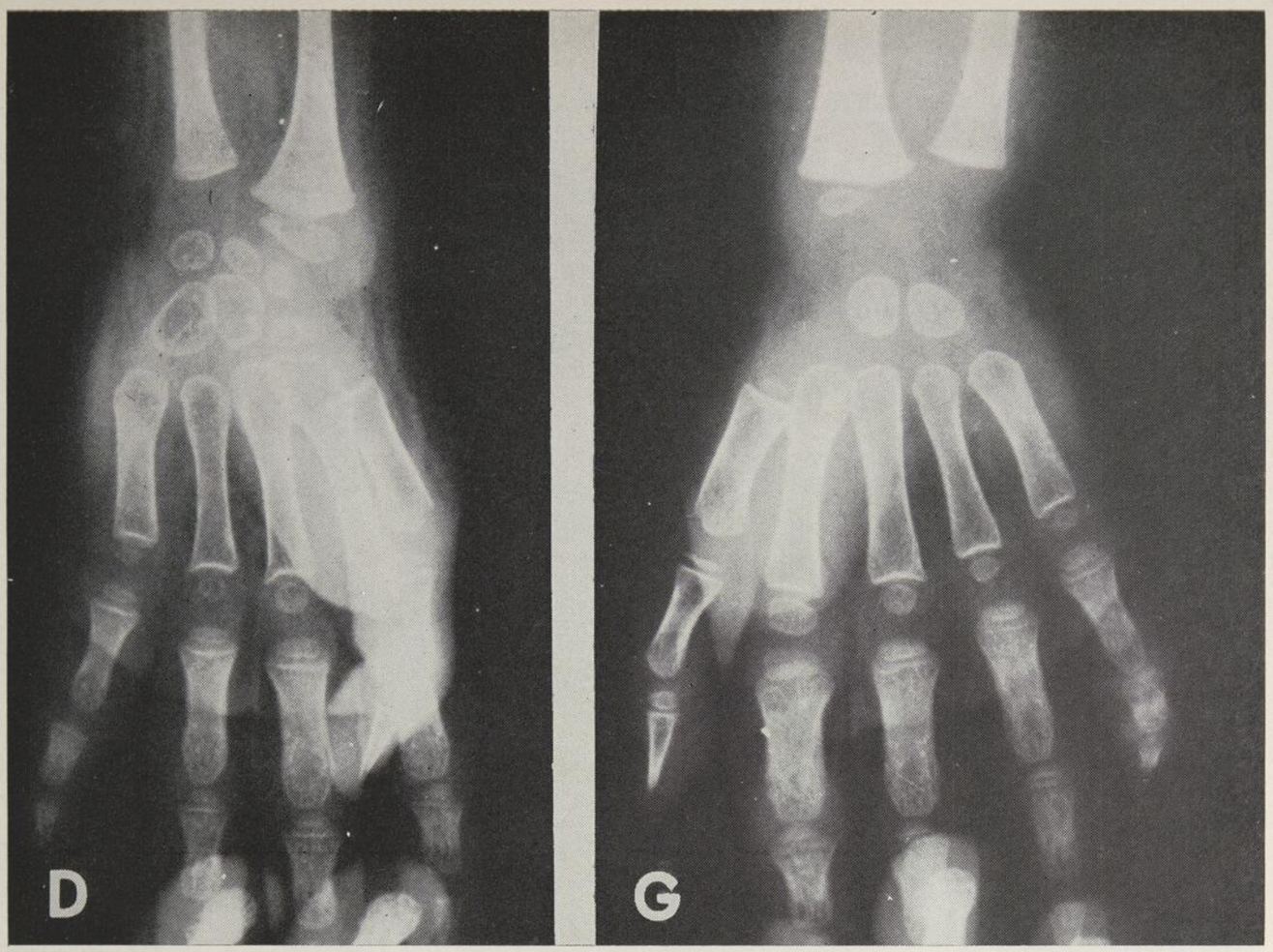


Fig. 4 — Atteinte unilatérale du poignet chez un enfant de 2 ans; à noter l'ossification prématurée des centres épiphysaires (côté droit).

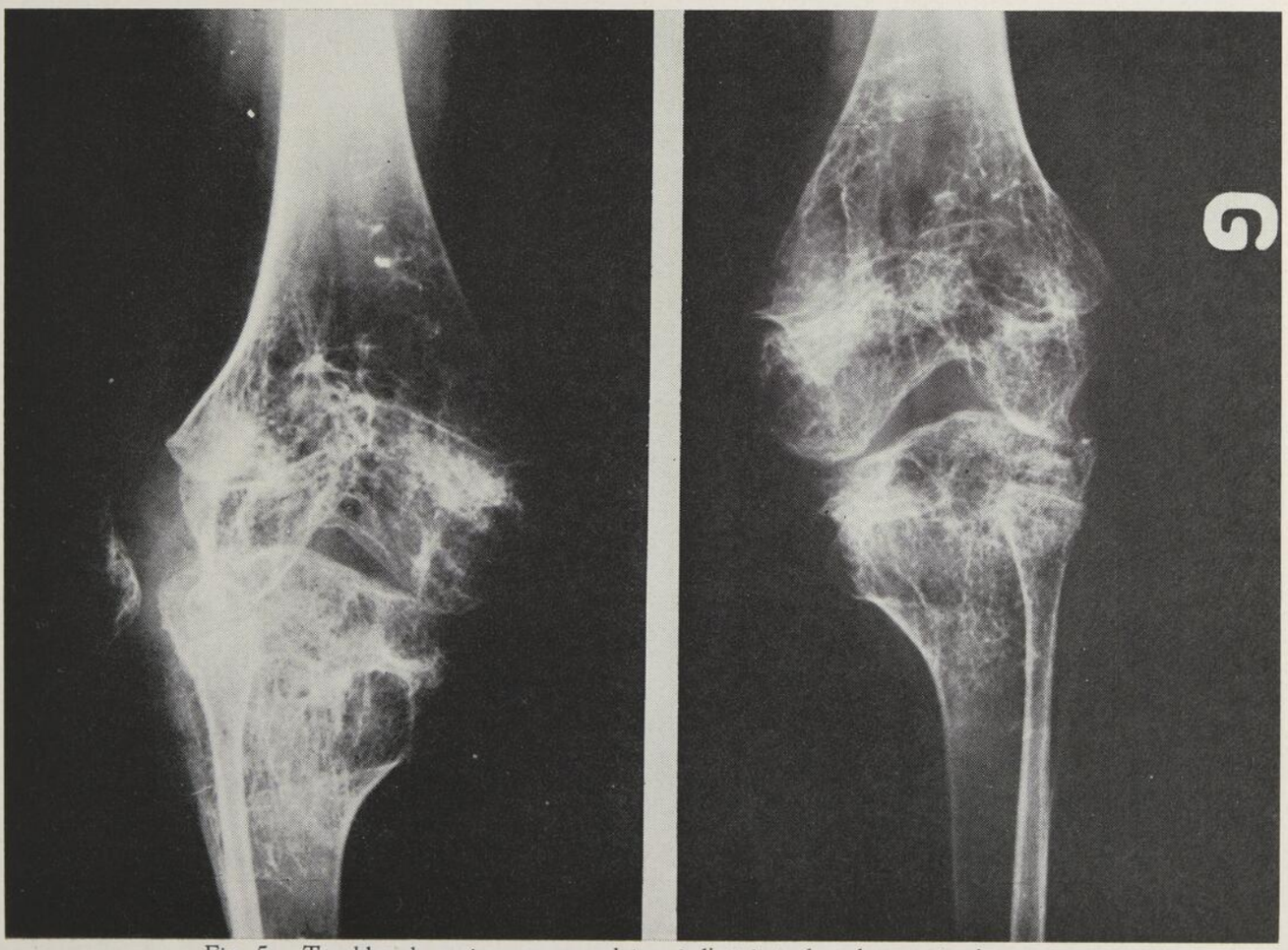
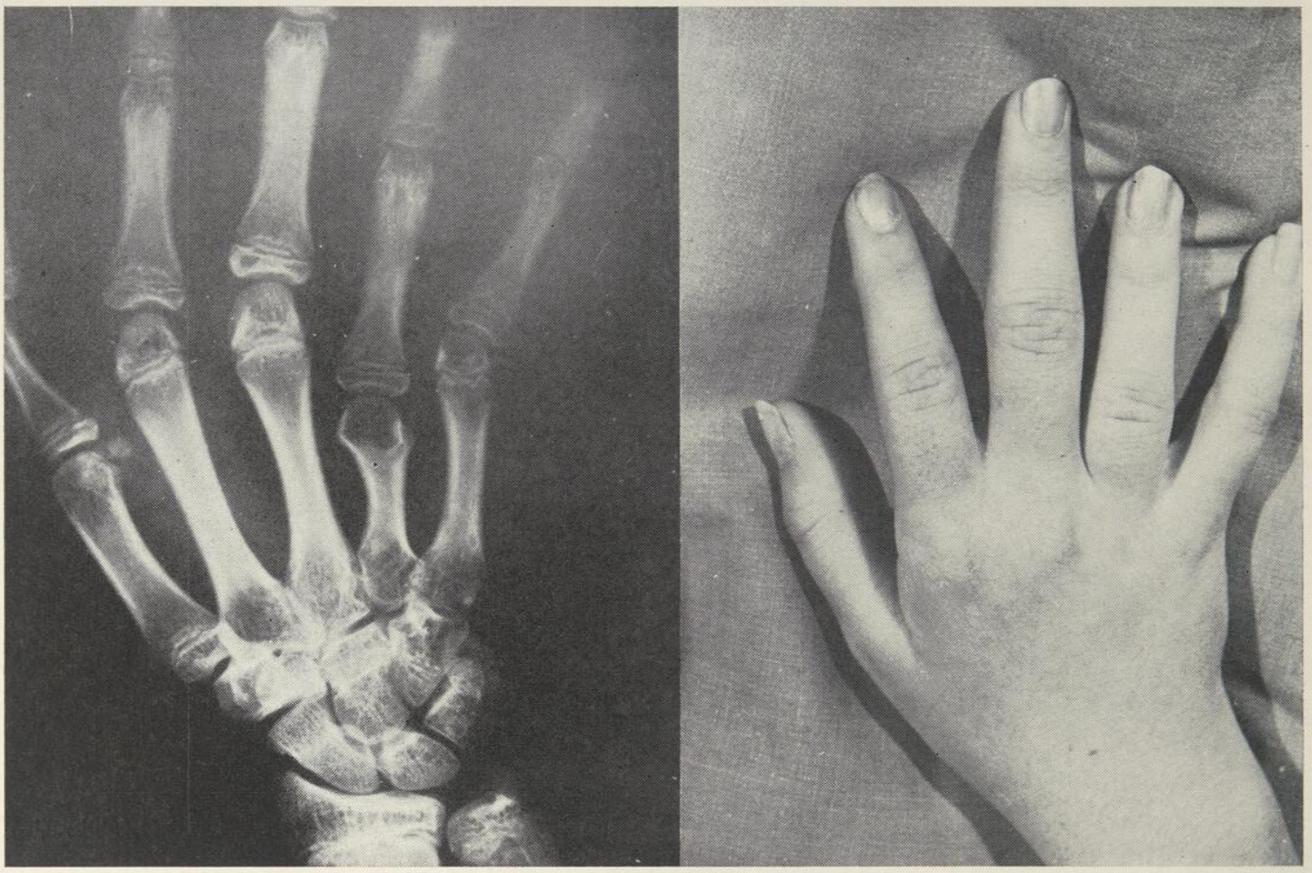
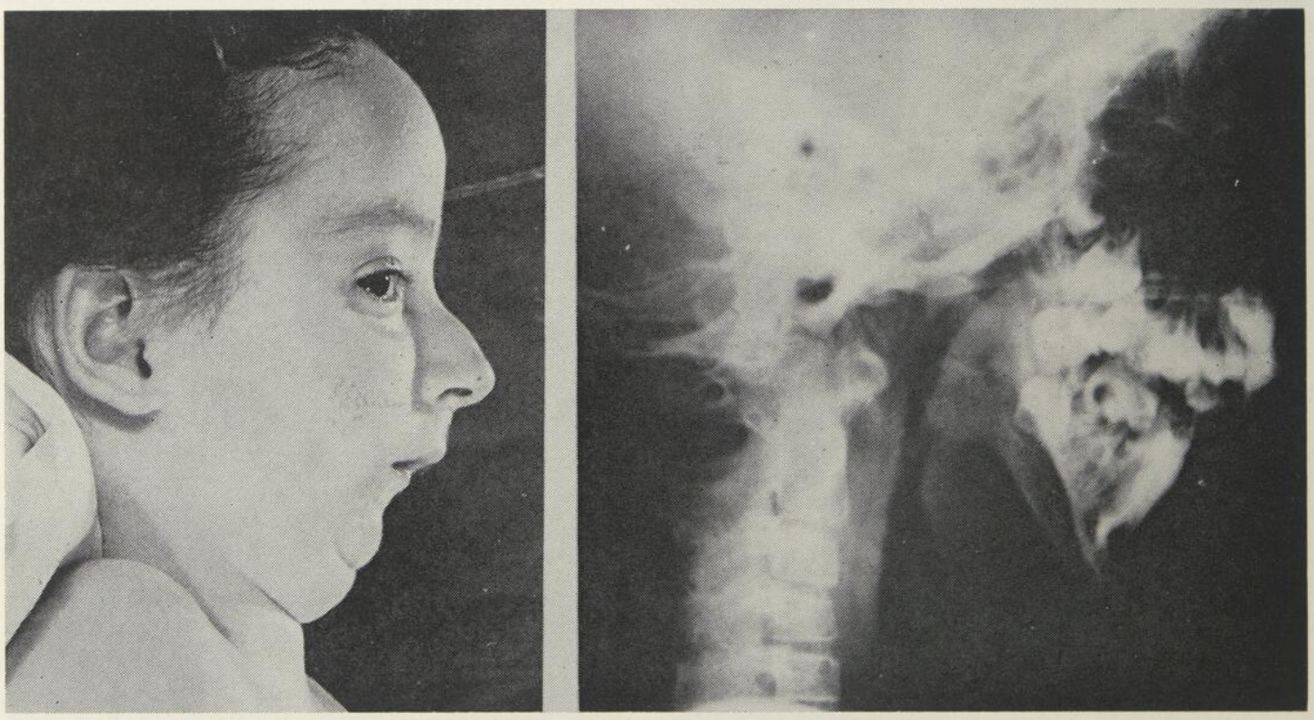


Fig. 5 — Troubles de croissance secondaires à l'atteinte des plaques épiphysaires:
5a) surfaces articulaires irrégulières ;



5b) raccourcissement local ou bradydactylie de l'annulaire;



5c) mâchoire d'oiseau.

d'abord une ostéoporose qui, à l'occasion, peut être très avancée, malgré une absence complète de signes radiologiques d'atteinte articulaire (51). Le stade suivant est une résorption de la corticale sous-articulaire; plus tard, apparaissent des kystes osseux périarticulaires; comme nous l'avons déjà indiqué, ces atteintes sont d'abord notées au niveau des têtes métacarpiennes de l'index (30). Dans les cas avancés, il existe enfin une désorganisation articulaire complète et une ostéoporose du type kystique (Fig. 6a).

Il existe une autre image radiologique intéressante qui, aussi, est plus fréquemment observée au niveau de la main; il s'agit d'une ostéogénèse sous périostée (Fig. 6b); dans certains cas, il existe, en plus, un remodelage et un élargissement de l'os.

La destruction complète des articulations majeures est le plus souvent précédée d'une sub-luxation; au niveau du genou, par exemple, la sub-luxation est associée à une attitude en flexion; au niveau de la hanche, on observe souvent une augmentation de l'interligne articulaire et on a nettement l'impression qu'un panus synovial exhubérant pousse la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde (Fig. 7a). Il est intéressant de se rappeler que l'arthrite rhumatoïde occasionne habituellement une protusion chez l'adulte. Nous avons observé une luxation complète de l'articulation (Fig. 7b) chez un enfant seulement, et ceci au niveau des deux genoux.

Certaines articulations, telles la colonne cervicale (Fig. 8a) et parfois les genoux, évolueront vers une ankylose *osseuse* complète. Par contre, une ankylose *fibreuse* est de règle au niveau des hanches et des membres supérieurs (Fig. 8b). L'association de telles ankyloses avec des os ostéoporotiques prédisposeront naturellement ces patients à des fractures pathologiques (telles qu'on observe à l'épaule gauche) (Fig. 8b). Ces fractures spontanées peuvent apparaître au lit, souvent au dessus d'un plâtre long jambier; ou encore elles peuvent compliquer une manipulation articulaire trop vigoureuse.

EXAMENS DE LABORATOIRE

Les examens de laboratoire de ces patients sont très décevants (Tableau X). Il n'existe aucun test qui soit pathognomonique de l'arthrite rhumatoïde

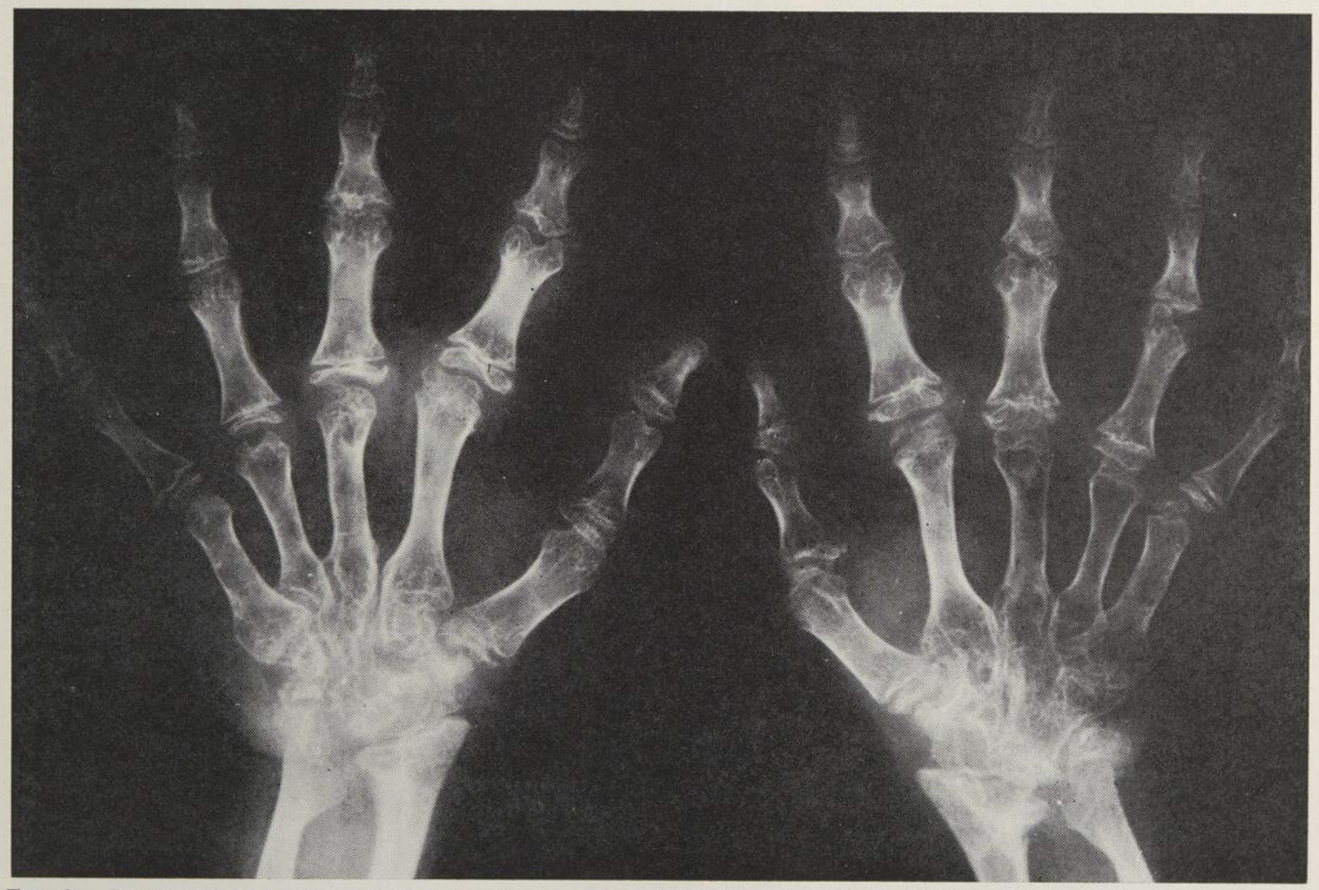
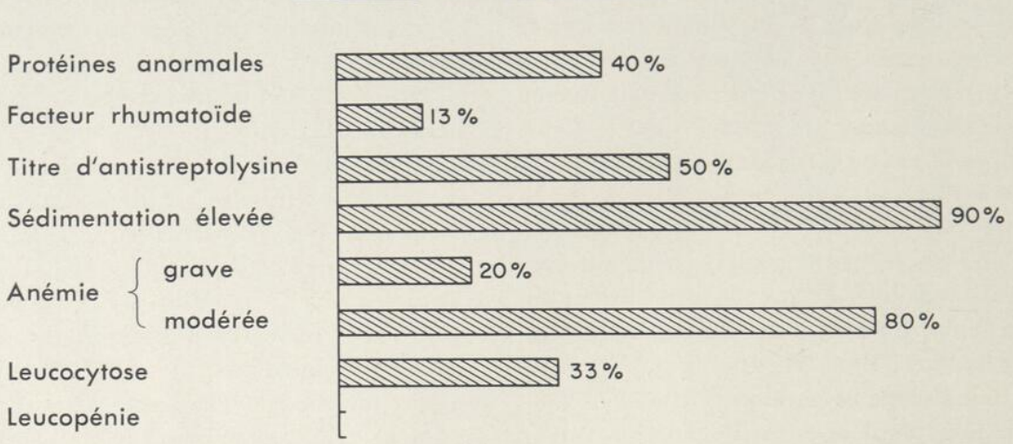


Fig. 6 — Signes radiologiques associés à des formes graves d'arthrite rhumatoïde infantile:

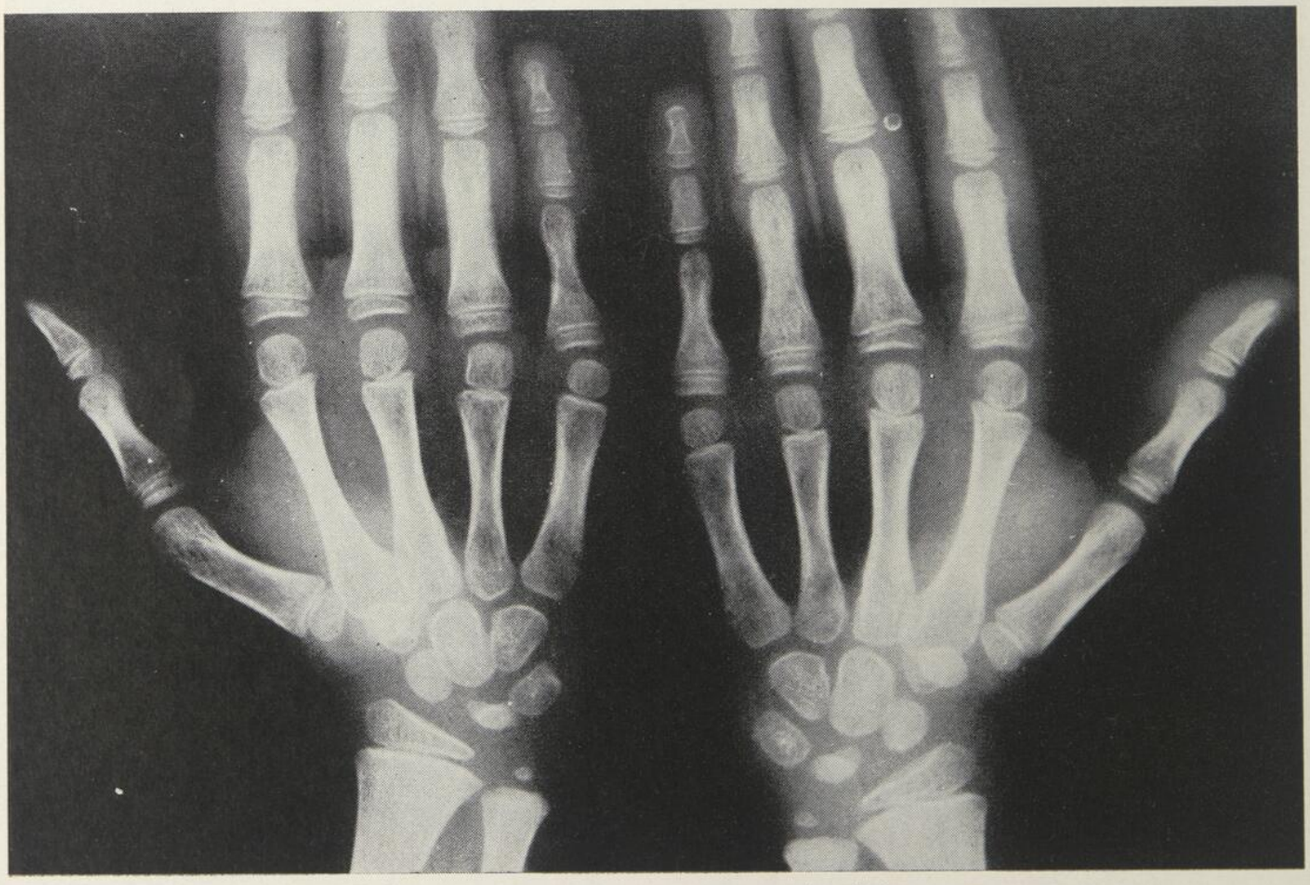
6a) ostéoporose genre kystique;

TABLEAU X

INVESTIGATIONS DE LABORATOIRE



infantile. Les modifications des protéines sanguines sont caractéristiques, mais non spécifiques (63). L'épreuve du facteur rhumatoïde peut être faussement positive ou faussement négative. On peut dire la même chose pour le titre d'antistreptolysine qui est encore moins spécifique. Le taux de sédimentation est simplement un indice très grossier d'une activité pathologique. L'anémie qu'on rencontre assez souvent dans l'arthrite rhumatoïde n'est pas spécifique non plus; elle est hypochrome, mais répond mal au traitement par le fer (24). Cependant, elle répond bien à la cortisone, même si elle est associée à une diminution de la longévité de la cellule rouge (24). Enfin, une leucocytose très élevée, ou encore une leucopénie, suggèrent un mauvais pronostic.



6b) ostéogénèse sous périostée au niveau des phalanges.

Il est très difficile de mettre en évidence le facteur rhumatoïde dans le sérum des enfants atteints d'arthrite rhumatoïde; n'étant présent que chez 13% des enfants, alors qu'il l'est chez 50% des adultes. Ce taux d'incidence s'élève à 19% (13) dans les cas plus graves ou plus prolongés. Il existe des tests de laboratoire qui sont plus sensibles (50), mais ils sont trop complexes pour en permettre l'usage courant. Parfois, on peut démontrer un facteur rhumatoïde dans le liquide synovial.

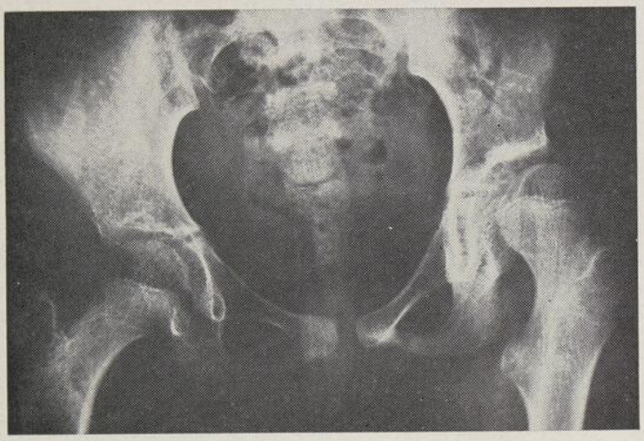
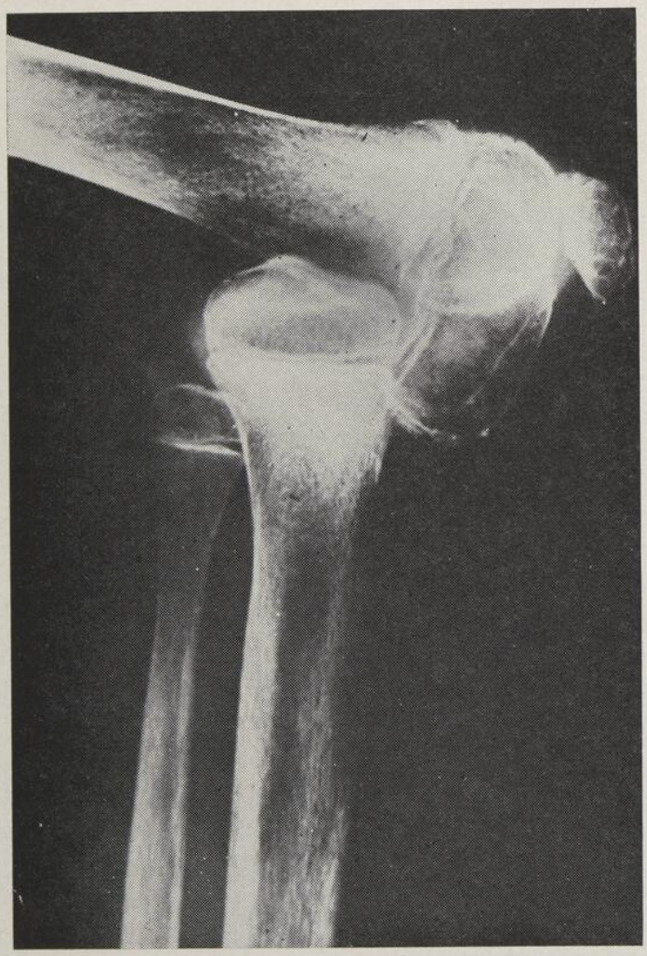


Fig. 7 — Luxation et sub-luxation articulaire:

7a) L'atteinte des hanches est plus souvent associée à une sub-luxation chez les enfants lors qu'on observe une protusion chez les adultes.



7b) La luxation complète est rare; elle ne fut rencontrée qu'au niveau du genou.

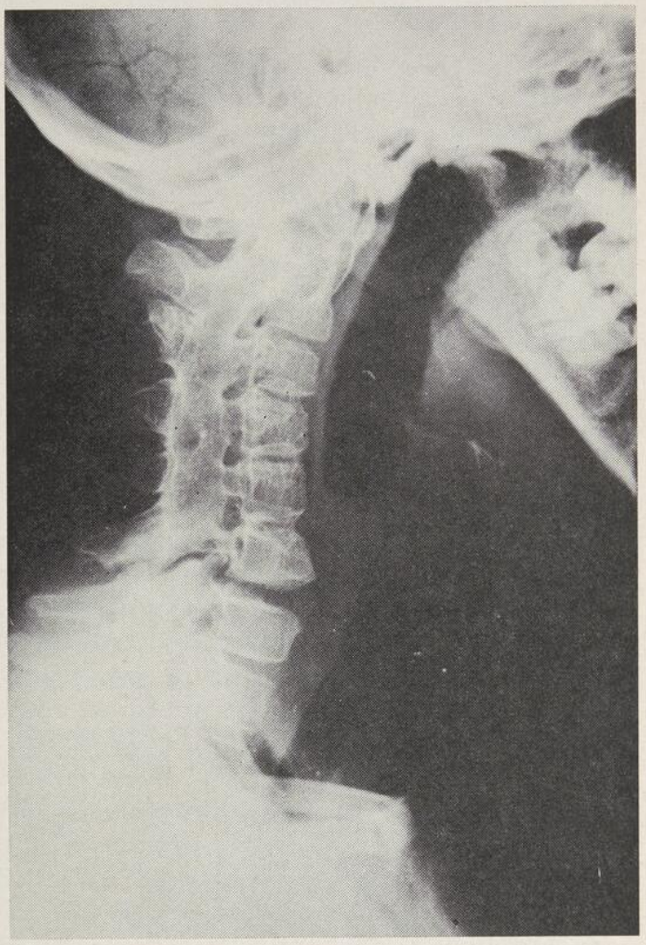
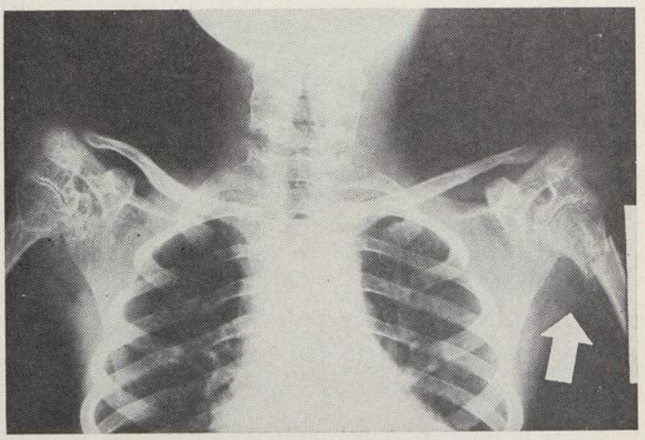


Fig. 8 — Ankyloses articulaires:

8a) L'ankylose osseuse est rare; on l'observe le plus souvent au niveau de la colonne cervicale et parfois au niveau du genou.



8b) L'ankylose fibreuse est plus fréquente; on la note plus particulièrement au niveau des hanches et des extrémités supérieures. A noter la fracture pathologique de l'humérus.

La nécessité d'un test de laboratoire plus sensible et plus pratique est évidente et, en ce moment, le département de biochimie de cet hôpital poursuit des recherches dans ce sens.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Puisqu'il n'existe pas de test de laboratoire qui soit pathognomonique de l'arthrite rhumatoïde, le problème du diagnostic différentiel est difficile et reste essentiellement clinique. Les critères rigides de diagnostic (61) suggérés par l' "American Rheumatism Association" (18) pour les adultes sont malheureusement inapplicables aux enfants.

Le diagnostic différentiel (Tableau XI) dépend d'abord de la forme clinique d'arthrite rhumatoïde infantile; par exemple, la forme généralisée ou infantile, avec son début orageux et son hyperthermie, doit être distinguée des infections aiguës, virales ou autres. On doit se rappeler, que, dans ces cas, les signes articulaires peuvent être modérés ou apparaître tardivement; en effet, dans le tableau clinique, la pathologie articulaire prédomine rarement. On a posé le diagnostic d'encéphalite chez trois de ces patients, tandis que chez un autre patient il n'a pu être distingué de la poliomyélite qu'après 3 ans.

TABLEAU XI
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1. *Début aigu, manifestations générales*
   - a) Infection aiguë — poliomyélite, encéphalite, septicémie
   - b) Maladies du collagène
2. *Manifestations articulaires évidentes*
   - a) Atteintes monarticulaires — arthrite tuberculeuse
   - b) Arthrite poliarticulaire: — arthrite post-traumatique, fièvre rhumatismale

Parmi les patients qui ont une pathologie articulaire prédominante, il faut séparer l'atteinte monoarticulaire de l'atteinte polyarticulaire. Une localisation monoarticulaire devra être différentiée d'une synovite post-traumatique ou de la tuberculose.

Dans un cas le premier diagnostic a été maintenu pendant un an et demi alors que dans un autre cas, le diagnostic erroné de tuberculose de la cheville a dû être rejeté deux ans après une biopsie synoviale non concluante. En effet, les caractères inflammatoires granulomateux de la tuberculose et de l'arthrite rhumatoïde peuvent souvent être confondus. La distinction entre ces deux diagnostics ne peut être qu'indirecte ou cumulative, à moins qu'on obtienne une culture positive avec le liquide synovial.

L'analyse de ce liquide synovial (59, 60) facilitera aussi la distinction entre l'arthrite rhumatoïde et une synovite post-traumatique, puisque le taux cellulaire et la réaction à l'acide acétique glacial sont bien différents dans ces deux maladies (62).

En cas d'atteinte polyarticulaire, le diagnostic différentiel entre l'arthrite rhumatoïde et la fièvre rhumatismale (29) est le plus difficile (Tableau XII). Quoique cette difficulté existe aussi chez les adultes (10), la confusion est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus fâcheuse chez les enfants. La présence de signes cardiaques et articulaires dans les deux maladies peut retarder longtemps le diagnostic précis (55). En théorie, les caractéristiques de ces deux maladies (69) sont bien connues, mais, souvent en pratique, seule l'évolution clinique permettra de préciser le diagnostic. Francis Bacon aurait pu penser à ce dilemne diagnostique lorsqu'il écrivait que "le temps est la mère de la vérité".

TABLEAU XII
DIFFÉRENCES ENTRE LA FIÈVRE RHUMATISMALE ET L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

	R.A.	*R.F.*
Arthrite migrante	0	† † † †
Articulation atteinte inflammée	†	† † † †
Manifestations cardiaques	† †	† † † †
Réponse aux salicylates	† †	† † † †
Signes généraux sévères	† † †	†
Destructions articulaires progressives	† † †	0

TRAITEMENT

La plupart des auteurs sont d'accord sur le fait que le pronostic de l'arthrite rhumatoïde dépend plutôt de la sévérité de l'atteinte pathologique que du traitement. Il est néanmoins indéniable que le traitement reste indiqué et bienfaisant. Si le traitement est retardé, les chances d'une guérison complète diminuent considérablement. Quoiqu'un guérison complète soit rare, une rémission est toujours possible, et ceci peut souvent se comparer à la guérison. Pour un enfant, le sursis d'une déformation est inestimable.

Il est bien évident qu'il faut soigner avant tout l'individu et non pas ses articulations atteintes (23, 32) (Tableau XIII). Le repos est la notion la plus importante à retenir: le repos au lit et le repos à l'hôpital sont essentiels pour l'enfant gravement atteint (15). Le repos au lit cependant ne suggère pas d'en faire un grabataire (66), ni

TABLEAU XIII
TRAITEMENT

Médical

1. *Repos*
   - a) général — physique, mental
   - b) local — attelles, traction
2. *Amélioration de l'état général*
   - a) Elimination de foyers infectieux
   - b) Correction de l'anémie.
3. *Chimiothérapie*
   - a) Salicylates
   - b) Butazolidine
   - c) Médications antipaludiques.
   - d) Cortisone
4. *Physiothérapie*

d'imposer un repos continu et sans interruption tel qu'enseigné par Hugh Owen Thomas. Il faut plutôt penser à la conception du repos telle qu'interprétée par John Hilton (37) et Robert Jones, c'est-à-dire un repos physiologique (14); une physiothérapie restreinte retardera l'apparition des malformations et maintiendra l'atrophie musculaire à son minimum. Il ne faut pas non plus penser à des manipulations passives *vigoureuses;* l'enfant mobilisera de lui-même ses articulations dès qu'elles seront indolores. Des appareils spéciaux mettront les articulations atteintes au repos; en effet, le risque d'ankylose est minime chez l'enfant. Les mots-clefs sont donc: le *repos* et le *mouvement,* en insistant surtout sur le premier (67).

Le traitement médicamenteux de l'arthrite rhumatoïde est encore à préciser (9). Il est bien entendu qu'il faut d'abord employer les salicylates, mais que doit-on penser des médicaments plus puissants tels que la phénylbutazolidine, les antibiotiques antipaludiques et particulièrement la cortisone (36, 77) ? La phénylbutazone et les médicaments antipaludiques ont donné des résultats encourageants chez l'enfant; on doit avoir recours à ces médicaments lorsque les salicylates sont insuffisants ou lorsque la dose requise devient toxique. Les indications pour la voie générale de la cortisone (43) sont précises (Tableau XIV), mais il ne faut jamais oublier les dangers et la toxicité de ce médicament puissant (26); les complications d'ostéoporose grave et de syndrome de Cushing ne sont pas rares, même si elles sont reversibles. La cortisone permet incontestablement de bons résultats immédiats, mais plusieurs auteurs doutent que les résultats à longue échéance (72), soient supérieurs (19, 78).

TABLEAU XIV
CORTICOTHÉRAPIE

1. *Indications*
   - a) Résistance aux salicylates
   - b) Arthrites générales graves:
     Maladie de Still
     Anémie grave
   - c) Maladie fulminante
2. *Complications*
   Plus fréquentes et plus graves chez les enfants

Par contre, l'usage de la cortisone par voie *intra-articulaire* est fortement conseillée. En effet, les salicylates, associés à la cortisone intra-articulaire ont suffi pour soulager la grande majorité de nos patients; ces injections peuvent être associées à des manipulations articulaires prudentes, sous anesthésie générale.

Les mobilisations vigoureuses, souvent compliquées par des fractures d'os ostéoporotiques, devraient appartenir au passé. Ces manipulations sont non seulement dangereuses, mais encore elles n'accordent jamais une amélioration permanente. Si une attitude vicieuse en flexion est rigide, on doit préférer l'ostéotomie. Il ne faut pas penser cependant que chaque attitude vicieuse en flexion mérite une intervention chirurgicale; une attitude de flexion moyenne permet presque toujours une fonction quasi-parfaite; en effet, nous pensons que l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée tant que l'attitude vicieuse de flexion n'a pas atteint 25°. Si l'on opérait tous les genoux qui n'ont pas une extension normale, on pratiquerait un nombre considérable d'interventions inutiles et, de plus, on constaterait plusieurs récidives. Ceci fut bien illustré par un jeune patient qui a dû subir 9 ostéotomies fémorales techniquement bien réussies. Mais, à chaque fois, l'attitude de flexion (160°) récidiva; la fonction du genou reste pourtant satisfaisante et nous réaliserons maintenant qu'il ne faut penser à l'ostéotomie que si la limitation de l'extension dépasse 25°. Il est bon de noter que, chez cet enfant en particulier, l'attitude de flexion du genou ne s'est pas aggravée depuis sa dernière opération d'il y a deux ans, quoique l'activité rhumatoïde se poursuive.

Il est évidemment préférable de prévenir (40) de telles attitudes vicieuses de flexion (5), soit médicalement, soit chirurgicalement par une synovectomie (42). Les indications pour la synovectomie sont essentiellement les mêmes pour l'enfant que pour l'adulte (54). L'opération doit être pratiquée lorsque le traitement médical est insuffisant et bien avant l'apparition d'attitudes vicieuses fixes.

PRONOSTIC

Il n'existe pas de critères (1) de pronostic absolus, bien que certains facteurs soient plus souvent associés à une évolution clinique particulière (Tableau XVa). Par exemple, une apparition précoce de l'arthrite rhumatoïde est toujours néfaste (76) (Tableau XVc) (voir Fig. 1).

TABLEAU XVa

CRITÈRES D'UN BON PRONOSTIC

Rémission prolongée
Absence de signes généraux
Début après l'âge de 3 ans
Arthrite monarticulaire
Traitement précoce

TABLEAU XVb

RELATION ENTRE LE PRONOSTIC ET LES MANIFESTATIONS GÉNÉRALES

	Pourcentage de manifestations générales
Incapacité totale	90%
Incapacité modérée	32%
Récupération fonctionnelle complète	7%

TABLEAU XVc

LE RAPPORT ENTRE L'ÂGE AU DÉBUT DE LA MALADIE ET L'INCAPACITÉ RÉSIDUELLE

	Age moyen au début de la maladie (années)
Incapacité totale	2
Incapacité modérée	3.5
Récupération fonctionnelle complète	4.7

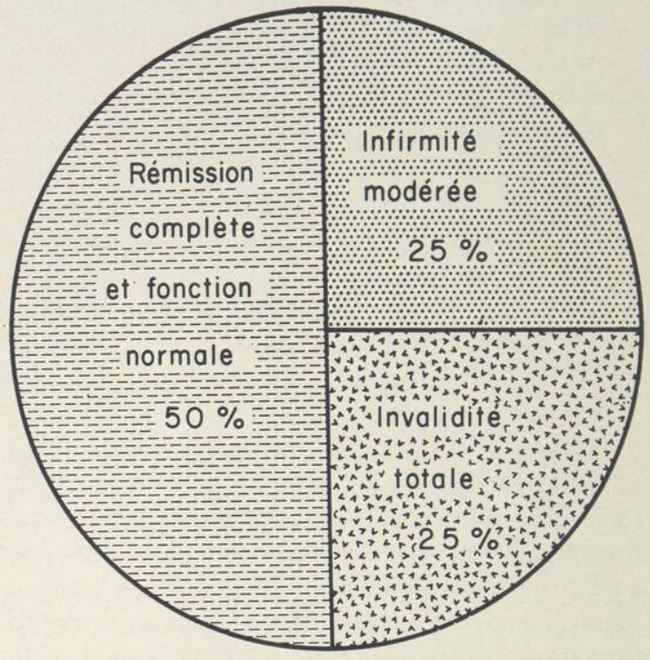
RÉSULTAT FINAL

Nous avons suivi nos patients en moyenne pendant 5 ans et demi, la plus longue observation étant de quinze ans. L'examen de contrôle (Tableau XVI) suggère que le pronostic n'est pas aussi sombre que nous l'avions cru. En effet, le pronostic pour la survie est excellent et le pronostic articulaire local est loin d'être désastreux.

Le pronostic individuel cependant est très difficile à préciser (17). La conception optimiste de Colver (17), à savoir que l'activité du processus rhumatoïde s'arrête toujours spontanément après 7 ans d'évolution, n'est plus acceptée. Un de nos patients a présenté une période d'activité clinique continue de 8 ans et on rapporte des patients qui ont souffert continuellement pendant 10 et 15 ans (25).

TABLEAU XVI

RÉSULTAT FINAL



En effet, quoique 50% de nos patients aient une fonction normale à l'examen, plusieurs présentaient des déformations fixes (52%) ou encore des signes discrets d'une activité rhumatoïde (48%). Ces patients démontrent bien le caractère fluctuant (57) et reversible (35) de cette maladie. Même en l'absence de signes articulaires cliniques, l'état rhumatoïde persiste toujours.

Résumé

Nous avons étudié le tableau clinique de l'arthrite rhumatoïde infantile et nous avons insisté surtout sur les difficultés d'un diagnostic précoce sur la forme des atteintes articulaires, sur les critères du pronostic et sur le résultat final. Certaines suggestions ont été faites quant au traitement et quant à la nécessité de tests de diagnostic plus précis.

Les auteurs désirent exprimer leur sincère reconnaissance aux docteurs R. Poirier et H. Lavallée qui leur ont accordé un service indispensable, particulièrement par leur connaissance de la fièvre rhumatismale; les auteurs reconnaissent en plus les contributions indispensables du département de photographie médicale de l'Hôpital Sainte-Justine, en particulier les services de Mlle M. Gagnon et de M. J. Doyon. La collaboration des docteurs B. Gauthier, P. Labelle, R. Simonneau et A. Canakis a été particulièrement appréciée.

Summary

This clinical review analyses one hundred and two cases seen between 1940 and 1960 with a discharge diagnosis of infantile rheumatoid arthritis. The systemic nature of the disease, the variable early clinical picture make an early diagnosis very difficult. Indeed only 20% of these patients had articular symptoms at the onset. The youngest patient was aged 6 months with a greater incidence of onset in the first two years of life. Particular attention is paid to the site of original joint involvement as compared with the subsequent final joint pathology. Spindle fingers or swollen proximal interphalangeal joints are late to appear but they are usually diagnostic of infantile rheumatoid arthritis. The diagnosis is essentially a clinical one since laboratory test have been found most disappointing. Bony ankylosis is sometimes found in the cervical spine and rarely in the knee; fibrous ankylosis are more common in the upper extremities and the hips. Complete joint dislocation was noted in the knee joint only; protrusion of the acetabulum was never noted, on the contrary, a sub-luxation of the hip joint is more common, the prognosis is related to the age of onset, on institution of therapy, and systemic manifestations. Fifty percent of these patients were functionally normal at the time of follow-up, twenty-five percent had a mild residual disability and twenty-five percent were severely crippled.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANSELL, B. M.: Prognosis in Still's Disease. *Bull. Rheum. Dis.*, **9**: 189, 1959.
2. ANSELL, B. M. et BYWATER, E. G. L.: Growth in Still's Disease. *Ann Rheum. Dis.*, **15**: 295, 1956.
3. ARMSTRONG, J. R.: A Fatal Case of Still's Disease complicated by amyloidosis. **Brit. Med. Journ., 2**: 1261, 1951.
4. BARUCK, S. B.: Genetics and Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatism*, **3**: 178, 1960.
5. BASTOW, J.: Surgery of rheumatoid diseases. *Post-graduate Medicine J.*, **23**: 325, 1947.
6. BAUER, W. et CLARK, W. S.: The systemic manifestations of rheumatoid arthritis. *Tr. A. Am. Physician*, **6**: 339, 1948.
7. BAUER, W.: Rheumatoid Arthritis in general. *J.A.M.A.*, **138**: 397, 1948.
8. BAUER, E.; GIANSIRAURSA, J. C. et coll.: The protein nature of the connective tissue diseases. *Ann. Rheumat. Dis.*, **8**: 362, 1949.
9. BOLAND, E. W.: Recent advances in rheumatoid arthritis. *Calif. Med.*, **71**: 362, 1949.
10. BOOTS, R. H. et RAGAN, C.: Rheumatic fever in adults simulating rheumatoid arthritis. *Tr. A.Am.* Physicians, **62**: 298, 1949.
11. BREWERTON, D. A.: Hand Deformities in Rheumatoid Disease. *Ann. Rheum. Dis.*, **16**: 183, 1957.
12. BURDICK, W. F.: Still's disease (atrophic arthritis; or infectious rheumatoid arthritis). *South M. J.*, **39**: 626, 1946.
13. BYWATER, E. G. L.; CARTER, M. et SCOTT, E.: Differential Agglutination titre in juvenile rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, **18**: 225, 1959.
14. CAPENER, N.: Physiological rest with special reference to arthritis and nerve lesions and to manufacture of appliances. (Arris & Gale lecture abstract). *Brit. Med. J.*, **2**: 761 (novembre) 1946.
15. CECIL, R. L.: Present day treatment of arthritis. *Coll. Physicians of Philadelphia - Transactions*, **15**: 6, 1947.
16. CHARCOT, J. M.: Thèse de Paris 1853 (Cited by Chauffard A., RAYMOND, F.: *Revue de Méd.*, **16**: 45, 1896.
17. COLVER, T.: The prognosis in Rheumatoid Arthritis in Children. *Arch. Dis. Childhood.*, **12**: 253, 1937.
18. Combined Clinic: Rheumatoid Arthritis. *Am. J. Med.*, **1**: 675, 1946.
19. COPEMAN, W. S. C.; SAVAGE, D.; DAVIS, P.: Long term treatment of Rheumatoid Arthritis with corticotropin. *Arch. Int. American Rheumat.*, **3**: 334, 1960.
20. CORNILLE, A.: Mémoire sur les coincidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique. *Mem. Soc. et Biol. (Paris)*, **4**: 1, 1864.
21. COSS, J. A. Jr. et BOOTS, R. H. L.: Juvenile rheumatoid arthritis: Study of 56 cases with note on skeletal changes. *J. Pediat.*, **29**: 143, 1946.
22. CRAMBLETT, H. G.: Juvenile Rheumatoid Disease. *Clin. Proc. Child. Hosp.*, **72**: 98, 1956.
23. DAVIDSON, L. S. P.; DUTHIE, J. J. R. et SUGAR, Max.: Focal Infection in Rheumatoid Arthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, **8**: 205, 1949.
24. EBAUGH, F. G.; PETERSON, R. E. et Coll.: The Anemia of Rheumatoid Arthritis. *Med. Clin. N. Am.*, **39**: 489, 1955.
25. EDSTROM, G.: Rheumatoid Arthritis in children; clinical study. *Acta Paediatrica.*, **34**: 334, 1947.
26. EDSTROM, G.: Should Steroids be used in Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Acta Rheum. Scand.*, **5**: 263, 1959.
27. EMPIRE RHEUMATISM COUNCIL: Controlled investigation into etiology and clinical features of rheumatoid arthritis. *Brit. Med. Journ.*, **1**: 799, 1950.
28. ENGEL, M. N.; RICHMOND, J. B. et BRODIE, A. G.: Mandibular growth disturbance in rheumatoid arthritis of children. *Am. J. Dis. Child.*, **78**: 728, 1949.
29. ENGELMAN, E.: Differential diagnosis of adult rheumatic fever and rheumatoid arthritis. *Calif. Med.*, **66**: 227, 1947.
30. FEARNLY, G. R.: Ulnar Deviation of the fingers. *Ann. Rheum. Dis.*, **10**: 126, 1951.
31. FELTY, A. R.: Chronic arthritis in the adult, associated with splenomegalia and leucopenia. A report of 5 cases of an anusual clinical syndrome. *Bull. Johns, Hop. Hosp.*, **35**: 16, 1924.
32. FREYBURY, R. H.: Focal infection in relation to rheumatoid diseases: a critical appraisal. *J. of the Am. Dental Ass.*, **33**: 1101, 1946.
33. GOOD, T. A.; KELLY, V. C. et GOOD, R. A.: Unpublished. Referred to by Kelly V. C. Ped. *Clin. N. Am.*, **7**: 435, 1960.
34. GROKOEST, A. W.: Some aspects of Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Bull. Rheu. Dis.*, **8**: 147, 1957.
35. HENCH, P. S.: The potential reversibility of rheumatoid arthritis. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **24**: 167, 1949.

36. HENCH, P. S.; KENDALL, E. C. et Coll.: The effect of a Hormone of the adrenal cortex (Compound E) and of Pituitary adrenocorticotrophic. *Ann. Rheu. Dis.*, **8**: 96, 1949.
37. HILTON, J. (1863): Rest and Pain. G. Bells & Sons Ltd., édit., Londres, 1953 (2ème édition).
38. ISHMAEL, W. K.: Arthritis of the spine in children. Clinical Orthopaedics., **21**: 78, 1961.
39. JOHNSON, N. J. et DOOD, K.: Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Med. Clin. N.A.M.*, **39**: 459, 1955.
40. KELLEY, M.: The prevention of deformity in rheumatic disease. *M. J. Australia*, **2**: 1, 1950.
41. KELLEY, V. C.: Rheumatoid Disease in Childhood. *Ped. Clin. N. Am.*, **7**: 435, 160.
42. KEY, J. A.: Treatment of chronic arthritis. *Proc. Calif. Acad. Med.*, **8**: 31, 1941-44.
43. KREIDBERG, M. B.; CLEROUX, A. P. et ROSENBERG, I. N. : Clinical evaluation of corticotropin therapy in children. *J. Pediat.*, **39**: 397, 1951.
44. KUHNS, J. G. et SWAIN, L. T.: Distrurbances of growth in chronic arthritis in children. *Am. J. Dis. Child.*, **43**: 1118, 1932.
45. LAAKSONEN, A. L. et LAINE, J.: Joint pain in adult and juvenile rheumatoid arthritis. *Ann. Rheu. Dis.*, **20**: 386, 1961.
46. LANGLEY, F. A.: Nature of Still's Disease. *Arch. Dis. Childhood*, **20**: 155, 1945.
47. LEWIS, T.: Observations in Research in medicine. *B.M.J.*, **1**: 479, 1930.
48. LOCKIE, L. M. et NORCROSS, B. M.: Juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics*, **2**: 694, 1948.
49. LUCCHESI, M. et LUCCHEST, O.: Rheumatoid spondylitis; a paediatric problem. *Ann. Rheu. Dis.*, **9**: 372, 1950.
50. McEWIN, C.; GIFF, M.; CARMEL, P. et al: The relationship to Rheumatoid Arthritis of it so-called variants. *Art. & Rheum.*, **1**: 481, 1958.
51. MIDDLEMISS, J.: Juvenile R.A.C. Still's Disease. *Proc. Royal-Soc. Med.*, **44**: 805, 1951.
52. MISBET, B. R.: Incidence of rheumatism. *Ann. Rheu. Dis.*, **5**: 168, 1946.
53. OGILVIE, Sir H.: The use of experience. *Brit. M. J.*, **2**: 663, 1949.
54. PARDEE, M. L.: Synovectomy of the knee joint; a review of the literature and presentation of cases. *J. Bone & Joint Surg.*, **30**a: 908, 1948.
55. RAGAN, A. S.: Heart in rheumatoid arthritis. *Brit. M.J.*, **1**: 87, 1947.
56. RAGAN, C.: Rheumatoid Arthritis; the natural history of disease and its management. *Bul. New-York Acad. Med.*, **27**: 63, 1951.
57. RENNIE, J. B. et FRASER, T. N.: Transmission of acute infective hepatitis therapeutic effect on rheumatoid arthritis. *Glascok, M.J.*, **27**: 157, 1946.
58. ROGEN, A. S.: Heart in rheumatoid arthritis. *Brit. Med. Jour.*, **1**: 87, 1947.
59. ROPES, M. W.; KAUFMAN, D. et al: Variations in the electrophoretic pattern of synovial fluid in articular disease. *J. Clin. Invest.*, **28**: 807, 1949.
60. ROPES, M. W.; ROBERTSON, W. B. et al: Synovial fluid mucin. *Acta Med. Scand.*, **196**: 700, 1947.
61. ROPES, M. W.; BENNETT, G. A. et COBB, A: Proposed diagnostic criteria for Rheumatoid Arthritis. *Bull. Rheu. Dis.*, **7**: 121, 1956.
62. ROPES, M. W.: Alternatives in synovial fluid with variation in severity of joint disease. *Ann. Rheu. Dis.*, **7**: 243, 1948.
63. ROUTH, J. I. et PAUL, W. D.: Electrophoretic analyses of plasma and serum proteins in rheumatoid arthritis. *Arc. Phys. Med.*, **31**: 511, 1950.
64. SCHLESINGER, B. E.; PORSYTH, C. C. et al: Observations on the clinical course of treatment of 100 cases of Still's Disease. *Arc. Dis. Chil.*, **36**: 65, 1961.
65. SCHLESINGER, B.: Arthritis in the young. *Brit. Med. Jour.*, **2**: 197, 1949.
66. SHERWOOD, K. K. et ZIMMERMAN, B.: Office Management of chronic arthritis. *North west Med.*, **46**: 30, 1947.
67. SHORT, C. L. et BAUER, W.: The course of rheumatoid arthritis in patients receiving simple medical and orthopaedic measures. *New England Jour. of Med.*, **238**: 142, 1948.
68. SHORT, C. L.; ABRAMS, N. R. et al: Factors associated with the onset of rheumatoid arthritis; a statistical study of 293 patients and controls. *Ann. Rheu. Dis.*, **8**: 313, 1949.
69. SOKOKOW, M. et SNELL, A. M.: Atypical features of rheumatic fever in young adults. *J.A.M.A.*, **133**: 981, 1947.
70. SOLOMON, W. M.; STRECHER, G. M.: Chronic absorptive arthritis or opera glass hand report of 8 cases. *Ann. Rheu. Dis.*, **9**: 209, 1950.
71. SPERLING, I. L.: Rheumatic polytenovaginitis. *Ann. Rheu. Dis.*, **9**: 43, 1950.
72. STEINBROKER, D.; BLAYER, A.: Therapeutic score card for rheumatoid arthritis standardized method of appraising results, results of treatment. *New-England Jour. Med.*, **235**: 501, 1946.
73. STEVEN, G. D.; FORESTIER, J.: Discussions on diagnostic radiology in rheumatic disease. *Proc. Roy. Soc. Med.*, **42**: 35a, 1949.
74. SUNDELIN, F.: Investigations of cerebrospinal fluid in cases of rheumatoid arthritis. *Am. Journ. Med.*, **2**: 579, 1947.
75. SWAIN, L. T.: Problems of chronic Rheumatism. *Ann. Rheu. Dis.*, **5**: 192, 1946.
76. THO, A.: Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Ann. Pediat.*, **169**: 407, 1946.
77. VESTERDAL, J.; REMVIG, D.; SPRECHER, M.: ACTH in treatment of juvenile rheumatoid arthritis. *Pædiat.*, **41**: 145, 1952.
78. WALT, F., ROFTERY, J. D. et coll.: Still's disease: interim report of a case treated wiht cortisone. *South African M.J.*, **25**: 541, 1951.

REMPLACEMENT DE L'ŒSOPHAGE CHEZ L'ENFANT *

Pierre-Paul COLLIN [1] et Hervé BLANCHARD [2],
Département de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Sainte-Justine (Montréal).

HISTORIQUE

Les premières tentatives de remplacement de l'œsophage furent faites par Bircher, en 1894, qui pour cela utilisa un tube cutané antéthoracique.

L'idée du remplacement de l'œsophage par un transplant jéjunal vint de Wullstein. En 1907, Herzen en Russie et Roux en Suisse donnèrent suite à l'idée de Wullstein.

En 1911, Kelling et Vulliet proposèrent à leur tour l'utilisation du côlon pour remplacer l'œsophage.

Dès 1921, on pense également à faire bénéficier l'enfant de cette chirurgie. En effet, Lundblad se servit d'un segment colique pour remplacer l'œsophage chez un enfant de 3 ans souffrant d'une brûlure caustique de l'œsophage.

Nous devrons également mentionner, comme pionniers de cette chirurgie, les noms de Yudin, Robertson, Sarjeant, Sherman et Waterston.

En octobre 1959, Longino, Wolley et Gross publièrent un travail où sont énoncés les critères relatifs au substitut idéal pour remplacer l'œsophage:

1) le conduit doit permettre aux aliments d'atteindre l'estomac sans encombre. De plus, il doit fonctionner de telle sorte que le patient puisse se nourrir normalement, sans avoir recours à des petits repas fractionnés;

2) le conduit doit être morphologiquement assez petit, pour qu'il ne cause aucune interférence respiratoire durant la nutrition;

3) le conduit doit être suffisamment résistant à la sécrétion acido-peptique de l'estomac pour que les ulcérations, rétrécissements ou hémorragies ne soient pas des complications fréquentes;

4) la formation de ce substitut de l'œsophage doit être techniquement réalisable pour que celui-ci remplace l'œsophage en tout ou en partie, tout en ayant une vascularisation adéquate;

5) il est bon de recourir de préférence à des moyens assurant de bons résultats esthétiques.

C'est en nous basant sur ces critères que nous allons étudier 6 cas de remplacement de l'œsophage par du jéjunum ou du côlon qui ont été réalisés à l'hôpital Sainte-Justine, chez des enfants dont l'âge a varié de 4 mois à 6 ans, sur une période allant de 1954 à 1962.

Indications

Les indications du remplacement de l'œsophage sont d'abord les lésions congénitales de l'œsophage qui peuvent être de deux ordres:

a) les atrésies de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne où, après thoracotomie, il est impossible de réaliser l'anastomose entre les segments proximal et distal, à cause d'une distance trop importante les séparant;

b) les atrésies de l'œsophage avec un segment distal filiforme ou inexistant. On présume l'existence d'une de ces deux anomalies dès l'examen initial de ces nouveau-nés, car il n'existe pas chez eux de distension gazeuse des anses intestinales, ce que l'on trouve toujours chez les nouveau-nés qui ont une fistule trachéo-œsophagienne. Deux de nos patients appartiennent à cette catégorie.

