TOME 87 — NUMÉRO 8

MONTRÉAL, AOÛT 1958

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

Fondée à Québec en 1902

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

L'Union Médicale du Canada

1872 - 1958

BIBLIOTHÈQUE DU SAINT-VIATEUR QUÉBEC

BULLETIN

Edouard DESJARDINS
Problèmes en quête de solutions 881

Pierre SMITH
Vie de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada 885

Georges-L. DUMONT
Invitation aux médecins de l'Association de Langue Française du Canada 807

• • •

G. GINGRAS, R.-R. LEMIEUX, V. SUSSET, J.-M. CHEVRIER et C. QUIRION
Gemelléité et paralysie générale infantile 888

Jacques GAGNON
Les cancers infantiles à Sainte-Justine 904

RECUEIL DE FAITS

Gilles GOSSELIN et Maurice VERDY
Hyperlipémie essentielle 922

Lise FORTIER
Syndrome de défibrination aiguë peropératoire 931

REVUE GÉNÉRALE

Roland CAUCHON
Où est la limite en chirurgie? 935

ÉDITORIAL

Edouard DESJARDINS
La pancréatite chronique récidivante 940

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Rosario ROBILLARD
L'aspect social du diabète sucré 943

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Jugement de la Cour du Banc de la Reine (en appel) 949

VARIÉTÉS

Gilles BLAIN
La médecine exige la charité 955

Willie VERGE
Mon cinquantenaire de pratique médico-chirurgicale 958

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Jean ROUSSEAU, Rita GAGNE-DESROSIERS
Une nouvelle substance révulsive contre la douleur 963

CORRESPONDANCE

Pierre RENTCHNICK
Lettre de Suisse 965

ANALYSES 968
SOCIETES 977
NOUVELLES 980
REVUE DES LIVRES 983
COMMUNIQUES 986
L'Union Médicale du Canada en 1889 990
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 992

Universellement reconnue . . .

COLCHICINE HOUDE

"La colchicine par voie buccale demeure le traitement classique de l'arthrite goutteuse aiguë." Wallace Graham and James B. Roberts. Annals of the Rheumatic Diseases — Vol. 12, No. 1, March, 1953.

Dans la diathèse goutteuse ou rhumatismale . . .

COLCHIPIRINE

Colchicine — Acide acétylsalicylique — Vitamine B_1

TRAITEMENT DE FOND ANTIPHLOGISTIQUE — ANTI-ALGIQUE — URICO-ÉLIMINATEUR

Au cours des phases intercritiques et chroniques de la goutte.

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

RAPPORT CLINIQUE RÉCENT*

Vioforme-Hydrocortisone Crème

ANTI-INFLAMMATOIRE ANTIPRURIGINEUSE ANTIBACTÉRIENNE ANTIFONGIQUE

*CONCLUSIONS—"LA CRÈME VIOFORME®-HYDROCORTISONE employée conjointement avec un régime dermatologique approprié, s'est avérée un adjuvant très précieux dans le traitement d'un groupe de 155 malades affectés d'une grande variété de dermatoses."

"Son application locale a produit les résultats les plus frappants dans les cas de dermatite séborrhéique, otite eczémateuse chronique et intertrigo accompagné de dermatite eczémateuse . . . On a aussi obtenu de bons résultats dans les cas de sycosis vulgaris, dermatite impétigineuse, perlèche et eczéma stasis."

"Depuis la parution de cette publication, j'ai traité plus de 137 malades avec la crème et la lotion Vioforme-Hydrocortisone et j'ai obtenu de bons à d'excellents résultats-61 de ces malades ont reçu les préparations sans autres traitements. Dans la majorité des cas les résultats se sont avérés très satisfaisants. Quatre malades ont développé une sensibilité locale et seulement 14 n'ont montré qu'un faible résultat ou n'ont tiré aucun profit".

*RÉSUMÉ

DIAGNOSTIC	NO. DE CAS	RÉSULTATS
Prurit ano-génital	12	Bon
Dermatite atopique	5	Passable à bon
Otite eczémateuse chronique (externe)	19	Excellent
Dermatite de contact	7	Passable à bon
Eczéma impétigineux	9	Bon
Intertrigo accompagné de dermatite eczémateuse	15	Bon à excellent
Lichen simple chronique	3	Bon
Neurodermatite	6	Bon
Eczéma nummulaire	14	Bon
Perlèche	8	Bon à excellent
Dermatite séborrhéique	29	Excellent
Eczéma stasis	14	Bon à excellent
Sycosis vulgaris	8	Bon à excellent
Varicose et ulcères indolents	6	Bon
Total	155	

CIBA

*Baker, K.C.:
Arizona Medecine 15:189, (March) 1958

® marque déposée

1002

Faible Posologie

KYNEX*

Sulfamethoxypyridazine Lederle

pour les Infections Génito-Urinaires

Propriétés Antibactériennes et Anti-infectieuses Exceptionnelles — Plus soluble dans l'urine acide [1] . . . niveaux plasmatiques plus élevés et mieux soutenus qu'avec tout autre sulfamide antibactérien connu et utile [2].

Faiblesse de Posologie Sans Précédent — La quantité de sulfamide que doit détoxiquer le foie est moindre . . . et pourtant pleinement efficace. Une seule dose quotidienne de 0.5 à 1.0 gramme maintient des taux plus élevés dans le plasma que 4 à 6 grammes par jour d'autres sulfamides — avantage précieux dans le traitement prolongé [2].

Action Plus Energique sur les Germes Sulfamido-Sensibles — Le KYNEX maintient les concentrations tissulaires élevées et prolongées si importantes dans le traitement des infections urinaires . . surtout dans les affections comme la pyélonéphrite où les lésions peuvent siéger dans des tissus ne venant pas en contact avec l'urine [3].

Posologie: La dose pour adultes recommandée est de 1 gramme (2 comprimés) le premier jour, suivie les jours suivants de 0.5 gramme (1 comprimé) tous les jours ou de 1 gramme tous les deux jours dans les infections bénignes ou modérées. Dans les fortes infections où il est indiqué d'obtenir rapidement des taux élevés, la dose initiale devrait être de 2.0 grammes, suivie de 0.5 gramme toutes les 24 heures. Posologie pour les enfants selon le poids, e. g., pour un enfant de 40 livres, la dose devrait être le quart de celle pour adultes. Il est recommandé de ne pas dépasser ces doses.

KYNEX — PARTOUT OU LA SULFAMIDOTHERAPIE EST INDIQUEE

Comprimés: Chaque comprimé renferme 0.5 gramme (7½ grains) de sulfaméthoxypyridazine. Flacons de 24 et de 100 comprimés.

Sirop: Chaque cuillerée à thé (5 cc.) de sirop aromatisé au caramel renferme 250 mg. de sulfaméthoxypyridazine. Flacons de 4 onces.

références:

1. Grieble, H. G., et Jackson, G. G.: Traitement Prolongé des Infections des Voies Urinaires par la Sulfaméthoxypyridazine. *New England J. Med.*, 258:1-7, 1958.
2. Editorial *New Eng. J. Med.* 258:48-49, 1958.
3. Harris, A. P.; Riley, H. D., Jr., et Knight, V.: La Sulfaméthoxypyridazine dans le Traitement des Infections des Voies Urinaires. *Arch. Int. Med.* 100:701-708, 1957.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION, CYANAMID OF CANADA LIMITED
5550, AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT-ROYAL, MONTRÉAL, P. Q.
*Marque déposée

Lederle CANADA

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

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

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

BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins.

Secrétaire de la Rédaction:
Roger-R. Dufresne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. J.-M. Beauregard, M. Belisle, Jacques Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, A. Cantero, Léandre Décarie, Edouard-D. Gagnon, Rolland Guy, Jacques Genest, Maurice Gervais, Fernand Grégoire, P.-P. Julien, Jean-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, Jean-Louis Léger, Charles Lépine, J. Mathieu, Gérard Mignault, J.-P. Paquette, P. Poirier, André Proulx, Rosario Robillard, Henri Smith, Maurice St-Martin.

CORRESPONDANTS

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

INDICATIONS :

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

l'eau qui fait . . . du bien!

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

Composition naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

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

NÉO-SPASMYL
ELIXIR

" LE SÉDATIF DES ENFANTS "

au délicieux goût d'orange

DISTRIBUTEURS

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL, 18 **P. Q.**

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

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

BUREAU DE DIRECTION

MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile Blain, Roméo Boucher P. Bourgeois, Paul David, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne, Paul Dumas, Léon Gérin-Lajoie, Albert Jutras, J.-M. Laframboise, P. Letondal, A. Marin, Donatien Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-Charles Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, J.-A. Vidal.

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

Prophylaxie et soulagement de la CONSTIPATION

"KONDRÉMUL"

ÉMULSION DE CHONDRUS ET D'HUILE MINÉRALE

Le Kondrémul est une émulsion d'huile minérale exceptionnelle à cause de sa grande stabilité, de l'uniformité de ses globules d'huile et de leur faible volume. Il s'infiltre dans le bol fécal, l'amollit, et permet le passage, sans efforts, d'une selle molle et bien formée. Le suintement anal, toujours embarrassant, est extrêmement rare.

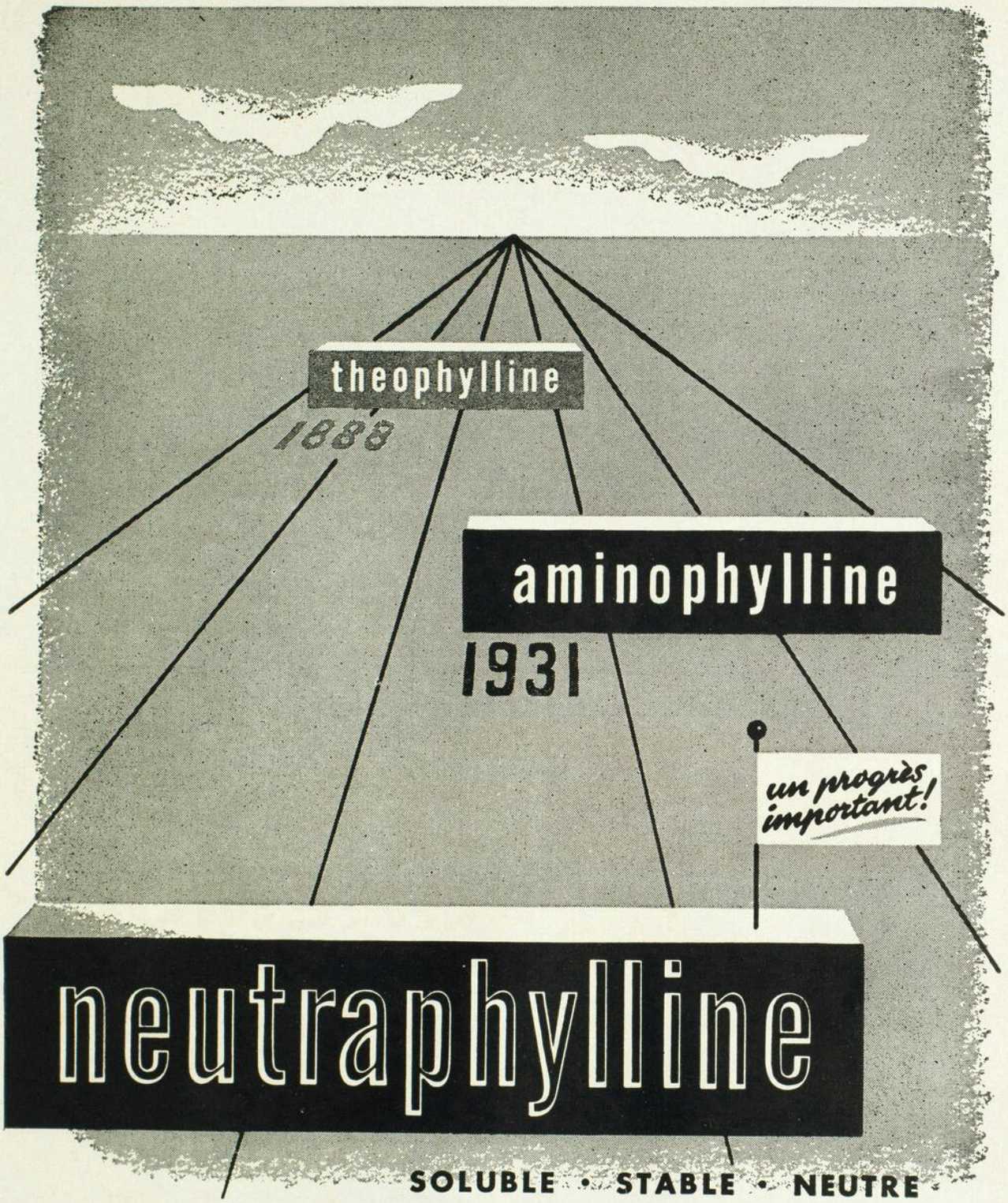
Le Kondrémul est agréablement aromatisé; non oléagineux, il se verse facilement du flacon et se mêle intimement à l'eau, au lait ou au chocolat, chauds ou froids. Grâce à l'absence de sucre et d'alcool de sa formule, il peut être pris par les diabétiques.

POSOLOGIE. Adultes: Une cuillerée à soupe soir et matin; diminuer la dose à une cuillerée à soupe le soir à mesure que l'intestin se régularise. Enfants: D'une à deux cuillerées à thé le soir suffit généralement.

"KONDRÉMUL" étiquette bleue
"KONDRÉMUL" au CASCARA étiquette verte
"KONDRÉMUL" à la PHÉNOLPHTALÉINE étiquette rouge

Flacons de 8 et 16 onces liquides.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



SOLUBLE • STABLE • NEUTRE

Plus active que l'Aminophylline...
sans ses inconvénients.

Aussi... NEUTRAPHYLLINE AU PHÉNOBARBITAL

ROUGIER INC. • 2055, RUE FAVARD, MONTRÉAL

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

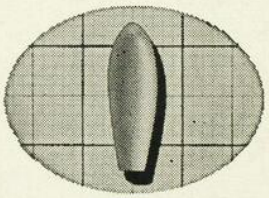
Publicité: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

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

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

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

CONÇUS
pour une introduction
et une rétention faciles



D'UNE FORMULE
qui assure un
prompt soulagement

CLINIQUEMENT
efficaces et sûrs

WYANOIDS
SUPPOSITOIRES HÉMORRHOÏDAIRES

Wyeth
Marque Déposée

autre forme:
ONGUENT WYANOID

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Chaque année ont lieu les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées. Les listes pour les examens de 1958 sont maintenant closes, mais on acceptera les demandes pour les examens de 1959 **jusqu'au 30 avril 1959.**

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 et les formules de demande d'évaluation de la formation et des études post-universitaires. On doit spécifier la spécialité (ou les spécialités) à laquelle on est intéressé.

Toute communication doit être adressée comme suit:

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

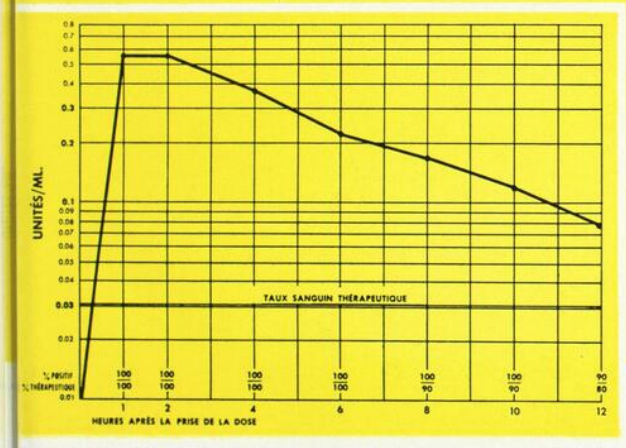
"FALAPEN"

MARQUE DÉPOSÉE

PÉNICILLINE D'ACTION RAPIDE ET PROLONGÉE

TRÈS ÉCONOMIQUE: DEUX PAR 24 HEURES SEULEMENT!

TRÈS PRATIQUE: SOMMEIL ININTERROMPU!



La courbe représente la moyenne des taux sanguins positifs chez 0 patients hospitalisés, après l'administration d'un comprimé de 'Falapen''.

Expérience Clinique

avec plus de 10,000 cas

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Frosst

PARCE QUE . . .

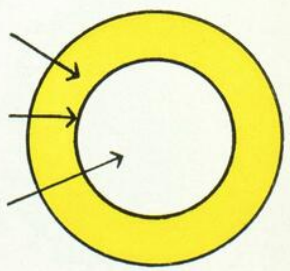
un "FALAPEN" toutes les 12 heures est plus efficace que toute autre concentration de 500,000 unités de pénicilline orale toutes les 6 à 8 heures.

UNE NOUVELLE INVENTION CANADIENNE EN PÉNICILLOTHÉRAPIE

RAPIDE—Le dégagement d'une partie de la pénicilline dans l'estomac produit rapidement des TAUX SANGUINS ÉLEVÉS.

Grâce à la couche de "Polymère 37"* — une substance récemment perfectionnée—le noyau du comprimé est intact lorsqu'il parvient dans l'intestin.

PROLONGÉE—Le dégagement du reste de la pénicilline dans l'intestin procure des TAUX SANGUINS THÉRAPEUTIQUES ININTERROMPUS DURANT 12 HEURES.



Chaque comprimé renferme:

pénicilline-G potassique ..... 500,000 unités

POSOLOGIE. Adultes: un comprimé toutes les 12 heures. Augmenter ou diminuer la dose selon les besoins du patient.

Flacons de 10 comprimés.

*Demande de brevet en instance.

BIBLIOGRAPHIE PARTIELLE DU PROPYLTHIOURACIL

1. **Asper, S. P., Jr.:** "Observations on the preparation of hyperthyroid patients for subtotal thyroidectomy with propylthiouracil." Surgery 34: 655, 1953.
2. **Astwood, E. B., et Vanderlaan, W. P.:** "Thiouracil derivatives of greater activity for the treatment of hyperthyroidism." J. Clin. Endocrinol. 5:424, 1945.
3. **Astwood, E. B., et Vanderlaan, W. P.:** "Treatment of hyperthyroidism with propylthiouracil." Ann. Int. Med. 25:813, 1946.
4. **Bartels, E. C.:** "Propylthiouracil: Its use in preoperative treatment of severe and complicated hyperthyroidism." Tr. Am A. Study Goiter, 1947, pp. 89-98.
5. **Bartels, E. C.:** "Appraisal of the goitrogens: Results of treatment with thiouracil, propylthiouracil and related antithyroid drugs." J. Clin. Endocrinol. 8:766, 1948.
6. **Bartels, E. C., et Kohn, M. M.:** "Large doses of propylthiouracil in the treatment of hyperthyroidism." J. Clin. Endocrinol. 14:1403, 1954.
7. **Blattner, E. J.:** "Comments on current literature: Hyperthyroidism." J. Pediat. 40:679, 1952.
8. **Bowen, D. D., et Lensner, A. R.:** "Use of propylthiouracil in hyperthyroidism and diabetes: A study of 41 cases." New England J. Med. 254: 626, 1951.
9. **Colcock, B. F.:** "Treatment of thyroid disease." Clin. Med. 2:981, 1955.
10. **Crile, G., Jr.:** "Treatment of hyperthyroidism." Canad. M. A.J. 57:359, 1947.
11. **Griffin, A.:** "Management of hyperthyroidism in children." Clin. Proc. Child Hosp. 9:144 1953.
12. **Goodman, L.S., et Gilman, A.:** "The Pharmacological Basis of Therapeutics." ed. 2, New York, The Macmillan Company, 1955, chap. 65, p. 1543 ff.
13. **Greenberg, S. U., et Bruger, M.:** "Observations on the prolonged medical management of toxic diffuse goiter with thiouracil and propylthiouracil." Am. J. M. Sc. 220:373, 1950.
14. **Ingbar, S. M.:** "The influence of single doses of propylthiouracil on the kinetics of iodine accumulation by the thyroid glands of normal and hyperthyroid subjects." J. Clin.Endocrinol.15:331,1955.
15. **Kappes, W. C.:** "Modern concepts in the treatment of goiter." J. Kennedy M. A. 54:866, 1956.
16. **Lynch, F. W., et Krafchuk, J. D.:** "Serum lipids and thyroid activity in lupus erythematosus. Modification with propylthiouracil." J. Invest. Dermatol. 25:3, 1955.
17. **McCullagh, E. P.; Hibbs, R. E., et Schneider, R. W.:** "Propylthiouracil in the treatment of hyperthyroidism." Am. J. M. Sc. 214:545, 1957
18. **McCullagh, E. P., et Cassidy, C. E.:** "Propylthiouracil: 4-6 year follow-up of selected patients with Graves' disease." J. Clin. Endocrinol. 13:1507, 1953.

ACCEPTÉ

comme étant l'agent le plus sûr, le plus uniformément efficace contre

LA THYROTOXICOSE

"PROPYL-THYRACIL"

marque de propylthiouracil

contrôle médical de la thyrotoxicose . . .

. . . a rendu le contrôle médical de la thyrotoxicose "relativement sûr et pratique"[12].

mesures préalables à la thyroïdectomie . . .

. . . "Avec l'avènement du propylthiouracil, préparation moins toxique, l'emploi simultané d'un agent goitrigène et d'iode est devenu le traitement accepté . . ."[12]

et

chez les patients gravement atteints, déjà traités à l'iode radioactif (I^{131}), le PROPYL-THYRACIL peut être employé avantageusement durant les deux ou trois mois qui s'écoulent avant que l'iode radioactif (I^{131}), ait exercé tous ses effets.

Les institutions autorisées peuvent se procurer de l'iode radioactif ainsi que du radiophosphore et du radio-or de Charles E. Frosst & Co.

"PROPYL-THYRACIL"

Comprimé Nº 815 "Frosst" . . . 100 mg.
Comprimé Nº 387 "Frosst" . . . 50 mg.
Comprimé Nº 386 "Frosst" . . . 25 mg.

DOSE D'ATTAQUE: 100 mg. trois ou quatre fois par jour, jusqu'à rémission. **DOSE D'ENTRETIEN:** de 25 à 50 mg. trois ou quatre fois par jour.

Flacons de 100 comprimés

MISE EN GARDE. Malgré la rareté des réactions secondaires provenant du propylthiouracil, il ne faut pas cesser d'user de vigilance dans la recherche de symptômes tels que la fièvre, les douleurs articulaires, les éruptions cutanées ou les maux de gorge; sur leur manifestation, discontinuer promptement le traitement. L'agranulocytose peut se déclarer soudainement, et des numérations globulaires réitérées ne semblent pas aider beaucoup à la prévoir. On doit avertir les patients de discontinuer la médication et consulter un médecin immédiatement sur manifestation d'un mal de gorge. Si l'on dépiste de l'agranulocytose, l'administration immédiate de cortisone et de fortes doses de pénicilline peut sauver la vie du patient.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

(21-phosphate de prednisolone)

'HYDELTRASOL'

(21-phosphate de prednisolone et sulfate de néomycine)

ET

'NEO-HYDELTRASOL'

le premier "predni-stéroïde" en véritable solution[3]

2,000 FOIS PLUS SOLUBLE QUE L'HYDROCORTISONE[1] OU LA PREDNISOLONE[2]

1. La solubilité de l'acétate d'hydrocortisone dans l'eau est de 0.01 mg./cm³. A remarquer la suspension blanche trouble d'hydrocortisone insoluble.

2. La solubilité de la prednisolone dans l'eau est de 0.25 mg./cm³. Les particules de stéroïde en suspension (illustrées sous 1 et 2) irritent les lésions cutanées sensibles.

3. La solubilité dans l'eau de l'"HYDELTRASOL' (21-phosphate de prednisolone sous forme de sel monosodique) est de 580 mg./cm³. On n'aperçoit pas de stéroïde insoluble dans la solution cristalline en train de se dissoudre.

"Le phosphate de prednisolone possède des propriétés plus avantageuses . . . comparativement à toutes les préparations antérieures." "...grâce à l'emploi du phosphate, on a pu éviter l'irritation locale causée par des agglomérats de grosses particules; cette forme a été facilement acceptée par les malades et s'est révélée efficace en clinique." Lippmann, O., *Arch. Ophth.* 57:339, March 1957.

Description: 'HYDELTRASOL' et 'NEO-HYDELTRASOL' renferment un "predni-stéroïde" réellement soluble.

Indications: Dermatoses.

Mode d'action et avantages: Les onguents topiques 'HYDELTRASOL' et 'NEO-HYDELTRASOL' et la lotion topique 'NEO-HYDELTRASOL' exercent des actions anti-allergiques et anti-inflammatoires à effets optima. Le 'NEO-HYDELTRASOL' y ajoute l'action antibactérienne du sulfate de néomycine. Leur solubilité contribue grandement à la pénétration des composants actifs jusqu'au siège de l'inflammation.

Ces préparations ne peuvent en aucune façon causer l'irritation des lésions cutanées sensibles, exsudatives ou à vif.

Présentation: Lotion topique 'NEO-HYDELTRASOL' à 0.5% renfermant, par centimètre cube, 5.0 mg. de 21-phosphate de prednisolone sous forme de sel sodique et 5 mg. de sulfate de néomycine, U.S.P.; en flacon de plastique compressible de 15 cm³.

Onguent topique 'NEO-HYDELTRASOL' à 0.5% renfermant, par gramme, 5.0 mg. de 21-phosphate de prednisolone sous forme de sel sodique et 5.0 mg. de sulfate de néomycine, U.S.P.; en tubes de 5 Gm. et de 15 Gm. Egalement sous forme de 'HYDELTRASOL' à 0.5%.

Solution ophtalmo-auriculaire stérile 'NEO-HYDELTRASOL' à 0.5% renfermant, par centimètre cube, 5.0 mg. de 21-phosphate de prednisolone sous forme de sel sodique et 5.0 mg. de sulfate de néomycine, U.S.P.; en flacons compte-gouttes de 2.5 et de 5 cm³. Egalement sous forme de 'HYDELTRASOL' à 0.5%.

Onguent ophtalmo-auriculaire 'NEO-HYDELTRASOL' à 0.25% renfermant, par gramme, 2.5 mg. de 21-phosphate de prednisolone sous forme de sel sodique et 5.0 mg. de sulfate de néomycine, U.S.P.; en tube de 3.5 Gm. Egalement sous forme de 'HYDELTRASOL' à 0.25%.

'HYDELTRASOL' et 'NEO-HYDELTRASOL' sont des marques de commerce de Merck & Co. Limited.

MSD

Merck Sharp & Dohme
Division de Merck & Co. Limited
Montréal 30, Qué.

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

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
400 est, rue Sherbrooke, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

SECRÉTARIAT

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

COMITÉ DU XXVIIIe CONGRÈS

Georges-L. DUMONT, Président.

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

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

SECRÉTARIAT DU CONGRÈS:
1, rue Duke, Campbellton, N.-B.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert PAQUET
Richard GAUDET
Arthur-L. RICHARD
J.-A. VIDAL
J.-A. DENONCOURT
J.-B. JOBIN
René-L. DuBERGER
Jean-Marie LAFRAMBOISE
Roma AMYOT
LouisPhilippe MOUSSEAU
Lucien LaRUE

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, F., 1150 est, boul. St-Joseph, Montréal 1958
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P.Q. 1960
BEAUCHEMIN, L.-O., 208, Edifice Grain Exchange, Calgary, Alberta 1958
BIBAUD, Barthélemy, 65, rue Nicholson, Valleyfield . . 1960
BLAIS, E.-Rolland, 1779, avenue de l'Eglise, Montréal 1958
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont . . 1958
BROUSSEAU, Louis-Philippe, Malartic, P.Q. 1958
CORMIER, J.-G., Sydney, Nouvelle-Ecosse 1960
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P.Q. 1958
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal . 1960
DOMINGUE, Albert, 191, rue Principale, Granby, P.Q. 1960
EMARD, L.-M., 119, rue Marlborough, Cornwall, Ont. 1958
FONTAINE, Auray, 52, av. Hamlet, Woonsocket, R.I. 1958
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B. 1958
GOYETTE, Roger-B., 415 est, av. Laurier, Ottawa, Ont. 1959
ISABELLE, Gaston, 66, rue Notre-Dame, Hull,P.Q. . . . 1961
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. . . 1958
LEBLOND, Sylvio, Hôtel-Dieu Saint-Vallier, Chicoutimi 1960
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont. . . 1961
LEDUC, André, 156, ave Willowdale, Outremont, P.Q. 1960
LEMIEUX, Renaud, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec 1960
LESSARD, Richard, 115, Grande-Allée, Québec 1960
MASSON, Gaston, 148, rue Sanborn, Sherbrooke, P.Q. 1958
MILOT, J.-Donat, 1017 Stafford Rd., Fall River, Mass. 1960
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q. . . . 1960
PERRON, J.-M., 12, rue Mercier, Shawinigan, P.Q. . . 1958
PIETTE, Edmond, 37 sud, S.-Charles-Borromée, Joliette 1958
PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal 1958
POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q. 1958
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P.Q. 1958
R.-de-ST-VICTOR, Henri, 222, av. Daly, Ottawa, Ont.. 1958
ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire (Nicolet), P.Q. . 1960
ROULEAU, Yves, 1227, William, Sillery, Québec, P.Q. 1961
SIROIS, Jean, 144, Grande-Allée, app. 1, Québec . . . 1958
TETREAULT, Adélard, 444, Laviolette, Trois-Rivières 1958
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q... 1958
TURGEON, Pierre-A., 837, rue Cherrier, Montréal . . 1958

TOUS LES BIENFAITS DE LA CORTICO-THÉRAPIE GÉNÉRALISÉE SANS RÉTENTION SODIQUE ET AQUEUSE ...BEAUCOUP MOINS D'EMBARRAS GASTRIQUE

Un siècle d'expérience inspire confiance

SQUIBB

KENACORT

La triamcinolone Squibb

la modification de la structure corticoïde fondamentale entraîne: une activité anti-allergique, anti-rhumatismale et antiphlogistique accrue • *sans* rétention sodique ou aqueuse • beaucoup moins d'embarras gastrique

et les avantages que voici pour vous et votre clientèle: amélioration et rétablissement rapides • fréquent soulagement des symptômes réfractaires aux autres glucocorticoïdes • pas d'euphorie factice incompatible avec le traitement • diète hypochlorurée superflue • pas d'oedème ni rétention sodique

Comprimés cochés d'un et quatre mg; flacons de 30 et 100

'KENACORT'
MARQUE DE COMMERCE

Pour les enfants dont les pieds requièrent des soins spéciaux

CHAUSSURES CORRECTIVES
CLINIC
de *Savage*

FORME DROITE

Les chaussures correctives "Clinic" ont été créées par Savage pour fournir aux médecins les formes de base qui sont nécessaires pour le traitement des pieds malades de certains enfants. Ces chaussures sont spécialement fabriquées pour permettre l'adaptation de biseaux, supports ou autres appareils correctifs. Les détaillants peuvent les commander par paire, même par pied si les deux pieds nécessitent un ajustement différent, en indiquant les modèles et les pointures.