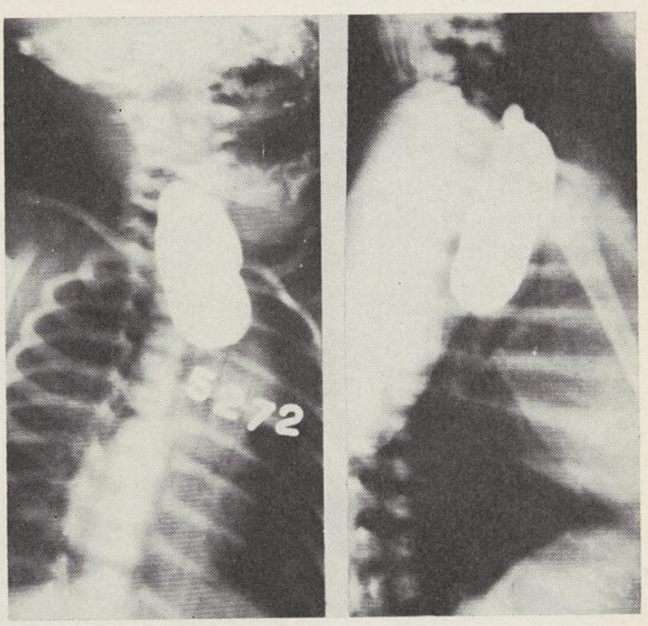


Fig. 1 — Cliché radiographique d'une patiente (obs. 1) ayant une atrésie de l'œsophage avec segment distal de l'œsophage inexistant.

Observation 1

Francine B., 2 jours, dossier 248,368, admise le 1er juillet 1954 pour atrésie de l'œsophage avec segment distal inexistant. Oesophagostomie cervicale et gastrostomie faites d'urgence.

Le 28 novembre 1957, remplacement de l'œsophage par un segment jéjunal remonté par voie rétro-sternale. Anastomose jéjuno-gastrique et jéjunostomie cervicale.

---

* Travail présenté au 32e Congrès de l'A.M.L.F.C., tenu à Montréal les 7, 8, 9 et 10 novembre 1962.

[1] Chirurgien régulier à l'Hôpital Sainte-Justine et Assistant-Professeur de Chirurgie à l'Université de Montréal.
[2] Résident en Chirurgie Pédiatrique — Présente adresse: Moncton Hospital, Moncton, N.B.

Le 7 décembre 1957, anastomose œsophago-jéjunale cervicale suivie d'une fistule qui s'est tarie spontanément.

Le 31 décembre 1957, début de sténose anastomotique traitée efficacement par des séances de bougirage.

L'examen radiologique montre alors que l'anastomose est perméable avec un transit un peu lent au niveau du substitut jéjunal.

Évolution; revue en 1961, la malade a une bonne fonction de déglutition et le transit est très satisfaisant.

Observation 2

Patricia B., 1 heure, dossier 479,444, admise le 13 juin 1960 pour atrésie de l'œsophage, sans fistule œsophago-trachéale. Oesophagostomie cervicale et gastrostomie faites d'urgence.

Le 4 octobre 1960, l'enfant ayant 4 mois et pesant 10 lbs et 3 onces, on fait le remplacement de l'œsophage par la moitié droite du côlon; une fistule anastomotique apparut qui se ferma. Deux mois après l'intervention, la sténose anastomotique est quasi-complète malgré les bougirages. La revision de l'anastomose cervicale montre une coudure très aiguë de l'anastomose au niveau de la trachée. Après libération complète de l'anastomose, l'endoscopiste examine l'anastomose et pense qu'avec des bougirages, il serait possible de donner un calibre satisfaisant à l'anastomose œsophago-jéjunale. Sept mois après ces bougirages, l'enfant présente des troubles du transit qui font présager une réintervention.

Viennent ensuite les lésions acquises de l'œsophage où dominent les sténoses œsophagiennes secondaires à l'ingestion de corrosifs.

Nos 4 autres patients appartiennent à ce groupe. Chez 3 de ceux-ci, il s'agissait de brûlures extensives de l'œsophage, alors que chez le quatrième, la sténose paraissait tellement courte et localisée radiologiquement qu'on décida de pratiquer une résection segmentaire suivie d'anastomose bout à bout. Mais la thoracotomie montra que la lésion était hors de portée de l'intervention projetée (obs. 3).

Observation 3

Jacqueline St-P., 2 ans, dossier 400,178, admise le 23 mars 1957, pour brûlure caustique de l'œsophage survenue quelques heures plus tôt.

Traitement d'urgence: trachéostomie à cause des brûlures graves des voies respiratoires supérieures. Elle est mise à la cortisone et aux antibiotiques.

Le 24 mai 1957, première œsophagoscopie qui montre des lésions non guéries. L'enfant est renvoyée sous traitement.

Le 4 juin 1957, réhospitalisation pour sténose complète.

Le 8 juin 1957, gastrostomie.

Le 16 juillet 1957, séances de bougirages jusqu'au 11 avril 1958. L'enfant est référée en chirurgie où, à cause de la très petite étendue de la sténose, on tente une résection segmentaire suivie d'anastomose bout à bout. Échec.

Le 8 mai 1958, remplacement de l'œsophage par un substitut jéjunal. Anastomose gastro-jéjunale et jéjunostomie cervicale.

Le 27 mai 1958, anastomose œsophago-jéjunale cervicale. Petite fistule qui se ferme spontanément après 7 jours. Début de sténose contrôlé avec 3 séances de bougirage.

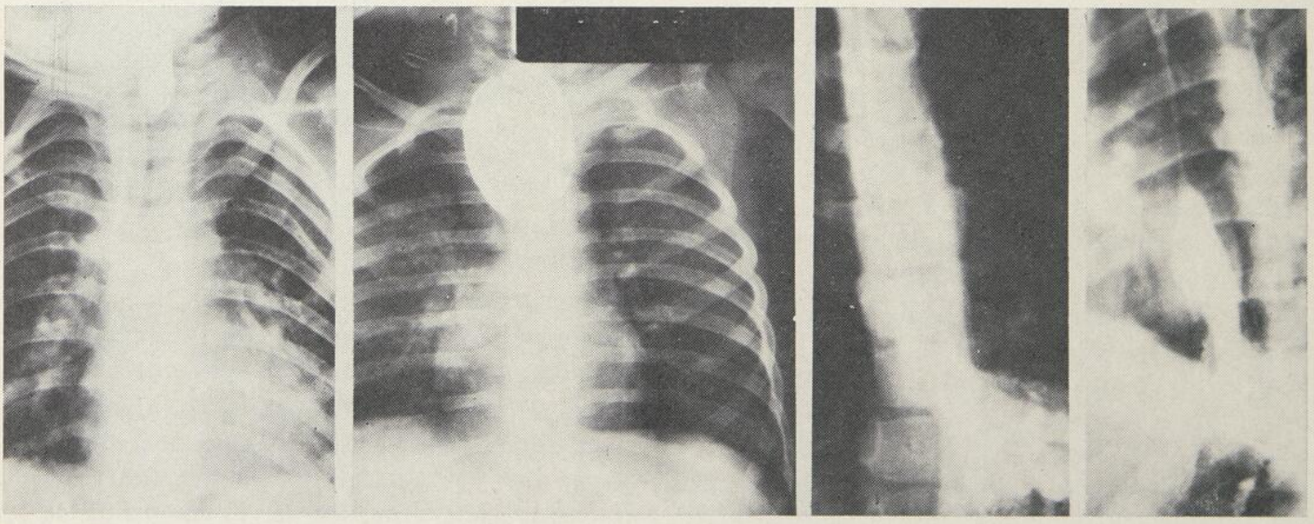


Fig. 2 — Différentes images de sténose caustique de l'œsophage ayant nécessité un remplacement de l'œsophage (obs. 3, 4, 5).

Évolution, bonne déglutition, bon transit à travers l'anse de remplacement.

Observation 4

Régis L., 22 mois, dossier 400,119, admis le 14 juin 1957, pour sténose caustique de l'œsophage. Accident survenu le 1er novembre 1956. L'enfant a eu une gastrostomie à l'hôpital qui nous l'a référé.

l'œsophagoscopie montre des sténoses multiples de l'œsophage.

Du 16 juillet 1957 au 30 septembre 1959, l'enfant a des séances de bougirage. Ces séances sont reprises de décembre 1959 à décembre 1960, puis de janvier 1961 à juillet 1961. Résultats: l'enfant boit assez bien, mais s'étouffe dès qu'il prend des aliments solides. L'enfant est référé en chirurgie.

Le 19 septembre 1961, remplacement de l'œsophage par la moitié du côlon. Fistule passagère de l'anastomose cervicale.

Évolution: sténose progressive de l'anastomose, avec transit alimentaire de moins en moins efficace malgré les bougirages.

Le 23 juillet 1962, sternotomie médiane, libération du substitut œsophagien et nouvelle anastomose œsophago-colique sans tension.

Évolution: très favorable, s'alimente très bien. En novembre 1962, continue à avoir un bon transit.

Observation 5

Adèle R., 4 ans, dossier 411,297, hospitalisée pour sténose caustique de l'œsophage remontant à deux ans. Gastrostomie faite à l'hôpital qui a référé l'enfant.

Oesophagogramme et œsophagoscopie, obstruction complète de l'œsophage à 2 cm de l'hypopharynx.

Le 27 février 1958, remplacement de l'œsophage par du jéjunum, anastomose jéjuno-gastrique et jéjunostomie cervicale.

Le 6 mars 1958, anastomose œsophago-jéjunale cervicale. Fistule post-anastomotique passagère qui se tarit spontanément.

Le 15 avril 1958, sténose de l'anastomose cervicale.

Le 19 avril 1958, résection de l'anastomose œsophago-jéjunale cervicale suivie de réanastomose.

Revue en juin 1961, l'œsophagogramme une anastomose perméable avec un transit un peu lent.

Le 20 janvier 1963, une cinéradiographie montre une anastomose ayant une bonne fonction.

Observation 6

Michel O., 3 ans ½, dossier 410,380, hospitalisé pour sténose caustique de l'œsophage remontant à 1 an. Gastrostomie faite à l'hôpital qui a référé l'enfant.

Oesophagoscopie - Oesophagogramme: sténose quasi complète de la partie moyenne de l'œsophage.

Le 26 février 1958, remplacement de l'œsophage par un segment jéjunal. Anastomose jéjuno-gastrique et jéjunostomie cervicale.

Le 1er avril 1958, anastomose œsophago-jéjunale, suivie de fistule transitoire. Il se produit un rétrécissement progressif de l'anastomose qui nécessite une réintervention consistant en une sternotomie médiane, mobilisation du transplant jéjunal, résection de la sténose suivie de réanastomose bout à bout.

Enfin nous mentionnerons dans un but académique quelques autres indications du remplacement de l'œsophage chez l'enfant. Ce sont l'œsophagite peptique et ses complications et les hémorragies récidivantes des varices œsophagiennes chez les enfants souffrant d'hypertension portale. Dans ces cas, Sherman pense qu'il est toujours mieux d'interposer un segment jéjunal ou colique entre l'œsophage restant et l'estomac, plutôt que d'anastomoser l'œsophage directement à l'estomac. En effet, cette anastomose œsophago-gastrique est grevée d'un taux d'œsophagite par reflux variant de 75% à 80%.

Il est intéressant de noter que ces quatre cas de sténose caustique de l'œsophage sont venus à la chirurgie après l'échec total du traitement par la dilatation qui dans 1 cas (obs. 4) dura près de deux ans. A ce moment, il était impossible à l'œsophage d'assurer un transit alimentaire quelconque. A la lumière de ces constatations, nous pensons que l'indication de remplacement de l'œsophage devrait être envisagée dès qu'il devient évident que l'œsophage ne peut plus assurer un transit alimentaire solide satisfaisant.

La préparation préopératoire de ces enfants doit être soignée. Elle devra porter sur la nutrition, la condition sanguine, la connaissance de la flore bactérienne de la gorge, l'état du côlon quand on se propose de faire un remplacement colique.

En utilisant des gavages bien balancés au point de vue des graisses, des protides, des hydrates de carbone et des vitamines, il a été possible d'amener nos patients à un bon état nutritionnel leur permettant de faire les frais cataboliques de cette longue intervention.

Dans tous nos cas, le pourcentage d'hémoglobine a été porté à des valeurs suffisantes pour assurer un transport et une distribution d'oxygène satisfaisants aux différents tissus de l'organisme et en particulier au transplant intestinal ou colique.

Il faut également rechercher avec soin tout foyer infectieux du rhino-pharynx ou des amygdales, avant de décider d'intervenir. L'intervention devra être retardée, s'il existe un foyer infectieux et ne pourra être décidée à nouveau qu'après disparition clinique et bactériologique du dit foyer. Soulignons aussi qu'il est indispensable de connaître la flore bactérienne qui existe au niveau du rhino-pharynx et de la gorge de ces enfants et leur sensibilité aux antibiotiques.

Quand on envisage de faire un remplacement colique, il faut s'assurer préalablement qu'il n'existe aucune lésion tumorale ou ulcéreuse au niveau du côlon. L'existence de telles lésions au niveau du côlon contre-indiquera son utilisation. Chez nos deux enfants qui eurent un substitut colique droit, aucune lésion organique n'a été décelée. La préparation du côlon, à l'aide de lavements évacuateurs et de néomycine a été également utilisée dans ces deux cas.

TECHNIQUE

Nous ne nous étendrons pas sur les différents temps opératoires de cette intervention; nous nous proposons surtout d'attirer l'attention sur certains points de technique et sur certains écueils qui peuvent compromettre le succès de l'opération.

Dans nos 6 cas, la voie rétro-sternale a eu notre préférence à cause des avantages multiples qu'elle présente. Pour un substitut de l'œsophage, nous pensons que la voie rétro-sternale est le plus court chemin qui va de l'abdomen au cou. Par ailleurs, les risques de médiastinite sont réduits à néant quand cette voie est utilisée. Cette voie rétro-sternale permet enfin d'éviter la formation d'un disgracieux conduit présternal qui reste malgré tout exposé à tout traumatisme externe et les risques ici sont d'autant plus grands qu'il s'agit d'enfants.

Certaines précautions devront être prises en utilisant la voie rétro-sternale. Il faut à tout prix éviter de déchirer la plèvre pariétale, en creusant le tunnel rétro-sternal. Outre le pneumothorax qui s'ensuivra, Petrov a également signalé que la paroi du tube de remplacement, contiguë à cette déchirure pleurale, pourrait, sous l'action de la pression négative, pénétrer à travers la brèche pleurale et se couder. Il faut aussi ajouter que même en connaissant l'existence d'une déchirure pleurale, il est difficile, sinon impossible de la réparer à cause de l'exiguïté du tunnel rétro-sternal. Un de nos cas a présenté un pneumothorax, causé par une déchirure probable de la plèvre pariétale pendant le creusement du tunnel rétro-sternal. Cette complication signalée par Petrov ne s'est pas produite chez notre patient. Pour notre part, nous pensons que cet accident ne pourrait survenir que lorsqu'il existe une déchirure pleurale assez grande pour permettre le passage de la paroi intestinale voisine.

Un autre inconvénient auquel il faut penser en utilisant la voie rétro-sternale, est une fermeture parfois trop accentuée de l' "inlet" thoracique dans le sens sagittal. Si on soupçonne cette anomalie qui peut être à l'origine de troubles de compression au niveau de l'anastome œsophago-jéjunale, il ne faut pas hésiter à faire une résection en V au niveau du manubrium sternal. Nous pensons que ceux qui interviennent chez les enfants en bas âge doivent faire face assez souvent à cette exiguïté de l' "inlet" thoracique. Sans pouvoir être affirmatif, nous pensons qu'un de nos cas de sténose post-anastomotique (obs. 2) est attribuable à l'exiguïté de l'espace compris entre la trachée et le bord supérieur du sternum.

Nous avons utilisé la moitié droite du côlon chez 2 de nos patients, il s'agissait d'un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage sans fistule trachéo-œsophagienne (obs. 2) et d'un cas de brûlure caustique de l'œsophage (obs. 4). Dans les 4 autres cas, on eut recours à des segments du jéjunum. Que le choix du matériel de remplacement soit jéjunal ou colique, l'étude minutieuse de la vascularisation de celui-ci sera le principal souci du chirurgien. Il faudra toujours recourir à l'obstruction temporaire d'un vaisseau et à l'observation consciencieuse du tube intestinal de remplacement, avant de le ligaturer définitivement.

Toute traction exagérée sur les éléments vasculaires qui irriguent le substitut œsophagien peut entraîner des altérations circulatoires mettant en danger ou compromettant définitivement l'irrigation du transplant. Une compression que pourrait entraîner la distension d'un viscère creux, en l'occurrence l'estomac, peut être également à l'origine de troubles circulatoires au niveau du transplant. Ce danger de compression vasculaire serait d'après nous, plus imminent avec le jéjunum qu'avec le côlon. Pour éviter cet inconvénient, nous avons préféré remonter notre segment jéjunal ou colique en arrière de l'antre de l'estomac pour le faire

ensuite passer à travers une brêche pratiquée dans le bord libre de l'épiploon gastro-hépatique.

Dans les cas de remplacement colique, toutes les anastomoses ont été faites dans le même temps opératoire. Dans un de ces cas (obs. 4) alors que tout laissait présager que notre anastomose œsophago-colique pourrait se réaliser facilement et sans tension, le bas-fond de cæcum ne put être fixé à l'œsophage que de justesse.

Dans nos 4 cas de remplacement de l'œsophage par du jéjunum, l'anastomose œsophago-jéjunale a été faite dans un deuxième temps opératoire. En effet, le jéjunum une fois remonté est abouché au niveau du cou et ce n'est qu'après une période d'observation qui a varié chez nos 4 cas de 10 à 40 jours que l'anastomose du jéjunum à l'œsophage fut réalisée. Cette façon de procéder nous a permis de contrôler pendant le temps voulu l'état de vascularisation de la partie distale de notre transplant. Nous n'avons jamais eu de doute ou de crainte quant à la vitalité de nos segments jéjunaux, et c'est pourquoi ils furent tous remontés par la voie rétro-sternale.

Pour peu qu'on ait des doutes sur la vitalité du transplant, Petrov recommande de le remonter par voie sous-cutanée, pour éviter le développement de tout processus nécrotique ou infectieux dans le tunnel rétro-sternal qui est fort difficile à drainer en cas d'infection. En outre, il est souhaitable de ne pas mettre un segment intestinal de vitalité douteuse au contact de la plèvre. Le même auteur ajoute que ce substitut pourra être dans la suite remonté par voie rétro-sternale, la preuve de sa viabilité une fois faite.

Dans un cas de remplacement jéjunal (obs. 6), l'anastomose œsophago-jéjunale a été aussi faite de justesse. Dans le chapitre des complications, nous en verrons les conséquences.

Il ne sera pas inutile de mentionner qu'il faut toujours éviter de disposer le transplant jéjunal dans le sens antipéristaltique, car des expériences ont nettement montré que ceci allait à l'encontre de la dynamique physiologique du grêle.

Pour terminer, disons qu'il serait déplorable que le chirurgien ayant achevé son intervention se rappelle tout à coup qu'il n'avait pas enlevé l'appendice dans un cas de remplacement œsophagien par du côlon droit !

COMPLICATIONS

a) *Immédites.* Elles ont toujours eu rapport avec l'appareil respiratoire. Ces enfants présentent de l'hypersécrétion bronchique qui ne tarde pas à dégénérer en atélectasie pulmonaire. Il faut souligner ici combien il est important de gagner la confiance de ceux qui sont assez grands et de leur expliquer avant l'opération qu'ils devront s'efforcer de tousser et de cracher. Quand ils refusent de collaborer et même quand ils collaborent, il se développe de l'atélectasie localisée le plus souvent au lobe supérieur droit. Chez nos patients, cette complication fut toujours efficacement combattue avec de l'humidité, des bronchodilatateurs, des mucolytiques et de la physiothérapie. Dans 3 cas (obs. 2, obs. 4, obs. 5), on dut recourir à la broncho-aspiration.

b) *Précoces.* Malgré les soins apportés à la construction des anastomoses œsophago-intestinales, nous avons eu des fistules transitoires dans tous nos cas qui se tarirent en moyenne en deux semaines. Il est regrettable qu'on ne puisse éviter cette complication qui constitue un facteur adjuvant important dans la formation de la sténose anastomotique post-opératoire dont nous allons parler.

c) *Tardives.* Nous devons diviser ces sténoses en deux variétés: 1) Une variété banale que l'on rencontre chez presque tous les opérés de l'œsophage et qui répond très bien aux dilatations. Chez deux de nos patients (obs. 1, 3), nous avons eu cette variété de sténose anastomotique qui a répondu très bien aux bougirages. 2) Par contre, 4 de nos patients présentèrent une sténose progressive et sévère de l'anastomose cervicale (obs. 2, 4, 5, 6) (Fig. 3). Des dilatations furent pratiquées chez deux de nos patients dès l'apparition de la sténose anastomotique mais sans succès. Il s'agissait des deux cas (obs. 4 et 6) où l'anastomose cervicale ne put être pratiquée que de justesse. Dans un cas (obs. 5), on ne tenta même pas de dilatation à cause de la sténose rapide et serrée qui se produisit. On procéda simplement à une résection de la sténose anastomotique suivie de réanastomose. Le premier patient (obs. 2) continue encore à avoir des bougirages, mais nous prévoyons d'ores et déjà un échec de ce traitement.

La réintervention pratiquée dans deux de nos cas de sténose (obs. 4 et 6) consista en une sternotomie médiane avec prolongement de l'incision au niveau du cou, ce qui permit de mettre en évidence tout le transplant et l'anastomose cervicale. Après dissection et mobilisation du transplant, on procéda à la résection de la sténose qui dans les deux cas était complètement fermée. On put par la suite

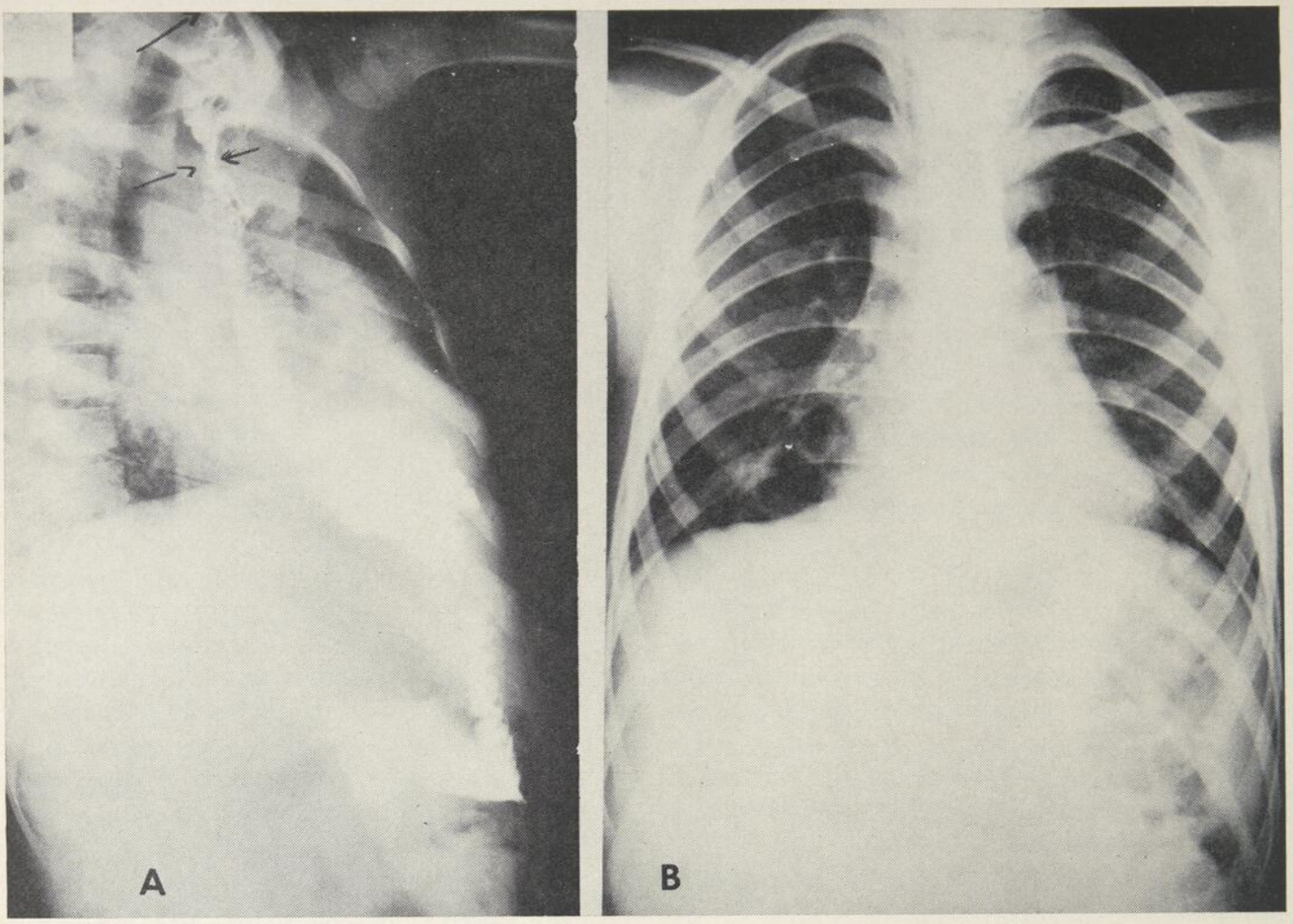


Fig. 3 — A — Début de sténose anastomotique chez un patient ayant eu un remplacement jéjunal (obs. 6). La progression de cette sténose nécessita une réintervention. B — Sténose quasi complète chez un patient ayant eu un remplacement colique (obs. 5) pour qui une réintervention dut être partiquée.

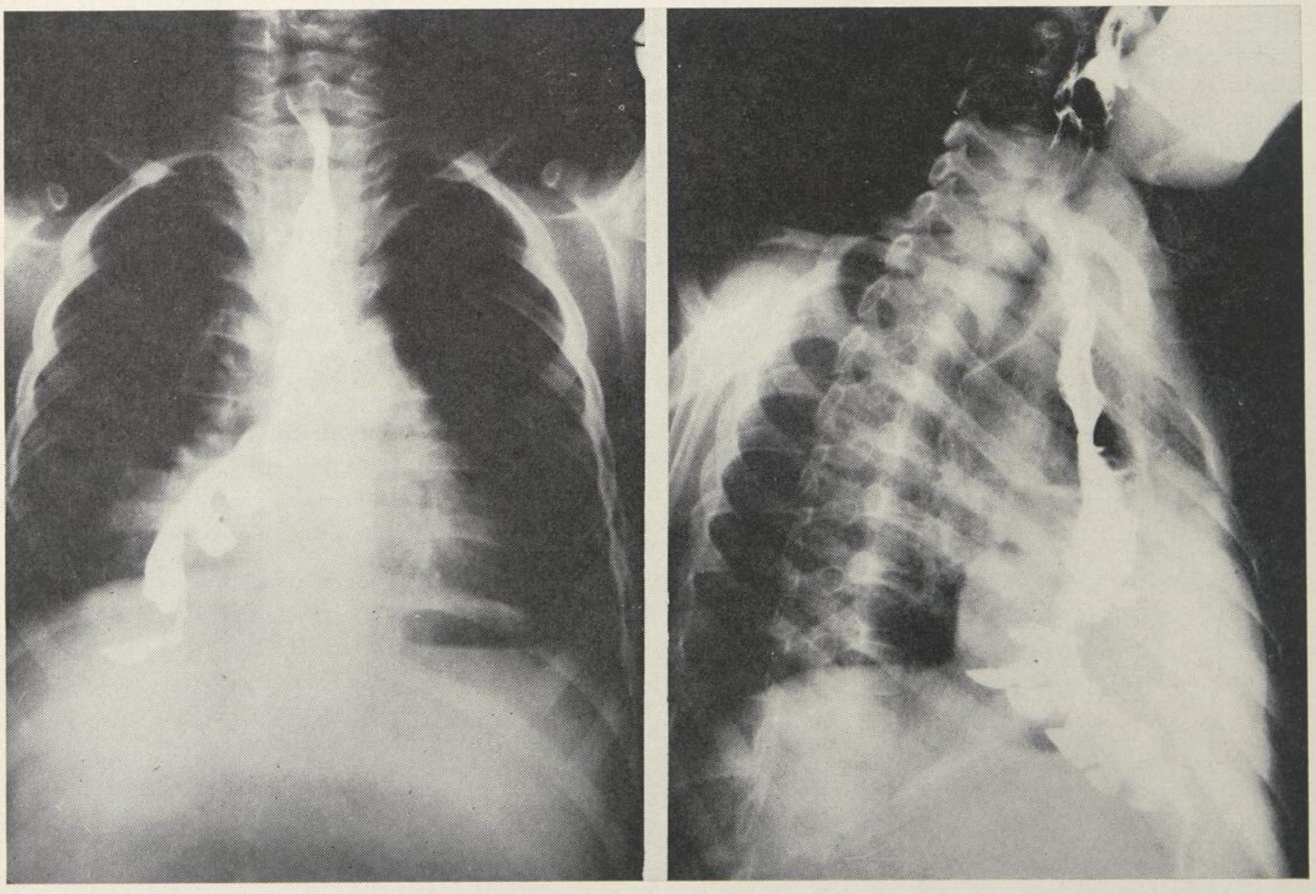


Fig. 4 — Résultats radiologiques obtenus après réintervention pour sténose anastomotique (obs. 5).

construire des anastomoses où il n'existait aucune tension. Ces réinterventions ont été pratiquées 10 à 14 mois après l'intervention initiale. Fait intéressant à noter, il ne se produisit aucune fistule post-anastomotique. Ces réinterventions nous ont permis également de constater que ces segments de remplacement semblent suivre un développement prallèle au développement statural de l'enfant (Fig. 4).

Jusqu'à cette date, nos patients n'ont jamais présenté de signe clinique ou radiologique faisant penser à des ulcérations peptiques au niveau de l'anastomose entéro ou côlo-gastrique.

Il ne s'est produit aucune nécrose au niveau des segments intestinaux utilisés pour remplacer l'œsophage de nos patients. Cette complication viendra toujours à l'esprit, quand il y a élévation persistante de la température, accélération du pouls, chez ces patients. Petrov signale un signe radiologique, qui peut orienter vers ce diagnostic et qui consiste en une distension importante du substitut, mais nous ne connaissons ni l'importance ni la fréquence de ce signe radiologique.

Il est encore recommandé, en cas de nécrose, de doser la déshydrogénase lactique sanguine, mais d'après certains travaux, ce test n'est pas spécifique d'une nécrose intestinale et une valeur ne lui sera accordée que dans la mesure où l'on peut lui adjoindre d'autres signes faisant penser à cette complication. L'élément vraiment important dans la découverte de cette complication appartient au chirurgien qui connaissait l'état de la vascularisation du matériel de remplacement qu'il a eu à utiliser.

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

1) Dans cette série de 6 enfants ayant eu un remplacement de l'œsophage, il ne s'est produit aucun décès.

2) Il appert que chez l'enfant la voie rétrosternale est l'une des meilleures à employer, quand on remplace l'œsophage.

3) La fonction de remplacement de l'œsophage donnée au côlon ou au jéjunum fut pleinement atteinte, sauf dans un cas de sténose anastomotique qui reçoit des dilatations et pour qui nous prévoyons une réintervention.

4) Quand l'irrigation du matériel de remplacement est bien étudiée, les risques d'ischémie et de nécrose sont nuls.

5) Les sténoses anastomotiques constituent une complication assez fréquente qu'on essaiera d'éviter par tous les moyens appropriés.

6) A la lumière de nos deux réinterventions pour sténose anastomotique, nous pensons que le segment intestinal de remplacement a un développement parallèle au développement statural de l'enfant.

7) Nous pensons que chez les nouveau-nés ayant une des formes d'atrésie œsophagienne né-

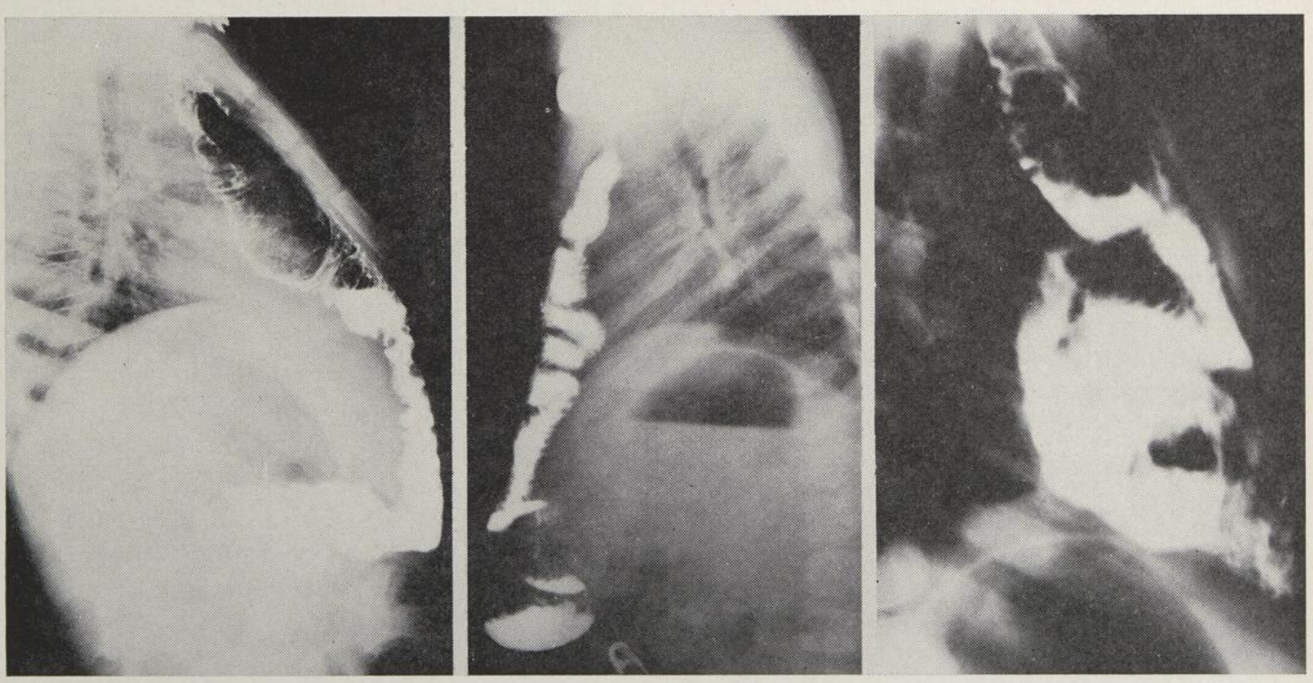


Fig. 5 — Résultats radiologiques chez trois patients (obs. 6, 4, 3) ayant eu un remplacement de l'œsophage par du jéjunum.

cessitant un remplacement, il serait mieux d'attendre qu'ils atteignent l'âge de deux ans avant de les opérer.

8) Dans cette série, il n'a été noté cliniquement ou radiologiquement aucun signe, symptôme ou image faisant penser à une complication de la partie distale du segment de remplacement causée par la sécrétion acido-peptique de l'estomac.

9) Bien que techniquement les remplacements coliques se soient avérés plus aisés, les résultats fonctionnels subjectifs et cinéradiographiques furent meilleurs avec les remplacements jéjunaux qu'avec les remplacements coliques.

10) Cette chirurgie de remplacement, qui vient d'atteindre un plus haut degré de perfectionnement par l'utilisation du côlon gauche, demeure la méthode de choix pour tous les enfants qui présentent des lésions œsophagiennes congénitales ou acquises, incompatibles avec la fonction physiologique de cet organe.

Résumé

Ce travail porte sur 6 enfants présentant des lésions congénitales ou acquises de l'œsophage incompatibles avec l'alimentation normale. En utilisant un segment jéjunal ou colique, l'œsophage de ces enfants a pu être remplacé. Le but de l'étude visait à passer en revue les indications opératoires, les subtilités techniques de l'intervention, les complications et les constatations qui ont été faites à la lumière de certaines complications.

Remerciements à mademoiselle M. Gagnon et à monsieur R. Doyon du Service d'Art Médical de l'Hôpital Sainte-Justine.

Summary

This report deals with six cases of esophageal reconstruction, by means of a retro-sternal jejunal or colic transplant, operated on in Sainte-Justine Hospital between 1954 and 1962.

The historical background as well as the rationale and indications of the procedure used, are thoroughly reviewed with particular reference to the post-operative complications.

No death was encountered and the over-all results so far (the first two cases being respectively 6 and 5 years post-op.) have been very favorable.

BIBLIOGRAPHIE

1. NEVILLE, Willia-E. et CLOWES, George H. A.: Colon replacement of the esophagus in children for congenital and acquired disease. *Journal of Thoracic and Cardio-vasc. Surg.*, **40**: 507, 1958.
2. LONGINO, Luther-A.; WOELLEY, Morton-M. et GROSS, Robert-E.: Esophagal replacement in infant and children with use of segment of colon. *J.A.M.A.*, **171**: 85-1187, 1959.
3. SHERMAN, Charles-D. Jr.: Replacement of esophagus. Pediatric Surgery, vol. 1. Benson et ass., édit., Chicago, 1962.
4. MERENDINS, Kalvin: Certain considerations in the use of jejunum or colon for esophagal substitution. *Amer. J. of Surgery*, **99**: 833, 1960.
5. GRIMES, Orville F.: Replacement of esophagus. *Amer. J. of Surgery*, **100**: 278, 1960.
6. POTTS, W.: Congenital atresia of esophagus in "The surgeon and the child". W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1959.
7. PETROV, B. A.: Retro-sternal artificial esophagus from jejunum and colon. *Surgery*, **45**: 890, 1959.
8. ROBERTSON, R. et SARJEANT, T.-R.: Reconstruction of esophagus. *J. Thoracic Surgery*, **20**: 689-701, 1950.

TRAITEMENT ORAL DE L'ENDOCARDITE MALIGNE À STREPTOCOQUE PAR LA PHÉNÉTHICILLINE POTASSIQUE: DIX OBSERVATIONS *

Lucien CAMPEAU, F.R.C.P.(C) et Marcel LEFEBVRE Bsc.

Le traitement de l'endocardite maligne à streptocoque par la Pénicilline G. parentérale en association à la Streptomycine est universellement accepté (1-5). On admet généralement que ce traitement est efficace dans 75 à 90% des cas, les décès étant dus habituellement aux complications; insuffisance cardiaque, embolies ou rupture d'anévrysme mycotique. Il est reconnu que seulement 4% des souches de streptocoques viridans sont résistantes à la Pénicilline. Par contre, le streptocoque fæcalis est habituellement plus résistant, mais il est de toute façon inhibé par la Pénicilline-Streptomycine en quantité importante.

Le seul avantage par conséquent d'une thérapeutique autre que la Pénicilline-Streptomycine est relatif au mode d'administration. En effet la Pénicilline G doit s'administrer par voie intra-musculaire, 600,000 à 1,200,000 unités aux quatre à six heures, ou encore par voie intra-veineuse, et ceci, pendant une période de deux à quatre semaines en ce qui concerne la streptocoque viridans, et pendant une période de six semaines quand il s'agit d'un streptocoque fæcalis. Les régions fessières et deltoïdiennes deviennent inévitablement endolories et les veines inaccessibles en peu de temps. On a pensé depuis longtemps qu'un traitement oral serait grandement apprécié par les patients et les infirmières. Certains antibiotiques, la Chloramphenicol, l'Auréomycine, la Terramycine et l'Erythromycine ont été essayés sans succès, des guérisons incomplètes et des rechutes étant presque de règle, à cause de l'effet surtout bactériostatique de ces antibiotes (4). La Pénicilline G par voie orale fut rejetée à cause d'une absorption incomplète et capricieuse (2). En 1956, Quinn et ses collaborateurs (6) ont rapporté les premières guérisons par la Pénicilline V orale (Phénoxyméthylpénicilline). Par la suite, d'autres études (7-14) furent publiées, mais ce mode de traitement ne fut pas universellement accepté. En 1961, Quinn et Colville (15) démontrèrent d'une façon plus évidente l'efficacité de cette thérapeutique orale chez vingt-sept malades dont 78.8% ont été guéris.

Au printemps 1960, nous avons entrepris de traiter tous les cas d'endocardite à streptocoque par la Phénéthicilline orale. La Phénéthicilline ** est une Pénicilline semi-synthétique introduite en 1959 à la suite de la synthèse par Batchelor et ses collaborateurs (16) de l'acide 6-aminopénicillanique. Il s'agit du sel de potassium de l'acide pénicillanique (6-alpha phénoxypropionamido) ou alpha-phénoxyéthylpénicilline. L'absorption régulière et à peu près complète de la Phénéthicilline par le tube digestif et son activité bactéricide au moins égale à celle de la Pénicilline G et de la Pénicilline V (17-19) nous avaient fait croire qu'elle pouvait être utilisée avantageusement dans le traitement de l'endocardite bactérienne. Les résultats obtenus chez nos quatre premiers malades ont été publiés en mars 1961 (20). Gold et ses collaborateurs (21) ont rapporté en 1962 onze cas d'endocardite à streptocoque traités de cette façon. L'étude suivante est basée sur dix-neuf observations personnelles dont dix cas à streptocoque traités par la Pénicilline Potassique orale.

MÉTHODES

Analyse des sujets

Tous les cas d'endocardite à streptocoque traités à l'Institut de Cardiologie de mars 1960 à décembre 1962, sauf deux, ont été inclus dans cette série, en plus d'un cas du Service de Médecine de l'Hôpital Maisonneuve. Deux cas d'endocardite à streptocoque également traités par la Phénéthicilline ne sont pas inclus dans cette série. Chez un malade, on avait donné de la Pénicilline G procaïnée en quantité suffisante par voie intra-veineuse pendant une période de deux semaines, le traitement ayant été continué par la Phénéthicilline orale pendant deux semaines supplémentaires. Chez l'autre, un traitement à la Phénéthicilline fut donné pendant quatre semaines à cause d'un diagnostic probable. Une seule hémoculture avait été positive et le diagnostic est demeuré douteux. Ces deux cas cependant ont été guéris. Nous avons par ailleurs durant cette période traité par des antibiotiques divers deux cas d'endocardite à staphylocoque aureus, un cas d'endocardite à pseudomonas et quatre cas d'endocardite à hémocultures négatives. Trois de ces cas ont été traités par la Phénéthicilline pendant quatre à cinq jours, une antibiothérapie différente ayant été substituée à cause d'hémocultures négatives.

* De l'Institut de Cardiologie de Montréal et de l'Hôpital Maisonneuve, Montréal.

[1] Syncillin: Gracieusement fournie par Bristol Laboratories of Canada Ltd.

TABLEAU I

Cas	C.M. ♂	L.R. ♀	M.T. ♂	J.M.L. ♂	C.B. ♂	F.C. ♂	F.V. ♀	W.L. ♂	T.A. ♀	R.P. ♂
Age	34	39	28	29	19	29	7	53	27	34
Cardiopathie	C.I.V. A.S.V.	M.A.	Tet.	M.A.	C.I.V.	Tet.	C.A.	M.A.	R.M.	A.S.V.
Asthénie	+	+	+	+	+	+		+	+	+
Fièvre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Splénomégalie	+	+	+	+	+	+	+		+	+
Pétéchies		+	+	+		+	+	+	+	
Hem. unguéales			+					+		
Nodules d'Osler								+	+	
Hématurie	+						+			+
Hémoglobine(gr.)	9.5	13	13	11.4	10	17.1	11.4	9.3	9.5	9.8
Sed. glob.corr.	29	44	29	31	31	5	23	29	26	10
Durée	7 M.	1S.	3S.	3S.	4 M.	2S.	6S.×	5 M.×	7 M.×	4 M.

× Cas traité ailleurs d'une façon inadéquate

C.I.V. : Communication inter-ventriculaire
M.A. : Maladie aortique
Tet. : Tétralogie de Fallot
R.M. : Régurgitation mitrale
A.S.V. : Anévrysme d'un sinus de Valsalva aortique

Tous les dix cas de cette étude, en plus de fournir au moins deux hémocultures positives, ont présenté un tableau clinique compatible avec une endocardite maligne (Tableau I). Tous étaient des adultes, excepté un enfant de 7 ans. Tous avaient une cardiopathie sous-jacente, cinq de nature congénitale et cinq d'origine rhumatismale. Tous ont présenté de l'asthénie, sauf l'enfant de 7 ans et la plupart étaient anorexiques et avaient perdu du poids. Tous étaient fébriles. Neuf d'entre-eux avaient une splénomégalie; six, des pétéchies; deux, des hémorragies sous-unguéales; deux, des nodules d'Osler. Tous avaient une anémie, excepté trois malades dont la maladie durait depuis moins de trois semaines, ce qui explique probablement l'absence d'anémie. Trois avaient des hématuries microscopiques. La sédimentation globulaire corrigée était accélérée dans tous les cas excepté chez deux malades dont un était en insuffisance cardiaque congestive. La durée de la maladie était supérieure à trois semaines chez tous, excepté chez trois malades qui avaient par ailleurs une splénomégalie et des pétéchies de telle sorte que même chez ceux-ci le diagnostic d'endocardite nous a semblé certain. Il faut noter que trois malades avaient déjà été traités ailleurs d'une façon inefficace, un à trois mois auparavant. Deux autres patients (F.C. et M.T.) avaient déjà été traités ici un an et un an et demi auparavant par la Pénicilline parentérale. Ces deux cas avaient été guéris comme l'a prouvé l'évolution favorable pendant une période d'au moins un an entre ces deux épisodes, et nous croyons qu'il s'agissait d'une réinfection plutôt que d'une rechute par traitement inadéquat. Il s'agissait de Tétralogie de Fallot dans les deux cas.

Analyses de laboratoire

Tous les cas ont fourni au moins deux hémocultures positives (Tableau II). Il s'agissait de six souches à streptocoque viridans, trois souches à streptocoque fæcalis ou entérocoque et une souche à streptocoque anaerobique. Ces organismes étaient sensibles à la Pénicilline G d'après la technique usuelle utilisant les disques d'Agar, sauf un streptocoque fæcalis. Celui-ci était sensible seulement à 25 microgrammes de Pénicilline G mais était inhibé par 1.56 microgramme de Phénéthicilline. La sensibilité aux divers antibiotiques, en particulier la Pénicilline G, la Pénicilline V et la Phénéthicilline, fut également mesurée à l'aide de la technique de dilutions sériées, utilisant une dilution de culture de 1: 1000 (22). La quantité d'antibiotique qui inhibe la croissance de l'organisme est appelée concentration minima inhibitrice (C.M.I.). Il est reconnu qu'une concentration minima inhibitrice égale ou inférieure à 0.1 microgramme par cc manifeste une grande sensibilité de l'organisme, tandis qu'une consentration minima inhibitrice égale ou supérieure à 3 microgram-

mes par cc témoigne d'une résistance. Dans certains cas, la concentration minima inhibitrice de la Vancomycine, Streptomycine et Methicilline a également été déterminée.

La Phénéthicillinémie ou taux sérique a été déterminé par la méthode de diffusion (19) utilisant le Sarcina lutea comme organisme de contrôle.[1]

L'activité inhibitrice du sérum a été mesurée par la technique décrite par Geraci et ses collaborateurs (23). Cette technique consiste à confronter l'agent bactérien en cause avec le sérum du patient sous traitement. Ce sérum contenant le ou les antibiotiques est dilué d'une façon sériée et incubé en présence de l'agent bactérien. La plus grande dilution ou titre qui inhibe la croissance de l'organisme est appelé activité inhibitrice. Cette analyse, fonction par conséquent du taux sérique de l'antibiotique et de la sensibilité de l'organisme, mesure l'efficacité du moins théorique du traitement en cours. Un titre égal ou supérieur à 1:16 est considéré adéquat.

Traitement.

La Phénéthicilline fut administrée sous forme de comprimés de 250 mgs, équivalents à 400,000 unités internationales de Pénicilline G,, trois à quatre comprimés aux deux à quatre heures, pour des doses de 5 à 10 gms par jour. Chez un enfant, elle fut donnée sous forme de suspension orale, 30 cc. aux trois heures. Dans tous les cas, sauf deux, le traitement fut interrompu pendant six à huit heures durant la nuit. La dose quotidienne moyenne pour tout le groupe fut de 6.6 gms, 6 grammes pour les cas à streptocoque viridans et 8 grammes pour les cas à streptocoque fæcalis. Chez six malades, dont deux des trois cas à streptocoque fæcalis, nous avons associé la Streptomycine intra-musculaire à la dose de 1 à 2 gms par jour pendant au moins deux semaines. Deux autres patients ont également reçu 500 mgs de Probénécide [2] aux six heures. Le traitement fut commencé dès le quatrième jour d'hospitalisation excepté chez deux patients qui ont bénéficié du traitement à partir du septième et du onzième jour respectivement. La durée du traitement fut de quatre semaines excepté chez un patient chez qui celui-ci fut continué pendant six semaines. La période d'observation après la cessation du traitement a été de six à trente mois.

[1] Cette analyse a été pratiquée aux Laboratoires Bristol, Syracuse, New York.

[2] Benemid, produit par Merck Sharp and Dohme of Canada Ltd.

RÉSULTATS

Laboratoire

Quatre des six streptocoques viridans isolés étaient très sensibles à la Phénéthicilline dont la concentration minima inhibitrice ne dépassait pas 0.1 microgramme par cc (Tableau II). Par contre les trois souches de streptocoque fæcalis étaient peu sensibles et la concentration minima inhibitrice était d'au moins 0.78 microgrammes par cc.

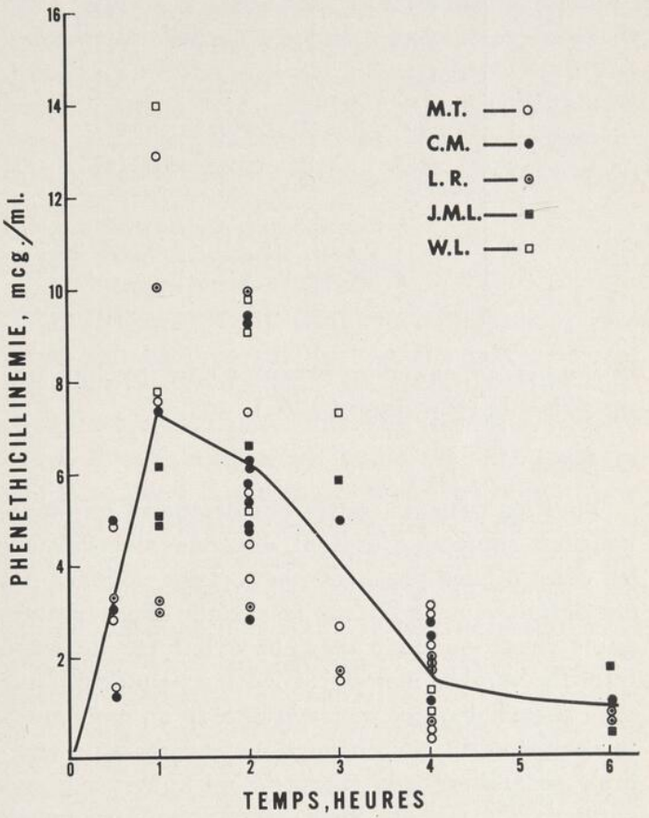


Fig. 1. — Phénéthicillinémie ou taux sérique de la Phénéthicilline après ingestion d'un gramme. Il est noté que la concentration atteint un maximum une heure après l'ingestion et que celle-ci se maintient à un niveau thérapeutique pendant au moins trois heures.

La Phénéthicillinémie obtenue chez cinq patients a été très adéquate (Fig. 1). Ces niveaux sériques démontrent d'une façon non équivoque l'absorption satisfaisante du médicament. Il est noté que la concentration sérique atteint un maximum environ une heure après l'ingestion et se maintient à un niveau thérapeutique satisfaisant pendant une durée de trois heures. En effet, on considère (2) thérapeutiquement satisfaisant un taux sérique égal à dix fois environ la concentration minima inhibitrice, ce qui a été retrouvé chez ces patients (Tableau II).

L'activité inhibitrice du sérum a été adéquate dans tous les cas sauf un (Tableau II). Il s'agis-

TABLEAU II

	Streptocoque	C.M.I.+ mcg/ml	*Taux sérique* x *mcg/ml*	*Activité inhibitrice du sérum* x
C.M.	Viridans (3) •	0.1	7.4	
L.R.	Fæcalis (3)	0.78	3 à 21 (8) •	
M.T.	Viridans (6)	0.78	7.6 à 13 (2)	
J.M.L.	Fæcalis (4)	0.78	5 à 12 (6)	1:2 à 1:32 (3) •
C.B.	Viridans (4)	0.05		1:32 à 1:64 (5)
F.C.	Viridans (4)	0.05		1:16 à 1:32 (3)
F.V.	Viridans (2)	0.39		
W.L.	Viridans (6)	< 0.05	7.7 à 14 (3)	1:128 à 1:512 (3)
T.A.	Fæcalis (7)	1.56		nil
R.P.	Anaerobique (6)			

+ Concentration minima inhibitrice de la Phénéthicilline.
x Valeurs obtenues une heure après ingestion de un gramme de Phénéthicilline.
• Nombre de déterminations.

sait dans ce cas d'un streptocoque fæcalis peu sensible à la Pénicilline (T.A.).

Clinique

Tous les patients traités ont démontré une amélioration subjective et sont devenus afébriles dès les deux à trois premiers jours. Sept malades ont été définitivement guéris, la période d'observation après cessation du traitement ayant été de six à trente mois. Un malade (C.M.) a bénéficié d'une cure bactériologique mais est décédé un mois après la cessation du traitement d'une hémorragie cérébrale secondaire à la rupture d'un anévrysme mycotique. Ce malade avait répondu au traitement d'une façon adéquate et avait continué à bien évoluer durant trois semaines après la cessation du traitement. A l'autopsie, aucune végétation récente fut observée et les hémocultures obtenues après la cessation du traitement et avant son décès étaient négatives. Il était porteur d'une communication inter-ventriculaire et d'un anévrysme d'un sinus de Valsalva rupturé (Fig. 2). Les dégâts valvulaires étaient impressionnants mais il faut dire que l'infection existait depuis au moins sept mois. Nous croyons qu'il s'agit ici d'une cure bactériologique et d'un décès par complication tardive. Chez une malade (T.A.), le traitement fut discontinué au septième jour. Cette patiente souffrait d'une endocardite à streptocoque fæcalis depuis sept mois et avait été traitée à deux reprises dans un autre milieu. Elle semblait cependant répondre adéquatement à la Syncilline. Sa température était devenue normale, nous avions noté une amélioration subjective satisfaisante, et les hémocultures étaient devenues négatives. Cependant des nodules d'Osler continuaient à apparaître. Étant donné ce fait, la longue durée de la maladie, un organisme peu sensible à la Phénéthicilline et une activité inhibitrice du sérum inadéquate, le traitement fut discontinué malgré que celui-ci ne semblait pas nécessairement inadéquat. Elle fut par la suite guérie par une antibiothérapie différente. Finalement un troisième malade (R.P.) décéda le quatrième jour d'insuffisance cardiaque et d'embolies pulmonaires. Ce malade souffrait d'une endocardite depuis au moins quatre mois. Il s'agissait

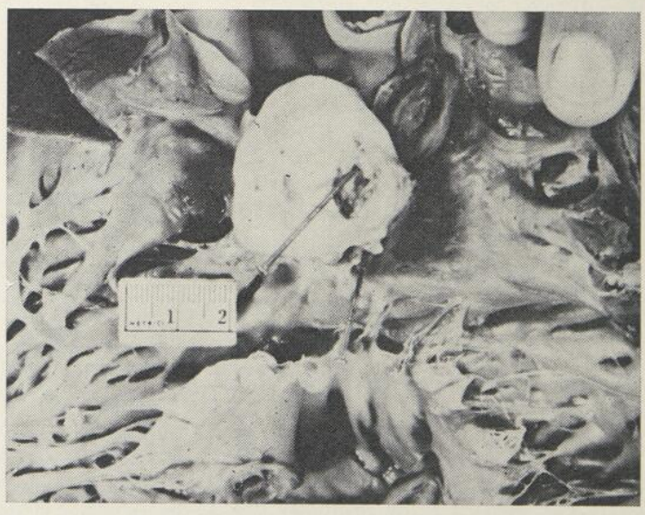


Fig. 2. — Anévrysme d'un sinus de Valsalva aortique se projetant dans le ventricule droit. Une perforation de cinq à sept mm de diamètre est nettement visualisée.

encore d'un anévrysme d'un sinus de Valsalva aortique rupturé et d'une atteinte valvulaire importante (Fig. 3).

Tolérance et toxicité

Ce traitement a été accepté avec beaucoup de complaisance malgré le goût un peu désagréable des comprimés. Quatre patients ont accusé des nausées et des vomissements pendant les quelques premiers jours du traitement, mais ceci est rentré dans l'ordre spontanément chez certains et chez d'autres à l'aide de proclorpérazine sous forme de suppositoire.[1] Un patient a présenté une diarrhée transitoire et un autre un prurit anal. Une glossite à candida albicans, notée chez trois patients fut rapidement guérie par des gargarismes d'une suspension de mycostatin.[2] Nous avons noté chez deux patients, un enfant de 7 ans et une jeune fille de 27 ans une élévation marquée des transaminases SGO et SGP, dans l'ordre de 100 à 130 unités, durant toute la durée du traitement et ceci sans changement électrocardiographique ou signe d'infarctus pulmonaire. Par ailleurs, des tests de la fonction hépatique tels que la céphaline cholestérol, la turbidité au thymol et le brome sulphaléine étaient dans les limites de la normale. Cette élévation des transaminases dans ces deux cas n'était pas présente au début du traitement et elle est disparue progressivement dans les jours qui ont suivi la cessation du traitement, de telle sorte que nous pouvons difficilement la considérer étrangère à celui-ci. Cette observation reste cependant inexpliquée. Nous avons par ailleurs noté un cas d'hypersensibilité à la Phénéthicilline caractérisé par un exanthème généralisé chez une patiente qui démontra également plus tard une hypersensibilité à la Pénicilline G. Cette réponse immunologique croisée a déjà été décrite par Criep et Friedman (24). Cette patiente ne fait pas partie de ce groupe, les hémocultures s'étant avérées négatives. Le traitement à la Phénéthicilline fut discontinué après quelques jours et elle fut traitée efficacement par la Vancomycine. Par ailleurs, aucun autre effet toxique n'a été noté. Les examens suivants avaient été obtenus à toutes les semaines durant le traitement: formule sanguine, décompte des plaquettes, temps de prothrombine, temps de saignement et de coagulation, analyse d'urines, azotémie, turbidité au thymol, céphaline cholestérol et transaminases.

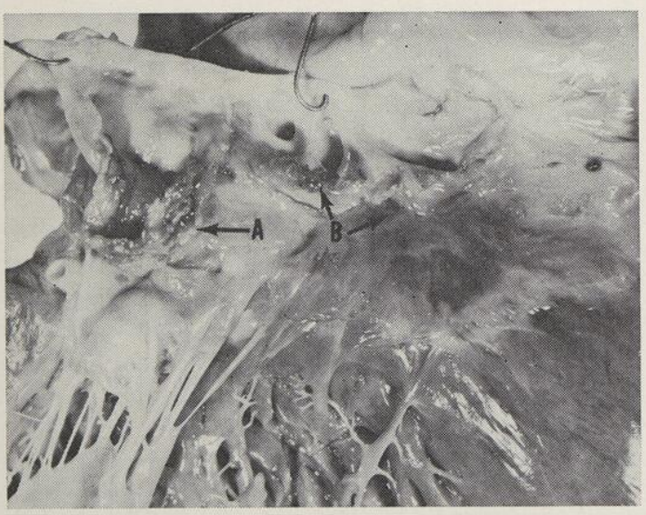


Fig. 3. — A: Sinus de Valsalva anévrysmale. — B: Feuillets aortiques ulcérés et recouverts de végétations.

[1] Stemetil, produit par Poulenc Limitée.
[2] Antibiotique dérivé du Streptomyces noursei, produit par Squibb, E. R., Sons of Canada, Ltd.

DISCUSSION

Les résultats nous semblent satisfaisants. En effet, huit patients sur dix ont été guéris de leur infection. Le traitement fut discontinué chez une patiente qui souffrait d'une endocardite à streptocoque fæcalis, organisme habituellement résistant à la Pénicilline. Un malade est décédé le quatrième jour du traitement avant que celui-ci ait pu faire sa preuve. Un patient qui avait bénéficié d'une cure bactériologique est décédé d'une complication tardive un mois plus tard. Il faut nécessairement distinguer entre une cure bactériologique et une guérison définitive, car cette infection peut causer des dégâts valvulaires incompatibles avec une survie prolongée (Fig. 2 et 3). Parfois des anévrysmes mycotiques se rupturent tardivement alors que l'infection elle-même est déjà guérie. Ces complications surviennent quand la maladie a duré depuis longtemps, habituellement pendant plus de trois mois (25). Il est intéressant de noter qu'il s'agissait chez les deux patients décédés d'anévrysme rupturé d'un sinus de Valsalva aortique, pathologie dont le pronostic est par ailleurs très sombre.

Ces résultats satisfaisants et ceux de Gold (21) nous font conclure que la Phénéthicilline orale est un traitement adéquat de l'endocardite à streptocoque. Il faut, bien entendu, que ce streptocoque soit sensible à la Phénéthicilline et que la concentration minima inhibitrice ne dépasse pas 0.78 microgramme par cc et qu'elle soit préférablement environ 0.16 microgramme par cc (0.1 unité). En effet, les taux sériques obtenus après un gramme de Phénéthicilline ne dépassent rarement 10 micro-

grammes par cc de telle sorte qu'une infection dont l'organisme est non inhibé in vitro par une quantité inférieure à 1.56 microgramme ne sera théoriquement pas guérie, si on considère qu'un taux sérique égal à 10 fois la concentration minima inhibitrice est nécessaire. Ce rapport idéal du taux sérique et de la concentration minima inhibitrice, établi entre deux à vingt, reste une notion théorique et non absolue. Hamburger et ses collaborateurs (14) ont noté des guérisons en présence d'un rapport de 2:1 et des échecs alors que ce rapport était de 1000:1. Chez trois de nos patients (Tableau II), la Phénéthicillinémie était à peine dix fois la concentration minima inhibitrice. Il s'agissait en particulier de deux cas à streptocoque fæcalis dont la concentration minima inhibitrice était à 0.78 microgramme (L.R. et J.M.L.). Ces niveaux sériques étaient théoriquement à peine satisfaisants pendant une heure après chaque dose. Il faut retenir cependant que d'après certains, une variation intermittente des niveaux sériques est préférable à une concentration constante, et que l'activité bactéricide s'effectue à l'occasion de ces concentrations maxima (26, 27). Dans un cas à streptocoque fæcalis, inhibé par 1.56 cgm/ml, l'activité inhibitrice du sérum était en effet nettement inadéquate. Le traitement fut par conséquent discontinué. Dans les trois autres cas dont l'organisme était inhibé par 0.78 mcg/ml, et dont l'activité bactéricide était de 1:2 à 1:32 chez l'un, une guérison fut obtenue malgré un rapport taux sérique-concentration minima inhibitrice à peine satisfaisant. Deux de ces infections étaient causées par un streptocoque fæcalis.

Il semble par conséquent que l'endocardite à streptocoque viridans habituellement très sensible à la Pénicilline peut être facilement guérie par la Phénéthicilline orale. Quant au streptocoque fæcalis, habituellement peu sensible, il faut recourir à la Pénicilline G parentérale à des doses quotidiennes de 10 à 100 millions unités toujours en association avec la Streptomycine, si la concentration minima inhibitrice dépasse 0.78 microgramme par ml, ou si la réponse thérapeutique ne s'avère pas satisfaisante. Il est probablement prudent d'y associer la Streptomycine dans tous les cas pour une période de deux semaines. Cette combinaison est nécessaire et devrait être continuée pendant une période de quatre à six semaines quand il s'agit d'un streptocoque fæcalis. L'addition de la Probenecid afin d'augmenter davantage le taux sérique de l'antibiote est également à considérer quand un niveau sanguin le plus élevé possible est désiré, surtout quand la concentration minima inhibitrice dépasse 0.39 microgramme par cc.

Quoique théoriquement la détermination du taux sérique d'un médicament soit très utile dans le cas d'une médication orale, l'activité inhibitrice du sérum, analyse facile, peut lui être avantageusement substituée. Cet examen nous a été très utile dans l'évaluation du traitement chez deux patients. Dans un cas (W.L.) la réponse thérapeutique semblait satisfaisante, mais des pétéchies et des hémorragies sous-unguéales continuaient à apparaître. A cause d'une activité inhibitrice fort satisfaisante, le traitement fut continué. Dans le deuxième cas (T.C.), le traitement fut discontinué à cause d'une activité inhibitrice du sérum nettement inadéquate. En général cependant l'évolution clinique est suffisante pour apprécier la réponse thérapeutique.

Ce traitement par voie orale, d'ailleurs également efficace quand la Pénicilline V est utilisée, nous paraît justifié considérant les ennuis qu'il épargne au patient d'autant plus que la période d'hospitalisation peut être écourtée d'au moins deux semaines. En effet, il nous semble qu'une période de deux semaines est suffisante pour commencer le traitement et s'assurer que celui-ci soit efficace, quitte à continuer le traitement à domicile pendent une période de deux semaines supplémentaires. Nous suggérons cependant de ne pas utiliser ce traitement oral chez les patients dont l'état général est gravement atteint et qui sont habituellement en insuffisance cardiaque. L'absorption peut être incomplète et de toute façon ces patients méritent un traitement le plus rapidement efficace et à des doses plus importantes que peut fournir la voie orale.

Il nous est impossible d'affirmer que cette drogue est supérieure à la Pénicilline V. D'après certains (17-19), les niveaux sériques fournis par la Phénéthicilline sont plus élevés, mais d'autres (28, 29) remarquent que l'activité bactéricide et par conséquent l'efficacité n'est pas de ce fait augmentée. Quoiqu'il en soit, le traitement oral de l'endocardite streptococcique par la Phénéthicilline nous semble satisfaisant et avantageux.

Résumé

Dix cas d'endocardite maligne à streptocoque non hémolytique ont été traités par la Phénéthicilline orale. Une cure bactériologique a été obtenue chez huit de ces malades. Un patient est décédé d'une rupture d'un anévrysme cérébral un mois après cessation du traitement. Dans un cas à

streptocoque fæcalis, le traitement fut discontinué parce qu'il était possiblement inadéquat. Un patient est décédé le quatrième jour du traitement.

La Phénéthicillinémie et l'activité inhibitrice du sérum ont semblé adéquates. La tolérance du médicament a paru satisfaisante et aucun effet toxique sérieux n'a été noté.

Ces résultats portent à croire que le traitement oral de l'endocardite maligne causée par des organismes sensibles à la Phénéthicilline est satisfaisant et avantageux.

Summary

Ten cases of streptococcal subacute bacterial endocarditis were treated by oral Phenethicillin. Six patients also received parenteral Streptomycin.

Streptococcus viridans was the causative organism in six cases, streptococcus fecalis in three, and a microaerophilic streptococcus in one case.

Definite bacteriologic cure was achieved in eight patients of whom one died four weeks later of a ruptured cerebral anevrysm. Oral therapy was discontinued in one patient because of an unsatisfactory response. One patient died on the fourth day of treatment.

The serum Phenethicillin concentration and serum inhibitory activity were adequate in most cases. The drug was relatively well tolerated and no serious toxic effect was noted except for an unexplained elevation of serum transaminase in two cases and an allergic reaction in another. These satisfactory results and those obtained by others with oral Penicillin V suggest that oral therapy of subacute bacterial endocarditis due to Penicillin sensitive organisms is adequate and advantageous.

BIBLIOGRAPHIE

1. CATES, J. E. et CHRISTIE, R. V.: Subacute Bacterial Endocarditis: Review of 442 patients treated in 14 Centers Appointed by Penicillin Trials Committee of Medical Research Council. *Quart. J. Med.*, **20**: 93-130, 1951.
2. FINLAND, M.: Treatment of Bacterial Endocarditis. *New England J. Med.*, **250**: 372 et 419, 1954.
3. HALL, B.; DOWLING, H. F. et KELLOW, W.: Successful Short-Term Therapy of Streptococcal Endocarditis with Penicillin and Streptomycin. *Am. J. M. Sc.*, **230**: 73, 1955.
4. KERR, A., Jr.: Subacute Bacterial Endocarditis. Charles C. Thomas, édit., Springfield, Ill., 1955.
5. HUNTER, T. H. et PATERSON, P. Y.: Bacterial Endocarditis. Disease-a-month, The Year Book Publishers, Inc., Chicago, nov. 1956.
6. QUINN, E. L.; COLVILLE, J. M.; COX, F., Jr. et TRUANT, J.: Phenoxymethyl Penicillin Therapy of Subacute Bacterial Endocarditis. *J.A.M.A.*, **160**: 931-936, 1956.
7. MARTIN, W. J.; NICHOLS, D. R. et HEILMAN, F. R.: Observations on Clinical Use of Phenoxymethyl Penicillin. *J.A.M.A.*, **160**: 928-931, 1956.
8. MARTIN, R.; CHALBERT, Y.; SUREAU, B. et COYLA, E.: A propos de deux endocardites lentes à Streptocoque traitées par la Pénicilline V orale. *Presse médicale*, **64**: 1655, 1956.
9. SANTOS-BUCH, C. A.; KOENIG, M. G. et ROGERS, D. E.: Oral Treatment of Subacute Bacterial Endocarditis with Phenoxymethyl Penicillin. *New England J. Med.*, **257**: 249, 1957.
10. WALKER, W. F. et HAMBURGER, M.: Penicillin sensitive Streptococcal Endocarditis: Report of Four Cases treated for two weeks with Oral Phenoxymethyl Penicillin and intramuscular Streptomycin. *A.M.A. Arch. Int. Med.*, **100**: 359, 1957.
11. GERACI, J. E.: The Antibiotic Therapy of Bacterial Endocarditis. *M. Clin. North Am.*, **42**: 1101, 1958.
12. HORSTMAN, H. A., Jr.: Oral Penicillin V Therapy in Treatment of Patient with Bacterial Endocarditis. *Antibiotic Medicine and Clinical Therapy*, **7**: 41, 1959.
13. GOODMAN, S.; BERRY, R. H.; BENJAMIN, J. E.; SHIRO, H. S. et Hamburger, M.: Subacute Bacterial Endocarditis treated with Oral Penicillin. *A.M.A. Arch. Int. Med.*, **104**: 625, 1959.
14. HAMBURGER, M.; KAPLAN, S. et WALKER, W. F.: Subacute Bacterial Endocarditis caused by Penicillin sensitive Streptococci: Value of Oral Phenoxymethyl Penicillin and intramuscular Streptomycin. *J.A.M.A.*, **175**: 554, 1961.
15. QUINN, E. L. et COLVILLE, J. M.: Subacute Bacterial Endocarditis. Clinical and Laboratory Observations in 27 Consecutive Cases treated with Penicillin V by Mouth. *New England J. of Med.*, **264**: 835, 1961.
16. BATCHELOR, F. R.; DOYLE, F. P.; NAYLER, J. H. et ROBINSON, G. N.: Synthesis of Penicillin: 6-amino penicillanic Acid in Penicillin fermentations. *Nature* (London), **183**: 257, 1959.
17. KNUDSEN, E. T. et ROBINSON, G. N.: Absorption and Excretion Studies of Potassium Salt of 6-(α-propionamido) Penicillanic Acid. *Brit. M. J.*, **2**: 1105, 1959.
18. GARROD, L. P.: The Relative Antibacterial Activity of Four Penicillins. *Brit. M. J.*, **1**: 527, 1960.
19. MORIGI, E. M. E.; WHEATLEY, W. B. et ALBRIGHT, H.: Clinical and Laboratory Studies with Potassium-152. *Antibiotics Annual 1959-1960*, Antibiotica, Inc., New York, N.Y.
20. CAMPEAU, L. et LEFEBVRE, M.: Treatment of Bacterial Endocarditis by Oral Phenethicillin Potassium (Syncillin). *Can. Med. Ass. J.*, **84**: 535, 1961.
21. GOLD, J. A.: Oral Phenoxyethylpenicillin (Maxipen) in the Management of Subacute Bacterial Endocarditis and other Severe Infections. *Antimicrobial Agents Annual 1960*, p. 360-364, Plenum Press, New York, 1961.
22. GROVE, D. C. et RANDALL, W. A.: Assay Methods of Antibiotics: A Laboratory Manual. p. 238, New York: Medical Encyclopedia, 1955.
23. GERACI, J. E. et MARTIN, W. J.: Antibiotic Therapy of Bacterial Endocarditis V. *Proc. Staff Meet.*, Mayo Clinic, **29**: 109, 1954.

24. CRIEP, L. H. et FRIEDMAN, Herman: Allergy to Phenethicillin. *New England J. of Med.*, **263**: 891, 1960.

25. CAMPEAU, L.; LECLAIR, P.; DAVID, P. et LEFEBVRE, M.: Treatment of Bacterial Endocarditis. *J. de l'Ass. Med. Can.*, **83**: 933, 1960.

26. EAGLE, H.; FLEISCHMAN, R. et LEVY, M.: "Continuous" Vs "Discontinuous" Therapy with Penicillin: Effect of Interval between infections on therapeutic efficacy. *New England J. of Med.*, **248**: 481, 1953.

27. HUNTER, T. H.: Treatment of some Bacterial Infections of Heart and Pericardium. *Bull. New York Acad. Med.*, **28**: 213, 1952.

28. McCARTY, C. G. et FINLAND, M.: Absorption and Excretion of four Penicillins. *New England J. Med.*, **263**: 315, 1960.

29. MARTIN, W. J. et NICHOLS, D. R.: Penicillin V and Phenethicillin Potassium in Serum: Comparison of Concentrations and of Antibacterial Effects. *Proceeding of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, **35**: 577, 1960.

RECONNAISSANCE

Nous remercions le docteur Paul David, Directeur de l'Institut de Cardiologie de Montréal, et le docteur E. M. E. Morigi, Assistant-Directeur de l'Investigation clinique des Laboratoires Bristol, Syracuse, New York, qui ont permis la réalisation de ce travail.

Nous remercions également les docteurs Osman Gialloreto, Ghislaine Gilbert, Yves Desrochers et Marc Savard de l'Institut de Cardiologie, ainsi que le docteur Jean Mathieu de l'Hôpital Maisonneuve pour nous avoir laissé traiter leurs patients de cette façon.

Les illustrations et photographies ont été réalisées par Mlle Jacqueline Dupuis et M. Jean Gauthier du Département d'Art Médical de l'Hôpital Maisonneuve et de l'Institut de Cardiologie de Montréal.

RECUEIL DE FAITS

EXPÉRIENCE PERSONNELLE SUR L'OPÉRATION DE MITCHELL POUR HALLUX VALGUS

Paul-A. GAGNON,[1] Paul-Émile TREMBLAY [2] et Roger ROY [3]

Le clavier métatarsien est maintenu sous une certaine tension avec concavité plantaire par le ligament transverse du métatarse constituant ainsi l'arche antérieure du pied. Le relâchement de ce ligament entraîne le pied plat antérieur ou métatarsus latus, lequel s'accompagne d'un métatarsus primus varus et d'un hallux valgus secondaire (Fig. 1). En 1945 Hawkins, Mitchell et Hedrick (1) ont présenté un travail préliminaire sur un type d'ostéotomie métatarsienne pour correction de l'hallux valgus. En 1958 Mitchell et ses collaborateurs (2) ont publié une étude extensive à propos de ce type d'ostéotomie pratiqué sur 400 cas. Depuis 1958 les orthopédistes de l'hôpital du Sacré-Cœur se sont intéressés à ce genre d'ostéotomie qu'ils appellent tout simplement: opération de Mitchell (Fig. 2).

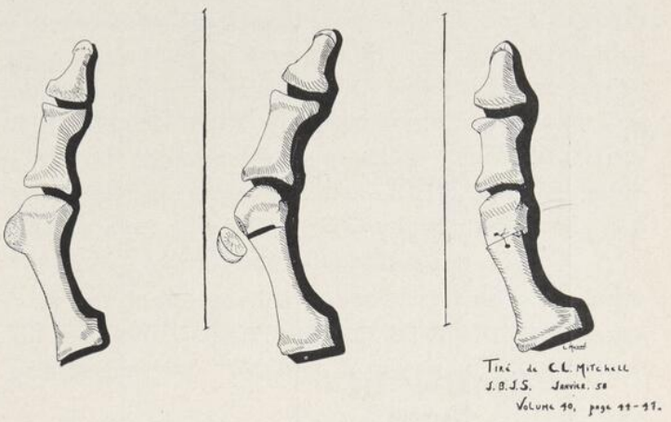


Fig. 2 — Opération de Mitchell. Schéma de l'ostéotomie.

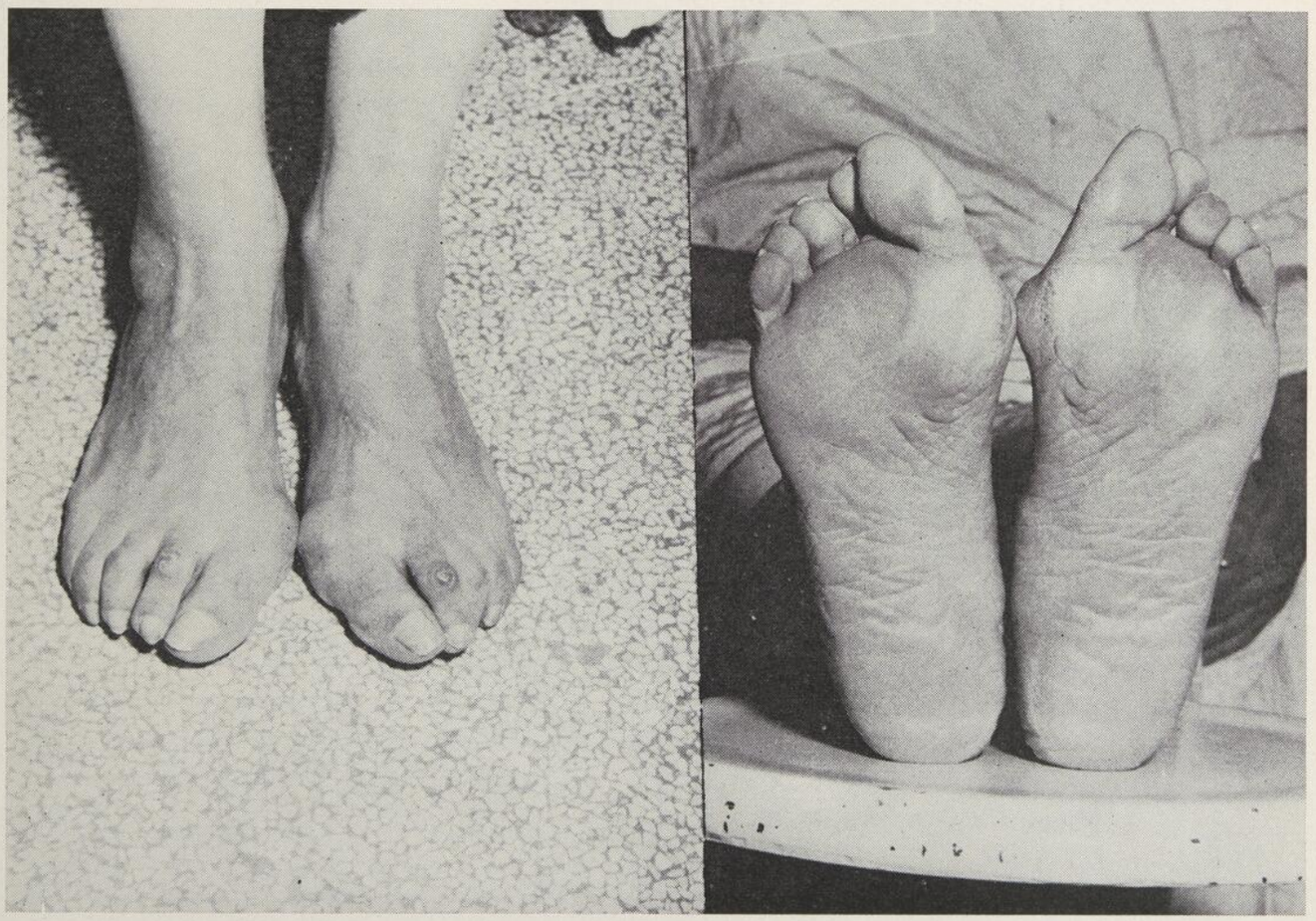


Fig. 1 — Hallux valgus et métatarsus latus. Apparence clinique.

* Travail présenté à la séance de la Société Provinciale d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de Québec, samedi le 31 mars 1962.

[1] Chirurgien orthopédiste, Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville, assistant-professeur d'anatomie macroscopique, Université de Montréal.

[2] Résident, Service d'Orthopédie, Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville.

[3] Ex-résident, Service d'Orthopédie, Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville, chirurgien orthopédiste, Nicolet, P.Q.

Durant la période de 1958 à 1961, il y eut un total de 38 patientes opérées dont une en 1958 (qui n'a pas été revue), dix en 1959 (nous en avons revu cinq), onze en 1960 (trois furent revues) et enfin seize en 1961; de ce groupe quatorze furent revues pour un total de vingt-deux patientes qui font l'objet de cette étude (Tableau I). Il y eut huit interventions unilatérales et trente bilatérales, pour un total de 68 pieds opérés. Sur ce, nous avons revu 41 pieds. Notons que tous les sujets opérés étaient du sexe féminin. Si nous prenons comme terme de convalescence le moment où la patiente peut porter des chaussures normales et s'adonner à des activités normales, nous avons trouvé une moyenne de convalescence de 2.7 mois (Tableau II). Deux patientes ont été opérées dans

TABLEAU I

	1958	1959	1960	1961	TOTAL
Nombre de patientes opérées.	1	10	11	16	38
FOLLOW - UP Nombre de patientes revues.	0	5	3	14	22

Nombre de cas opérés à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville de 1958 à 1961

TABLEAU II

Nombre de pieds opérés:	Unilatéral 8 Bilatéral 60	Total 68
Nombre de pieds revus:		41
Sexe:	Féminin	100%
Moyenne de convalescence —		2.7 mois

Nombre de pieds revus, sexe et durée de la convalescence

la vingtaine, huit dans la troisième décade, onze dans la quatrième, onze également dans la cinquième, quatre dans la sixième, une dans la septième et enfin une dans la huitième décade. L'âge moyen de ces patientes était de 36.7 ans avec des extrêmes de 15 à 73 ans (Tableau III).

Dans sa publication initiale de 1945, Mitchell a relevé sur une série de pieds normaux, un angle entre le premier et le deuxième métatarsien oscillant entre 2 et 9 degrés, avec comme moyenne 5.6 degrés. Dans notre série sur 52 pieds, nous avons trouvé un angle intermétatarsien pré-opératoire moyen de 13.1 degrés et sur 65 pieds un angle intermétatarsien post-opératoire moyen de 7.3 degrés (Fig. 6). Il est à noter que le calcul de cet angle intermétatarsien doit se faire sur des radiographies de l'avant-pied de face avec charge (Fig. 7 et 8). Mitchell insiste sur l'importance du calcul de cet angle intermétatarsien pré-opératoire; il mentionne que lorsque cet angle est moins de 10 degrés avant l'opération, on devrait plutôt s'adresser à une intervention moins extensive, telle que l'exostectomie simple ou autre (Keller, Mayo, Silver), pour soulager la patiente. Sur 41 pieds, 15 pieds étaient de type métatarsalgique dont 4 sans callosité plantaire et 11 avec callosités plantaires; par contre 6 pieds porteurs de callosités étaient restés asymptomatiques. Notons que la métatarsalgie, de même que les callosités sont pratiquement toujours sous la tête du deuxième métatarsien (Fig. 9). De notre étude, il résulte que 36.5% d'avant-pieds sont restés douloureux. Dans sa publication de 1955, Mitchell a insisté sur l'importance de donner une angulation à sommet dorsal au foyer d'ostéotomie. Sur 29 cas où il a obtenu une ostétomie à angulation à sommet dorsal, il a rapporté 6.9% de métatarsalgies résiduelles. Dans 45 ostéotomies en position neutre, il a rapporté 40% de métatarsalgies. Enfin dans 22 ostéotomies avec angulation à sommet plantaire, il a rapporté 54.5% de métatarsalgies.

Étant donné que les orthopédistes de notre hôpital ont tenté de suivre textuellement les techniques préconisées par Mitchell, à savoir un double trait

TABLEAU III

ÂGE	10 à 20 ans	21 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	71 à 80 ans
Nombre de patientes	2	8	11	11	4	1	1

La plus jeune: 15 ans
La plus âgée: 73 ans
L'âge moyen: 36.7 ans

Fréquence selon l'âge.

TABLEAU IV

Pré-opératoire	*Post-opératoire*
13.1° sur 52 pieds	7.3° sur 65 pieds

Le calcul des moyennes a été fait parce qu'il manque des clichés radiographiques pré-opératoires et post-opératoires et toutes les patientes n'ont pas eu des films de face avec charge.

Moyenne d'angles intermétatarsiens.

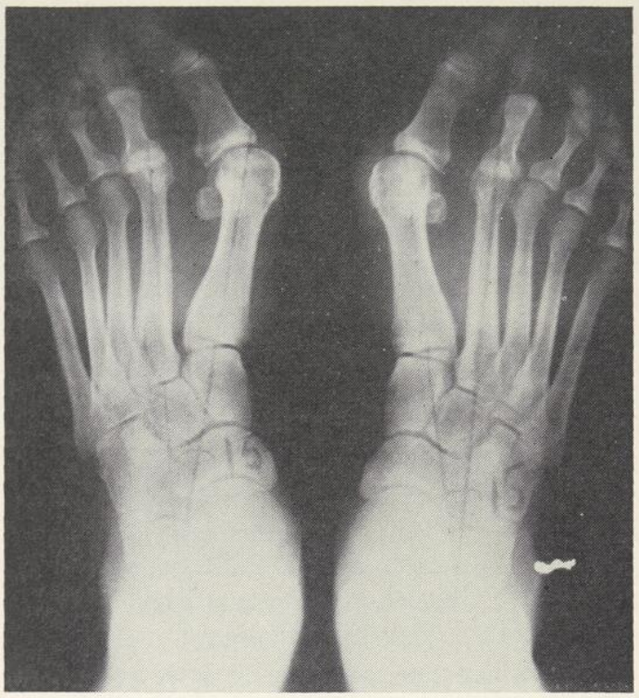


Fig. 3 — Angle intermétatarsien pré-opératoire.

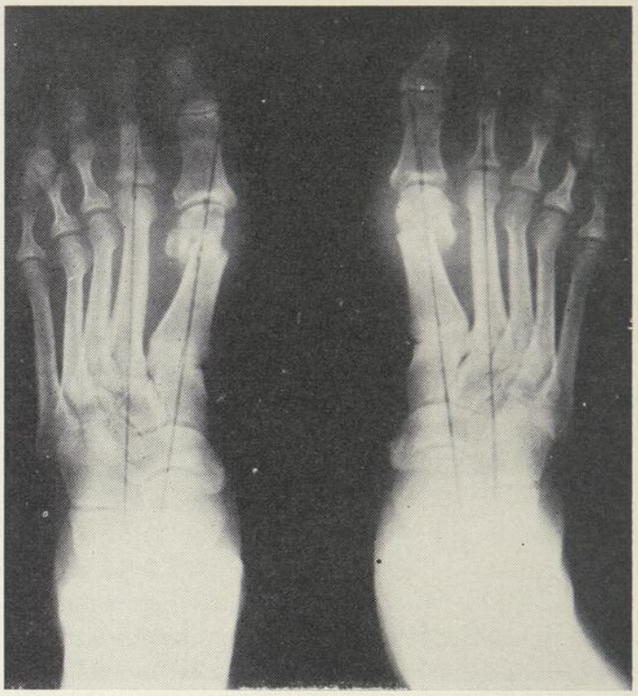


Fig. 4 — Angle intermétatarsien post-opératoire.

TABLEAU V

		2e métatarsien	3e métatarsien	4e métatarsien
15 pieds métatarsalgiques	4 sans callosité plantaire	3	0	1
	11 avec callosités plantaires	9	2	0
6 pieds asymptomatiques	avec callosités	6	0	0

Métatarsalgie et callosités post-opératoires.
Sur 41 pieds revus, 21 pieds tombent dans cette catégorie répartis de la façon suivante:
% d'avant pieds douloureux post-opératoires - 26.8%.

d'ostéotomie parallèle, il semble que la plupart de nos patientes ont eu une ostéotomie en position neutre, ce qui explique le chiffre de 36.5% de métatarsalgies. Sur l'ensemble des 41 pieds revus, 6 pieds présentent encore un hallux valgus résiduel de 15 degrés et plus, avec un pourcentage de 14.6% (Tableau VI). Notons que sur ces 6 pieds, deux sont ceux d'une patiente qui souffre de polyarthrite importante. Cette patiente avait un angle métatarso-phalangien pré-opératoire à droite de 62 degrés, à gauche de 53 degrés et elle a obtenu après l'opération un angle à droite de 37 degrés

et à gauche de 25 degrés; ceci ne l'empêche pas de se classer subjectivement comme un résultat excellent.

TABLEAU VI

HALLUX VALGUS RÉSIDUEL DE 15° et PLUS

6 pieds sur 41 pieds revus (14.6%)

Tableau VI — HALLUX VALGUS RÉSIDUEL.

Nous avons relevé huit cas d'infection que nous avons classé en *mineure*, soit un hématome post-opératoire avec nécrose discrète, une culture négative et une guérison en moins de 15 jours, ou en *majeure*, ce qui sous-entend une suppuration franche avec ostéite et pseudarthrose, nécessitant une mise à plat avec ou sans greffe cutanée et une guérison allant jusqu'à deux ou trois mois. Trois patientes ont présenté une infection mineure, soit 4.4% des 68 pieds opérés et nous en avons revu 2, soit 66%. Cinq patientes ont présenté une infection majeure, soit 7.3% des pieds opérés et nous en avons revu 2, soit 40% (Tableau VII).

Au cours de notre revision de cas nous avons rencontré deux patientes avec un enraidissement discret de l'articulation métatarso-phalangienne et ces deux cas étaient des patientes qui avaient fait une infection post-opératoire. Comme évaluation post-opératoire, nous avons classé nos patientes subjectivement en résultat excellent, c'est-à-dire une amélioration de 75 à 100% sur ce que la patiente présentait de plaintes avant l'opération, résultat bon entre 50 et 75%, médiocre entre 25 et 50%, et résultat mauvais: moins de 25% d'amélioration.

Au point de vue objectif, nous avons évalué ces pieds en résultat excellent, lorsque la patiente présentait un pied cosmétiquement rétréci sans métatarsalgie ni callosité plantaire, bon lorsque la patiente présentait soit de la métatarsalgie, soit une callosité, soit une récidive de l'hallux valgus, médiocre et mauvais comme des pieds qui n'avaient pas été améliorés ou même avaient été aggravés par l'intervention chirurgicale. Donc du point de vue subjectif 60.9% des patientes se déclarent satisfaites, 22% ont encore quelques plaintes, 14.7% se classent comme médiocres et une patiente opérée pour un seul pied est classée comme un résultat mauvais parce qu'elle présente un syndrome de Morton récidivant de son avant-pied (Tableau VIII).

Objectivement, nous avons classé comme résultat excellent 48.8% des pieds revus et comme résultat bon également 48.8%. Un seul pied, un cas d'ostéite avec pseudarthrose nous donne un pourcentage de 2.4% de résultat mauvais.

Comme conclusion de notre travail, nous aimerions insister sur deux détails de technique susceptibles de prévenir les complications que nous avons relevées au cours de notre étude. Par ordre d'importance croissante, premièrement, nous mentionnons d'abord la technique de la capsulorraphie: Mitchell insiste sur le fait que le volet capsulaire, lorsqu'il est suturé à la fin de l'intervention, doit l'être avec une tension telle, que le gros orteil reste en rectitude spontanément par rapport au premier

TABLEAU VII

Infection	*mineure*	*Majeure*
	Hématome post-opératoire Nécrose discrète Guérison en moins de 15 jours	Supuration franche - Ostéite Pseudarthrose Guérison après 2 - 3 mois Mise à plat Greffe cutanée
Nombre de pieds	3	5
% sur 68 pieds opérés	4.4%	7.3%
Cas revus	2 (66%)	2 (40%)

Infections post-opératoires.

TABLEAU VIII

	Excellent	*Bon*	*Médiocre*	*Mauvais*
Subjectif (appréciation de la patiente)	25 pieds 60.9%	9 pieds 22%	6 pieds 14.7%	1 pied 2.4% (Névrôme de Morton)
Objectif (évaluation du chirurgien)	20 pieds 48.8%	20 pieds 48.8%	0	1 pied 2.4% (ostéite + pseudarthrose)

Résultats de l'opération de Mitchell à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville.

métatarsien. Nous avons l'impression qu'il serait même souhaitable d'obtenir un certain degré d'hallux varus à la fin de l'intervention, en sachant que la patiente perd toujours un certain nombre de degrés dans la période de convalescence. Comme deuxième point, nous notons une incidence de 4.4% d'infection mineure, habituellement le résultat d'un hématome post-opératoire discret. Pour éviter ceci, nous insistons sur une hémostase adéquate au début de l'intervention en ligaturant toutes les petites veines rencontrées au cours de l'approche chirurgicale. Pour diminuer le taux de 7.3% d'infections majeures avec suppuration franche, nous sommes d'avis qu'il est important d'employer une technique séparée pour chaque pied: pour ceci nous entendons opérer un pied sous bande pneumatique, fermer les plaies, appliquer le pansement compressif, puis changer les champs opératoires, stériliser au complet l'instrumentation, pendant que le chirurgien change de blouse et de gants, pour ensuite intervenir sur le deuxième pied. Nous croyons que c'est la seule façon logique d'éliminer au maximum les risques d'infections post-opératoires, dans une intervention qui dure en moyenne 1 heure et 30 minutes par pied.

Depuis cette étude, l'intervention de Mitchell n'a pas été pratiquée de nouveau dans notre centre orthopédique. Le taux élevé de métatarsalgie post-opératoire et la gravité des cas qui se sont infectés nous ont fait délaisser cette intervention, laquelle, dans nos mains, n'a pas donné la solution idéale dans le traitement de l'hallux valgus.

Résumé

Nous avons présenté une étude de 41 pieds revus sur 68 pieds soumis à l'intervention de Mitchell pour hallux valgus.

Les résultats post-opératoires et les complications ont été détaillés. Le taux élevé de métatarsalgie et d'infection post-opératoire nous ont fait abandonner ce genre d'intervention.

Summary

Forty-one out of sixty-eight feet of Mitchell's osteotomy for hallux valgus have been reviewed.

The post-operative results and complications have been stressed. The high percentage of residual metatarsalgia and post-operative infection have prompted us to abandon this type of surgical correction.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAWKINS, F. B.; MITCHELL, C. L.; HEDRICK, D. W.: Correction of Hallux Valgus by Metatarsal Osteotomy. *J. B. J. S.*, **27**: 387-394, (juillet) 1945.
2. MITCHELL, C. L.; FLEMING, J. L.; ALLEN, R.; GLENNEY, C.; SANFORD, G. A.: Osteotomy — Bunionectomy for Hallux Valgus. *J. B. J. S.*, **40-A**: 41-58, (janvier) 1958.

ANOMALIE DE NAISSANCE DE LA CORONAIRE GAUCHE AVEC INFARCTUS DU MYOCARDE ET FIBROÉLASTOSE

Observation d'un cas chez un nourrisson

Fernand HOULD, F.R.C.P.(C), Gaston MERCIER et Roland LECLERC [1]

Les "gros cœurs du nourrisson" ont de tout temps fait le sujet de savantes études; ils ne demeurent, à vrai dire, que bien rarement une énigme diagnostique en cardiologie pédiatrique. On parvient habituellement à retrouver l'étiologie de ces hypertrophies cardiaques, s'agisse-t-il de malformations congénitales, de troubles myocardiques infectieux, dégénératifs ou métaboliques du type myocardite virale, fibroélastose sous-endocardique ou maladie cardiaque glycogénique. Beaucoup moins fréquemment rencontre-t-on une cardiomégalie imputable à une anomalie vasculaire coronarienne et encore plus rarement peut-on en faire le diagnostic du vivant du petit malade. Pour ces deux raisons, nous avons cru intéressant de vous présenter le cas d'une jeune enfant de 3 mois chez qui le diagnostic d'une coronaire gauche aberrante avec infarctus du myocarde et fibroélastose fut porté de son vivant et confirmé anatomopathologiquement. Nous en profiterons pour esquisser rapidement la symptomatologie, la physiopathologie et les diverses tentatives de traitement jusqu'à date entreprises pour pallier à pareille entité pathologique.

Observation

Sylvie R. est admise à l'hôpital à l'âge de 3½ mois parce qu'elle refuse de s'alimenter, sommeille continuellement, tousse quelquefois et montre une cyanose intermittente aux lèvres, spécialement lorsqu'elle est placée pour dormir au frais à l'extérieur. Durant le mois précédant son admission à l'hôpital, elle présenta, à deux reprises, pendant une période de 3 à 4 jours, un œdème avec godet aux pieds et une infiltration palpébrale. Elle demeura toujours afébrile.

La naissance de ce bébé unique, issue de parents apparemment sains, fut sans incident et suivit une grossesse normale. A l'examen néonatal de l'enfant, on ne rapporta aucune anomalie cardiaque ou autre.

A son admission à l'hôpital, l'examen révèle un nourrisson de dix livres, très pâle, légèrement dyspnéique. Le murmure vésiculaire est normal: aucun râle audible. On ne note pas de "thrill" à l'aire cardiaque et l'auscultation du cœur ne décèle aucun souffle ni anomalie du rythme, si ce n'est une tachycardie sinusale à 145 à la minute. L'abdomen est légèrement globuleux, mais on ne peut mettre en évidence une viscéromégalie.

Des radiographies cardio-pulmonaires (Fig. 1) laissent voir une cardiomégalie intéressant particulièrement l'oreillette et le ventricule gauche dont la pointe touche presque la paroi axillaire. L'Hb est à 11.5 Gm% avec un décompte des globules rouges à 3.9 millions et une leucocytose à 8000/mm³ avec une prédominance lymphocytaire à 75%. L'examen sommaire et microscopique des urines donne des résultats normaux.

Deux électrocardiogrammes faits après l'admission, à deux jours d'intervalle, révèlent un tracé anormal persistant (Fig. 2), fait d'ondes Q profondes en dérivations D_I, D_{II}, en AVL et en V_5,

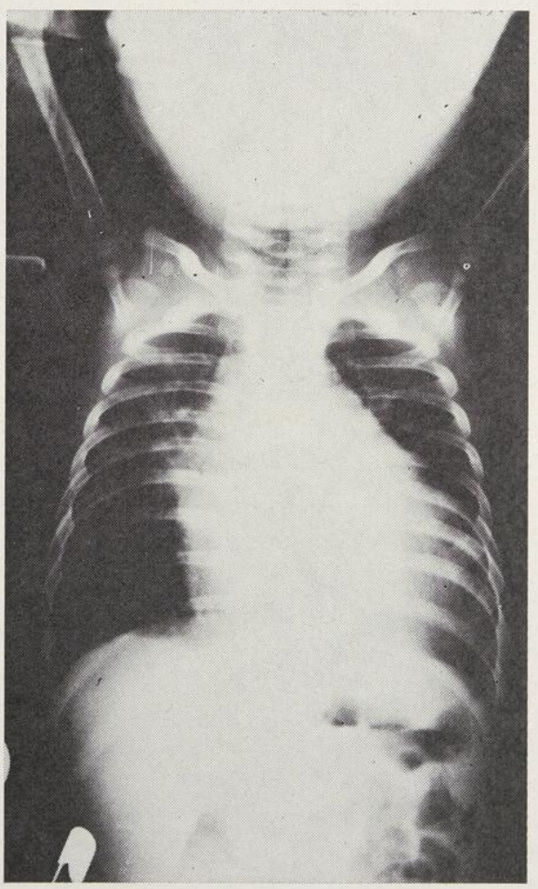


Fig. 1 — Cardiomégalie intéressant particulièrement l'oreillette et le ventricule gauche dont la pointe touche presque la paroi axillaire.

[1] Service de Pédiatrie et de Cardiologie, Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

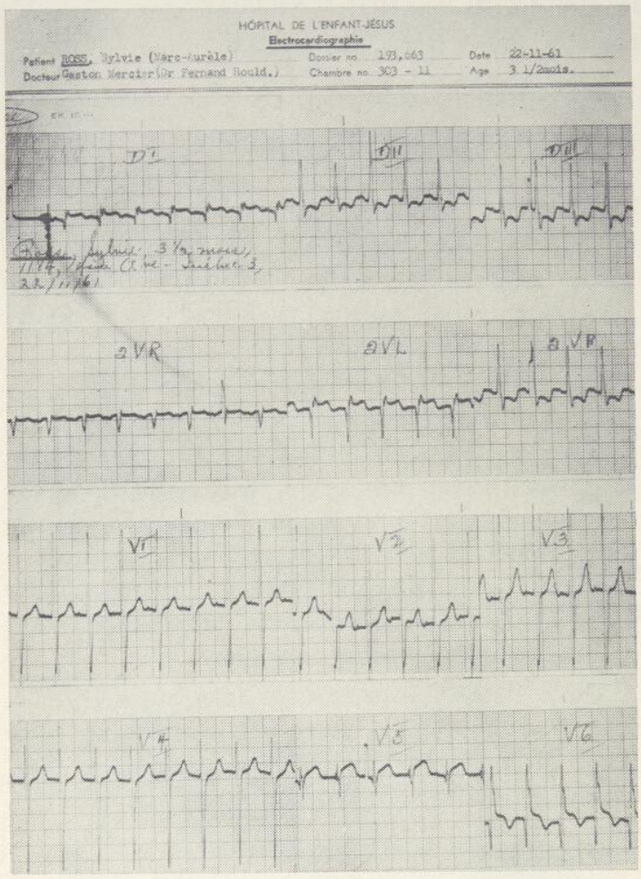


Fig. 2 — A noter: les ondes Q profondes en dérivations DI, DII, AVL, V5, et V6. Présence de sus-dénivélations ST dans les mêmes dérivations.

V_6; on note aussi des sus-dénivellations ST dans les mêmes dérivations, le tout indicatif, électrocardiographiquement, d'un infarctus latéral récent.

Un transit œsophagien pratiqué quelques jours plus tard montre un œsophage de calibre normal sans signe de compression vasculaire extrinsèque. Le diagnostic de cardiomégalie par anomalie de la coronaire gauche avec infarctus du myocarde est soutenu et la digitalisation instituée.

Envisageant la possibilité de visualiser le réseau coronarien de ce gros cœur, nous croyons bon d'orienter notre petite malade vers un Institut de cardiologie où elle séjournera deux mois, contractant incidemment une bronchopneumonie. Cet état infectieux grave, associé à son insuffisance cardiaque, n'aurait pas permis une investigation plus poussée et, à la demande des parents, elle revient en notre milieu hospitalier, âgée de 6 mois avec le diagnostic de fibroélastose possible avec défaillance cardiaque irréversible. La digitalisation est maintenue et une alimentation au lait désodé (Lonalac) est instituée. Pendant 6 semaines, elle s'alimente convenablement, manifeste un développement psychique normal et reste souriante et enjouée. Malgré une Hb à 12 Gm%, elle garde toujours une pâleur généralisée très marquée. Elle décède subitement, sans incident particulier, à l'âge de 7½ mois.

Des radiographies prises quelques jours avant son décès montrent (Fig. 3 et 4) une augmentation progressive du volume cardiaque; la pointe touche à la paroi latérale gauche. Un électrocardiogramme fait un mois avant la mort suggère (Fig. 5) une hypertrophie bi-auriculaire et ventriculaire gauche avec infarctus latéral ancien.

L'autopsie nous rapporte les renseignements suivants: cœur étalé et très dilaté surtout au ventricule gauche. A la pointe, sur la face antérieure et latérale du ventricule gauche, existe une zone où le myocarde est pâle et ferme. Au-dessus de la valvule aortique, une seule artère coronaire est retrouvée. L'autre artère coronaire est localisée (Fig. 6) au-dessus de la valvule pulmonaire, dans l'artère pulmonaire; cette artère s'oriente dans la paroi antérieure et donne naissance à une branche descendante et à une circonflexe. Dans le ventricule gauche, l'endocarde est blanc nacré (Fig. 7)

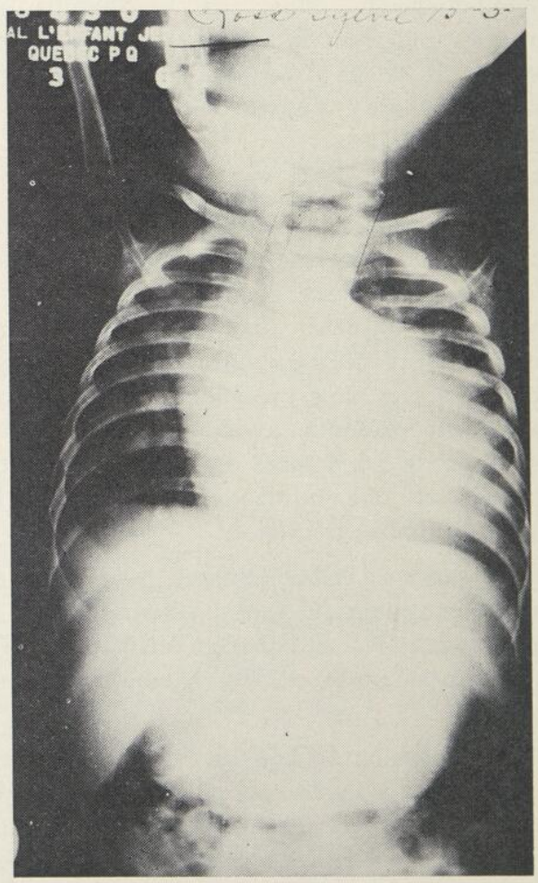


Fig. 3 — Augmentation progressive du volume cardiaque en postéro-antérieur.

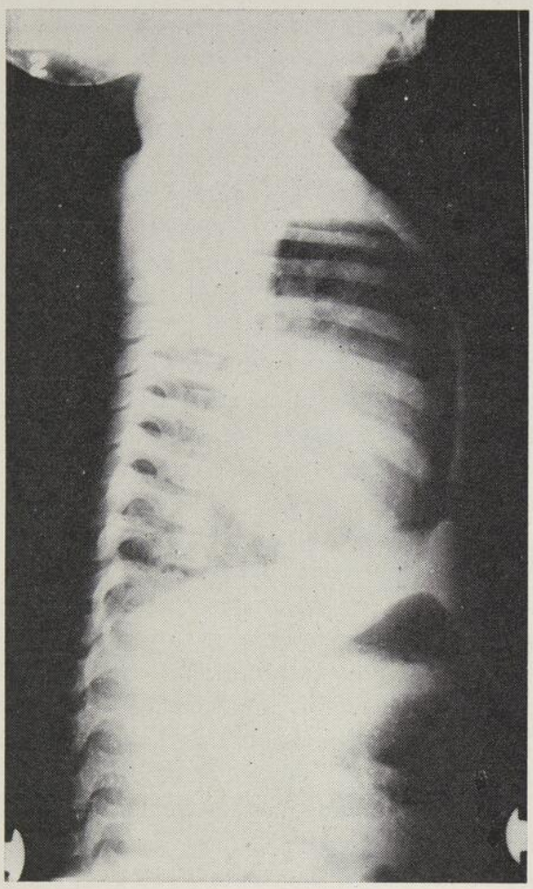


Fig. 4 — Augmentation progressive du cœur, vue latérale.

et ferme. L'examen microscopique révèle les lésions de fibroélastose (Fig. 8) et des signes histologiques indiquant bien la cicatrice myocardique d'infarctus (Fig. 9).

L'infarctus du myocarde par artère coronaire aberrante demeure une entité très rare; sa fréquence serait de 1 cas sur 300,000 autopsies. Cette anomalie fut décrite pour la première fois par Abrikosoff (1) en 1911. Depuis, plusieurs séries (2) ont été rapportées et on peut en colliger environ 60 cas dans la littérature mondiale (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

L'âge d'apparition des symptômes peut varier entre 2 et 13 mois. Bland, White et Garland (11) les premiers attirèrent, en 1933, l'attention sur cette condition pathologique et sa similitude avec les crises angineuses de l'adulte; le nourrisson se met à pleurer avec force, devient pâle, dyspnéique et présente une sudation exagérée. Pareil épisode survient ordinairement au cours ou après les périodes d'alimentation. Fournier et ses collaborateurs (12) relatant un cas dans les Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, parlent de la "pâleur brutale après le biberon". Cette évidence de "mal angineux" au cours des repas est un symptôme suggestif de la maladie; la polypnée, la toux intermittente, l'absence de souffle cardiaque, la sudation fréquente et la pâleur marquée demeurent des signes subjectifs pouvant orienter le diagnostic. Pareille condition peut s'identifier positivement par l'électrocardiogramme, qui révèle une fréquence cardiaque rapide, une inversion des ondes T en dérivations standards, la présence

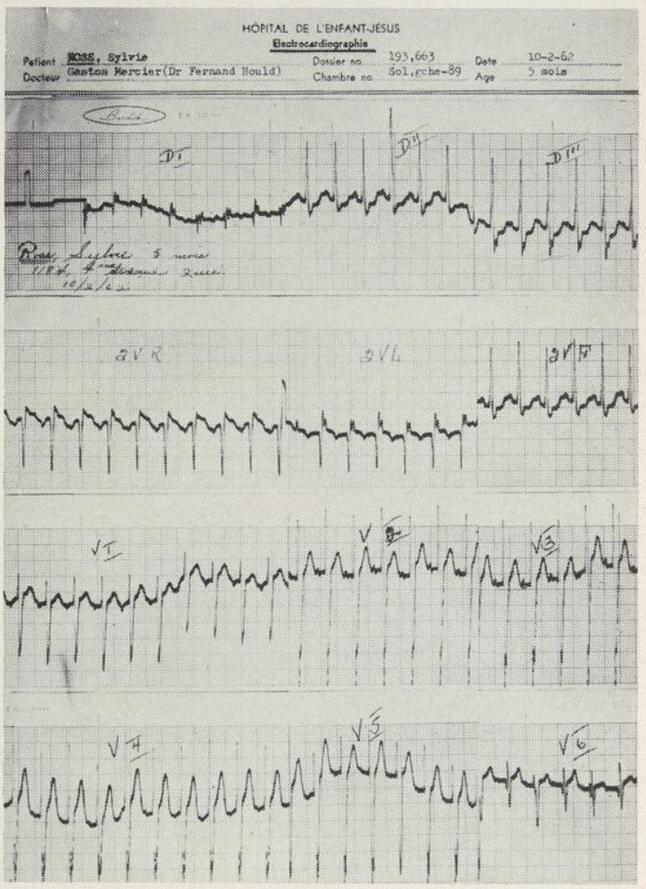


Fig. 5 — ECG fait 1 mois avant la mort. Infarctus latéral ancien.

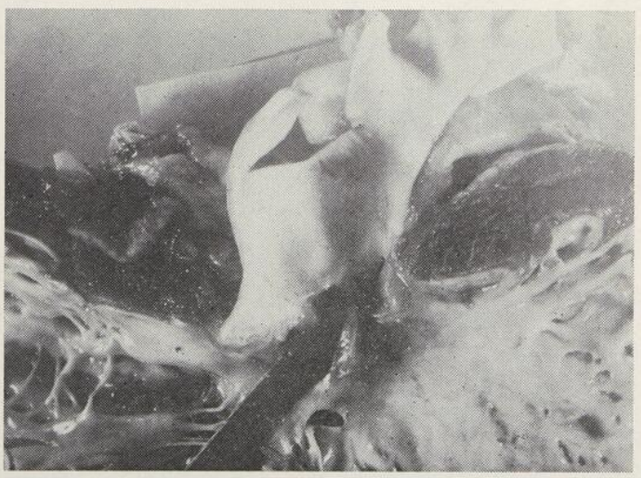


Fig. 6 — On note l'artère coronaire aberrante, originant de l'artère pulmonaire.

d'ondes Q profondes en dérivations D_I, AVL, V_5 et V_6. Si, comme le signale Nadas (13), en plus des changements notés aux ondes T, des ondes Q profondes surviennent en dérivation D_I et des perturbations du complexe QS apparaissent dans les dérivations précordiales gauches, manifestant une zone de nécrose au myocarde, alors le diagnostic d'une anomalie de la coronaire gauche devient justifiable sur la foi seule de l'électrocardiogramme.

Fig. 7 — Endocarde blanc nacré: fibroélastose.

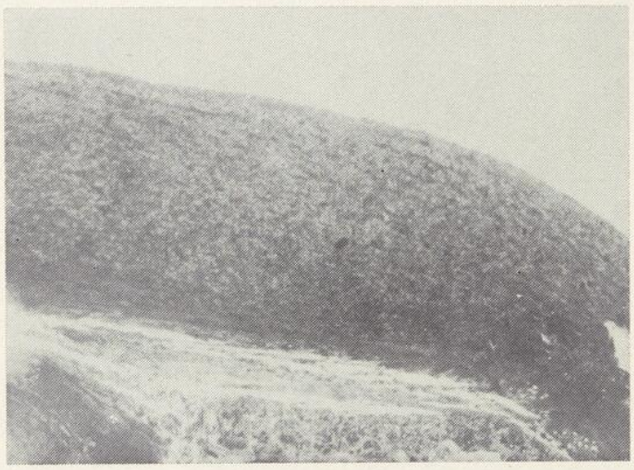


Fig. 8 — Lésions histologiques de fibroélastose et cicatrice myocardique d'infarctus.

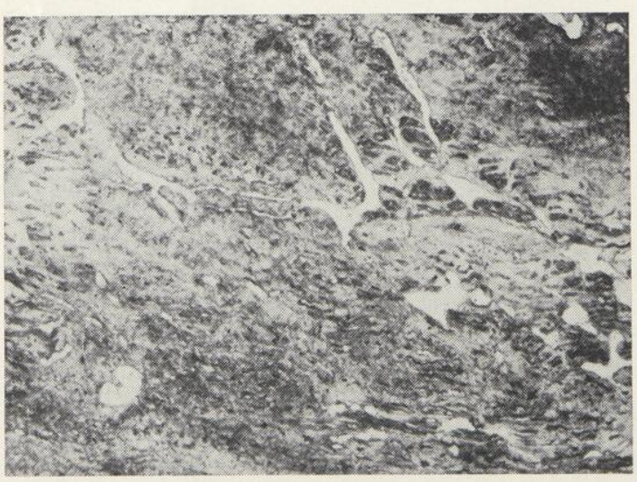


Fig. 9 — Lésions identiques à celles de la figure 8.

Radiologiquement, on note une hypertrophie massive du cœur; la seule caractéristique pathognomonique serait la présence d'un gonflement anévrysmal dans la zone du ventricule gauche. Certains auteurs soutiennent de plus que la présence de calcifications myocardiques devraient faire songer à cette entité chez le nourrisson. La fluoroscopie, en révélant une différence dans l'intensité des contractions du cœur gauche et droit avec affaiblissement des contractions du cœur gauche peut aider au diagnostic différentiel.

Certains auteurs ont visualisé à l'aide d'une substance opaque les coronaires par aortographie; plusieurs communications à ce sujet furent présentées au Congrès International de Radiologie (Montréal, 1962). On peut visualiser la coronaire droite originant normalement de l'aorte à l'aide de minuscules cathéters effilés et courbes pénétrant, après avoir été guidés adéquatement, dans l'ouverture de la coronaire. Il est possible aussi de visualiser en partie des coronaires gauches originant de l'artère pulmonaire en procédant d'une façon identique, c'est-à-dire par l'introduction de substance opaque dans la coronaire droite de l'aorte, laquelle substance opaque, grâce à des anastomoses distales entre les deux coronaires, reviendra à rebours dans la coronaire gauche aberrante.

Dans ces cas d'infarctus par coronaire aberrante, on a longtemps supposé que la lésion ischémique était causé par le fait que le myocarde était nourri par un sang contenant une plus faible saturation en oxygène (du moins, un sang d'une saturation moindre en oxygène que si le flot sanguin venait de l'aorte) et se distribuant sous une pression moindre, venant de l'artère pulmonaire plutôt que de l'aorte. Edwards (14) en 1954, aborda une nouvelle façon de voir et soutint que la circulation dans l'artère coronaire gauche aberrante se ferait de façon rétrograde, étant donné la pression plus basse dans l'artère pulmonaire que dans l'aorte. Case et ses collaborateurs (15) ont récemment apporté des preuves cliniques, physiologiques et anatomopathologiques (Fig. 10) à l'effet que le flot sanguin dans la coronaire aberrante est vers l'artère pulmonaire plutôt que vers l'extrémité distale de la coronaire; de plus, l'origine de ce flot sanguin rétrograde semble venir de la coronaire

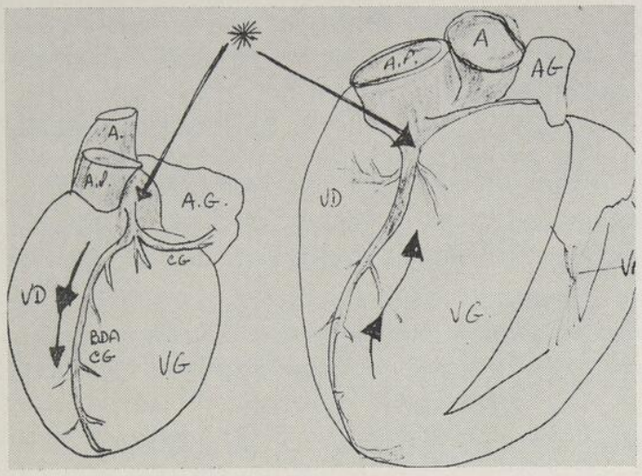


Fig. 10 —

droite, implantée normalement à l'aorte, grâce à un réseau d'anastomoses complexes liant les deux coronaires.

Il est à noter que les anomalies d'origine de la coronaire droite naissant de l'artère pulmonaire ne causent aucun symptôme, 4 cas sont rapportés dans la littérature et auraient vécu sans incident jusqu'à l'âge adulte dont l'un jusqu'à 74 ans. L'explication apportée réside dans l'hypothèse que le sang veineux peut nourrir adéquatement le cœur droit, mais non le ventricule gauche.

Le pronostic de cette maladie demeure très sombre. La plupart des cas rapportés sont morts durant la première année de vie. Cohen et Siew (16) en 1959, dans une étude sérieuse de plusieurs cas, affirment que la longévité serait fonction du réseau d'anastomoses entre les coronaires; ainsi une agglomération marquée de collatérales ferait survivre plus longtemps l'enfant. Ceci est soutenu aussi par le fait qu'un malade a survécu jusqu'à l'âge de 27 ans avec une artère coronaire gauche aberrante, irriguant moins de la moitié du tissu cardiaque habituellement nourri par cette coronaire.

Le traitement de cette condition demeure très limité (17). Il existe un traitement médical palliatif qui consiste à digitaliser le petit malade et à le mettre sous sédation afin de limiter les attaques angineuses. Plusieurs tentatives chirurgicales (18, 19, 20) ont été entreprises spécialement depuis 1949. Les premières interventions avaient pour but de favoriser l'oxygénation du ventricule gauche par anastomose de cette coronaire aberrante soit à l'aorte descendante (opération de Potts-Smith), soit à l'artère pectorale gauche, soit à la mammaire interne, soit encore au péricarde lui-même (anastomose de Beck).

Row et Young (21) en 1960 ont préconisé la ligature du vaisseau anormal afin d'augmenter la circulation du myocarde; ces derniers soutiennent que les artères coronaires aberrantes jouent le rôle de fistule artério-veineuse et que si elles sont ligaturées avant que le myocarde montre des lésions irréversibles, la vie du patient peut être sauvée.

Résumé

Nous avons rapporté le cas d'une fillette âgée de 3 mois chez qui le diagnostic d'anomalie de naissance de la coronaire gauche avec infarctus du myocarde et fibroélastose fut porté ante mortem et vérifié à l'autopsie. Nous avons résumé les principaux critères cliniques, électrocardiographiques et radiologiques, et discuté brièvement la pathogénie, le pronostic et le traitement éventuel de cette entité rarissime autant qu'énigmatique.

Résumé

The case of a 3 months-old girl with the ante mortem diagnosis of aberrant left coronary artery associated with myocardial necrosis and endocardial fibroelastosis is presented. The authors review briefly the clinical criteria, radiological and electric features, pathogenesis and potential treatment of this very rare but enigmatic anomaly.

Les auteurs remercient le docteur F. Gagné, pathologiste, pour sa bienveillante collaboration à la préparation des illustrations et ses conseils judicieux dans la préparation de ce court travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRIKOSOFF, A.: *Wirchows Arch. F. path. Anat.*, **203**: 413, 1911.
2. KEITH, J. D.: The anomalous origin of the left artery from the pulmonary artery. *Brit. Heart J.*, **21**: 149-161, 1959.
3. SABISTON, D. C. Jr.; PELARGONIO, S. et TAUSSIG, H. B.: Myocardial infarction in infancy. *J. Thoracic and Cardio Vasc. Surg.*, **40**: 321-336, 1960.
4. BROOKS, H. J.: Two cases of an abnormal coronary artery of the heart arising from the pulmonary artery. *J. Anat. Physiol.*, **20**: 26, 1886.
5. KAWNITZ, P. E.: Origin of left coronary artery from pulmonary artery. *Am. Heart J.*, **33**: 182, 1947.
6. AGUSTSSON, M. H.; GASUL, B. M. et LUNDQUIST, M. D.: Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery (adult type). *Pediatrics*, **29**: 274, 1962.
7. GASUL, B. M. et LOEFFLER, E.: Anomalous origin of left coronary artery from pulmonary artery (Bland-White-Garland Syndrome). Report of 4 cases. *Paediatrics*, **4**: 498, 1949.
8. KEIZER, D. P. et ROCHAT, R. R.: Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery. *Am. J. Dis. Child.*, **83**: 774, 1952.
9. DIEHL, C. F. et HEILBRUNN, A.: Anomalous left coronary artery arising from the pulmonary artery. *J. Pedat.*, **47**: 198, 1955.

10. LAMPE, C. F. J. et VERHEUGT, A. P. M.: Anomalous left coronary artery (Adult type). *Am. Heart J.*, **59**: 769, 1960.

11. BLAND, E. F.; WHITE, P. D. et GARLAND, J.: Congenital anomalies of coronary arteries: report of unusual case with cardiac hypertrophy. *Am. Heart J.*, **8**: 787, 1933.

12. FOURNIER, M. A.; PAULI, A.; ROUTIER, G.; DERREUMAUX, L.; ROCCEL, L. C. et FRUCHART, G.: A propos d'une observation d'anomalie de naissance de la coronaire gauche chez le nourrisson avec vérification anatomique. *Arch. des Mal. du Cœur et des Vaisseaux*, **52**: 796-801, 1959.

13. NADAS, A. S.: Pediatric Cardiology. Saunders Co., édit., 1957, p. 213.

14. EDWARDS, J. E.: *Ped. Clin. of North Am.*, **1**: 13, 1954.

15. CASE, R. B.; MORROW, A. G.; STAINSBY, W. et NESTOR, J. O.: Anomalous origin of the left coronary artery. The physiologic defect and suggested surgical treatment. *Circulation*, **17**: 1062, 1958.

16. COHEN, H. et SIEW, S.: Aberrant left coronary artery. Report of a case and review of the literature. *Circulation*, **20**: 918-927, 1959.

17. APLEY, J.; HORTON, R. E. et WILSON, M. G.: The possible role of surgery in the treatment of anomalous left coronary artery. *Thorax*, **12**: 28, 1957.

18. BLALOCK, A.: Consideration of some of the problems in cardiovascular surgery. *J. Thor. Eurg.*, **21**: 543, 1951.

19. McKENLEY, H. I.; ANDREWS, J. et NEILL, C. A.: Left coronary artery arising from the pulmonary artery. 3 cases, one with cardiac tamponade. *Paediatrics*, **8**: 828, 1951.

20. PAUL, R. N. et ROBBINS, S. G.: A surgical treatment proposed for either endocardial fibroelastosis or anomalous left coronary artery. *Ped.*, **16**: 147, 1955.

21. ROWE, G. G. et YOUNG, W. P.: Anomalous origin of the coronary arteries with special reference to surgical treatment. *J. of Thor. and Card. Vasc. Surg.*, **39**: 777-780, 1960.