Les chaussures illustrées ici sont de forme parfaitement symétrique et peuvent être ajustées au pied droit ou gauche. Elles peuvent être employées avec des supports, Denis Browne ou autre attelle, ou comme chaussures de base pour lesquelles le médecin peut prescrire n'importe quel appareil correctif. On peut aussi se procurer la forme tournée "en dedans" ou celle tournée "en dehors".

Pour recevoir de plus amples renseignements au sujet des chaussures "Clinic" de Savage, veuillez écrire à Savage Shoes Limited, Preston, Ontario.

CHAUSSURES "CLINIC"

de *Savage*

pour l'amélioration symptomatique de la diarrhée

CINQ fois plus efficace que le kaolin

diarrhées non-spécifiques...

Diamagma*

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

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

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

PRÉSENTATION: en flacons de 6 onces liq.

diarrhées bactériennes...

Ⓟ Polymagma*

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

TOUS LES AVANTAGES DU DIAMAGMA, plus . . .

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

PRÉSENTATION: en flacons de 8 onces liq.

*Marque déposée

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

Wyeth
MARQUE DÉPOSÉE
WALKERVILLE, ONTARIO
MONCTON - MONTRÉAL
WINNIPEG - VANCOUVER

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

SOMENAL

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

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

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

BETAGÈNE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES
TONIQUE ET ALIMENT D'ÉPARGNE

Vitamine « B » Composée

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

Principaux composants :

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

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

SAVEUR AGRÉABLE
TOLÉRANCE PARFAITE

GROSSESSE
LACTATION
PYROSIS
NAUSÉES

Comprimés enrobés

LACTO-CAL

AVEC OU SANS FER

CALCITHÉRAPIE SANS PHOSPHATE

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

DOSE :
Deux comprimés trois fois par jour.

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

ARTERYL

(comprimés blancs)

Pantaérythritol tétranitrate ..... 10 mg.

AVEC MÉPHÉNÉSINE (comprimés jaunes)

Pantaérythritol tétranitrate ..... 10 mg.
Méphénésine ..... 150 mg.

AVEC SOMENAL (comprimés roses)

Pantaérythritol tétranitrate ..... 10 mg.
*Somenal ..... 20 mg.
* (Butéthal 50% — Phénobarbital 50%)

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

Dose: Selon l'avis du médecin.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTREAL

pas de symptômes d'asthme

...grâce à Tedral prescrit par son médecin.

Pas un seul médicament n'égale Tedral pour protéger l'asthmatique de tout symptôme pendant 24 heures.

Dose: 1 ou 2 comprimés 4 fois par jour. Présentation: boîtes de 24, 120 et 1,000.

Tedral

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO. LIMITED, TORONTO. CANADA

Les hommes qui sont constamment debout...

sont physiologiquement sujets aux hémorroides

PNS SUPPOSITOIRES

combinent
trois substances thérapeutiques
remarquables et sûres:

SOULAGENT LA DOULEUR

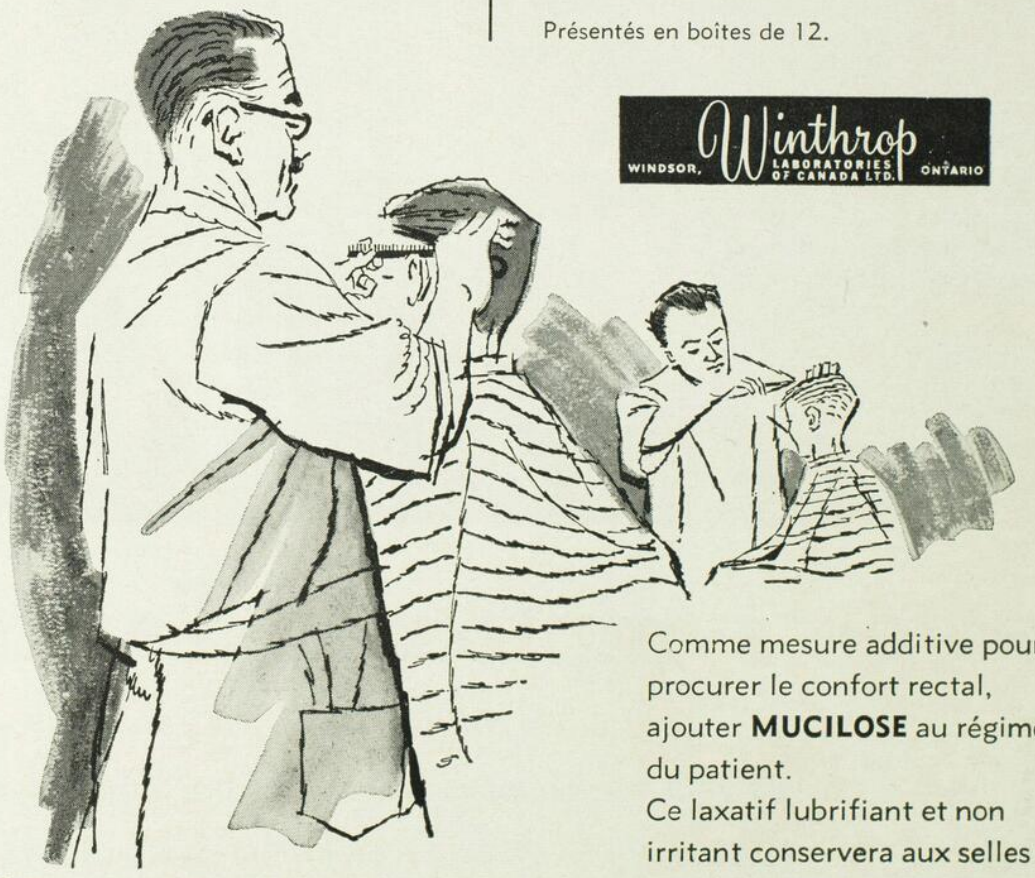
RÉDUISENT LE GONFLEMENT

PROTÈGENT CONTRE L'INFECTION

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

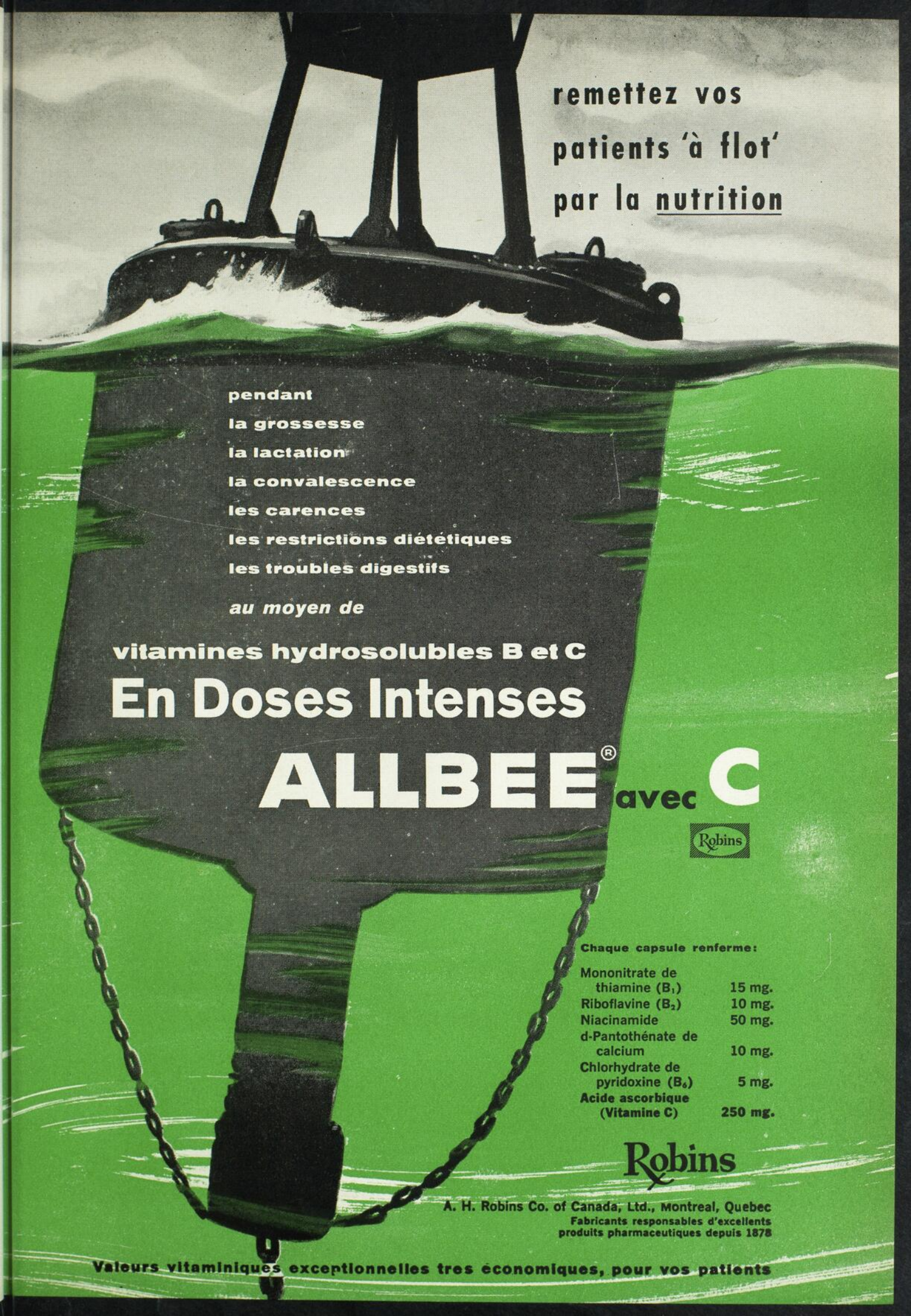
Présentés en boites de 12.

Winthrop
WINDSOR, LABORATORIES OF CANADA LTD. ONTARIO



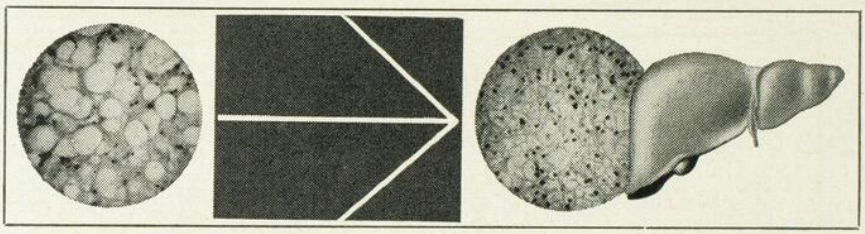
PNS, Pontocaïne (marque de la tétracaïne), Néo-Synéphrine (marque de la phényléphrine), Sulfamylon (marque du mafenide) et Mucilose, marques déposées aux Etats-Unis.

Comme mesure additive pour procurer le confort rectal, ajouter **MUCILOSE** au régime du patient.
Ce laxatif lubrifiant et non irritant conservera aux selles une douce consistance et facilitera l'évacuation.


remettez vos
patients 'à flot'
par la nutrition
pendant
la grossesse
la lactation
la convalescence
les carences
les restrictions diététiques
les troubles digestifs
au moyen de
vitamines hydrosolubles B et C
En Doses Intenses
ALLBEE® avec C
Robins
Chaque capsule renferme:
Mononitrate de thiamine (B_1) 15 mg.
Riboflavine (B_2) 10 mg.
Niacinamide 50 mg.
d-Pantothénate de calcium 10 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine (B_6) 5 mg.
Acide ascorbique (Vitamine C) 250 mg.
Robins
A. H. Robins Co. of Canada, Ltd., Montreal, Quebec
Fabricants responsables d'excellents produits pharmaceutiques depuis 1878
Valeurs vitaminiques exceptionnelles tres économiques, pour vos patients

maintient...
protège...
aide le rétablissement normal du foie

dans l'infiltration graisseuse du foie
la cirrhose hépatique
l'hépatite
l'alcoolisme
l'obésité
le diabète



méthischol

choline • méthionine • inositol • foie • vitamine B_{12}

Le Méthischol est une forme simple et efficace d' "assurance pour le foie" qui aide à arrêter et même à régénérer les lésions hépatiques chez plusieurs malades. Son mode d'action consiste à . . .

prévenir et à éliminer les dépôts graisseux dans le foie
stimuler la régénération de nouvelles cellules hépatiques
diminuer la tendance à la fibrose et à la cirrhose
améliorer d'une façon générale la fonction hépatique
augmenter l'appétit et l'alimentation délabrés par un mauvais fonctionnement du foie

Echantillons et littérature sur demande.

arlington-funk laboratories, division
u. s. vitamin corp. of canada, ltd.
1452, rue Drummond • Montréal, Canada

capsules: flacons de 100, 500 et 1000.

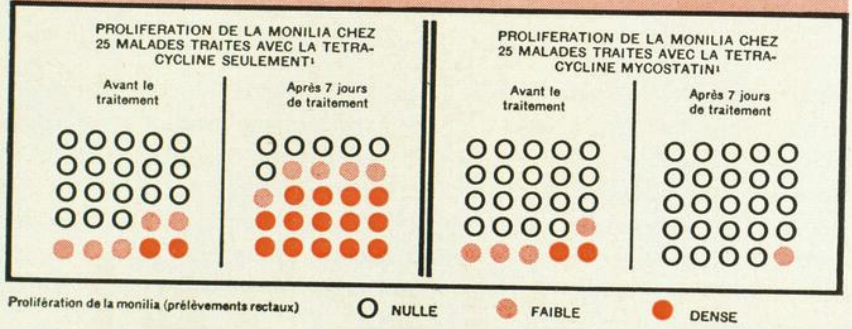
sirop: flacons de 16 onces et 128 onces.

Votre malade guérira plus aisément si vous prescrivez...

MYSTECLIN-V

Complexe phosphate de tétracycline Squibb et nystatine (Mycostatin)

L'ingrédient Mycostatin prévient la prolifération de la monilia et les complications possibles



Mysteclin-V renferme du Mycostatin qui empêche la prolifération de la monilia et en réduit au minimum l'éventualité consécutive à l'antibiothérapie.

Forme	Complexe phosphaté de tétracycline équivalant au chlorhydrate de tétracycline (mg)	Mycostatin (unités)	Présentation
Capsules de	250	250,000	Flacons de 12 et 100
Suspension (dans 5 cc)	125	125,000	Bouteilles de 30 et 60 cc
Gouttes pédiatriques par cc-20 gouttes	100	100,000	Bouteilles de 10 cc avec stilligoutte

1. Childs, A. J.: British M.J. 1:660 (mars) 1956.

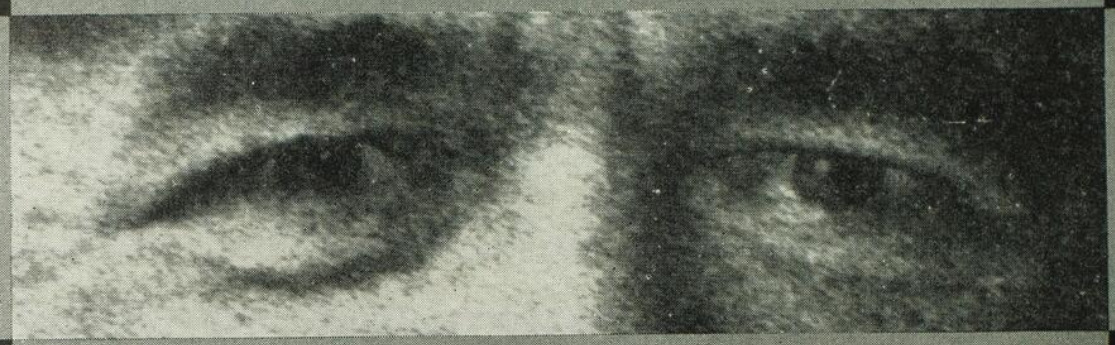
SQUIBB

Un siècle d'expérience inspire confiance

MYSTECLIN et MYCOSTATIN marques déposées de E. R. Squibb & Sons of Canada, Limited

UN "CLINIQUICK" AMES

RESUMES CLINIQUES POUR LA PRATIQUE MODERNE



sept conseils pour la psychothérapie dans la pratique courante

(1) Ne discutez pas—laissez le malade parler librement de ses propres ennuis. (2) Ne lui donnez pas de conseils—aidez-le à trouver une solution à ses problèmes. (3) Ne soyez pas hostile—laissez le malade exprimer son hostilité sans la lui rendre. (4) Ne soyez pas hésitant—interprétez les signes physiques en établissant leur rapport avec les symptômes subjectifs. (5) Ne le rassurez pas de trop—si vous êtes trop optimiste, le malade peut penser que vous ne prenez pas ses symptômes au sérieux. (6) N'approuvez pas et ne critiquez pas. (7) Ne soyez pas trop crédule—ce que dit le malade peut avoir un sens caché.

Référence—M. Hyman: Aspects de la Psychiatrie dans la Pratique courante; GP *16*:83, Octobre 1957.

calmatif **NOSTYN**
Ectylurea, AMES
(2-éthyl-*cis*-crotonylurée)

Pour les malades tranquilles—et non "tranquilisés"

"Les états anxieux et la tension nerveuse surtout semblent être améliorés....Les malades disent qu'ils ont l'impression d'une sérénité et d'une sécurité plus grandes....La dépression mentale, qui est un des effets secondaires indésirables provoqués par de nombreaux sédatifs, n'est apparue chez aucun des malades en traitement...."*

*H. G. Bauer, W. Seegers, M. Krawzoff et T. H. McGavack: Evaluation clinique de l'Ectylurea (NOSTYN). Sous presse.

Posologie: *Enfants*—150 mg (½ comprimé) trois à quatre fois par jour. *Adultes*—150 à 300 mg (½ à 1 comprimé) trois à quatre fois par jour.

Présentation: comprimés sécables à 300 mg: en flacons de 48 et 500 comprimés.

AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO

CA44258F

contre la douleur . . . aussi efficace que la codéine
sans les risques de la codéine

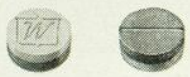
Zactirin*

Citrate d'éthoheptazine et acide acétylsalicylique ***Marque déposée**

NON-NARCOTIQUE

Fortement analgétique

Efficacement anti-inflammatoire



2 comprimés de ZACTIRIN exercent l'activité analgétique de ½ grain de codéine plus 10 grains d'acide acétylsalicylique.

Présentation: Comprimés caractéristiques à 2 couches, jaune et vert, en flacons de 100 comprimés. Un comprimé renferme 75 mg. de citrate d'éthoheptazine et 325 mg. (5 grains) d'acide acétylsalicylique.

MARQUE DÉPOSÉE
WALKERVILLE, ONTARIO
MONCTON – MONTRÉAL
WINNIPEG – VANCOUVER

Un moyen d'échapper aux effets allergiques des pollens

CO-PYRONIL

(Pyrrobutamine composée, Lilly)

— avec un minimum d'effets secondaires

C'est la saison où tous ont le désir de s'échapper de la routine journalière, d'entrer "en communion avec la nature". Mais pour celui qui est allergique aux pollens il est généralement moins pénible de se contenter de ce désir que de subir la rançon du contact avec les pollens.

Ce genre de patient vous est reconnaissant du soulagement et de la protection que lui procure le 'Co-Pyronil'. Souvent il suffit de deux ou trois capsules par jour pour obtenir un maximum de bienfait.

Le 'Co-Pyronil' réunit les actions complémentaires d'un antihistaminique d'action rapide, d'un antihistaminique d'action prolongée et d'un sympathicomimétique.

Chaque capsule de 'Co-Pyronil' fournit:

'Pyronil' (Pyrrobutamine, Lilly)	*15 mg.*
'Histadyl' (Thénylpyramine, Lilly)	*25 mg.*
'Chlorhydrate de Clopane' (Chlorhydrate de cyclopentamine, Lilly)	*12.5 mg.*

pour contribuer à une nutrition parfaite de la grossesse

Chaque Comprimé Engran contient:

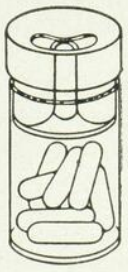
Vitamine A	5 000 unités
Vitamine D	500 unités
Vitamine B_1	3 mg
Riboflavine (B_2)	3 mg
Chlorhydrate de pyridoxine (B_6)	2 mg
Vitamine B_{12}	2 mcg
Acide folique	0.25 mg
Amide nicotinique	20 mg
d-pantothénate de calcium	5 mg
Acide ascorbique (C)	75 mg
Calcium élémentaire (sous forme de carbonate de calcium 375 mg)	150 mg
Fer élémentaire (sous forme de sulfate ferreux desséché 33.6 mg)	10 mg
ode élémentaire (sous forme d'iodure de potassium 0.2 mg)	0.15 mg
Sulfate de potassium	5 mg
Sulfate de cuivre	1 mg
Oxyde de magnésium	6 mg
Sulfate de manganèse	1 mg
Sulfate de zinc	1.5 mg

ENGRAN

Complément vitaminéral Squibb

TERM-PAK

250 comprimés Engran économiques, y compris un étui-miniature élégant



- **posologie très commode**
  un petit comprimé quotidien suffit
- **format pratique**
  un seul flacon renferme le renfort nutritif d'un terme complet

et le concours enthousiaste de la future mère pour son complément prénatal

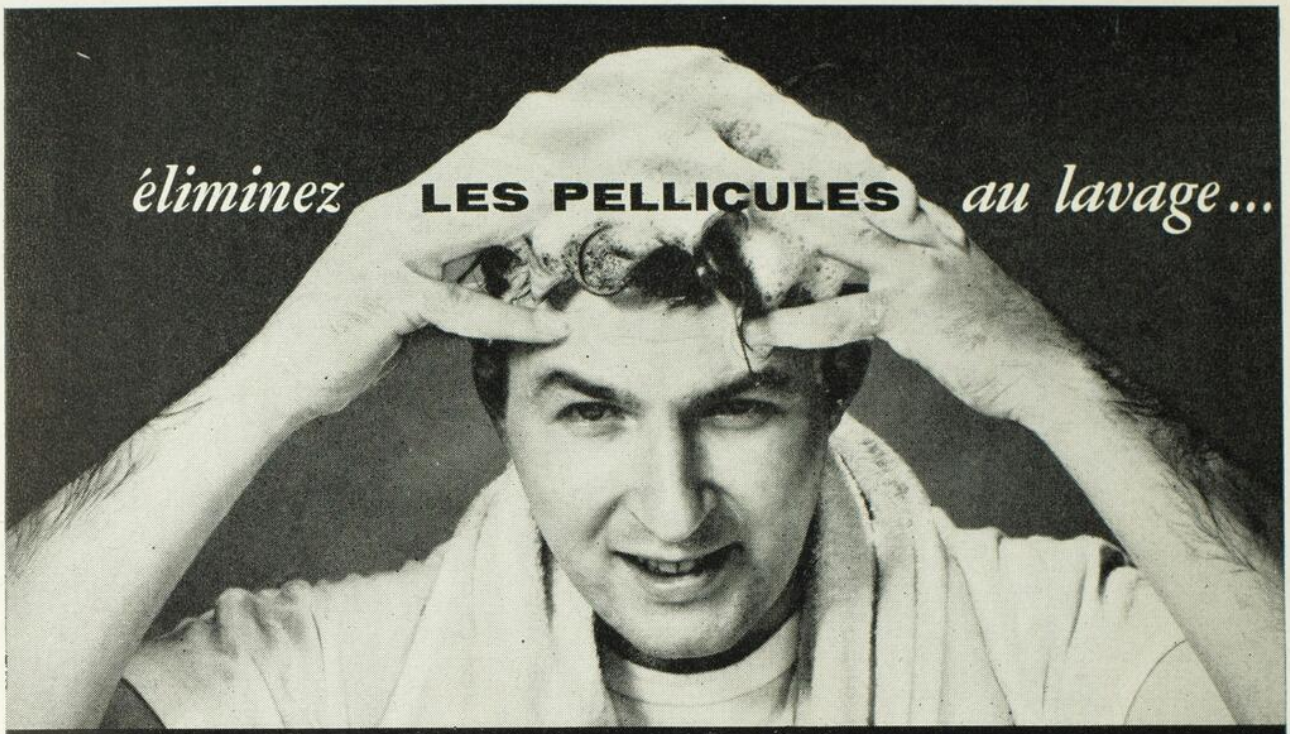
En outre:
Comprimés Engran; flacons de 100 et 500.

SQUIBB

Un siècle d'expérience inspire confiance

ENGRAN MARQUE DE COMMERCE

éliminez **LES PELLICULES** *au lavage...*



Cuir chevelu avant le traitement

RESULTATS OBTENUS AVEC

Fostex

Cuir chevelu après lavage à la Crème Fostex

Fostex® CREME

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

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

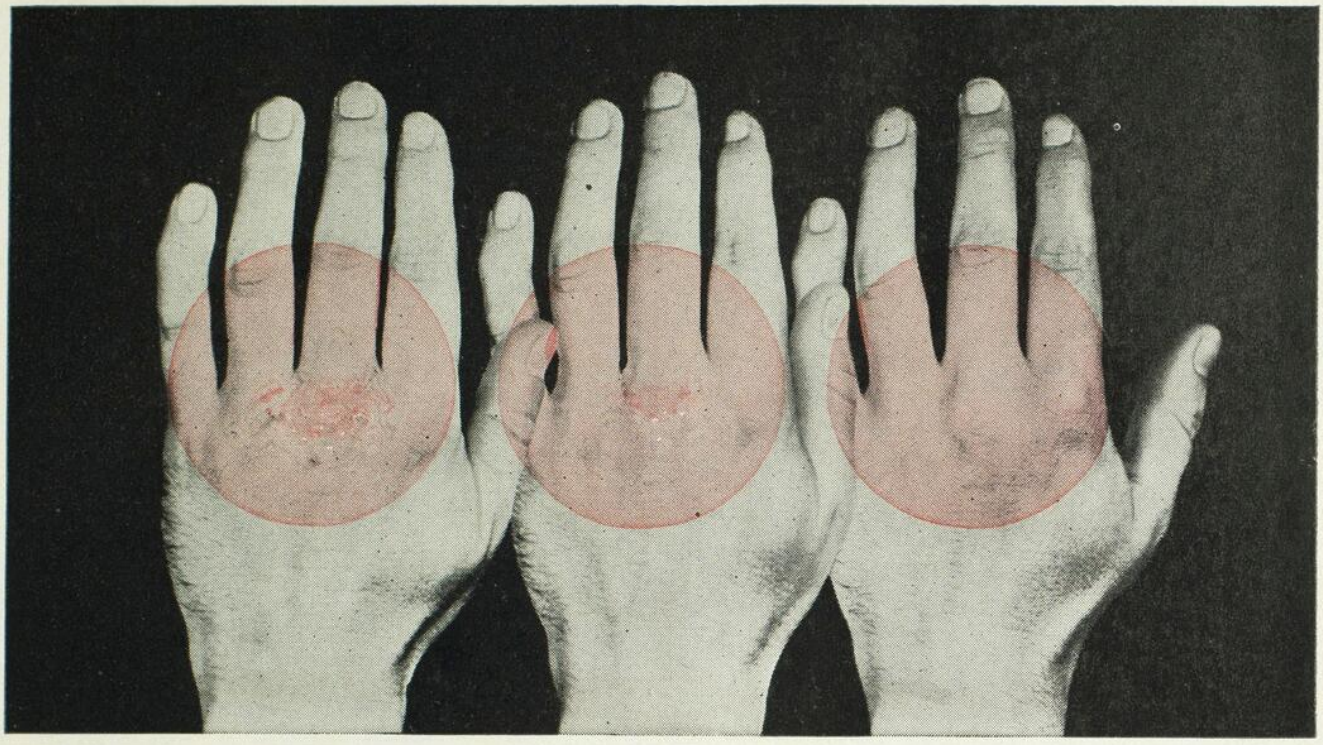
L'efficacité de Fostex dans la séborrhée du cuir chevelu est due à Sebulytic® (sulfo-acétate de lauryl sodium, sulfonate de alkyl aryl sodium polyéther, sulfo-succinate de dioctyl sodium), nouvelle association d'agents mouillants, actifs en surface, et doués d'une action anti-séborrhéique, kératolytique,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

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

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

Westwood PHARMACEUTICALS, **Buffalo, New York**

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



vous pouvez faire disparaître rapidement les infections topiques avec

NEO-POLYCIN

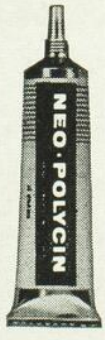
. . . parce que Neo-Polycin renferme les 3 antibiotiques les plus en usage

NEOMYCINE / BACITRACINE / POLYMYXINE

dans la base unique Fuzene qui libère de plus grandes concentrations d'antibiotiques que ne le font les onguents ordinaires à base de graisse.

NEO-POLYCIN couvre tout le champ des bactéries communément trouvées dans les lésions topiques . . . possède une sensibilisation très basse . . . éloigne le danger de résistance aux antibiotiques, puisque les antibiotiques que renferme le Néo-Polycin sont rarement employés dans l'organisme . . . est miscible avec le sang, le pus et les exudats tissulaires sans perte d'efficacité.

Chaque gramme de Neo-Polycin renferme 3 mg. de néomycine, 8000 unités de sulfate de polymyxine B et 400 unités de bacitracine dans l'unique base Fuzene (ester double de polyéthylène glycol). Présenté en tubes de 15 Gm.



PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED
E. B. Shuttleworth division
DON MILLS ONTARIO

NOUVEAU!...