SYNDROME D'IVEMARK : L'ASPLÉNISME

P. DAGENAIS-PÉRUSSE, E. BARIL, J. Assi ADOU, I. PILIC, R. ROUX *

Le syndrome d'asplénie comme plusieurs l'appellent, mais plus précisément le syndrome d'Ivemark, semble d'après la littérature être beaucoup plus fréquent qu'on le pensait il y a quelques mois à peine. En effet, ce n'est que depuis 1959, c'est-à-dire depuis que Nieman a fait un relevé des différents cas de la littérature, que la recherche s'est accentuée vers cette pathologie.

A la lumière de la recherche, la plupart des savants en sont arrivés à la conclusion que le syndrome d'Ivemark est indubitablement un syndrome d'ordre tératologique. On est même allé plus loin en affirmant qu'il s'agissait d'un trouble génétique survenant durant la vie embryonnaire entre le 31e et le 42e jour. C'est en effet entre le 31e et le 42e jour de la vie embryonnaire que se différencient les différents organes en cause dans la pathologie que nous discutons, à savoir: le cœur, les vaisseaux, la rate, le foie, etc. Ainsi, à l'aide de la génétique, on a pu décrire trois syndromes différents selon l'époque d'apparition des troubles tératologiques.

1 — Le syndrome précoce donne une absence de la rate, un tronc artério-veineux commun au niveau des gros vaisseaux ainsi que des anomalies sévères atrio-ventriculaires.

2 — Le syndrome intermédiaire par contre donne une hypoplasie de la rate et une sténose du tronc artériel pulmonaire.

3 — Le syndrome tardif enfin donne la présence de rates multiples ou d'une rate polylobée et une transposition des gros vaisseaux.

On ne parle ici que de la rate et du système cardio-vasculaire, parce que ce sont les deux organes les plus atteints dans le syndrome à l'étude.

Qu'est-ce donc que le syndrome d'Ivemark ?

Ivemark lui-même le définit comme suit:

"L'association de l'agénésie, de la malposition ou de malformations variables de la rate avec des malformations viscérales multiples et variées atteignant surtout le système cardio-vasculaire."

De plus, Ivemark caractérise son syndrome par la présence fréquente d'un *"situs inversus"* associé à une *"symétrie viscérale"* à savoir:

* Interne universitaire.

1 — les deux poumons sont divisés en un nombre égal de lobes;

2 — le foie n'est fait que de deux lobes qui sont d'ailleurs identiques;

3 — les deux cavités cardiaques sont identiques.

C'est ce qui a fait dire à Ivemark, et je cite: "il s'agit du syndrome tératologique de la symétrie viscérale".

La plupart des savants et des médecins s'intéressant au sujet sont maintenant tous d'accord (ou presque) pour donner raison à Ivemark.

A la lumière de plusieurs cas, classés comme syndrome d'Ivemark, nous avons pu faire un résumé des différents éléments pouvant être englobés dans le syndrome. On pourra s'attendre, en cas de syndrome d'Ivemark (puisqu'on l'appelle ainsi) à trouver les malformations suivantes:

Au niveau des viscères

1 — Rate: une absence, une hypoplasie, des rates multiples, une rate polylobée.

2 — Cœur - vaisseaux: on peut y retrouver n'importe quelle malformation à partir de la simple communication inter-auriculaire jusqu'aux malformations complexes telles que le tronc artériel commun, associé à une communication inter-auriculaire et une communication inter-ventriculaire, une tétralogie de Fallot, etc.

3 — Système digestif: la symétrie des deux lobes du foie en l'absence d'un 3e lobe; une absence de rotation des anses intestinales; une atrésie d'une ou de plusieurs parties du tube digestif.

4 — Système pulmonaire: une atrésie du larynx ou des bronches; des fistules œsophago-bronchiques; un nombre égal de lobes dans les deux poumons.

Toutes ces malformations, et probablement d'autres que nous oublions, sont associées presque toujours à un "situs inversus".

5 — Système génito-urinaire: des organes génitaux indifférenciés; des malpositions et malformations diverses de l'arbre urinaire.

6 — Peau: présence d'un ptérygium colli, des œdèmes lymphangiectasiques.

7 — Squelette: une hypotrophie staturale, un cubitus valgus, de la syndactylie, des dyscrânies, des hypoplasies musculaires.

8 — Neurologie: une atteinte surtout des 3e, 4e, 5e, 6e paires de nerfs crâniens, de l'épilepsie, de l'arriération mentale, une synostose prématurée des sutures.

Pour bien montrer la multiplicité des malformations, sans avoir en vue de décrire un syndrome typique, nous allons ici rapporter brièvement deux cas tirés au hasard parmi la littérature.

Premier cas

Il s'agit d'une fillette présentant à la naissance: un pterygium colli, des œdèmes lymphangiectasiques, des ovaires indifférenciés et une agénésie de la rate. Cette fillette décéda d'une infection respiratoire dès l'âge de 6 jours.

Deuxième cas

Il s'agit d'un garçon décédé à l'âge de deux mois, après une intervention chirurgicale en vue de corriger une cardiopathie cyanogène, cardiopathie de nature inconnue avant l'intervention. Le décès du garçon est survenu par insuffisance cardiaque.

A l'autopsie, on a retrouvé:

un cœur dextroposé, une sténose pulmonaire, deux cavités cardiaques identiques avec communication inter-auriculaire et communication inter-ventriculaire et un abouchement commun des veines pulmonaires; un foie situé sur la ligne médiane; une agénésie de la rate, et des poumons trilobés bilatéralement.

* * *

Ces deux cas sont suffisants, nous semble-t-il, pour montrer la disparité des malformations.

Ayant par la suite réuni les éléments pathologiques du cas qui nous préoccupe (à savoir le BB-T numéro 80917 — autopsie A 15 15) et qui sont les suivants (en résumé): une agénésie de la rate, les deux poumons sont bilobés; le larynx est atrésique; une fistule œsophago-trachéale; une tétralogie de Fallot; un estomac hypoplasique; un pancréas annulaire; une absence de cadre duodénal; un abouchement des deux uretères au niveau du vagin; une hypoplasie de la moitié droite de l'utérus; un rein droit polykystique; un anneau vasculaire de l'artère sous-clavière droite autour de l'œsophage, nous nous croyons en droit, à cause de l'agénésie de la rate et des malformations viscérales, cardio-vasculaires, digestives, pulmonaires (symétrie viscérale) et génito-urinaires, d'affirmer que nous sommes en présence d'un syndrome d'Ivemark. (*Docteur Claude Piché*)

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Notre patient présentait, comme nous l'avons dit, une atrésie de son larynx et n'a donc jamais respiré. Nous ne pouvons donc pas, en présence de ce cas, disserter longuement sur les complications de la dite pathologie.

Cependant, en revisant la littérature, nous nous sommes rapidement rendus compte des modalités du décès des patients atteints.

Les sujets n'ayant pas de rate sont en premier lieu exposés à passer de vie à trépas à cause d'une infection qu'ils ne peuvent combattre adéquatement; en plus, souffrant habituellement de cardiopathie complexe, ils meurent souvent d'insuffisance cardiaque.

A date, le taux de mortalité est de 100% et pas un patient n'a dépassé l'âge d'un an.

On peut conclure, à la lumière de ce bref tableau, que nous progressons à pas de géant vers l'étiologie exacte du syndrome, mais que tout reste à faire, quand nous envisageons le problème du traitement.

Résumé

Les auteurs, à l'occasion d'un enfant dystrophique et sans rate, font la description du syndrome de Ivemark: agénésie de la rate associée à des malformations du cœur et au situs inversus avec symétrie des organes. Actuellement à la suite de l'étude de cas de plus en plus nombreux, on peut affirmer que deux formes mineures sont décrites: d'abord de l'hypoplasie de la rate couplée à la sténose de l'artère pulmonaire; ensuite la présence de plusieurs petites rates avec transposition des gros vaisseaux.

Summary

The authors, after a study of a case of malformations in a subject born without a spleen, take advantage of this presentation to study what has been described as the Ivemark syndrom. At first it was generally accepted that agenesia of the spleen was accompanied by malformations of the heart mainly in implantation of the large vessels, situs inversus with near perfect symetry of the organs. With the accumulation of cases, two minor forms are now described. In one case there is an hypoplasia of the spleen with stenosis of the pulmonary artery; finally the presence of many very small spleens and transposition of the large vessels.

BIBLIOGRAPHIE

CHAPTAL, J.; CAZAL, P.; JEAN, R.; BONNET, H. et MANDIN, A.: Agénésie de la rate, situs inversus et cardiopathies complexes (syndrome d'Ivemark): étude clinique, hématologique et anatomique. *Pédiatrie,* **15**: 125-134, 1960.

FONTAN, A.; VERGER, P.; BATTIN, J.-J. et ALBERTY: Cardiopathie congénitale complexe, situs inversus et agénésie splénique (syndrome d'Ivemark). *Arch. Franc. Péd.,* **19**: 107-114, 1962.

MONNET, P. et VERNEY, R.: Cardiopathie congénitale complexe associée à une agénésie splénique et à des anomalies de position des viscères abdominaux. Syndrome d'Ivemark. *Arch. Franc. Péd.,* **17**: 451-476, 1960.

NEIMANN, N.; PIERSON, M.; PERNOT, C. et GENTIN, G.: Polydystrophie caractérisée par l'association de malformation de la rate avec cardiopathie congénitale et inversion des viscères thoraciques et abdominaux (syndrome d'Ivemark). *Pédiatrie,* **14**: 355-376, 1959.

POLHEMUS, D. W. et SCHAFER, W. B.: Absent spleen syndrome, hematologic findings as an aid to diagnosis. *Pediatrics,* **24**: 254-257, 1959.

PRÉVENTION DE LA CÉPHALÉE POSTRACHIDIENNE *

Étude clinique portant sur 874 malades

Gérard MIGNAULT [1]

PRÉAMBULE

Malgré les progrès récents de l'anesthésie générale, l'anesthésie rachidienne demeure une méthode de choix pour certains malades âgés, cardiaques, pulmonaires ou autres handicapés graves soumis à la chirurgie; c'est une technique simple ne commandant qu'un seul agent. Bien que très efficace, elle est peu toxique et produit un minimum de chambardement physiologique.

Toute médaille a son revers. La rachianesthésie a aussi certains inconvénients; sa complication la plus grave est certainement la méningite et l'arachnoïdite avec leurs séquelles; heureusement, leur incidence est très basse, comme le démontrent les travaux de Dripps (1), (2).

Une complication beaucoup plus fréquente et désagréable, quoique sans séquelle, est celle de la céphalée. La prévention de cette complication fait l'objet de la présente étude.

A la suite de nombreux travaux sur le sujet, il est admis que la céphalée rachidienne peut être de deux ordres: irritative ou hypotensive (4), (5), (6), (7), (8), (9).

La céphalée irritative est sans caractère bien particulier de localisation ou d'apparition; elle résulterait d'une réaction méningée s'accompagnant d'hyperhémie et d'exsudation; elle est habituellement accompagnée d'une légère augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien.

La seconde, la céphalée rachidienne vraie, est due à une déperdition de liquide céphalo-rachidien à travers le pertuis laissé béant par l'aiguille, déperdition favorisée par la pression négative de l'espace épidural. L'hypotension qui en résulte et surtout le manque de support liquidien provoquent une traction par le cerveau sur les méninges et sur les vaisseaux de la base du crâne, lorsque le sujet est debout ou assis.

Les artères extracrâniennes les plus sujettes à cette traction douloureuse sont la temporale, l'occipitale, la carotide primitive (10). La céphalée classique postrachidienne est caractérisée par sa localisation occipito-frontale, son apparition en position verticale et sa diminution ou sa disparition en position horizontale.

ÉTUDE PROPREMENT DITE

Malades

Notre étude a porté sur 874 anesthésies rachidiennes effectuées du premier janvier 1961 au premier mai 1962, à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Les âges des malades ont varié comme suit:

TABLEAU I

ÂGE DES MALADES

Âge	*Nombre*	*%*
Moins de 40	88	10
40 à 59	304	34.8
60 à 74	361	41.3
75 à 79	71	8.1
80 à 84	43	5.0
85 à 89	7	0.8
	874	100.0

Le genre de chirurgie effectuée se répartit comme suit:

TABLEAU II

TYPES DE CHIRURGIE

Chirurgie	*Nombre*	*%*
Vasculaire	342	39.1
Génito-urinaire	299	34.2
Ano-rectale	57	6.5
Gynécologie	31	3.6
Orthopédie	28	3.6
Gastro-intestinale	10	1.2
Autres	107	12.2
	874	100.0

Les cas de chirurgie cardio-vasculaires se répartissent comme suit:

TABLEAU III

SYMPATHECTOMIES LOMBAIRES (Niveau T 4)

Âges: de 17 à 80 ans

Moins de 40 ans	8
De 40 à 49 ans	17
De 50 à 59 ans	33
De 60 à 69 ans	40
De 70 à 80 ans	13
	111

* Travail fait par le Service d'Anesthésie de l'Hôtel-Dieu de Montréal et présenté au 27e Congrès annuel de la Fédération nord-américaine du Collège International de Chirurgie, tenu à New-York en septembre 1962.

[1] Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

TABLEAU IV

DÉSOBLITÉRATION ARTÉRIELLE, EMBOLECTOMIE, ENDARTÉRIECTOMIE

Âges: de 23 à 77 ans

Moins de 40 ans	2
De 40 à 49 ans	8
De 50 à 59 ans	9
De 60 à 69 ans	11
De 70 à 77 ans	4
	34

Anesthésie

Les anesthésies ont été administrées par les 10 membres réguliers du service, spécialistes certifiés, ou par les résidents en entraînement sous la surveillance des premiers. Les membres certifiés ont pratiqué 38% des rachianesthésies, soit 323; les élèves 62%, soit 551.

Matériel utilisé

Dans la présente série, nous avons utilisé pour les ponctions lombaires des aiguilles 20 ou 22, afin de conserver à la rachianesthésie une de ses qualités fondamentales, la simplicité d'administration. 58.7% des ponctions, soit 513, ont été faites avec des aiguilles 20; 354, soit 40.5% avec des aiguilles 22; 6 avec une aiguille 18, soit 0.8%.

TABLEAU V

CALIBRE DE L'AIGUILLE UTILISÉE POUR P. L.

Calibre	*Nombre*	%
18	7	0.8
20	513	58.7
22	354	40.5
	874	

Médicaments

Toutes les rachianesthésies administrées ont été faites avec une solution hyperbare obtenue avec un mélange à parties égales de tétracaïne [1] 1% et de dextrose 10%. Le dextrose a été ajouté à la tétracaïne pour rendre la solution hyperbare et dans 658 cas la phényl-éphédrine [2] a été utilisée pour prolonger l'anesthésie.

FACTEURS ÉTUDIÉS

Hydratation

La majorité des malades, soit 83%, ont reçu par voie intraveineuse, le jour de l'opération, au-delà de 1000 cc de dextrose.

[1] Pontocaïne, Winthrop.
[2] Néosynéphrine, Winthrop.

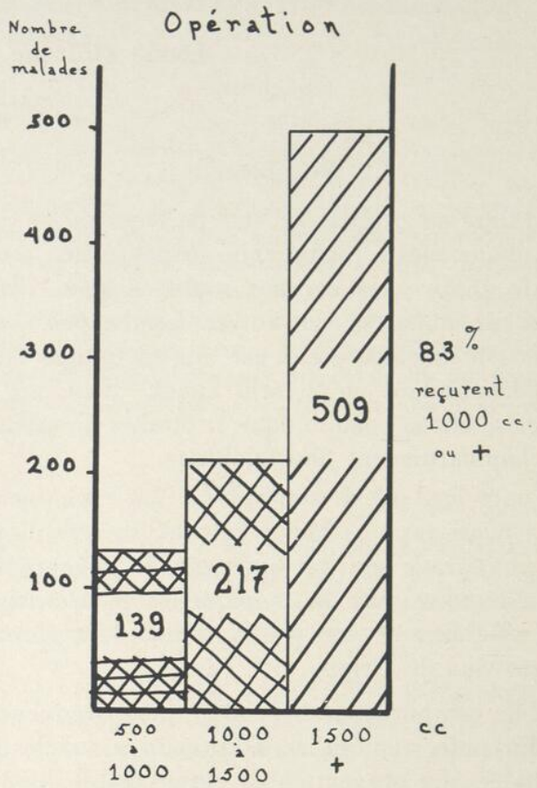


Fig. 1. — Hydratation intraveineuse le jour de l'intervention.[3]

Dans les deux jours qui ont suivi l'intervention, une hydratation abondante a été continuée soit par voie intraveineuse, soit par voie digestive lorsque la chose a été possible. L'hydratation a été contrôlée par un dosage urinaire le jour de l'opération et les deux jours suivants.

Technique d'administration

Instrumentation: pour chaque anesthésie, on utilise un cabaret contenant trocarts, aiguilles et médicaments, le tout stérilisé à l'autoclave. Aiguilles et mandrins sont de premier choix, s'adaptent bien, et sont vérifiés avant chaque usage.

Technique proprement dite

Pour la ponction, les malades sont généralement placés en décubitus latéral, le dos modérément fléchi, pour éviter une trop forte tension des fibres durales longitudinales, facteur de céphalée (11) (12) (13); le biseau est placé latéralement pour réduire la section des fibres au minimum.

[3] Certains malades ont reçu moins de 1000 cc de glucosé 5% dans l'eau, I.V., le jour de l'intervention à cause de la quantité de sang qu'ils avaient reçu par voie intraveineuse au cours de cette première journée.

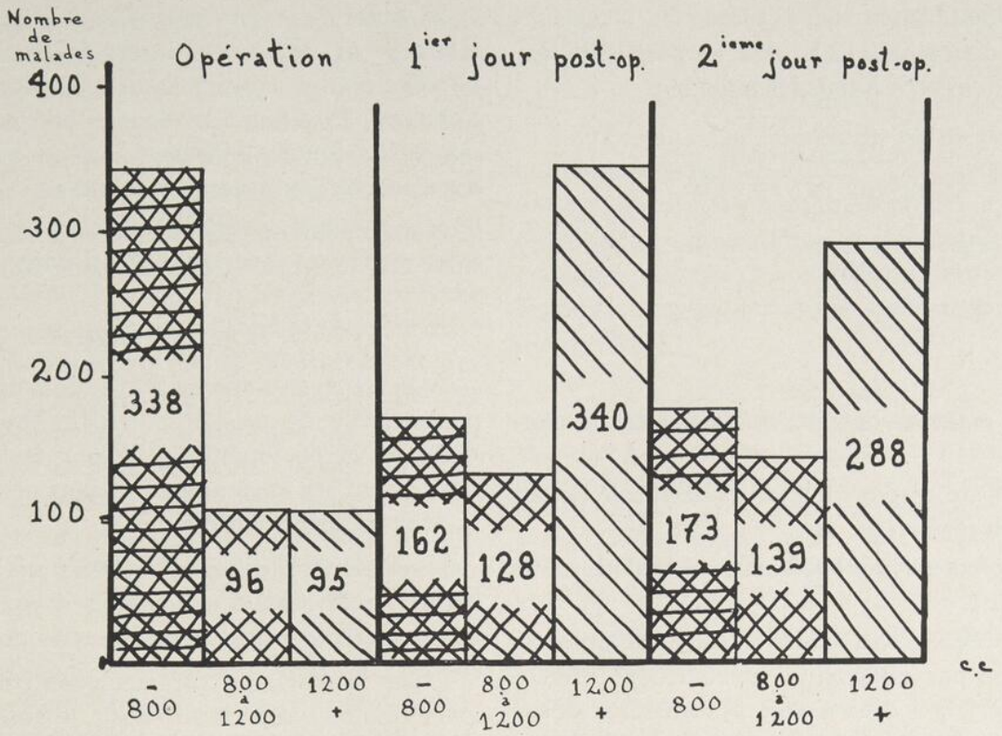


Fig. 2. — Dosage urinaire.[4]

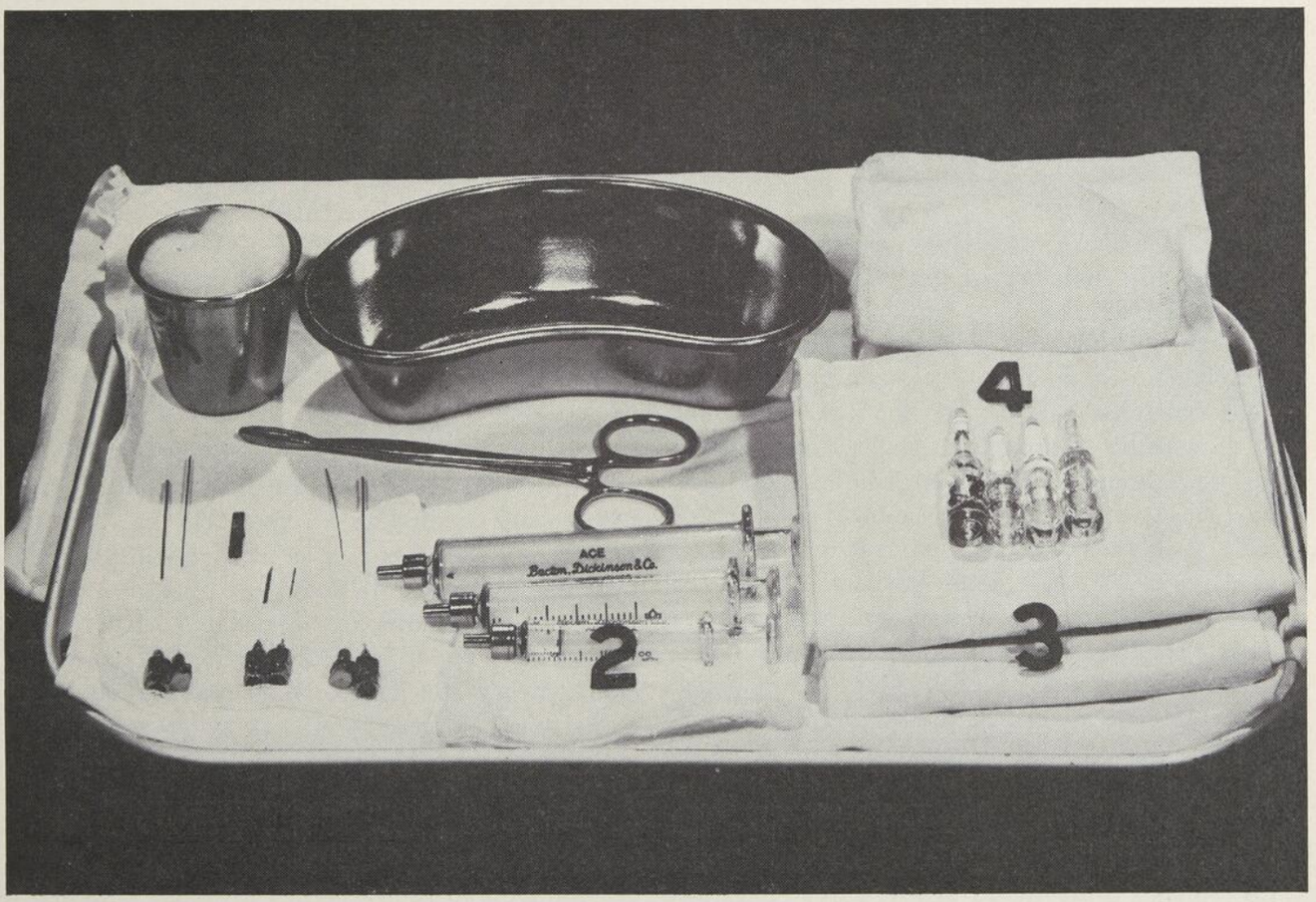


Fig. 3. — Cabaret à rachianesthésie: 1) aiguilles à mandrins, 2) seringues, 3) champs stériles et 4) médicaments.

[4] Le dosage urinaire de certains malades ne figure pas ici à cause d'une irrigation vésicale continue et de la difficulté d'obtenir des chiffres exacts chez ces malades.

Repos postopératoire

Un repos d'au moins 12 heures, en position horizontale, a été prescrit à tous les malades.

TABLEAU VI

MOMENT DU LEVER

1er jour	*2e jour*	*3e jour*	*4e jour*	*5e jour ou plus tard*
202	199	130	77	266
23.1%	22.7%	14.8%	8.8%	30.6%

Contrôle

Tous ces malades ont été suivis par triple contrôle.

L'anesthésiste responsable de l'anesthésie devait rapporter les céphalées.

Le chirurgien suivait également le malade dans le même esprit.

Enfin, au départ du malade, tous les dossiers ont été revus par un comité spécialement affecté à cette tâche; on a dressé des tableaux des dosages urinaires ainsi que des quantités de liquide administré pour l'hydratation; les notes des gardes-malades ont été revues et la moindre mention de céphalée a été notée.

Deux mois après la fin du travail clinique, nous avons questionné tous les malades ayant présenté une forme quelconque de céphalée.

Résultats

Il n'y eut aucun cas de mort peropératoire dans cette série de malades malgré l'état précaire et l'âge avancé de certains cardiaques opérés pour phénomènes emboliques. Un seul cas de céphalée postrachidienne a pu être relevé. Il s'agissait d'une femme (madame J.-P. R., 37 ans ayant subi une cure de varices. La ponction avait été pratiquée à l'aide d'une aiguille 20; après quelques tentatives infructueuses de la part du résident, l'anesthésiste certifié avait réussi la ponction; aucun autre incident n'avait marqué le cours de l'anesthésie et la période postopératoire. Le soir, se sentant bien, la malade s'était assise dans son lit pour lire pendant plus d'une heure, malgré les prescriptions. Comme hydratation, elle avait reçu 1000 cc de glucosé 5% dans l'eau par voie intraveineuse, le jour de l'opération. Le débit urinaire fut de 500 cc le jour de l'opération, de 1600 cc le lendemain, et de 1175 cc le surlendemain.

La céphalée a débuté 24 heures après l'anesthésie et a duré près de 12 jours sans toutefois empêcher la malade de vaquer à ses occupations quotidiennes.

37 autres cas ont présenté une céphalée occasionnelle et de courte durée, facilement soulagée par des analgésiques mineurs; d'ailleurs, au questionnaire, la plupart avaient oublié cette céphalée qui, selon toute apparence, n'avait aucun rapport avec la rachianesthésie pratiquée.

Notre incidence de céphalée postrachidienne a donc été de 0.115%, ou 1.15 pour 1000.

COMMENTAIRES

A notre avis, dans la prévention de la céphalée postrachidienne type hypotensif, l'hydratation, le repos au lit postopératoire et une technique minutieuse sont les facteurs principaux, comme semble le prouver la présente étude.

Le seul cas de céphalée dans notre série, cas bénin, a été celui d'une malade ayant négligé de suivre la recommandation du repos prescrit.

Deux facteurs ont sûrement contribué à l'excellence de nos résultats: d'abord, le genre de chirurgie pratiquée dans notre hôpital oblige un bon nombre de malades à demeurer au lit durant quelques jours après l'opération (Cf. tableau VI); en second lieu, nous n'avons pas de département d'obstétrique.

Nous admettons l'indication théorique de petits ou de très petits trocarts mais dans une école où, chaque année, 12 à 15 nouveaux élèves sont admis, et où les rachidiennes sont réservées aux malades âgés présentant souvent de la calcification des ligaments, les petites aiguilles feraient disparaître deux des qualités fondamentales de la rachianesthésie: la simplicité d'administration et la constance de l'efficacité.

Pour prévenir la céphalée irritative, on ne saurait trop insister sur la préparation du matériel. Les rinçages multiples et répétés à l'eau distillée sont essentiels pour enlever des seringues et des trocarts toute trace de détergent ou d'antiseptique qui pourrait contribuer à la réaction irritative des méninges. Quant aux dangers provenant des médicaments eux-mêmes, nous pouvons affirmer qu'ils sont minimes; en effet, nous avons employé les mêmes médicaments préparés par les mêmes compagnies, à raison de près de 1000 cas par année depuis 10 ans, sans inconvénient grave. Quant à la méningite, nous n'avons eu dans le même laps de temps qu'un seul cas chez un malade en septicémie vraisemblablement d'origine urinaire. Le rôle joué par la rachianesthésie dans l'étiologie de cette méningite a été pour le moins discutable.

A l'occasion de cette étude, on peut se demander si pour des raisons médico-légales, et afin d'éviter des poursuites judiciaires, on n'est pas en voie de mettre au rancart une technique éminemment avantageuse pour certains malades. La méningite, cette complication redoutable de la rachianesthésie, peut être pratiquement éliminée si l'on respecte les conditions d'asepsie possibles dans une salle d'opération. Combien de ponctions lombaires pour fins diagnostiques sont pratiquées dans des conditions beaucoup moins favorables, et par un personnel moins qualifié. Il nous semble que cet aspect médico-légal ne devrait pas priver le malade de cette technique, lorsqu'elle est indiquée; il nous semble aussi qu'il serait regrettable de cesser l'enseignement d'une méthode qui peut rendre de grands services. L'anesthésie générale, malgré le degré de perfectionnement qu'elle a atteint, comporte aussi des dangers; même les nouveaux anesthésiques, qui connaissent une si grande vogue, ne sont pas absolument inoffensifs; l'étude de leur action sur le foie n'est sans doute pas complète. N'est-il pas utile de pouvoir choisir entre plusieurs techniques, selon les circonstances et les malades ?

Résumé

Nous avons fait une étude sur la prévention de la céphalée postrachidienne. Les facteurs suivants ont été étudiés: technique de ponction, repos postopératoire et hydratation systématique de tous les malades. Certaines considérations sont faites sur les tendances actuelles vis-à-vis de cette méthode d'anesthésie.

Summary

A clinical study of 874 spinal anesthesias has been performed at the Hôtel-Dieu Hospital with a particular attention to a proper hydration of the patients, a 12-hour postoperative bedrest and a careful spinal tap technique. Although we utilized medium-gauge needles, i.e. 20 and 22, only one postspinal headache was discovered on a patient who decided to sit up during the first 12 postoperative hours.

Comments are made regarding the present trends relative to spinal anesthesia.

N.B. *Depuis mai 1962, date de la fin de la présente étude, 485 autres rachidiennes ont été pratiquées avec les mêmes résultats.*

MOUVEMENT MÉDICAL

NOUVELLES PERSPECTIVES SUR LA MÉDECINE COMPARÉE

Maurice PANISSET

La Médecine comparée est l'étude des analogies et des différences qui existent entre l'anatomie et la physiologie des diverses espèces animales, leurs réactions de défense, les processus pathologiques qu'elles présentent. Il existe, également, une pharmacologie et une thérapeutique comparées et l'épidémiologie de bien des maladies transmissibles de l'homme et des animaux appartient à la Médecine comparée.

LES ORIGINES DE LA MÉDECINE COMPARÉE: CLAUDE BOURGELAT

La Médecine comparée a des origines fort lointaines: certaines comparaisons entre les maladies dont il était frappé et celle des animaux se sont imposées d'elles-mêmes à l'homme primitif. Le code de Hammourabi renferme des dispositions qui montrent que la médecine des animaux n'a pas toujours été considérée comme essentiellement différente de la médecine de l'homme mais le concept d'une médecine comparée n'a pas deux siècles. Il est dû à un disciple des Philosophes, Claude Bourgelat, qui fonda la première école vétérinaire à Lyon en 1763, puis celle d'Alfort en 1766. Bourgelat donna comme objectif principal aux écoles vétérinaires l'enseignement de la médecine des animaux, basé sur l'observation et l'expérimentation. Il prescrit, en outre, dans le style de l'époque, qu'elles soient sans cesse ouvertes à ceux qui "chargés par état de la conservation des hommes, auront acquis, par le nom qu'ils se seront fait, le droit d'interroger la Nature. Chercher des analogies et vérifier des idées dont la confirmation ne peut être qu'utile à l'espèce humaine."

LA MÉDECINE COMPARÉE ET L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Cette conception de l'enseignement vétérinaire et des services qu'il peut rendre à la médecine de l'homme en la faisant bénéficier de l'observation des maladies des animaux et "des expériences qu'elles peuvent suggérer" inspira à Vicq d'Azyr *un nouveau plan de la constitution de la médecine en France,* qu'il présente en 1790 à l'Assemblée Nationale au nom de la Société royale de Médecine. L'idée fondamentale de ce plan est de faire de l'enseignement vétérinaire "le premier degré et comme le principe de l'enseignement vétérinaire de la médecine humaine"(2). Il propose, en particulier, qu'une école vétérinaire soit "annexée à chaque collège de médecine établi en France" (2). Ce projet demeura lettre morte, mais "l'idée qu'il représente n'en demeure pas moins juste"; "celle de l'étroitesse des rapports des deux médecines et du grand avantage de leur concours réciproque pour leur avancement respectif, et pour les progrès de la médecine générale qui est une, après tout, dans ses principes, dans ses lois et dans ses applications" (2).

LA DÉCOUVERTE DES CAUSES DE LA CONTAGION ET LA MÉDECINE COMPARÉE

La découverte par Jenner de l'immunité contre la variole conférée à l'homme par l'inoculation accidentelle ou volontaire du virus du cowpox, éruption pustuleuse de la vache, est la première d'une longue série de découvertes dont peut se réclamer la Médecine comparée. Presque toutes concernent les maladies infectieuses des animaux et de l'homme, leur étiologie, leur épidémiologie, leur prévention. La Médecine comparée a joué un rôle éminent dans les travaux de Koch, de Pasteur, de leurs émules, de leurs disciples, rôle si important qu'elle s'est identifiée, dans l'esprit de beaucoup de médecins, de vétérinaires, soit à la Médecine vétérinaire elle-même, soit à l'étude des maladies transmissibles des animaux à l'homme ou de l'homme aux animaux.

La Médecine comparée, à la suite de cette période si féconde en découvertes dans ce domaine, aura tendance à s'y cantonner. C'est une chaire de Pathologie comparée que le gouvernement français fonde au Museum d'Histoire Naturelle, pour Henri Bouley, Professeur à l'École d'Alfort et disciple de Pasteur.

Bouley expose dans sa leçon inaugurale les buts et moyens de la Médecine comparée, mais consacre les trente-deux autres leçons à la relation des acquisitions qui venaient d'être faites, sur l'étiologie et la prévention des maladies infectieuses, acquisitions auxquelles il avait si brillamment participé.

L'intérêt va demeurer orienté, surtout, vers la Pathologie comparée et cette orientation sera consacrée aussi bien dans les pays de langue française que dans les autres par les noms de sociétés scientifiques, de journaux, de chaires d'enseignement qui se vouent à cette étude. Depuis quelques années c'est, de nouveau, de Médecine comparée que l'on parle.

L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA MÉDECINE COMPARÉE

La régression, voire même l'éradication de certaines des maladies qui ont fait l'objet des travaux les plus classiques et les plus fructueux de la Médecine comparée, lui ont permis depuis quelques années de s'assigner d'autres objectifs.

Il s'agit, en particulier, des maladies dégénératives chroniques, néoplasmes, affections cardio-vasculaires, des affections ostéoarticulaires, et aussi de processus plus généraux comme la sénescénie (19), la génétique de la résistance et de la sensibilité aux agents pathogènes et la génétique des métabolismes aberrants (12). La transformation contemporaine du pouvoir pathogène de certaines bactéries, levures, PPLO (mycoplasma), les acquisitions incessantes de la virologie contribuent, entre autres problèmes, à élargir sans cesse le champ de la Médecine comparée. Nous rechercherons les tendances de cette science à la lumière du programme et des travaux de quelques réunions et des chapitres d'un livre nouveau.

CONFÉRENCE "ON THE COMPARATIVE PATHOLOGY OF ARTHRITIS AND RHEUMATISM"

Cette réunion a eu lieu les 5 et 6 février 1959 aux "National Institutes of Health" à Bethesda, sous le patronage de "The American Rheumatism Society", "The Arthritis and Rheumatism Foundation", "The National Institute of Arthritis and Rheumatism Diseases". Plus de cinquante médecins et chirurgiens spécialistes des affections ostéo-articulaires ont participé aux travaux de cette conférence. Les trente et un rapports qui ont été présentés font la matière d'une livraison spéciale de "Laboratory investigation". Signalons quelques titres: Arthrologie comparée (9), Pathogénie des ostéoarthrites du cheval (29), Arthrites du porc à PPLO (Mycoplasma) (16), Artérite virale du cheval (10), Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique du chien (11), Arthropathie hémophilique du chien (28), rouget du porc et arthrite (27), protection contre cette arthrite par la vaccination anti-rouget (17).

Chacune des communications a donné lieu à une discussion préparée qui permettait de confronter les aspects médicaux et vétérinaires des problèmes soulevés. La diversité des espèces animales considérées, la variété des processus envisagés et de leur étiologie rendaient les discussions singulièrement intéressantes et fructueuses.

LES MALADIES DÉGÉNÉRATIVES CHRONIQUES LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

L'anatomie et la physiologie doivent beaucoup à la cardiologie comparée. Il suffit de rappeler que les travaux de Chauveau, entre autres, furent effectués à l'École Vétérinaire de Lyon, mais c'est l'étude des maladies cardio-vasculaires animales dont plusieurs articles récents et les rapports de conférences de spécialistes réunis par l'OMS révèlent l'actualité. Ainsi, le Bureau panaméricain de la Santé qui est le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques a réuni, dans ce but, des médecins et des vétérinaires à Washington en 1958. Un autre groupe de chercheurs convoqué par l'OMS à Genève a examiné les plans de travail présentés à la suite de la première réunion, il a proposé, en plus, d'autres projets de recherches et conseillé l'OMS sur leur exécution. Ces projets ont pour but, en particulier, d'appliquer les méthodes épidémiologiques à l'étude des maladies cardio-vasculaires spontanées des animaux et, avant tout, d'améliorer les méthodes du diagnostic clinique et anatomo-pathologique de ces maladies. A l'occasion des réunions organisées par l'OMS, D. K. Detweiler (4) a rappelé que l'avantage des études des maladies cardio-vasculaires spontanées des animaux est que ces derniers peuvent être sacrifiés au moment le plus opportun pour l'observateur ou l'expérimentateur. Une fonction peut être modifiée ou supprimée. Il est possible de vérifier les données épidémiologiques sur des groupes ou populations animales. Ainsi Detweiler, citant le cas de l'artériosclérose, rappelle que les artères des oiseaux et des mammifères ont une structure semblable et ne peuvent réagir au milieu humoral que grâce à un nombre limité de mécanismes. Ainsi les différences des lésions que peuvent montrer les artères correspondent à des différences entre des facteurs d'irritation ou des facteurs métaboliques.

Il a été ainsi montré qu'il existe une corrélation positive entre le taux de lésions d'athérosclérose et celui des beta-lipoprotéines sériques.

Les animaux ne présentent pas seulement des lésions d'artériosclérose et d'athérosclérose mais, aussi, de l'hypertension, des myocardites et de l'insuffisance cardiaque. Certaines particularités anatomiques des animaux peuvent permettre des études singulièrement fructueuses pour la connaissance du mécanisme de certains troubles pathologiques de l'homme; l'auteur de l'étude sur la Médecine comparée qu'a publiée l'OMS attire, par exemple, l'attention sur l'intérêt de recherches sur la régulation de la tension artérielle chez la

girafe, pour l'angio-cardiologie de l'homme (19). D'autre part, le même auteur rappelle que les types principaux de malformations congénitales chez les mammifères sont les mêmes que chez l'homme et que leur fréquence respective est du même ordre, à la condition que l'on tienne compte des animaux morts-nés. La race des géniteurs, les troubles nutritifs et les viroses qui atteignent la femelle durant la gestation jouent un rôle dans la genèse de ces malformations. Ainsi la sténose aortique représente 75% des malformations cardiaques chez le porc danois (3% de ces malformations chez l'homme) ; le virus de la peste porcine et la carence en vitamine A qui affectent la truie durant la gestation ont une action analogue à celle du virus de la rubéole chez la femme enceinte. Ces quelques exemples soulignent l'opportunité d'études génétiques et épidémiologiques sur la pathogénie, les caractères et la fréquence des malformations cardiaques.

En ce qui concerne les cardiopathies dues aux virus, les constatations de Dubois et Cauchy (7), qui ont établi et interprété les électrocardiogrammes de vaches et de porcs atteints ou ayant été atteints de Fièvre aphteuse, s'inscrivent dans le cadre général des cardiopathies dues aux virus.

Celles-ci peuvent être rapprochées, en particulier, des troubles et des lésions qui sont décrites dans les viroses des enfants. Dubois et Cauchy montrent l'existence chez la vache et la truie du syndrome de Wolff-Parkinson-White. Elles montrent, surtout, l'inconstance des corrélations existant entre les lésions cardiaques et l'éruption spécifique.

En ce qui concerne la pathogénie des cardiopathies dues, chez la vache et le porc, au virus de la Fièvre aphteuse, Dubois et Cauchy insistent sur le rôle de l'atteinte pluriendocrinienne et, en particulier, médullo-surrénale.

Les péricardites du chien et des volailles, les affections des artères coronaires associées à la thrombose et à de petits infarctus du myocarde ne sont pas exceptionnelles chez le chien (21-22).

L'infarctus du myocarde a été constaté chez le singe, le taureau, le cheval, le rat (19) et l'aigle (1) ; la dégénérescence aiguë du myocarde est observée, notamment chez les volailles et le porc. Il y a là autant de sujets d'intéressants travaux de cardiologie comparée.

Ainsi certaines formes de Rouget du Porc, infection due à *Erysipelothrix rhusopathiæ* s'accompagnent de lésions d'arthrite (27) qui évoquent celles de la polyarthrite noueuse de l'homme et sont, comme elle, heureusement influencées par les stéroïdes. La fréquence de l'insuffisance cardiaque d'origine congestive chez les épagneuls du type cocker, fréquence trois fois plus grande chez le mâle, suggère des recherches génétiques aussi bien que des essais thérapeutiques.

Les animaux présentent comme l'homme des affections artérielles dégénératives. Le porc, en particulier, montre des lésions d'athérosclérose spontanée; son système cardio-vasculaire ressemble à celui de l'homme. Cet animal accepte des régimes alimentaires riches en lipides pathogènes ou protecteurs. Les facteurs génétiques qui interviennent dans la genèse de ces affections peuvent être facilement analysés. Le porc constitue donc un excellent sujet d'études et d'expériences.

Les animaux en captivité ont fait l'objet d'observations très fructueuses de la part de K. Rigg (24) et de H. L. Ratcliffe, T. G. Yerasimides et G. A. Elliot (23). Ils ont montré, en particulier, que 25% des animaux en captivité souffraient de lésions aortiques athéromateuses, que ces lésions sont plus fréquentes chez les oiseaux que chez les mammifères et qu'elles sont inexistantes chez les reptiles. Leur fréquence augmente avec la durée de la captivité, les tensions auxquelles sont soumis les animaux et la richesse de leur régime alimentaire (24).

Il est plus facile de connaître l'influence du milieu, de l'hérédité, de la nutrition chez l'animal que chez l'homme. Il est possible d'étudier le rôle de l'espèce et de la race sur les processus pathologiques. L'OMS a fait le relevé des projets de recherches de Médecine comparée sur l'appareil cardio-vasculaire. Elle en a dénombré 200 aux États-Unis seulement. Des recherches analogues sont effectuées en URSS (Centre de Recherches sur les primates de Soukhoumi), en Allemagne et en Suisse (Instituts de pathologie vétérinaire), au Royaume-Uni (Société zoologique de Londres et Institut Nuffield de Médecine comparée, Écoles vétérinaires de Londres, Cambridge et Glasgow) ; l'OMS a proposé des sujets de recherches dont l'étude pourrait servir, en quelques années, à éclairer la pathologie cardiaque de l'homme et se prêterait à une collaboration internationale. Dès à présent les recherches peuvent et doivent être entreprises avec les moyens qui sont à notre disposition.

LE CANCER ET LA MÉDECINE COMPARÉE

L'étude histopathologique des tumeurs des animaux a suivi de très près les progrès de celle des

tumeurs de l'homme. Par contre, les travaux sur l'épidémiologie des tumeurs des animaux en sont à leur début et, bien en retard, sur les recherches quant à l'étiologie et à l'immunologie des tumeurs des animaux. Le rôle de l'espèce et de la race sur la localisation et le type des tumeurs, celui de la radioactivité ambiante, de la nutrition, de la génétique peuvent être le sujet de nombreuses expériences. Ce travail doit commencer par la formation de chercheurs spécialisés en oncologie et par l'enregistrement systématique de toutes les tumeurs constatées chez l'homme et chez l'animal dans des centres, peu nombreux, spécialisés.

UN LIVRE RÉCENT DE G. A. GRESHAM ET A.R. JENNINGS SUR LA PATHOLOGIE COMPARÉE

Nous n'avons pas la prétention d'épuiser le sujet de la Médecine comparée dont les aspects sont aussi nombreux et aussi divers que ceux sous lesquels se présentent la Médecine de l'homme et la Médecine des animaux. Notre propos est d'éveiller l'intérêt vers une collaboration systématique entre ces deux médecines. Le livre de G. A. Gresham et de A. R. Jennings, tous deux de l'Université de Cambridge: "An introduction to comparative pathology", suggère par son plan ce que pourrait être l'enseignement et les sujets des recherches d'un centre de Médecine comparée.

Le premier chapitre du livre de Gresham et Jennings est consacré aux processus pathologiques d'origine génétique dont l'exposé précède celui des agents pathogènes pour les tissus de l'homme et des animaux. Les titres des chapitres pourraient être ceux d'un traité de pathologie générale, mais les auteurs se sont délibérément abstenus de décrire, en détail, les processus pathologiques généraux: inflammation, dégénérescence, troubles circulatoires, qui sont la cause de la thrombose, de l'embolie, de l'infarctus; ils illustrent les réactions de l'organisme en décrivant des "maladies qui surviennent dans les conditions naturelles plutôt que, d'après des exemples provenant, du champ étroit et artificiel de la pathologie expérimentale". L'étude des processus pathologiques résultant du vieillissement et, en particulier, celle des processus ostéo-articulaires et cardio-vasculaires sont particulièrement typiques de cette méthode de comparaison. Les auteurs sont assez brefs sur les phénomènes généraux liés au vieillissement mais insistent, par exemple, sur l'ostéoarthrite dans les différentes espèces. Au chapitre des maladies causées par des agents non vivants, les auteurs décrivent les troubles et les lésions que les mêmes agents provoquent chez l'homme et chez les animaux. Ainsi, les manifestations des intoxications par le fluor et le plomb dépendent de façon marquée de l'espèce qui y est exposée.

Parmi les maladies dues ou attribuées aux réactions entre les antigènes et les anticorps, la maladie hémolytique fait l'objet d'un excellent exposé et les troubles dus au facteur Rh dans l'espèce humaine sont comparés à la maladie hémolytique du porcelet et surtout à l'ictère du muleton, toutes affections dues à une iso-immunisation.

La Médecine comparée révèle que des animaux appartenant à des espèces, voire à des races ou à des lignées génétiques différentes, peuvent réagir de façon différente aux mêmes agents vivants ou non; elle cherche à expliquer ces différences. La mise en évidence des facteurs qui les provoquent peut suggérer des moyens de prévention et de traitement. La Médecine comparée comporte l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparées et des différences qui existent entre les espèces et les races animales. C'est cette étude qui a révélé, par exemple, que l'immunité transmise de la mère au nouveau-né n'est pas un phénomène général: la femme transmet cette immunité à travers son placenta alors que la vache la transmet par l'intermédiaire de son colostrum. Ainsi la Médecine comparée comporte de multiples aspects. On prête à Sir William Osler le propos suivant: la principale différence entre l'animal et l'homme est que celui-ci est le seul à désirer prendre des médicaments. Il ne s'agit que d'une boutade, mais elle souligne le caractère spécifique des réactions d'un animal à un agent donné. C'est à la Médecine comparée qu'il appartient de connaître les causes de cette spécificité des réactions qui représente un hiatus, parfois tragique, entre l'expérimentation "in vivo" au laboratoire et les applications cliniques à la thérapeutique médicale ou vétérinaire. La Médecine comparée nous fait prendre conscience à la fois de la généralité des phénomènes physiologiques et biologiques et aussi de leurs particularités dans une espèce donnée. Elle nous apprend à accueillir avec réserve les conclusions de l'observation et de l'expérimentation chez une autre espèce. Serait-ce là son seul apport à la médecine qu'il serait bon que les études médicales en comportent quelques notions. La Médecine comparée constitue, au surplus, un magnifique champ d'études qui commence à se révéler aussi fertile pour la connaissance des maladies de notre temps qu'il ne l'a été pour celle des maladies infectieuses, au siècle dernier.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARONSON, W.: Spontaneous myocardial infarction in a bald eagle. *Arch. path.*, **74**: 509-512, 1961.
2. BOULEY, H.: Cours de Pathologie comparée, 672 p. Asselin et Houzeau, édit., Paris, 1881.
3. Conference on the Comparative Pathology of Arthritis and Rheumatism. *Laboratory Investigation (Supplement)*, **8**(6): 1150-1498, 1959.
4. DETWEILER, D. K.: Comparative cardiology and vascular disease (document non publié). WHO/Comp. Med. (1), cité OMS, La médecine comparée. *Chronique OMS*, **15**(11): 419-426, 1961.
5. DUBOIS, M.: Du choix des dérivations et d'une normalisation de l'E.C.G. chez quelques ongulés domestiques. *Rec. Méd. Vét.*, **137**: 425, 1961.
6. DUBOIS, M.: Notes de cardiologie clinique. IV. Nouvelle observation d'un syndrome de *Wolff-Parkinson-White*. *Rec. Méd. Vét.*, **138** (7): 595-605, 1962.
7. DUBOIS, M. et CAUCHY, L.: Notes de cardiologie clinique. VIII. Considérations générales sur les cardiopathies de la fièvre aphteuse. *Rec. Méd. Vét.*, **139** (2): 113-130, 1963.
8. FREEMAN, J. T.: Gerontology and veterinary medicine. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, **140** (12): 1295-1296, 1962.
9. GARDNER, E.: Comparative arthrology. *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1160-1169, 1959.
10. JONES, T. C.: Equine Viral Arthritis. *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1471-1477, 1959.
11. JONES, T. C. et SCHNELLE, G. B.: Pulmonary Hypertrophic Osteoarthropathy in Dogs. *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1287-1303, 1959.
12. KAPLAN, M.: Rôle des services de Santé publique vétérinaire dans les études de médecine comparée sur les maladies dégénératives chroniques. *Rec. Méd. Vét.*, **137**: 191-198, 1961.
13. LINDSAY, S.; CHAIKOFF, I. L. et GILMORE, J.: Arteriosclerosis in the dog: I. Spontaneous lesions in the aorta and coronary arteries. *Arch. path.*, **53**: 281-300, 1952.
14. LUBKE, A.: Constatations ultramicroscopiques dans les premiers stades de la myocardite à virus dans la fièvre aphteuse. *Virchows Arch. path. anat.*, **333** (5): 487, 1960.
15. MATTHIAS, D.: Modifications histologiques du myocarde dans la peste porcine. *Arch. für Exp. Véterinä med.*, **14**: 111, 1960.
16. McNUTT, S. H.: Swine arthritis associated with Pleuropneumonia like Organisms (PPLO). *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1427-1431, 1959.
17. NEHER, N. M. et SWENSON, C. B.: Does vaccination against Erysipelas afford protection against arthritis. *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1419-1426, 1959.
18. New York Academy of Sciences: Genetic perspectives in disease resistance and susceptibility. *Ann. N.Y. Academy of Sciences*, **91**: Art. 3, p. 595-818, 1961.
19. Organisation Mondiale de la Santé: La Médecine comparée. *Chronique OMS*, **15** (11): 419-426, 1961.
20. PATERSON, J. C. et COTTRAL, G. E.: Experimental coronary sclerosis. III. Lymphomatosis as a cause of coronary sclerosis in chickens. *Arch. path.*, **49**: 699, 1950.
21. PATERSON, J. C.; MITCHELL, C. A. et WALLACE, A. C.: Experimental coronary sclerosis. II. Role of infection in coronary sclerosis of cockerels. *Arch. path.*, **47**: 335, 1949.
22. PATERSON, J. C.; SLINGER, S. J. et GARTLEY, K. M.: Experimental coronary sclerosis: 1. Medical degeneration as primary lesion in coronary sclerosis of cockerels. *Arch. Path.*, **45**: 306, 1948.
23. RATCLIFFE, H. L.; YERASIMIDES, T. G. et ELLIOTT, G. A.: Changes in the character and location of arterial lesions in mammals and birds in the Philadelphia Zoological Garden. *Circulation*, **21**: 730-738, 1960.
24. RIGG, Kathleen J.; FINLAYSON, R.; SYMONS, C.; HILL, K. R. et FIENNES, R. N. T.-W.: Degenerative arterial disease of animals in captivity with special reference to the comparative pathology of atherosclerosis. *Proc. Zool. Soc., London*, **135** (part 2): 157-164, 1960.
25. SCHMIDT, D.: Altérations électrocardiographiques dans la peste porcine. *Arch. für Exp. Veterinär med.*, **10**: 175, 1956.
26. SCHMIDT, D.: Troubles fonctionnels cardiaques dans la fièvre aphteuse. *Arch. für Exp. Veterinär med.*, **10**: 415, 1956.
27. SHUMAN, R. D.: Swine Erysipelas and Arthritis. *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1416-1418, 1959.
28. SWANTON, M. L.: Hemophilic arthropathy in dogs. *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1269-1277, 1959.
29. TRUM, B. F.: Pathogenesis of Osteoarthritis in the Horse (Particularly as related to nutritional aspects). *Laboratory Investigation*, **8** (6): 1197-1208, 1959.
30. University (The) of Michigan, School of Public Health: Comparative medicine in transition. *Proc. of the first Institute on Veterinary Public Health Practice*, Oct. 6-9, 1958, 499 p. The University of Michigan School of Public Health, édit., Ann Arbor, Michigan, U.S.A.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

•

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada
(Fondée à Québec en 1902)

Tome 92, No 8 — Montréal, août 1963

L'HÉPATITE VIRALE

De toutes les maladies virales, l'hépatite est sans contredit celle qui constitue encore pour les virologistes et la profession médicale en général, le défi le plus sérieux et le plus urgent à relever. Alors qu'au cours des deux dernières décades, les chercheurs gagnèrent la bataille contre la fièvre jaune, la poliomyélite et tout récemment la rougeole en nous offrant des vaccins spécifiques, l'hépatite virale n'a pas encore livré tous ses secrets.

Il faut retracer l'histoire des travaux effectués depuis vingt-cinq ans pour comprendre les difficultés inhérentes à l'étude du ou des virus de l'hépatite. En 1938, Propert (1) rapporte l'observation de sept enfants qui, après avoir reçu du sérum de convalescent *"poolé"* contre la rougeole, ont tous développé de l'ictère entre la 11e et 12e semaine; trois d'entre eux devaient mourir d'atrophie aiguë du foie. L'année suivante Findlay (2) observait en Afrique Occidentale une incidence élevée d'ictère et d'hépatite à la suite d'administration d'un vaccin contre la fièvre jaune préparé à partir d'un sérum humain. Dans ce dernier cas la maladie différait de la fièvre jaune et était imputable à un agent stable, soumis à une température de 56° C pendant 20 minutes, invisible au microscope ordinaire et traversant les filtres de petite dimension. Selon toute vraisemblance, le vaccin avait été contaminé par le sérum humain. Bien plus, des donneurs de sérum considérés comme sains et sans ictère au moment de la phlébotomie, comme après un délai d'un mois, pouvaient transmettre l'infection. De ces deux observations Findlay et ses collaborateurs non seulement conclurent que cette forme d'hépatite était due à un agent viral, mais postulaient que l'hépatite infectieuse était d'étiologie similaire.

A partir de 1940, la recherche sur l'hépatite devait se poursuivre à un rythme beaucoup plus lent. En effet les essais de transmission des virus à l'animal de laboratoire, à l'embryon de poulet, aux cultures de tissus se soldaient tous par des échecs; on ne connaissait aucune épreuve sérologique spécifique. On peut imaginer avec quelle répugnance les chercheurs durent se résigner à poursuivre leur expérimentation chez des volontaires humains, auxquels on transmettait le virus par voie orale, à partir du suc duodénal de malades infectés. C'est grâce aux travaux de Voegt (3) et à ceux que ses résultats suscitèrent dans les quatre années qui suivirent, que nous connaissons quelques-unes des propriétés biologiques du virus de l'hépatite infectieuse. Nous avons ainsi appris que le sang et les selles contenaient et pouvaient transmettre le virus de l'hépatite infectieuse, que la période d'incubation d'environ 30 jours est une caractéristique du virus et ne dépend pas du mode de transmission; que le virus peut être trouvé dans le sang et les selles même à la phase préictérique, la virémie pouvant survenir, comme c'est probablement souvent le cas, sans évidence clinique de maladie.

Nos connaissances sur l'hépatite se sont encore élargies par la suite, grâce surtout aux observations des médecins de l'Armée Américaine au cours du dernier conflit et aussi par suite de l'emploi de plus en plus répandu de sang transfusionnel et de ses dérivés. Deux formes cliniques d'hépatite sont maintenant connues: l'hépatite épidémique (H.I.) et l'hépatite sérique (H.S.).

Elles sont sûrement dues à des agents différents, mais il n'est pas impossible (4) qu'il y ait plus de deux types de virus en cause.

Nous en sommes là de nos connaissances sur les virus; mais il faudrait aller plus loin et au plus tôt. En effet l'incidence qui va toujours croissant (72,000 cas déclarés aux E.U. en 1961), le nombre probablement beaucoup plus grand d'hépatites anictériques, le problème des porteurs sains, l'usage libéral du sang et de ses dérivés rendent urgents l'identification des virus en cause, la mise au point de réactions sérologiques diagnostiques et la préparation de vaccins spécifiques. Les travaux de Hillis (5) et de Rightsel et de ses collaborateurs (6, 7) portant respectivement sur la transmission du virus de l'hépatite par le chimpanzé à l'homme et sur l'isolement d'un virus par culture de tissus sont très prometteurs, mais portent le flanc à de nombreuses critiques.

En attendant, notre devoir de praticien est de deux ordres: 1 - Savoir reconnaître la maladie et la traiter convenablement; 2 - Tâcher d'en limiter la propagation. Au chapitre du diagnostic il n'y a guère souvent de problèmes. Les épreuves hépatiques, l'épreuve de Paul et Bunnel, la formule sanguine et au besoin, la biopsie hépatique auront tôt fait de nous éclairer. Quant au traitement il n'en existe aucun qui soit spécifique. Le repos est de toute première importance. Il sera plus ou moins strict selon la gravité de la maladie, mais on devra toujours garder à l'esprit que la durée de la virémie est inconnue et que de ce fait, les dangers de rechute et d'évolution vers le stade chronique et la cirrhose ne sont pas négligeables. La convalescence d'une hépatite devra parfois se poursuivre jusqu'à trois mois. On se guidera avantageusement sur la normalisation des épreuves hépatiques fines avant de retourner le malade à la vie active. La diète doit être généreuse, sans restriction particulière, même pour les lipides. Si l'appétit est médiocre, on devra compléter l'apport déficitaire par des solutés glucosés et vitaminés. Les antibiotiques, les facteurs lipotropes n'ont évidemment aucune valeur.

La corticothérapie ne devrait pas être employée pour les formes habituelles; cette puissante médication doit être réservée aux formes suraiguës et aux formes à évolution prolongée. Encore là il importe de se rappeler que les rechutes sont plus fréquentes après emploi de la cortisone, surtout si la médication n'est pas donnée assez longtemps ou si elle est cessée trop brusquement. C'est surtout sur le plan préventif qu'une tâche sérieuse incombe au médecin et ce, en particulier pour l'hépatite sérique qu'on pourrait sûrement classer parmi les maladies iatrogéniques. L'usage du sang et de ses dérivés devrait être limité aux besoins essentiels et l'administration de médicaments par voie parentérale, surtout au cabinet particulier, ne devrait se faire qu'avec du matériel non réutilisable. Enfin une responsabilité tout aussi grande incombe à nos corps publics. Les événements du printemps 1963 en sont une preuve irréfutable. Sans qu'on puisse l'affirmer catégoriquement, il est probable que la pollution des eaux potables est à la source de nombreux cas d'hépatite qu'on a pu observer à l'état endémique dans les municipalités environnant la métropole.

Voici donc brossé rapidement le tableau de nos connaissances sur l'hépatite virale en 1963. S'il n'est pas très reluisant, il n'en reste pas moins que les travaux récents mentionnés plus haut nous permettent d'espérer qu'au cours de la prochaine décennie, les chercheurs auront gagné la partie sur cette maladie dont les ravages se font de plus en plus sérieux sur notre continent.

BIBLIOGRAPHIE

1. PROPERT, S. A.: Hepatitis after prophylactic serum. *Brit. M.J.*, **2**: 677, 1938.
2. FINDLAY, G. M.; MacCALLUM, F. O. et MURGATROY, F.: Observations bearing on the aetiology of infective hepatitis (So. called epidemic catarrhal jaundice). *Tr. Roy. Soc. Trop. Med. Hy.*, **32**: 575, 1959. Bibliographie puisée dans *Med. Clin. N. Am.*, **47**: 785, 1963.
3. VOEGT: Cité par Rifkind in *Med. Clin. N. Cum.*, **47**: 779, 1963.
4. MENDELOFF, Albert I.: Viral Hepatitis in 1963. *Med. Clin. N. Am.*, **47**: 787, 1963.
5. HILLIS, W. D.: An outbreak of infectious hepatitis among chimpanzee handlers at a United States Air Force Base. *Am. J. Hyg.*, **73**: 316, 1961.
6. RIGHTSEL, W. A.; KELTSCH, R. A.; TAYLOR, A.R.; BOGGS, J. D. et McLEAN, I. W. Jr.: Status report on tissue culture cultivated hepatitis virus. *J.A.M.A.*, **177**: 671, 1961.
7. TAYLOR, A. R.; RIGHTSEL, W. A.; BOGGS, J. D. et McLEAN, I. W. Jr.: Tissue culture of hepatitis virus. *Am. J. Med.*, **32**: 679, 1962.

Florent THIBERT, F.R.C.P.(c)
assistant dans le département de Médecine
de l'Hôpital Maisonneuve, Montréal.

LE RADIO-TÉLÉGUIDAGE OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE INTRACRANIENNE

En 1957, le professeur Albert Jutras, de Montréal, innova la télé-ciné-radiographie. Cette importante réalisation fut, à l'origine, appliquée à la radiologie diagnostique.

"La révolution technique que représente la cinéradiographie télévisée et téléguidée, conduira à des développements que l'imagination la plus audacieuse ne saurait prédire", écrivait à cette époque le professeur Jutras, . . . "et l'imagination se livre alors à toutes sortes de combinaisons".

Dans la trajectoire de cette prédiction, nous avons, au cours de la présente année, développé cette technique en l'appliquant à la chirurgie intracrânienne. Cette acquisition fut possible grâce à une admirable collaboration d'équipe entre les départements de radiologie et de neuro-chirurgie, de l'Hôpital Notre-Dame.

La chirurgie intracrânienne a fait des progrès considérables pendant la dernière décennie, grâce à l'utilisation des appareils électroniques et électro-radiologiques qui ont permis une meilleure définition anatomo-physiologique des structures cérébrales.

C'est ainsi que Guiot, à Paris, utilise l'amplificateur de brillance pour le repérage stéréo-taxique des ganglions de la base et aussi pour la chirurgie des tumeurs hypophysaires par voie trans-sphénoïdale.

A l'exemple de Guiot, qui nous a enseigné cette intervention, nous avons introduit dans notre milieu hospitalier l'utilisation de la voie trans-sphénoïdale pour aborder les tumeurs hypophysaires.

L'expérience acquise, au cours des dix premières interventions dont les résultats furent excellents, nous a fait entrevoir la possibilité de perfectionner cette technique. A la suggestion du docteur Jean-Louis Léger, chef du service de radiologie à l'hôpital Notre-Dame, nous avons appliqué à la chirurgie intracrânienne le *téléguidage opératoire*, en utilisant un amplificateur de brillance dont l'image radioscopique est transmise sur un écran de télévision en circuit fermé.

Cette amélioration technique a le grand avantage d'assurer la rapidité et la précision des manœuvres chirurgicales intracrâniennes qui sont, en quelque sorte, *ciné-radio-téléguidées*, ce qui réduit considérablement le temps opératoire.

A ces avantages immédiats s'ajoute un intérêt académique, car l'emploi d'un circuit de télévision en salle d'opération permet simultanément au chirurgien, aux assistants et aux observateurs de suivre ensemble les manœuvres chirurgicales intracrâniennes qui, jusque-là, n'étaient vues que du chirurgien seul, à cause de l'exiguïté du champ opératoire à la base du crâne.

La chirurgie de l'hypophyse normale et tumorale était considérée dans le passé, comme une intervention relativement grave; la technique employée nécessitait une

crâniotomie et l'abord de la région hypophysaire dans le carrefour opto-chiasmatique après soulèvement du lobe frontal.

Mais la chirurgie de l'hypophyse par voie trans-sphénoïdale est une intervention bénigne, non traumatisante. Elle exige, bien entendu, des manœuvres délicates et précises dont la rapidité et la sécurité sont assurées par le radio-téléguidage opératoire.

Les indications de l'hypophysectomie sont assez nombreuses. Il a été démontré que l'ablation hypophysaire apporte une amélioration clinique dans le traitement des cancers avancés du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme. L'hypophysectomie apporte aussi une amélioration clinique dans le traitement du diabète grave incontrôlable, de la rétinopathie diabétique, de l'hypertension essentielle maligne et dans le syndrome de Cushing d'origine hypophysaire. La gravité de ces maladies rendait aléatoire toute forme de chirurgie importante et, de ce fait, l'hypophysectomie par voie crânienne ne pouvait être appliquée que dans de rares cas.

L'hypophysectomie par voie trans-sphénoïdale peut être réalisée de deux façons: soit par exérèse extracapsulaire de la glande après section sous-diaphragmatique de la tige hypophysaire, soit par destruction "in situ" de la glande au moyen de particules émettrices de rayons Béta purs, par l'implantation d'Yttrium-90.

Cette méthode d'hypophysectomie radioactive, déjà utilisée à l'étranger, fut aussi introduite, avec le téléguidage opératoire, dans la technique neurochirurgicale courante, à l'hôpital Notre-Dame, en collaboration avec le docteur Yvan Méthot, chef du département de radiothérapie.

Jules HARDY, F.R.C.S.(c),
Service de neurochirurgie,
Hôpital Notre-Dame.

VARIÉTÉS

PROPOS SUR LA SANTÉ MENTALE

Jules LAMBERT,
Hôpital Saint-Michel Archange (Québec).

("Dans une poche, la pilule qui "tranquillise" et, dans l'autre, celle qui "dope". La pilule qui chasse les cauchemars; la pilule qui donne de beaux rêves, celle qui procure l'évasion hors du réel et celle qui ramène des nuées à la réalité. Et même des pilules qui font que l'adulte, comme Alice au Pays des Merveilles, se retrouve tel qu'il était enfant. N'y a-t-il pas du vrai dans cette caricature de l'homme moderne exaspéré par les gros titres de journaux, tourmenté par le téléscripteur, torturé par le téléphone; aussi "cyclothymique" que la courbe de ses affaires; surexcité à l'heure où il devrait dormir et somnolent quand il faudrait être éveillé; tracassé par sa tension artérielle et son ulcère d'estomac: *se menant lui-même à grands coups alternés d'accélérateur et de frein,* pétaradant et grinçant comme une voiture de course prise dans un embouteillage; se fuyant sans pouvoir sortir de soi-même, emmuré dans sa solitude, au sein d'un monde sans frontière où deux milliards et demi de ses semblables lui sont autant d'étrangers".)

Ce texte un peu imagé, sans doute, emprunté à un récent Bulletin de l'hygiène mentale au Canada, nous dépeint quand même avec un certain réalisme un tableau de la santé mentale de l'homme moderne dans ce siècle de tension nerveuse et de "stress". Que les maladies mentales constituent actuellement le plus important problème de santé publique, qu'elles provoquent l'hospitalisation d'un plus grand nombre de malades que le cancer, les maladies cardiaques et la tuberculose réunis, cela est un fait acquis. Mais la question de la santé mentale déborde considérablement le cadre des maladies mentales.

Certains faits et chiffres rapportés par la "National Association for Mental Health" me paraissent devoir retenir l'attention:

Outre les personnes atteintes de maladies mentales ou d'autres troubles de la personnalité qui se font soigner dans les hôpitaux psychiatriques ou qui s'adressent à un psychiatre, on estime que 30% environ de tous les malades des hôpitaux généraux et d'autre part 50% de tous les malades soignés par des médecins de pratique générale souffrent de maladie mentale ou d'autres troubles de la personnalité ou d'affections physiques associées à un trouble psychique ou à une cause d'ordre émotionnel".

J'essaierai ici de définir le plus fidèlement possible la santé mentale et d'exposer quelques-uns des facteurs qui l'influencent.

Il existe plusieurs définitions de la santé mentale; cela est dû au fait que le concept de la santé mentale est bien relatif et peut varier avec différents milieux. On ne peut pas dire de la santé mentale qu'on la possède ou non; on dira plutôt que l'on jouit de la santé mentale à un plus ou moins haut degré, tout comme pour la santé au sens large.

Si dans un sens négatif la santé se définit par l'absence de maladie, la santé mentale pourrait bien consister alors en l'absence de maladie mentale, de névrose et d'arriération mentale. Aussi bien dire qu'un individu possède la santé mentale à condition de ne pas être privé d'intelligence, être exempt de toute hallucination, de fausses interprétations, de bizarreries, de travers de caractère sérieux. Une telle définition est forcément incomplète, imprécise. Il faut lui donner un sens positif.

Au sens large la santé mentale pourrait se définir: "L'état satisfaisant, idéal même de l'individu d'intelligence moyenne dont l'affectivité est en équilibre relativement stable, qui contrôle ses instincts, ses poussées d'émotion, peut faire face aux grandes joies comme aux misères et aux difficultés de la vie courante, qui sait tirer parti des situations, utiliser ses talents à leur maximum, qui est relativement heureux, accepte ses semblables, leur est utile dans la mesure de ses moyens, est accepté par la société, bref qui possède une personnalité mûre, vit pleinement sans conflit avec lui-même et la collectivité sans usure nerveuse inutile".

La santé mentale ne réside donc pas en l'absence de problème, mais en la capacité d'y faire face adéquatement et sans bouleversement.

CRITÈRES DE LA SANTÉ MENTALE

Quels pourraient être les critères de la santé mentale. Nous emprunterons à Wallin les cinq suivants:

1) La connaissance suffisante de soi-même et de ses difficultés d'adaptation. Le mot du sage de l'antiquité, Socrate: "connais-toi toi-même", n'a rien perdu de sa valeur. L'individu en santé mentale est capable de porter un jugement juste sur lui-même. Il sait évaluer objectivement ses talents

et ses lacunes, sa réussite comme son insuccès, surtout comprendre ses motivations, découvrir le pourquoi de ses réactions et les problèmes que suscite son adaptation.

2) La souplesse et l'adaptabilité. Voilà un point difficile à réaliser. La personnalité de l'individu en santé mentale doit être souple pour lui permettre d'accepter les changements continuels et les vicissitudes de l'existence, se plier aux exigences de son physique et de son psychisme, à celles des autres humains, aux usages et aux coutumes établis et maintenir des rapports satisfaisants avec la famille, les amis, l'école, le milieu "occupationnel" et la société en général.

3) Le contrôle satisfaisant des forces instinctives. L'individu en santé mentale doit être capable de régler l'intensité de certaines tendances, les subordonner aux standards sociaux. Il doit s'être départi de l'égocentrisme de l'enfance et ne plus viser à la satisfaction exclusive et immédiate de ses besoins. Il doit être libéré des réactions infantiles.

4) L'enthousiasme raisonnable et le contentement dans l'accomplissement de la tâche quotidienne et la poursuite d'objectifs de valeur.

5) Un fond de bonnes habitudes prises en bas âge.

Il en est de la santé mentale comme de la santé physique. Peu d'individus la possèdent à un degré idéal. Les plus nombreux la possèdent de façon satisfaisante et relative.

LES FACTEURS DE LA SANTÉ MENTALE

Il est classique de faire une distinction entre des causes physiques et des causes psychiques en ce qui concerne l'origine des réactions psychiatriques et des perturbations de la santé mentale. Cette démarcation arbitraire et artificielle ne tient pas suffisamment compte des faits. Il faut revenir à un principe de base, celui des interréactions réciproques du physique et du psychique.

Cette notion d'unité de l'être, parfaitement en accord d'ailleurs avec l'enseignement de saint Thomas lui-même, présente l'être humain "comme une unité, un tout, à la fois physique et psychique indissoluble chez qui le physique et le psychique ne sont en réalité que des aspects différents de son être, aspects interdépendants et en constante réaction".

Les manifestations de cette interaction abondent dans la vie courante.

Plusieurs savent qu'une bonne santé physique procure habituellement de la force morale, de la sécurité affective, facilitent le jugement et la décision. Par contre des indispositions même légères et à plus forte raison des maladies plus constituées entraînent une diminution du rendement intellectuel, un affaiblissement de la volonté.

A son tour le psychisme a des répercussions indéniables sur le physique depuis les simples dérangements brefs comme l'indigestion jusqu'aux troubles plus sérieux comme l'ulcère d'estomac par exemple à la suite de chocs émotifs plus ou moins graves, plus ou moins prolongés.

Envisagées sous cet angle, les maladies de l'esprit relèvent non de causes psychiques ou de causes physiques, mais des deux à la fois.

De plus, il faut bien se le rappeler, la maladie en psychiatrie ne semble pas correspondre à une cause unique comme pour les maladies physiques telles que la typhoïde par exemple. Dans les altérations de la santé mentale il faut reconnaître à l'origine un ensemble de facteurs plutôt qu'une cause déterminée. Et les facteurs sont à la fois physiques et psychiques.

L'hérédité est un premier facteur. La transmission héréditaire est un fait démontré sur le plan psychique comme sur le plan physique. Chaque individu apporte en naissant un potentiel intellectuel, des dispositions, des aptitudes et même un potentiel affectif, c'est-à-dire un terrain plus ou moins favorable au développement d'anomalies du caractère et de la personnalité.

Certains minimisent l'importance de l'hérédité, d'autres à tort lui attribuent l'exclusivité dans la causalité des troubles psychiques. Son importance est indéniable, plus manifeste dans certains cas et de façon générale plus évidente dans certaines psychoses ou maladies mentales bien connues.

Les facteurs physiques doivent logiquement comporter une large part d'influence sur la santé mentale. Le cerveau est l'organe de la pensée, le substratum indispensable au bon fonctionnement psychique et son intégrité est nécessaire à la santé mentale.

Les modifications du système nerveux consécutives à des infections, des intoxications, des chocs physiques, des troubles glandulaires, circulatoires et autres retentissent sur le psychisme et la santé mentale.

De telles modifications peuvent s'inscrire en cours de grossesse, à l'accouchement et en toute période de la vie de l'individu.

Mais je voudrais aujourd'hui m'attarder aux autres facteurs de la santé mentale, les facteurs

psychologiques et sociaux. Au fond la santé mentale repose sur deux choses: d'une part une personnalité solide et d'autre part un milieu relativement favorable. Or la personnalité elle-même s'édifie sur des assises biologiques, psychologiques et sociales et ce sont les premières années de la vie qui ont le plus d'importance au point de vue développement de la personnalité.

Tout au long de sa vie l'homme est appelé à s'adapter, sa personnalité doit se modifier, s'assouplir ou résister suivant les circonstances. Chaque période de l'existence: l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, la vieillesse, pose des problèmes particuliers.

Chaque vie humaine comporte un certain nombre d'étapes qu'il faut surmonter: l'école, le travail, le mariage, la maternité, etc., etc. Tout être rencontre des situations qui l'obligent à lutter. Il peut s'agir de situations collectives comme la guerre, les catastrophes ou des situations individuelles comme les accidents, la maladie. Certains sortent vainqueurs de ces difficultés, d'autres présentent des bouleversements de la personnalité qui peuvent prendre toutes les formes jusqu'aux maladies mentales les plus graves. Disons cependant qu'il ne faut pas ramener toute cette question des troubles mentaux à un problème d'adaptation.

Il serait intéressant de mentionner les différents problèmes de santé mentale associés à toutes ces étapes de l'existence, parler des besoins émotionnels de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de l'âge qu'on appelle critique, soit la ménopause, et enfin du vieil âge, et de la façon de résoudre ces problèmes pour assurer l'équilibre émotif et la santté mentale des individus.

Je me limiterai à des considérations très brèves sur le milieu familial et scolaire et la période de l'adolescence, trois étapes qui préparent à la maturité d'adulte, étapes particulièrement importantes dans la formation d'une personnalité bien intégrée.

C'est la famille qui représente le milieu idéal pour le développement de l'enfant et la sécurité matérielle et émotive dont il a besoin. Cela suppose des attitudes saines vis-à-vis les parents, l'entente des conjoints, une réduction au minimum des conflits graves. Tout sera facile si eux-mêmes ont atteint la maturité.

Cette maturité des parents, ces attitudes saines ont d'autant plus d'importance que la clef du développement de la personnalité repose sur l'identification au père ou à la mère suivant le sexe de l'enfant.

Ainsi la fille se tourne vers sa mère et en suivant ses exemples s'initie à la féminité. Le garçon se découvre semblable à son père et trouve ainsi le modèle auquel il peut s'identifier pour réaliser sa vocation d'homme. D'où l'importance de la présence du père à la maison. Les impératifs de la vie moderne font malheureusement que le père est trop souvent absent du foyer ou absorbé par des tâches et préoccupations extérieures. Il est certain que des enfants se ressentent plus ou moins de cette situation et que le processus d'identification est plus difficilement réalisable.

L'inconstance des méthodes éducatives, une autorité mal comprise qui n'est pas une action conjugée du père et de la mère, un manque d'équilibre dans la composition de la famille, un père trop autoritaire, une mère trop soumise, un désaccord entre les parents, l'absence de l'un d'eux, des attitudes parentales malsaines à l'égard des enfants, telles que la surprotection, le rejet, voilà autant de facteurs susceptibles de compromettre la sécurité émotionnelle de l'enfant.

L'attitude des parents est donc essentielle. Leur compréhension et leur amour réciproque, le respect qu'ils doivent avoir de la personnalité de l'autre, sont des éléments indispensables au climat nécessaire à l'épanouissement de l'enfant pour qui la chaleur affective est tout aussi importante que la nourriture.

Aussi les foyers dissociés risquent-ils de provoquer chez l'enfant des troubles du comportement, etc. "Le bébé et l'enfant doivent avoir avec leur mère des rapports de chaude tendresse, source pour les deux de joie et de satisfaction. Ce sont ces rapports avec la mère auxquels s'ajoutent les multiples rapports avec le père, les frères et les sœurs, qui de l'avis des psychiatres sont à la base de l'évolution du caractère et de la santé mentale de l'enfant".

L'enfance est la première étape de ce long voyage qui mène à la maturité. Une enfance heureuse est le meilleur gage d'une vie équilibrée et féconde.

L'école représente aussi une étape importante de l'existence. C'est le premier pas qui mène à la maturité. L'enfant quitte alors son milieu familial et se trouve placé au milieu d'être semblables à lui, est amené à se comparer à eux, à s'estimer par rapport à eux. Ses besoins émotionnels doivent être satisfaits d'une manière raisonnable. Pour que le développement de la personnalité s'effectue harmonieusement il faut respecter la personnalité de chaque enfant en tenant compte des différences et des nécessités individuelles.

La responsabilité des maîtres est grande en ce domaine. Le maître doit aimer les enfants et les comprendre. "Il est peut-être plus important pour lui de connaître les principes de l'hygiène mentale que de se révéler un expert dans la matière qu'il enseigne, du moins à l'échelle de l'enseignement primaire".

L'ADOLESCENCE

L'adolescence est également la période durant laquelle l'individu se prépare graduellement à devenir un membre de la société et à assumer ses responsabilités d'adulte. Elle correspond à peu près à cette période de la puberté où des changements biologiques s'opèrent.

C'est aussi la phase de la crise psychologique, des modifications du comportement, de la rêverie, des journaux intimes, des émotions esthétiques, des premières tentatives artistiques. Tout cela indique les essais d'une personnalité qui se cherche. Le moi de l'adolescent doit se réorganiser. Puis vient le moment de l'opposition, la révolte vis-à-vis toutes les formes d'autorité, l'époque des buts nobles, des grands idéaux, du goût de l'excentricité, de l'interdit et du surprenant, le temps de l'agression ou du repliement sur soi-même, de période de conflits, de remaniement de la personnalité.

Plusieurs parents se sentent alors désarmés, reniés même et tentent de réagir, de faire valoir des droits de façon trop brutale. Il y a danger qu'une barrière se dresse et que l'adolescent se tourne vers d'autres. Une attitude compréhensive, indulgente est à la longue plus profitable.

Si l'enfant doit évoluer normalement vers l'indépendance, il est utile de favoriser cette indépendance et ne pas voir dans cette réalité objective parfois dure à accepter, une perte définitive d'un fils ou d'une fille. Une opposition à l'ordre des choses risque de tout perturber. L'adolescent est aux prises avec des inquiétudes intérieures qui le troublent. Cette crise a un sens, il faut la respecter, la diriger efficacement et positivement. L'apaisement viendra alors et l'adolescent sera prêt à marcher vers son destin d'adulte avec de plus grandes possibilités d'une bonne santé mentale.

Disons maintenant un mot de ces gens qui ont perdu la santé mentale d'une façon plus grave: les malades mentaux.

Le traitement des malades mentaux et l'aménagement des hôpitaux psychiatriques ont subi une transformation étonnante au cours des dernières années.

Les barreaux se suppriment graduellement à la mesure des possibilités, les portes s'ouvrent de plus en plus, les patients de plus en plus sont invités à venir se faire traiter de leur propre gré comme ils le feraient dans un hôpital ordinaire. Des Cliniques Psychiatriques dans les principaux hôpitaux généraux permettent à une grande quantité de malades psychiques, à différents degrés, de recevoir les soins requis et les services de spécialistes compétents. Bien souvent un stage à l'hôpital psychiatrique est de cette façon évité.

Les thérapeutiques psychiatriques modernes ont modifié de façon tangible l'évolution et le cours des maladies mentales avec le résultat que bon nombre de malades qui autrefois étaient voués à une hospitalisation très longue et souvent sans issue, peuvent maintenant être réintégrés à la société.

Saviez-vous qu'à l'Hôpital St-Michel-Archange en 1962, on a accepté près de 4,500 malades et comme les cadres de l'institution sont touojurs remplis, il s'ensuit qu'environ 4,500 patients ont également quitté l'hôpital.

Il faut alors bien se poser la question: Quelle est l'attitude de la communauté à l'égard du malade mental ou d'un ancien malade mental ?

Sa guérison, son retour à la société, sa réhabilitation dépendent en grande partie des réactions de sa famille, de ses amis, de son employeur.

Si les hôpitaux psychiatriques s'ouvrent, si la science psychiatrique elle-même suit la voie du progrès, si des hôpitaux de jour, de nuit, des cliniques, des dispensaires sont créés, si des patients sont traités dans des cadres nouveaux, près de leur famille, si beaucoup de malades sortent des hôpitaux psychiatriques et retournent à leur foyer, comment voulez-vous que nous poursuivions cette route du progrès sans la collaboration pleine et entière de la communauté ? Nous ne pourrons réussir que si les attitudes de la collectivité à l'égard des maladies mentales n'opposent pas d'obstacle insurmontable à ce progrès.

Il appartient aux clubs sociaux et aux mouvements de bienfaisance de battre la marche. Aussi chacun a-t-il un rôle très important à jouer en ce domaine comme membre d'un groupe, mais encore sur le plan individuel: éducation du public, assistance directe à un malade parent ou ami, intervention auprès d'un employeur pour favoriser l'embauchement d'un handicapé mental. Voilà autant de façons d'aider la cause du patient mental.

Même le malade mental hospitalisé peut bénéficier de la population. De plus en plus la collectivité participe à la vie de l'hôpital psychiatrique et des patients. Depuis quelques semaines des dames auxiliaires bénévoles font des visites régulières à l'hôpital, y rencontrent les malades, distribuent des revues en même temps qu'un sourire et une parole réconfortante. L'installation d'une bibliothèque pour les malades, l'organisation de soirées, de concerts, de Kermesses, de sorties pour les malades en état de quitter mais trop insécures pour faire face à un retour dans la société, voilà des services qui sont très appréciés des malades et des autorités de l'hôpital psychiatrique.

Vous ne sauriez croire ce que représente pour le patient ce sourire, cette présence féminine souvent associée à une présence maternelle, ce noyau de soleil qui vient égayer leur existence morne.

En aidant ainsi à la réhabilitation des patients mentaux, en donnant quelque chose aux autres, nous avons là une magnifique opportunité de stabiliser notre propre santé mentale, s'il faut en croire ce mot du docteur Meninger:

"Avoir une bonne santé mentale c'est pouvoir faire face d'une manière constructive à la réalité, même sous son pire aspect, prendre plaisir à la lutte surtout lorsqu'elle transforme l'adversité en succès . . . trouver plus de satisfaction à donner qu'à recevoir, être relativement libre de tension ou d'anxiété, envisager ses rapports avec autrui dans un sentiment de satisfaction et d'entraide . . . savoir accepter les frustrations présentes en pensant aux gains futurs . . . savoir profiter de l'expérience acquise . . . orienter des sentiments d'hostilité vers des fins créatrices et constructives . . . C'est enfin être capable d'aimer, ce qui est la qualité la plus essentielle de toutes".

CONFRONTATION CLINICO-PATHOLOGIQUE

CONFÉRENCE ANATOMO-CLINIQUE

(Hôpital Notre-Dame [1])

Observation

A.G., 62 ans, célibataire, employé de la ville, est admis à l'hôpital Notre-Dame le 4 janvier 1963.

Le malade a toujours été en bonne santé jusqu'au mois d'octobre 1962 alors que ses parents remarquent un changement dans sa personnalité ainsi que des pertes de mémoire et de l'inattention. Le malade paraissait triste. Vers la même époque s'installent des céphalées frontales, paramédianes gauches, d'allure intermittente mais d'intensité progressive. Ces céphalées se sont aggravées au point que dans les dernières deux semaines avant l'admission le malade a pris cent comprimés d'aspirine. Par la suite apparaissent dysarthrie et difficulté à marcher. Le malade a des vertiges avec sensation de rotation des objets de gauche à droite, qui s'accompagnent de chutes par terre. La démarche est ébrieuse depuis plus d'un mois et pour cette raison ses employeurs l'ont congédié. Depuis le 15 décembre, il présente de la diplopie qui l'empêche de se raser. Le malade prétend que sa vue baisse graduellement et qu'il est somnolent. Il accuse également une grande faiblesse, une diminution de l'appétit et une perte de poids de 20 à 30 lbs depuis un mois et demi. Il aurait vomi à plusieurs reprises dans les dernières semaines. L'examen subjectif des autres systèmes est négatif sauf pour une toux chronique accompagnée d'expectorations depuis de nombreuses années.

L'examen neurologique à l'admission montre un malade déshydraté, bien orienté dans le temps et dans l'espace. La parole est empâtée. Les champs visuels sont peut-être légèrement rétrécis dans les régions temporales. Le fond de l'œil droit est normal. A cause d'une cataracte, l'examen du fond de l'œil gauche est impossible. L'acuité visuelle n'est pas mesurée. Les mouvements oculaires sont normaux et il n'y a pas de nystagmus. Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Le tact est perçu également dans les deux hémifaces. La bouche est légèrement déviée vers la gauche lorsque le malade serre les dents. Le voile du palais bouge normalement. Le réflexe de la toux et le réflexe pharyngé sont présents. La langue est sur la ligne médiane. Il existe une discrète faiblesse de la jambe et du bras droits, mises en évidence par les épreuves de Barré et Mingazzini. La sensibilité est conservée partout. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs partout mais le réflexe rotulien droit est un peu plus vif que le gauche. Il n'y a pas de clonus et il n'y a pas de réflexes pathologiques. La démarche est ébrieuse avec augmentation du polygone de sustentation. Le malade ne peut se tenir debout et il tend à tomber soit vers la droite soit en arrière. L'épreuve doigt-nez montre une légère dysmétrie à gauche. Il n'y a pas d'adiadococinésie.

L'examen physique montre une température à 98.3 F une P.A. de 150/100 et un pouls à 72. Le cœur ne présente pas de souffles et le rythme est régulier. On entend des râles à droite. L'examen de l'abdomen et le toucher rectal sont négatifs.

Une radiographie simple du crâne est normale.

Les examens de laboratoire montrent une sédimentation à 30 mm en 1 heure, une glycémie et une azotémie normale. L'analyse d'urine montre une densité à 1015, un pH à 6. L'urine contient de légères traces d'albumine et urobiline++++. L'examen microscopique montre la présence de phosphates amorphes, d'oxalates de calcium, de globules rouges, leucocytes et pus. L'hématocrite est à 45 vol. %, l'Hb 14.4 gr % et il y a 7000 globules blancs avec une différentielle normale.

Le lendemain de l'admission, le malade vomit à plusieurs reprises, mais son état général demeure sensiblement identique. Le fond d'œil est examiné de nouveau et il n'y a pas d'œdème.

Le 7 janvier 1963, on procède à une artériographie carotidienne gauche qui est négative. On fait ensuite un pneumoencéphalogramme sous anesthésie générale qui montre une bonne opacification du système ventriculaire. Les ventricules latéraux paraissent à peu près symétriques mais on note une certaine obliquité dans l'orientation du septum pellucidum de même que du troisième ventricule. Il semble exister un très léger déplacement latéral de la corne temporale gauche quoiqu'il n'existe pas d'évidence nette de compression ou autre déformation à ce niveau. Le liquide céphalo-rachidien est à une pression initiale de 210 mm d'eau. Il s'agit d'un liquide clair contenant 56 mg% de protéines. L'électrophorèse de ces protéines montre: Albumine 50.5%, Globulines A1 9.3%, A2 7.2%, B 13.4% et G 19.6%. Le rapport A/G est de 1.02. Le Pandy est légèrement positif. Il y a 2 leucocytes/mm^3. La réaction de la globu-

[1] 9 avril 1963.

line, la réaction de l'or colloïdal et la réaction de fixation du complément sont toutes négatives.

L'anesthésie dure 3 heures et la P.A. qui était de 180/90 au début tombe à 120/80, pendant la dernière heure.

Après l'anesthésie, le malade ne se réveille pas et il devient comateux. Pendant les 8 heures qui suivent, la P.A. oscille entre 100/40 et 125/80, le pouls est à 80 et la respiration de type Cheyne Stokes. Il existe une raideur marquée de la nuque. Les pupilles sont en myosis et réagissent lentement à la lumière. La bouche est déviée vers la gauche. Les réflexes plantaires sont en extension des deux côtés.

Le 8 janvier la P.A. est 225/115, le pouls est à 130 et la respiration à 40 de type Cheyne Stokes. Le malade est toujours comateux. Il réagit aux stimuli douloureux mais son membre supérieur gauche semble plus paresseux. L'épreuve des bras tendus montre que le bras gauche tombe un peu plus vite que le droit. Les réflexes ostéotendineux sont presque totalement abolis. Les réflexes plantaires sont en extension franche à gauche et équivoque à droite. Il y a toujours raideur de la nuque. Il existe une déviation du regard conjugué vers la droite. Le réflexe cornéen est moins vigilant à gauche. On procède alors à une trachéostomie qui permet l'aspiration d'abondantes sécrétions.

Douze heures plus tard, les pupilles sont en myosis mais ne réagissent plus à la lumière. Les réflexes cornéens sont abolis. Le malade meurt le 8 janvier 1963 à 11.30 P.M.

Roma Amyot

L'affection de ce malade s'est développée en deux périodes. La première s'étend d'octobre à janvier. La seconde, de courte durée, s'est terminée tragiquement par l'exitus après quatre jours d'évolution à l'hôpital.

Rappelons brièvement les jalons qui ont marqué la première période. Les voici. Des troubles psychologiques d'abord, touchant aussi bien le tonus affectif que les facultés intellectuelles. Le malade devint triste et sa mémoire se montra infidèle. Puis des céphalées qu'on localise à gauche, à la région frontale qui s'aggravèrent progressivement au point d'inciter le malade à ingérer de fortes doses d'aspirine. De la dysarthrie et surtout des vertiges avec des troubles importants de la marche qui provoquèrent même des chutes.

On note aussi qu'il aurait vomi, qu'il aurait remarqué de la diplopie et qu'il aurait perdu de 20 à 30 livres de poids durant les dernières semaines.

A l'admission, l'examen neurologique décela les signes positifs suivants: une hémiparésie droite, une démarche ébrieuse, une symptomatologie cérébelleuse gauche et, en position verticale, une déviation du tronc vers la droite avec rétropulsion.

Une sédimentation sanguine montrait 30 mm en 1 heure, mais la leucocytose sanguine était normale à 7000. Le fond d'œil ne révélait pas d'œdème papillaire.

Une artériographie carotidienne gauche en regard de l'hémiparésie droite, fut négative.

Puis on procéda à une pneumo-encéphalographie sous anesthésie, afin de pouvoir serrer le problème du diagnostic de plus près.

La visualisation des ventricules fut peu significative, le léger déplacement latéral de la corne temporale gauche n'offrait pas vraiement un critère franchement utile, de même que la légère obliquité du septum et du troisième ventricule. Cette pneumo n'offrait aucun renseignement sur la morphologie du quatrième ventricule et des citernes de la fosse postérieure. Mais la ponction lombaire avait cependant révélé une pression liquidienne et une protéinorachie augmentées.

Il paraît évident qu'on cherchait, par cette série d'examens cliniques et complémentaires, à localiser avec le plus de précision possible la situation de la lésion pathogène.

Mais c'est ici que la seconde phase de la maladie s'est installée. Elle fut dramatique et de courte durée. En quatre jours, le malade évolua vers l'exitus en passant par le coma qui succéda à l'exploration encéphalographique sous anesthésie, ayant présenté une respiration de Cheyne-Stokes, de la raideur de la nuque, une hémiplégie gauche qui submergea l'hémiparésie droite du début avec un signe de Babinski gauche et une déviation du regard vers la droite, montrant ainsi une paralysie des oculogyres vers la gauche, soit homolatérale à l'hémiplégie de cette seconde phase.

Pour passer du plus simple ou facilement conciliable au plus compliqué et difficile d'interprétation, je crois que cette dernière phase manifesta, à la suite de la ponction lombaire, de l'injection d'air et de l'anesthésie, un engagement des amygdales cérébelleuses et une souffrance aiguë du bulbe. La pression liquidienne et intracrânienne déjà préalablement élevée s'est accentuée par l'effet de l'anesthésie et de l'insufflation d'air, entraînant l'engagement au trou occipital.

L'allure de cette seconde phase éclaire en quelque sorte la sémiologie de la première. On pour-

rait soupçonner alors l'effet pathologique d'une lésion expansive intra-crânienne, la céphalée sévère en aurait été l'expression clinique, malgré l'absence d'œdème papillaire. Les épreuves complémentaires n'en révélèrent pas la localisation aux hémisphères.

D'autre part, des signes cliniques comme les vertiges, les troubles de l'équilibre et de la marche, la diplopie, la dysarthrie et certains signes cérébelleux pouvaient orienter dès lors vers la fosse postérieure et même vers le tronc cérébral.

La dernière phase confirma cette première impression et l'on peut alors signaler comme assez significative l'hémiplégie gauche accompagnant la paralysie des oculogyres gauches. Cette association dirige vers la protubérance, vers la calotte protubérantielle.

Mais de pathologie des nerfs, il ne s'en trouve pas.

Sans être un argument absolu contre le diagnostic d'une lésion expansive intra-protubérantielle, j'avoue qu'elle peut causer une certaine restriction. Cependant, on a rapporté des cas de tumeurs infiltrantes de la protubérance sans atteinte fonctionnelle des nerfs crâniens. La lésion tumorale peut aussi se limiter au pied de la protubérance ou encore se situer à la partie toute supérieure de cette partie du tronc cérébral.

Aussi, je crois que ce malade fut porteur d'une tumeur protubérantielle. Fut-elle primitive ou secondaire ? Aucun indice clinique n'a permis de trouver un processus néoplasique primitif quelque part ailleurs. J'avoue qu'une radiographie pulmonaire aurait dû être effectuée. Mais à l'exclusion des râles trouvés à l'auscultation pulmonaire et de la perte de poids impressionnante en assez peu de temps, rien n'indiquait d'évidence un processus malin. Les vomissements, la céphalée, la réaction dépressive dont eut à souffrir le malade pendant au moins trois mois peuvent expliquer aussi bien l'amaigrissement.

Je termine cette discussion de cette très intéressante observation aux caractères cliniques décevants d'une première période, aux symptômes plus indicateurs de la seconde, en posant le diagnostic d'un gliome infiltrant de la protubérance. Cette localisation est peu fréquente, encore moins chez l'adulte, mais la pathologie neurologique de ce malade aiguille vers cette solution qui me paraît la plus vraisemblable.

A tout événement, la marche progressive du syndrome avec céphalée sévère, phénomènes labyrinthiques causant des troubles importants de la marche allant même jusqu'à des chutes et signes cérébelleux, se terminant brusquement après la pneumo-encéphalographie en passant par le coma, le Cheyne-Stokes, la rigidité nuquale, l'hémiplégie gauche et la paralysie des oculogyres s'associant à l'hémiplégie gauche, favorisent d'emblée ce diagnostic. Et à ce propos, la lecture d'un travail dans "Neurology" (avril 1963) faite quelques jours avant la discussion de cet intéressant problème clinique, a renforcé plus fermement mon opinion.

Françoise Robert

A l'examen macroscopique du cerveau, les hémisphères n'étaient pas modifiés. En particulier, il n'y avait pas d'œdème et les uncus n'étaient pas herniés. On notait toutefois un engagement des amygdales cérébelleuses, plus marqué à gauche. Le flocculus gauche était augmenté de volume. Il était occupé par un tissu tumoral gris qui faisait saillie dans l'angle ponto-cérébelleux. A ce niveau un caillot de sang sortait de la tumeur.

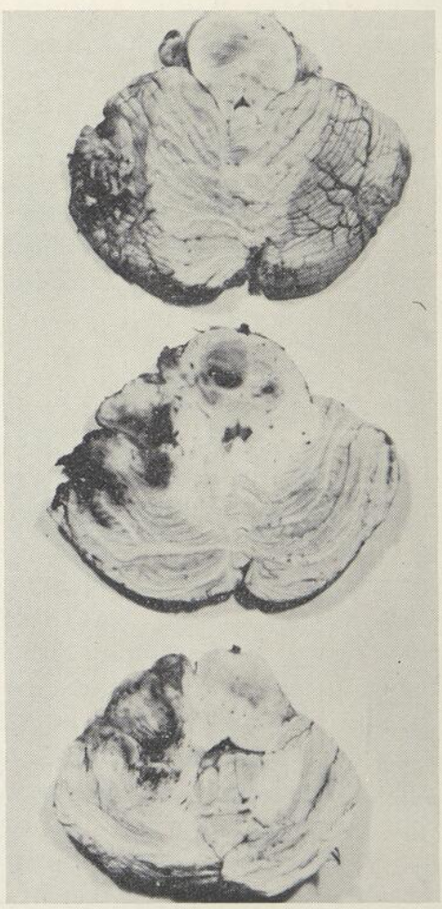


Fig. 1 — Coupes transversales du cervelet et de la protubérance. On remarque un tissu blanc grisâtre qui infiltre le cervelet à gauche, le pédoncule cérébelleux moyen et la partie basilaire de la protubérance, des deux côtés. Un hématome récent au sein de la tumeur est rupturé en surface dans l'espace sous-arachnoïdien.

Une série de coupes successives du tronc et du cervelet permettent de voir l'extension de la tumeur dans le pédoncule cérébelleux moyen d'une part, et dans la partie basilaire de la protubérance d'autre part. Les lésions sont plus étendues à gauche qu'à droite. La partie tegmentaire est peu touchée (Fig. 1).

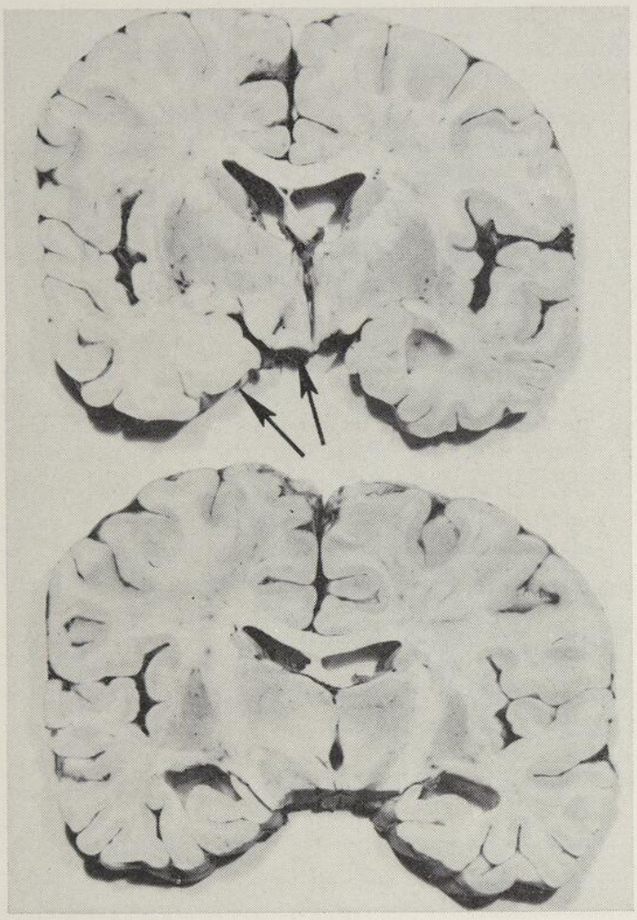


Fig. 2 — Coupes transversales des hémisphères passant par le noyau lenticulaire et le thalamus. Le tissu tumoral s'étend dans l'hypothalamus et le thalamus des deux côtés et dans le noyau amygdalien et la corne d'Ammon à gauche.

Vers le haut, la tumeur se prolonge à travers le pédoncule cérébral gauche dans l'hypothalamus et le thalamus des deux côtés, dans le noyau amygdalien et la corne d'Ammon à gauche (Fig. 2).

A l'examen histologique, il s'agit d'une tumeur maligne, infiltrante, ayant tantôt l'aspect d'un astrocytome fibrillaire, tantôt celui d'un glioblastome multiforme (Fig. 3A et B). Cette tumeur infiltre le parenchyme cérébral, dissociant les fibres et les cellules nerveuses. Ces dernières d'ailleurs demeurent longtemps intactes (Fig. 4). Le fait que la tumeur ne détruit pas les fibres nerveuses est amplement confirmé par l'absence de dégénérescence wallérienne dans les pyramides, ce malgré une infiltration tumorale étendue des deux côtés dans la partie basilaire de la protubérance. Les limites de la tumeur sont extrêmement floues, les cellules néoplasiques infiltrant le parenchyme cérébral bien au-delà des régions qui paraissaient tumorales à l'examen macroscopique. Il n'y a toutefois pas d'atteinte du cortex et de la substance blanche éloignés de la base et des structures profondes. Il ne s'agit donc pas de cette variété de tumeur diffuse connue sous le nom de "gliomatose cérébrale".

En conclusion, le malade discuté aujourd'hui est un homme de 62 ans, porteur d'un gliome infiltré du tronc. Au point de vue histologique cette tumeur doit être considérée comme un glioblastome multiforme. L'évolution clinique très rapide chez ce malade est vraisemblablement due au caractère malin de cette lésion.

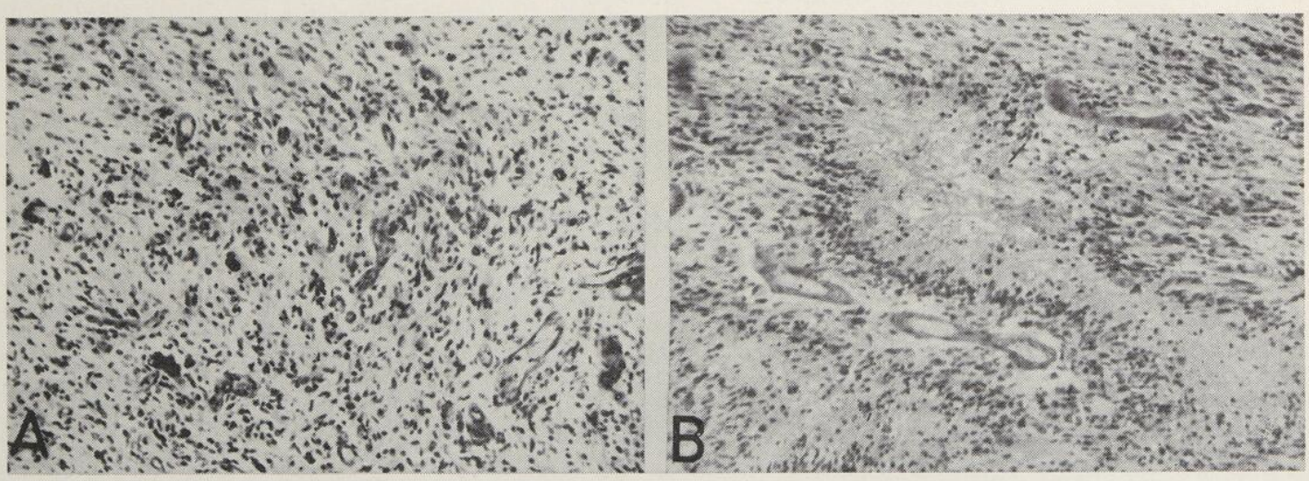


Fig. 3 — Paraffine, Hémalun-phloxine-safran. 25x
A. Cellules tumorales du type astrocyte fibrillaire avec nombreuses cellules géantes multinucléées. Hyperplasie endothéliale au niveau des capillaires.
B. Larges plages de nécrose autour desquelles les cellules tumorales se disposent en palissade.

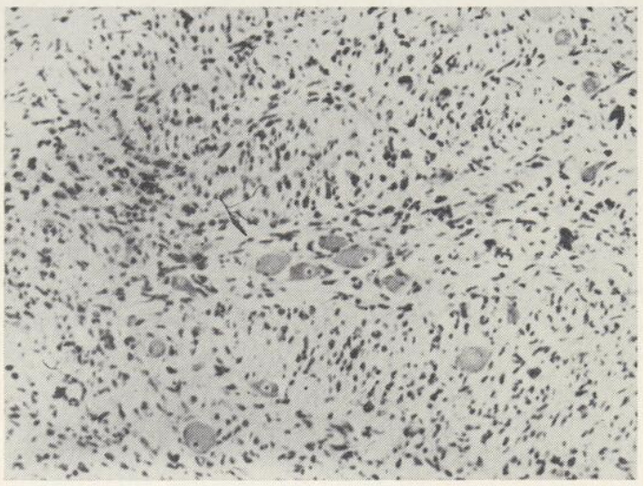


Fig. 4. — Paraffine, Violet de Crésyl 25x. Aspect normal des cellules nerveuses entourées et dissociées par les cellules tumorales.

Les gliomes du tronc sont fréquemment rencontrés chez les enfants où ils forment 15 à 20% des tumeurs intracrâniennes (1). Chez l'adulte, ces tumeurs sont beaucoup plus rares. Dans une revue de 101 cas de gliomes infiltrés du tronc, Henschen (2) a trouvé 65% des cas chez des malades de 20 ans et moins et 40% chez des enfants de moins de 11 ans. Le malade le plus âgé de cette série avait 63 ans. En 1959, un gliome du tronc chez un homme de 74 ans a été l'objet d'une discussion clinico-pathologique dans le "New England Journal of Medicine" (3).

La symptomatologie imprécise et variable est sans doute due au fait que la tumeur dissocie les fibres et les cellules nerveuses sans les détruire. La raideur de la nuque apparue chez ce malade dans les dernières 24 heures est secondaire probablement à l'hémorragie récente rupturée dans l'espace sous-arachnoïdien qui est venue compliquer la tumeur. Cette hémorragie est également partiellement responsable de l'engagement des amygdales cérébelleuses qui est la cause immédiate du décès.

BIBLIOGRAPHIE

1. P. BAILEY; D. N. NUCHANAN et P. C. BUCY: Intracranial tumors of Infancy and Childhood. The University of Chicago Press, édit., Chicago, 1939, p. 188.
2. M. HENSCHEN: Tumoren des Zentralnervensystems und seiner Hüllen, 111 G Tumoren der Brücke. Dans Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Édité par O. Lubarsch, F. Henje et R. Rössle, Berlin, 1955, p. 743.
3. Case Records of the Massachusetts General Hospital (Case 45122). *New Eng. J. Med.*, **260**: 605, 1959.

ANALYSES

CHIRURGIE

Robert E. KUHLMAN et Mary Ellen DOWNS, B.A., St-Louis, Missouri: **Biopsies biochimiques des lésions du système squelettique** (Application de techniques microchimiques quantitatives) (Biochemical Biopsy of Squeletal System Lesions) "J. of Bone and Joint Surg.", **45**-A: 742, 1963.

Dans le but de poser un meilleur pronostic que celui qui nous est donné par les caractères morphologiques des néoplasies du système musculo-squelettique, les auteurs déterminent quantitativement la teneur en acide lactique, malique, glucose-6-phosphate déhydrogénase, phosphoglucoisomérase, phosphatase alcaline, hexosamine et phosphate dans des cas d'ostéosarcomes, chondrosarcomes, maladie de Paget et dysplasie fibreuse. Ces résultats sont comparés à des publications antérieures étudiant de la même façon la formation endochondrale de l'os et les ostéochondromes.

Les détails de la congélation et de la coupe au cryostat sont ensuite exposés. Cette technique est utilisée de façon à conserver intacts les enzymes et les constituants tissulaires. Ils étudient successivement une dysplasie fibreuse polyostotique, l'os néo-formé dans une maladie de Paget très active, les cellules du stroma et du cartilage d'un ostéosarcome et d'un chondrosarcome.

Malgré des caractères morphologiques identiques entre le cartilage du chondrosarcome et celui de l'ostéosarcome, ils mettent en évidence la différence de composition chimique. Dans le cartilage de l'ostéosarcome, la phosphatase alcaline est quatre fois plus active et contient 3.9 fois moins de phosphates, deux fois moins d'hexosamine. Relativement à ces deux dernières pathologies, la teneur en déhydrogénase malique et lactique est élevée dans la maladie de Paget. La phosphatase alcaline est aussi très élevée, mais on y retrouve une grande quantité de phosphates. Dans la dysplasie fibreuse l'activité métabolique est notablement réduite.

La croissance rapide de l'ostéosarcome semble être en relation avec la quantité d'enzymes respiratoires contenue qui est presque égale à celle des cellules cartilagineuses hypertrophiées de la plaque épiphysaire. Le chondrosarcome, qui a une croissance plutôt lente contient peu de ces enzymes respiratoires. Son contenu enzymatique est analogue au cartilage non organisé de la plaque épiphysaire.

Ces trouvailles soutiennent la théorie émise par Warburg en 1924 du renversement métabolique vers un système enzymatique non contrôlé et moins actif favorisant la glycolyse anaérobique. Il a été remarqué que dans l'ostéosarcome, l'activité métabolique était plus grande dans le stroma néoplasique que dans sa partie cartilagineuse; tandis que l'inverse est rencontré dans le chondrosarcome. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le stroma néoplasique capable de fournir de l'ostéoïde et du cartilage est l'élément primordial de l'ostéosarcome tandis que le stroma du chondrosarcome ne représente qu'un tissu de soutien.

Cette étude n'explique pas pourquoi un tissu est malin et l'autre bénin, mais elle établit une relation entre la morphologie et l'évolution clinique avec leurs propriétés biochimiques spécifiques.

Pierre BÉDARD

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Guy ALBOT, M. KAPANDJI, J. TOULET et J. FLAMANT: **Le comportement normal du système "vésicule biliaire-voie biliaire principale-duodénum".** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **38**: 902 (14 mars) 1962.

Les résultats de la cholécystographie de face et de profil avec évacuation accélérée et minutée pratiquée chez 24 sujets (21 femmes et 3 hommes), apparemment indemnes de tout dysfonctionnement digestif nous permettent les conclusions suivantes:

1) *Après préparation et avant épreuve de Boyden*

Après préparation et avant épreuve de Boyden, on constate tant chez les 18 sujets qui ont parfaitement toléré la préparation et l'épreuve de Boyden que chez les 6 sujets plus ou moins intolérants à celles-ci, une extrême variabilité du volume initial, une invisibilité pratiquement constante de l'hépatique, du cystique, du cholédoque et du duodénum; fait dont la valeur séméiologique mérite d'être retenue.

2) *Au cours de l'épreuve de Boyden*

Au cours de l'épreuve de Boyden, il y a quelques différences entre sujets tolérants et sujets intolérants.

a) Les 18 sujets parfaitement tolérants présentaient quelques caractères essentiels:

signes légers quoique indiscutables de contraction débutant presque toujours à 5′, s'accentuant encore à 15′, pour s'atténuer ensuite;

évolution assez caractéristique de la vidange (¾ des cas) : celle-ci déjà substantielle à la 5e minute (où elle dépasse généralement 20%), s'accroît progressivement à 15′, puis à 30′, pour, à ce dernier stade atteindre et presque toujours dépasser 60% (de 60 à 90%) ; elle se complète encore après la 30e minute, ainsi qu'en témoignent les clichés de la 90e minute;

visibilité du cystique et du cholédoque, fréquente à la 5e minute constante à la 15e minute et se prolongeant généralement à 30';

visibilité duodénale, faible et peu étendue, habituelle à l'un quelconque des stades de l'épreuve, ou au cours de 2 stades successifs;

invisibilité habituelle de l'hépatique.

b) Les 6 sujets intolérants présentaient des signes de contraction du même type, une visibilité assez considérable de la voie biliaire principale, une invisibilité identique de l'hépatique, mais une évacuation à 30′ nettement plus faible et une visibilité duodénale plus inconstante que dans le groupe précédent.

Guy Albot

J. TOULET: **La valeur des études chiffrées en pathologie biliaire fonctionnelle.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **38**: 917 (14 mars) 1962.

La cholécystométrie face et profil fournit des résultats suffisamment précis pour apprécier valablement un volume isolé ou un taux d'évacuation, sous réserve d'une modalité d'application particulière lorsque la morphologie vésiculaire est spécialement irrégulière. Le degré d'approximation des résultats obtenus est en effet nettement inférieur aux variations physiologiques observables. Il convient toutefois d'en connaître les limites.

Par contre l'application de ces mesures chiffrées à une étude fine du débit-minute doit faire l'objet des plus grandes réserves, la marge d'erreur étant beaucoup plus considérable, et d'autant plus importante que le délai d'observation est plus court.

Guy Albot

G.-F. BONNET et J. ELGRABLY: **Rapports entre l'aspect cholécystographique et la morphologie des individus.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **38**: 922 (14 mars) 1962.

Les auteurs étudient, sur 100 cas, l'aspect radiologique de la vésicule biliaire de face et de profil ainsi que ses rapports avec le sexe des sujets, leur morphologie générale ou régionale, le volume de leur foie.

De profil, l'ombre vésiculaire est plus souvent oblique par rapport à la colonne lombaire: chez l'homme, chez les sujets de morphologie normale ou obèses, chez les sujets à hypocondre bas. Il ne semble pas exister de relation entre l'aspect cholécystographique de profil et la prédominance abdominale ou thoracique du foie. Mais la plupart de ces corrélations ne sont valables que dans les ⅔ des cas.

Guy Albot

M. KAPANDJI: **Les rapports entre l'orientation vésiculaire de profil étudiée par la cholécystographie et les pressions intra-cavitaires initiales des voies biliaires étudiées par la radiomanométrie transhépatovésiculaire non opératoire — Statistique de 104 cas.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **38**: 927 (14 mars) 1962.

Sur 220 cas de vésicules explorées par la radiomanométrie transhépato-vésiculaire non opératoire, durant une période de 10 ans nous en avons retenu 104 parce qu'elles ont été étudiées en plus par la cholécystographie de face et de profil minutée et accélérée et la cholangiographie intra-veineuse et parce qu'elles se sont montrées indemnes de toute lésion organique de la région cervico-cystique et qu'elles n'avaient par conséquent aucune gêne de la traversée de cette région.

L'étude de l'orientation de profil de ces vésicules par rapport à la colonne vertébrale et au rebord chondrocostal, nous a permis de constater:

Au point de vue topographique

1) Les vésicules horizontales (⅖) et obliques (⅖) de proportion égale sont respectivement 2 fois plus nombreuses que les vésicules verticales (⅕);

2) dans l'ensemble, les vésicules pré-vertébrales sont les plus nombreuses; elles forment environ la moitié des 104 cas étudiés, les juxta-vertébrales en formant le tiers, les latéro-vertébrales environ le sixième;

3) les régions cervico-cystiques des vésicules pré-vertébrales sont, dans la majorité des cas, situées en regard de la 12e vertèbre dorsale; ce sont les plus proches de la région céphalique du sujet. Les régions cervico-cystiques des vésicules latéro-vertébrales sont, par contre, plus bas situées et se projettent en regard de la première et la deuxième lombaire; enfin, les régions cervico-cystiques des vésicules juxta-vertébrales se situent, dans l'ensemble, une zone intermédiaire;

4) plus la vésicule est horizontale, plus elle est profonde et plus elle se rapproche du petit bassin et tend à être dégagée du plastron chondro-costal;

5) plus la vésicule est verticale, plus elle s'éloigne de la colonne vertébrale pour se rapprocher de la paroi antérieure et plus elle tend à remonter vers la 11e vertèbre dorsale et à être recouverte par le plastron chondro-costal.

La synthèse de ces faits nous permet de confirmer la conception des variations topographiques de l'orientation de profil de l'appareil biliaire, telle que nous l'avions décrite dès notre première publication (mai 1950 (1). Elle nous permet, en effet, de voir que plus la vésicule est horizontale, plus elle est profonde et que plus elle est verticale, plus elle devient antérieure; mais aussi, que plus elle est horizontale plus la région cervico-cystique tend à descendre vers le petit bassin, plus elle est verticale et plus elle est cachée sous le rebord chondral et plus sa région cervico-cystique tend à monter vers la IIe vertèbre dorsale.

Au point de vue tensionnel

L'ensemble des différents tableaux nous permet de conclure que:

1) en présence d'une vésicule horizontale, il y a 2 fois plus de chance de trouver de l'hypotension que de l'hypertension;

2) cette disproportion ne se retrouve pas dans les vésicules obliques et verticales; dans ces cas, il y a autant de chance pour qu'elles soient hypotendues ou hypertendues, mais 2 fois moins de chance pour qu'elles soient normotendues;

3) la profondeur de la vésicule a moins d'importance, au point de vue tensionnel, que l'angle vésiculo-vertébral de profil;

4) les pressions intra-cavitaires initiales grimpantes, c'est-à-dire les vésicules hyperexcitables représentant environ ¼ de ces 104 cas; elles se retrouvent relativement plus fréquemment parmi les vésicules obliques, puis parmi les verticales et enfin parmi les horizontales; enfin, que l'hyperexcitabilité vésiculaire se retrouve bien plus fréquemment sur des voies biliaires hypotendues (⅓ des vésicules hypotendues) que sur des normotendues (¼ des normotendues) et encore moins souvent sur les hypertendues (⅙ des vésicules hypertendues). En tenant compte de ces 2 notions il ressort que le plus grand nombre de vésicules hyperexcitables s'observe parmi les vésicules obliques et hypotendues, que ces vésicules sont 2 fois plus souvent hyperexcitables que les vésicules horizontales ou verticales.

Guy Albot

M. KAPANDJI: **Essai sur le tonus vésiculaire, le tonus de posture et le tonus actif de la vésicule.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **38**: 940 (14 mars) 1962.

Grâce à la radiomanométrie transhépato-vésiculaire non opératoire et à la cholécystographie de face et de profil, nous avons pu montrer l'existence au niveau de la vésicule d'un "tonus de posture" et d'un "tonus actif"; le tonus actif, surtout évident sur les vésicules hyperexcitables, se manifeste par une pression intracavitaire initiale grimpante et par une érection vésiculaire; celle-ci peut survenir soit après une excitation locale de sa paroi (comme par la traversée de celle-ci par l'aiguille de ponction), soit par une action réflexe à distance (comme par la mise en place, loin de la paroi vésiculaire, d'une aiguille-repère).

Mais l'étude de ces deux observations et des pressions intracavitaires initiales grimpantes nous ont aussi permis de dégager des notions d'importance, en effet:

1) on peut, jusqu'à un certain point, présumer de la tonicité vésiculaire d'après l'orientation de profil et dire qu'une vésicule verticale a plus de chances d'avoir un tonus élevé, tandis qu'une vésicule d'une autre variété a plus de chance d'avoir un tonus bas;

2) bien qu'il n'y ait pas un rapport rigoureux entre les pressions et le tonus (ce qui s'explique puisque la pression biliaire est fonction de plusieurs autres facteurs, notamment de la sécrétion hépatique et de la résistance des sphincters biliaires) on peut cependant dire que l'hypotonie se rencontre plus souvent dans les vésicules hypotendues que dans les vésicules hypertendues;

3) nos observations nous permettent enfin de voir que le tonus vésiculaire peut varier chez le même sujet selon son état physiopathologique et surtout, comme dans notre 2e observation, selon son état psychique; cette 2e observation montre, en effet, d'une façon évidente l'action du psychique sur le tonus végétatif viscéral et permet de comprendre, une fois de plus, l'interdépendance qui peut exister entre l'apparition des troubles duodéno-biliaires et celle des troubles psychiques.

Guy Albot

NEUROLOGIE

K. KINSBOURNE et Elizabeth K. WARRINGHTON: **Une variété de dyslexie associée à des lésions de l'hémisphère droit (mineur).** (A variety of reading disability associated with right hemisphere lesions.) "J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.", **25**: 339-345 (novembre) 1962).

Les auteurs notent d'abord que la dyslexie, cette atteinte apparemment sélective de la lecture des mots ou des lettres isolées, est connue depuis longtemps en association avec des lésions de l'hémisphère gauche dominant.

Les auteurs redéfinissent la dyslexie verbale qui se caractérise par des erreurs paralexiques (lecture erronnée du mot écrit) lesquelles paralexies peuvent, bien sûr, s'accompagner d'erreurs paraphasiques du langage parlé, et ainsi être secondaires à une atteinte plus généralisée de la fonction du langage.

Ils passent en revue la littérature sur le sujet. En 1926, Potzl et Hermann, parlant de la dyslexie pariétale, disent qu'elle implique la substitution de mots ou fragments de mots incorrects à ceux du texte. En 1924, Walpert décrit la dyslexie d'épellation, sans aphasie, alors que le patient peut lire le mot lettre par lettre, à cause d'un défaut dans la perception des formes, et commet des erreurs paralexiques s'il tente de lire à un rythme normal (Kinsbourne et Warrington 1962). Par contre, on n'avait pas constaté de dyslexie verbale chez le patient subissant un dommage dans son hémisphère mineur.

Les auteurs rapportent ici six (6) cas de troubles de lecture associés chez des droitiers à des lésions de l'hémisphère mineure, patients qui ont présenté des erreurs paralexiques caractéristiques, continues et d'un genre inconnu.

En résumé, tous les patients présentaient à l'entrée l'ensemble des signes suivants: chez des droitiers, accident vasculaire cérébral suivi de l'apparition d'une hémiparésie spastique gauche avec inattention visuelle et tactile à gauche, astéréognosie et perte du sens des positions et de la discrimination tactile à gauche. On notait une négligence légère envers tout ce qui se trouvait à gauche dans le domaine spatial, une légère difficulté à reproduire les schémas et à décrire les images, sans aphasie, avec légère diminution intellectuelle et nystagmus opto-kinétique dans le regard vers la droite. Quelques patients avaient (3) une hémianopsie homonyme gauche empiétant aussi sur la macula.

A l'analyse serrée de la dyslexie, on remarque que les lettres isolées sont lues correctement tandis que les mots isolés sont nettement modifiés par le patient, et, fait remarquable, toutes les erreurs paralexiques touchent le début du mot. Les dernières lettres sont toujours lues correctement tandis que les premières sont remplacées par un autre groupe de lettres. Le mot nouveau ainsi formé ne ressemble certes pas nécessairement à l'ancien, et est parfois plus long. Pour les chiffres, même phénomène: dans un groupe seuls ceux de la droite sont lus correctement. Les patients parcourent en outre très mal la ligne imprimée, à cause de leur tendance à lire d'abord les mots de l'extrême droite, en oubliant le texte écrit à gauche. Si la page est tournée sur son axe de 90°, les erreurs paralexiques disparaissent presque entièrement. Par dyslexie des mots clés d'un texte, sa compréhension est défectueuse. Chez certains patients, inconscience de leur état dyslexique.

A l'analyse tachystoscopique, les erreurs paralexiques sont fréquentes, de la même nature que celles trouvées à l'examen clinique.