Citrate de Bétaine Beaufour

MONOCITRATE DE TRIMÉTHYLCARBOXYMÉTHYLAMMONIUM

— TRAITEMENT
LIPOTROPE
INTENSIF —

HÉPATITES, ICTÈRES CATARRHAUX ET INFECTIEUX
MIGRAINES ET DERMATOSES D'ORIGINE HÉPATIQUE
RECONSTITUANT GÉNÉRAL

Ampoules buvables de 10 c.c. titrées à 2 g. de citrate de Bétaïne

(Boîtes de 10 ampoules)

LABORATOIRES BEAUFOUR, DREUX, FRANCE.

AGENT: J. EDDÉ LTÉE, 1154 BEAVER HALL Sq. MONTRÉAL.

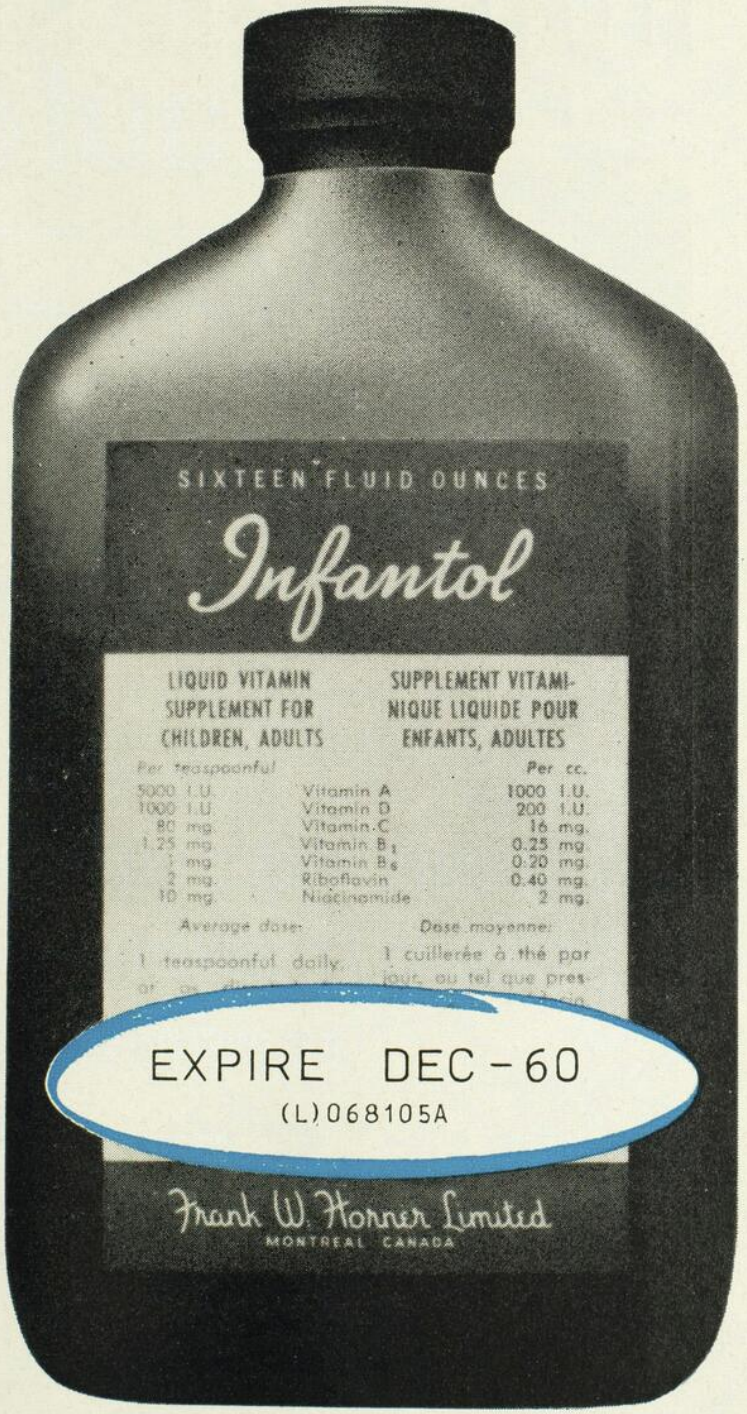
pour une garantie additionnelle d'efficacité

Horner présente . . .

La "date-limite" d'activité vitaminique

Tous les produits vitaminés Horner portent maintenant l'inscription de la "date-limite" au-delà de laquelle l'activité optima des produits n'est plus garantie.

La "date-limite" sur les produits vitaminés Horner garantit les concentrations telles qu'indiquées sur l'étiquette au moment de la vente.



ARGYROL S.S.

(solution stabilisée)

nouveau stabilisé

la seule solution stabilisée de protéine d'argent faible

pour les infections de la membrane muqueuse

SÉCURITE EFFICACITE STABILITÉ

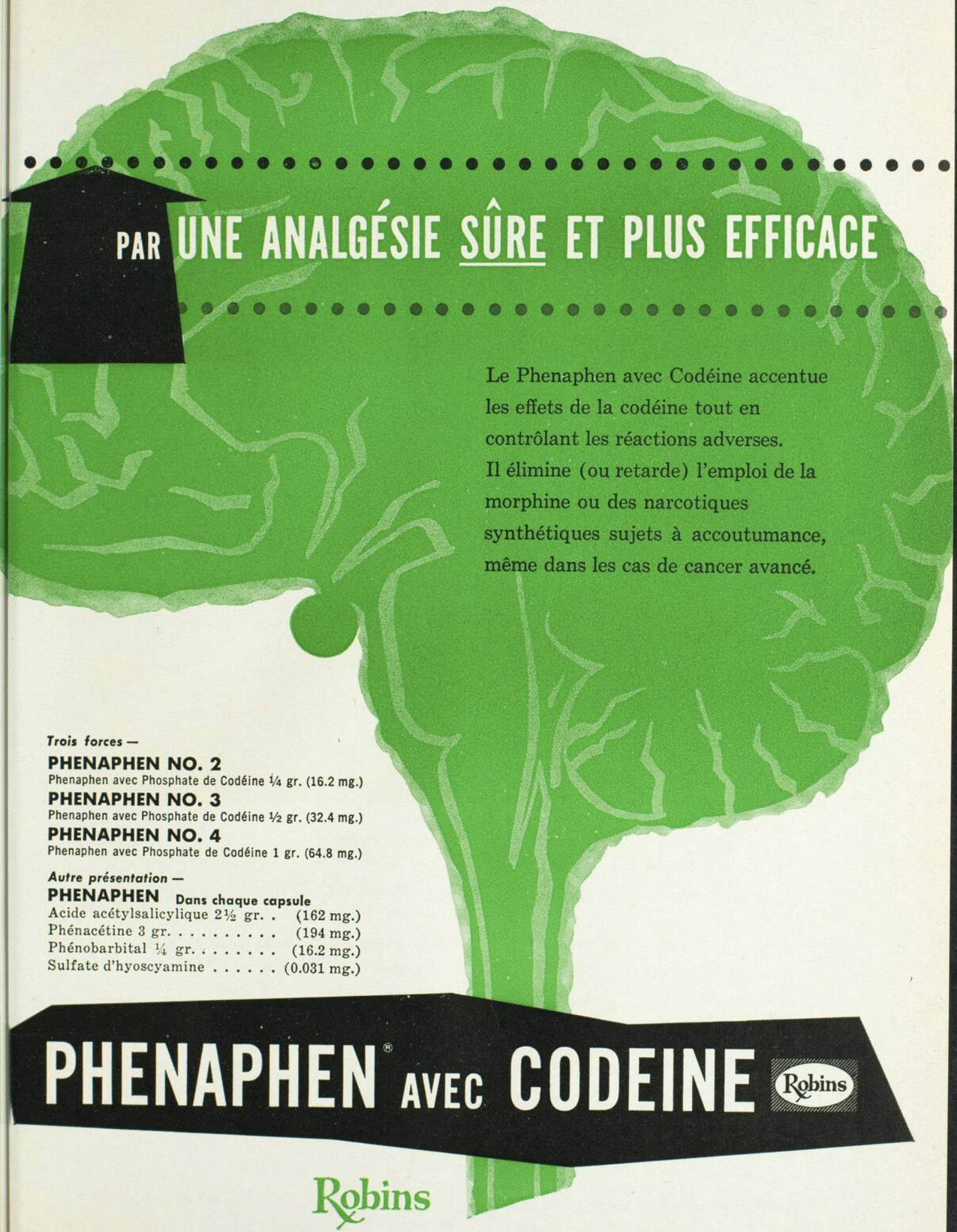
Le nouvel ARGYROL S.S. soulage l'irritation, adoucit et nettoie, et de plus:

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

Flacons compte-gouttes de ½ once et de 1 once.

CROOKES-BARNES CANADA, LTD. **Ste-Thérèse, P. Q.**

Emoussez la douleur



PAR UNE ANALGÉSIE SÛRE ET PLUS EFFICACE

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

Trois forces —

PHENAPHEN NO. 2
Phenaphen avec Phosphate de Codéine ¼ gr. (16.2 mg.)

PHENAPHEN NO. 3
Phenaphen avec Phosphate de Codéine ½ gr. (32.4 mg.)

PHENAPHEN NO. 4
Phenaphen avec Phosphate de Codéine 1 gr. (64.8 mg.)

Autre présentation —

PHENAPHEN **Dans chaque capsule**

Acide acétylsalicylique 2½ gr. .	(162 mg.)
Phénacétine 3 gr.	(194 mg.)
Phénobarbital ¼ gr.	(16.2 mg.)
Sulfate d'hyoscyamine	(0.031 mg.)

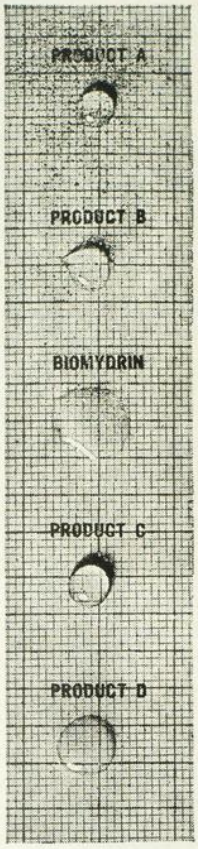
PHENAPHEN® AVEC CODEINE

Robins

Robins

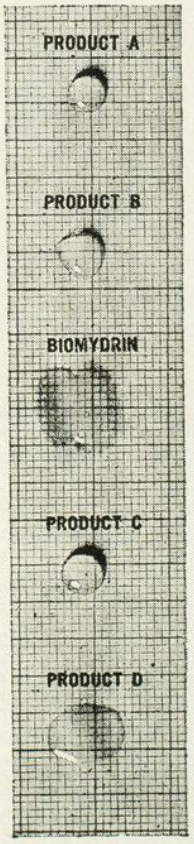
A. H. ROBINS CO. OF CANADA, LTD., MONTREAL, QUEBEC

Produits Pharmaceutiques de choix depuis 1878.



Epreuve de "l'extension de l'action" de Biomydrine et de quatre autres préparations nasales. Des gouttes d'égale dimension furent placées sur du papier graphique et photographiées immédiatement.

Note: La Biomydrine s'étend et pénètre rapidement, les autres gouttes, même celles qui contiennent des substances mouillantes, montrent peu de changement.



Dix minutes plus tard, la surface d'absorption de la Biomydrine est deux fois plus grande que celle de quelques-unes des autres préparations.

L'action mucolytique de Biomydrine fait la différence!

Et cette différence signifie action thérapeutique meilleure et plus rapide! Le Liquide Biomydrine pour Vaporisation Nasale rend la respiration plus facile . . . aide le drainage nasal . . . arrête le picotement et les éternuements. Le bromure de Thonzonium, ingrédient mucolytique unique de Biomydrine laisse les autres composants actifs *pénétrer* la muqueuse affectée. Les malades ont donc le plein bénéfice de l'action *antibactérienne* de la néomycine et de la gramicidine, de l'action *antihistaminique* de la thonzylamine HCl, et de l'action *décongestive* de la phényléphrine. Sûr même pour les nourrissons.

BIOMYDRINE

LIQUIDE POUR VAPORISATION NASALE

dans le coryza, la sinusite et la rhinite allergiques ou infectieuses.

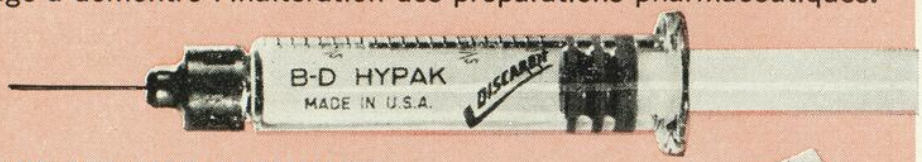
Aussi Biomydrine F (avec hydrocortisone)

WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO LIMITED TORONTO CANADA

B-D HYPAK UTILISATION UNIQUE

COMBINAISON AIGUILLE-SERINGUE ET BARILLET TOUT EN VERRE—

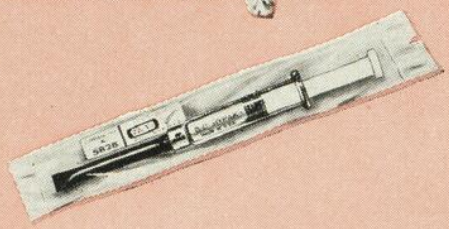
L'usage a démontré l'inaltération des préparations pharmaceutiques.



AUCUNE ACTION DISSOLVANTE
même après contact prolongé avec les liquides à usage parentéral.

SOUS CONTROLE B-D—
stérile, apyrogène, non toxique

NOUVELLE AIGUILLE A POINTE PLUS AIGUISEE—
ne sert qu'une fois...piqûre moins douloureuse.



TOUS LES AVANTAGES DE L'UTILISATION UNIQUE VERITABLE... produits DISCARDIT B-D

YALE UTILISATION UNIQUE

AIGUILLES HYPODERMIQUES STERILES

Adaptables à toutes les seringues B-D Luer-Lok et Luer-Slip

Construites pour l'utilisation unique
—la gâche en matière plastique médicalement testée ne permet pas la re-stérilisation classique.

Stériles—apyrogènes, non toxiques—sous contrôle B-D.
pointe nouvelle plus aiguisée—
injections moins douloureuses.

B-D BECTON, DICKINSON AND COMPANY · RUTHERFORD, NEW JERSEY
Au Canada BECTON, DICKINSON & CO., CANADA, LTD., TORONTO 10, ONTARIO

B-D, HYPAK, YALE, LUER-LOK ET DISCARDIT SONT DES MARQUES DEPOSEES DE BECTON, DICKINSON AND COMPANY

. . . et notons que nombre de sels de fer servant au traitement de l'anémie ferriprives irritent la muqueuse intestinale. Cette seule raison fait que Cerevon (succinate ferreux) représente la méthode idéale d'administrer le fer thérapeutique. Aisément absorbé, Cerevon possède, de loin, le coefficient d'utilisation le plus élevé des divers sels ferreux disponibles. La supériorité de Cerevon a été pleinement démontrée par la réaction clinique et hématologique obtenue dans les cas d'anémie par carence de fer durant la grossesse, l'enfance et . . .
CEREVON
pour le traitement rapide, par voie orale, de toutes les anémies ferriprives
COMPRIMÉS ET ÉLIXIR CEREVON
Chaque comprimé ou cuil. à thé renferme:
Succinate ferreux, 150 mg.
COMPRIMÉS ET ÉLIXIR CEREVON 'B'
Chaque comprimé ou cuil. à thé renferme:
Succinate ferreux, 150 mg.
Chlorhydrate d'aneurine, 1 mg.
Riboflavine, 1 mg.
Nicotinamide, 10 mg.
CALMIC LIMITED 220 Bay Street, Toronto
Crewe et Londres, Angleterre • Johannesburg, Afrique du Sud • Sydney, Australie

grande souplesse thérapeutique . . .

DANS LES TROUBLES MENTAUX ET ÉMOTIFS aigus et chroniques

- ALCOOLISME
- PSYCHOPATHIE
- AGITATION SÉNILE
- NARCOMANIE

INDICATIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES

- HOQUET
- SÉDATION EN CHIRURGIE
- SÉDATION EN OBSTÉTRIQUE
- NAUSÉE ET VOMISSEMENT

plusieurs avantages marqués . . .

"pour diriger le travail, l'association analgésique-sédative renfermant de la promazine (SPARINE) s'est révélée de beaucoup supérieure à toute autre utilisée par nous."

L. D. Sprague, Obstetrics and Gynecology, Vol. 9, No 6, juin 1957.

Shea[1] et autres ont déclaré que SPARINE a permis de supprimer efficacement la nausée et le vomissement et de soulager rapidement le hoquet.

[1]Shea, J. G. et coll. Use of promazine (Sparine) in the management of medical emergencies. Military Med. 119:221 (oct.) 1956.

"Comme traitement de l'élément émotif de la maladie, la promazine (SPARINE) est . . . le médicament par excellence, en raison de son efficacité, de son absence d'effets secondaires, de sa posologie très souple, de son application à des traitements très variés et de son efficacité par diverses voies d'administration."

Sahl, H. G., Management of the emotional factor in the practice of internal medicine, Am. Pract. & Digest Treat. 8:1381, (sept.) 1957.

COMPRIMÉS • INJECTION • SIROP

CHLORHYDRATE DE

Sparine*

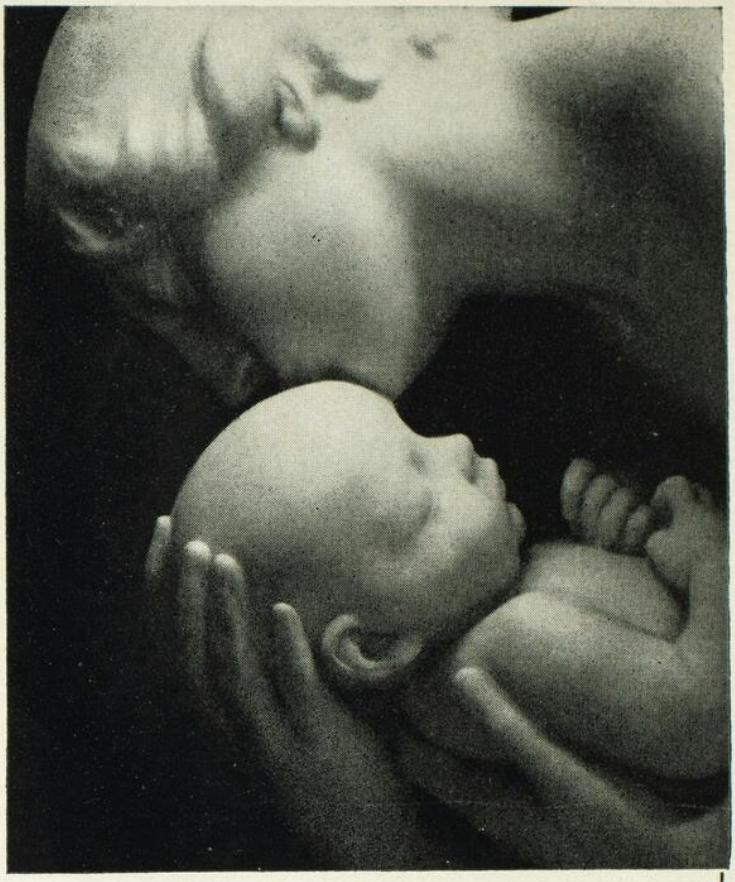
CHLORHYDRATE DE PROMAZINE

℞ Ordonnance obligatoire

Wyeth
Marque Déposée

*Marque déposée

WALKERVILLE, ONTARIO



"MÈRE"
par A. Lewin-Funke

Gracieuseté du
Metropolitan Museum of Art

Traitement Classique

pour prévenir et guérir

l'érythème fessier

les excoriations, éraflures, irritations

DESITIN®

ONGUENT

. . . constant dans son efficacité

. . . plaisant dans sa simplicité

. . . un modèle d'élégance pharmaceutique

pour **échantillons** et littérature, écrivez à

DESITIN CHEMICAL COMPANY

Distributeurs et représentants exclusifs pour la Canada:

LESLIE A. ROBB

5 Traymore Crescent, Toronto 9, Canada

EN
MEDECINE
GENERALE

Pacatal 12.5

Marque de mépazine à 12.5 mg

dans les cas de légère confusion mentale

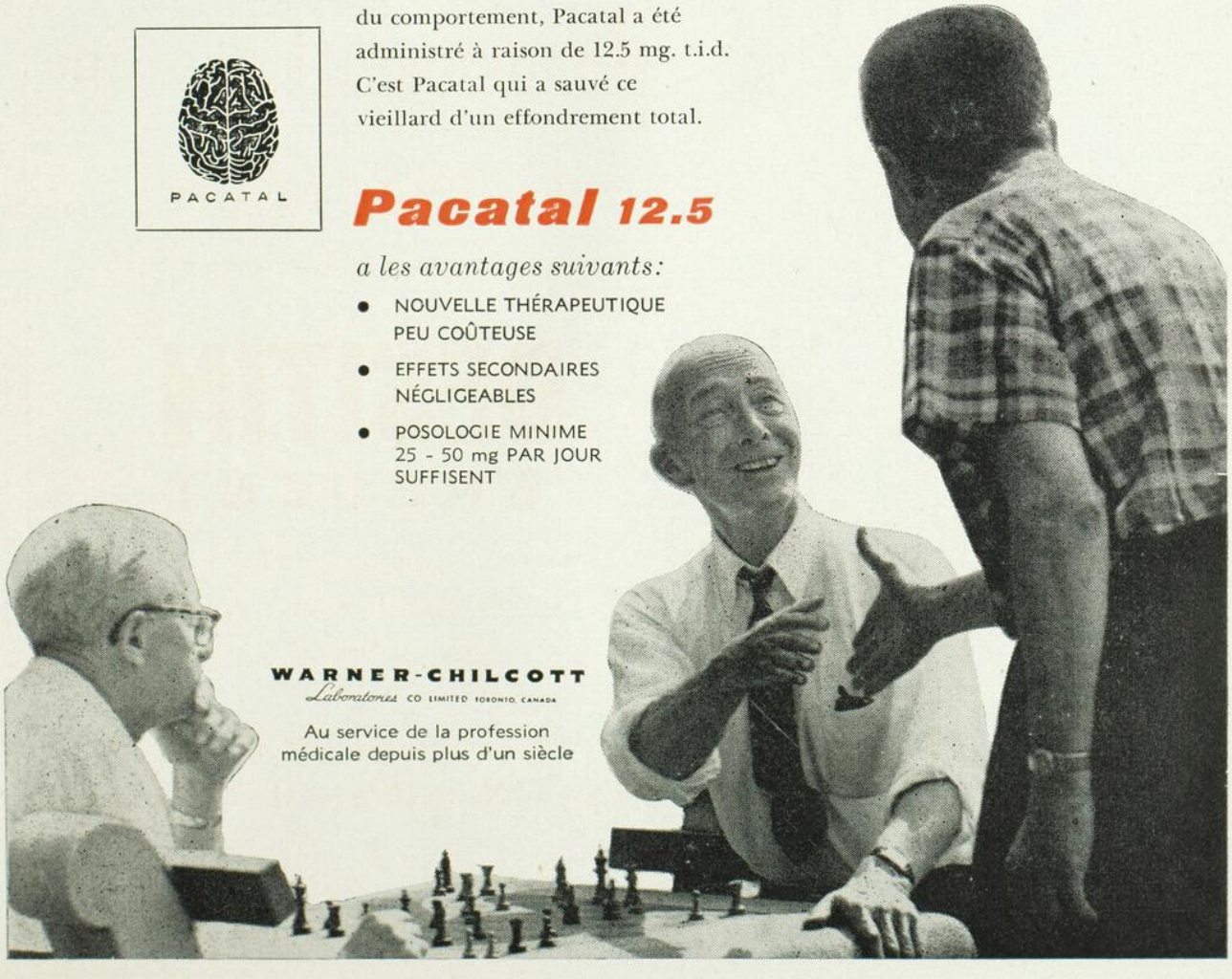
"Tiens, Paul a retrouvé sa bonne humeur!"

Vous vous souvenez de Paul . . . irascible, peu soigné de sa personne; toujours dans la lune . . . le voici de nouveau parmi ses amis, gai, l'esprit éveillé. Il était devenu un peu "perdu", grognon, changeant — en un mot, impossible. Pour corriger cette altération progressive du comportement, Pacatal a été administré à raison de 12.5 mg. t.i.d. C'est Pacatal qui a sauvé ce vieillard d'un effondrement total.

Pacatal 12.5

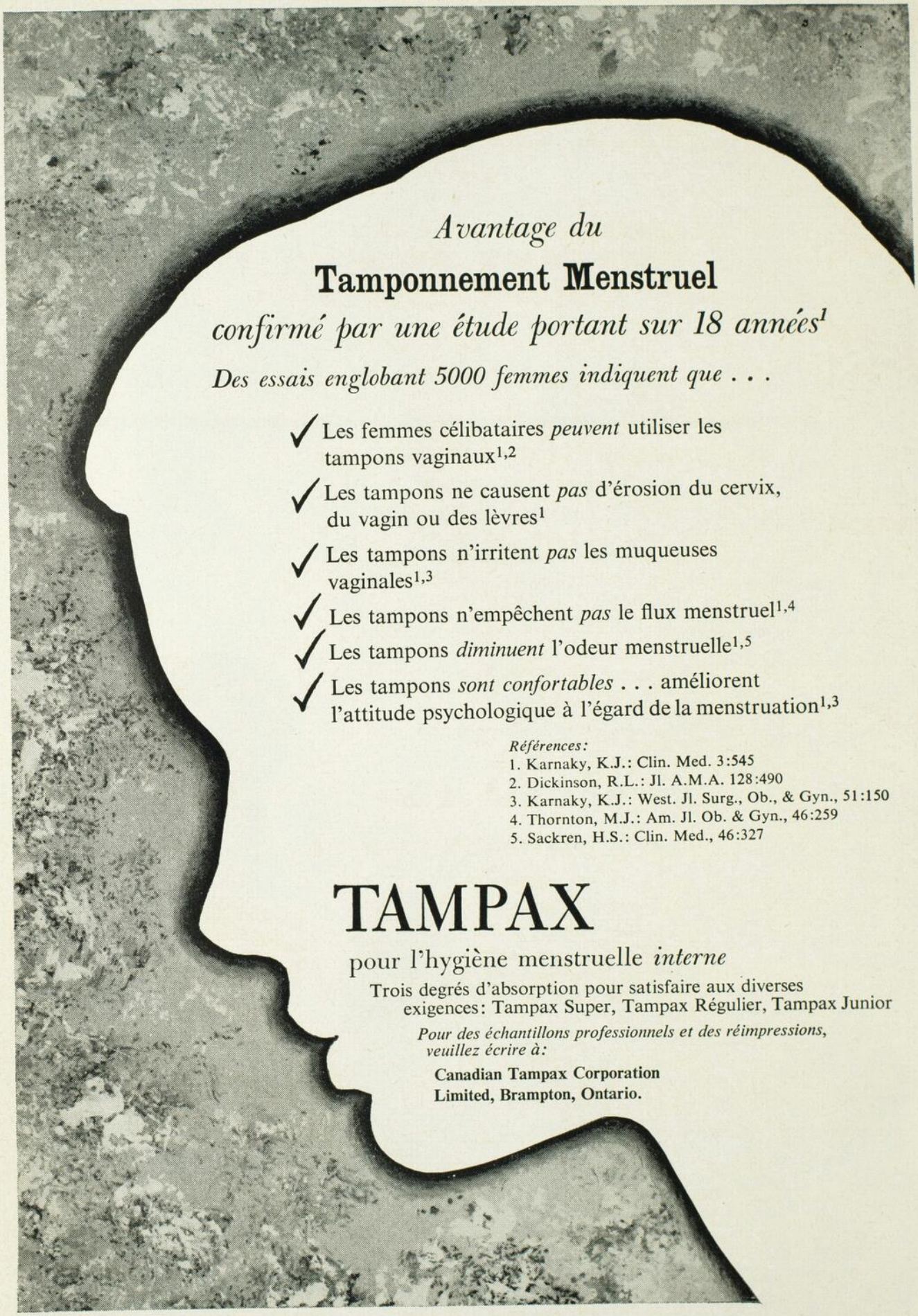
a les avantages suivants:

- NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE PEU COÛTEUSE
- EFFETS SECONDAIRES NÉGLIGEABLES
- POSOLOGIE MINIME 25 - 50 mg PAR JOUR SUFFISENT



WARNER-CHILCOTT
Laboratories CO LIMITED TORONTO, CANADA

Au service de la profession médicale depuis plus d'un siècle



Avantage du

Tamponnement Menstruel

confirmé par une étude portant sur 18 années[1]

Des essais englobant 5000 femmes indiquent que . . .

- ✓ Les femmes célibataires *peuvent* utiliser les tampons vaginaux[1,2]
- ✓ Les tampons ne causent *pas* d'érosion du cervix, du vagin ou des lèvres[1]
- ✓ Les tampons n'irritent *pas* les muqueuses vaginales[1,3]
- ✓ Les tampons n'empêchent *pas* le flux menstruel[1,4]
- ✓ Les tampons *diminuent* l'odeur menstruelle[1,5]
- ✓ Les tampons *sont confortables* . . . améliorent l'attitude psychologique à l'égard de la menstruation[1,3]

Références:

1. Karnaky, K.J.: Clin. Med. 3:545
2. Dickinson, R.L.: Jl. A.M.A. 128:490
3. Karnaky, K.J.: West. Jl. Surg., Ob., & Gyn., 51:150
4. Thornton, M.J.: Am. Jl. Ob. & Gyn., 46:259
5. Sackren, H.S.: Clin. Med., 46:327

TAMPAX

pour l'hygiène menstruelle *interne*

Trois degrés d'absorption pour satisfaire aux diverses exigences: Tampax Super, Tampax Régulier, Tampax Junior

Pour des échantillons professionnels et des réimpressions, veuillez écrire à:

Canadian Tampax Corporation Limited, Brampton, Ontario.