En discussion, les auteurs, après avoir remarqué les erreurs paralexiques de leurs six patients, erreurs associées à une compréhension perturbée du texte, les comparent aux normolexiques. Chez ceux-ci, quelques lettres déterminantes déterminent la compréhension des mots, ou aussi la forme du mot. Chez le normal, on ne rapporte jamais d'erreurs de lecture limitées au début du mot. Ici, chez ces patients, la dyslexie ne peut s'expliquer sur une base d'aphasie, car il n'y avait aucun désordre dans la sphère du langage.

En conclusion, les auteurs affirment qu'il y a erreur dans la perception visuelle du matériel écrit.

Les auteurs se demandent par analogie si des lésions de l'hémisphère gauche dominant ne pourraient pas amener des dyslexies où la fin du mot serait affectée, et croient qu'en effet on le mettra bientôt en évidence. Ils en viennent à l'évidence d'une lésion au niveau du lobe pariétal, la dyslexie étant due à une altération des processus de perception causée par une distribution anormale de l'attention visuelle. Il y a donc négligence unilatérale dans le domaine spatial, ceci étant dû à une lésion du lobe pariétal contralatéral, négligence prouvée par cette tendance à compléter les mots à reculons, le début du mot étant ignoré et le mot par le fait même transformé et remodelé.

Alain GODON

F. L'HERMITTE et collaborateurs: **Polynévrites au cours de traitements par la nitrofurantoïne.** "Presse Médicale", **71**: 767 (15 mars) 1963.

Obesrvation I. Patiente de 52 ans hospitalisée le 2 janvier 1962 à la Salpêtrière pour une polynévrite des 4 membres qui s'est installée 1 mois plus tôt. Elle était traitée depuis 18 mois pour

infection urinaire compliquant une insuffisance rénale. Elle a reçu en tout 7 grammes de nitrofurantoïne. Les troubles neurologiques débutent vers le 10e jour de la seconde cure par des paresthésies à la partie distale des 4 extrémités suivies de paralysie aux membres inférieurs d'abord, puis aux membres supérieurs par la suite. La paralysie est totale aux muscles des jambes et des pieds mais plus modérée sur les muscles de la ceinture pelvienne et des cuisses. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La patiente décède malgré la médication à haute dose de vitamines possiblement secondaire à son insuffisance rénale.

Rapport d'une biopsie prélevée pendant l'hospitalisation au niveau d'un rameau cutané du nerf musculo-cutané droit: on note des lésions très sévères dans la quasi-totalité des fibres nerveuses, — une fragmentation de la myéline qui constitue des boules myéliniques ou de courts segments irréguliers et boursoufflés, — beaucoup de débris dans les macrophages avec graisses sudanophiles incluses dans ces macrophages et dans les segments de gaine en désintégration.

A l'autopsie, la moelle, les racines, les nerfs du plexus lombaire et des viscères abdominaux ne présentent pas d'anomalie. Dans les nerfs périphériques, les lésions sont moins sévères que celles constatées à la biopsie. La plupart des fibres offrent un aspect normal. Certaines gaines sont gonflées et irrégulières et prennent le scharlach et ces images de dégénérescence apparaissent parfois sous forme de foyers touchant plusieurs gaines contiguës. Pas d'altération appréciable au niveau des axones. Au rein, il existe une néphrite ascendante sub-aiguë et une glomérulo-néphrite membrano-lobulaire.

Observation 2. Patient de 56 ans hospitalisé pour un syndrome polynévritique des 4 membres qui également s'est installé 1 mois avant l'admission. Il a été traité lui aussi pour infection urinaire secondaire à une rétention. Il a reçu 3 grammes de nitrofurantoïne sur une période de 10 jours. En plus de paresthésies, on notait une diminution de la force musculaire des membres inférieurs cette fois-ci prédominant à la racine des membres et atteignant surtout les quadriceps et les psoas. Un électromyogramme dans le jambier antérieur droit au repos montre une activité spontanée probablement fibrillaire. A la contraction, ébauche de sommation temporelle signant une atteinte neurogène. La biopsie du court péronier latéral gauche ne montre aucune anomalie. La biopsie d'un rameau cutané du nerf musculo-cutané montre la même constatation que l'autre observation soit une fragmentation de la myéline avec gonflement des fibres. Le patient reçoit de la vitamine B_1 et les troubles s'améliorent.

Discussion. La polynévrite des 2 patients est remarquable par les faits suivants: début aigu et rapidité de son extension aux 4 membres avec troubles sensitifs discrets. Au point de vue histologique, on a l'aspect d'une névrite parenchymateuse rappelant les lésions des polynévrites métaboliques et carentielles. C'est ce qui caractérise les 25 cas de polynévrite après traitement à la nitrofurantoïne. On retrouve dans l'ensemble les caractères suivants:

Dose du médicament: elle varie entre 1.8 grammes à 48 grammes. La gravité de la polynévrite s'installe presque toujours de façon brusque et sa gravité n'est pas en relation avec la dose de nitrofurantoïne absorbée par le patient.

Sexe: égale fréquence dans les 2 sexes.

Âge: cette polynévrite est exceptionnelle avant l'âge de 40 ans; aucun cas de rapporté chez les enfants.

Le facteur physiopathologique réside dans l'insuffisance rénale et dans la plupart des cas, il existe une insuffisance rénale associée à l'infection urinaire ou encore une infection urinaire qui peut potentiellement se compliquer d'insuffisance rénale. D'après Ellis, il y aurait une relation significative entre le taux d'urée sanguine et l'apparition des troubles neurologiques. Laughridge a démontré que l'insuffisance rénale a comme conséquence d'accroître la concentration de la nitrofurantoïne dans le sang. L'élimination de la nitrofurantoïne dépend de la filtration glomérulaire et d'un double processus d'excrétion et de réabsorption tubulaire.

C'est pourquoi l'insuffisance rénale est la condition essentielle du pronostic de ces polynévrites. La moitié de ces 25 malades sont morts dans les mois qui ont suivi les troubles neurologiques.

La nitrofurantoïne appartient au groupe des dérivés du nitrofurane et d'autres produits du groupe ont également causé des polynévrites.

Annis et Gots, pour expliquer l'action antibactérienne des nitrofuranes, invoquent l'inhibition d'un système enzymatique qui interviendrait plus particulièrement dans le métabolisme des glucides et provoquerait une inhibition de la formation de l'acéthylcoenzyme A. à partir de l'acide pyruvique. On pense donc au même phénomène au niveau des nerfs périphériques. Cette hypothèse expliquerait

très bien le rôle pathogénique essentiel qui semble revenir à l'élévation du taux plasmatique de la drogue au-dessus d'un certain seuil.

Comme conclusion, ces observations ont l'intérêt d'attirer l'attention sur les variations considérables de la tolérance d'un médicament par l'organisme quant à la fonction rénale.

Certains médicaments bien tolérés chez des sujets normaux peuvent chez les malades atteints d'insuffisance rénale donner des complications analogues à celles observées chez nos patients.

Jacques FORTIN

PNEUMOLOGIE

C. CHOFFEL et J. CHRÉTIEN: **Étude critique de 250 ponctions biopsies de la plèvre pariétale à l'aiguille d'Abrams.** "Jr. Fr. de Méd. et Chir. Thoraciques", **16**: 571 (juillet-août) 1962.

Après un travail préliminaire comportant 65 cas de ponctions biopsies de la plèvre pariétale à l'aiguille d'Abrams, les auteurs concluent à l'innocuité de la ponction biopsie. Elle devrait être considérée comme l'un des traitements des pleurésies à un stade évolutif plus précoce. Elle permet aussi d'établir un diagnostic étiologique rapide.

Il faut d'abord classer les malades.

Les auteurs ont fait 250 ponctions biopsies à l'aiguille d'Abrams chez 220 malades.

Dans bien des cas, le diagnostic est cliniquement évident. Exemple: tantôt c'est un épanchement accompagnant une T.B. parenchymateuse ou une pleurésie compliquant une tumeur intra-thoracique. Tantôt c'est une pleuro-pneumopathie aiguë avec du liquide purulent dans la cavité pleurale.

Sur les 220 malades examinés, 198 ont été surveillés constamment. Grâce à des autopsies, on a pu confirmer le diagnostic posé après ponction biopsie chez quelques-uns. Mais chez 87 cas parmi les malades sérieusement contrôlés, on a pu vérifier le diagnostic clinique ultérieurement.

La technique de la méthode a été rigoureusement suivie au cours de toutes les biopsies pleurales. On a procédé à l'examen cytologique et bactériologique du liquide pleural.

Si la ponction ne ramenait aucun liquide, la biopsie n'a jamais été faite.

Mentionnons les résultats. Sur les 250 biopsies, 37 ont connu des échecs. Il reste 213 cas. Soixante-dix malades ont donné une structure normale, alors que pour les 143 autres le prélèvement a été pathologique.

Le diagnostic de certitude a été obtenu chez 105 cas au point de vue histologique. On a découvert 55 cas de tuberculose et 50 cas de tumeur de la plèvre.

Les auteurs ne proposent pas que la ponction biopsie doive être systématisée au cours de toute pleurésie séro-fibrineuse, mas ils suggèrent que "cet examen doit être pratiqué chaque fois que les données de la clinique et de l'examen cytologique du liquide n'orientent pas franchement le diagnostic et surtout lorsqu'on décide de prescrire des corticoïdes qui, par leur action anti-exsudative non spécifique, ne peuvent que brouiller les cartes, si l'étiologie de la pleurésie n'a pas été préalablement établie avec précision".

Paul-René ARCHAMBAULT

OPHTALMOLOGIE

Paul BAILLIART: **Le glaucome tel qu'il se présentait au dernier quart de siècle.** "Annales d'Oculistique", **195**: 1041, 1045 (novembre) 1962.

L'auteur convient que les formes aiguës n'échappaient pas à l'attention mais que le glaucome chronique passait souvent inaperçu. On faisait cas de l'excavation du nerf optique et du rétrécissement du champ visuel. La tonométrie ou mesure de la tension se faisait avec les doigts d'où une idée approximative de celle-ci. Le premier tonomètre celui de Schiötz fit son apparition vers 1910. On prescrivait déjà la pilocarpine. La chirurgie de glaucome chronique était jugée inutile. La sclérotomie en plusieurs temps, facile, inoffensive mais inefficace était largement pratiquée. La pathogénie se basait un peu sur une hypersécrétion et davantage sur l'hypo-excrétion par accollement à la cornée de la base de l'iris. D'aucuns soutenaient l'influence du système nerveux.

L'auteur rappelle une réunion de la Société d'Ophtalmologie de Paris en 1907 où Lagrange préconisa l'iridectomie et la sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome chronique simple. Abadie s'opposait à cette opération et prétendait que la résection des filets du sympathique cervical était le moyen le plus rationnel. La scléro-iridectomie gagna de plus en plus d'adeptes avec l'apparition en 1909 du trépan de Fergus et Elliott qui rendait l'opération plus facile.

Claude MONFETTE

Philip P. ELLIS, Ronald L. THOMSON et George S. TYNER: **Le traitement chirurgical du glaucome hémorragique** (Operation for hemorrhagic glaucoma). "American Journal of Ophtalomology", **54**: 954-960 (décembre) 1962.

Les auteurs dans un rapport préliminaire rappellent les résultats décevants obtenus par les moyens médicamenteux ou chirurgicaux dans la rubéose ou dans le glaucome secondaire à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

La pathogénie en est due à une prolifération de néo-vaisseaux qui nuisent à la circulation au niveau du canal de Schlem. La modification à la technique de Schie (iridectomie périphérique combinée à la cautérisation de la lèvre postérieure de l'ouverture de la sclérotique) consiste essentiellement à effectuer l'iridectomie périphérique à l'aide d'un électrocautère en contact avec les ciseaux qui coupent l'iris pour prévenir l'hyphéma (hémorragie de la chambre antérieure) et pour créer une zone d'atrophie irienne au niveau de l'excision de l'iris.

Les auteurs obtiennent ainsi une diminution de la vascularisation irienne dans la zone atrophiée ce qui empêcherait la néo-vascularisation de se produire au niveau de la zone filtrante.

Les auteurs rapportent quatre résultats satisfaisants dans les quatre cas ainsi traités.

Claude MONFETTE

NÉCROLOGIE

DOCTEUR WILLIAM BROWN

Le docteur William Brown est décédé à Québec le 17 mai 1963 à l'âge de 63 ans.

Le docteur William Brown avait fait ses études médicales à l'Université Laval et obtenu son doctorat en 1928.

Il a exercé sa profession à l'Ancienne-Lorette.

LE DOCTEUR JEAN-BENOIT PIÉGAY

Le docteur Jean-Benoit Piégay est décédé à Québec le 19 mai 1963 à l'âge de 90 ans.

Le docteur Jean-Benoit Piégay avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec et obtenu son doctorat en 1905. Le docteur Jean-Benoit Piégay avait exercé sa profession à Bonaventure et à St-Damien de Bellechasse.

Il avait été également médecin au département de l'Immigration et bactériologiste du Service de Santé de la Cité de Québec.

LE DOCTEUR J.-MAURICE DUPONT

Le docteur J.-Maurice Dupont de Kapuskasing est décédé le 3 juin 1963 à Sudbury à la suite d'une crise cardiaque.

Le docteur Maurice Dupont était âgé de 57 ans. Né à Sainte-Flore au Québec, il avait fait ses études à l'Université d'Ottawa et à l'Université Laval de Québec, où il obtint son doctorat en médecine en 1938.

Le docteur J.-Maurice Dupont a toujours exercé sa profession à Kapuskasing.

LE DOCTEUR MARCEL ROCHON

Le docteur Marcel Rochon est décédé subitement à Dorion, le 30 mai 1963, à l'âge de 46 ans.

Le docteur Marcel Rochon, originaire de Sturgeon Falls, avait fait ses études de médecine à l'Université de Montréal et obtenu son doctorat en 1945.

Le docteur Marcel Rochon s'est alors installé à Dorion, où il y a exercé sa profession.

NOUVELLES

NOUVEAUTÉ AU 33e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C.: LA 1ère CONFÉRENCE À LA MÉMOIRE DU DOCTEUR BROCHU

Les organisateurs du 33e Congrès de l'A.M.L.F.C., qui se tiendra au Château Frontenac de Québec les 13, 14, 15 et 16 novembre 1963, ont pris l'initiative d'une formule nouvelle: avoir un conférencier de marque et l'inscrire au programme sous la rubrique: "Conférence à la mémoire du docteur Brochu".

Le docteur Delphis Bruchu de Québec est en effet l'organisateur et le président du 1er Congrès de l'A.M.L.F.C. qui s'est tenu dans la vieille capitale en 1902.

Rappeler son souvenir est un témoignage de reconnaissance qui fait honneur au professeur Richard Lessard et à ses collègues.

Le nouveau doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le docteur Lucien L. Coutu, a été invité à inaugurer la série des Conférences Brochu, et il traitera d'un sujet de très grande actualité.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR PAUL DAVID

Le docteur Paul David, directeur de l'Institut de Cardiologie de Montréal, vient d'être nommé membre du Bureau de direction de l'*International Society of Cardiology Foundation,* qui a son siège social à New-York.

NOMINATION DE NOUVEAUX PROFESSEURS AGRÉGÉS À L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC

Les autorités de l'Université Laval de Québec viennent d'annoncer la nomination de trois nouveaux professeurs agrégés à la Faculté de Médecine, les docteurs Claude Bélanger, Lionel Lemieux et Charles Plamondon.

LE DOCTEUR JACQUES GENEST, INVITÉ DE L'OHIO STATE UNIVERSITY COLLEGE OF MEDICINE

Le docteur Jacques Genest, directeur du département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu a été conférencier invité de l'*Ohio State University College of Medicine* lors d'une réunion internationale sur l'hypertension rénale qui s'est tenue les 12 et 13 juillet 1963 à Columbus.

Le docteur Jacques Genest a donné une conférence sur le diagnostic différentiel de l'hypertension rénale et il a participé à une discussion — *panel* avec les docteurs Irvine Page, Oscar Helmer et Stanley Peart.

NOMINATION DU DOCTEUR RENÉ CHARBONNEAU À LA PRÉSIDENCE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE D'OPHTALMOLOGIE

Le docteur René Charbonneau, ophtalmologiste de l'Hôpital Notre-Dame, vient d'être porté à la présidence de la Société Canadienne d'Ophtalmologie, lors du 26e Congrès qui s'est tenu à l'Hôtel Royal York de Toronto.

Le docteur René Charbonneau fait partie du service d'ophtalmologie de l'Hôpital Notre-Dame.

LE DOCTEUR JACQUES DURIVAGE, ÉLU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE

L'assemblée générale annuelle de l'Association Canadienne de Rhumatologie a eu lieu en juin 1963 à l'Hôtel Royal York de Toronto.

Les membres ont, à cette occasion, procédé à l'élection de leurs officiers pour le prochain terme. Le docteur Jacques Durivage de l'Hôtel-Dieu de Montréal a été élu président, les docteurs de Guise Vaillancourt de Montréal et G. P. Gofton de Vancouver ont été choisis comme vice-présidents et le docteur John Rosen de Toronto a été désigné au poste de secrétaire-trésorier.

CAUSERIE DU PROFESSEUR FRASER N. GURD AU CONGRÈS DE QUÉBEC

Le professeur Fraser N. Gurd, directeur du département de chirurgie de l'Université McGill et chef du service de chirurgie du Montreal General Hospital, sera le conférencier invité au déjeuner du jeudi, 14 novembre 1963, organisé par le professeur Richard Lessard, président du 33e Congrès de l'A.M.L.F.C.

Le thème de la causerie portera sur les tendances actuelles de l'enseignement médical.

SYMPOSIUM INTERNATIONAL SUR L'ANGIOTENSINE, LE SODIUM ET L'HYPERTENSION

Le Département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal, organise un Symposium International sur l'Angiotensine, le Sodium et l'Hypertension, qui aura lieu à l'Hôtel Chantecler, Ste-Adèle-en-Haut, P.Q., du 11 au 14 octobre 1963. Presque tous les grands experts au monde dans ces domaines ont accepté de participer à cette réunion internationale.

Parmi les participants, on relève les noms suivants: Sir George Pickering, les professeurs Ulf von Euler, Stanley Peart, Clifford Wilson, le docteur M. Legrain, les professeurs René Mach, Alex Muller, le docteur A. Bartorelli, les professeurs Alberto Taquini, Hector Croxatto, les docteurs M. Rocha e Silva, Juan Carlos Fasciolo, Oscar Scornik, Stanley Hartcroft, Sydney Friedman, George Wakerlin, Leonard Skeggs, Louis Tobian, Oscar Helmer, Arthur Grollman, Irvine Page, Lewis K. Dahl, Fred C. Bartter, James O. Davis, John Moyer, Robert Kark, John P. Merrill, et autres.

LE DOCTEUR ANDRÉ JACQUES, CONFÉRENCIER INVITÉ DE LA *BRITISH MEDICAL SOCIETY*

Le docteur André Jacques, anesthésiste de l'Hôtel-Dieu de Québec a été récemment conférencier d'honneur de la *British Medical Society* de Londres.

Le docteur André Jacques a présenté un rapport des travaux scientifiques effectués dans le département d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu de Québec sur un nouvel anesthésique fluoré, le penthrane.

NOMINATIONS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le ministre de la Santé du Québec, le docteur Alphonse Couturier, annonce la nomination de trois nouveaux surintendants médicaux.

Ce sont les docteurs Jean L. Lapointe à l'Hôpital Mont-Providence de Rivière-des-Prairies, Marcel Lemieux à l'Hôpital des Laurentides de l'Annonciation et Pierre C. Martel à l'Hôpital Saint-Charles de Joliette.

MÉDECINS PARTICIPANTS AU CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX CATHOLIQUES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association des Hôpitaux Catholiques de la Province de Québec à tenu son Congrès Annuel à Montréal les 26, 27 et 28 juin 1963.

Le thème du Congrès était: "L'Hôpital face aux exigences en 1963".

Le comité d'organisation du Congrès était présidé par le docteur Gaston Rodrigue de Drummondville qui faisait également partie des comités du programme et de celui des résolutions.

Le docteur Alphonse Couturier, ministre de la Santé, a adressé la parole aux congressistes à la séance générale d'ouverture.

Les séances du 27 juin portaient sur les exigences légales et sur les exigences médicales.

Les rapporteurs de la réunion du matin, présidée par le juge Victor Chabot, discutèrent la question suivante: "Jusqu'à quel point les exigences légales secourent-elles ou entravent-elles la qualité des soins et qu'elles en sont les répercussions sur le plan administratif ?

Les docteurs A. Dalvini Archambault, directeur de l'Hôpital Crawford, et Charles Gagnon, directeur de l'Hôpital Crescent, étaient chargés de fournir les réponses au questionnaire.

La séance de l'après-midi, présidée par le président du Collège des Médecins, le docteur Jean-Baptiste Jobin, a été consacrée à la question suivante: "Les exigences médicales contenues dans les textes de loi sont-elles un secours ou une entrave à la qualité des soins ? et les réponses lui ont été fournies par les docteurs Charles-Auguste Gauthier, directeur médical de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec, François Laramée, directeur médical de l'Hôtel-Dieu et Laurent Massé, chirurgien de l'Hôpital Ste-Croix de Drummondville.

Le docteur Marcel Langlois, directeur médical de l'Hôtel-Dieu de Lévis fut l'animateur du forum qui suivit. Le directeur du Service de l'Assurance-Hospitalisation, le docteur Jacques Gélinas, était au nombre des participants au Grand Forum Général qui eut lieu vendredi, à 2 heures de l'après-midi.

Les docteurs Fernand Tanguay, directeur médical de l'Hôpital St-Vincent de Paul de Sherbrooke, participa à la table-ronde consacrée à l'archiviste médical en face des formules d'assurance-hospitalisation.

Le docteur Jacques Gélinas était le président d'honneur de la séance consacrée aux différentes exigences de la bibliothèque hospitalière et le docteur Jacques Léger avait été chargé de traiter des exigences médicales de la bibliothèque de l'hôpital.

Le docteur Victorin Voyer, directeur du Centre d'Orientation psychiatrique a également présenté un travail sur "la femme et les techniques médicales modernes".

Le docteur Paul David, directeur de l'Institut de Cardiologie, était membre d'un symposium portant sur l'hospitalière. L'hospitalière perçue par le médecin fut l'objet de son exposé.

Le docteur Roger Beaulieu, directeur de l'École de Technologie médicale de l'Université de Montréal, était le président d'honneur d'une séance réservée aux techniciens de laboratoire et à laquelle le docteur Guy Saucier, du Laboratoire de Chimie de l'Hôpital Saint-Sacrement, décrivit la place du technologiste dans l'hôpital 1963.

LE PROFESSEUR PANISSET EST ÉLU PRÉSIDENT

Le professeur Maurice Panisset, de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal, directeur adjoint de l'Institut de microbiologie et d'hygiène, a été élu président de la Société canadienne des microbiologistes au 13e congrès qui s'est réuni à l'Ontario Agricultural College, à Guelph, Ont.

Le docteur Vincent Portelance, de l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal, a été élu secrétaire pour un troisième mandat. Parmi les conseillers nouvellement élus figurent les noms du docteur Fernand Turgeon, du département de bactériologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et du docteur Paul Marois, de l'Institut de microbiologie et d'hygiène.

CONTRIBUTION DES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'OTTAWA AU CONGRÈS DE LONDON

Quatorze membres du personnel de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa ont participé aux sessions de la Federation of Biological Societies, à London, Ont.

Le programme des sessions indique que 12 d'entre eux doivent décrire les recherches qu'ils ont poursuivies avec des étudiants à Ottawa.

Tous professeurs, sauf un qui est adjoint de recherches, ils sont attachés à cinq des 12 départements de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa.

Voici la liste de ceux qui ont présenté des communications scientifiques, ainsi que les départements auxquels ils sont attachés: le docteur Antoine D'Iorio et M. M. C. Mavrides, adjoint de recherches, le docteur L. Benoiton et le docteur W. K. Paik, tous du département de biochimie; le docteur M. F. Murnaghan et le docteur J. V. Burba, du département de pharmacologie; le docteur Léonard-F. Bélanger, le docteur J. Metuzals et le docteur Susan Tolnai, du département d'histologie; le docteur F. Bohatirchuk, du département d'anatomie; le docteur G. W. Mainwood et le docteur F. A. Robertson, du département de physiologie.

Le docteur Joseph Auer, doyen adjoint de la Faculté de médecine et directeur du département d'anatomie, présida les sessions de l'Association canadienne des anatomistes, tandis que le docteur Margaret Beznak, du département de physiologie, assista aux sessions de la Société canadienne des physiologistes, dont elle est conseillère.

Le docteur D'Iorio, directeur du département de biochimie à l'Université d'Ottawa, est trésorier de la Federation of

Biological Societies et le docteur Murnaghan, directeur du département de pharmacologie, est président de la Canadian Pharmacological Society.

Les sessions de la Fédération ont débuté le 17 et se sont terminées mercredi, le 19 juin 1963.

CHIRURGIENS CANADIENS ÉLUS MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Un certain nombre de chirurgiens du Canada viennent d'être élus membres de la Société Internationale de Chirurgie.

Leur nomination sera soumise pour ratification du Comité International lors du Congrès de Rome qui se tiendra du 14 au 21 septembre 1963.

Les docteurs Roland Cauchon de Québec et Jean Charbonneau de Montréal, ont été élus membres titulaires; les docteurs Louis Beaudoin, Paul Cartier, Claude Cholette, Jean Panet Fauteux et Eudore Savoie de Montréal ainsi que C.R. Neve de Kimberley, membres associés.

Les docteurs Hector Beaudet et Robert Naud de Québec, ainsi que Christophe Bisson de Montréal ont été promus d'associés au groupe des titulaires.

Le docteur G. Murray de Toronto a été élu membre émérite de la Société.

LE DOCTEUR PAUL MARIER ÉLU À LA PRÉSIDENCE DE LA SOCIÉTÉ DES ANESTHÉSISTES D'OTTAWA

Le docteur Paul Marier a été élu président de la Société des anesthésistes d'Ottawa, lors de la réunion annuelle de cet organisme professionnel qui a eu lieu récemment à l'Ottawa Hunt and Golf Club. Il succède à ce poste au docteur Harold T. Kay.

Le docteur Marier occupe les fonctions d'anesthésiste à l'hôpital St-Louis-Marie-de-Montfort.

Le docteur Homer Edwards a été élu secrétaire. Le docteur G. M. Fitzgibbon de l'hôpital militaire Tri Service, d'Ottawa, a prononcé une allocution.

PARTICIPANTS DU QUÉBEC AU CONGRÈS DE TORONTO DES ANATOMOPATHOLOGISTES

L'Association canadienne des anatomopathologistes s'est réunie à Toronto pour sa 15e assemblée annuelle.

Jeudi, le 13 juin 1963, le docteur A. Meisels de Québec a présenté un travail intitulé: *"Cytodiagnosis in urinary tract lesions"* et il a participé à une table-ronde présidée par le docteur Louis C. Simard consacrée à l'étude de transparents concernant des cas de gynécologie, des maladies pulmonaires, pleurales et urinaires.

Le docteur J. Darche de Montréal a pris part également à la discussion sur la cytologie exfoliatrice.

Les docteurs Jacques Gagnon, L. Archambault et Nathalie Katyk Longtin ont présenté une communication dite: *"Cytogenetic investigation in familial nephritis"*.

Le docteur Jean Sirois de Hull a rapporté un cas de *"mast cell reticulosis"*.

Le docteur Léonard Bernier de Québec a parlé de "Carcinoma with giant-cell stroma".

Les docteurs Pierre Fournier et B. Tolnai de l'Université d'Ottawa étaient également au programme.

LE DOCTEUR JULES HARDY, RAPPORTEUR AU CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE NEUROLOGIE

Le docteur Jules Hardy, membre du service de neurochirurgie de l'Hôpital Notre-Dame, a présenté un rapport à l'assemblée de la Société Canadienne de Neurologie — *Canadian Neurological Society* qui s'est tenue à Toronto le 13 juin 1963.

Le sujet se lisait: *"The trans-sphenoidal operation for hypophysectomy pituitary adenoma and craniopharyngioma"*.

RAPPORTEURS DU QUÉBEC AU CONGRÈS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PSYCHIATRIE

La 13e assemblée annuelle de l'Association Canadienne de Psychiatrie — *Canadian Psychiatric Association* a eu lieu à l'Hôtel Royal York de Toronto le 12 juin 1963.

A cette occasion, le programme comportait l'historique de la psychiatrie au Canada.

Le docteur Gilles Paul-Hus y a donné l'histoire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal.

Le docteur Jean-Noël Fortin de l'Hôpital Notre-Dame a présenté un travail sur le traitement à domicile des cas de psychiatrie.

Le docteur Y. Gauthier a parlé de l'incontinence fécale chez l'enfant.

Le docteur Jean-Baptiste Boulanger a présidé une table-ronde consacrée à la psychothérapie du déficient mental.

Le docteur Laurent Houde de l'Hôpital Ste-Justine a participé à la discussion sur le traitement à l'hôpital des cas de psychiatrie infantile.

Le dacteur Denis Lazure a parlé du problème de la psychiatrie infantile en tant que spécialité séparée.

NOUVEAUX ASSOCIÉS NOMMÉS PAR LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DU CANADA

Le Conseil de recherches médicales du Canada vient de faire connaître le nom de sept nouveaux associés en recherches qui s'ajoutent au groupe de trente-cinq, déjà nommés et qui appartiennent à l'une ou l'autre des douze Facultés de Médecine du Canada.

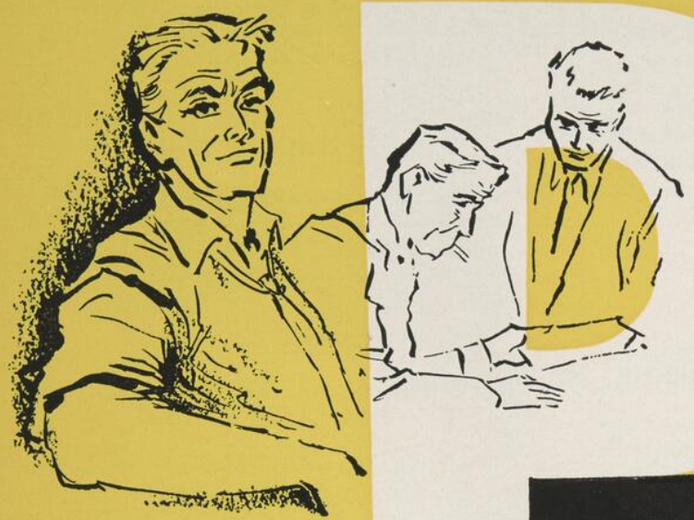
Parmi les nouveaux associés on remarque le docteur W. J. Nowaczinski du département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Le docteur Nowaczinski entend continuer les recherches qu'il a déjà entreprises sur les stéroïdes et leur rapport hormonal dans les maladies cardio-vasculaires hypertensives et le docteur E. Ramon-Molinar de la section de recherches médicales du Département de Physiologie de l'Université Laval doit prolonger ses travaux de neuroanatomie, de neurohistologie et de neurophysiologie.

Les "associés en recherches médicales" du Conseil existent depuis 1956; leur nomination est valable pour une période de trois ans renouvelable pour cinq ans et ce à plusieurs reprises.

Le Conseil de Recherches médicales du Canada s'engage à payer le salaire de l'associé, mais l'Université à laquelle celui-ci appartient doit lui fournir les facilités de travail.

MARRO-DAUSSE

MAINTENANT PRÉSENTÉ SOUS FORME DE DRAGÉES



LA PRÉPARATION LA PLUS
RICHE EN VITAMINES
"P" NATIVE
11,000 γ
DE VITAMINE P PAR CC. DE
SOLUTION OU PAR DRAGÉE

HÉMORROÏDES

4 FORMES

DRAGÉES

POMMADE

SUPPOSITOIRE

SOLUTION

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGUËS
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
VARICES • PHLÉBITES
ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Posologie: 1 ou 2 dragées deux ou trois fois par jour, aux repas.

Présentation : Solution : Flacons de 1 oz. et 4 oz.
Pommade : Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.
Suppositoires : Boîte de 10 suppositoires.
Dragées : Flacons de 50, 100 et 500 dragées.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France
Représentants exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

Les nominations antérieures comprenaient les docteurs J. A. Leblanc et A. Lemonde de l'Université Laval de Québec, Birks, Cooper, C. J. P. Giroud, McGarry et Wolfe de l'Université McGill, Gaétan Jasmin et T. Sandor de l'Université de Montréal, N. L. Benoiton et J. Szabo de l'Université d'Ottawa.

LE DOCTEUR RENAUD LEMIEUX ÉLU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

Le docteur Renaud Lemieux, directeur du département de Médecine de l'Université Laval de Québec et directeur médical de l'Hôpital du Saint-Sacrement, a été élu président de la Socité Canadienne du Cancer lors de l'assemblée générale annuelle qui a eu lieu rcemment à Winnipeg.

LE DOCTEUR JEAN DORMONT DE PARIS AU CONGRÈS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE D'UROLOGIE

Le 19e Congrès annuel de l'Association Canadienne d'Urologie s'est tenu au Château Laurier d'Ottawa les 17 et 18 juin 1963. 125 urologues venant de toutes les parties du Canada y ont pris part.

Les travaux étaient présentés en séances plénières présidées par le docteur W. E. Collins d'Ottawa, président de l'Association.

Le docteur Jean Charbonneau de l'Hôtel-Dieu de Montréal faisait partie du comité exécutif de l'Association.

Le docteur Jean Dormont de l'Hôpital Necker de Paris était l'invité d'honneur et il a parlé des résultats obtenus dans douze transplantations de reins.

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'assemblée générale annuelle de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec aura lieu au Château Frontenac de Québec samedi, le 16 novembre 1963, et se tiendra parallèlement aux séances du 33e Congrès de l'A.M.L.F.C.

L'assemblée sera présidée par le docteur Guy Bertrand, chef du service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Elle consistera en deux séances scientifiques dont l'organisation a été confiée aux docteurs Wilfrid Caron et Roland Cauchon et qui se tiendront la première à 9 heures du matin et la seconde à 2 heures de l'après-midi.

La séance d'affaires, où se feront les élections des nouveaux officiers, aura lieu à 4.30 heures p.m.

Il y aura déjeuner à 12.30 h. et pour le dîner annuel, les membres de l'Association et leur épouse sont invités à se joindre aux congressistes de l'A.M.L.F.C.

LE DOCTEUR HECTOR SANCHE, VICE-PRÉSIDENT DU COMITÉ DES OEUVRES DE MONTRÉAL

L'assemblée annuelle du Comité des Oeuvres de Montréal a eu lieu au Centre social de l'Université de Montréal jeudi, le 20 juin 1963, sous la présidence du docteur Hector Sanche.

Parmi les officiers du bureau de direction du Comité des Oeuvres élus le même jour, on remarque les noms des docteurs Hector Sanche, choisi comme vice-président, Adélard Groulx et Eugène Robillard désignés comme conseillers.

OFFICIERS DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL DE ST-JEAN

Les officiers du bureau médical de l'Hôpital de St-Jean sont pour l'année courante les docteurs Louis-Philippe Savoie, président; Laurent Moreau, vice-président, Jean-Guy Phaneuf, secrétaire-trésorier; Réal Kirouac et Vital Lavoie, conseillers ainsi que Jacques Choinière, directeur médical.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES LAURENTIDES

Le 7 juillet 1963, la Société Médicale des Laurentides a été l'hôte d'une réunion scientifique qui s'est tenue au Chalet du Lac des Loups, situé dans le Parc des Laurentides.

Cette séance était ouverte à tous les médecins du Collège électoral no 13 et elle fut organisée par le gouverneur du district, le docteur J. E. Lemieux de Mont-Laurier.

Le président du Collège des Médecins, le docteur Jean-Baptiste Jobin, était au nombre des invités d'honneur.

CONFÉRENCE À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL PAR LE DOCTEUR JOHN R. BLAIR-WEST D'AUSTRALIE

Le docteur John R. Blair-West, de Victoria en Australie, était l'invité d'honneur du Département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal, mardi le 25 juin 1963.

Il y a prononcé une conférence en anglais intitulée: *"Aldosterone secretion"*.

Le docteur Blair-West a été présenté par le docteur Jacques Genest, directeur du Département de Recherches Cliniques.

L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE INAUGURE UN NOUVEAU SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTILE

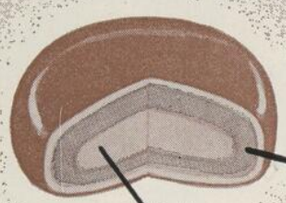
Le docteur Alphonse Couturier, ministre provincial de la Santé, a présidé l'inauguration officielle du nouveau service de psychiatrie infantile de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.

Ont pris la parole à la cérémonie inaugurale, le docteur Raymond Labrecque, le docteur Morgan Martin, Madame Adélard Beauchemin, M. Gaspard Massue, les docteurs C. Laurin et D. Lazure.

Le ministre de la Santé du Canada, Madame Judy Lamarsh, arrivée plus tard, a dit quelques mots lors de la réception qui suivit.

ENZY-PEPSOL

ENZYMES DIGESTIFS POLYVALENTS



1er NOYAU

Contenant les enzymes d'origine fongique (Lipase, Amylase, Protéase) Pepsine, enzyme d'origine gastrique et adjonction de Cellulase. Action en milieu acide (pH 1,5 à 6,9) dans l'estomac. Début de la protéolyse. Dyspepsies de fermentation.

2e NOYAU

Protégé lors du passage dans l'estomac, contenant les enzymes d'origine pancréatique (Lipase, Protéase, Trypsine). Action en milieu alcalin (pH 6,9 à 9,0) dans l'intestin duodénum et jéjunum. Dyspepsies de putréfaction.

ASSURE UNE DIGESTION

GASTRO - DUODÉNO - JÉJUNALE PARFAITE

Posologie: 1 à 2 dragées aux repas.
Présentation: Flacons de 36, 100 et 500 dragées.

Herdt & Charton Inc.
Montréal

CONGRÈS ANNUEL DE L'AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Le 20e Congrès annuel de l'*American Geriatrics Society* s'est tenu à l'Hôtel Reine Élizabeth de Montréal.

De nombreuses conférences ont été prononcées au cours de ce congrès. Nous n'en retiendrons qu'un certain nombre.

Le docteur Donald K. Grant de Toronto a vanté les qualités du travailleur âgé, sa ponctualité, son jugement et sa résistance aux accidents.

Au colloque sur les maladies cardio-vasculaires, les participants furent les docteurs Jacques Genest, Paul David, H. N. Segall et A. N. Vineberg.

Le docteur Harold R. Griffith déplorant l'abus de la polypharmacopée a traité des dangers de l'anesthésie chez le vieillard.

Le docteur Léopold Long a indiqué la thérapeutique recommandable chez les personnes âgées souffrant d'anémie pernicieuse et de leucémie.

Le docteur Georges Leclerc a traité de certaines lésions cutanées qui, chez le vieillard, indiquent souvent la présence d'un cancer.

Le docteur Francis L. McNaughton a expliqué que certaines lésions vertébrales susceptibles de correction chirurgicale affectent les vieillards.

Le docteur E. David Sherman, de Montréal, a été élu président de *American Geriatrics Society;* il succède au docteur Richard Graemer, de Warwick, R.-I. Le docteur Sherman est le premier Canadien à qui cet honneur échoit. Le président désigné est le docteur Brock E. Brush, de Détroit; les docteurs William Hammond, de Scarsdale, New-York, vice-président; Edward B. Allen, White Plains, N.-Y., secrétaire, et Edward J. Lorenze, de White Plains, N.-Y., trésorier, complètent le bureau de direction.

DÉJEUNER ORGANISÉ PAR L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le bureau de direction de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec — *Association of Surgeons of the Province of Quebec* organise pour le samedi 16 novembre 1963 un déjeuner à l'intention de ses membres qui se tiendra au Château Frontenac.

Les hôtes d'honneur de ce déjeuner, auxquels sont conviés spécialement les nouveaux membres de l'Association qui seront admis lors de l'assemblée générale, seront les docteurs Fraser N. Gurd et J. McCorriston qui viennent tous deux d'être nommés directeurs du département de chirurgie de l'Université McGill et de l'Université Queen's de Kingston.

Le docteur Fraser N. Gurd est vice-président de l'Association et le docteur J. McCorriston en est un des membres.

LE DOCTEUR JACQUES DURIVAGE, DÉLÉGUÉ OFFICIEL AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE RHUMATOLOGIE

Lors du Xe Congrès International de Rhumatologie qui s'est tenu à Rome en 1961, le docteur Jacques Durivage a été désigné comme représentant officiel du Canada au XIe Congrès International de Rhumatologie qui aura lieu à Buenos Ayres en 1965.

ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX CATHOLIQUES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association des hôpitaux catholiques a élu, récemment, un nouveau conseil de direction et les membres de son exécutif: présidente, la Rév. Sœur Marie Florida, économe générale des Sœurs de la Providence; premier vice-président, le docteur Gaston Rodrigue, de Drummondville; deuxième vice-président, la Rév. Sœur Ste-Fabienne, supérieure à l'Hôpital Saint-Sacrement de Québec; secrétaire-trésorier, M. Albert Nantel, directeur général de l'Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, de Montréal; fait partie ex-officio de ce comité, la présidente sortant de charge, la Rév. Mère Pauline Maillé.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE DIÉTÉTIQUE

Le 28e Congrès annuel de l'Association Canadienne de Diététique s'est tenu à l'Hôtel Reine Élizabeth de Montréal les 18, 19 et 20 juin 1963.

Plusieurs spécialistes dans les domaines de la médecine, de l'alimentation et de l'administration adressèrent la parole aux diététistes de toutes les parties du Canada. L'ouverture officielle fut suivie d'une conférence intitulée: "Notre monde est-il trop petit?", donnée par Mlle Adélia Beeuwkes, professeur de nutrition et santé publique à l'Université du Michigan. Le docteur Gaston Choquette de Montréal, du département de recherches de l'Institut de Cardiologie de Montréal, traita des "Effets d'une diète à base d'acides gras poly-éthénoïdes sur le taux des lipides sériques chez l'être humain". Le docteur A. M. Mann, psychiatre de l'Hôpital Général de Montréal, intéressa les diététistes en leur parlant du sujet suivant: "Les émotions vs l'alimentation; troubles psychiatriques associés à certaines déficiences alimentaires".

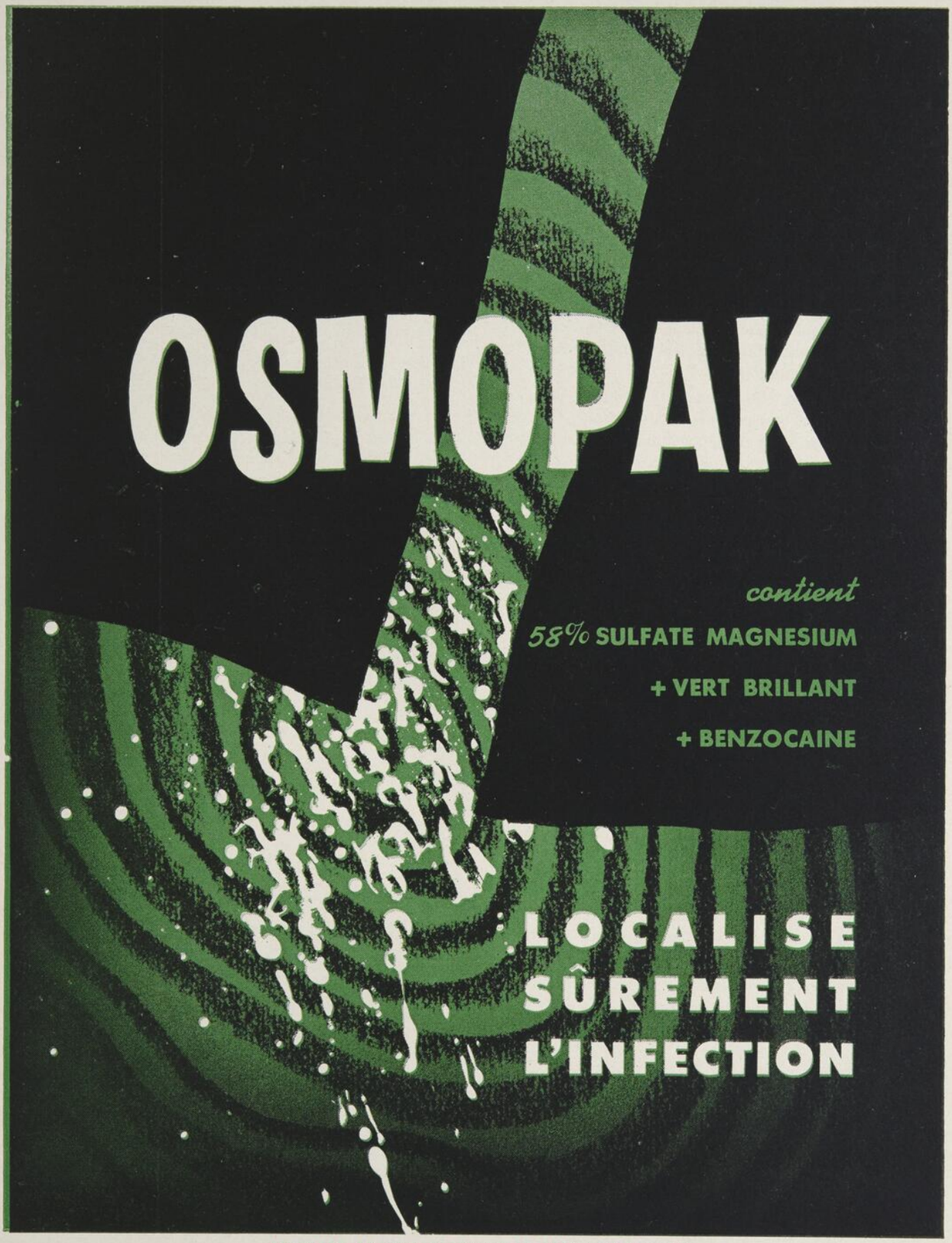
La Cité de Montréal a été l'hôte des congressistes à un déjeuner au Restaurant Hélène de Champlain sur l'île Ste-Hélène. "Le contrôle des défaillances aiguës et chroniques du rein" fut le sujet de la conférence du docteur John Beck, professeur de médecine à l'Université McGill. Le docteur Mimi Belmonte, pédiatre de l'Hôpital Montreal Children discuta des "Troubles métaboliques chez l'enfant".

Monsieur G. F. Ferguson, rédacteur en chef du journal Montreal Star prononça la conférence commémorative intitulée: "Violet Ryley-Kathleen Jeff". Cette conférence ouverte au public s'intitulait: "Le fait français . . .".

SÉANCE À VERDUN DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Samedi, le 9 mars 1963, le Service d'Orthopédie de l'Hôpital Général de Verdun avait l'honneur de recevoir la Société d'Orthopédie du Québec.

Le docteur Léo Jarry, Chef du Département de Chirurgie et de la section Chirurgie Orthopédique, présenta une méthode d'enclouage de la hanche qu'il a lui-même développée. Il s'agit d'une méthode dite trans-cutanée, trans-articulaire employée dans les fractures sous-capitales. Cette méthode présente l'avantage de réduire le traumatisme chirurgical et d'augmenter aussi la contention des fragments.



REMPLACE AVANTAGEUSEMENT LE PANSEMENT HUMIDE

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

Le docteur Hans Klaus Uhthoff a ensuite présenté un travail de recherches effectué en collaboration avec le docteur Léo Jarry, à l'Institut de Recherches en Orthopédie de l'Hôpital Général de Verdun. Le travail était basé sur des fractures faites chez des rats et discutait du rôle de l'espace dans l'ostéogénèse post-traumatique.

Le docteur Pierre Bédard commenta ensuite un cas de maladie de Paget compliquée d'un plasmocytome. A cette occasion, on discuta du caractère de l'association de ces deux pathologies et du mode de propagation du plasmocytome. Le docteur Bernard Perrault rapporta une modification de l'opération de Putti-Platt apportée par le docteur H. K. Uhthoff. Il s'agit d'une technique de fixation du repli capsulo-sous-capsulaire à la cavité glénoïde au moyen de fils métalliques émergeant à la peau.

Les docteurs Paul Vigneau, Émile Vicas et Albert Gaudet ont présenté pour terminer les résultats éloignés de plusieurs cas de traumatologie.

Une quarantaine de chirurgiens-orthopédiques de tous les coins de la province, notamment de Sherbrooke, Chicoutimi et Québec ont assisté à cette réunion, montrant l'intérêt grandissant porté aux réunions de la Société.

CONFÉRENCE À L'HÔTEL-DIEU PAR LE DOCTEUR JEAN DORMONT

Le docteur Jean Dormont, néphrologue de l'Hôpital Necker à Paris, a prononcé, jeudi le 20 juin 1963, une conférence à l'Hôtel-Dieu devant les membres du personnel médical.

Il a parlé de son expérience personnelle de douze cas de transplantations rénales.

Le docteur Jean Dormont fait partie de l'équipe de néphrologues dirigée par le professeur Jean Hamburger.

LES HÔPITAUX FORMERONT UN COMITÉ DE GRIEFS

L'Association des hôpitaux catholiques de la province de Québec se propose de créer un comité des griefs qui entendra toutes les plaintes qui pourraient être formulées contre un hôpital. Ce comité enquêtera pour établir le bien-fondé des plaintes et sera chargé de faire rendre justice aux plaignants, s'il y a lieu.

Cette nouvelle a été annoncée au cours d'une conférence de presse à l'occasion du congrès-exposition de l'Association.

L'HÔPITAL DU TRÈS SAINT RÉDEMPTEUR DE MATANE, ACCRÉDITÉ

Le Conseil Canadien de l'Accréditation des Hôpitaux a accrédité l'Hôpital du Très Saint-Rédempteur de Matane, et lui a fait parvenir le certificat émis par le Conseil à la date du 13 août 1962, en témoignage de l'application des standards approuvés par le Conseil.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE NUCLÉAIRE S'EST RÉUNIE À MONTRÉAL

La 10e assemblée annuelle de la Société de Médecine nucléaire a été ouverte solennellement mercredi le 26 juin 1963 à l'Auditorium de l'Université de Montréal sous la présidence du docteur Joseph Sternberg.

Fondée il y a dix ans, la Société de Médecine nucléaire réunit des médecins, des physiciens et des biologistes.

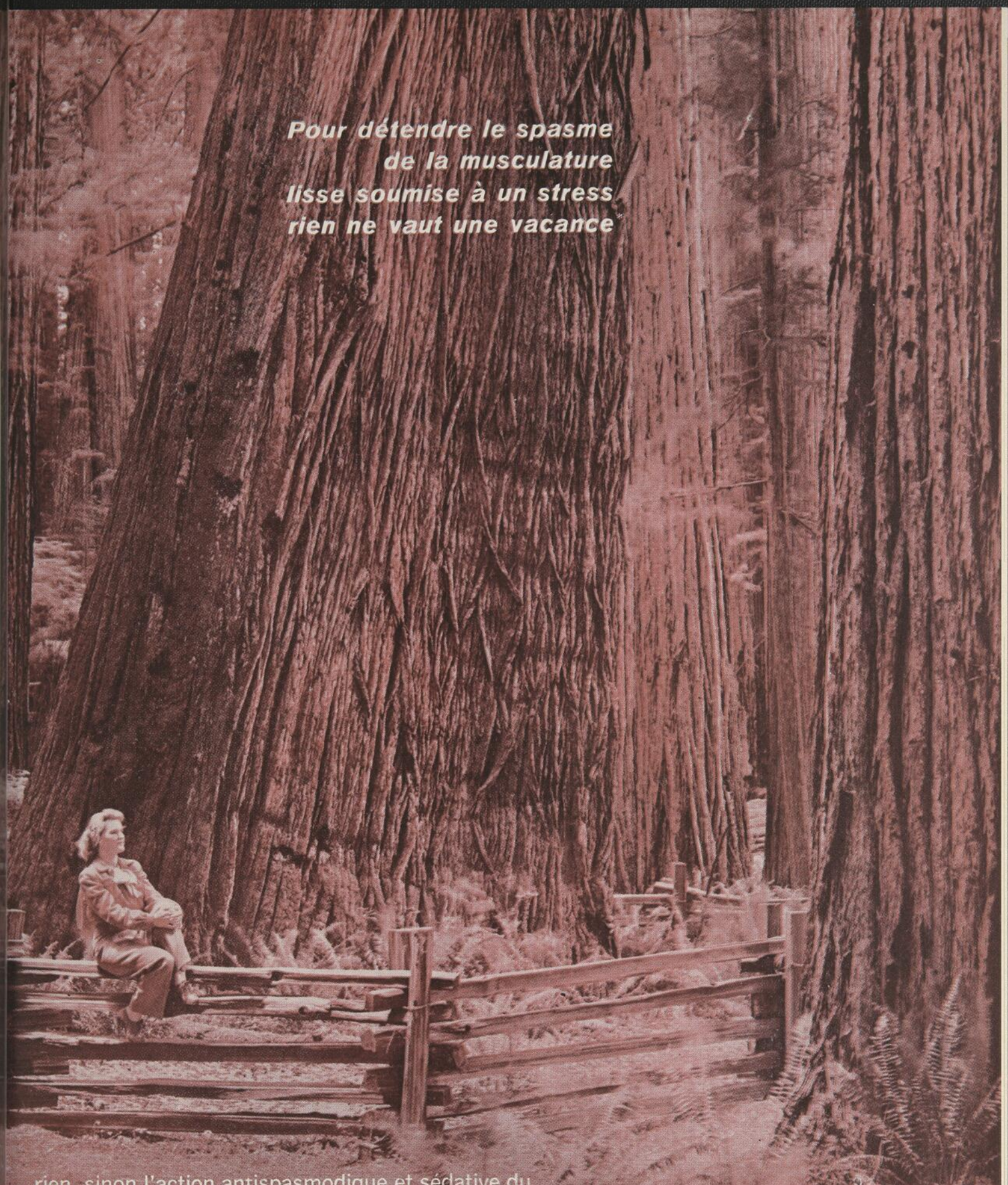
La Société compte aujourd'hui 2000 membres. Elle a fait si bien que la médecine nucléaire est devenue une discipline plus ou moins autonome et qu'elle a des contacts dans le monde entier. En outre, elle a convaincu certains milieux médicaux de s'intéresser à ce nouveau mode de traitement et de diagnostic. Ainsi, récemment, l'Hôpital de Verdun a décidé que les aspirants à l'orthopédie devront suivre des cours sur l'usage des radio-isotopes.

Comme il se doit dans un Canada "indépendant", la presque totalité des subventions à la recherche en médecine nucléaire viennent des États-Unis. Ni notre Conseil de la Recherche scientifique ni Atomic Energy ne montrent quelque intérêt.

L'APPORT FÉMININ À LA PROFESSION MÉDICALE EN RUSSIE

Le professeur Glafira Antonina Medvedeva, qui fait partie d'un groupe de douze universitaires russes en tournée d'études aux États-Unis et au Canada sous l'égide de l'Association Canada-URSS, vient de déclarer à Toronto que la médecine et l'enseignement sont considérés en Russie comme les fiefs professionnels de la femme.

Selon le professeur Medvedeva, directrice de l'Institut Médical de Vitebsk, 50 à 60% des membres de la profession médicale sont du sexe féminin.



... rien, sinon l'action antispasmodique et sédative du

Donnatal®

Robins

Dans chaque comprimé, capsule ou 5 cc. d'élixir		Dans chaque Extentab
0.1037 mg.	sulfate d'hyoscyamine	0.3111 mg.
0.0194 mg.	sulfate d'atropine	0.0582 mg.
0.0065 mg.	bromhydrate d'hyoscine	0.0195 mg.
16.2 mg. (¼ gr.)	phénobarbital	(¾ gr.) 48.6 mg.

(Avertissement: Peut entraîner l'accoutumance)

*Site: Flat Iron Tree, California

Plus de médecins le prescrivent que tout autre antispasmodique —plus de 5 milliards de doses administrées.

Quasi absence d'effets secondaires. Cependant, il arrive parfois que le malade qui prend des doses fortes ou pendant trop longtemps se plaigne de sécheresse de la bouche, d'embrouillement de la vision, de miction difficile et de rougeurs ainsi que de sécheresse de la peau, malaises qui disparaissent rapidement après réduction du dosage.

Contre-indiqué dans le glaucome aigu, les troubles hépatiques ou rénaux avancés ou une idiosyncrasie quelconque. Employer avec prudence dans le glaucome naissant ou les cas d'obstruction de l'orifice urétral de la vessie.

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

COMMUNIQUÉS

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE [1] (mai 1963)

POLIOMYÉLITE PARALYTIQUE

Canada

Jusqu'à la semaine terminée le 4 mai, le Bureau fédéral de la statistique ne rapportait aucun cas de poliomyélite paralytique. C'est là une heureuse comparaison avec l'année dernière, alors que 19 cas avaient été signalés à la même date. A l'automne de 1962, le Comité consultatif national chargé de faire enquête sur les aspects techniques des vaccins contre la poliomyélite à base de virus vivants, a fait une revue d'ensemble de l'expérience acquise au Canada avec le vaccin buvable Sabin. Les recommandations de ce Comité quant à l'emploi des vaccins de poliovirus vivants, étaient rapportées dans notre Bulletin épidémiologique du 16 novembre 1962. Tous les ministères provinciaux de la Santé ont été priés de formuler une déclaration sur leur programme présent ou envisagé, en vue d'utiliser le vaccin buvable à base de poliovirus vivant, au cours de 1963. Leurs réponses sont résumées ci-après.

Terre-Neuve

Le 16 avril, nous avons commencé un programme de vaccination au vaccin Sabin qui doit s'étendre à toute la province et se terminer durant la deuxième semaine de juin. Cette vaccination est offerte aux enfants âgés de 3 mois à 9 ans seulement. Dans la ville de St-Jean, 14,399 enfants ont été vaccinés entre le 15 et le 21 avril, ce qui représente un taux d'acceptation de 70 pour 100 environ. Les rapports reçus des régions autres que St-Jean indiquent que 17,975 enfants ont reçu le vaccin. Ainsi, à la mi-mai, un total de 32,374 personnes dans le groupe d'âge indiqué avaient reçu le vaccin buccal contre la polimyélite. A l'heure actuelle, l'impression générale serait que le taux d'acceptation de cette vaccination sera inférieur cette année à ce qu'il a été en 1962, alors que 100,000 enfants environ avaient reçu le vaccin. Jusqu'ici, on ne rapporte aucune réaction défavorable.

Île du Prince-Édouard

Aucun programme d'administration du vaccin buccal à base de poliovirus n'a été mis en œuvre dans la province jusqu'ici, et nous n'en prévoyons pas en 1963.

Nouvelle-Écosse

Aucun programme de vaccination par le vaccin buvable à base de poliovirus n'a été mis en œuvre dans notre province en 1963. Nos efforts portent surtout sur le programme actuel de vaccination par le vaccin Salk associé à d'autres antigènes, et nous réservons le vaccin buccal contre la poliomyélite en cas d'épidémie.

Québec

En 1963, la vaccination au vaccin Sabin sera intégrée à notre programme de vaccination au vaccin Salk de façon régulière à nos cliniques de bien-être de l'enfance. A l'automne, nous entreprendrons une campagne spéciale de propagande en vue d'atteindre tous les enfants d'âge préscolaire, les écoliers et les femmes enceintes. Nous n'envisageons pas à l'heure actuelle de campagne de propagande pour la vaccination des autres adultes.

Ontario

Aucun programme important d'immunisation par voie buccale n'a été mis en œuvre en 1963. La plus grande partie du vaccin disponible a été distribué aux médecins-hygiénistes en vue aux fins de protéger des groupes particuliers dans leur population, laquelle est déjà bien protégée par le vaccin Salk.

Manitoba

Jusqu'à maintenant, nous n'avons pas commencé de programme en vue d'utiliser le vaccin Sabin au Manitoba. La question est cependant à l'étude à l'heure actuelle et il se peut que nous lancions un programme qui s'appliquerait à toute la province au cours de l'automne.

Saskatchewan

Du 25 février au 15 mars, nous avons mis en œuvre un programme d'immunisation qui s'étendait à toute la province et était offert à tous. Il avait un double but: 1° offrir un deuxième dose de vaccin buccal à ceux qui en avaient reçu une première en 1962 et, 2° donner une première dose à ceux qui ne s'étaient pas présentés l'année dernière. La surveillance qui a précédé cette vaccination n'a découvert aucun poliovirus non identifié dans la province. Pendant les six semaines qui ont précédé le programme de vaccination, 560 échantillons de selles des enfants d'âge préscolaire hospitalisés pendant cette période, n'ont mis en évidence que 12 entérovirus autres que le poliovirus ou les Coxsackies. Au total, 16,670 personnes ont reçu une première dose de vaccin Sabin, et 274,390 ont reçu une deuxième dose. Le pourcentage d'acceptation n'est pas encore calculé par groupes d'âge mais, pour le groupe de 0 à 19 ans, il y a lieu de croire qu'il est d'au moins 80 pour 100.

Alberta

Vers la fin de 1962, le Comité consultatif de l'Alberta, formé pour évaluer les vaccins de poliovirus vivants, a pesé très soigneusement les avantages et les risques de l'usage diffusé du vaccin trivalent Sabin parmi une population déjà partiellement (60% environ) protégée par le vaccin Salk. Ce Comité a recommandé d'administrer 2 doses du vaccin Sabin avant la fin de mars 1963 à quiconque avait déjà complété la série de vaccin Salk au moins un mois avant la première dose de vaccin buccal, et de préparer la voie au vaccin Sabin, en donnant une immunisation au vaccin Salk à tous ceux qui ne l'avaient pas encore complétée. En conséquence, toutes les personnes admissibles ont été invitées à recevoir 2 doses de vaccin, avec un intervalle d'au moins six semaines entre les deux. La première distribution de vaccin buccal a commencé le 21 janvier, la seconde a été donnée le 18 mars, et chaque série a été complétée dans deux semaines environ. L'administration du vaccin a été organisée entièrement par les unités sanitaires et les services municipaux de santé; elle fut donc restreinte à ces territoires.

Le tableau ci-dessous, compilé des rapports des services de santé municipaux et des unités sanitaires après l'administration de la deuxième dose de vaccin buccal, est utile comme indice de l'acceptation de ce vaccin par le public en Alberta. Le Comité consultatif de l'Alberta s'occupe activement à l'heure actuelle d'évaluer toutes les phases de ce programme, y compris toute affection que l'on rencontrerait associée à l'administration du vaccin.

Colombie-Britannique

Aucun programme de vaccination par le vaccin Sabin n'a encore été mis en œuvre en Colombie-Britannique en 1963. Nous comptons, pendant le mois de novembre, administrer une dose de vaccin buccal à toute personne qui dans la province a reçu soit la série complète de vaccin Salk, soit une dose antérieure de vaccin Sabin.