Choix de trois formats pour soulager toute opiniâtre

ALLERGIE

DES MÉTISTÉROÏDES ÉPROUVÉS ALLIÉS
À L'ANTIHISTAMINE SOUVERAIN
PROCURENT UN SOULAGEMENT
TRANSCENDANT

Nouvel alliage contre les allergies de l'œil

METICORTELONE (PREDNISOLONE) AVEC GLUCONATE DE CHLOR-TRIPOLON

METRETON

en suspension ophtalmique

pour un soulagement topique excellent des allergies de l'œil

Chaque cc. de la Suspension ophtalmique Metreton contient 2 mg. (0.2%) d'acétate de Meticortelone (acétate de prednisolone) et 3 mg. (0.3%) de gluconate de Chlor-Tripolon.

Vendu en bouteilles compte-gouttes de 5 cc.

METICORTEN (PREDNISONE) AVEC MALÉATE DE CHLOR-TRIPOLON ET ACIDE ASCORBIQUE

comprimés METRETON

pour un soulagement prompt et efficace avec le minimum d'effets secondaires

METICORTELONE (PREDNISOLONE) AVEC GLUCONATE DE CHLOR-TRIPOLON

METRETON pour pulvérisation nasale

pour un soulagement rapide de la congestion et de l'écoulement du nez

Composition:

Comprimés **METRETON**, chaque comprimé contient 2.5 mg. de Meticorten (prednisone), 2 mg. de maléate de Chlor-Tripolon (maléate de chlorprophènepyridamine) et 75 mg. d'acide ascorbique.

Le Vaporisateur nasal **METRETON**, contient 2 mg. d'acétate de Meticortelone (acétate de prednisolone) et 3 mg. de gluconate de Chlor-Tripolon dans chaque cc. d'un véhicule isotonique bien toléré.

Présentation:

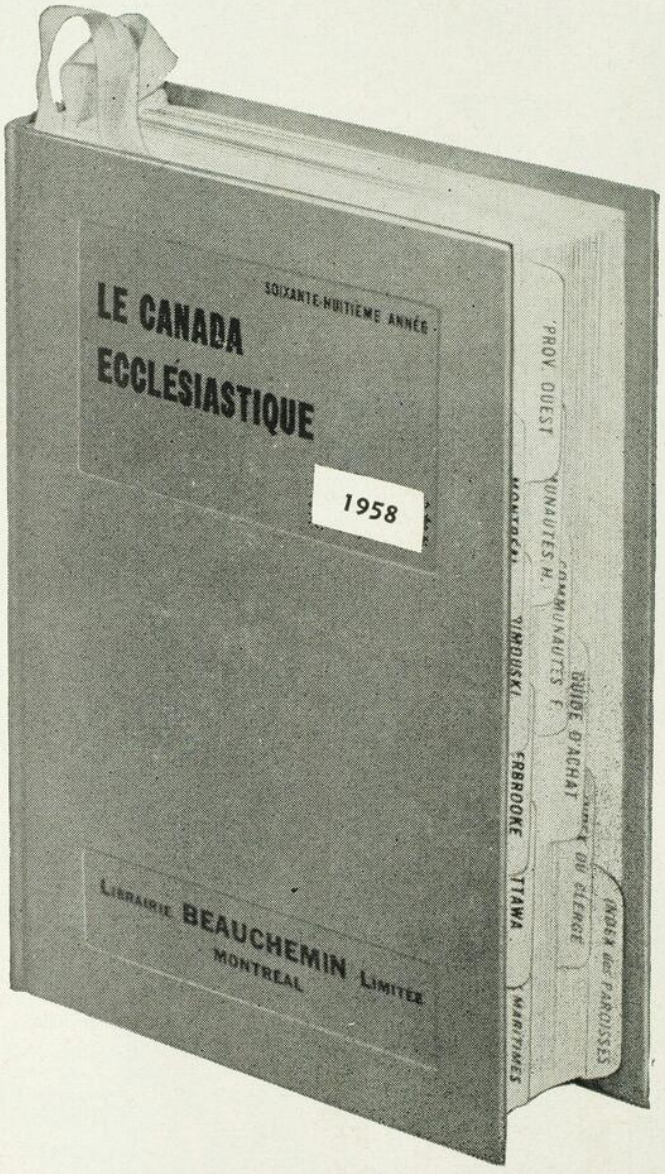
Comprimés **METRETON**, en bouteilles de 30 et de 100.

Vaporisateur nasal **METRETON**, bouteille compressible de 15 cc. en plastique — boîte individuelle.

Schering
CORPORATION LIMITED
MONTREAL

Le Canada Ecclésiastique 1958

(soixante-douzième édition)



Le répertoire religieux le plus complet au Canada

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

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

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

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

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

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

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

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

Le tirage étant limité, commandez immédiatement.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN, LIMITEE

251 EST, RUE VITRÉ - MONTRÉAL

LA PHLEOLE

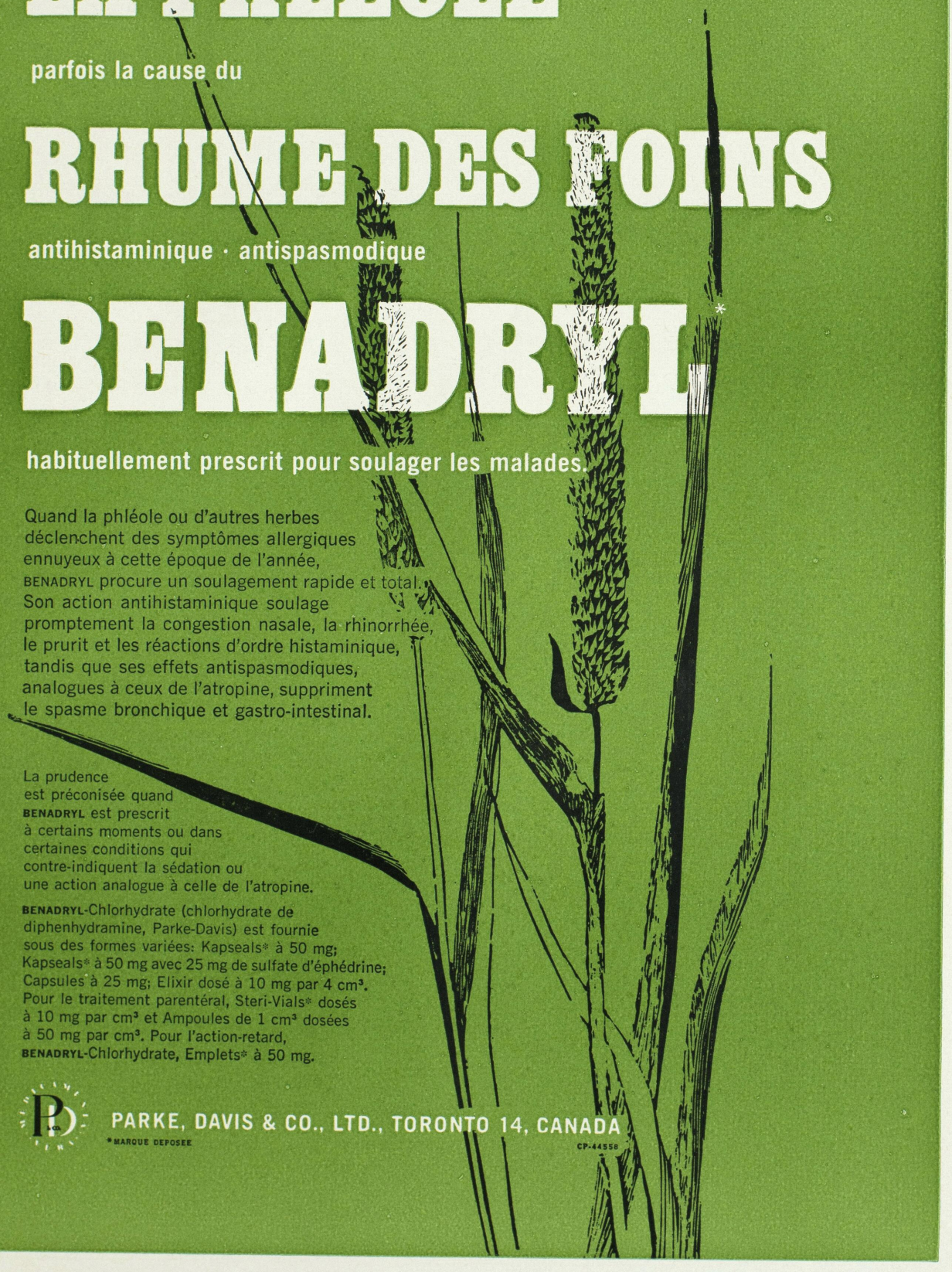
parfois la cause du

RHUME DES FOINS

antihistaminique · antispasmodique

BENADRYL*

habituellement prescrit pour soulager les malades.



Quand la phléole ou d'autres herbes déclenchent des symptômes allergiques ennuyeux à cette époque de l'année, BENADRYL procure un soulagement rapide et total. Son action antihistaminique soulage promptement la congestion nasale, la rhinorrhée, le prurit et les réactions d'ordre histaminique, tandis que ses effets antispasmodiques, analogues à ceux de l'atropine, suppriment le spasme bronchique et gastro-intestinal.

La prudence est préconisée quand BENADRYL est prescrit à certains moments ou dans certaines conditions qui contre-indiquent la sédation ou une action analogue à celle de l'atropine.

BENADRYL-Chlorhydrate (chlorhydrate de diphenhydramine, Parke-Davis) est fournie sous des formes variées: Kapseals* à 50 mg; Kapseals* à 50 mg avec 25 mg de sulfate d'éphédrine; Capsules à 25 mg; Elixir dosé à 10 mg par 4 cm³. Pour le traitement parentéral, Steri-Vials* dosés à 10 mg par cm³ et Ampoules de 1 cm³ dosées à 50 mg par cm³. Pour l'action-retard, BENADRYL-Chlorhydrate, Emplets* à 50 mg.

PARKE, DAVIS & CO., LTD., TORONTO 14, CANADA

*MARQUE DEPOSEE

CP-44558

Les Comprimés Baby's Own

soulagèrent de façon satisfaisante

40 bébés* atteints de

constipation

et 34 bébés* sur 35 dont la

dentition

était accompagnée de troubles gastro-intestinaux et de malaises

soulagement complet de l'effort à l'évacuation, des gaz pénibles, des troubles du sommeil, de l'agitation, de la mauvaise humeur et de l'anorexie.

REMARQUABLEMENT SÛR — "Tout au long des observations . . . en aucun cas, on n'a noté quelque réaction secondaire que ce soit."

LES COMPRIMÉS BABY'S OWN renferment 3/16 de grain de Phénolphtaléine, légèrement tamponnée avec ½ grain de Carbonate de Calcium Précipité, et du Sucre en Poudre, q. s. Agréables, commodes.

*âgés de 2 à 24 mois.

Pour échantillons et littérature, avec références 1-15, écrivez à . . .

Observation Typique

OBS. no 50. Bébé R. S., 12 mois, 20 lbs 10 onces, souffrait de troubles gastro-intestinaux et de malaises causés par sa dentition. Bébé n'avait pas encore de dents mais ses gencives étaient tendres, bouffies et gonflées. Bébé était de méchante humeur, irritable, agité et ne pouvait dormir. Il bavait de façon excessive et son appétit était pauvre.

DES COMPRIMÉS BABY'S OWN furent administrés à raison d'un chaque soir, au coucher. Bébé fut soulagé de ses symptômes de façon satisfaisante. L'appétit devint meilleur. Les premiers jours, puis les nuits, devinrent plus calmes et plus faciles. Bébé a maintenant six dents.

G. T. FULFORD CO., LIMITED, Brockville, Ontario

il vit maintenant sur un lit de roses

la fièvre des foins est soulagée
toute la journée par les Répétabs

REPETABS CHLOR-TRIPOLON

Un Répétab le matin, un autre le soir, entretiennent des taux thérapeutiquement efficaces de l'antihistaminique le plus puissant et le plus sûr employé actuellement, Chlor-Tripolon.

Maléate de Chlor-Tripolon, maléate de chlorprophènepyridamine, Schering

*Répétabs, comprimés à action répétée

QUATRE FORMES ORALES

Répétabs* Chlor-Tripolon 8 mg. et 12 mg.

Comprimés Chlor-Tripolon 4 mg.

Sirop Chlor-Tripolon 2 mg. par 5 cc.

Sirop Chlor-Tripolon COMPOSÉ

1.25 mg. de maléate de chlorprophènepyridamine et 2.5 mg. de chlorhydrate de phényléphrine par 5 cc.

Schering
CORPORATION LIMITED
MONTREAL

L'Union Méd. Canada
Tome 87 — Août 1958

LABORATOIRES 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.

Surveillance du lait, de l'eau et des aliments.

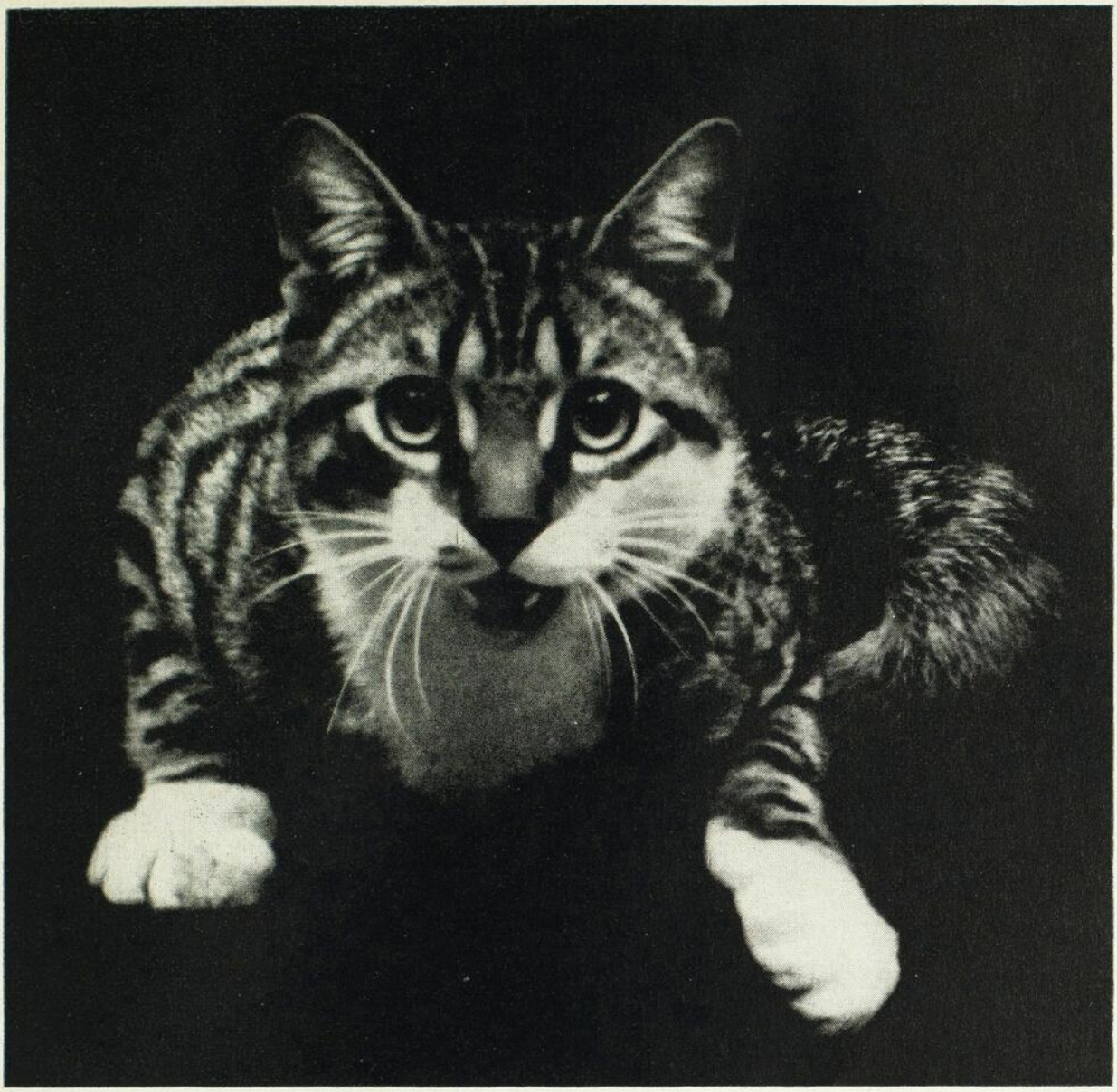
Les techniciens des laboratoires sont au service de la population et des praticiens.

La santé, répétons-le, est le capital essentiel sans lequel rien ne compte plus.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Honorable Albiny PAQUETTE, m.d.,
ministre

Jean GREGOIRE, m.d.,
sous-ministre



JETEZ UN NOUVEAU COUP D'OEIL SUR LES ALLERGÈNES* — JETEZ UN COUP D'OEIL SUR LE NOUVEAU DIMÉTANE

L'antihistaminique par excellence pour assurer une protection efficace contre les accidents allergiques. ■■■ Comparez le DIMÉTANE aux antihistaminiques que vous prescrivez maintenant: cette préparation apporte tous les avantages que vous demandez d'un tel médicament: puissante activité, indice thérapeutique élevé, tolérance remarquable....somnolence et effets secondaires réduits au minimum. La préparation s'avère efficace dans beaucoup de cas où les autres antihistaminiques sont restés sans effet. ■■■ Un seul comprimé à effet durable DIMÉTANE Extentab® (dosé à 12 mg. de principe actif) protègera votre patient pendant 10 à 12 heures. DIMÉTANE est également offert sous forme de comprimés ordinaires, dosés à 4 mg. et d'élixir, dosé à 2 mg. par 5 cc.

A. H. Robins Company of Canada Ltd., Montréal
Produits Pharmaceutiques de qualité depuis 1878

*ALLERGÈNES TYPIQUES: Poils et squames d'origine animale • Pollen • Moisissures • Bactéries et virus • Plumes • Ecailles d'insectes • Graines et fibres végétales • Sucs de plantes • Poussière de maison • Médicaments et produits chimiques • Minéraux et métaux divers

Robins

(MALÉATE DE PARABROMDYLAMINE)

Dimétane®

Ce qu'a Accompli l'

Arist

. . . dans les maladies de la peau: Dans une étude portant sur 26 cas de dermatoses sérieuses, l'ARISTOCORT s'est montré doué de puissantes propriétés anti-inflammatoires et antiprurigineuses, même à seulement les ⅔ de la dose de prednisone[1]... affinité frappante pour la peau et formidable efficacité pour enrayer les maladies de la peau y compris 50 cas de psoriasis dont 60% ont été rapportés avoir été *notablement améliorés*[2]... l'absence d'effets secondaires sérieux a été spécifiquement notée.[1,2,8]

. . . dans l'arthrite rhumatoïde: Effet thérapeutique impressionnant dans la plupart des cas chez un groupe de 89 patients[4]... 6 mg. d'ARISTOCORT avaient un effet correspondant à 10 mg. de prednisone par jour (en outre, l'ulcère gastrique qui s'est développé dans 2 cas au cours de la prednisonothérapie a disparu au cours du traitement par l'ARISTOCORT).[5]

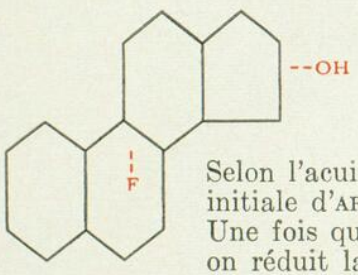
1. Rein, C.R.; Fleischmajer, R., et Rosenthal, A.L.: J.A.M.A. *165:* 1821, (7 déc.) 1957.
2. Shelley, W.B., et Pillsbury, D.M.: Communication personnelle.
3. Sherwood, A., et Cooke, R.A.: Communication personnelle.
4. Freyberg, R.H.; Berntsen, C.A., et Hellman, L.: Communication présentée au Congrès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

ocort

Triamcinolone LEDERLE

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

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



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

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

L'ARISTOCORT est présenté en comprimés rainurés de 1 mg. (jaunes), flacons de 50; en comprimés rainurés de 2 mg. (roses), flacons de 30 et de 100; et en comprimés rainurés de 4 mg. (blancs), flacons de 30 et de 100.

Lederle CANADA

LEDERLE LABORATORIES DIVISION, CYANAMID OF CANADA LIMITED
5550, AVENUE ROYALMOUNT, VILLE MONT-ROYAL, MONTRÉAL, P. Q.
*MARQUE DÉPOSÉE

Pour le soulagement de la constipation chez les malades de tout âge

Capsules
Sirop

Peri-Colace*

Ramollissant des selles—stimulant du péristaltisme

Lorsque la motilité intestinale est restreinte

. . . la défécation infréquente . . . Peri-Colace combine le Colace à un nouveau stimulant bénin du péristaltisme, le Peristim.

Capsules
Gouttes
Sirop

Colace*

Ramollissant des selles sans action laxative

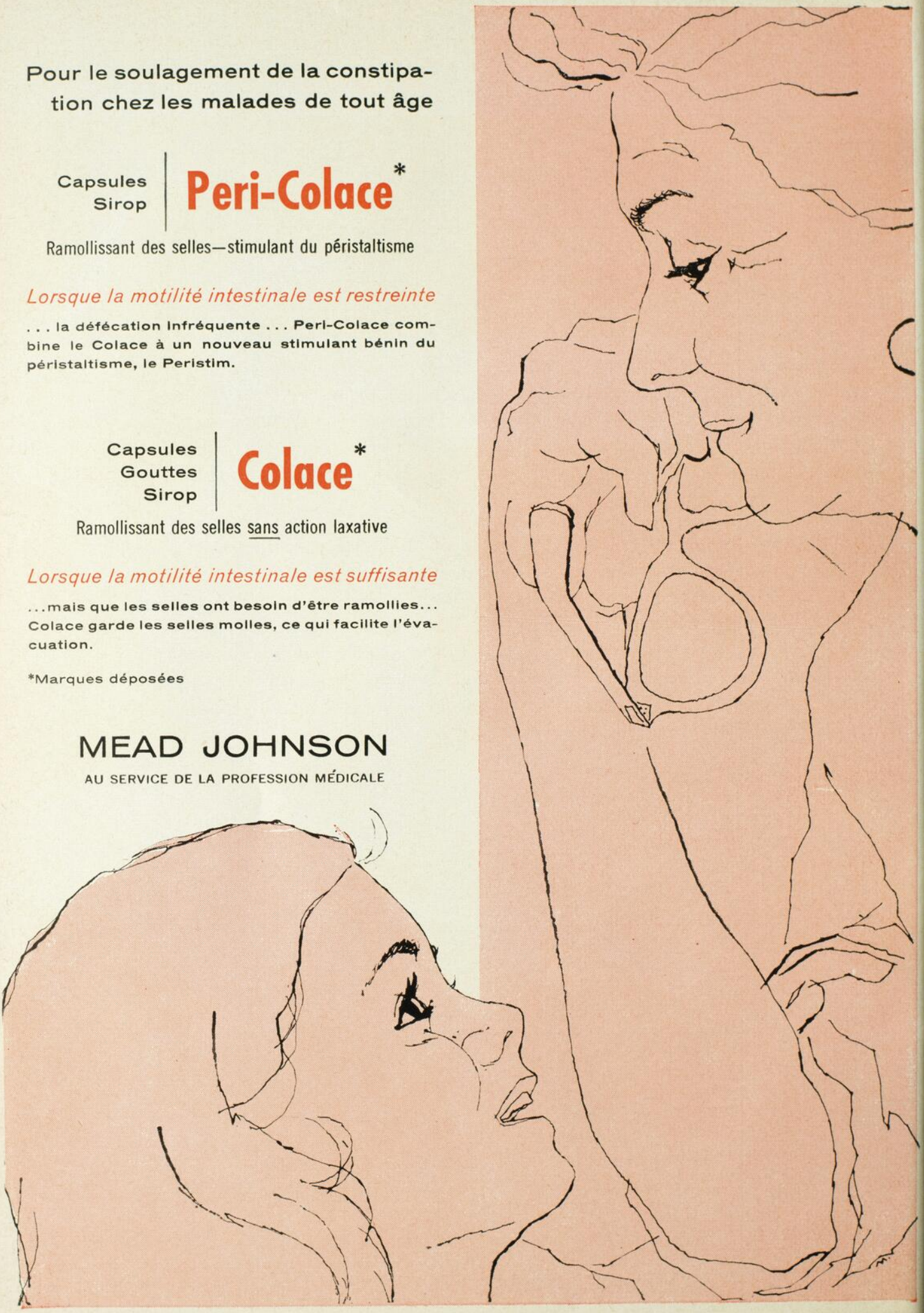
Lorsque la motilité intestinale est suffisante

. . . mais que les selles ont besoin d'être ramollies. . . Colace garde les selles molles, ce qui facilite l'évacuation.

*Marques déposées

MEAD JOHNSON

AU SERVICE DE LA PROFESSION MÉDICALE

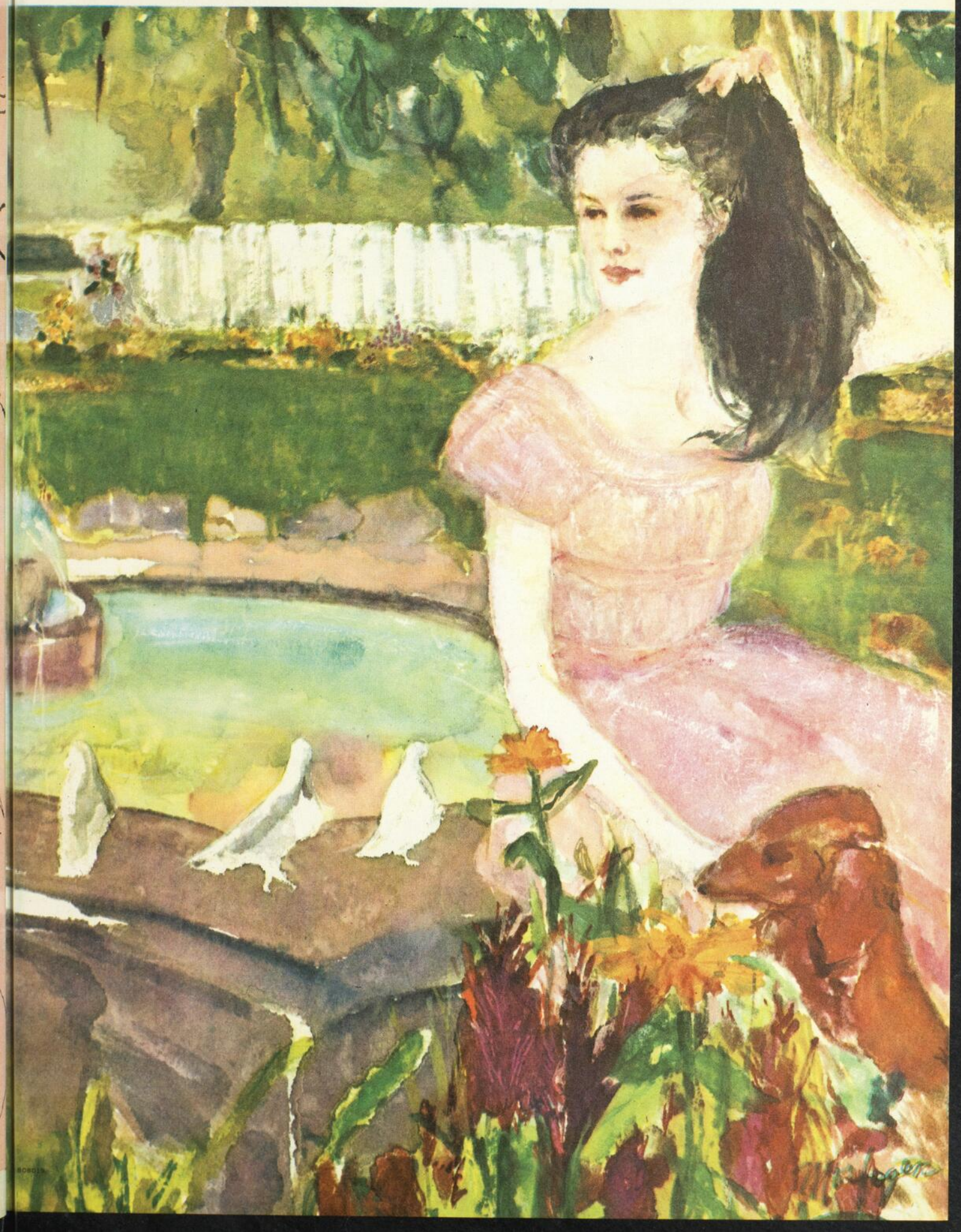


SELSUN

(Sulfide de Sélénium Abbott)

le traitement le plus efficace connu contre la séborrhée sèche

LABORATOIRES ABBOTT LTÉE



2 Filmtabs IBEROL par jour fournissent :

LA QUANTITÉ REQUISE DE FER

Sulfate Ferreux, U.S.P. ..... 1.05 Gm.
(Fer Métal—210 mg.)

PLUS LE COMPLEXE B AU COMPLET

BEVIDORAL* ..... 1 Unité (orale) U.S.P.
(Vitamine B_{12} avec Concentré de Facteur Intrinsèque Abbott)

Acide Folique	2 mg.
Fraction Hépatique 2, N.F.	200 mg.
Mononitrate de Thiamine	6 mg.
Riboflavine	6 mg.
Niacinamide	30 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine	3 mg.
Pantothénate de Calcium	6 mg.

PLUS DE LA VITAMINE C

Acide Ascorbique	150 mg.

anémie due à la ménorragie

une autre indication de

filmtab®

Iberol®

traitement anti-anémique puissant
plus le complexe B au complet

Abbott

BIBLIOTHÈQUE
DU
Q. PHŒNIX SAINT-JEAN QUÉBEC

BULLETIN

PROBLÈMES EN QUÊTE DE SOLUTIONS

Le médecin prescrit magistralement à ses patients des règles d'or pour la conduite de la vie telles que: « Durant vos vacances, chassez de votre esprit les préoccupations habituelles, faites relâche de vos activités coutumières. » « Bénéficiez de l'évolution sociale. Ne travaillez pas au delà d'une certaine limite que la raison vous dicte. » Règles que le médecin ignore pour lui-même.