---

[1] Division de l'épidémiologie, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada.

une formule bien équilibrée pour chaque asthmatique

Tédral SA b.i.d.

la posologie commode b.i.d.
pour l'homme d'affaires

Tédral, élixir

p.r.n. ou q.i.d.
liquide au goût délicieux

Tédral p.r.n. ou q.i.d.

diminue la fréquence et la
sévérité des crises d'asthme

Tédral comprimés pédiatriques

p.r.n. ou q.i.d.
posologie commode pour les jeunes

Tédral

théophylline, éphédrine, phénobarbital

WC

Warner-Chilcott, Toronto, Ontario. Fabricants de Coly-Mycin, Gelusil, Mandélamine, Péritrate, Proloïd

Catégorie	Admission à la vaccination Sabin: Nombre	Admission à la vaccination Sabin: Pourcentage de la population	Reçu première dose de vaccin Sabin: Nombre	Reçu première dose de vaccin Sabin: Pourcentage du nombre admissible	Reçu deuxième dose de vaccin Sabin: Nombre	Reçu deuxième dose de vaccin Sabin: Pourcentage du nombre admissible *
Enfants d'âge préscolaire	138,417	68.5	73,861	53.4	49,276	87.4
Ecoliers	300,052	90.7	280,147	93.4	256,340	96.3
Hommes adultes	124,278	31.4	63,721	51.3	43,003	80.6
Femmes adultes	171,307	42.5	89,277	52.1	59,906	83.2
Totaux	734,054	55.1	507,006	69.1	408,525	91.2

* Il s'agit du nombre qui ont reçu une première dose de vaccin buccal, plus ceux qui avaient reçu une première dose de vaccin buccal Sabin en dehors de la province.

AFFECTION D'ALLURE GRIPPALE

Terre-Neuve

On signale qu'une affection aiguë d'allure grippale est à l'état épidémique à Ferryland. Elle se caractérise par une température de 103° à 104° F, des frissons, de la toux et des maux de tête. Un homme de 83 ans est mort de bronchopneumonie, complication de cette infection. Dans l'île de Bell, on signale plus de 100 cas influenza. Outre les symptômes habituels de fièvre, de frissons, de douleurs musculaires et de toux sèche, certains cas ont souffert de crampes intestinales et de diarrhée. On rapporte 50 cas d'influenza à Rencontre-Est, et 11 cas à Glovertown. L'affection dure de 3 à 4 jours. A Burgeo, plusieurs centaines de cas ont souffert d'une température élevée, de maux de tête, de douleurs musculaires, de pharyngite et de bronchite; six cas se sont compliqués de pneumonie.

Québec

Les populations indiennes et esquimaudes de la Baie d'Hudson et de la Baie James, aux villages de Sugluk, Povungnetuk, Port-Harrison et Rupert-House, ont été malades d'une affection d'allure grippale avec suites de pneumonie grave.

Manitoba

Une analyse des éclosions déclarées et des virus isolés indiquent qu'il y aurait eu deux éclosions distinctes et peu importantes d'affection d'allure grippale pendant 1963. Une première en janvier et février était probablement imputable principalement au virus paragrippal type 3, et l'éclosion de mars était due principalement au virus grippal A. Une analyse des décès par pneumonie et par influenza, qui ont augmenté au cours de mars des années 1963, 1962 et 1961, indique que l'éclosion d'influenza de cette dernière saison a été plus importante que l'on aurait cru à première vue.

Décès par pneumonie			*Décès par influenza*		
1963	1962	1961	1963	1962	1961
77	51	35	25	1	0

Saskatchewan

On signale une affection d'allure grippale parmi la population de la région de Maple-Creek dans l'angle sud-ouest de la Saskatchewan près des frontières de l'Alberta. Un Indien est mort, mais c'est le seul décès jusqu'ici.

Alberta

On signale une éclosion d'affection d'allure grippale dans la région de Buffalo-Prairie, La Crête-Ouest, Wilson-Parie et les environs. Elle se caractérise par une fièvre brusque et très élevée, accompagnée de frissons, de toux, de douleurs à la poitrine, de céphalée intense, de dorsalgie et de malaise général. Les bébés souffrent souvent de convulsions avec cette fièvre. La pneumonie paraît une complication fréquente chez les adultes.

On signalait à la fin d'avril, une éclosion d'affection d'allure grippale à l'agence indienne de Fort-Vermilion, située au lac au Renard (Alberta). Six décès ont eu lieu chez les Indiens pendant cette éclosion: deux dames octogénaires, une femme d'âge moyen, et, les trois autres, des enfants en bas âge.

On signale d'autre part à Fort-McKay, une affection aiguë d'allure grippale qui a touché 36 Indiens du Traité et 24 qui ne sont pas du Traité. Des prélèvements de gorge ont été faits et sont soumis à l'examen virologique.

Territoires du Nord-Ouest

Des éclosions d'affection d'allure grippale se sont déclarées dans plusieurs villages le long des cours d'eau qui forment le bassin du fleuve Mackenzie.

Village	*Nombre de cas signalés*
Fort-Smith	1,700
Hay-River	Plusieurs cas
Région de Yellowknife	Plusieurs cas
Fort-Simpson	220 cas (pop. 950)
Fort-Franklin	103 cas (pop. 250)
Fort-Norman	120
Fort-Bonne-Espérance	62 cas (pop. 180)
Aklavik	plus de 150 cas
Inuvik	300 cas

Dans toutes ces régions, le traitement n'a été que symptomatique. On rapporte très peu de complications et elles ont été traitées avec succès par l'antibiothérapie.

TYPHOÏDE

Terre-Neuve

On signale 4 cas confirmés de typhoïde à Gaultois, Baie de l'Ermitage, chez des jeunes filles âgées respectivement de 10, 15, 16 et 17 ans. On a isolé des *Salmonelles typhi* des cultures de selles et le test de Widal a été positif à un titre très élevé.

Gaultois est un village de 600 personnes environ qui entoure une conserverie de poisson située sur la côte sud de Terre-Neuve et n'est accessible que par bateau ou par hydravion. Plus de 100 échantillons de selles ont été prélevées des personnes vivant dans ce village. Les *Salmonelles typi* ont été isolés des selles d'une femme d'âge mûr qui apparemment, avait souffert de typhoïde une quinzaine d'années auparavant. Les *Salmonellas typhi* ont aussi été isolés des échantillons de selles d'une jeune fille de 17 ans. Aucun antécédent, ni récent ni éloigné, d'une infection qui aurait pu ressembler à la typhoïde n'a été retracé chez cette jeune fille.

PRESSOROL

(metaraminol bitartrate, BAXTER)

renverse ce qui semble irréversible

prêt à utiliser... par toute voie parentérale

Le PRESSOROL (métaraminol bitartrate) est prêt pour une administration immédiate par toute voie parentérale . . . i.v., i.m. ou s.c. . . . tel que commandé par l'état du patient.

Le PRESSOROL (métaraminol bitartrate) *renverse ou prévient effectivement l'état aigu d'hypotension et de choc associé au trauma, à la chirurgie, à l'hémorragie, à l'infarctus du myocarde, à l'anaphylaxie, aux troubles cérébraux, à la rachianesthésie et aux maladies infectieuses.* Le PRESSOROL (métaraminol bitartrate) améliore le débit du plasma rénal et la fonction rénale / améliore le débit du courant sanguin cérébral et la fonction cérébrale / augmente le débit sanguin des coronaires / maintient sans effort la pression artérielle . . . pour des périodes prolongées / ne produit pas habituellement de chute primitive ou secondaire de la pression artérielle / n'est pas inhibé par les médicaments adrénolytiques / ne présente aucun risque d'anaphylaxie à la suite de doses répétées / ne produit pas habituellement les problèmes d'escarres ou de nécrose tissulaire. *Dans l'extrême urgence . . .* l'effet vaso-presseur apparaît en une à deux minutes après l'injection intra-veineuse directe. *Dans les conditions moins graves . . .* il augmente graduellement tant la pression sanguine systolique que diastolique en dedans de une à 20 minutes — et maintient cet effet pendant des périodes allant jusqu'à une heure.

MISE EN GARDE: L'emploi de dilution appropriée, de dosage requis et le choix particulier du point d'injection, de même qu'une continuelle surveillance du patient sont nécessaires. Durant l'infusion, des nécroses tissulaires avec escarres ont été rapportées.

Ce médicament doit être administré avec précaution à tous les patients souffrant de conditions cardiaques, de maladie vasculaire cérébrale, de désordres thyroïdiens, d'hypertension ou de diabète.

CONTRE-INDICATION: Le PRESSOROL (métaraminol bitartrate) est contre-indiqué dans le cas d'anesthésie au cyclopropane.

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD. ALLISTON, ONTARIO

L'ANNÉE DE NOTRE VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE AU CANADA

DYSENTERIE BACILLAIRE

Terre-Neuve

Le 18 avril, un garçonnet de 4 ans était admis à l'hôpital des contagieux à St-Jean, souffrant de diarrhée sanguinolente grave, et de déshydratation. Le *Shigella flexner* a été isolé des selles. Cinq jours plus tard, sa sœur de 6 ans était hospitalisée pour le même motif. La mère et trois autres enfants, âgés de 9, 6 et 1½ ans, éliminaient également du *Shigella flexner* dans leurs selles et souffraient de diarrhée bénigne. Ce même micro-organisme a été retrouvé dans les selles d'un cousin âgé de 14 mois qui habitait la maison voisine. Les habitations de ces deux familles sont situées dans un endroit isolé près de la route Transcanadienne, à 45 milles à l'ouest de St-Jean. L'origine de leur infection n'est pas connue. Le *Shigella Flexner* avait été isolé à Terre-Neuve pour la dernière fois en 1960, alors qu'un cas avait été signalé.

Territoires du Nord-Ouest

Entre le 6 mars et le 8 avril 1963, une épidémie de dysenterie bacillaire s'est déclarée à Coral-Harbour (T.N.-O.), atteignant 18 Esquimaux. Elle s'est caractérisée par une fièvre aiguë qui débutait brusquement, des crampes abdominales et une diarrhée sanguinolente grave. La majorité des cas furent bénins ou modérés, mais un garçonnet a été gravement malade, son cas nécessitant un traitement intraveineux. Tous furent traités par le chloramphénicol par voie buccale ou parentérale. Cinq malades ont souffert de crampes très pénibles qui ont nécessité du démérol.

Il a fallu fermer les églises et l'école de jour, et suspendre les séances de cinéma pour les Esquimaux. On s'est efforcé de faire diminuer les visites d'une famille à l'autre, et d'encourager les gens à faire bouillir l'eau pour l'alimentation et le lavage des mains.

RUBÉOLE

Terre-Neuve

Entre le premier décembre 1962 et le 30 avril 1963, 212 cas de rubéole et 8 épidémies communautaires avaient été rapportés. On croit que la fréquence réelle de la maladie est beaucoup plus considérable. Les cas sont fréquents chez les adultes et on demande de plus en plus de globuline **gamma** pour protéger les femmes enceintes pendant le premier trimestre. Aucune complication n'a été signalée.

MALADIE NON IDENTIFIÉE

Colombie-Britannique

À la suite d'une réunion de 300 Indiens nés dans la province, pour la fin de semaine de Pâques aux Cèdres (C.-B.), une centaine ont été atteints d'une maladie non identifiée, caractérisée par la fièvre, le malaise, les nausées, les vomissements, l'affaissement et la diarrhée. Certains enfants ont souffert de convulsions. Vers la fin de la réunion lundi le 15 avril, un enfant s'est affaissé et a été envoyé à l'hôpital. Le lendemain, mardi, au moins 17 personnes étaient hospitalisées et un bien plus grand nombre étaient malades à Cowichen, à Alberni et à Tofino. La nourriture servie, a été surtout des haricots et des saucisses fumées, et plusieurs personnes ont utilisé l'eau d'un vieux puits. Les enquêtes bactériologiques sont en cours.

RAPPORTS DE L'ÉTRANGER

Influenza — États-Unis

Le déclin de l'épidémie due au virus grippal A2 se maintient. La mortalité par influenza et pneumonie pour les États-Unis dans l'ensemble est revenue essentiellement aux niveaux prévus. Seules les régions des Montagnes et du Pacifique rapportent des décès au-dessus du seuil épidémique.

Variole — Suède

Entre le 6 avril et le 11 mai, on sait que 11 cas confirmés et un cas suspect de variole se sont déclarés dans la région de Stockholm (Suède). Une femme de 50 ans est morte. Le diagnostic de variole n'a même pas été considéré dans aucun de ces cas avant le 13 mai.

Le cas indicateur a été celui d'un marin âgé de 30 ans, vacciné trois ans auparavant, qui était revenu d'Indonésie à Stockholm par avion vers la fin de mars. Le 6 avril, il souffrait de fièvre et plus tard a fait une éruption. Il n'a pas consulté de médecin et s'est remis sans incident. Entre le 21 et 24 avril, 4 cas secondaires se sont déclarés parmi les contacts de ce marin; entre le 6 et le 11 mai, 7 autres cas se sont déclarés, tous des contacts extra-hospitaliers des 4 cas secondaires.

Il n'y a pas encore de cas connus parmi les contacts hospitaliers. Une campagne de vaccination assez importante avait été mise en œuvre l'année dernière à l'époque des éclosions au Royaume-Uni. Une revaccination a été pratiquée dans les hôpitaux, ce qui devrait amoindrir beaucoup le danger d'épidémie. Il n'y a pas eu de vaccination massive dans le public mais les préparatifs sont faits en cas de besoin.

L'aéroport local de Stockholm a été déclaré région infectée, mais l'aéroport international est encore jugé exempt de la maladie. Les agents de la Quarantaine à tous les ports de mer et les aéroports canadiens ont été mis en garde. Les mesures ordinaires de contrôle de la Quarantaine relativement à tous les immigrants et les visiteurs en provenance de Suède seront appliquées, mais la situation sera surveillée de près et toutes les mesures nécessaires seront prises. Les ministères provinciaux de la Santé seront avisés s'il y a le moindre risque par rapport à cette infection.

Typhoïde — Suisse

Un numéro spécial de notre Bulletin, daté du 28 mars, signalait une éclosion de typhoïde à Zermatt en Suisse. Tout est maintenant rentré dans l'ordre. Au total, il y a eu 279 cas de typhoïde, chez des personnes qui habitaient à Zermatt ou visitaient ce lieu en février. Ces rapports ont été transmis par les agents de l'hygiène publique de 11 pays:

Pays	*Cas*	*Décès*
Suisse	190	2
Angleterre et Pays de Galles	46	1
Allemagne de l'Ouest	12	
France	8	
Hollande	5	
Italie	4	
Autriche	3	
CANADA	1	
Danemark	1	
Belgique	1	
Etats-Unis	8	
	279	3

Le cas canadien est un homme de Port-Arthur (Ontario) qui était en visite à Zermatt durant la première quinzaine de février. Ce cas était rapporté dans notre rapport spécial du 28 mars. Un autre Canadien, dentiste de l'aviation, est inclus parmi les 8 cas rapportés de France. Il était en congé et avait passé la période du 14 février au 3 mars à Zermatt. Tous ses repas furent pris à l'hôtel mais il a bu de l'eau du robinet. Pendant son séjour, il était bien portant mais a fait un peu de diarrhée. Il a repris son service le 4 mars, et s'est senti bien jusqu'au 19 mars alors qu'il a commencé à souffrir des frissons occasionnels et d'une diarrhée légère. Le cas a évolué et, le 25 mars, il était admis à l'hôpital. Le 29 mars, les cultures de selles confir-

CONTRE LA MONILIASE

SPOROSTACIN*

Crème de Chlordantoïne

pénètre la membrane du monilia

le Candida Albicans cultivé dans l'agent de Nickerson; photographie provenant du docteur A. B. Kupferberg de La Fondation de Recherches Ortho.

un monilicide vaginal très puissant, qui ne tache pas

Blanche, inodore, adoucissante et ne tachant pas, la crème SPOROSTACIN est indiquée dans le traitement des infections fongueuses de la région vulvo-vaginale, particulièrement la Candidiase, et dans la surcroissance de monilias à la suite d'antibiothérapie

- soulagement symptomatique rapide, dans les 2 jours, souvent dans quelques heures
- fort pourcentage de guérisons prouvées par cultures
- un seul traitement suffit généralement
- les patientes en sont enthousiastes

Ortho

*Marque de commerce

1. Lapan, B.: Am. J. Obst. & Gynec. *78*:1320, 1959. (156 patientes)
2. Breen, J. L.: Obst. & Gynec., à publier. (139 patientes)
3. Nathanson, E. A.: Obst. & Gynec. *16*:601, 1960. (100 patientes)
4. Mendel, E. B.: Am. J. Obst. & Gynec., à publier. (109 patientes)
5. Clow, L. R.: Canad. Med. Ass. J., *86*:449, 1962. (58 patientes)

maient le diagnostic de typhoïde. Cet officier avait été immunisé contre la typhoïde et avait reçu une dose de rappel de TABTD en septembre 1962. Sa femme, qui l'a accompagné dans ce voyage à Zermatt, avait reçu une série de vaccin TAB avant d'arriver en Europe en 1960, mais n'avait pas reçu de dose de rappel depuis lors. D'après tous les renseignements reçus, son exposition à l'infection a été identique à celle de son mari.

Pendant la période épidémique, 34 autres militaires, leurs personnes à charge ou d'autres civils attachés à la base militaire, ont passé des vacances dans la région de Zermatt. Toutes ces personnes sont tenues sous surveillance mais aucun autre cas ne s'est déclaré.

Les huit cas rapportés des États-Unis ont été dépistés dans 4 États: la Californie, 3; le Connecticut, 1; New-York, 2; et la Pennsylvanie, 2. Trois autres Américains souffrant de typhoïde contractée à Zermatt furent hospitalisés à Paris (France).

ANNOTATIONS

Un jouet dangereux, le "Flubber"

On signale à Regina (Saskatchewan), plusieurs centaines de cas de dermatite, de conjunctivite et d'œdème péri-orbitaire, associés à un jouet désigné sous le nom de "Flubber". Les centres antipoison provinciaux en Colombie-Britannique (7) et au Manitoba (1) signalent des cas analogues.

Le "Flubber" est un jouet élastique qui ressemblerait à de la "plasticine magique". C'est une substance translucide, de couleur jaune, qui ressemble à du plastique, et que l'on peut façonner et étirer à volonté; il est fabriqué de caoutchouc synthétique partiellement polymérisé. C'est un jouet sous permis, de Walt Disney Productions, et qui se vend dans plusieurs magasins de jouets dans certaines villes au Canada. Étant donné le très grand nombre de cas dans Regina et les environs, il se peut que la composition du jouet vendu à Regina soit un peu différente de la composition normale.

Aux États-Unis, on a signalé environ 1,600 cas d'irritation de la peau associés au "Flubber" et à deux produits analogues "Roobly Rubber" et "Plubber". On a demandé et obtenu la collaboration des fabricants pour retirer ces produits du marché.[2]

COURS POST-UNIVERSITAIRE SUR LA CHIRURGIE DE LA MAIN

Le cours de chirurgie de la main aura lieu à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal du 7 au 11 octobre 1963.

Ce cours a fait appel à un bon nombre de conférenciers de réputation internationale qui se joindront aux membres du personnel médical de l'Hôpital Royal Victoria.

Le cours portera sur les principes et les techniques de la chirurgie de la main.

Il y aura démonstrations pratiques: dissections anatomiques, techniques de réparation tendineuse et nerveuse, transplantation de tendon et reconstruction de la main déformée ou gravement atteinte par les traumatismes.

Le prix d'inscription est de cent dollars. Pour informations s'adresser au Bureau des cours Post-Universitaire de l'Hôpital Royal Victoria, 687 avenue des Pins Ouest, Montréal 2.

[2] Le présent rapport a été préparé par W. R. Simon, Agent d'information technique, Division de l'épidémiologie, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, à Ottawa.

PRIX DÉCERNÉS À 41 EXPOSANTS AU RÉCENT PHYSICIANS' ART SALON

C'est à la mezzanine des congrès à l'Hôtel Royal York de Toronto qu'a eu lieu le mois dernier une autre très intéressante exposition artistique, alors que 41 œuvres ont été choisies parmi quelque 675 soumises par des médecins et étudiants en médecine canadiens.

Après plus de six heures de revue les juges ont fait une sélection parmi 190 tableaux, 60 photographies et quelque 425 diapositives. Des mentions populaires, déterminées par scrutin public pendant l'exposition, ont été décernées au Dr G. B. Loguinoff de Régina, pour sa peinture intitulée "Birch in the Fall", et au Dr H. G. Metcalfe d'Ottawa, pour une photographie monochrome qu'il a appelée "Tranquility".

Depuis ses débuts en 1945, le Salon commandité par Frank W. Horner Limited, a toujours été un événement populaire lors du Congrès de l'Association Médicale Canadienne, et cette année, comme par le passé, la haute qualité des œuvres exposées a soulevé de nombreux et favorables commentaires de la part des visiteurs aussi bien que des juges.

Le Jury se composait cette année de: Kathleen Daly-Pepper, R.A.C., O.S.A., George H. W. Lucas, M.A., Ph.D., et G. Harvey Agnew, M.D., LL.D.

OEUVRES PRIMÉES À PARAÎTRE DANS LE CALENDRIER 1964

Toutes les œuvres primées ont été gardées par Frank W. Horner Limited et quand les auteurs auront donné leur permission de reproduire, un choix sera fait de celles qui devront paraître dans le calendrier du Physicians' Art Salon. Ce populaire petit calendrier de pupître préparé par Horner depuis 13 ans, sera de nouveau distribué à tous les médecins canadiens.

OEUVRES PRIMÉES — PHYSICIANS' ART SALON 1963

ART TRADITIONNEL

1er prix: W. A. Galloway, M.D., Innisfail, Alta.

2e prix: W. M. Franks, M.D., 71 Crescent Road, Toronto, Ont.

Mention Honorable: Jean Lapierre, Montréal, Qué., Eric MacBean, M.D., Pickering, Ont., Mary A. Murphy, M.D., Clovedale, B.C.

ART MODERNE

1er prix: R. F. Hughes, M.D., Hamilton, Ont.

2e prix: Benoît Cloutier, M.D., Edmundston, N.B.

Mention Honorable: L. E. Ranta, M.D., Vancouver, B.C., John C. Elias, M.D., Portage la Prairie, Man., Haakon Ragde, M.D., Montréal, Qué., Andrew I. Malcolm, M.D., Whitby, Ont.

PORTRAIT

1er prix: S. H. Campbell, M.D., Windsor, Ont.

2e prix: J. I. Leventhal, M.D., Weston, Ont.

Mention Honorable: Paul Mari, M.D., Winnipeg, Man., E. V. Currie, M.D., Valois, Qué., W. J. Hart, M.D., East Kildonan, Man., Jack A. Mayer, M.D., Toronto, Ont.

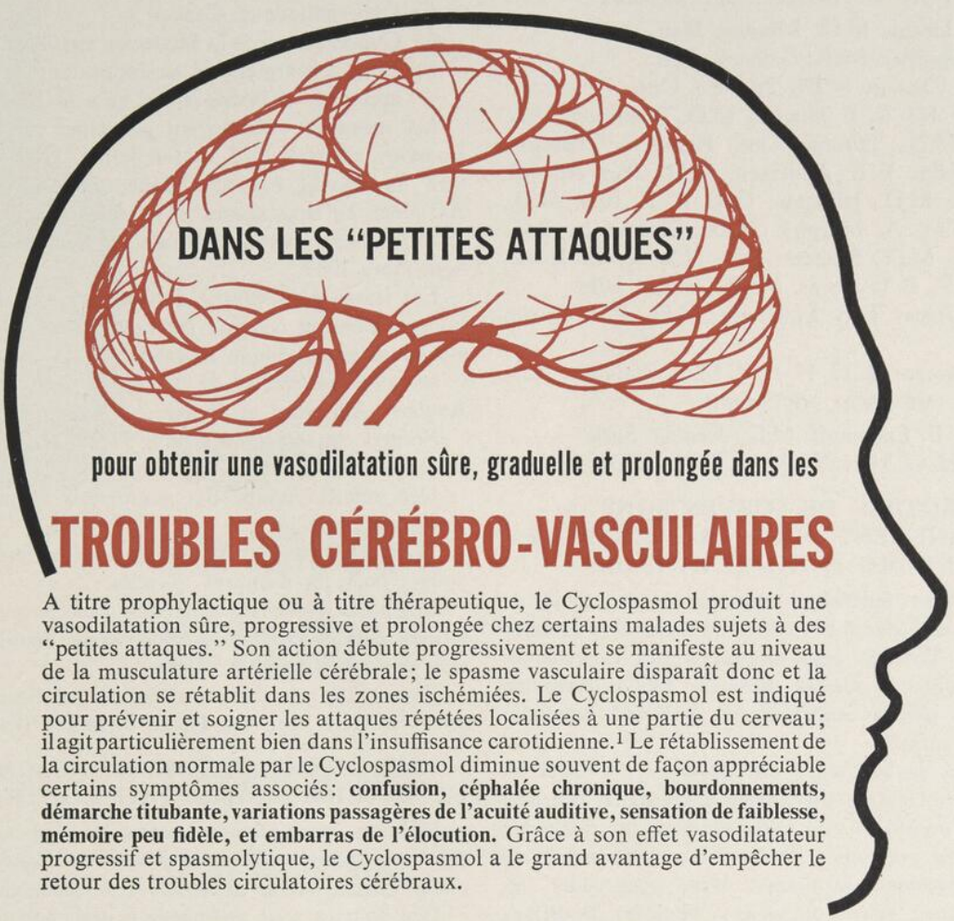
MONOCHROMES

1er prix: Jean Lapierre, Montréal, Qué.

2e prix: Douglas Leslie, M.D., Oakville, Ont.

3e prix: J. D. Manes, M.D., Calgary, Alta.

Mention Honorable: E. F. Pinter, M.D., Montréal, Qué., J. E. Stapleton, M.D., Halifax, N.S., Fred Evis, M.D., Toronto, Ont., John C. Stutzman, M.D., St.Anthony, Nfld., Harry S. Thomson, M.D., Calgary, Alta.



pour obtenir une vasodilatation sûre, graduelle et prolongée dans les

TROUBLES CÉRÉBRO-VASCULAIRES

A titre prophylactique ou à titre thérapeutique, le Cyclospasmol produit une vasodilatation sûre, progressive et prolongée chez certains malades sujets à des "petites attaques." Son action débute progressivement et se manifeste au niveau de la musculature artérielle cérébrale; le spasme vasculaire disparaît donc et la circulation se rétablit dans les zones ischémiées. Le Cyclospasmol est indiqué pour prévenir et soigner les attaques répétées localisées à une partie du cerveau; il agit particulièrement bien dans l'insuffisance carotidienne.[1] Le rétablissement de la circulation normale par le Cyclospasmol diminue souvent de façon appréciable certains symptômes associés: **confusion, céphalée chronique, bourdonnements, démarche titubante, variations passagères de l'acuité auditive, sensation de faiblesse, mémoire peu fidèle, et embarras de l'élocution.** Grâce à son effet vasodilatateur progressif et spasmolytique, le Cyclospasmol a le grand avantage d'empêcher le retour des troubles circulatoires cérébraux.

- n'entraîne pas de tachycardie, de syncope, ou d'hypotension orthostatique—s'emploie sans danger chez les malades atteints de troubles des coronaires.
- dilate les artères profondes et les vaisseaux superficiels et améliore la circulation au niveau des extrémités.
- agit par voie buccale; entraîne une vasodilatation lentement progressive et prolongée—idéal en gérontologie pour combattre la désorientation sénile.

Posologie: Posologie habituelle—deux comprimés (200 mg.) quatre fois par jour. La posologie varie entre un et trois comprimés q.i.d. Un traitement prolongé et une posologie adaptée à chaque malade selon les résultats cliniques produisent les meilleurs résultats. Présentation: comprimés à 100 mg., en flacons de 100 comprimés.

Bibliographie: [1]Van der Drift, J.H.A.: Ischemic Cerebral Lesions, Angiology 12:401 (sept.) 1961. [2]Council on Drugs, New and Nonofficial Drugs, J.A.M.A. 170:1670 (1er août) 1959. [3]Leslie, R. E.: Effects of Cyclandelate (Cyclospasmol) in Treatment of Circulatory Disturbances, Texas J. of Medicine 56:352 (mai) 1960.

CYCLOSPASMOL*

Cyclandelate

Wyeth

*Marque déposée

WINDSOR, ONTARIO

PALETTE CLUB

Mildred F. Newell, M.D., Edmonton, Alta., Philippe Matteau, M.D., St-Bruno, Qué., J. Godfrey Lister, M.D., Toronto, Ont.

DIAPOSITIVES et PHOTOS POLYCHROMES

1er prix: C. J. Unruh, M.D., Morden, Man.

2e prix: J. S. Gardner, M.D., Calgary, Alta.

3e prix: Bruce Charles, M.D., Toronto, Ont.

Mention Honorable: R. F. Hughes, M.D., Hamilton, Ont., Blanche Burton, M.D., Toronto, Ont., Harry S. Thomson, M.D., Calgary, Alta., J. L. Anderson, M.D., Port Alberni, B.C., J. H. Baillie, M.D., Islington, Ont., R. E. Ives, M.D., Stayner, Ont., Mary A. Murphy, M.D., Cloverdale, B.C., G. D. Donaldson, M.D., Mahone Bay, N.S., L. R. Hirtle, M.D., Halifax, N.S., P T. Abear, M.D., Gander, Nfld.

(Photo Polychrome) J. B. MacInnes, M.D., Port Credit, Ont.

(Photo Polychrome) R. G. H. Hall, M.D., Calgary, Alta.

MENTION POPULAIRE

Beaux-Arts: G. B. Loguinoff, M.D., Regina, Sask.

Monochrome: H. G. Metcalfe, M.D., Ottawa, Ont.

ATTRIBUTION DE SUBVENTIONS DU GOUVERNEMENT POUR LA RECHERCHE AU SUJET DES ENFANTS INFIRMES

Deux subventions fédérales s'élevant à un total de $108,498 ont été attribuées à des unités de recherches établies à Montréal et à Toronto pour découvrir des moyens de réadapter les enfants et adultes infirmes. Les subventions sont administrées par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Une subvention de $66,013 a été attribuée à l'Unité de recherche et de rééducation du Centre des enfants infirmes de l'Ontario, à Toronto. Cette unité étudiera les méthodes de réadaptation, en particulier l'utilisation des appareils de prothèse. Ce programme sera assez large pour aider, au besoin, des personnes, jeunes ou vieilles, atteintes de difformités. Cette unité a obtenu la collaboration du Sunnybrook Hospital de Toronto.

La seconde subvention de $42,485 a été attribuée à l'Unité de recherches et de rééducation en prothèse et orthopédie de l'institut de Réhabilitation de Montréal.

L'Institut est reconnu comme le pionnier en matière de réadaptation et jouera un rôle de premier plan dans l'ensemble du programme destiné à remédier à l'importante pénurie de prothésistes du Canada.

L'honorable Judy Lamarsh, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, parlant des subventions, a dit: "Nous espérons qu'une grande partie de la récente augmentation de $200,000 de la subvention à la réadaptation fonctionnelle et aux enfants infirmes sera utilisée précisément pour ce genre d'unité. La recherche et la rééducation effectuées dans ces centres contribueront, nous l'espérons, à faire de nos concitoyens infortunés des membres utiles de la société.

3ème CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE CYBERNÉTIQUE

Organisé par la Société Internationale de Médecine Cybernétique aura lieu à Naples (Italie), sous la Présidence du Professeur Aldo Masturzo, du 21 au 24 Mars, le Troisième Congrès International de Médecine Cybernétique.

L'activité scientifique du Congrès comprendra les sujets suivants:

1) Biocybernétique
2) Neurophysiologie
3) Calcul Automatique appliqué à la recherche biologique
4) Cybernétique des Maladies Rhumatismales et Ostéo-articulaires
5) Cybernétique du Cancer
6) Cybernétique de la Médecine spatiale
7) Tous les arguments se rapportant à la Cybernétique appliquée à la Médecine et à la Biologie

Les membres qui désirent participer au Congrès devront envoyer, au plus tard le 1er Juillet 1963, l'adhésion et le titre du travail éventuel, dont un résumé, non excédant 300 mots, en trois copies et en trois langues (Italien, Français, Anglais), devra parvenir au Secrétariat avant le 1er Septembre 1963.

Les textes définitifs ne doivent pas excéder 6 pages dactylographiées, y compris les tableaux et clichés (quatre au maximum pour chaque travail).

Langues officielles du Congrès sont: Français, Italien, Anglais, Allemand et Russe.

Format des diapositifs: 5 x 5 cm. (Leica) - largeur des films: 16 mm.

Des manifestations, des excursions et un post-Congress Tour, sont prévus.

Frais d'inscription: 20 dollars pour les membres actifs, 12 dollars pour les membres associés.

Les participants en règle ont droit à toutes les manifestations indiquées dans le programme définitif, avec exclusion du "post-Congress" Tour.

Pour toute information s'adresser au Secrétariat du Congrès: (SIMC) 348, Via Roma - Naples (Italie).

PROGRAMME DE BOURSES ADMINISTRÉ PAR L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

L'Union internationale contre le Cancer, grâce à une subvention de la "Eleanor Roosevelt Cancer Foundation", alloue chaque année des bourses de recherche sur le cancer.

Ces bourses sont attribuées à des chercheurs ayant l'expérience et les capacités requises pour la recherche indépendante et qui désirent élargir le champ de leurs connaissances par une période d'étude dans un institut d'un autre pays.

Elles ne sont accordées qu'à des personnes appartenant au personnel scientifique d'université, d'hôpitaux universitaires, de laboratoires ou d'institutions similaires. Ces bourses sont destinées à des chercheurs se livrant à des travaux sur le cancer soit dans le domaine expérimental soit dans le domaine clinique.

Elles ne sauraient être accordées à des personnes désirant se perfectionner dans les méthodes de détection ou de traitement ou qui désirent simplement visiter plusieurs centres à l'occasion d'un bref voyage d'étude à l'étranger.

La durée de ces bourses sera généralement d'un an. Cependant, dans certaines circonstances particulières, leur durée pourra être plus longue ou plus courte.

Le montant de la bourse sera fixé compte tenu du salaire actuel du candidat et du salaire de chercheurs d'un niveau équivalent dans l'institut où le candidat désire travailler.

Une allocation spéciale est prévue pour couvrir les frais de voyage aller et retour du boursier et des personnes à sa charge qui l'accompagneront, de son domicile à l'institut qui l'accueillera.

Les formules de demande de bourses ainsi que tous renseignements complémentaires sont fournis par: UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER, Boîte postale no 400, Genève 2 (Suisse).

aiguise un appétit défaillant

répare les carences vitaminiques

GEVRABON est un supplément différent et rafraîchissant pour vos cas de gériatrie et qui fournit vitamines et minéraux sous forme de liquide à la saveur de sherry. GEVRABON est un complément pour les personnes âgées qui sont enclines à sauter les repas.

SUR RECOMMANDATION
MÉDICALE SEULEMENT

GEVRABON®

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

® Marque déposée

Chaque deux cuillerées à soupe (30 cc.) renferment: Thiamine HCl (B_1), 4.5 mg.; Riboflavine (B_2), 2.5 mg.; Vitamine B_{12}, 2 mcgm.; Niacinamide, 45 mg.; Pyridoxine HCl (B_6), 1 mg.; Acide Pantothénique (à l'état de panthénol), 10 mg.; Choline (à l'état de citrate de tricholine), 100 mg.; Inositol, 100 mg.; Calcium (à l'état de glycérophosphate de Ca), 48 mg.; Phosphore (à l'état de glycérophosphate de Ca), 39 mg.; Iode (à l'état de KI), 1 mg.; Potassium, 10 mg.; Magnésium (à l'état de $MgCl_2.6H_2O$), 2 mg.; Zinc (à l'état de $ZnCl_2$), 2 mg.; Manganèse (à l'état de $MnCl_2.4H_2O$), 2 mg.; Fer (à l'état de gluconate ferreux), 20 mg.; Alcool, 18%.

MODIFICATIONS APPORTÉES AUX RÈGLEMENTS DU COLLÈGE CONCERNANT L'OBSTÉTRIQUE ET LA GYNÉCOLOGIE

Depuis plusieurs années, le Collège tient des examens qui donnent droit à la certification dans les spécialités distinctes de l'obstétrique et de la gynécologie. Il a maintenant été décidé que ces examens ne seront plus tenus pour ces branches distinctes de la spécialité après 1966; à compter de 1967, il n'y aura qu'un même examen du diplôme et du certificat pour la spécialité réunie de l'obstétrique et de la gynécologie.

Les médecins qui font déjà ou qui projettent de faire des études spécialisées en obstétrique et (ou) gynécologie sont priés de noter particulièrement le changement apporté aux règlements.

Normes de formation requises par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Les normes de formation requises telles que présentées ci-dessous ont été approuvées par le Conseil du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, et par le Conseil de l'Association Canadienne des Radiologistes. Elles s'appliquent aux candidats qui se présenteront aux examens en Radiologie tenus par le Collège royal à partir de 1967.

Les demandes de renseignement peuvent être adressées à:

Dr James H. Graham, Secrétaire,
Le Collège Royal des Médecins
et Chirurgiens du Canada,
74, avenue Stanley,
Ottawa 2, Ontario.

Règlements relatifs aux normes de formation: examens en RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE (diplôme d'associé et certificat)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période doit comprendre:

a) Une année de formation qui peut comprendre:

i) Une année de résidence reconnue en médecine clinique, dont au moins six mois de résidence reconnue en médecine interne;

ii) Une année de résidence reconnue en chirurgie clinique, dont au moins six mois de résidence reconnue en chirurgie générale;

iii) Une année constituée de deux périodes de six mois dans deux des domaines suivants:

1) Résidence reconnue en médecine interne;

2) Résidence reconnue en chirurgie générale;

3) Étude à plein temps des sciences fondamentales [1] dans un département reconnu par le Collège ou programme de recherches à plein temps reconnu.

b) Deux années de résidence reconnue en radiologie diagnostique, dont au moins une année dans un département reconnu pour la formation complète dans la spécialité.

c) Une autre année de résidence reconnue en radiologie diagnostique, ou six mois de résidence reconnue en radiologie diagnostique et six mois de résidence reconnue en radiologie thérapeutique.

La résidence en médecine ou en chirurgie peut être supprimée dans les cas exceptionnels où le candidat consacre cinq années ou plus à la formation post-universitaire après l'internat général. La demande de suppression doit être appuyée par le chef du département où le candidat a reçu la majeure partie de sa formation et doit être approuvée par le Comité des titres et qualités.

Règlements relatifs aux normes de formation: examens en RADIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE (diplôme d'associé et certificat)

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

2. Quatre années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période doit comprendre:

a) Une année de formation qui peut comprendre:

i) Une année de résidence reconnue en médecine clinique, dont au moins six mois de résidence reconnue en médecine interne;

ii) Une année de résidence reconnue en chirurgie clinique, dont au moins six mois de résidence reconnue en chirurgie générale;

iii) Six mois de résidence reconnue en médecine interne et six mois de résidence reconnue en chirurgie générale.

b) Deux années de résidence reconnue en radiologie thérapeutique, dont au moins une année dans un département reconnu pour la formation complète dans la spécialité.

c) Une autre année de résidence reconnue en radiologie thérapeutique, ou six mois de résidence reconnue en radiologie thérapeutique et six mois de résidence reconnue dans un des domaines suivants:

i) Médecine interne;
ii) Chirurgie générale;
iii) Gynécologie;
iv) Étude à plein temps des sciences fondamentales [1] dans un département reconnu par le Collège ou programme de recherches à plein temps reconnu.
v) Radiologie diagnostique.

Règlements relatifs aux normes de formation en RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE et en RADIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE

Les candidats qui désirent se présenter aux examens en Radiologie diagnostique et en Radiologie thérapeutique doivent acquérir la formation suivante:

1. Internat général reconnu d'au moins une année.

2. Cinq années de formation post-universitaire en plus de l'internat général. Cette période doit comprendre:

a) Une année de formation qui peut comprendre:

i) Une année de résidence reconnue en médecine clinique, dont au moins six mois de résidence reconnue en médecine interne;

ii) Une année de résidence reconnue en chirurgie clinique, dont au moins six mois de résidence reconnue en chirurgie générale;

iii) Une année constituée de deux périodes de six mois dans deux des domaines suivants:

1) Résidence reconnue en médecine interne;

2) Résidence reconnue en chirurgie générale;

3) Étude à plein temps des sciences fondamentales [1] dans un département reconnu par le Collège ou programme de recherches à plein temps reconnu.

b) Deux années de résidence reconnue en radiologie diagnostique, dont au moins une année dans un département reconnu pour la formation complète dans la spécialité.

c) Deux années de résidence reconnue en radiologie thérapeutique, dont au moins une année dans un département reconnu pour la formation complète dans la spécialité.

[1] La Pathologie est considérée comme une science de base.

Qu'ont-elles en commun?

Le PRURIT agite toutes ces mains. La démangeaison (avec ou sans grattage) est un symptôme dermatologique où qu'elle siège. Or, le *Kenalog* la soulage vite en améliorant l'état des lésions saisissantes. Le Kenalog (acétonide de triamcinolone, Squibb) produit des effets anti-inflammatoire et anti-allergique marqués et l'apaisement du prurit.

Le *Mycolog* est antiprurigineux, anti-inflammatoire, antibactérien et antifongique. Sa formule réunit le Kenalog et le Spectrocin (néomycine-gramicidine, Squibb) et le Mycostatin (nystatine, Squibb) . . . autant d'avantages supplémentaires lorsque l'affection cutanée est menacée ou compliquée par l'infection bactérienne ou la moniliase.

En outre: Kenalog et Kenalog-S en lotion et onguent. Kenalog et Kenalog-S en onguent ophtalmique. Mycolog en onguent.

Kenalog en crème Mycolog en crème

SQUIBB

Qualité Squibb
Le Principe inestimable

KENALOG, MYCOLOG, SPECTROCIN ET MICOSTATIN MARQUES DÉPOSÉES SQUIBB

BOURSES DE RECHERCHES

La Fondation Canadienne des Maladies du Cœur avise quelles sont les différentes bourses de recherches pouvant être obtenues au Canada.

Les subventions accordées aux personnes engagées dans des projets de recherches cardiovasculaires se présenteront sous les formes suivantes:

Bourses de Recherches à titre de "Fellowship"
$3,000.00 - 6,000.00

Bourses de Recherches à titre de "Associateship"
6,000.00 - 12,000.00

Chaque candidat devra se faire admettre dans une Institution reconnue et présenter son acceptation dûment signée par la Direction du Département. L'application pour une bourse de recherche à titre de "Associateship" se fera par l'intermédiaire de L'Institution au profit de l'Applicant.

Les bourses permettant la continuation de projets de recherches cardiovasculaires de nature expérimentale seront accordées sur une base annuelle.

Le Programme "Fellowship" sera patronné principalement par la Fondation Canadienne des Maladies du Cœur. Quant aux Programmes de Subventions aux Projets de Recherches, ils seront placés sous la responsabilité des Fondations Provinciales. Il est entendu que les termes de ces règlements seront appliqués avec largeur d'esprit en faveur de certaines exceptions. Néanmoins toutes les applications devront être envoyées aux Fondations Provinciales, au premier octobre, (le 15 septembre en Manitoba et Ontario) de chaque année, afin de pouvoir obtenir les subventions au premier juillet de l'année suivante.

pas de Fondation, les demandes seront envoyées à la Fondation Canadienne.

The Alberta Heart Foundation, Room 20, 108A-8th Ave., S.W., Calgary, Alberta. British Columbia Heart Foundation, 1956 West Broadway, Vancouver 9, B.C. Manitoba Heart Foundation, 642 Somerset Bldg., Winnipeg, Manitoba. Ontario Heart Foundation, 22 College St., Toronto 2, Ontario. Fondation du Québec des Maladies du Cœur, 1374 Rue Sherbrooke Ouest, Montréal, Québec. Saskatchewan Heart Foundation, 204 Grain Bldg., Saskatoon, Saskatchewan.

Les formulaires d'applications et les règlements pourront être obtenus de chacune des Fondations Provinciales mentionnées ci-dessus, ainsi que de la Fondation Canadienne des Maladies du Cœur, 1130 Bay St., Toronto 5, Ontario.

ATTRIBUTION DES BOURSES DE VOYAGE DU COLLÈGE ROYAL

Le Conseil du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est heureux d'annoncer que ses bourses de voyage de 1963 sont attribuées aux personnes suivantes:

le Dr Isadore Holubitsky, de Vancouver,
le Dr Yvan Périgny, de Trois-Rivières (Québec),
le Dr Richard Wilson, de Toronto.

L'attribution des bourses de voyage ($1,000 chacune) du Collège royal se fait au concours et à des Associés du Collège. Les bourses visent à aider de jeunes médecins ou chirurgiens à faire dans d'autres centres un séjour d'au moins trois mois afin d'acquérir plus de connaissances ou d'expérience dans le domaine des techniques ou des recherches nouvelles de leur spécialité particulière. Les bourses sont payées au moyen du revenu de la Caisse d'enseignement du Collège à laquelle contribuent surtout les Associés du Collège afin de permettre au Collège de développer son œuvre éducative.

Les trois boursiers de 1963 sont des Associés de la division de la Chirurgie. Le Dr Holubitsky, professeur à plein temps au département de chirurgie de l'Université de la Colombie-Britannique, visitera un certain nombre de centres des États-Unis pour y étudier des techniques d'investigation et des méthodes de traitement des maladies gastro-intestinales. Le Dr Périgny fera un stage de six mois à la clinique Mayo de Rochester (Minnesota) pour acquérir plus de formation dans le domaine de la chirurgie vasculaire périphérique. Le Dr Wilson est associé de recherches au département d'obstétrique et gynécologie de l'Université de Toronto. Il doit visiter un certain nombre de centres du Royaume-Uni et de l'Europe pour y étudier la biochimie des hormones stéroïdes et ses rapports avec le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie.

LE COLLÈGE ROYAL ANNONCE L'ATTRIBUTION DE LA BOURSE DE VOYAGE MERCK SHARP AND DOHME

Le Conseil du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est heureux d'annoncer l'attribution de la bourse de voyage (1963) Merck Sharp and Dohme au Dr Douglas Lloyd Schatz de Toronto. La bourse ($6,000) est soutenue par une subvention de la Merck Sharp and Dohme of Canada Limited et est attribuée chaque année au concours à de jeunes investigateurs cliniques qui sont Associés de la Division de médecine du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. La bourse vise à leur permettre de visiter des centres étrangers pour y faire des recherches ou s'y former. Une partie au moins de la bourse doit être consacrée à visiter des centres outre-mer.

Le Dr Schatz est diplômé de l'Université de Toronto. Il utilisera sa bourse pour continuer ses études sur le transport des hormones au moyen de protéïnes plasmatiques sous la direction du professeur Russell Fraser à l'hôpital Hammersmith, de Londres, et fera ensuite un stage au centre médical de l'Université de la Californie. Au terme de ses études, il reviendra occuper un poste d'enseignement clinique à l'Université de Toronto et à l'hôpital Wellesley de Toronto.

SUBVENTION FÉDÉRALE ACCORDÉE À CHIBOUGAMAU (P.Q.)

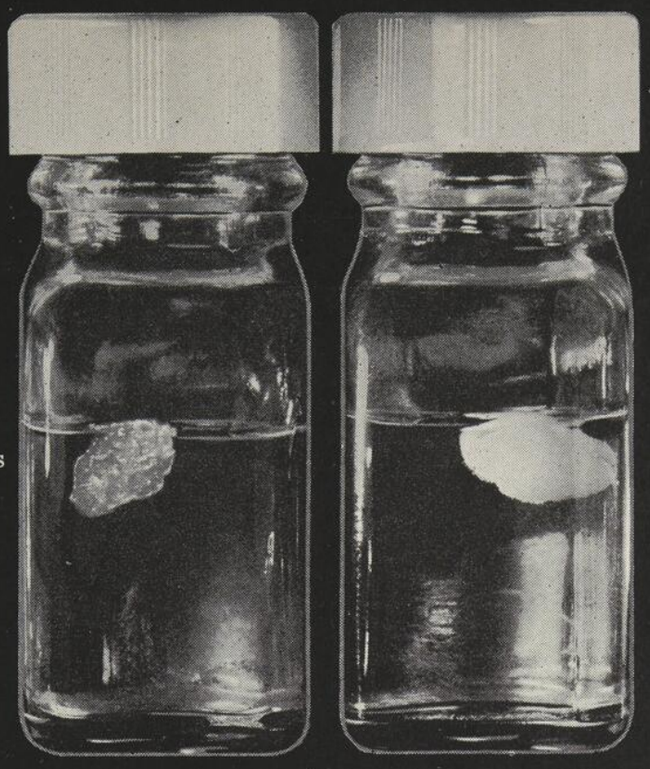
L'honorable Judy LaMarsh, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a annoncé aujourd'hui à Ottawa, qu'une subvention à la construction d'hôpitaux, de $174,666, a été accordée à la province de Québec, afin d'aider à financer le coût de construction d'un nouvel hôpital à Chibougamau (P.Q.).

L'hôpital comptera 78 lits et 28 berceaux et il sera au service de la population grandissante de la région de Chibougamau.

L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL OBTIENT UNE SUBVENTION POUR L'ACHAT D'UN APPAREIL RADIOGRAPHIQUE DESTINÉ AUX ÉTUDIANTS

L'honorable Judy LaMarsh, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a annoncé aujourd'hui qu'une subvention à l'hygiène de $19,895 a été accordée au Service de santé des étudiants de l'Université de Montréal, pour l'achat d'un appareil spécial de radiographie.

Cet appareil miniature servant à l'examen aux rayons-X améliorera la lutte contre la tuberculose à l'Université. Il sera particulièrement utile pour déceler la maladie à ses débuts et aussi pour vérifier l'état des étudiants atteints de troubles pulmonaires ou autres.

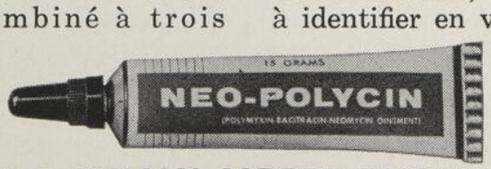


Onguent à excipient gras

Neo-Polycin

Agitez

Contrairement aux onguents à excipient gras, Neo-Polycin se mélange facilement à l'eau. Grâce à Fuzene, excipient unique en son genre, Neo-Polycin est parfaitement miscible au sang, au pus et aux exsudats de tissus, libérant ainsi une plus grande concentration d'antibiotiques dans la lésion. Cet excipient exceptionnel est combiné à trois antibiotiques, généralement préférés pour les infections topiques: la néomycine, la polymyxine et la bacitracine. Neo-Polycin couvre donc le spectre complet des bactéries que l'on trouve normalement dans les lésions topiques, et il est hautement efficace en cas de suintement. Son excellent pouvoir de diffusion permet un traitement complet et concentré de toutes les infections cutanées, y compris celles qui sont difficiles à identifier en vue d'une thérapie définitive. Neo-Polycin: disponible en tubes de 5 ou 15 grammes. Neo-Polycin HC avec 1% d'hydrocortisone: disponible en tubes de 5 grammes seulement.



PITMAN-MOORE *DIVISION*
DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED

LIVRES REÇUS

Actualités neurophysiologiques. Quatrième série. Publiées sous la direction de A. M. MONNIER, Professeur de Physiologie générale à la Sorbonne. Secrétaires de rédaction: P. LAGET, Maître de Conférences de l'Université de Paris et Mme A. MONNIER, Chargé de Recherches au C.N.R.S. — Un volume de 300 pages, avec 180 figures (16 x 24). 70 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

La quatrième série des **Actualités Neurophysiologiques** rassemble des exposés très divers, dont beaucoup traitent de sujets qui n'ont point figuré dans les séries précédentes. Cette variété ne fait que traduire la vigueur de la neurophysiologie actuelle, laquelle est une création continue en perpétuel renouveau. Sans doute la verra-t-on, à l'avenir, cultiver les terres déjà défrichées, plutôt qu'ouvrir des chemins neufs.

Mais pour le moment, la neurophysiologie éveille l'imagination et les talents. Les mémoires qui composent la présente série en sont la preuve. La plupart de leurs auteurs apportent aux "Actualités" pour la première fois la substance de leur travail.

Comme ceux des séries précédentes, les articles de cette série n'ont pu faire l'objet d'un programme ou même d'un classement préalable. L'actualité comporte en effet toujours quelque imprévu. Cependant, pour la commodité du lecteur, les articles des auteurs peuvent être distribués selon les chapitres suivants:

Histologie du nerf: M. Gallego. *Électrophysiologie fondamentale*: MM. Keynes et Adelman. *Physiologie sensorielle*: MM. Rushton, Davis et Wagner. *Physiologie du système nerveux central*: MM. Buser, Philipps, Mme Mason, MM. Laget et Bures. *Neurophysiologie de l'Hibernation*: M. Kayser. *Métabolisme des centres nerveux*: M. Hirsch. *Procédés d'investigation fonctionnelle des centres*: MM. Talairach, Bancaud et Gougerot. *Histoire de la Neurophysiologie*: M. Fischgold.

Comme les années précédentes, de nombreux spécialistes ont bien voulu prêter leur concours à cette publication.

Recherches sur le patentiel sodium par l'emploi de la méthode à voltage imposé (voltage Clamp)

William Adelman, Membre de l'Institut National de la Santé à Bethesda (Maryland), montre comment la méthode d'exploration à voltage imposé peut mettre en évidence les particularités les plus délicates du mouvement des ions sodium à travers une membrane excitable.

Variations des patterns de réponses électrophysiologiques des cellules ganglionnaires rétiniennes en fonction de la longueur d'onde

Henry Wagner, de l'Institut de Recherches médicales de la Marine à Bethesda (Maryland), décrit avec précision les réponses de faciès très variés, qu'il observe sur les cellules ganglionnaires de la rétine selon la longueur d'onde de la lumière.

Une théorie électrique de l'action des récepteurs sensoriels

Hallowell Davis, Directeur du "Central Institute for the Deaf" à Saint-Louis (Missouri), a apporté une contribution fondamentale à la physiologie de l'oreille interne. Il propose ici une généralisation importante, à savoir: une théorie électrique des récepteurs sensoriels.

Vulnérabilité et consommation d'oxygène du cerveau sans ischémie

Le Professeur Hirsch, de la Faculté de Médecine de Cologne, présente ici un travail d'ensemble sur le sujet d'importance capitale que constitue la vulnérabilité des neurones au cours de l'anoxie cérébrale.

L'inhibition par les cellules de Renshaw

Mme Mason s'est illustrée sous son nom de jeune fille, Rose Eccles, non seulement par sa collaboration avec son père, mais aussi par ses nombreuses contributions personnelles à de délicats problèmes de "micro-électrophysiologie" centrale. Elle apporte ici de nouvelles précisions sur l'inhibition que provoquent les cellules de Renshaw.

Rôle fonctionnel et mise en jeu de certaines voies corticifuges

Pierre Buser, Professeur à la Sorbonne, a découvert dans les centres nerveux nombre de cheminements jusqu'alors inconnus Il expose aujourd'hui le rôle fonctionnel et la mise en jeu de certaines voies corticifuges.

Afférences pyramidales aux motoneurones de l'avant-bras et de la main

Charles Philipps, de l'Université d'Oxford, présente ses recherches récentes sur un très intéressant problème de commande motrice: les afférences pyramidales aux motoneurones du bras et de la main.

La dépression envahissante comme instrument de recherche en neurophysiologie

J. Bures, Professeur à l'Université de Prague, a trouvé d'ingénieuses applications de la "dépression envahissante". Il utilise avec succès cette réaction qui a intrigué tant de chercheurs pour étudier maints problèmes, notamment celui de la fixation des réflexes conditionnels, ce qui constitue évidemment une voie d'accès à l'étude du mécanisme de la Mémoire.

Les techniques de rhéoencéphalographie

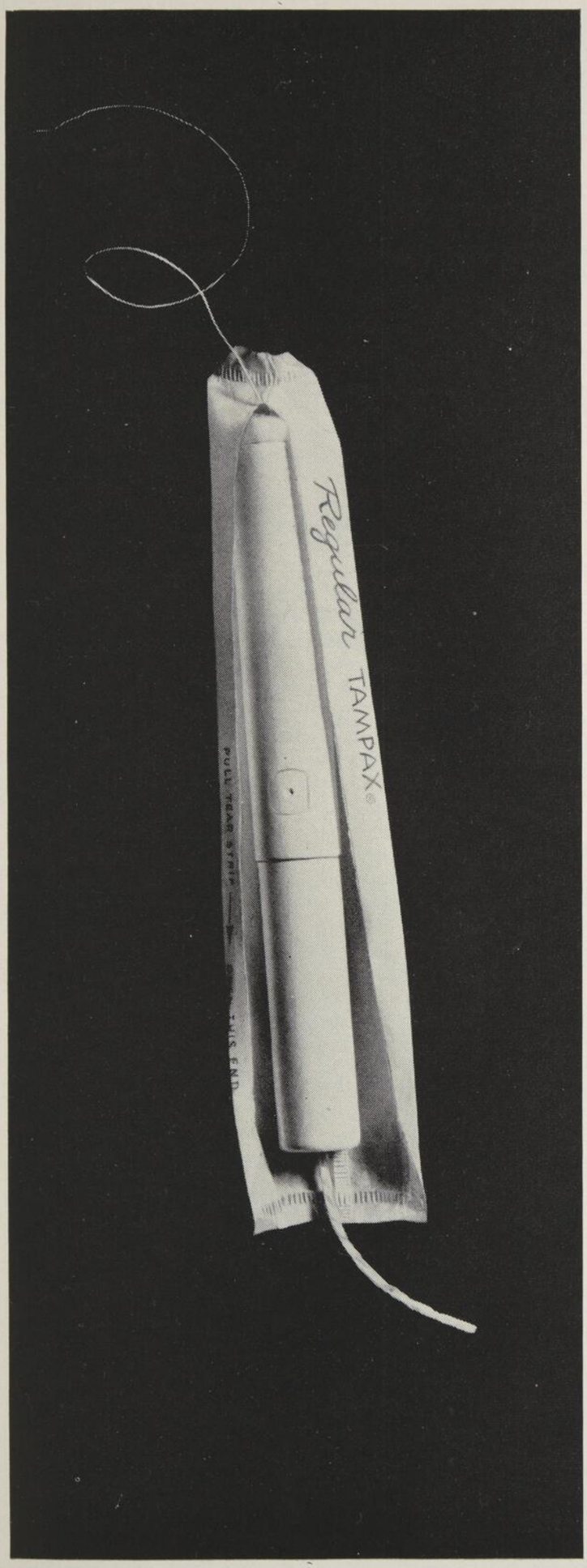
Louis Gougerot, Professeur à la Faculté de Médecine, a fait de très importantes recherches sur la physico-chimie des systèmes instables et sur l'impédance des tissus. Il décrit ici un procédé électrique inédit qui permet de suivre avec fidélité et précision les mouvements liquides dans les cavités des centres nerveux.

Processus de l'investigation fonctionnelle dans la neurochirurgie stéréotaxique: neurophysiologie et neuropathologie

Jean Talairach, neurochirurgien des Hôpitaux Psychiatriques, et J. Bancaud décrivent les procédés d'investigation fonctionnelle, en neurochirurgie stéréotaxique. On sait que J. Talairach a lui-même considérablement perfectionné ces procédés, qui l'ont conduit à la publication d'un "Atlas" universellement apprécié par les neurochirurgiens et les neurophysiologistes.

Recherches récentes sur l'organe électrique

Le Professeur Richard Keynes, Fellow de la Royal Society, dont le nom est lié à l'analyse des échanges ioniques



Même l'étui symbolise la commodité de Tampax

Les femmes n'aiment pas s'encombrer de ceintures, de bandes, d'épingles. Elles sont déjà assez nerveuses à ces moments-là sans compliquer les choses davantage. D'autre part, Tampax est prêt à poser: elles n'ont qu'à tirer le fil de l'étui-applicateur en papier-toile et à introduire Tampax dans le vagin.

Sans compter que cet étui est très hygiénique. Non seulement il assure une propreté absolue, mais on peut en mettre quelques-uns dans le sac à main ou dans l'étui spécial Tampax pour la bourse; ils demeurent toujours hygiéniques.

Vos patientes seront ravies de la commodité et de la propreté de Tampax. Comme des millions de femmes l'ont fait, dans toutes les parties du monde, elles apprécieront ses nombreux autres avantages. Tampax élimine l'odeur; il est facile de s'en débarrasser: on le jette dans la chasse d'eau, tout comme l'étui-applicateur pratique. Grâce à Tampax, il est plus facile et plus agréable de se baigner, de prendre des douches, voire de marcher et de s'asseoir.

Si la menstruation provoque chez certaines de vos patientes des problèmes psychologiques ou émotifs, peut-être pouvez-vous les aider en leur recommandant l'usage de Tampax. Lorsqu'une femme souffre de complexe à cause de la menstruation, l'emploi de Tampax peut l'en débarrasser: il est tellement commode et de tout repos!

Tampax se présente en trois degrés d'absorption qui répondent aux besoins variés de la période menstruelle.

Canadian Tampax Corp. Limited, Barrie, Ont.

TAMPAX

Protection hygiénique interne pour une meilleure hygiène menstruelle

---

Canadian Tampax Corporation Ltd.,
C.P. 627, Barrie, Ont.

Veuillez m'envoyer gratis des livrets-échantillons et une carte de renouvellement de commande, ainsi qu'une série de graphiques anatomiques de Dickinson (à feuilles de plastique durable), pour explication de la menstruation et de l'usage des tampons aux patientes.

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ UM 1

au cours de l'influx nerveux, expose les modalités de fonctionnement fort curieuses, récemment découvertes sur l'organe électrique de certains poissons.

Rôle du système nerveux central dans les mécanismes de l'hibernation physiologique

Charles Kayser, Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, a fait de l'étude du Sommeil et de l'Hibernation son étude de prédilection. Il a apporté à ces problèmes une contribution fondamentale. Il expose ici ses recherches les plus récentes sur le contrôle central de l'Hibernation.

Hans Berger et son temps

Henri Fischgold, électroradiologiste des Hôpitaux, est un analyste de l'électroencéphalogramme de haut renom. Mais il est aussi un élève de Hans Berger. C'est à ce titre qu'il a pu écrire cette très attachante étude sur le fondateur de l'électroencéphalographie.