Alors que, dans tous les pays libres, les corps de métier obtiennent de meilleures conditions de travail, des semaines de labeur raccourcies et tout autant rétribuées, la profession médicale s'ingénie à compliquer l'existence de ses membres, multiplie — au rebours du courant — les heures de devoir, raidit les règlements, étend le champ des responsabilités, restreint les moments de loisir. Ce Bulletin en est la meilleure démonstration, puisqu'il vient en pleines vacances troubler la quiétude d'une détente méritée. L'aveu de culpabilité minimise la faute, d'autant plus qu'il y a matière à réflexion.

Des événements récents se sont produits que le médecin n'a pas le droit d'ignorer car ils touchent certains de ses droits, de ses privilèges et de ses devoirs.

* * *

Les médecins du Québec, allergiques pour un grand nombre à la lecture des textes légaux que constituent la Charte et les Règlements de leur Collège, ont semblé déjà croire à la légende d'un Bureau Provincial de Médecine qui se perpétuait dans le mystère et se délectait dans des ébats oratoires à huis-clos; ils ne peuvent maintenant plaider ignorance qu'à leur courte honte. Tous les journaux médicaux ont, en 1958, insisté sur les procédures électorales et les délibérations du Collège ont été rendues publiques. S'il est vrai que les peuples ont les gouvernements qu'ils méritent, la profession médicale aura, le 3 septembre prochain, un Bureau sage et avisé, une représentation digne et éclairée, des Gouverneurs intègres, impartiaux et conscients de leurs responsabilités morales.

* * *

La lecture des journaux quotidiens est d'un mauvais commerce pour le médecin, car souvent il y lit des articles ou des compte

rendus d'assemblées ou de congrès, où pièce de choix et de résistance au menu, il est livré en pâture à l'admiration (rarement) ou (plus souvent) à la contemption de certains auditoires.

Les problèmes complexes de la vie contemporaine, les difficultés de la coexistence ne cessent de surgir qui, à la manière de néoformations malignes, bouleversent la trame architecturale des concepts physiologiques traditionnels et risques de vicier le libre jeu de l'équilibre social. Aux grands maux, les grands remèdes, peut-être, mais à la condition que l'appétit des recettes alambiquées n'obnubile pas les hypothèses de travail et n'éloigne pas de la fin désirée au lieu d'y conduire.

Que de problèmes à la recherche de solution font appel à des formules abstraites, à des équations hermétiques, alors que la réponse pourrait surgir rapidement à la lumière de calculs simples! La vérité est étouffée sous le boisseau, elle a soif d'oxygène et d'éléments libres de toute impureté.

Le problème médico-hospitalier, qui a pris la vedette récemment, serait singulièrement amenuisé, si le concours des bonnes volontés se rencontrait au carrefour de la justice et de la charité. Le docteur Gilbert Blain l'écrit dans ce numéro, alors qu'il développe le thème hautement idéalisé de la médecine humaine et humanisante.

Une boutade récente, pleine de sens et de vérité, recommandait une formule de discussion: « Chacun doit s'occuper de ses affaires en s'intéressant aux affaires des autres. »

L'harmonie est la conclusion inévitable de toute rencontre, sur le plan spirituel, de volontés libres, exemptes de préjugés et soucieuses d'agir au meilleur des intérêts de la collectivité humaine.

Les « Pensées » de Pascal en fournissent le meilleur argument, alors qu'elles disent: « On ne voit presque rien de juste ou d'injuste qui ne change de qualité en changeant de climat. Trois degrés d'élévation du pôle renversent toute la jurisprudence. Un méridien décide de la vérité, ou peu d'années de la possession. Les lois fondamentales changent; le droit a ses époques. Plaisante justice, qu'une rivière ou une montagne borne. *Vérité en deça des Pyrénées, erreur au delà.* »

* * *

Le 25 juin dernier, un journal de Montréal posait, en gros caractères, la question suivante: « Qui est le véritable maître à l'hôpital? » Sans préjuger du sens juridique de la possession, une seule réponse apparait vraie, authentique, pleine de sens: le véri-

table maître à l'hôpital, c'est le malade. *Pour mieux servir, ut vitam habeat*: voilà en ces deux formules lapidaires la raison d'être de l'hôpital et du médecin.

Même idéal, but commun, intérêt réciproque, le malade sert de trait d'union entre l'hôpital et le médecin. Argumentations stériles, discussion sans fin, verbalisme spéculatif et consultations juridiques éloignent l'une et l'autre partie de son objectif unique qui est le sacrifice de ses intérêts propres au bénéfice de l'homme souffrant. L'esprit chrétien proscrit la lutte de classe, répudie la mesquinerie et l'arrogance que certains primaires mal préparés considèrent comme la prérogative de leur état. Coupables grandement sont ceux qui, d'un côté de la barricade comme de l'autre, incitent à la mésentente. Le contexte propriétaire-locataire ne devrait jamais être introduit dans les relations médico-hospitalières.

Un hôpital sans médecin ne se conçoit pas ou alors c'est un asile, un refuge, un hospice. La proposition contraire est aussi invraisemblable: un hôpital doit nécessairement être sous la tutelle d'administrateurs. Le principe fondamental de la synergie profitable à la société, c'est le respect total des dimensions du tryptique: hôpital-malade-médecin à l'échelle de leurs prérogatives respectives. Baser sur le seul droit de propriété l'exercice de certains privilèges peut éloigner de la stricte justice, et gare aux actes, où l'âme et le cœur ont fait place aux formules légales et à des considérations froidement administratives.

D'ailleurs l'hôpital est une corporation publique créée et mise au monde pour servir l'intérêt public et par prolongement celui du malade.

L'honorable juge Sylvestre l'a déclaré clairement: « . . . ils doivent administrer dans l'intérêt public; ils ne peuvent agir à leur guise; ils doivent suivre les règlements. Ils ont sans doute une certaine discrétion, mais non pas une liberté absolue. « Il y a des limites aux pouvoirs discrétionnaires du Bureau d'administration »... « tout cela à cause de la nature même d'un hôpital public et de la *protection que l'on doit donner aux intérêts d'une valeur incalculable que les médecins acquièrent dans un hôpital.* »

* * *

Ce jugement qui portait sur l'interprétation de règlements doit souligner l'importance d'en bien comprendre les termes avant de les adopter.

Ce jugement du juge Sylvestre vient d'être confirmé en appel et à l'unanimité des trois juges. Ce témoignage juridique est un

moment si précieux dans l'histoire de la médecine au Québec que la reproduction du jugement et des notes qui l'accompagnent paraissent dans le numéro présent sous la rubrique : Jurisprudence médicale.

* * *

Le culte du malade exige l'harmonie complète entre les composantes de l'appareil hospitalier. Le malade n'a rien à retirer de controverses, de polémiques, de procédures judiciaires qui obèrent des budgets en équilibre instable; le malade, quand il a mal au ventre ou lorsqu'il souffre d'une crise cardiaque, se moque éperduement du mandamus, du quo warranto ou du certiorari; il réclame tout de suite le secours de son médecin et aspire à son admission d'urgence à l'hôpital.

Comme il avait raison Louis XIV, alors qu'il conférait à un de nos hôpitaux parmi les meilleurs une charte spéciale et qu'il décrétait que l'institution serait le bien des pauvres et que les religieuses en seraient les administratrices. Titre de noblesse, droit de propriété propres à réjouir l'esprit des « enfants de lumière », sinon celui des « enfants du siècle ».

* * *

Un profane qui lirait ce qui précède serait fondé à croire qu'il y a un divorce entre le médecin et l'hôpital. Il n'en est rien et les conflits ne sont que des chocs d'opinion. Personne ne conteste le fait patent du droit de propriété et les conséquences juridiques qu'il comporte. Les divergences de vues originent d'une conception propre à chaque partie du phénomène physiologique qui, à l'hôpital, s'appelle l'acte médical. Une prise de position franche établit clairement la profondeur et l'amplitude du problème. Mais avant tout, l'œuvre médicale est fonction de paix, de tranquilité d'esprit et de confiance. L'atmosphère de calme, de sérénité et de sécurité est indispensable au sein de nos hôpitaux pour la poursuite de travaux de recherches, pour l'accomplissement du devoir d'état. Le proverbe est toujours vrai: qui sème le vent récolte la tempête; climat défavorable à l'extrême en milieu médico-hospitalier.

L'expérience prouve que l'incompréhension, le manque de confiance mutuelle, l'absence de sympathie réciproque sont les résultantes d'une politique rigide et tracassière.

La médecine doit être humaine, elle doit être charité, elle doit être l'union des cœurs et des esprits.

Edouard DESJARDINS.

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

LE PROFESSEUR ANDRÉ LEMAIRE, DÉLÉGUÉ OFFICIEL DE LA FRANCE AU CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C., À SAINT-ANDRÉ-SUR-MER

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada a certainement joué un rôle important dans le regain de vitalité des relations médicales franco-canadiennes que l'on constate actuellement. Si une élite de choix, parmi nos jeunes médecins canadiens, est aujourd'hui l'objet d'un si bienveillant

LE PROFESSEUR ANDRÉ LEMAIRE,
Délégué officiel de la France.

accueil à Paris, c'est, en grande partie, parce que l'Association a constitué pour eux, avec patience et lucidité, au cours des années, un parrainage précieux de grands patrons ayant au préalable pris contact avec le Canada.

Dès son deuxième congrès, en 1904, l'Association nouait ses premiers liens en s'assurant de la participation à ses assises d'un délégué médical officiel de la France. Depuis, les noms les plus illustres se sont succédé dans les diverses villes où nous nous réunissions, montrant en quelle estime notre travail professionnel et scientifique était tenu. Qu'il suffise de rappeler le passage au Canada avant la guerre des Professeurs Emile Sergent, L. Ombrédanne, Henri

Hartmann, Marcel Labbé, Pierre Duval, Jean-Louis Faure, Raymond Grégoire, Maurice Chevassu, Maurice Chiray, par exemple. Dans les annales de la médecine, tous font figure de grands classiques français.

La dernière guerre a pu faire craindre un moment une dangereuse rupture de contact. Mais les directeurs de l'Association ont compris qu'il y allait de notre propre prestige et de notre rayonnement et dès 1946, avec le Professeur Raoul Kourilsky elle renouait des relations qui, d'amicales au début, sont vite devenues fraternelles. Le Professeur Raoul Kourilsky est revenu, en effet, plusieurs fois à nos congrès. Puis d'autres grands noms de la médecine française contemporaine l'ont suivi: les Professeurs P.-H. Hillemand, R.-A. Marquezy, Paul-Louis Chigot, Jacques Bousser, de Gaudart d'Allaines, etc., qui nous ont apporté, au cours de leur mission, et après, une collaboration attentive et efficace.

Cette année, nous ajoutons à notre liste de délégués officiels français un autre grand nom médical. Le professeur André Lemaire, qui viendra cet automne à notre congrès de Saint-André-sur-Mer, possède des états de service dont l'éloquence garantit l'intérêt de sa présence parmi nous.

Médecin des hôpitaux de Paris en 1933, agrégé de Médecine expérimentale la même année, professeur de Pathologie expérimentale en 1946 et professeur de Clinique thérapeutique médicale en 1952, le professeur André Lemaire n'en est pas à sa première délégation officielle hors de France. Il a effectué quatre missions d'enseignement et d'organisation de l'enseignement médical au Viet-Nam, au Cambodge et au Laos; une mission d'enseignement à Dakar, en Afrique française, et une mission d'inspection à l'Ecole de Médecine de Pondichéry, aux Indes.

Secrétaire général de l'Union Internationale Thérapeutique depuis 1933, rapporteur à différents congrès, secrétaire général du XXIXème Congrès français de Médecine et, tout récemment, Président du Congrès International de la Fonction biliaire, à Vittel, en juin 1958, le Professeur Lemaire a mené de front ces activités professionnelles et des collaborations rédactionnelles importantes. Membre du comité directeur du journal *La Presse Médicale*, et membre du comité de rédaction de la *Revue de l'Enseignement supérieur*, il est de plus chargé de la chronique médicale du journal *Le Monde*.

Titulaire d'environ 250 travaux, en partie cliniques, en partie expérimentaux, ayant porté principalement sur: la pression des liquides céphalo-rachidiens, le métabolisme du cholestérol, la pathogénie de l'athérosclérose, les maladies par auto-agression, la circulation portale, la pléthysmographie et l'hypertension artérielle, il est aussi l'auteur de différents articles de traités, en particulier, sur la pathologie hépatique et, notamment, la cirrhose du foie.

Tant pour ses mérites professionnels que pour ses brillants états de service dans l'armée française durant les deux grandes guerres mondiales, le Professeur André Lemaire a été fait Commandeur de la Légion d'Honneur et officier de la Santé Publique et s'est mérité la Croix de guerre 1914-18.

Sa communication au Congrès de Saint-André-sur-Mer portera sur *La rate dans l'hypertension portale*. Puis, comme l'ont fait chaque année ses prédécesseurs, le Professeur Lemaire entreprendra une tournée en province où il fera quelques conférences médicales sous les auspices de l'Association. En voici les sujets:

Etude clinique et expérimentale des périhépatites.
Etude biologique du liquide d'ascite.
Quelques procédés d'exploration en hépatologie: la mesure de la pression portale. La cholangiographie transcutanée perhépatique.
La circulation lymphatique du foie. Etude expérimentale.
Les sels biliaires en thérapeutique.
Le traitement des artérites des membres inférieurs.
Etude de la circulation cutanée de l'hypertendu.

En obtenant la collaboration du Professeur André Lemaire à son Congrès de 1958, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada est consciente d'offrir à tous ses membres dont certains viendront peut-être de très loin au rendez-vous médical de Saint-André-sur-Mer, une prise de contact d'une valeur exceptionnelle avec un grand patron français, qui justifie tous les efforts que nous tentons pour être, nous aussi, les artisans et les témoins avertis d'une culture de portée universelle.

Pierre SMITH,
Directeur des Relations Extérieures.

INVITATION AUX MÉDECINS DE L'ASSOCIATION DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Depuis plusieurs mois déjà, se prépare le 28ème Congrès des Médecins de langue française. C'est à Saint-André-sur-Mer, au sud-ouest du Nouveau-Brunswick, que se tiendront, les 11, 12 et 13 septembre, ces importantes assises.

Avec le concours des officiers du Congrès, le programme tant scientifique que social est déjà arrêté et nous croyons qu'il sera instructif et intéressant.

Fière du succès obtenu à son Congrès de l'Ouest en 1956, désireuse toujours d'alimenter et de développer le sentiment de solidarité fraternelle qui unit ses membres et de promouvoir leur avancement scientifique, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, en rendant visite cette année aux Provinces Maritimes, réjouit les Acadiens et les honore au plus haut point.

Nous connaissons le caractère national de notre Association et nous savons qu'elle veut servir d'un bout à l'autre de notre immense et beau pays, les meilleurs intérêts de ses membres. Aussi c'est avec joie, qu'à titre de président du 28ème Congrès, je convie cordialement mes confrères à participer à cette rencontre annuelle.

L'Acadie vous attend à Saint-André-sur-Mer ! . . .

Georges-L. DUMONT,
Président du 28ème Congrès.

GEMELLÉITE ET PARALYSIE CÉRÉBRALE INFANTILE

ÉTUDE COMBINÉE[1 2 3 4]

G. GINGRAS, R.-R. LEMIEUX, V. SUSSET,[5]
J.-M. CHEVRIER,[6]
C. QUIRION,[7]
Institut de Réhabilitation de Montréal, Canada.

Lieu et objet de l'étude

Cette enquête poursuivie à l'Institut de Réhabilitation de Montréal est basée sur l'étude de trois paires de jumeaux monozygotes. Un enfant de chaque paire est atteint de paralysie cérébrale.

Motif

Un contrôle de 250 cas d'encéphalopathie, suivis à l'Institut depuis sept ans, a permis d'isoler et d'étudier l'aspect particulier que présente chez les jumeaux la paralysie cérébrale.

Avantages de la méthode de contrôle « co-gémellaire »

Cette méthode fondée sur la comparaison des données biogénétiques et cliniques permet une analyse physiologique du développement physique et mental de l'enfant et présente un double avantage:

1. Elle fait ressortir l'étiologie, tant héréditaire que génétique ou acquise. En effet, les jumeaux monozygotes, provenant d'un seul œuf, constituent des individus identiques. *L'image en miroir* peut être cependant modifiée par des troubles physiques ou mentaux; la différence ainsi produite ayant comme point de départ une affection acquise qui peut être survenue pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou par la suite.

2. La méthode démontre en outre dans quelle mesure une affection peut modifier le développement de l'enfant. La paralysie cérébrale offre un exemple frappant de l'influence considérable que peuvent avoir les phénomènes moteurs, sensoriels, psychiques, mentaux et leurs combinaisons diverses sur le développement. Habituellement il est à peu près impossible de vérifier ce qu'un enfant serait devenu s'il avait été exempt de phénomènes pathologiques. La méthode de contrôle *co-gémellaire* permet justement cette vérification grâce à un témoin: le jumeau normal.

Fréquence

Au cours d'une étude de ce genre, il est préférable, selon Gordon Allen, d'établir le nombre de jumeaux atteints d'une maladie donnée, par rapport à l'incidence globale de cette maladie, plutôt que le pourcentage de cas affectés dans un groupe de jumeaux.

Cette comparaison est utile pour établir la fréquence de la gémelléité soit en général, soit dans un groupe présentant une affection déterminée.

Des travaux d'Allen, il ressort que le nombre de naissances gémellaires s'établit à 2.19%.

En raison du taux de mortalité infantile élevé chez les jumeaux, particulièrement chez les univitellins, il est permis de croire que les jumeaux représentent en définitive environ 1% de la population entre 1 et 5 ans.

L'incidence de la paralysie cérébrale chez les jumeaux a été étudiée par plusieurs

---

1. La présente étude a pu être réalisée grâce à l'aide de la Fondation Biermans pour la recherche relative à la réhabilitation.

2. Les auteurs de cet article désirent exprimer ici leur reconnaissance au docteur Claude Bertrand, chef du Service de neuro-chiurgie et au docteur Claude Gauthier, neurologiste, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

3. Ce travail a été présenté à la Cinquième assemblée annuelle de l'Association canadienne de médecine physique et de réhabilitation (Toronto, 21-22 juin 1957).

4. Cet article a été publié concurremment en anglais dans *Acta Geneticæ Medicæ et Gemellologiæ*.

5. Docteurs en médecine.

6. Docteur en psychologie.

7. Infirmière licenciée, diplômée de physiothérapie.

auteurs avec les résultats suivants: Benda, 9.2%; Greenspan and Deaver, 7%; Yue, 9%. Ce dernier a également constaté que 70% des jumeaux atteints de paralysie cérébrale étaient nés avant terme et que sur 23 paires, 13 premiers nés présentaient des manifestations pathologiques.

Aux fins de la présente étude, les trois paires de jumeaux ont été sélectionnés parmi 250 patients atteints d'encéphalopathie examinés et acceptés pour réhabilitation. Il convient cependant de noter qu'ils ne constituaient pas la totalité des jumeaux du groupe.

Méthode de recherche

Tous les enfants ont été examinés par le physiatre, le psychiatre et le psychologue et soumis à des tests portant sur les activités de la vie quotidienne. Dans chacun des cas, des tracés électroencéphalographiques, des photographies et des films ont complété le dossier. L'enquête comportait également un examen psychologique et psychiatrique des parents; le psychiatre a interrogé ceux-ci conjointement sauf dans un cas. Par ailleurs les enfants ont toujours été examinés ensemble selon la méthode de Menninger.

L'évaluation psychologique comprend:

1. Mesure du quotient intellectuel (déterminée par les tests *Goodenough, Terman* et *Barbeau-Pinard*);*

2. Dessin libre;

3. Test de projection *(Machover* et *Self);*

4. Interview avec les patients et leurs parents.

Tous les examens ont été pratiqués indépendamment par les divers membres de l'équipe, les résultats n'étant confrontés qu'ultérieurement.

Identification des jumeaux monozygotes

Critères utilisés:

1. Circonstances entourant l'accouchement: de valeur douteuse.

2. Observations cliniques: basées sur l'identité des sexes et la ressemblance morphologique ainsi que la couleur des yeux et des cheveux. Les caractères odontologiques ainsi que des mensurations établissant le somatotype ont également fait l'objet d'études comparatives.

3. Examens complémentaires: électroencéphalographie.

4. Certains tests psychologiques: généralement acceptés comme indice d'identité.

Identification

Les trois paires de jumeaux sont numérotés 1, 2 et 3 respectivement. « A » représente l'enfant atteint de paralysie cérébrale; « B » le frère ou la sœur *témoin.*

Jumelles No 1.

Sexe: féminin.

Age actuel: 8 ans et 9 mois.

Accouchement: prématuré (7 mois et 1 semaine).

Premier né: « A », poids 1.500 kg.

Second né: « B », poids 1.600 kg.

Développement moteur: à peu près identique.

Découverte de la dissemblance: par les parents: « A », démarche instable et deux mois de retard sur « B ».

Niveau scolaire: 3ème année. « B » se classe parmi les premières, « A » parmi les dernières.

Milieu: elles ont toujours vécu ensemble et partagé les mêmes activités.

Examen physique.

A première vue les enfants semblent presque identiques; il a même fallu les *étiqueter* pendant les examens pour éviter de les confondre. Néanmoins, une légère asymétrie généralisée est constatée chez « A » qui, par ailleurs, est plus petite que « B » de 2 cm. environ et pèse 1.250 kg. de moins. Le quotient de Massler et de Suher, (taille circonférence du mollet) révèle que les deux jumelles appartiennent au groupe très frêle. Par suite leur

* Test d'intelligence de langue française, équivalent au *Wechler-Bellevue* élaboré à l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal.

Electroencéphalographie.

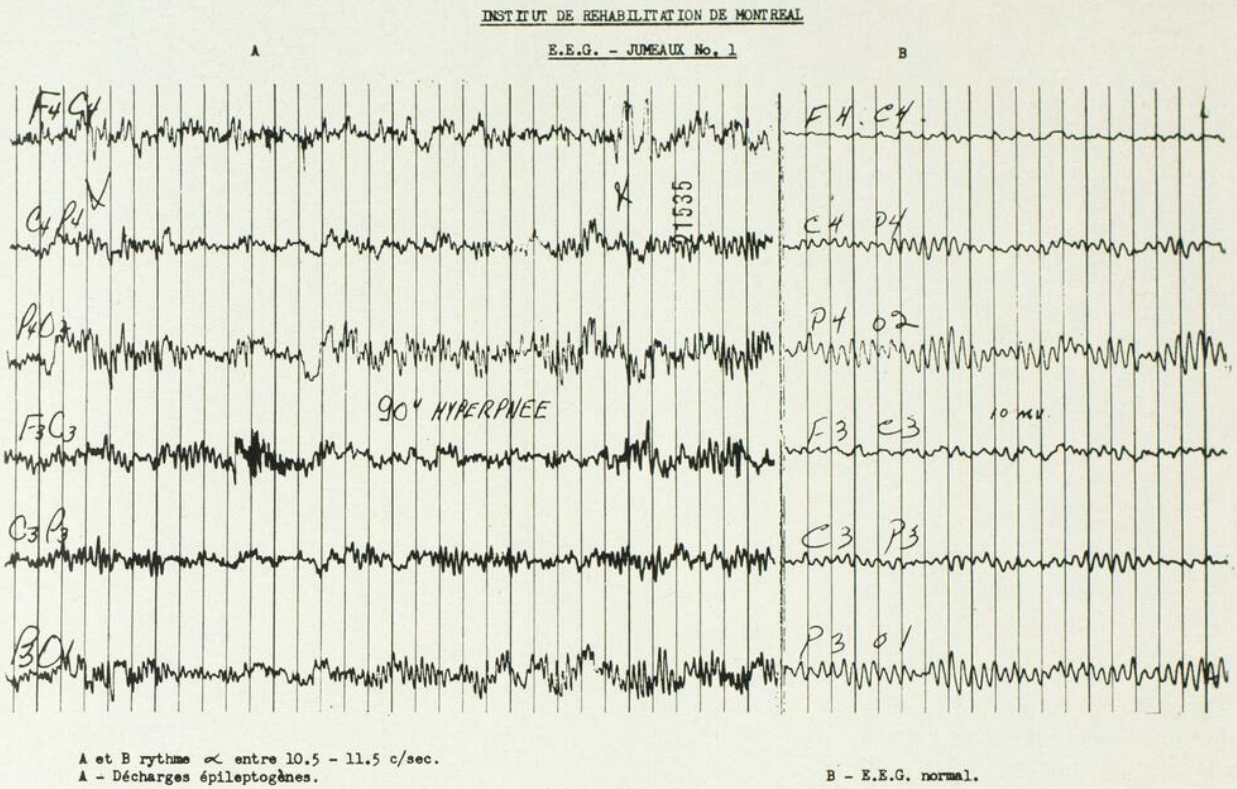


Figure No 1.

somatotype correspond à un ectomorphisme bien défini. Leur posture est normale.

L'examen révèle chez « A » une monoparésie inférieure spasmodique gauche mais qui n'est évidente que dans certaines circonstances. L'atrophie du mollet gauche se traduit par une différence de plus de 1 cm.

« A » est droitière, « B » est ambidextre mais préfère la main gauche. Une série de tests évaluant la dextérité ont été effectués: lacer les souliers, ouvrir une porte, enfoncer des clous, lancer et attraper un ballon. Le degré d'agilité des membres inférieurs a été observé pendant la marche, le demi-tour, la course, le saut et le football. Ces tests ont permis de mettre en évidence la parésie du membre inférieur de « A ». Par la suite un film portant sur des tests identiques a été réalisé pour illustrer cette parésie.

Les tracés montrent un rythme de fond identique variant entre 10.5 et 11.5 cycles/s.

Encéphalographie (figure no 1)

« A » présente: 1) une asymétrie fronto-centrale droite; 2) des décharges épileptogènes en clochers, des ondes lentes de même que des clochers survoltés.

« B »: aucune anomalie.

Traitement.

Aucun traitement spécifique n'avait été antérieurement indiqué, mais des explications et des directives avaient été prodiguées aux parents.

Examen psychologique.

Niveau intellectuel: le *Terman* dénote une légère supériorité de « B » et au *Goodenough* cet écart se chiffre par 15 points.

Main prédominante: les dessins révèlent que « A » est gauchère et « B » droitière.

Personnalité: au test de dessin libre, « A » manifeste plus d'infantilisme que « B ». Son handicap est apparent dans les tests de *Machover* et du *Self*. Comme on s'en occupe

moins au sein de la famille, elle est devenue plus démonstrative et plus exubérante. Le *Machover* indique également une identification féminine et un sur-moi rigide. Cependant, au *Self,* la patiente se révèle plus adroite et manifeste une identification plus masculine. Un entretien avec le père qui s'exagère les progrès réalisés par sa fille confirme cette observation.

Composantes de la personnalité: on note, alors que les sujets sont examinés séparément, que leur comportement est identique. Les jumelles sont hyperactives, manquent de tact et accusent un sur-moi prononcé. La mère exagère les aptitudes de ses filles; pour sa satisfaction personnelle, elle les contraint à obtenir des résultats sans cesse meilleurs.

Examen psychiatrique.

En plus de se ressembler physiquement, « A » et « B » portent des noms phonétiquement similaires. Elles sont curieuses et s'enquièrent de tout ce qu'elles voient sans gêne ni timidité. Toutes deux rivalisent pour s'attirer l'attention de l'entourage. L'identification à la mère leur est difficile. Le jugement porté par chacun des parents est parfois très divergent et ceci est surtout évident pour les entités subjectives telles que les émotions et sentiments des enfants.

Sur le plan émotif: « B » est aguichante et espiègle; elle cède devant sa sœur, apparemment par pitié. Elle est garçonne, ambitieuse, suce son pouce et, en marchant, se sent forcée de sauter par dessus les joints du trottoir. « A » se repose plus sur « B » qu'inversement. Elle est plus sensible, plus impulsive que sa sœur et quelquefois même agressive, quoique par ailleurs la mère nous la présente comme étant de caractère facile et insouciant. Autre contradiction: elle est mauvaise perdante, mais pourtant la mère nous dit: « cela lui est bien égal que sa sœur ait de meilleures notes qu'elle à l'école ». Elle a la mémoire longue quand il s'agit d'événements désagréables. Enfin, elle a plus d'égards que sa sœur pour les enfants qui sont plus jeunes qu'elles.

Sur le plan de l'action: « B » est plus énergique et plus constante; elle a l'esprit d'organisation, elle est plus sociable quoique plus dominatrice. « A » préfère les poupées, s'amuse plus longtemps au même jeu, elle est plus lente dans ses actions et moins sociable que « B ».

Les parents: *le déni:* le père est tranquille et réaliste. Objectivement il réalise que des différences entre les jumelles existent mais qu'elles sont peu considérables. La mère est nerveuse, inquiète et a le souci de la perfection. Elle affirme catégoriquement: « il n'y a pas de différence entre mes filles ». Pour elle, d'ailleurs, les termes handicap et infériorité s'équivalent, le premier impliquant même un manque d'intelligence. Elle refusa d'ajouter foi au diagnostic du médecin qui, le premier, nota la disparité. Les parents ne voient pas la situation de la même manière. En fait, le père s'est résigné à céder devant la forte volonté de son épouse. Celle-ci est la personnalité dominante. Elle voit ses filles semblables, nie la réalité du handicap et désirant le cacher à son entourage, insiste, par exemple, auprès des professeurs sur certains traits névrotiques de « B » (tics) pour masquer la paralysie cérébrale de « A » dont elle ne parle pas.

Le handicap physique étant mineur, cette attitude incitera l'enfant à le dissimuler, évitant toute situation où il pourrait devenir apparent: « les autres courent, mais moi ça ne me tente pas! ». A priori, on peut se demander, si cette enfant pourra un jour envisager le mariage.

La mère se contredit à plusieurs reprises lorsqu'elle affirme que les caractères diffèrent. Elle est fière de « B » et éprouve de la sympathie pour « A ». En résumé, l'attitude adoptée (comme mécanisme de défense) envers l'enfant atteint, en est une de déni, de dissimulation et d'indifférence apparente.

Jumeaux No 2.

Sexe: masculin.
Age actuel: 6 ans et 2 mois.
Accouchement: prématuré (7 mois ½).

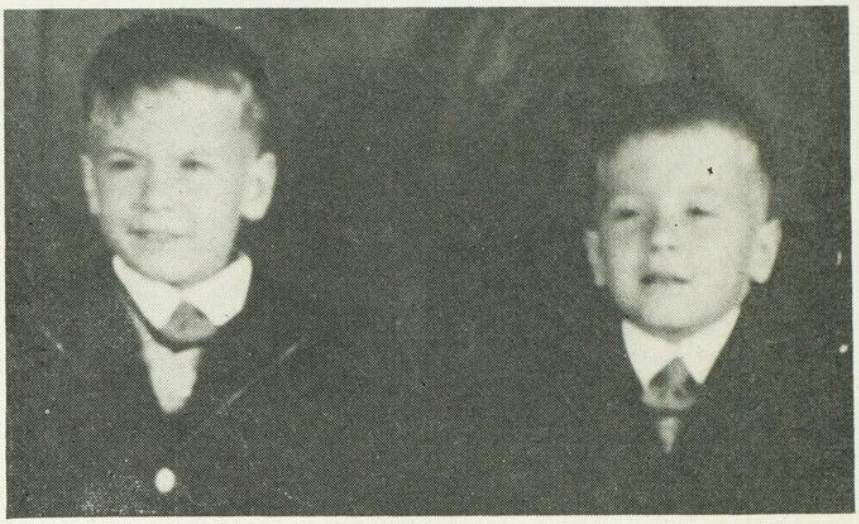
Complication: aucune.

Premier né: « A », poids 2.000 kg.

Second né: « B », poids 2.500 kg.

Développement moteur: à peu près identique.

« A » présente une légère hémiparésie gauche. Ici encore l'atrophie se traduit par une différence de 2 cm. au niveau du mollet gauche.



B A

Figure No 2.

Découverte de la dissemblance: c'est encore la démarche anormale qui a attiré l'attention des parents. Ceux-ci ont constaté que les deux enfants ont été propres, le jour, dès l'âge de 18 mois, alors que « A » est demeuré énurétique jusqu'à 3 ans et « B » jusqu'à 4 ans.

Niveau scolaire: ils ont commencé l'école en septembre 1957.

Milieu: ils ont toujours vécu ensemble partageant les mêmes activités.

Examen physique.

Les différences sont plus évidentes que dans le premier cas. « A » présente une asymétrie avec atteinte du côté gauche. Une hydrocéphalie non évolutive a également été constatée. La circonférence de la tête des jumeaux est maintenant identique, alors qu'en 1953, on notait une différence de près de 4 cm. La taille de « A » est inférieure de 3 cm. à celle de « B », et son poids de près de 1,500 kg.

Le rapport de la taille et de la circonférence du mollet révèle que ce couple appartient au type frêle avec ectomorphysme léger. L'examen de la posture ne révèle rien d'anormal.

Les tests de la motricité sont plus significatifs que dans le cas précédent. Les deux enfants sont droitiers. Pour les mouvements qui exigent habituellement l'usage des deux mains, « A » omet parfois de faire emploi de la main gauche. Néanmoins un progrès continuel, présage d'une bonne récupération fonctionnelle, a été constaté au cours des quatre dernières années.

Electroencéphalographie (figure no 3).

Les tracés présentent un rythme de fond identique de 8 à 8.5 cycles/s. Au repos, les deux tracés peuvent à peine être distingués.

« A » présente cependant: 1) une asymétrie fronto-centrale droite; 2) un foyer fronto-central et temporal moyen droit d'activité épileptogène.

« B »: aucune anomalie.

Traitement.

Aucun traitement spécifique n'avait été indiqué, cependant des examens de contrôle ont eu lieu chaque année depuis quatre ans.

Examen psychologique.

Niveau intellectuel: « B » obtient au *Terman* et au *Goodenough* un quotient plus élevé de 20 et 28 points respectivement.

Main prédominante: les dessins révèlent que les deux patients sont droitiers.

Personnalité: les jumeaux sont encore en pleine phase de complexe d'Oedipe. Toutefois, manque de confiance et d'attention, alors que « B » fait montre de plus d'esprit de rivalité, répétant à maintes reprises que ses résultats dépassent de loin ceux de son frère.

Le père porte à « A » un intérêt profond et lui témoigne beaucoup de compréhension, tout en s'efforçant d'accroître son assurance.

Electroencéphalographie

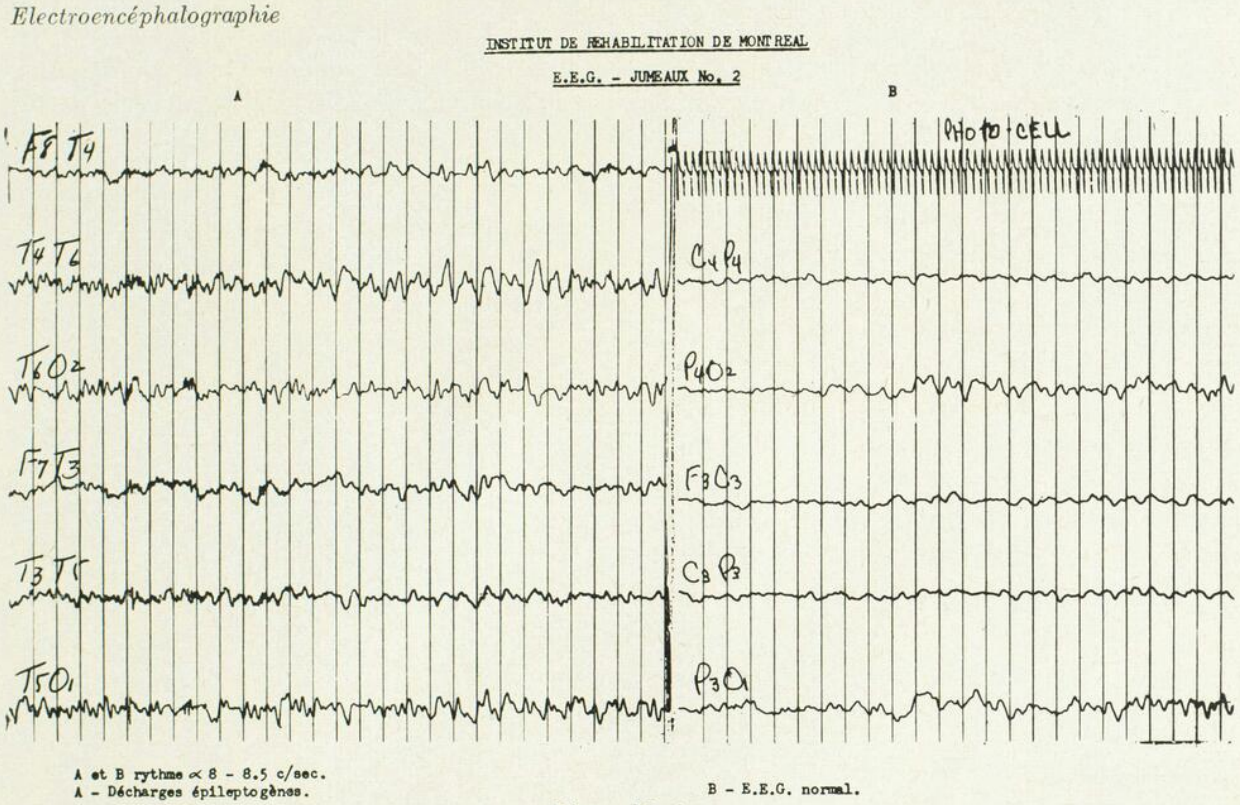


Figure No 3.

« A » semble plus réaliste et mieux en mesure que son frère, qui idéalise beaucoup, de trouver des solutions adéquates aux problèmes de la vie quotidienne. Chez « B », cette tendance à la rationalisation peut être attribuée aux facteurs intellectuels qui intensifient les poussées du sur-moi. Dans les dessins de *Machover* et du *Self* de « A », on trouve des indices de lésion cérébrale organique qui peuvent expliquer l'hostilité du patient et la projection du handicap physique.

Les tests de projection de « B » mettent en évidence l'identification à la mère et le manque de dextérité.

Le sur-moi est très développé chez les deux sujets, indice d'une bonne motivation. « A »

La mère, inconsciemment sans doute, exagère ou amplifie la disparité entre « A » et « B » et, de ce fait, augmente l'assurance et la confiance en soi de « B », au détriment de « A ». En conséquence, « B » s'identifie fortement à elle. Ce phénomène peut expliquer pourquoi son attachement à la mère a été de plus longue durée et s'est exprimé à un moment donné par de l'énurésie.

Examen psychiatrique.

« A » et « B » se ressemblent physiquement et s'entendent très bien. Tous deux, comme le révèle l'entrevue et contrairement aux résultats des tests projectifs, s'identifient avec leur père, quoique cette identification soit plus forte dans le cas de « A ».

L'intelligence de « B » est plus vive, il se vante de ses succès scolaires à qui veut l'entendre. En classe il lève la main pour répondre aux questions du professeur même s'il ignore la réponse. Il s'exprime avec plus de spontanéité et plus fort que son frère. « A » est plus lent, mais moins superficiel. Son langage est empreint de timidité, sa voix a une tonalité neutre et s'estompe en fin de phrase.

Sur le plan émotif: « A » est timide, plus affectueux, quelque peu masochiste et déprimé. Il témoigne vis-à-vis de sa sœur cadette plus d'affection que « B ».

« B » est plus facilement irritable et il est difficile de l'apaiser quand il pleure. Cherchant toujours à s'affirmer, il est agressif, aime gagner, ne peut tolérer d'être dépassé et, pendant l'entrevue, saisit toutes les occasions d'interrompre son frère.

Sur le plan de l'action: « B » est toujours en tête. Il ne joue jamais seul, il est plus vif, mais aussi plus remuant et se lasse plus vite. Sachant mieux se mettre en valeur, il s'attire plus d'attention et ses rapports avec le milieu s'en trouvent plus diversifiés.

« A » pour être plus lent n'en est que plus persistant. Il poursuit et termine les activités ébauchées par son frère, est plus obéissant et se rend plus utile à la maison. Ses jeux sont moins variés mais plus constructifs. Il s'identifie plus fortement avec son père et a comme lui des aptitudes pour la mécanique. Toutefois, il manque de confiance en lui-même et quand « B » le devance dans la réalisation d'un projet, il devient nerveux, inquiet et tendu. Au cours de la dernière année, son comportement a plus évolué que celui de son frère. Il devient plus agressif, imite moins ce dernier et lui cède moins souvent. Ne pouvant pas le suivre aisément, il joue seul et est moins sociable.

Les parents: *l'acceptation:* les entrevues individuelles ou collectives avec les parents ont démontré qu'ils sont presque toujours du même avis; sans aucun doute la situation a été discutée à fond et à maintes reprises.

Les différences entre les jumeaux sont difficiles à accepter, surtout si le mot différence implique supériorité. Ceci se manifeste par un désir constant de rétablir un équilibre compromis; souhait réitéré dans des énoncés dont le schème général est: « s'il est vrai que « B » est supérieur à « A » dans tel domaine, il faut dire que « A » lui est supérieur dans tel autre ». Double constatation aussi difficile à accepter l'une que l'autre.

Jumelles No 3.

B A

Figure No 4.

Ici cependant, les parents admettent ces différences. Pourtant, ils craignent qu'elles s'accentuent et qu'ainsi la supériorité de « B » s'affirme toujours plus. Ceci aurait pour résultat de créer chez « A » un complexe d'infériorité qui, à son tour risquerait d'accentuer encore les différences. Ainsi se constituerait une espèce de cercle vicieux. Pour les grands-parents, différence est synonyme de moins doué. On peut croire, même s'ils s'en défendent, que les parents du fait de leur éducation ne peuvent s'empêcher de partager, au moins inconsciemment, cette opinion.

Jumelles No 3.

Sexe: féminin.

Age actuel: 18 ans et 10 mois.

Développement moteur: normal.

Etiologie: à cinq ans, « A » souffre d'une encéphalopathie aiguë dont les séquelles atteignent surtout le lobe temporal et pariétal gauche. Malgré une trépanation occipitale et une craniotomie temporale avec décompression gauche, l'étiologie n'a pas pu être déterminée. En 1943 et 1953, elle est hospitalisée à trois reprises et traitée pour une hémiparésie spasmodique droite, des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne et le grand mal. Vue l'indifférence des parents, il semble que les crises n'aient jamais été convenablement soignées. Cependant la ténoplastie des fléchisseurs plantaires a donné un résultat fonctionnel satisfaisant.

Niveau scolaire: « A » a cessé toute fréquentation scolaire après quatre ans, soit en 1952.

« B » obtiendra bientôt un diplôme de pédagogie pour l'enseignement primaire.

Milieu: les jumelles ont vécu séparément depuis 12 ans.

Examen physique.

Il a semblé plus difficile d'évaluer les ressemblances que les différences: ces dernières étant plus frappantes. Dans l'ensemble, les physionomies se ressemblent mais leurs expressions diffèrent. Par ailleurs, les yeux et les cheveux sont exactement de la même couleur. Un écart sensible de taille (10 cm.)

Electroencéphalographie.

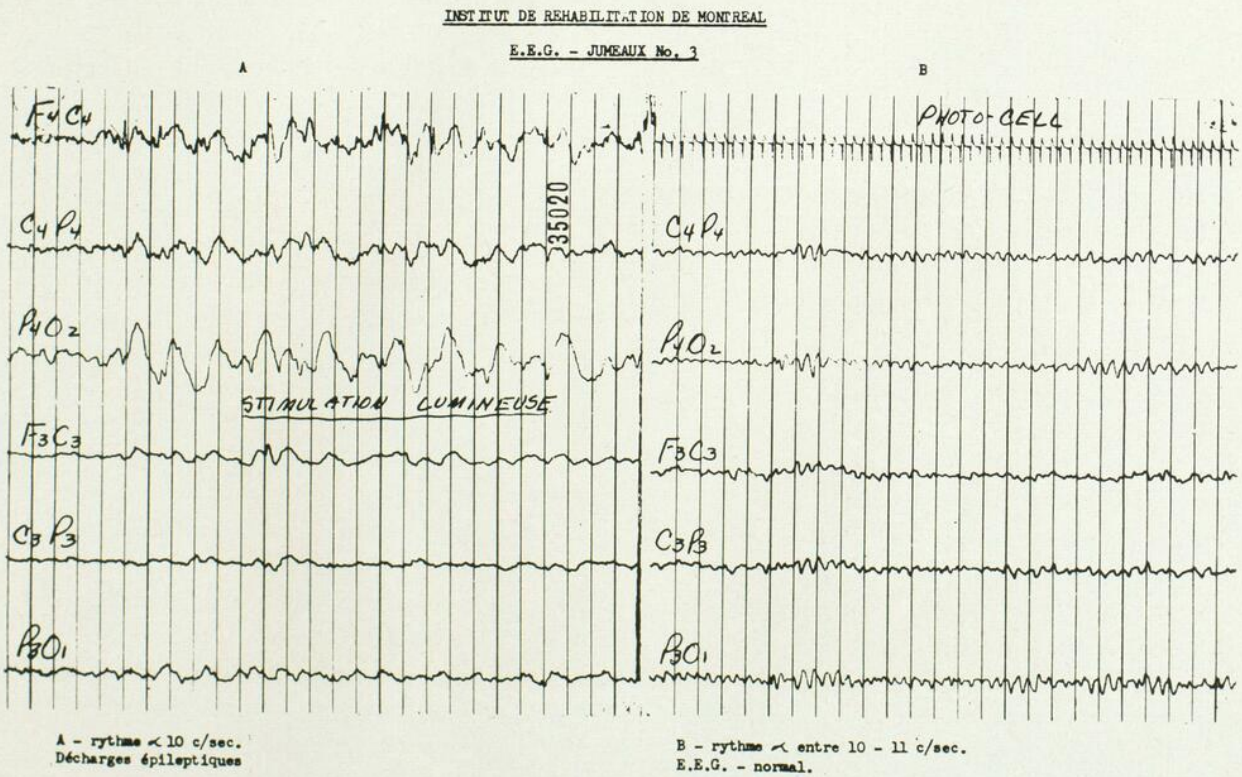


Figure No 5.

et de poids (près de 3 kg.) a été constaté en faveur de « B ». Leur somatotype a été déterminé par le rapport de la taille et de la circonférence du mollet. Toutes deux sont endomorphiques et se classent parmi les individus trapus. La posture de « B » est normale, alors que l'attitude et la démarche de « A » sont caractéristiques de l'hémiparétique spasmodique, son expression est celle d'une arriérée. Une atrophie du membre supérieur et inférieur droit accompagne l'hémiparésie spasmodique.

« A » est gauchère, la main droite n'est pas utilisée du tout.

Electroencéphalographie (figure no 5)

Le rythme de fond n'est pas tout à fait identique. Celui de « B » est régulier de 10 à 11 cycles/s, celui de « A » se maintient constamment à 10 cycles/s. Chez « A » on constate des fréquences irrégulières plus lentes et des anomalies à caractère épileptique;

1) localisées: silence électrique au-dessous de la scissure de Sylvius gauche;

2) diffuses: décharges paroxystiques épileptiques très fréquentes avec clochers et ondes lentes.

Traitement.

« A » a été traitée à l'Institut de Réhabilitation pendant 2 mois. Une prothèse destinée à corriger le varus et améliorer la marche a été prescrite. Cependant, aucune amélioration n'a été notée au niveau du membre supérieur droit à cause de la spasmodicité marquée qui a entraîné une contracture permanente des fléchisseurs de la main et du poignet.

Examen psychologique.

Niveau intellectuel: on note une différence de 65 points en faveur de « B » au test *Barbeau-Pinard*. Au test *Goodenough* les résultats sont analogues.

Main prédominante: les dessins révèlent que « A » est gauchère et « B » est droitière.

Personnalité: le dessin libre montre un degré d'infantilisme plus élevé chez « A » que chez « B ». Le dessin de « B » présente même une valeur artistique supérieure à celle de la moyenne des adolescents.

Aux tests de *Machover* et du *Self*, « A » projette son handicap dans une construction fantasmagorique, indice de troubles cérébraux. Le *Self* fait ressortir que « A » se classe parmi les déficients mentaux. « B » montre une légère hostilité, de la rigidité de caractère et son identification est masculine. Des entrevues avec le père confirment cette opinion.

Composantes de la personnalité: ces composantes sont identiques et ceci ressort dans les entrevues individuelles. Les jumelles sont dociles et obéissantes. Les dessins de projection révèlent des traits obsessifs chez les deux sujets. Cependant, alors que « A » s'exprime avec lenteur et parcimonie « B » est fort loquace.

Examen psychiatrique.

Ici encore, les sujets portent des noms de même consonance. On les habillait de façon identique, leur développement et leurs activités furent similaires jusqu'à l'apparition chez « A » d'une hémiplégie spasmodique. Celle-ci installée, « B » exprima souvent le souhait irréaliste que « A » *finirait bien par la rattraper*. Il semble y avoir encore entre les jumelles une affection mutuelle profonde, mais plus infantile et plus possessive chez « A ».

Selon les parents, de légères différences existaient avant l'accident cérébral, toutefois, il semble qu'on les exagère rétrospectivement. Par exemple, les parents affirmant que les jumelles ne se sont jamais ressemblées, ajoutent que « B » était blonde et « A » brune. Ces énoncés ne concordent pas avec les constatations de l'examen. L'énurésie fut de plus longue durée chez « A » qui était plus timide et pleurait plus facilement que sa sœur.

Depuis l'accident cérébral de « A », les différences sont nombreuses et peuvent se classifier ainsi:

1. « B » est jolie fille, « A » est sans attrait.

2. Sur le plan intellectuel: « B » est normale, elle s'exprime aisément quoique ses opinions soient stéréotypées. « A » au contraire est très arriérée, manque de spontanéité, a peu de désir de communiquer. Enfin le contenu de sa pensée est pauvre.

TABLEAU VI

GÉMELLÉITE ET PARALYSIE CÉRÉBRALE INFANTILE (ÉTUDE COMBINÉE)

	Jumeaux N° 1		*Jumeaux N° 2*		*Jumeaux N° 3*	
	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
Age	8 ans 9 mois		6 ans 2 mois		18 ans 10 mois	
Sexe	F		M		F	
Accouchement prématuré	Oui		Oui		?	
Premier né	Oui	Non	Oui	Non	?	
Poids de naissance	1473 gm.	1587 gm.	2465 gm.	2040 gm.	?	
Complication	Procidence du cordon		Nulle		Nulle	
Etiologie: Postnatale	Non	—	Non	—	Oui	—
Dével. moteur normal	Oui		Oui		Oui	
Tient sa tête à	5 mois		?		?	
Se tient assis à	7 mois		?		?	
Marche à	15 mois	13 mois	1 an		?	
Mange seul à	16 mois		? ans		?	
Contrôle des Sphincters	2 ans		3 ans	4 ans	?	
Etudes scolaires	3ème année		Pas encore		4ème année	12ème année
% apparence identique	90%		80%		40%	
Symétrie du visage	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Couleur des cheveux	blond		châtain clair		châtain	
Couleur des yeux	marron et vert		bleu		marron	
Symétrie (corps et membres)	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Poids	22.56 kg.	23.81 kg.	19.27 kg.	20.63 kg.	65.08 kg.	67.80 kg.
Taille	1.26 m.	1.29 m.	1.13 m.	1.16 m.	1.51 m.	1.61 m.
Circonférence du mollet	22.8 cm.	22.9 cm.	22.2 cm.	22.8 cm.	39.3 cm.	34.3 cm.
Taille/circonf. mollet	5.52	5.56	5.2	5.08	3.84	4.7
Type	très minces		minces		trapus	
Somatotype	+++ectomorphe+++		+ectomorphe+		+++endomorphe+++	
Posture normale	Oui		Oui		Non	Oui
	D | G	D | G	D | G	D | G	D | G	D | G
Etats pathologiques	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Spasmodicite	Non | Oui	Non	Non | Oui	Non	Oui | Non	Non
Contracture	Non	Non	Non | Oui	Non	Oui | Non	Non
Atrophie	Non | Oui	Non	Non | Oui	Non	Oui | Non	Non
Force musc. diminuée	Non | Oui	Non	Non | Oui	Non	Oui | Non	Non
Troubles oculo-moteurs	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Troubles sensoriels	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Epilepsie	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Membre sup. fonctionnel	Oui	Oui	Oui	Oui	Non | Oui	Oui
Dextérité, membre sup.	Oui	Oui	Oui | Non	Oui	Non | Oui	Oui
Main dominante	Oui | Non	Non | Oui	Oui | Non	Oui | Non	Non | Oui	Oui | Non
Membre inf.: fonction normale	Oui | Non	Oui	Oui | Non	Oui	Non | Oui	Oui
Membre inf.: prothèse	Non	Non	Non	Non	Oui | Non	Non
E.E.G. normal	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Traitement	Non		Non		Oui	Non

3. Sur le plan émotif: les différences s'accusent davantage. « B » est une personne du type extraverti avec qui le contact s'établit aisément. Elle a bon contrôle sur ses émotions. A l'entrevue elle semble féminine et maternelle tandis qu'aux tests de projection du psychologue, elle avait démontré une identification masculine. Son principal mécanisme de défense est la formation réactionnelle *(reaction formation);* elle déclare avec emphase qu'elle s'entend bien avec tout le monde. A l'égard de sa jumelle elle se montre très optimiste: « Les choses s'arrangeront! ». Durant ses vacances elle partage le lit de sa sœur, parce que, dit-elle: « elle aime tellement ça! ».

« A » est très sensible et souffre d'un sentiment d'insécurité. Elle a soif d'amitié mais par son attitude décourage toute prise de contact; elle est pleine de ressentiment, a une attitude négative et pessimiste. Elle a des colères subites, est facilement irritable et grognon.

Sur le plan des réalisations, « B » se destine à l'enseignement, sait se placer au niveau intellectuel de sa sœur et adopte à son égard une attitude quelque peu bonasse.

« A » n'a pas d'énergie ni de but dans la vie. Son moyen le plus efficace d'arriver à ses fins infantiles est de se plaindre et de pleurnicher.

Les parents: *le rejet:* dans toutes leurs réponses les parents omettent de mentionner les similitudes même antérieures à la maladie de « A ». Bien au contraire ils soulignent les différences. Ils ont donné des sobriquets à leurs filles: « B » répond à un diminutif gentil de son nom, tandis que chez « A », on fait allusion au fait qu'elle est physiquement peu attrayante (la toune!). Au moment de la maladie de « A », sa mère néglige jusqu'au dernier moment de l'hospitaliser sous prétexte qu' « *elle était presque finie!* » (morte).

La mère présente une personnalité dépressive avec traits compulsifs. Elle est méticuleuse, exigeante et si elle manque de chaleur vis-à-vis de « B », son attitude envers « A » est celle du rejet. Elle est pessimiste et consent à l'examen dans l'espoir qu'il hâte l'internement de sa fille. Bien qu'elle rejette « A », elle lui porte cependant beaucoup d'attention, critiquant toutes ses actions, la décourageant, lui faisant perdre patience pour ensuite l'accuser d'avoir mauvais caractère. Elle lui refuse toute liberté d'action et justifie son attitude et ses sentiments en déclarant: « Ils sont ce qu'ils doivent être ». Enfin, elle attribue à la jumelle normale les sentiments les plus tendres à l'égard de sa sœur moins fortunée.

Résumé

Une étude combinée, ayant pour objet, trois paires de jumeaux monozygotes, fut menée à l'Institut de Réhabilitation de Montréal. Un enfant de chaque paire était atteint de paralysie cérébrale infantile.

Les examens physiatriques, psychiatriques et psychologiques des jumeaux, et les entrevues avec les parents, nous ont permis de tirer les conclusions suivantes:

CONCLUSIONS MÉDICALES

1. Le but de la réhabilitation est d'adapter l'individu par tous les moyens possibles à son état physique diminué. Les difficultés étant proportionnelles au handicap et à sa permanence, la paralysie cérébrale infantile présente un intérêt tout particulier.

2. Une enquête approfondie met en lumière les problèmes d'adaption; méconnus ou non résolus ces problèmes s'aggravent progressivement avec l'âge comme l'a d'ailleurs démontré Mme Wortis dans son étude récente.

3. Il n'est pas toujours facile d'évaluer les conséquences de la paralysie cérébrale sur l'individu, surtout lorsqu'il s'agit d'une forme légère.

4. La méthode *co-gémellaire* fournit des résultats d'une valeur diagnostique et pronostique importante.

5. L'expérience personnelle et le contact direct nous permettront dorénavant d'apprécier avec plus d'exactitude les composantes de la réhabilitation chez les paralytiques cérébraux.

TABLEAU VII

DONNEES PSYCHOLOGIQUES

		Q.I.				Main dominante		Dessin libre	Tests de projection									Entrevues												
																		Patients							Parents					
		AGE	GOODENOUGH	TERMAN	BPINARD	D	G	Contenu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
♀ Jumeau 1	A	8.9	68	95	x	x	x	Lapin		x			x					x	x	x						x	x		P
	B		83	101	x		x	Lune						x				x	x	x	x						x		M
♂ Jumeau 2	A	6.2	93	86	x			3 hommes	x	x	x			x	x							x		x	x		x		M
	B		131	106	x	x	x	3 carrés			x	x	x			x							x				x		P
♀ Jumeau 3	A	18.10	44	x	43		x	Chat bizarre	x	x			x		x		x			x						x			P
	B		100	x	108	x		Maison et paysage						x	x		x			x									M

4 1/4

LEGENDE:

1. Maladie cérébrale organique
2. Projection du handicap
3. Complexe d'Oedipe non résolu
4. Image paternelle
5. Identification maternelle
6. Identification paternelle
7. Hostilité (signes)
8. Superego rigide
9. Obsession
10. Manque de tact
11. Nervosité
12. Docilité
13. Tics
14. Infériorité
15. Supériorité
16. Mésadaptation
17. Participation plus active du père à la réhabilitation
18. Participation plus active de la mère à la réhabilitation
19. Père plus calme
20. Mère plus calme
21. Plus d'attachement de la part du Père (P) ou de la Mère (M).

6. Les facteurs héréditaires peuvent être modifiés chez les jumeaux monozygotes par certaines affections entraînant un développement moteur anormal.

7. Malgré les dissemblances physiques, le somatotype demeure identique dans chaque couple.

8. Même si un seul des sujets examinés présente des crises convulsives, chez les trois enfants atteints de paralysie cérébrale, l'électroencéphalogramme a permis de mettre en évidence un foyer épileptogène.

9. Dans chacun des cas, l'étiologie n'étant pas héréditaire, un pronostic favorable a pu être formulé en vue de grossesses subséquentes de la mère.

10. Les conclusions concernant la conduite à tenir ne s'imposent pas facilement ni d'emblée. Nos examens nous ont permis d'étudier à fond trois paires de jumeaux et d'analyser le milieu dans lequel ils évoluent.

Conclusions psychologiques

1. La différence de niveau intellectuel, reliée à la structure somato-cérébrale, est constamment à l'avantage du jumeau normal. Par contre, il existe une ressemblance constante dans le fonctionnement de la personnalité.

2. Les traits fondamentaux de la personnalité demeurent les mêmes à différents niveaux d'intelligence, mais leur mode d'expression diffère. Ce fait semble relié au complexe d'Oedipe, aux relations inter-parentales ainsi qu'au processus d'identification au parent du sexe opposé. Le milieu semble ici plus important que les lois génétiques et héréditaires. De fait, les facteurs structuraux de la personnalité semblent moins altérés par l'affection cérébrale que les facteurs intellectuels et à ce point de vue, les jumeaux présentent plus de similitude.

3. Les jumeaux normaux ont tendance à s'identifier davantage au parent du sexe opposé; cette identification est plus évidente à l'âge du complexe d'Oedipe.

4. Les tests de projection se sont révélés plus exacts dans l'évaluation du niveau intellectuel des enfants normaux que dans celle des enfants anormaux. Ils s'avèrent cependant plus précis pour découvrir l'importance des transformations de personnalité survenues chez les enfants atteints de paralysie cérébrale.

Conclusions psychiatriques

S'il est vrai que dans toute famille les enfants fassent preuve d'une certaine rivalité pour emporter l'affection de leurs parents, il est courant de constater chez ces derniers une préférence, d'ailleurs nécessaire, en faveur du dernier né.