Adaptation visuelle

William Rushton, de l'Université de Cambridge, s'est illustré par ses recherches de photochimie rétinienne chez l'Homme. Dans son article, il montre dans quelle mesure la modification des substances photosensibles contenues dans les récepteurs rétiniens intervient dans le phénomène de l'adaptation.

Importance de l'intégrité du tissu conjonctif du nerf dans l'étude physiologique des fibres nerveuses

Antonio Gallego, Professeur de Physiologie de la Faculté de Médecine de Madrid, décrit certains aspects inédits de la structure du nerf, aspects dont il démontre l'importance. Il le fait avec la maîtrise traditionnelle des histologistes espagnols.

Étude du développement néonatal de diverses activités électriques corticales chez le lapin

Paul Laget, Maître de conférences à la Faculté des Sciences de Reims, Secrétaire de Rédaction des "Actualités", s'est depuis de nombreuses années attaché à étudier les modalités diverses et subtiles selon lesquelles s'organise progressivement l'activité électrique des centres du jeune Mammifère. Il expose (avec la collaboration de Nicole Delhaye, assistante à la Faculté) les données les plus récentes sur cette importante question.

Phytothérapie des Affectations Artério-Veineuses en Pratique Phlébologique. Par Pierre COSTET. — Un volume de 162 pages (14 x 18). 14 NF. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Cet ouvrage vient combler fort opportunément une lacune ressentie par beaucoup de Phlébologues, face aux problèmes de la thérapeutique artério-veineuse.

Le temps n'est plus où chacun puisse se satisfaire d'un "mécanicisme" dont les principes, si valables soient-ils, paraissent désormais trop simplistes pour s'appliquer au domaine de la matière vivante, sans qu'il soit tenu compte des interréactions si complexes qu'elles semblent requérir la participation des différents secteurs de l'organisme tout entier. Le malade ne saurait être assimilé à une matière brute, alors que son contexte humain si individuel exige du théraepute non seulement "savoir", mais également "compréhension".

Le médecin bénéficiera, grâce à cet "humanisme" non seulement d'une valeur intellectuelle et morale accrue, mais encore d'une plus large confiance de la part de son malade. Celui-ci appréciera un recours moins hâtif à l'aiguille ou au bistouri, tant il conserve, face à la cure envisagée, un sens aigu des préalables et le souci constant de son comportement physique.

C'est dire que l'on n'interviendra que sur un malade "compris", et "préparé" par une drainage soigneux. Le "veineux" comme "l'artériel" est souvent un hépatique, un arthritique, un pléthorique, un intoxiqué, toujours fragile à toute agression, fut-elle thérapeutique, et l'Auteur insiste sur la nécessité, dans la plupart des cas, d'un traitement d'épuration stimulant les divers émonctoires: hépato-biliaire, intestinal, rénal, menstruel, cutané.

La Phytothérapie convient ici parfaitement, tant par son innocuité que par son indéniable efficacité à modifier le tonus vasculaire, quand la chose est encore possible, et surtout les composantes humorales (y compris les facteurs hyperglycémiants et hypercoagulants) susceptibles de léser les parois vasculaires.

Ainsi vont se dérouler les différents chapitres de cette Phytothérapie vasculaire: chacun d'eux commence par des considérations générales ayant trait au secteur physiologique abordé; chaque plante est ensuite citée avec ses vertus particulières; chaque chapitre est clos par un formulaire permettant la prescription magistrale de toutes les drogues énumérées.

L'Auteur a eu le soin d'opérer un tri de tous ces végétaux, à la lumière stricte du Codex comme à celle de la pharmacodynamie la plus éprouvée.

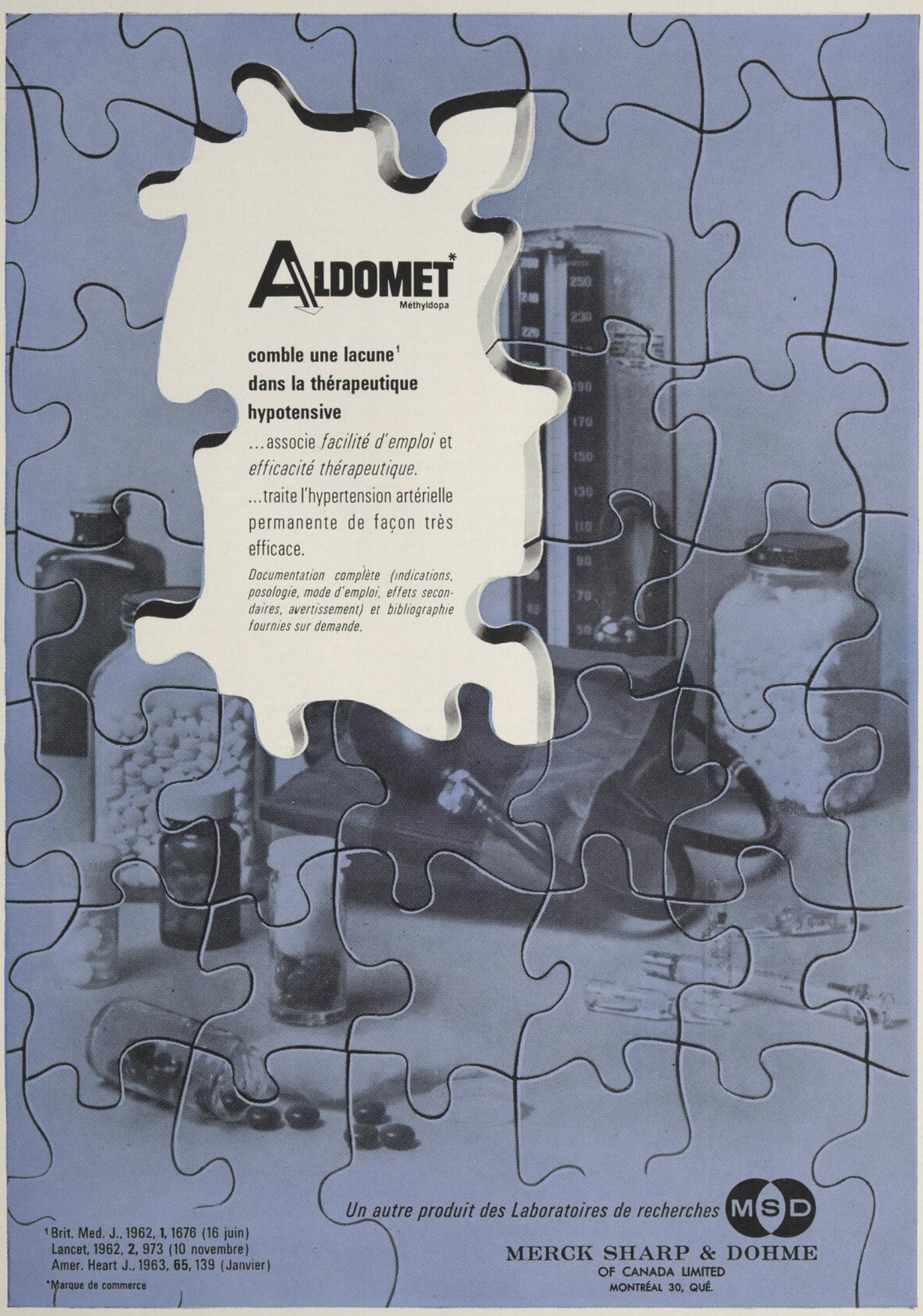
Ce souci de réhabilitation de la prescription végétale se manifeste non seulement par la rénovation des antiques schémas, parfois fantaisistes, mais encore par l'exposé d'innovations contemporaines, encore peu connues, et dont l'intérêt angéiologique ne saurait échapper. On lira avec fruit l'essentiel de ces techniques nouvelles venues au sein de la Phytologie que sont la Gemmothérapie et l'Aromathérapie, et leur contribution au traitement des maladies vasculaires.

En résumé, un ouvrage qui, dans un style alerte et une forme condensée, apporte une abondante moisson de plantes trop souvent méconnues dont la valeur sera précieuse pour préparer le malade au traitement phlébologique et le mettre à l'abri d'éventuelles récidives, aidant ainsi l'homme de l'Art à solutionner les problèmes humains qui lui sont quotidiennement posés.

Collection "Les classiques de la Médecine". Comité de direction: Professeur S. de SÈZE, Professeur agrégé B. DUHAMEL, J.-J. CHAUMONT. — Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

La collection "Les classiques de la Médecine", que les Éditions Masson et Cie diffusent, est une publication de la "Guilde Internationale des médecins" de Genève. Elle présente des textes célèbres de médecins et biologistes dont la plupart étaient introuvables en librairie. Ces textes, d'un intérêt tout particulier pour les membres du Corps médical, doivent aussi, en raison de leur caractère d'universalité, intéresser au sein des élites des lecteurs non médecins.

La présentation de la Collection est très soignée, sur papier bouffant. Les ouvrages sont reliés en rexine rouge


ALDOMET*
Méthyldopa
comble une lacune[1]
dans la thérapeutique
hypotensive
...associe facilité d'emploi et
efficacité thérapeutique.
...traite l'hypertension artérielle
permanente de façon très
efficace.
Documentation complète (indications,
posologie, mode d'emploi, effets secon-
daires, avertissement) et bibliographie
fournies sur demande.
Un autre produit des Laboratoires de recherches MSD
[1] Brit. Med. J., 1962, 1, 1676 (16 juin)
Lancet, 1962, 2, 973 (10 novembre)
Amer. Heart J., 1963, 65, 139 (Janvier)
*Marque de commerce
MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 30, QUÉ.

ultra souple avec dorure à l'or fin. Ce sont de *très beaux livres de bibliothèque.*

I. Destin des maladies infectieuses suivi de **L'expérimentation dans l'étude des maladies infectieuses.** Par Charles NICOLLE. Préface de M. Georges DUHAMEL; Introduction du docteur Pierre NICOLLE. — Une volume de 444 pages, avec 1 planche (14.5 x 22.5). Cartonné souple: 48 NF.

Charles Nicolle fut un remarquable expérimentateur, un écrivain de grand talent, directeur durant 33 ans de l'Institut Pasteur de Tunis. Ses travaux sur la transmission de la rickettsia du typhus par le pou et sur les infections "inapparentes" cliniquement, lui valurent l'attribution du Prix Nobel en 1928.

"Le destin des maladies infectieuses" contient des précisions scientifiques qui constituent un apport à la connaissance des maladies infectieuses et notamment des rickettsioses, des remarques intuitives concernant les infections dites inapparentes que la science moderne a confirmées. "L'expérimentation dans l'étude des maladies infectieuses" comporte des notions morales et éthiques fort pertinentes à propos de l'expérimentation sur l'homme.

Ceux qui liront l'ouvrage de Charles Nicolle seront étonnés de la valeur permanente de ses écrits scientifiques. Mort en 1936, Nicolle ne pouvait prévoir les transformations du monde des virus et des microbes sous l'influence des sulfamides, des antibiotiques et de l'interferon (protéine capable de bloquer l'activité de certains virus dans les cellules). Cependant, grâce à ses dons d'observation et d'imagination, Nicolle nous laisse désormais une œuvre classique que les nouvelles générations médicales auront intérêt à lire, à relire et à commenter.

Destin des maladies infectieuses

Maladies infectieuses et agents pathogènes. — La maladie infectieuse chez l'individu. — La maladie épidémique. — Naissance des maladies infectieuses. — Mort des maladies infectieuses. — Destin des maladies infectieuses.

L'expérimentation dans l'étude des maladies infectieuses

L'expérimentation sur les animaux. — L'expérimentation sur l'homme. — L'expérimentation médicale en action. — Les associations microbiennes. Porteurs de germes et microbes de sortie.

II. Recherches physiologiques sur la vie et la mort. Par Xavier BICHAT. Introduction du docteur Pierre RENTCHNICK. — Un volume de 350 pages, avec 1 planche (14.5 x 22.5). Cartonné souple. 46 NF.

Au XVIIIe siècle les savants, influencés par les philosophes, se souciaient peu des faits et des réalités, et étaient beaucoup plus sensibles aux spéculations verbales. A ces savants philosophes s'opposent des chercheurs qui établissent les bases de la méthode scientifique. Pour donner une explication de l'organisme humain sain ou malade, ils estiment primordial le recours à l'anatomie, à la physiologie, à l'examen des phénomènes physiques, chimiques et biologiques. Bichat, dans ce courant de pensée, va très loin. Il se propose de fonder un système médical reposant exclusivement sur des faits anatomiques et physiologiques objectivement constatés. Il reconnaît et proclame l'importance de l'étude des cadavres pour les besoins de la médecine clinique.

Il affirme que la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort; et l'on voit apparaître des notions de milieu, d'adaptation, de lutte, notions qui ne seront bien comprises qu'à notre époque, après les travaux du russe Pavlov, du canadien Selye et du français Laborit. La réédition des "Recherches psychologiques sur la vie et la mort", de Xavier Bichat, présente de ce fait un grand intérêt. On trouve aussi dans cet ouvrage original toute la médecine psychosomatique d'origine freudienne et la médecine viscérocorticale d'origine pavlovienne.

Comme le dit dans son introduction le docteur P. Rentchnick:

"Il aura fallu un siècle pour que la médecine réalise quelques-unes des conceptions de Bichat, qui a su avec intelligence et intuition (sans tenir compte d'une tradition poussiéreuse) tracer un sillon fécond en quelques années d'un travail acharné et productif. Il faut se souvenir de ce mot de Flaubert: "La médecine moderne sort tout droit du tablier de Bichat."

III. Les réflexes conditionnés. Par Ivan PAVLOV. Traduit du russe par N. et G. GRICOUROFF. Texte français revu par J.-J. CHAUMONT. Introduction de M. Léon BINET. — Un volume de 466 pages, avec 1 planche (14.5 x 22.5). Cartonné souple. 55 NF.

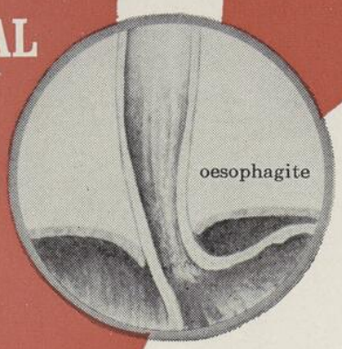
Grâce à la belle édition des "Réflexes conditionnés" d'Ivan Pavlov, un large cercle de lecteurs peut désormais prendre connaissance des théories du célèbre physiologiste russe, dont le nom est universellement connu.

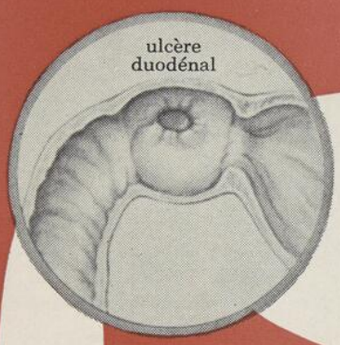
En partant de la notion des réflexes conditionnés, il aborda le fonctionnement des grands hémisphères cérébraux, montra l'existence de types nerveux différents correspondant aux quatre tempéraments flegmatiques, colériques, sanguins, mélancoliques d'Hippocrate. Il a étudié la valeur symbolique de la parole qu'il a appelée le second système de signalisation.

La contribution apportée par ce savant à l'étude du fonctionnement du cerveau humain est immense. A partir du réflexe conditionné banal, il a construit une théorie remarquable qui tente d'englober l'homme dans un brillant essai de synthèse où l'on croit percevoir déjà les rapports entre l'homme et le milieu. Il n'est pas nécessaire d'être un matérialiste pour admirer l'œuvre de Pavlov; elle frappe par sa logique, par son unité, par son esprit rationaliste qui ne pouvait se contenter des explications idéalistes des philosophes.

Psychologie et psychopathologie animale expérimentale. — De la sécrétion psychique des glandes salivaires. — Premiers pas assurés dans la voie nouvelle. — De l'activité dite psychique des animaux supérieurs du point de vue des sciences naturelles. — Les réflexes conditionnés du chien après destruction partielle de différents points des hémisphères. — Des centres corticaux du goût selon le docteur Gorchkov. — Quelques aspects généraux du mécanisme de l'activité supérieure. Suite de l'analyse objective des phénomènes nerveux complexes. — Généralités sur les centres des hémisphères. — Les sciences naturelles et le cerveau. — Organisation d'un laboratoire moderne. — Description du laboratoire destiné à l'étude de l'activité des centres nerveux chez les animaux supérieurs. — Du centre alimentaire. — Lois fondamentales du travail des hémisphères cérébraux. — Destruction de l'analyseur cutané des hémisphères cérébraux

ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL ET AUTRES PATHOLOGIES GASTRIQUES





Traitement des affections non-compliquées

AMPHOJEL

gel d'alumine, Wyeth

L'AMPHOJEL renferme deux gels dont l'un est réactif et l'autre adoucissant. L'AMPHOJEL enraye la corrosion gastrique (en tamponnant l'acide chlorhydrique et en inactivant la pepsine) et tapisse la muqueuse ulcérée d'un pansement protecteur. Etant un amphotère, l'AMPHOJEL n'entraîne ni hyperchlorhydrie secondaire ni alcalose.

Traitement des cas compliqués par la constipation

ALUDROX

gel d'hydrate d'alumine avec hydrate de magnésie, Wyeth

L'ALUDROX réalise un soulagement rapide et prolongé de la douleur ulcéreuse. L'ALUDROX ne risque pas de provoquer de l'hyperchlorhydrie secondaire. Le malade peut prendre l'ALUDROX aux doses requises pour assurer soulagement et protection sans craindre la constipation. Dans l'ALUDROX se trouvent associés le gel d'hydrate d'alumine et l'hydrate de magnésie dans la proportion efficace idéale de **4 à 1** pour maintenir une activité intestinale *normale*.

Traitement des cas où existe l'élément douleur

AMPHOJEL S-A

gel d'alumine associé au méthyl bromure de scopolamine et au butabarbital, Wyeth

L'AMPHOJEL S-A possède tous les avantages de l'AMPHOJEL auxquels vient s'ajouter l'action anticholinergique du méthyl bromure de scopolamine. En outre, l'action sédative légère du butabarbital favorise le sommeil, dont le malade sort reposé; durant la journée, il calme le malade, en atténuant le stress professionnel. L'AMPHOJEL S-A calme quasi instantanément la douleur de l'ulcère gastro-duodénal aigu et contribue considérablement à atténuer l'anxiété et la tension qui déclenchent l'hyperchlorhydrie.

℞ Ordonnance obligatoire.

Wyeth
*Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO

chez le chien. — Processus de différenciation des excitations dans les hémisphères cérébraux. — Les lois fondamentales du travail des centres nerveux. — Effets de l'ablation des hémisphères cérébraux. — De l'inhibition interne en tant que fonction des hémisphères. — Étude objective de l'activité nerveuse supérieure des animaux. — Étude de l'activité nerveuse supérieure. — Variabilité de l'inhibition interne des réflexes conditionnés. — De la véritable physiologie du cerveau. — De la psychologie du sommeil. — Analyse de quelques réflexes complexes du chien. De la force relative des centres et de leur charge. — Physiologie et psychologie dans les différents points de la substance corticale. — De — Le réflexe de but. — Le réflexe de liberté. — La psychologie, auxiliaire de la physiologie des hémisphères. — L'hypnose chez les animaux. — Activité normale et constitution générale des hémisphères cérébraux. — L'inhibition interne des réflexes conditionnés et le sommeil sont un seul et même processus. — De la modification de l'excitabilité dans les différents points de la substance corticale. — De l'un des problèmes actuellement à l'étude concernant la physiologie des hémisphères. — Derniers résultats obtenus dans l'étude objective de l'activité nerveuse supérieure des animaux. — Rapport entre l'excitation et l'inhibition, délimitation entre l'excitation et l'inhibition et névroses expérimentales chez le chien.

Comité d'experts de la Trypanosomiase, premier rapport. Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1962, No 247; 60 pages. Prix: $0.60. Publié également en anglais et en espagnol.

D'importantes acquisitions ont été enregistrées dans l'étude de la trypanosomiase au cours des récentes années. D'autre part, la reprise d'anciens travaux au moyen de techniques modernes donne des résultats très prometteurs. Le premier rapport du Comité OMS d'experts de la Trypanosomiase fait le point de la situation en Afrique et présente des suggestions pour l'amélioration des méthodes de lutte et pour la poursuite des recherches. Il semble que la maladie se soit actuellement retranchée dans un certain nombre de foyers dispersés, d'où elle lance périodiquement des incursions pour disparaître ensuite de façon imprévisible. De larges enquêtes épidémiologiques sont nécessaires pour dépister ces foyers et découvrir les raisons de leur persistance. Le rapport décrit en détail la distribution géographique actuelle de la trypanosomiase et de ses vecteurs. Cette description pourra utilement servir de point de départ pour les enquêtes. Les méthodes et les techniques d'enquête, de lutte et de surveillance sont également passées en revue. La chimiothérapie a fait de grands progrès, mais il reste encore à découvrir des médicaments mieux adaptés, notamment pour le traitement et la prophylaxie de la trypanosomiase à *T. rhodesiense*. Le Comité présente en même temps des suggestions sur les recherches à entreprendre au sujet de l'écologie et de la biologie de la mouche tsé-tsé, en vue de mettre au point des méthodes plus simples et plus économiques de destruction de l'insecte vecteur. Le rapport recommande que l'OMS aide les gouvernements des pays africains à lutter contre la trypanosomiase et les encourage à susciter des vocations de chercheurs parmi les jeunes Africains ayant une formation scientifique.

Livres reçus depuis le 25 juin 1963

Acquisitions médicales récentes sous la direction du professeur P. Milliez. L'Expansion, édit., Paris, 1963.

Les cellulites et obésites d'origine psychique par Marcel Rouet. Librairie Maloine, édit., Paris, 1963.

De Béchamp à Lazzaro Spallanzani par Aurore Valérie. Librairie Maloine, édit., Paris, 1963.

Transmutations naturelles non radioactives par C. Louis Kervran. Librairie Maloine, édit., Paris, 1963.

Soins aux enfants bien portants dans les crèches et autres institutions — Rapport d'un Comité mixte d'experts ONU/OMS réuni avec la participation de la FAO, de l'OIT et du FISE. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Conférence africaine CCTA/OMS sur l'ankylostomiase — rapport. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Électron-microscopic Structure of Protozoa par D. R. Pitelka. The Macmillan Co., édit., New York, 1963.

Enseignement dentaire — rapport d'un Comité d'experts de l'hygiène dentaire. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.

Service de Santé urbain — 5e rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Lutte contre le cancer — 1er rapport d'un Comité d'experts. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

La formation des psychiatres — 12e rapport du Comité d'experts de la Santé mentale. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Histo-enzymologie des glandes endocrines par L. Arvy. Gauthier-Villars, édit., Paris, 1963.

L'Union Médicale du Canada en 1894

REIN FLOTTANT ET NÉPHROPÉXIE

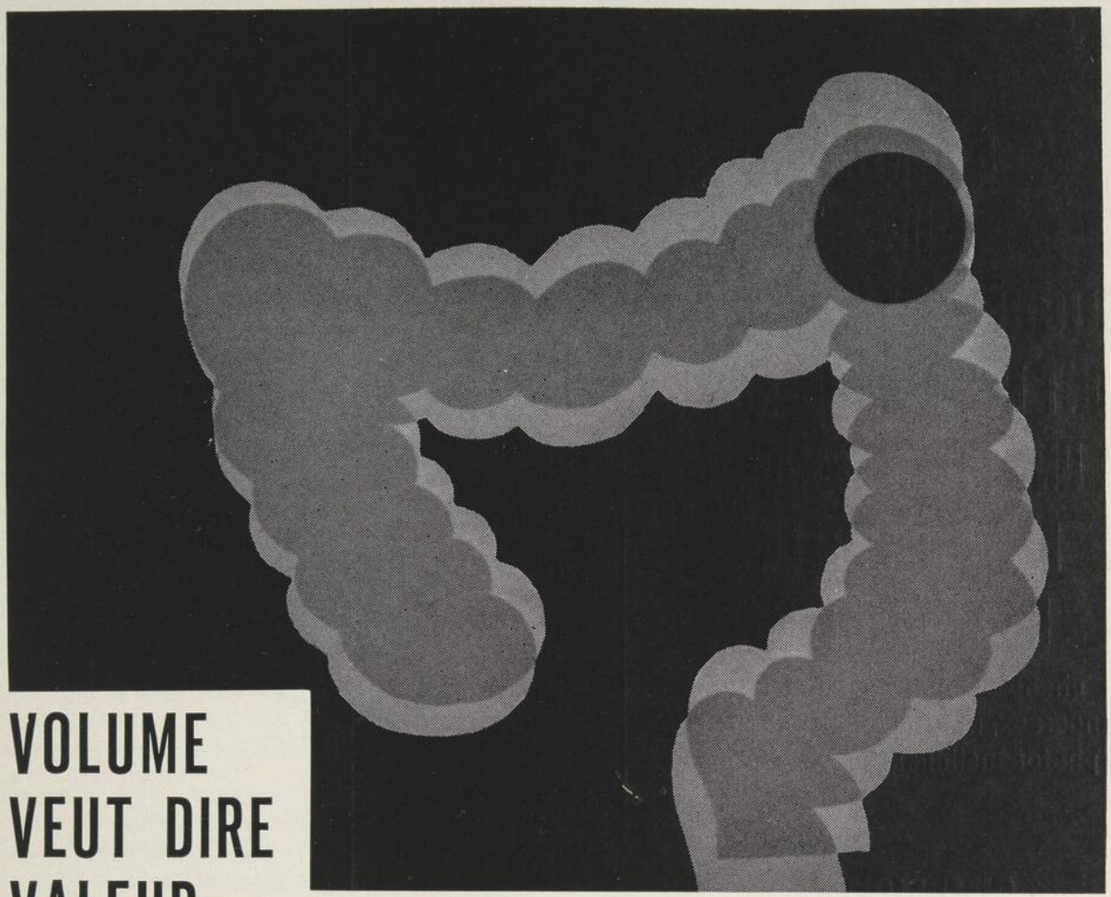
O. F. Mercier, agrégé de la Faculté de Médecine Laval, Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame [1]

Août 1894

Au mois de décembre dernier, j'étais appelé en consultation par un médecin de Montréal pour une malade des environs, souffrant depuis plusieurs années de douleurs au côté droit, et sur laquelle ce médecin avait diagnostiqué l'existence d'un rein flottant. Après avoir mis la malade sous l'influence du chloroforme, il nous fut assez facile de confirmer par la palpation ce diagnostic déjà porté. En effet, nous sentions parfaitement au palper au côté droit, un peu plus haut que la fosse iliaque, une tumeur lisse, présentant la forme du rein et se déplaçant facilement sous les pressions exigées par l'exploration.

Cette malade, âgée de 37 ans, avait, il y a près de quatre ans, senti subitement au côté droit, en levant les bras pour étendre du linge sur une corde, une douleur aiguë qui a subsistée depuis jusqu'au moment de l'opération. Cette douleur, au premier moment de sa production, avait été, je le répète, subite et aiguë, la malade nous disait elle-même qu'elle avait été comme si quelque chose se fût déplacé, se fût déclaré dans son côté. Obligée de s'aliter immédiatement, ce ne fut qu'au bout de plusieurs semaines qu'elle put reprendre ses occupations, et encore était-elle loin d'être

[1] Travail lu à la *Société de médecine pratique de Montréal.*



VOLUME VEUT DIRE VALEUR

. . . dans le traitement de la constipation

METAMUCIL

MARQUE DU MUCILLOÏDE HYDROPHILE DE PSYLLIUM

RENFORCE LES RÉFLEXES DU COLON

"Le stimulant naturel du réflexe péristaltique[1]
. . . est la distension de la paroi intestinale. . ."

L'efficacité de Metamucil dans le traitement de la constipation provient directement de son action physiologique.

Le stimulant qui amorce la défécation est la masse fécale logée dans le sigmoïde inférieur et dans le rectum. Metamucil crée ce volume sous forme d'une masse molle, non irritante et facilement comprimée, dont la consistance ressemble au mucus protecteur naturel du colon.

Pris régulièrement, Metamucil aide à rétablir le réflexe intestinal devenu insensible après l'emploi abusif de laxatifs et aide à restaurer la sensibilité naturelle lors du besoin de défécation.

Metamucil est disponible en flacons de 5 onces et 12 onces.

1. Best, C. H. et Taylor, N. B.: *"The Physiological Basis of Medical Practice"* éd. 6, Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 1955, p. 578.

SEARLE *Recherche au service de la médecine*

Tetrex*
Phosphate complexe de tétracycline, Bristol)

5 ANNÉES
DE
SUCCÈS CLINIQUES
ONT MIS EN ÉVIDENCE
UNE PERFORMANCE
EXCEPTIONNELLE
DE SÉCURITÉ

Ni changements hématologiques dangereux, ni troubles hépatiques, ni photosensibilisation.

SIMPLICITÉ
ET
PRÉCISION
D'UNE
MÉDICATION UNIQUE

Tetrex

est une entité chimique unique et non pas une combinaison d'antibiotiques.

Spécifiez: **Tetrex**, Bristol

Un autre produit Bristol

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED
286 ouest, rue St-Paul, Montréal, P.Q.
*Marque de commerce

complètement rétablie. Le traitement fait alors sans diagnostic s'était borné au repos et aux révulsifs combinés aux opiacés.

Pendant près de trois ans la malade ne fut jamais bien, elle était en moyenne tenue au lit un mois sur quatre avec continuation du même traitement, bien inoffensif, il est vrai, mais aussi bien peu efficace. Les douleurs, quoique jamais aussi fortes que lors de l'accident, s'étaient cependant graduellement accrues, et les intervalles dans les manifestations de la maladie, étaient devenues de plus en plus rares et de courte durée. Le médecin qui eut l'obligeance de m'appeler en consultation, ayant pris vers la fin de ce temps la malade sous ses soins, porta de suite le diagnostic vérifié plus tard et traita en conséquence, mais rien n'y fit, ni appareil contentif, ni traitement médical, et les troubles gastriques dont elle souffrait, comme il en est d'ailleurs pour la plupart de ces malades, ne cédèrent à aucun des traitements les plus judicieusement administrés jusqu'à ce qu'enfin l'on se décida d'intervenir chirurgicalement.

Ayant donc vérifié le diagnostic antérieurement porté, et considérant que la maladie n'avait cédé à aucun des traitements jusqu'alors prescrits, mais qu'au contraire, elle n'avait fait que s'aggraver, nous nous décidons de recourir à la néphropéxie. Cependant nous tenons encore la malade sous observation jusqu'au milieu de janvier.

Le 14 de ce mois je pratiquai cette opération. Placé dans un milieu excessivement favorable, tant au point de vue de la propreté du local que de l'instruction, du dévouement et de l'intelligence des personnes devant surveiller la malade pendant notre absence.

Assisté du confrère déjà mentionné auquel s'était adjoint un médecin de l'endroit, la malade étant mise sous l'influence du chloroforme, je fis à la région lombaire l'incision longitudinale aux vertèbres lombaires. Atteindre l'endroit que devait occuper l'organe déplacé fut chose facile, mais là commençait la difficulté, le côlon ascendant venant obstruer mon champ opératoire. De plus, le rein, j'étais cependant heureux de le constater, avait quitté son siège habituel et était descendu vers la fosse iliaque, d'où il me fut assez difficile de le déloger de son enveloppe cellulo-graisseuse.

Je passai alors au travers de l'organe, en plein parenchyme, deux grosses soies stérilisées à l'alcool absolu, fils qui servirent d'abord à le maintenir temporairement à la surface de la plaie; je disséquai alors un petit lambeau rectangulaire de sa tunique propre, afin qu'il put contracter des adhérences avec les tissus venant en contact avec cette surface dénudée; à l'aide du fils supérieur, je fixai l'organe à la douzième côte et je passai l'autre fils à travers les tissus musculaires situés immédiatement sous cette côte.

Je fis alors, après avoir bien nettoyé la plaie avec des tampons secs, une suture en surjet au catgut, réunissant les muscles que j'avais séparés et je terminai par une suture superficielle à points séparés aux crins de Florence, unissant ainsi les deux lèvres cutanées de mon incision. Je ne mis aucun drainage.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes. La température ne s'éleva jamais au dessus d'un ou de deux cinquièmes au-dessus du point normal. La malade ne sentit aucune douleur, même celles existant avant l'opération cessèrent dès lors complètement.

Dix jours plus tard j'enlevai mes points superficiels. La plaie était entièrement guérie et la cicatrice tout à fait linéaire.

Je gardai la malade au lit encore dix jours et lui permit alors de se lever. L'appétit était revenu après les premiers jours qui suivirent l'opération et ne s'est pas démenti depuis.

Pas plus d'un mois après l'opération mon opérée avait repris ses occupations ordinaires et aujourd'hui, six mois se sont écoulés depuis ce temps et ma patiente se porte à merveille, n'éprouve plus la moindre douleur, n'a plus aucun de ses anciens troubles gastriques, mange avec bon appétit, a repris entièrement ses forces et même de l'embonpoint.

Je suis heureux de pouvoir rapporter cette opération, car elle prouve bien toute l'efficacité et l'inocuité de la néphropéxie bien faite et à propos, et je ne voudrais pas terminer cet article sans en tirer les deux conclusions suivantes: Certains cas de reins flottants se guérissent par le repos au lit et le port d'un bandage, et l'on devra toujours commencer par ces moyens simples et inoffensifs, mais il est cependant des cas plus graves où cette méthode échoue malgré tout; pour cela il ne faut pas hésiter et recourir au traitement chirurgical proprement dit, car si quelquefois, après une opération bien faite, le succès cependant nous échappe, cette intervention qui semble beaucoup plus difficile et dangereuse qu'elle l'est réellement, fournira dans la plupart des cas un résultat aussi satisfaisant que celui que je vous rapporte.

* * *

La conservation est l'école du mensonge.

La marque suprême de la distinction est la simplicité.

Il faut rire avant d'être heureux, de peur de mourir avant d'avoir ri.

Nous appelons gens de goût les gens qui ont nos goûts et qui sont à notre goût.

J'aime mieux un fou qu'un imbécile; on a au moins un prétexte pour enfermer le fou.

Il faut se garantir du tourment des petites choses; c'est la maladie des gens heureux.

L'égoïsme est l'amour excessif que l'on a pour soi même, il est presque toujours sans rivalité.

L'histoire, en vérité, ne sert à rien. On prend tous les jours l'humanité avec de vieux pièges qui ont déjà servi.

Dans la Société, la politesse est une espèce de passeport dont la vertu même a besoin et dont le vice s'entoure.

On voit le passé meilleur qu'il n'a été; on trouve le présent pire qu'il n'est; on espère l'avenir plus heureux qu'il ne sera.

On s'étudie trois semaines, on s'aime trois mois, on se dispute trois ans, on se tolère trente ans . . . et les enfants recommencent.

* * *

Il n'y a pour l'homme que trois événements: naître, vivre et mourir; il ne se sent pas naître, il souffre pour mourir et il oublie de vivre.

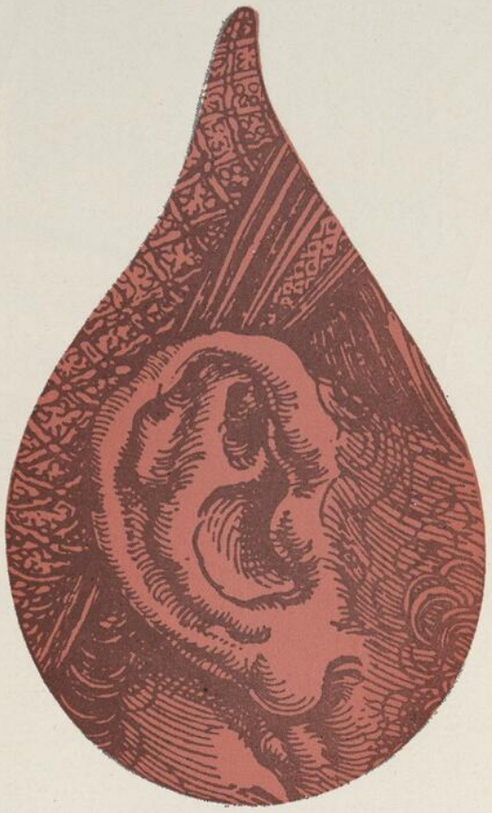
* * *

Ne pas honorer la vieillesse, c'est démolir, le matin, la maison où l'on doit coucher le soir.

Les plaisirs sont comme les aliments: les plus simples sont ceux dont on ne se dégoûte jamais.

Ne vous avisez pas de mentir à une personne; vous serez forcé de dire la vérité à une autre, et vous verrez qu'un jour ces deux personnes là se rencontreront.

LES MÉDICAMENTS OTIQUES 'B.W. & CO.'
renferment
'Aérosporine' marque du sulfate de Polymyxine B,
l'antibiotique spécifique des infections à Pseudomonas aeruginosa.
Son efficacité de premier ordre en fait le prototype des produits antibactériens propres à combattre cet agent pathogène.



Lorsqu'une solution antibiotique et hygroscopique s'impose.
'AÉROSPORINE†'
OTIQUE
renfermant
AÉROSPORINE
Propylène Glycol
Acide acétique

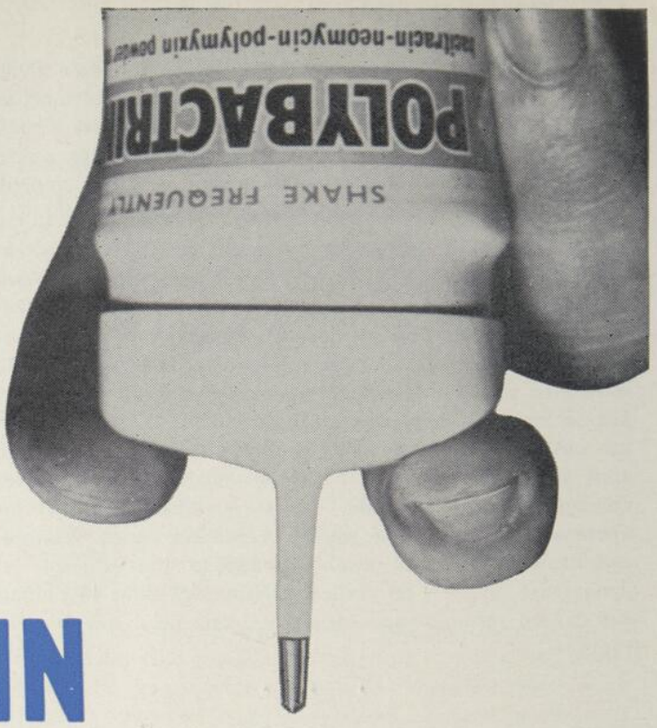
Pour combattre inflammation, infections et prurit auriculaires.
'CORTISPORINE†'
OTIQUE
renfermant
AÉROSPORINE
Hydrocortisone
Néomycine

Quand un traitement analgésique/antibiotique est indiqué.
'LIDOSPORINE†'
OTIQUE
renfermant
AÉROSPORINE
HCl de Xylocaïne*
(HCl de Lidocaïne)
Propylène Glycol

BURROUGHS WELLCOME & CO. (CANADA) LTD
Montréal

†Marque de fabrique
*Marque déposée par Astra Pharmaceutical Products, Inc.

Récentes
* Constatations



POLYBACTRIN

POUDRE ANTIBIOTIQUE AEROSOL

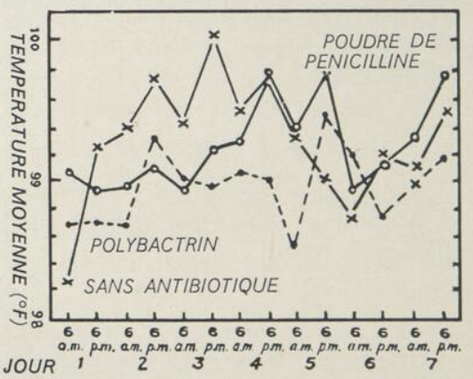
DANS LA MAITRISE DES BRULURES

Un essai clinique contrôlé du traitement à ciel ouvert de brûlures récentes, a démontré que les résultats apportés par la technique au Polybactrin, comme agent prophylactique, était, par comparaison aux préparations témoins, digne d'intérêt.

On remarqua une régression des Colibacilles ainsi qu'une diminution du Pseudomonas pyocianique dans les brûlures traitées au Polybactrin. L'infection au Streptocoque pyogène fut moins fréquente dans toutes les brûlures traitées au Polybactrin. Cette prophylaxie au Polybactrin a eu pour effet prédominant le contrôle de l'infection staphylococcique qui demeura insensible à la Pénicilline en poudre.

Chez les patients traités au Polybactrin l'abaissement de la température moyenne est à signaler par rapport aux patients traités soit à la Pénicilline en poudre ou encore par des substances témoins non antibiotiques.

TRAITEMENT LOCAL	PRELEVEMENTS SUR BRULURES du 2ième au 21ième jour				
	Sans croissance bactérienne (N.G.)	Croissance bactérienne en milieu aqueux (C.M.)	Nombre de prélèvements	% N.G.	% N.G. et C.M.
Polybactrin	53	57	235	32.5	47
Poudre pénicilline (10,000 u.i./G lactose	15	21	290	5.2	12
Sans antibiotique (controle)	5	12	197	2.5	8.6



SIGNIFICATION DES ESSAIS (Comparaison et contrôle)

POLYBACTFIN	N.G.	$X^2 = 35{\cdot}4$, $P < 0{\cdot}001$
"	N.G. & C.M.	$X^2 = 73{\cdot}8$, $P < 0{\cdot}001$
POUDRE PENICILLINE	N.G.	$X^2 = 1{\cdot}35$, $P > 0{\cdot}05$
	N.G. & C.M.	$X^2 = 1{\cdot}05$, $P > 0{\cdot}05$

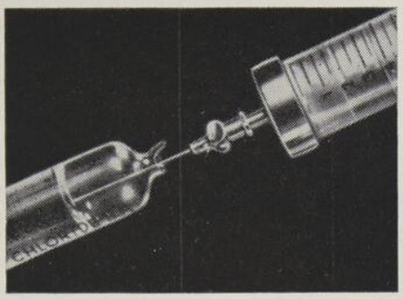
MOYENNE DES TEMPERATURES (°F) MATIN ET SOIR, DURANT 7 PREMIERS JOURS, CHEZ PATIENTS A ESSAI CLINIQUE, POUR PROPHYLAXIE DE BRULURES TRAITEES PAR LA METHODE A CIEL OUVERT.

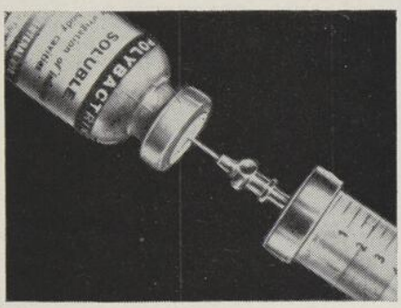
Lancet, ii, 958, 1962.

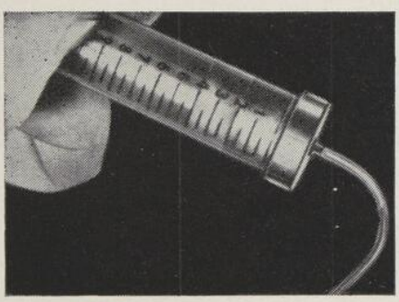
NOUVEAU

EVOLUTION LOGIQUE DU POLYBACTRIN AEROSOL

POLYBACTRIN SOLUBLE







pour l'irrigation des plaies et des cavités

Polybactrin Soluble fournit toute l'activité du Polybactrin, triade de Sulfate de Polimyxine-B, de Bacitracine base et de Sulfate de Néomycine sous forme de poudre rapidement soluble dans l'eau stérile ou le sérum physiologique.

Polybactrin a été spécialement conçu pour le traitement et l'irrigation de plaies infectées, là où une application antibiotique locale est indiquée, en association ou non avec un traitement systémique d'antibiotiques.

COMPOSITION

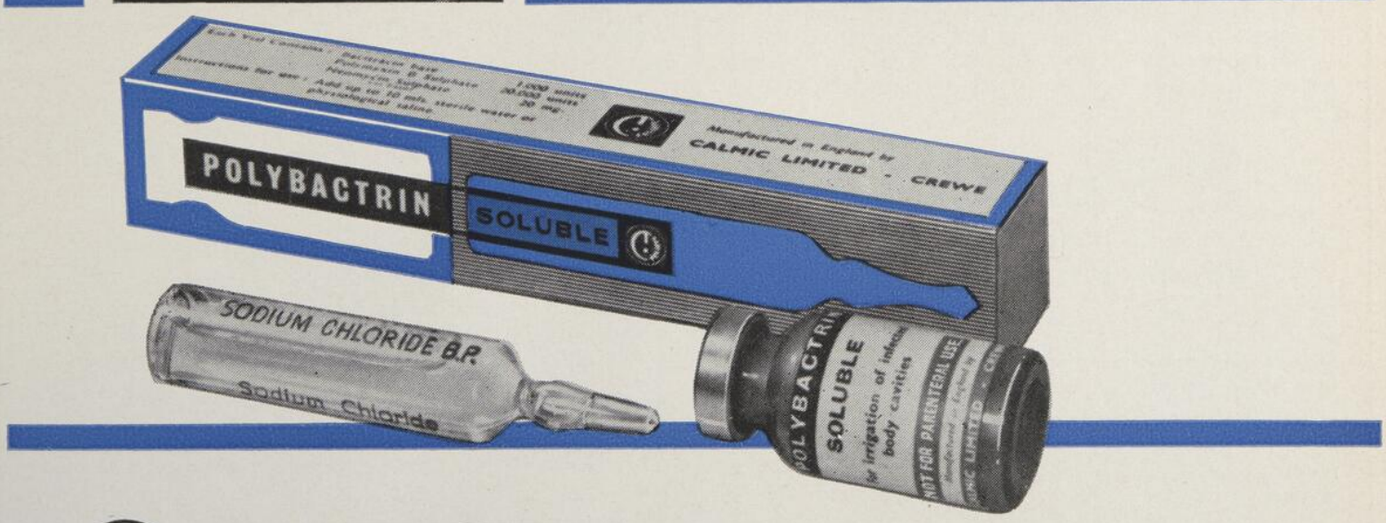
Chaque fiôle renferme:

Bacitracine base	1000 unités
Sulfate de Polymixine-B	20,000 unités
Sulfate de Néomycine (comme excipient)	20 mg.

Avec fiôle de 10 ml. de sérum physiologique.

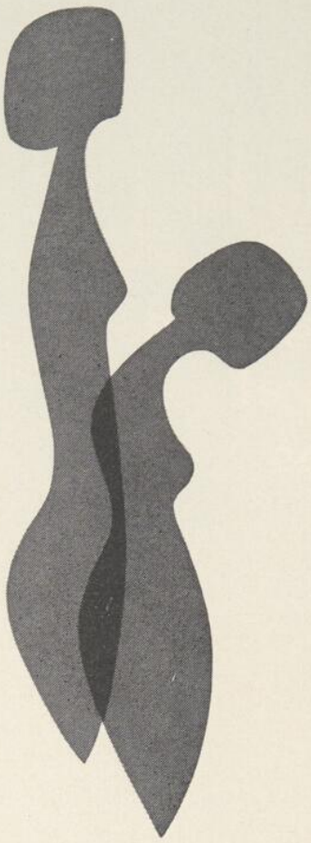
STERILE

(Ne pas employer par voie parentérale)



CALMIC

CALMIC LIMITED . TORONTO . CANADA
CREWE and LONDON, ENGLAND . SYDNEY, AUSTRALIA



LE MAUVAIS MAINTIEN RETARDE-T-IL LE RÉTABLISSEMENT DE VOS MALADES ?

Prescrivez un support Spencer. Dessiné pour l'abdomen, le dos ou les seins, d'après vos instructions précises, un Spencer ajuste le corps — non pas comme il est mais *comme il doit être!* L'état du malade s'améliore *immédiatement,* parce que le vêtement de fond supporte le corps, encourage le bon emploi des articulations de soutien, tonifie les muscles, invite une meilleure respiration, améliore la circulation, réduit la fatigue. Dans un Spencer le support de l'abdomen s'effectue de bas en haut et en arrière imitant le support naturel de bons muscles . . . ce qui favorise le bon fonctionnement des organes abdominaux. Adresser le coupon pour obtenir le livre "Spencer dans la thérapeutique moderne".

Spencer
le support de dessin individuel

Spencer Supports (Canada) Limited
Rock Island, Québec

Veuillez m'adresser le livre gratuit "Spencer dans la thérapeutique moderne"

Nom .....

Adresse .....

..... 151-8-63

L'Association Protectrice Médicale Canadienne

L'Association Protectrice Médicale Canadienne a été fondée en 1901 par un groupe de médecins canadiens pour se protéger mutuellement contre les réclamations en justice à cause d'incurie ou de négligence au point de vue professionnel ; elle a été constituée en corporation par une loi du Parlement en 1913 et affiliée à l'Association Médicale Canadienne en 1924.

Aide offerte par l'Association

1. Conseils sur le meilleur moyen d'éviter les poursuites judiciaires dont on a été menacé.
2. Défense de la cause, en cas de procès.
3. Sous réserve des Règlements, le paiement de tous les frais et des dommages-intérêts qui sont accordés.

Toute correspondance doit être adressée comme il suit :

LE SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

26 rue Nepean, Suite 115 Ottawa 4 (Ontario)

DEMANDE D'ADMISSION

Je, ...
Prière d'écrire, en lettres moulées, le nom au complet

né le ....., médecin reçu, demande par la présente à être admis comme membre de l'Association Protectrice Médicale Canadienne.

Gradué de l'Université ....., en 19.....

je suis dûment autorisé à exercer dans la province de ..... depuis 19....., et je suis membre en règle de l'Association Médicale .....
canadienne ou provinciale

Genre de pratique : Médecine générale ☐ spécialisée ☐

Spécialité .....

Etes-vous diplômé ? Oui ☐ Non ☐

De quel collège ? .....
Royal, américain, etc.

Avez-vous déjà été membre de l'Association ? .....

Quand ? .....

Avez-vous déjà été l'objet de menaces ou de poursuites judiciaires ? Oui ☐ Non ☐

Dans le cas de l'affirmative — Pourquoi? .....
Résultat ? .....

Si ma demande d'admission est acceptée, je m'engage à observer les règles et règlements de l'Association.

Date ..... Signature .....

Adresse du bureau .....
Rue et numéro—NE PAS indiquer le nom de l'immeuble

.....

Si vous êtes membre de l'Association Médicale Canadienne ou de l'une de ses "divisions" provinciales, aucune autre recommandation n'est requise. Si non, veuillez obtenir la recommandation de deux membres de l'Association Protectrice Médicale Canadienne.

1. .....
Prière d'écrire le nom, en lettres moulées, au-dessous de la signature.

2. .....

La cotisation annuelle est de vingt dollars, mais est réduite de moitié à compter de juillet.

Enrayez les diarrhées aiguës et les maladies intestinales sans susciter de nouveaux problèmes

FUROXONE

marque de furazolidone

LIQUIDE ET COMPRIMÉS

antibactérien
émollient
adsorbant

- Bactéricide par voie orale contre une variété étendue de bactéries intestinales [1, 2]—y compris les pathogènes habituels et les souches d'Escherichia, de Salmonella et de Staphylocoques que les antibiotiques et les sulfamidés ne contrôlent pas efficacement.
- N'entraîne aucune résistance bactérienne appréciable et ne favorise pas la pullulation de monilia ou de staphylocoques.
- Aucune toxicité connue.
- Pour les patients de tout âge (peut s'ajouter aux boires du nourrisson . . . coule librement à travers les tétines).

Présentation:
Furoxone Liquide: flacons de 120 ou 240 cc. 15 cc. contiennent 50 mg. de Furoxone avec kaolin et pectine. Saveur agréable de menthe et d'orange.

Furoxone Comprimés: 100 mg. rainurés, flacons de 20 et 100.

1. Ponce de Leon, E.: Antibiotic Med. & Clin. Therapy 4:816, 1957.
2. H. W. McFadden et M. M. Musselman: Personal communication to Eaton Laboratories.

NITROFURANS—une catégorie unique d'antibactériens

AUSTIN LABORATORIES LIMITED

PARIS, Austin CANADA

Usagers exclusifs de la marque de fabrique Furoxone de Norwich Pharmacal Company, Ltd., une division de Eaton Laboratories.

LE POSTE DE RADIOLOGISTE EN CHEF DE L'HÔPITAL SAINT-LUC DE MONTRÉAL EST OFFICIELLEMENT DÉCLARÉ VACANT ET OUVERT AUX CANDIDATURES. LES RADIOLOGISTES INTÉRESSÉS DEVRONT ÉCRIRE DANS LE PLUS BREF DÉLAI AU DIRECTEUR GÉNÉRAL, DOCTEUR J. PAUL LAPLANTE, 1058, RUE SAINT-DENIS, MONTRÉAL.

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 5064, Avenue du Parc, Tél. 273-3065, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

demande un médecin pour occuper le poste de

SECRÉTAIRE-ASSISTANT

Les candidats doivent posséder :

diplôme d'une école de médecine reconnue et licence légale en vigueur de pratiquer dans une province du Canada;
expérience récente de pratique;
aptitudes intéressées en administration médicale;
bonne santé.

Au point de vue relations publiques, il serait souhaitable que le candidat accepté soit bilingue et ait une naturelle sociabilité pour participation active aux conférences et assemblées.

Le titulaire devra assumer les fonctions de l'Association ayant trait aux comités, programmes d'approbation et autres activités demandant une attention spéciale aux détails, l'habileté de rédiger les rapports des accomplissements et la responsabilité de la correspondance.

La préférence sera accordée aux candidats âgés de 30 à 40 ans; cependant, la demande d'un applicant senior d'une haute compétence sera sérieusement considérée.

Traitement de $12,000 à $17,000 par année — Salaire au début proportionnel au titre et compétence — Avantages d'une revision annuelle du traitement et d'un plan de pension.
Soumettre votre demande écrite au :

Comité du Personnel professionnel
L'Association médicale canadienne
150, rue St-Georges
Toronto 5, Ontario.

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott Laboratories Limitée (Erythrocine) ... 30
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin-BB) ... 12
Ames Co. of Canada Ltd. (Combistix) ... 15
Arlington-Funk Laboratories (Bacid) ... 24
Association Médicale Canadienne ... 72
Association Protectrice Médicale Canadienne ... 70
Austin Laboratories Limited (Furoxone) ... 71
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Thiosufil'A Forte — Prémarine) ... 27 - 28
Bard-Parker Company Inc. (Le nouvel RTA) ... 21
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Pressorol) ... 47
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Prostaphline) ... 17
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Tetrex) ... 66
Burroughs Wellcome & Co. (Canada) Ltd. (Aérosporine — Cortisporine — Lidosporine) ... 67
Calmic Limited (Polybactrin) ... 68 - 69
Canada Drug Ltée (Betagene) ... 4
Canada Drug Ltée (Paveral) ... 73
Canadian Tampax Corporation Ltd (Tampax) ... 59
Carnation Milk (Lait carnation) ... 16
Ciba Limitée (Doriden) ... Deuxième page de la couv.
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada ... 6
Duphar (Canada) Limited (Pimafucin) ... 14
Eddé, J. Limitée (Artichobyl) ... 18
Frosst, Chas. E. & Co. (Tutamate-BF) ... 5
Frosst, Chas. E. & Co. (Propyl-Thyracil) ... 25
Frosst, Chas. E. & Co. (Danilone) ... 26
Herdt & Charton Inc. (Marro-Dausse) ... 37
Herdt & Charton Inc. (Enzy-Pepsol) ... 39
Herdt & Charton Inc. (Osmopak) ... 41
Hoffmann-LaRoche Limitée (Librium) ... 31
Lederle Laboratories (Varidase) ... 1
Lederle Laboratories (Gevrabon) ... 53
Lederle Laboratories (Declomycin) ... Quatrième page de la couv.
Lilly, Eli and Company (Canada) Ltd. (Trinsicon) ... 33
Lilly, Eli and Company (Canada) Ltd. (Dimelor) ... 74
Merck, Sharp & Dohme of Canada Ltd. (Elavil) ... 9
Merck, Sharp & Dohme of Canada Ltd. (NeoDecadron) ... 13
Merck, Sharp & Dohme of Canada Ltd. (Decadron) ... 19
Merck, Sharp & Dohme of Canada Ltd. (Hydrodiuril) ... 29
Merck, Sharp & Dohme of Canada Ltd. (Aldomet) ... 61
Millet, Roux & Cie Ltée (Centre d'équipement) ... 2
Ministère de la Santé du Québec ... 36
Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd. ... 35
Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd. (Sporostacin) ... 49
Parke Davis & Co. Ltd. (Benadryl) ... 7
Pitman-Moore of Canada Ltd. (Neo-Polycin) ... 57
Poulenc Limitée (Phénergan) ... 3
Poulenc Limitée (Panectyl) ... 11
Robins Co. (Canada) Ltd., A. H. (Domatal) ... 43
Rougier Inc. (Fermalac) ... Première page de la couv.
Schering Corporation Ltd. (Celestone-S) ... 10
Sschering Corporation Ltd. (Célestone) ... 20
Schering Corporation Ltd. (Chlor-Tripolon) ... 32
Searle, G. D. & Co. of Canada Ltd. (Metamucil) ... 65
Sherman Laboratories Ltd. (Protamide) ... 22
Squibb E. R. & Sons (Kenalog & Mycolog) ... 55
Smith & Nephew, Limited (Gypsona) ... 34
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Spencer) ... 70
Warner-Chilcott Laboratories (Peritrate) ... 23
Warner-Chilcott Laboratories (Tédral) ... 45
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Cyclospasmol) ... 51
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Amphojel — Aludrox — Amphojel S-A) ... 63
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equanitrate) ... Troisième page de la couv.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • COQUELUCHE • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

•

Littérature sur demande.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

PRINTED IN CANADA

THÉRIEN FRÈRES (1960) LIMITÉE

IMPRIMÉ AU CANADA

Nouvel antidiabétique oral

Dimelor™

(acétohexamide, Lilly)

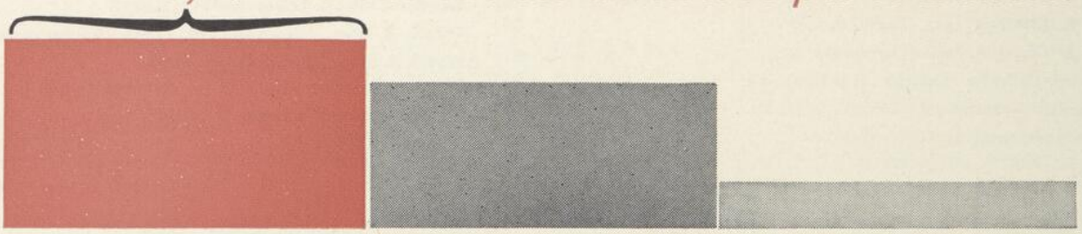
dans le diabète stable de l'adulte...

- Haut degré d'efficacité
- Administration commode: une seule prise quotidienne
- Absence remarquable de toxicité dans les traitements prolongés

Expérimentation clinique[1]

Résultats obtenus avec le Dimelor par rapport aux résultats obtenus antérieurement avec d'autres antidiabétiques dans 1.140 cas

51,4% des cas ont été améliorés par le Dimelor



Amélioration—586 malades | Pas de changement—433 malades | Aggravation—121 malades

Amélioration obtenue avec le Dimelor dans 172 cas traités antérieurement par d'autres antidiabétiques oraux avec "résultat médiocre"

Nombre de malades traités	*Amélioration obtenue avec le Dimelor*			Total	% d'amélioration
	Excellente	Bonne	Assez bonne		
172	19	47	39	105	62

Nota: 62% des malades traités antérieurement par d'autres antidiabétiques oraux avec "résultat médiocre" ont été améliorés par le Dimelor.

1. Recueil d'observations cliniques publiées par 228 expérimentateurs, Laboratoires de Recherches Lilly.

350014

Eli Lilly and Company (Canada) Limited, Toronto, Ontario

pour prévenir douleur et anxiété dans l'angine de poitrine...

traitement double et logique de l'angine de poitrine . . . L'EQUANITRATE (méprobamate et tétranitrate de pentaérythritol, Wyeth) constitue une double arme prophylactique contre l'angine de poitrine en tirant parti de l'action de l'EQUANIL* (méprobamate, Wyeth) contre l'anxiété et de l'action vaso-dilatatrice coronaire du tétranitrate de pentaérythritol.

L'EQUANITRATE assure au malade une meilleure protection contre les crises d'angine de poitrine que l'un quelconque de ses composants utilisé séparément: il supprime l'appréhension, l'anxiété et la tension en exerçant une vaso-dilatation coronaire prolongée. Il résulte de cette dualité d'action que l'EQUANITRATE diminue le nombre et la gravité des crises d'angine, augmente la tolérance à l'effort et diminue l'état de dépendance du sujet à l'égard de la nitroglycérine.

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

℞ *Ordonnance obligatoire*

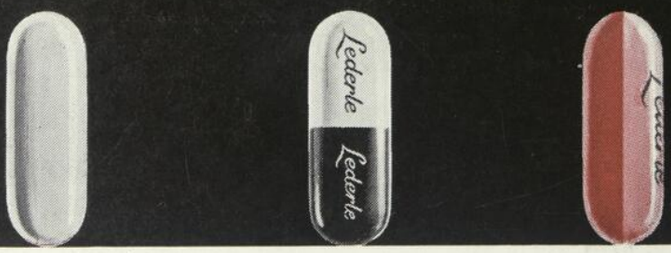
Equanitrate*

Méprobamate et tétranitrate de pentaérythritol, Wyeth

Wyeth

* Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO

BON MEILLEUR LE MEILLEUR



AUREOMYCIN®, Auréomycine Chlortétracycline, l'antibiotique à large spectre tétracyclinique original qui a ouvert un champ d'attaque entièrement nouveau contre l'infection.

®Marque déposée

ACHROMYCIN® V, Achromycine V Tétracycline HCl, tamponnée à l'Acide Citrique, produit résultant de la poursuite des recherches en quête d'un produit amélioré, fournissant de meilleurs taux sériques aux mêmes doses.

DECLOMYCIN®, Déclomycine Déméthylchlortétracycline Lederle, réunissant les caractères désirables des tétracyclines plus anciennes et de nouveaux avantages uniques en leur genre. La Déclomycine donne des taux d'activité antibactérienne élevés . . . à des doses plus faibles produisant moins de troubles digestifs . . . et maintient des taux élevés durant le traitement. Cette activité antibactérienne se prolonge pendant 24 à 48 heures après la dernière dose, fournissant une protection contre les rechutes.

ENTIÈREMENT CANADIENNE

DECLOMYCIN®

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montreal*

Ces antibiotiques Lederle sont les seules tétracyclines fabriquées entièrement au Canada