Les parents s'imaginent souvent qu'ils aiment également tous leurs enfants. Ils sont renforcés dans cette croyance du fait que l'écart séparant deux naissances ordinaires, évite le risque de toute comparaison désavantageuse.

Toutefois, la situation est plus complexe dans le cas de jumeaux car les enfants étant du même âge la comparaison s'impose. Le mythe du partage égal de leur amour ne s'entretient alors, dans l'esprit des parents, qu'au prix d'un effort conscient et permanent qui se traduit par un habillement, une éducation et des loisirs uniformes.

Lorsqu'un handicap psychique ou physique altère la ressemblance des jumeaux et qu'une comparaison défavorable s'impose, alors le problème devient plus aigu. Il en résulte chez les parents un *stress psychologique*, une anxiété qui doit être résolue par des mécanismes de défense plus ou moins pathologiques, qui sont nuisibles au développement normal de deux individus distincts, que les parents auraient aimé considérer comme une seule entité: les jumeaux (« nos jumeaux! »).

En fait, ce problème sera résolu différemment non seulement selon la constitution psychologique de chaque parent, mais aussi selon la gravité des symptômes. Si la différence n'est pas frappante, elle peut facilement être niée et à plus forte raison lorsque, comme dans le groupe N° 1, la mère est méticuleuse

et a le souci de la perfection. Pour elle, handicap physique étant synonyme de manque d'intelligence, elle niera ce handicap et tentera même de fausser les données du problème, en soulignant les traits névrotiques de la jumelle normale. Ce déni se trouve aussi à l'origine des difficultés que les parents éprouvent à discuter entre eux de ce problème.

La situation est envisagée de façon plus réaliste par les parents du groupe N° 2; la réalité, en effet, crée plus d'anxiété chez eux mais il en résulte une action concertée. La différence entre les jumeaux est plus grande et la comparaison s'exprime toujours par une phrase à balancier où le premier membre qui laisse entendre que « *A* » *ne fait pas ce que fait* « *B* » est aussitôt compensé par un effort destiné à rétablir l'équilibre: « *mais* « *A* » *est plus... (docile, persévérant)* » que « B ». Bien qu'ils évaluent correctement les possibilités individuelles, le soin de s'attacher à l'équilibre de la comparaison nuira au développement indépendant des enfants. Ceci fut exprimé par la mère en ces termes: « Je me demande si nous devrions stimuler « A » ou retenir « B » afin qu'il n'écrase pas son frère ». Ici encore c'est la similitude qui est recherchée alors que le but devrait être le développement des possibilités individuelles.

Une autre solution existe: elle fut choisie par les parents du groupe N° 3. Elle est plus fréquemment adoptée dans le cas de différences marquées et aura des résultats désastreux pour l'enfant handicapé. Incapable de nier la différence, comme les parents du groupe N° 1, ou d'établir un équilibre comme ceux du groupe N° 2, les parents du groupe N° 3 commencent d'abord par constater la différence, puis l'exagèrent, au point d'en arriver à une véritable ségrégation de l'handicapé, en faisant l'éloge de « B » et en rejetant « A ». Ici le problème gémellaire n'existe plus puisque « A » est complètement rejetée ce dont elle est d'ailleurs pleinement consciente.

La situation serait bien différente, si les enfants étaient aimés pour ce qu'ils sont, compte tenu des différences individuelles, plutôt que pour ce qu'on aimerait qu'ils soient. Une éducation normale implique que les enfants soient élevés selon les normes de leurs parents, de leur milieu et de leur culture. Toutefois, l'idéal des parents devrait toujours tenir compte des possibilités individuelles. Ceci suppose la reconnaissance et le respect des différences. Malheureusement, les parents hésitent à adopter une telle attitude car elle risquerait d'avoir comme conséquence que, les sentiments manifestés envers chaque enfant étant diversifiés, il en résulte un sentiment de culpabilité.

Summary

Having, as subject, three pairs of monozygotic twins, a combined study was conducted at the Rehabilitation Institute of Montreal. One twin in each set was a cerebral palsied child.

Based on the physiatric, psychiatric and psychological evaluations of the twins, and on interviews with the parents, we were able to draw the following conclusions:

MEDICAL CONCLUSIONS.

1. The goal of rehabilitation is to adapt the individual to an abnormal physical state through the application of all possible means; difficulties being proportionate to the handicap and its permanency, this applies in particular to the cerebral palsied.

2. Thorough investigation brings forward adaptation problems which, if unrecognized or unsolved, will become aggravated, as demonstrated by H. Wortis in a recent study.

3. In monozygotic twins, identical hereditary factors may be modified by certain pathological conditions with consequent motor impairment.

4. The same somatotype was found constant in each set, in spite of apparent physical discrepancies.

5. Though one case only presented seizures, the electroencephalograms demonstrated epileptic potentialities in each of the three cerebral palsied children.

6. Because the etiology was in no way related to the parents, the prognosis for future pregnancies of the mother was favourable.

7. The consequences of cerebral palsy upon the individual, particularly in benign forms, are not always easily ascertained. The conclusions concerning the policy to follow cannot be easily formulated.

8. The present study made possible the total investigation of three pairs of twins, including their

environment. Indeed, although the results of the investigation have projected the superiority of the normal child, the global handicap of the affected one can be assessed with much greater degree of accuracy by the use of the co-twin method.

9. The co-twin method has produced results of important diagnostic and prognostic value.

10. In future, personal experiences, which are difficult to relate, will allow more exactitude in the appreciation of rehabilitation components among the cerebral palsied.

PSYCHOLOGICAL CONCLUSIONS.

1. There is a constant discrepancy in the I. Q.'s, in favour of the normal twin, related to the somato-cerebral structure, whereas a constant similitude exists in personality functioning.

2. Fundamental traits remain the same at different levels of intelligence but the pattern of expression differs. This appears to be related with the Oedipus Complex and parental inter-relations, also with the identification process to parent of opposite sex. Nurture seems more important here than nature. In fact, structural factors of personality seem less affected and more similar than structural factors of intelligence.

3. The normal twins have a tendency to identify themselves more with the parent of opposite sex; this identification is more evident in twins who are at the Oedipus Complex age.

4. The projective tests demonstrate the intellectual level of the normal twins more accurately than in the case of the cerebral palsied children; but the same tests were more reliable to detect personality changes in the C. P. cases.

PSYCHIATRIC CONCLUSIONS.

It is normal to meet with sibling rivalry for the affection of the parents who feel a natural and necessary preference for the last born. Parents can usually make themselves believe that they love their children equally. This belief is strengthened by virtue of the time span between two single births which precludes the risk of disfavourable comparison between the children.

The problem is more difficult in the case of twins where comparison is imposed by the very fact that they are of the same age. Then the myth of their equal love for their children is maintained consciously and only at the price of great expense of energy, as illustrated in the meticulous resemblance of manner, dress, play, etc.

The problem becomes more acute when a physical and/or mental defect breaks the resemblance and imposes an unfavourable comparison. This will be dealt with through other mechanisms of defence more or less pathological and harmful to the normal development of two individuals, whom the parents would have liked to treat as one entity: the twins ("our twins").

Of course, this problem will be resolved differently, governed by the psychological make-up of each parent and the severity of the symptoms. The difference may well be denied if it is not obvious. More so, as in Set No. 1, if the parent (the mother) is meticulous and a perfectionist. To her, physical defects mean *lack of intelligence,* and she will not only deny them but will try to evade the question by emphasizing the neurotic traits in the normal twin. The difficulty of the parents to discuss the problem between themselves also originates from this denial.

The problem is more realistically met by the parents of Set No. 2. Granted, it creates more anxiety, but it is conductive to coordinated action on their part. The difference between the twins is greater and the comparison always results in: *"'A' cannot do what 'B' does"*, but balance is regained by the immediate addition of *"But 'A' is more... (gentle, persevering, etc.) than 'B'"*. The danger here is that, though evaluating the possibilities correctly, the need to establish balance will have a detrimental result on the development of the individual potentialities of the children. This danger was expressed by the mother: "I wonder if we should stimulate 'A', or restrain 'B' so that he does not crush his brother". Here again, they look for *equality in the twins* and not, as it should be, for the development of individual potentialities.

The third possible solution was adopted by the parents of Set No. 3. It is imposed by greater discrepancies, with results very detrimental to the cerebral palsied child.

Unable to deny dissemblance, as in Set No. 1, or to establish balance, as in Set No. 2, dissemblance is acknowledged and even emphasized later to the point of completely segregating the handicapped child by praising "B" and rejecting "A", which the latter will feel all her life. There is no longer a twin problem.

The problem would not be such if the children were loved for what they are, including their differences, rather than loved for what the parents would like them to be. Normal education calls for bringing up children according to the standards of the parents, of the milieu or culture. However, to reach this goal, the parents should always bear in mind the individual potentialities of the children. This, nevertheless, would mean the appreciation of differences. Unfortunately, the parents hesitate to adopt such an

attitude because their sentiments towards the children might differ and they would be afraid of consecutive feelings of guilt.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. ALLEN: Cases of Cerebral Palsy in a Series of Mentally Defective Twins, *Amer. J. of Mental Deficiency,* **59**: 629-39, 1955.
2. G. ALLEN and F. J. KALLMANN: Frequency and Types of Mental Retardation in Twins, *Amer. J. of Human Genetics,* **7**: 15-20, 1955.
3. C. BALAVOINE: Discordances multiples chez deux jumeaux univitellins. *J. de Génétique Humaine,* Genève, **3**: 71-9, 1954.
4. C.E. BENDA: Developmental Disorders of Mentation and Cerebral Palsy, p. 22-378, New York, Grune & Statton, 1952.
5. Dorothy BURLINGHAM: Twins: a Study of Three Pairs of Identical Twins, New York, International University Press (1952) 89 p. ch. 25 cm. Bibliography.
6. R. DEBRE, E. BARCETON, P. MOZZICONACCI, R. HABIB: Lésions cérébrales par anoxie néo-natale. *Archives françaises de pédiatrie,* **12**: 673-83, 1955.
7. Russell V. FULDNER: Physical Examination of the C.P. Child, *Journ. of the Amer. Med. Ass.,* **148**: 34-41, 1952.
8. Luigi, GEDDA: Studio dei gemelli, Edizioni Orizznonte Medico, Roma (1951).
9. E. GEISLER: Encephalopathia Posticterica Infantum in one of Binovular Twins with Equal Rh factors, *Archiv fur Kinderheilkunde* (Germany), **150**: 184-9, 1955.
10. A. GESELL and H. THOMPSON: Learning and Growth in Identical Infant Twins, An experimental study by the Method of Co-twin Control, *Genetic Psychology Monographs,* **4**: (July-Dec.) 1929.
11. G. HEUYER, S. LEBOVICI, H. DANON-BOILEAU, R. MISES, A. LALISSE: Quadriplégie spasmodique avec cécité et idiotie chez deux sœurs jumelles; discussion. *Archives franç. de pédiatrie,* **12**: 84-87, 1955.
12. G. HINDEN: Idiocy in One of Monozygotic Twins, *Brit. Med. Jour.,* **4962**: 333, 1956.
13. R. HUMBERT: Cerebral Lesions in Early Infancy of Uniovular Twins. *Archiv fur Kinderheilkunde* (Germany), **148**: 5-12, 1954.
14. E. JOLK: The Contribution of Twins Research to the Physiology of Exercise. *Acta geneticæ medicæ et gemmellologiæ* (Italy), **5**: 115-22, 1956.
15. B. KARPMAN: Psychodynamics in Fraternal Twinship Relations. *Psychoanalytic Review,* **40**: 243-267, 1953.
16. R. LAFON, P. PASSOUVANT, J. L. FAURE, J. MINVIELLE: Epilepsie et gémellité; étude clinique électroencéphalographique et psychologique de 7 couples de jumeaux univitellins épileptiques. *Montpellier méd.,* **49**: 56-75, 1956.
17. M. LAMY, C. POGNAN, COUREAU-SPACH: Sur l'hérédité de l'épilepsie; à propos de la confrontation de deux couples gémellaires monozygotiques. *Arch. fran. de pédiatrie,* **11**: 879-84 1954.
18. W.G. LENNOX, D.H. JOLLY: Seizures, Brain waves and Intelligence Tests of Epileptic Twins. *Ass. for Research in Nervous and Mental Disease, Proceedings,* **33**: 323-45, 1954.
19. I. LEZINE: Note sur le développement psychomoteur de jeunes jumeaux. *La semaine des hôpitaux de Paris,* **29**: 323-45, 1954.
20. M. SCHACHTER and Mme H. CHATENET: New Contributions to Study of Rorschach Test. *Acta Geneticæ Medicæ et Gemellologiæ* (Italy), **2**: 69-85, 1953.
21. G.C. SCHWESINGER: Effect of Differential Parent-Child Relation on Identical Twin Resemblance in Personality. *Acta Geneticæ Medicæ et Gemellologiæ* (Italy), **1**: 40-47, 1952.
22. Marie Orr, SHERE: The Socio-Emotional Development of the Twin who has Cerebral Palsy. *Cerebral Palsy Review,* **17**: 16-18, 1957.
23. L. TABAH and J. SUTTER: Le niveau intellectuel des enfants d'une même famille: II Etude des jumeaux (suite). *Concours méd.,* **76**: 1767-9 (24 avril) 1954.
24. S.D. WELLER and R.M. NORMAN: Epilepsy due to Birth Injury in one of Identical Twins. *Arch. of Disease in Childhood,* **30**: 453-6, 1955.
25. Helen WORTIS: The Patient with Childhood Spastic Hemiplegia — Motivation for prolonged Clinic Care. *Amer. Journ. of Phy. Med.,* **36**: 90-93 (April) 1957.
26. S.J. YUE: Multiple Births in Cerebral Palsy. *Amer. Journ. of Phy. Med.,* **34**: 335-41, 1955.
27. R. ZAZZO: Sur le postulat de la comparabilité dans la méthode des jumeaux. *Acta Geneticæ Medicæ et Gemellologiæ* (Italy), **4**: 180-91, 1955.

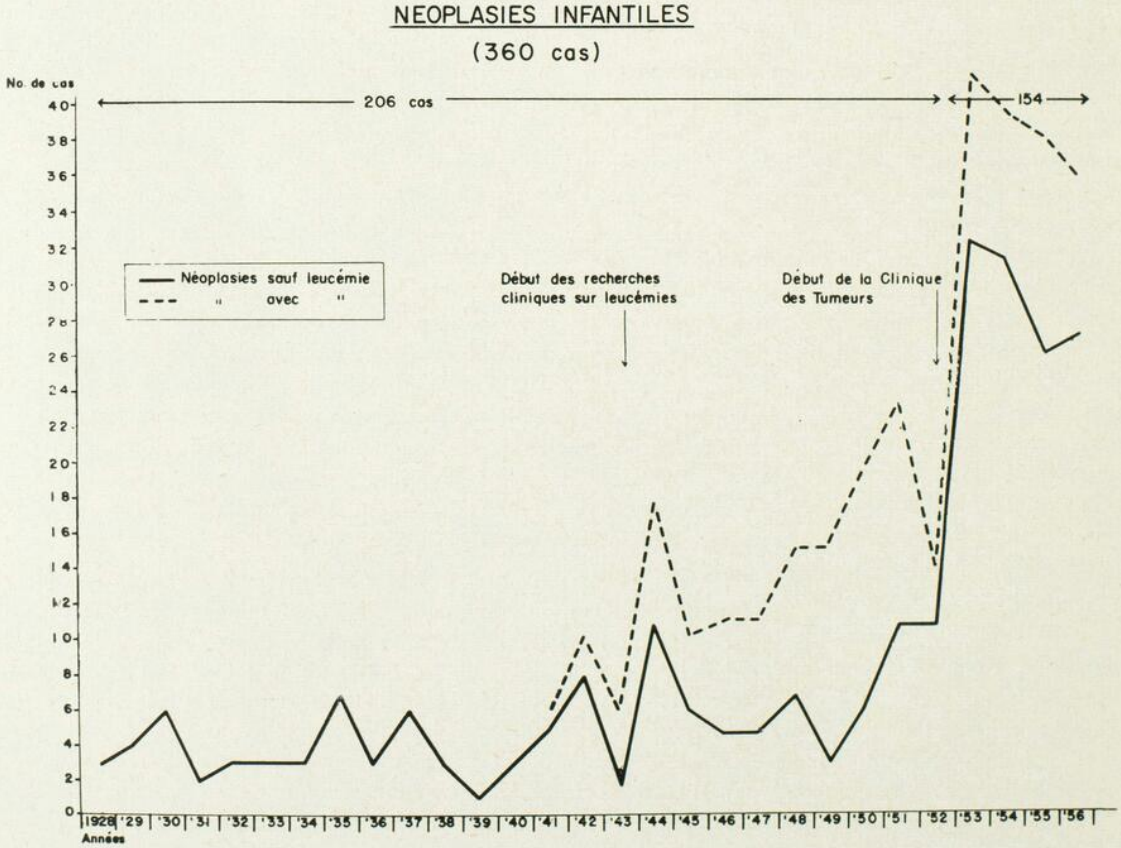
LES CANCERS INFANTILES À SAINTE-JUSTINE

Jacques GAGNON,
Anatomo-pathologiste,
Hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Historique

Depuis longtemps déjà, les pédiatres et les anatomo-pathologistes de l'Hôpital Sainte-Justice se sont intéressés au problème du cancer chez l'enfant. Non seulement le diagnostic mais les thérapeutiques ont occupé nos prédécesseurs. C'est ainsi que les chirurgiens ont multiplié les opérations et compliqué les techniques, et que les radiothérapeutes ont augmenté de plus en plus les doses. Il faut dire cependant que souvent, hélas, les résultats étaient décevants, soit par la mortalité opératoire, post-opératoire ou par, de toute façon, un exitus à plus ou moins brève échéance. Seuls des cas isolés causaient de bonnes surprises et encore ne pouvait-on les confirmer que quand il était possible de les revoir. C'est alors que les radiologistes et les anatomo-pathologistes ont entrepris de compiler les cas et de les suivre en autant que cela était possible. Ainsi le docteur Paul Martin avait déjà préparé une longue liste comprenant le diagnostic histologique, l'âge, le sexe, la survie post-opératoire et la symptomatologie. Le docteur Marc Del Vecchio, à l'aide de cette liste, a déjà publié des considérations en rapport avec la radiothérapie. Cependant quels que soient les efforts déployés, les résultats étaient peu probants parce que fragmentaires. Aussi fut-il décidé par le Conseil médical de Sainte-Justine à la suggestion du directeur médical, le docteur Edmond Dubé, de fonder une Clinique des Tumeurs dont le projet était déjà à l'étude depuis quelques années. C'est

TABLEAU I



ainsi qu'au mois de janvier 1953, nous avons fondé la Clinique des Tumeurs, sous la surveillance attentive et la coopération étroite du Professeur Pierre Masson. Aujourd'hui, après 4 années de travail, nous présentons un premier rapport comprenant tous les cas dans le matériel acquis de 1927 à la fin de 1956.

Importance du problème

Le cancer est depuis longtemps reconnu comme une affection frappant surtout les sujets d'un âge moyen ou assez avancé. Le cancer chez le jeune est cependant moins bien connu, quoique les publications étrangères abondent sur ce sujet depuis au moins une vingtaine d'années. Ce qui est pratiquement inconnu, c'est son importance dans notre province de Québec. Pour ce faire, nous procéderons par comparaison avec quelques autres statistiques étrangères émanant de pays où la race dominante est la race blanche.

Nous disposons en tout de 360 tumeurs considérées comme malignes ou très fortement susceptibles de l'être quant à leur potentiel évolutif. Le tableau I présente leur incidence selon les années. On voit que de 1927 à 1941 nous n'avons inclus que les tumeurs proprement dites sans les leucémies. C'est qu'avant cette dernière année, les leucémies n'étaient pas étudiées avec les techniques hématologiques suffisantes comme les ponctions médullaires et qu'aucun spécialiste dans la matière n'y avait apporté une étude systématique. Déjà en 1941, plusieurs cas de leucémie avaient été codifiés, de sorte qu'en 1947, le docteur Albert Royer surtout à l'aide de ponctions médullaires et d'examens périodiques a pu nous fournir des données précises pouvant servir à des études statistiques. On remarquera dès lors que l'incidence des leucémies paraît augmenter considérablement par rapport aux années antérieures et que leur écart par rapport aux tumeurs est à peu près du même ordre à partir de 1947 jusqu'à nos jours. Quant aux tumeurs proprement dites, on peut déjà se rendre compte que leur nombre a augmenté depuis 1947. Il semble raisonnable de penser que l'attention plus grande apportée par les médecins et la renommée grandissante du service de diagnostic de l'Hôpital Sainte-Justine aient été des facteurs déterminants dans cette augmentation. Mais ce n'est vraiment qu'à partir de 1953, au moment où la Clinique des Tumeurs a été fondée, que l'on peut observer une grande flèche ascendante.

Etude de l'augmentation des cancers depuis 1953

L'augmentation brusque constatée sur la courbe du premier tableau atteint et dépasse même les 200%, non seulement si on compare les chiffres de 1953 avec les moyennes des années antérieures, mais même si on les rapporte aux maxima. Pour avoir une bonne marge de sécurité, nous avons éliminé les cas rarissimes qui sont peut-être le fait du hasard et comme il va de soi les cas qui présentaient le moindre doute. Nous avons de plus exclus l'apport provenant de l'établissement du nouveau service de neuro-chirurgie. Pour ce faire, nous avons supprimé du nombre toutes les tumeurs cérébrales car il est difficile de faire le partage entre les cas qui nous sont parvenus sans l'intermédiaire du nouveau service comme c'était le cas avant 1953, et ceux qui y sont dus. Ces réserves étant faites, il persiste encore une augmentation dépassant 100%.

L'étude des facteurs favorisant des compilations plus complètes n'a montré aucune variation par rapport aux années antérieures. C'est que la Clinique des Tumeurs a continué à n'enregistrer que les cas après biopsie ou autopsie. Les méthodes de diagnostic sont demeurées strictement les mêmes. De plus, le personnel a changé légèrement, mais toujours les tumeurs ont été soumises aux mêmes consultants et en particulier à Monsieur le professeur Pierre Masson qui a continué son travail depuis les débuts en 1927. Le personnel hospitalier quoique plus expérimenté qu'autrefois, n'a pas, du moins depuis 1945, entrepris de campagne de dépistage systématique. Enfin, la Clinique des Tumeurs qui ne bénéficie d'aucun octroi soit pour le diagnos-

tic, soit pour le traitement des malades, n'a fait aucune publicité pour attirer un plus grand nombre de cancéreux. Son rôle s'est borné à suivre régulièrement les malades.

Un autre facteur qui pourrait avoir une certaine influence sur le nombre des cas de cancer infantile serait une augmentation notable de la population desservie par l'hôpital. Nous avons constaté que la plus grande partie (plus de 80%) de nos petits malades provenait de la région métropolitaine. Nous avons pris comme base l'augmentation de la population de la cité de Montréal en nous servant des chiffres fournis par le docteur Adélard Groulx, directeur du service municipal de la santé. Ces statistiques donnent une population de 974, 115 en 1947 et 1,127,000 en 1957, soit une augmentation de 15% de la population générale en 10 ans. Cependant, si on compare les naissances qui étaient de 23,691 en 1947 et 30,390 en 1957, on obtient une augmentation de 30% en 10 ans. Il faut dire, par contre, que les autres services de pédiatrie ont augmenté considérablement dans la même région et que le taux de 10% d'augmentation dans le nombre des enfants hospitalisés à Sainte-Justine correspond probablement au véritable pourcentage de l'augmentation de la population desservie par Sainte-Justine. Mais même si on admet ce 30% d'augmentation pour garder une bonne marge de sécurité, il n'en existe pas moins une augmentation dépassant les 70% dans l'incidence du cancer infantile à Sainte-Justine.

Il est un dernier facteur difficile à apprécier, mais qui peut être une cause importante dans l'augmentation du cancer infantile; ce facteur c'est la sélection des malades à l'admission. En effet, la réputation de l'hôpital ou de ses médecins, de même que l'apparition de méthodes efficaces de traitement des autres maladies de l'enfance, peuvent changer dans une large mesure les incidences respectives des maladies pour lesquelles les malades sont hospitalisés. C'est la raison pour laquelle nous ne prendrons que les dix dernières années en considération, c'est-à-dire depuis l'ère des antibiotiques. Pour estimer la sélection à l'admission, nous avons eu recours à un parallélisme entre les malformations congénitales et les cancers. En effet, l'Hôpital Sainte-Justine étant un hôpital dévoué presqu'exclusivement aux enfants, il s'en suit normalement que les cas désespérés ou particuliers lui sont référés plus souvent qu'aux autres hôpitaux généraux. Nous avons donc comparé l'incidence des malformations congénitales léthales de notre matériel d'autopsie de 1946 à 1956 inclusivement.

De 1946 à 1952 inclusivement, les variations des taux des malformations congénitales léthales ont été de 3.9% à 8.7% avec une moyenne de 6.4%, alors que de 1953 à 1956, elles ont été de 4.1% à 9% avec une valeur moyenne de 6.9%. De ces pourcentages et de ces variations, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas eu une plus grande sélection dans ces 10 dernières années dans le matériel d'autopsie et par conséquent, très probablement dans les malades hospitalisés. Bien entendu, ce parallélisme pour évaluer la sélection n'est valable que pour un hôpital spécialisé dont les patients constituent une population assez homogène — ce qui, dans le cas de Sainte-Justine, est évident puisque la très grande partie ou plus de 80% des malades hospitalisés sont des enfants dont l'âge varie de 0 à 16 ans et dont l'immense majorité est âgée de moins de 5 ans. Il semble donc d'après ces considérations que l'augmentation du cancer notée depuis 1953 soit réelle et non relative.

Répartition des variétés dans l'augmentation des tumeurs

La répartition de l'augmentation des néoplasies infantiles varie cependant avec l'âge du porteur et la nature même de la néoplasie. La première question sera traitée avec la question de la répartition du cancer selon l'âge. Quant aux différentes variétés de cancer rencontrées après 1953 par rapport aux autres vues antérieurement, on constate comme il va de soi que les tumeurs cérébrales forment le groupe le plus important dans l'augmentation générale puisqu'il s'agit de l'établissement du nouveau service de neuro-

chirurgie en 1953. C'est ainsi qu'on a calculé le pourcentage d'augmentation à près de 500%. Ces chiffres mettent immédiatement en évidence l'importance considérable que les nouvelles méthodes d'exploration peuvent exercer sur les statistiques en matière de cancer et qu'il faille, par conséquent, être prudent lorsqu'on veut évaluer une augmentation dans la fréquence d'une maladie. Mais comme ici d'une part, nous avons éliminé les tumeurs cérébrales d'emblée dans le calcul de l'augmentation et d'autre part les techniques, les techniciens et la population des malades sont à peu près les mêmes, on peut par conséquent pouvoir établir avec plus de certitude l'importance de l'augmentation des autres variétés de tumeurs.

Nous allons brièvement passer en revue différentes tumeurs par ordre décroissant de pourcentage d'augmentation en commençant tout d'abord par les rétinoblastomes. Le diagnostic du rétinoblastome étant facile et clinique, il ne peut être question de variantes de la part du personnel hospitalier.

L'augmentation dans l'incidence des rétinoblastomes depuis 1953 s'établit à plus de 300%. Ceci constitue la plus forte augmentation de tout notre matériel. En étudiant de près l'incidence selon les années, nous avons remarqué des variations cycliques. Ainsi en trouvons-nous 5 cas en 1953 et 5 en 1956, alors que les années 1954 et 1955 ne nous en apportent aucun. Cette périodicité se retrouve également, mais de moindre importance depuis 1945. Nous n'avons aucune explication pour ce phénomène périodique. Nous pensons qu'il puisse bien être un effet du hasard étant donnée la petite série de nos cas.

Parmi les autres tumeurs qui présentent une augmentation sensible mais moindre, nous retrouvons les sarcomes des tissus mous et des os à l'exception des rhabdomyosarcomes qui n'ont pas varié. Les tumeurs ovariennes et les épithéliomas ont passablement augmenté mais ils ont surtout augmenté dans des groupes d'âges au-dessus de 5 ans. Enfin, les lymphomes, les réticuloses, les maladies de Hodgkin ont subi des augmentations assez importantes alors que les leucémies sont restées à peu près stationnaires depuis une dizaine d'années. Par contre, les sympathomes et les tumeurs de Wilms tout comme les leucémies en sont au même point.

On peut donc conclure qu'à l'exception des tumeurs cérébrales, les rétinoblastomes, les sarcomes des tissus mous et des os, les lymphomes, les réticuloses malignes, les maladies de Hodgkin de même que les tumeurs ovariennes et les rares épithéliomas ont augmenté depuis 1953 par rapport aux 25 années que nous avons étudiées auparavant.

Fréquence

Les données étrangères sur la fréquence du cancer infantile varient peu d'un pays à l'autre. C'est ainsi qu'en France, Caussade à la clinique infantile de Nancy considère qu'il y a un cas de néoplasie maligne par 207 hospitalisations, ce qui donne 0.408% sur 10,358 admissions pour les dix années qui ont précédé 1953 avec une répartition variant selon les groupes d'âge: soit 1/3 en bas de 2 ans et 2/3 en bas de 5 ans. Selon Gaisford tel que cité par Andersen en 1951 on peut s'attendre à une fréquence variant entre 0.25% à 0.5% des admissions d'un hôpital d'enfants. Selon Steiner à Chicago en 1945, le cancer infantile cause la mort de 0.13% de toutes les admissions. Videbaek au Danemark de 1942 à 1944 rapporte que le cancer frappe 2 enfants par 10,000 enfants vivants. En 1953, en Uruguay selon Jaureguy l'incidence est de 0.26% sur 131,260 enfants hospitalisés. A Naples, en 1953, Rodino estime que la fréquence des tumeurs chez l'enfant est de 0.26% sur 10,282 hospitalisations (dont la moitié seule est la maligne). Au Dernbecher Memorial Hospital for Children, de 1946 à 1949 Peterson estime la fréquence des tumeurs (malignes et bénignes) à 2.5% des admissions. En Suisse, Hoch estime à 0.74% des autopsies de 0 à 15 ans l'incidence du cancer. Bufkin en 1952 rapporte qu'au Duke Hospital de 1940 à 1949 7.4% des admissions sont des cas de tumeurs dont 1/3 sont bénignes, soit environ 5% des

admissions, ce qui représente un des indices les plus élevés rapportés par un hôpital. Cependant, le rapport de la compagnie Métropolitaine estime à 11% la mortalité par le cancer par rapport à toutes les autres causes de mortalité infantile. A l'Hôpital Sainte-Justine, sur une période de 4 ans, de 1953 à 1956, la fréquence est de 0.5% sur 28,191 admissions d'enfants de 0 à 16 ans (sauf les prématurés). Ces statistiques globales sur tous les cas de 0 à 16 ans ou bien par groupe de 5 ans ne nous paraissent pas répondre à la réalité car les variations selon les années d'âge sont beaucoup plus grandes. Et c'est ainsi que nous avons dressé le tableau No 2 pour les années 1953 à 1956 à Sainte-Justine. On y voit des sommets à l'âge de 4 ans correspondant à 2% des hospitalisations de même qu'à 16 ans, à 2.2%. Il faut dire cependant que ce dernier pourcentage portant sur un groupe beaucoup plus restreint a une valeur beaucoup plus sujette à caution. Cependant on peut voir que les pourcentages les plus bas sont de la naissance à 1 an, à l'âge de 13 ans et aux âges de 14, 15, 10 et 4 ans. Les autres âges occupent une position plutôt moyenne. On peut même les comparer avec les cas adultes où sur un total de 5,000 cas

TABLEAU II

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Statistique d'hospitalisation par âge

1953-1956

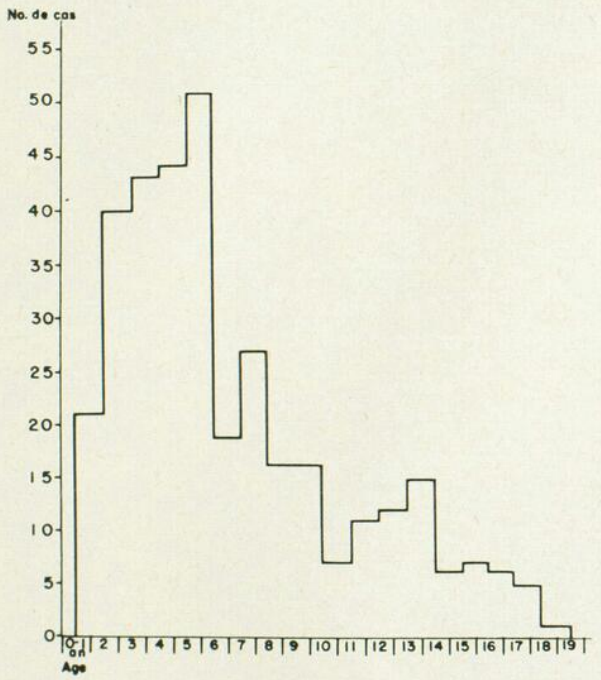
Cas de médecine et de Chirurgie

	1953	*1954*	*1955*	*1956*	*Total*		% CANCER ADMIS
D'un jour à 12 mois	1,480	1,704	1,739	1,898	6,821		0.2%
13 mois à 24 mois	478	464	595	590	2,127		0.9%
24 mois à 36 mois	584	513	601	545	2,243		0.8%
3 ans	500	446	431	514	1,891		0.8%
4 ans	459	413	431	399	1,702		2%
5 ans	457	427	423	386	1,693		0.4%
6 ans	442	416	438	430	1,725		0.7%
7 ans	441	431	420	393	1,685		0.5%
8 ans	335	384	364	422	1,505		0.7%
9 ans	294	273	310	352	1,229		0.5%
10 ans	291	266	294	333	1,184		0.4%
11 ans	258	269	280	244	1,051		0.4%
12 ans	242	234	274	265	1,015		0.8%
13 ans	230	215	270	207	922		0.2%
14 ans	193	187	205	194	779		0.4%
15 ans	106	114	139	120	479		0.4%
16 ans	36	31	39	33	139		2.2%
						28,191	0.5%
Adultes	1,274	1,221	1,284	1,366	5,145		2%
						33,336	

admis qui ne sont pas des cas d'obstétrique mais d'adultes d'âge plutôt moyen nous obtenons le pourcentage assez faible de 2%. Il est bien sûr que ce dernier pourcentage est inférieur à la réalité et par conséquent n'est pas valide pour la population adulte en général; et sûrement le pourcentage est beaucoup plus faible qu'il ne l'est dans un hôpital général où les départements de chirurgie et de médecine reçoivent une majorité de patients audessus de 50 ans et surtout bénéficient de Cliniques des Tumeurs subventionnées (environ 10% des patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu de Montréal). On peut donc conclure que la fréquence varie selon l'âge, varie assez considérablement, mais que le cancer chez l'enfant existe à tous les âges.

TABLEAU III

NEOPLASIES INFANTILES
(360 cas)
Selon l'âge



AGE DU CANCER CHEZ L'ENFANT

Nous avons vu dans le tableau no. 2 qu'il y avait des maximums pour les âges de 4 ans et de 16 ans, cependant si nous compilons tous les cas de cancer, d'après l'âge du porteur, âge où le diagnostic a été fait, nous voyons dans le tableau no. 3 que le plus grand nombre se trouve en bas de 5 ans, ce qui répond bien aux données statistiques des autres auteurs. Ce tableau comporte la somme de tous les cas de cancer de 1927 à 1957. On y remarque un pic à 3, 4 et 5 ans puis une chute brusque après 5 ans, puis une autre à l'âge de 10 et 11 ans pour remonter ensuite à 12, 13 et 14 ans. Dans les courbes qui avaient été faites avant 1953, on constatait une quasi absence de cancer aux âges de 8 et 9 ans et 4 ans. Dans les autres statistiques on constatait également une chute très brusque et importante à ces âges avec une remontée prépubertaire ou pubertaire, mais depuis 1953, nous avons remarqué que la chute devenait beaucoup plus progressive après l'âge de 5 ans, et que les paliers observés avaient tendance à disparaître. En partie, il s'agit de tumeurs cérébrales opérées mais aussi d'autres tumeurs, ce qui fait que l'augmentation du cancer porte non seulement sur certaines variétés, mais aussi à des âges où nous n'avions pas l'habitude de les voir. Il s'agit surtout de lymphomes, de tumeurs des gonades, de tumeurs osseuses et d'épithéliomas. Il semble donc que les tumeurs que nous avons trouvées à ces âges et qui correspondent à des augmentations par rapport aux années antérieures, soient des tumeurs qui s'approchent du type de celles rencontrées chez les adultes et non plus des tumeurs exclusives ou presque à l'enfance. On est donc porté à penser que les données classiques qui faisaient du cancer l'apanage de l'âge adulte doivent être changées et que réellement tous les âges soient sujets au cancer, avec cependant des prédominances pour des groupes d'âge surtout aux deux extrémités de la vie. Il est également bon de reviser les déclarations des différents auteurs qui faisaient de l'immense majorité des cancers chez l'enfant des cancers d'avant l'âge de 5 ans, car si Caussade compte les ⅔ des cancers avant l'âge de 5 ans et Fleming et Pearse également, notre courbe y réserve une place moindre c.a.d. environ 55%. Il faut donc cesser de négliger l'importance des cancers qui surviennent après 5 ans. Certaines variétés

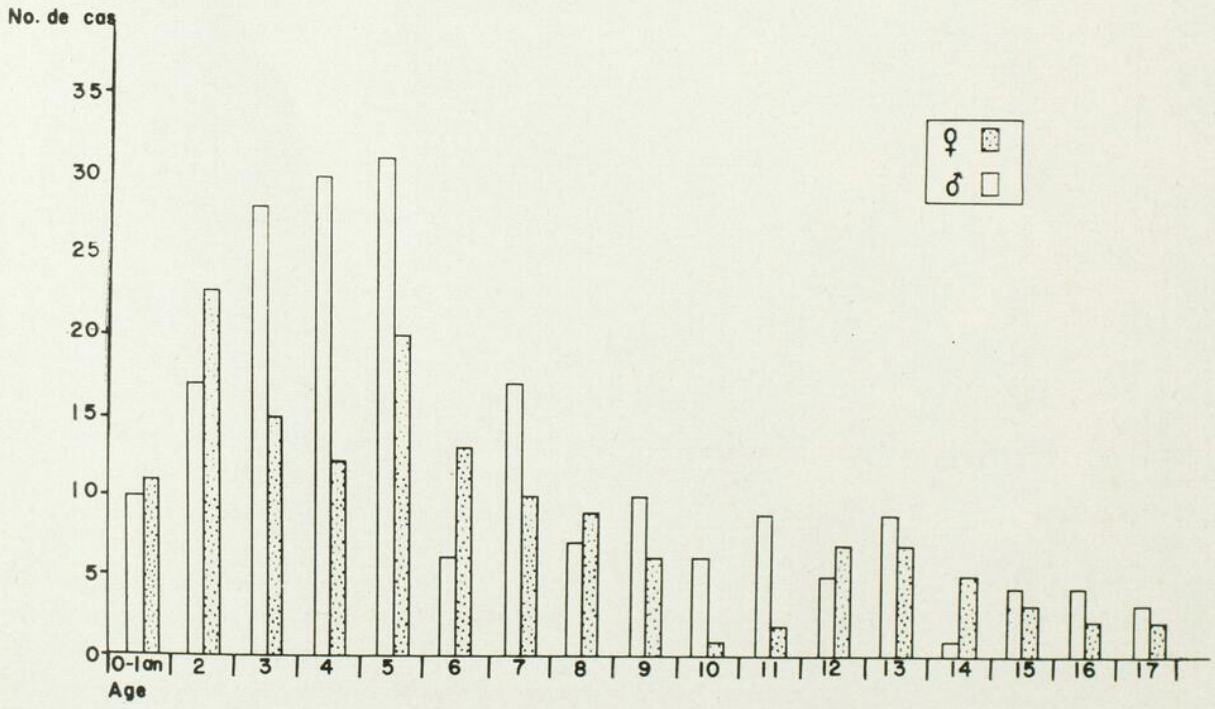
de tumeurs cependant paraissent avoir un âge privilégié pour faire leur apparition alors que d'autres s'étendent à toute l'enfance. C'est ainsi que les tumeurs de Wilms, les sympathomes, les rétinoblastomes surviennent presque tous avant l'âge de 5 ans. Par contre, les rhabdomyosarcomes, quoique plus fréquents avant 7 ans, se retrouvent aussi plus tard. Les leucémies, les lymphomes, les tumeurs cérébrales, les tumeurs des gonades, les tumeurs osseuses se retrouvent à peu près à tous les âges mais non uniformément de 0 à 16 ans. Les lymphosarcomes et les tumeurs des gonades se retrouvent surtout après 5 ans. Quant aux épithéliomas, ils surviennent presque tous après 5 ans et ceux qui se rapprochent le plus des types rencontrés chez les adultes, surviennent en moyenne vers l'âge de 10 ans. Les épithéliomas représentent environ 5% de tous les cancers que nous avons observés.

LE CANCER SELON LE SEXE

La répartition des néoplasies selon le sexe indique une légère prédominance en faveur du sexe masculin. Dans notre tableau no. 4 ceci est vrai pour le grand maximum des âges 3, 4 et 5 ans mais est inversé pour les deux premières années, où le contingent féminin est plus important. Dans l'ensemble cependant pour le groupe de 0 à 5 ans les garçons l'emportent sur les filles, ce qui est conforme aux données de la plupart des auteurs (Hoch, Bufkin, Caussade, Fleming et Pearse). Certaines tumeurs cependant paraissent avoir une prédilection pour un sexe plutôt que l'autre alors que d'autres atteignent les deux sexes indifféremment. C'est ainsi que les lymphosarcomes atteignent des garçons le plus souvent alors que les tumeurs des gonades se voient plutôt chez les filles après 5 ans.

TABLEAU IV

NEOPLASIES INFANTILES
(360 cas)
Selon le sexe



SIÈGES DE PRÉDILECTION

Les sièges de prédilection des tumeurs chez l'enfant sont comme on peut le remarquer dans le tableau no. 5 assez variables et dépendent en partie de la spécialisation qui existe dans certains hôpitaux et de l'absence de certains services. C'est ainsi que certains hôpitaux ne possédant pas de service de neurochirurgie ou d'orthopédie ou ayant au contraire de très gros services spécialisés donnent comme plus fréquent ou moins fréquent les os, le système nerveux, etc. l'Hôpital Sainte-Justine possède tous les services spécialisés de tous les systèmes et on peut considérer comme valables pour la pédiatrie en général nos statistiques. Aussi est-il à remarquer que nos chiffres et pourcentages se rapprochent surtout des données de la Compagnie Metropolitain Life. Par contre, elle diffère beaucoup des statistiques données par Bufkin sur le Duke Hospital où les tumeurs cérébrales et osseuses dominent le tableau et celles de Dargeon où les tumeurs cérébrales prennent la dernière place. Enfin, certains auteurs n'incluent pas les leucémies dans les néoplasies malignes (voir le tableau 5). Nous croyons donc que les données de l'Hôpital Sainte-Justine soient les plus représentatives de notre milieu de la province de Québec. Dans le tableau no 6, nous voyons la forte prédominance qu'y occupent les leucémies et les lymphomes. Par contre les tumeurs osseuses sont beaucoup plus rares, soit un total de 24 sur 345. Le service d'orthopédie infan-

TABLEAU V

SIÈGES DE PRÉDILECTION DES TUMEURS MALIGNES CHEZ LES ENFANTS

Dargeon

1. os
2. rein
3. œil et orbite
4. organes lymph. et hémo.p
5. tissus mous
6. système nerveux

Videbaek — 276 cas

1. Hodgkin, leucémie, myél.
2. sarcome
3. cerveau
4. peau
5. rein
6. tube digestif
7. abdomen
8. organes génitaux

Dargeon (compte de 7 séries — 1707 cas)

1. s. n. c.
2. os
3. œil
4. gén. uri.
5. lymph.
6. sarc. périphérique
7. pharynx
8. peau
9. abdomen
10. tube digestif
11. gynéco.
12. foie
13. muscle
14. glande salivaire
15. poumons
16. pancréas
17. lèvres

Bufkin — 1168 cas (au Duke Hospital)

1.	cerveau	— 21.4 %
2.	os	— 9.5 %
3.	leucémites	— 9.1 %
4.	génito-uri.	— 4.0 %
5.	Hodgkin	— 1.3 %
6.	divers	— 21.2 %
	Tumeurs bénig.	— 33.50%

Cie Métropolitain (mortalité par cancer chez l'enfant)

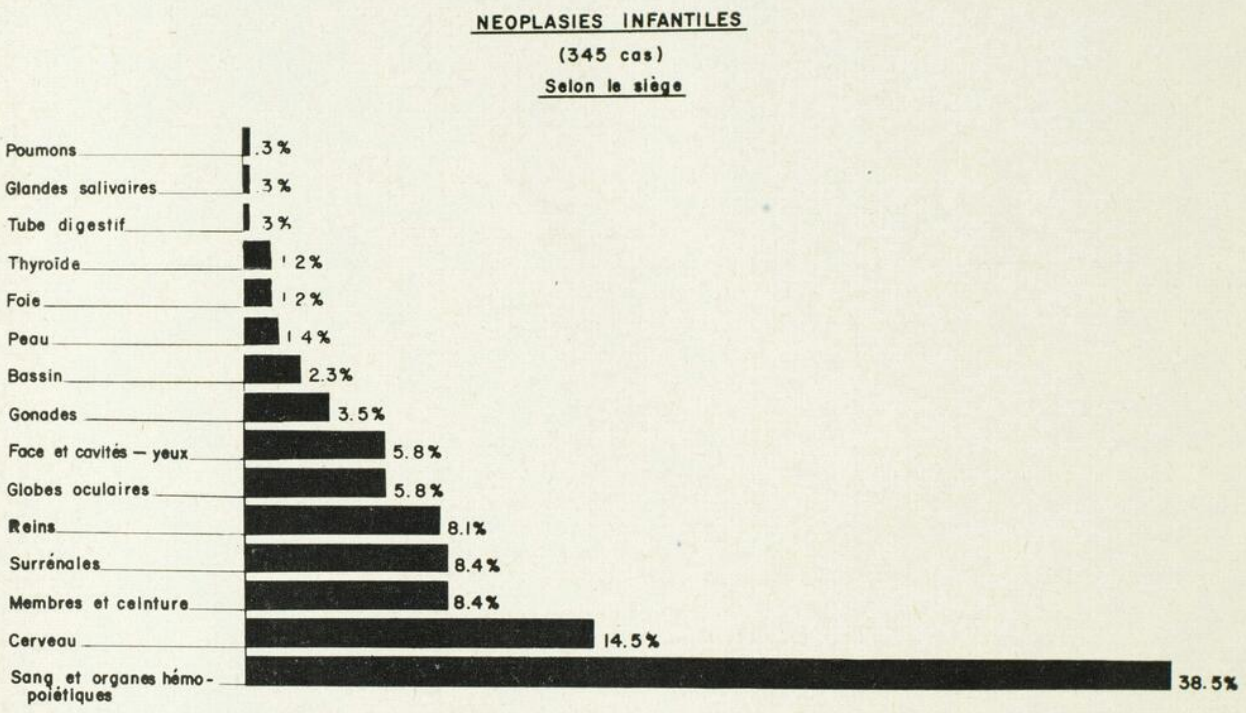
1. leucémie
2. tumeur cérébrale
3. tumeur gén. uri.
4. tumeur osseuse
5. tumeur gastro-intest.
6. Hodgkin
7. tumeur du cou et thorax
8. divers

Hoch — 223 cas

1.	système nerveux	— 39%
2.	lymph. et leucémie	— 20%
3.	abdomen	— 20%
4.	squelette	— 12%
5.	ailleurs	— 9%

tile étant bien organisé depuis longtemps à Sainte-Justine de même que sa clinique externe qui est considérable, nous ne pouvons expliquer que les tumeurs osseuses soient tellement moins nombreuses que les tumeurs de Wilms ou à peu près égales aux sympathomes, aux tumeurs de l'œil, aux lymphomes proprement dits et à peine un peu plus nombreuses que les rhabdomyosarcomes. Il est possible que notre province de Québec étant constituée en grande partie de canadiens-français, qu'un facteur ethnique puisse être en cause. Le tableau no. 6 ne porte que sur 345 cas. C'est qu'une quinzaine de cas nous sont parvenus au stade de généralisation et qu'il était impossible de préciser avec sûreté le siège initial.

TABLEAU VI



Diagnostic histologique

Le tableau no. 7 illustre bien la grande variété des cas qui se présentent mais ne représentent pas tous les cas quoi qu'ils aient été tous examinés. Pour ce qui est des leucémies, nous n'avons inclus que 38 cas, c.a.d. ceux qui ont été vus depuis 1953. Les autres 78 cas n'ont pas été inscrits parce qu'on manquait de données quant à leurs variétés mais non quant à leurs espèces. Quant aux autres tumeurs, bien que l'on fusse sûr de leur malignité, soit par l'envahissement local ou par les métastases, nous n'avons pas pu les classer à cause de leur indifférenciation, bien qu'elles aient été soumises à des examens répétés et de multiples consultations avec d'autres anatomopathologistes. Nous avons aussi inclus certaines tumeurs qui au premier abord paraissaient bénignes. Ainsi nous avons 3 cas de tumeurs à myéloplaxes. C'est que malgré leur bonne différenciation d'autres cas qui nous avaient parus bénins ont mal tourné et à cause de cette possibilité évolutive nous avons voulu les suivre et les considérer comme potentiellement malignes. Il en est de même pour 2 tératomes coetans ovariens et un tératome mature sacro-coccygien qui contenait beaucoup de tissu nerveux. Mais comme le prouve un de nos cas, il n'est pas sûr qu'ils soient bénins sur toute leur étendue ou qu'il n'y ait pas cancérisation précoce d'un de leurs constituants. D'ailleurs, Anderson, Gross etc.

TABLEAU VII

HÔPITAL STE-JUSTINE

Diagnostic histologique de 276 cas
(ne comprenant que 38 leucémies)

Médulloblastome	9	
Astrocytome	8	
Glio-épendymome	7	
Glioblastome ind.	6	
Glioblastome mult.	5	
Epi choroïdien	2	
Cranio-pharyngiome	2	
Spongioblastome	2	
Gliose fibreuse	2	 50
Adamantinome	1	
Sarcomatose méningée	1	
Sarc. globocell. de la selle turcique	1	
Gliome hypothalamique avec puberté précoce	1	
Médullo-épithéliome	1	
Méningiome	1	
Leucémie aiguë	19	
Leucémie lymphoïde aiguë	8	
Leucémie monocytaire aiguë	4	
Leucémie myéloïde	4	 38
Leucémie aleucémique	1	
Leucémie à cellule souche	1	
Leucémie myéloblastique aiguë	1	
Lympho-sarcome	11	
Hodgkin	4	
Réticulo-sarcome	6	
Chlorome	2	 27
Réticulose maligne	2	
Hand-Schuller-C.	1	
Letterer-Siwe	1	
Wilms	25	
Fibro-sarcome rénal	2	 28
Grawitz	1	
Sympathome surrénalien et extra-surrénalien	26	 26
Cortico-surrénalome	3	 3
Tumeur rétinienne	20	 20
Tumeur d'Ewing	8	
Sarcome ind.	5	
Ostéoblastome	3	
T. myéloplaxe	3	 24
Sarcome ostéogénique	2	
Fibrome osseux	1	
Adamantinome	1	
Ostéo-chondro-sarcome	1	
Rhabdomyosarcome	14	
Mésenchymome	3	
Hémangio-péricytome	2	
Sarcome polymorphe	3	
Sarcome à cellules rondes	2	 30
Myxome	2	
Sarcome fibroblastique	1	
Leiomyoblastome	1	
Rhabdomyome fixé	1	
Hamartome fibreux	1	
Mélanome	1	
Fibro-sarcome récidivant	1	
Spinocellulaire	1	 5
Basocellulaire	1	
Epi sudoripare	1	
Ovaire		
Séminome	2	
Tératome malin	3	
Tératome cœtans	2	
Mésoblastome	1	 12
Trophomésoblastome	1	
Epi indiff.	1	
Folli. malin	1	
Epi-Wolfien	1	
Testicule		
Embryome malin	1	 1
Hépatome	4	 4
Adéno-cancer thyroïdien	2	
Epi. infiltrant du sigmoïde	1	
Tératome sacro-coccygien	3	
Anus: myxome?	1	
Poumon: épithélioma X	1	

pronostic est assez favorable. Nous n'avons pas pu corroborer cette opinion tant sur leur fréquence que sur leur bon pronostic, bien qu'ils nous paraissent relativement plus favorables. Odom et autres dans leur revue de 164 cas, sans compter ceux qu'ils ont relevé dans la littérature, en sont venus à la même conclusion. Nos cas de glioblastomes multiformes si caractéristiques par leurs cellules, leurs mitoses, leur vascularisation se sont avérés, comme c'est le cas aussi chez les adultes, très malins sauf un cas qui se porte bien après 3½ ans. Il faut cependant ajouter qu'il s'agissait d'une tumeur bien limitée de

qui ont fait la revue de certains tératomes coccygiens dont l'exérèse n'avait été que partielle c.a.d. ne comprenant pas le coccyx, comptent plusieurs cas qui ont donné par la suite naissance à des cancers. On estime même que presque 40% de ces tératomes coccygiens récidivent soit sur place ou envahissent comme des tumeurs malignes et peuvent ainsi entraîner l'exitus, surtout si les éléments nerveux sont dominants. Il faut noter cependant que toutes ces tumeurs ont été soustraites dans l'évaluation de l'augmentation des cancers à Sainte-Justine pour les 4 dernières années. Dans l'énumération des diagnostics histologiques nous rencontrons dans la section des tumeurs cérébrales 7 cas de glio-épendymome que nous n'avons pas pu retrouver chez les autres auteurs sauf dans le volume du Prof. Masson. Nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une autre terminologie et qu'en vérité ils répondent peut-être aux neuro-épithéliomes tels que rapportés par Bailey et autres. Enfin dans la section des tumeurs rénales la tumeur étiquetée "Grawitz" est en réalité un épithélioma à cellules claires avec formation de tubes glandulaires dont la symptomatologie contrairement aux tumeurs de Wilms s'est caractérisée par de l'hématurie. A part ces quelques réserves, notre liste de diagnostics histologiques correspond bien aux autres listes données par les différents auteurs et ne s'en distingue guère que par des fréquences différentes.

Evolution

Dans le calcul de l'évolution nous avons pris comme point de départ, en autant qu'il était possible, la date d'apparition des premiers symptômes. La chose n'est cependant pas aisée lorsque les symptômes sont vagues et que l'enfant est très jeune. Non seulement la nature de la tumeur, sa situation et l'âge de l'enfant jouent un rôle important, mais même la capacité d'observation des parents. Souvent même les tumeurs ne sont dévoilées qu'à l'opération. Cependant le diagnostic de masses tumorales nous paraît assez aisé puisque 72% de toutes les tumeurs de notre matériel sans les leucémies pouvaient être diagnostiquées soit à la vue, soit au palper et que même au-delà de 90% l'étaient si on en excluait les tumeurs cérébrales. Il semble donc logique de rapporter les premières observations de masse, soit palpée, soit observée par les parents ou le médecin de famille, comme étant le début approximatif standard puisque, en général, l'histoire évolutive des tumeurs chez les enfants est très courte. Dans le présent travail, les données concernant la durée de l'évolution ne sont valables que jusqu'au mois de septembre 1957. Malheureusement depuis 1927, beaucoup de nos cas ont été perdus de vue et surtout ceux qui nous sont venus avant 1953, de sorte que nos données statistiques s'en trouvent fortement réduites et cela est d'autant plus regrettable lorsque les tumeurs sont rares ou ont une évolution prolongée. Comme le montrent les tableaux 8, 9, 10 et 11 la durée de l'évolution des cancers chez les enfants se calcule plus en mois qu'en années et on pourrait donc croire qu'il faille une surveillance moins longue mais plus suivie au début pour apprécier les résultats des thérapeutiques. Cependant nombreux sont les chercheurs qui soulignent les récidives les plus surprenantes et les plus tardives de même que ceux qui rapportent des guérisons apparemment spontanées. On ne peut prévoir en matière de cancer infantile et chaque cas a une évolution particulière. Ceci nécessite donc non seulement une surveillance fréquente mais prolongée même sur des années quoique l'évolution de la majorité puisse être déterminée au bout de quelques mois. Les durées d'évolution sont tellement variables qu'on ne peut s'aventurer à faire des pronostics. Dans nos tableaux, nous avons groupé les tumeurs, autant qu'il était possible, par système. Nous allons, dans l'ordre de présentation établi sur les tableaux, tirer quelques conclusions sur ce que notre matériel, par comparaison à celui des autres, nous a appris.

Dans leur grande revue des tumeurs cérébrales infantiles, Bailey, Buchanan et Bucy estiment que près de 32% des tumeurs cérébrales infantiles sont des astrocytomes dont le

TABLEAU VIII

TUMEURS CÉRÉBRALES

ÉVOLUTION

	Sans traitement	*Avec opération*
Médulloblastome	3 semaines	9 mois
	6 semaines	10 mois
	9 semaines	16 mois
	6 semaines	
	Sans traitement	*Avec opération*
Astrocytome	4 mois	9 mois
		27 mois
		1 va bien après 4 ans
		1 va bien après 1 an
Glioépendymome	1½ mois	
	1½ mois	
	2 mois	
	4 mois	
	5 mois	
	18 mois	
	8 ans	
Glioblastome indiff.	4 semaines	
	6 semaines	
	6 mois	
Glioblastome multi.	4 mois	
	5 mois	
	1 va bien après 3½ ans	
Epi. choroïdien	3 mois	
	3 mois	
Crânio-pharyngiome	1 an	
	4 ans	
Spongioblastome	7 mois	
	10 mois	
Gliose fibreuse	va bien après 3 ans	
Méningiome	va bien après 4 ans	
Sarcomatose méningée	3 mois	
Gliome hypothalamique avec puberté précoce	16 mois	

la dimension d'une orange et que sa situation para-sagittale et son encapsulation ont permis une exérèse totale. C'est le seul cas où l'exérèse totale a pu être faite et c'est le seul également qui a survécu si longtemps sans autres troubles, que quelques céphalées et convulsions, bien contrôlées d'ailleurs par les anticonvulsivants.

Les tumeurs de Wilms, si on se base sur les résultats de Gross et de Neuheuser, paraissent au premier abord plus encourageantes. En effet, si d'après ces auteurs on opère avant l'âge de 1 an, le pourcentage de guérison atteint 80%, et 47% lorsque l'opération est faite après cet âge. Les résultats de Nesbitt, et Adams et Silver sont également très encou-

TABLEAU IX

ÉVOLUTION

Wilms	*Sans traitement*	*Avec opération*	*Avec opération et RX*
	1 mois	1 mois	3 mois
	7 mois	2½ mois	4 mois
	1 an	3½ mois	5 mois
			6½ mois
		1 cas va bien après 2 ans.	
Grawitz	4 mois (précédé par hématurie)		
Sympathomes	*Sans traitement*	*Avec opération*	*Avec opération et RX*
	3 semaines	3 mois	7 mois
	1 mois	3½ mois	9 mois
	1 mois	6 mois	30 mois
	2½ mois	7 mois	
	4 mois	8 mois	
	5 mois	12 mois	
Cortico-surrénalome	2 mois		
	1 cas va bien après 2½ ans.		
Tumeurs de la rétine	*Morts*		
	6 mois	vont bien après 1½ an	
	6 mois	1½ an	
	7 mois	3½ ans	
	8 mois	4 ans	
	13 mois	4½ ans	
	26 mois		
Sarcome d'Ewing	7 mois		
	10 mois (s'est terminé comme leucémie)		
	16 mois		
	1 cas va bien après 4 ans, malgré métastase crânienne opérée.		
Sarcome osseux ind.	*Sans traitement*	*Avec opération*	*Avec opération et RX*
	3 mois	8 mois	2 mois
			10 mois
Sarcome ostéogénique	8 mois		
	12 mois		
Ostéo-chondro-sarcome	6½ mois		
Rhabdomyosarcome	3 mois	2 mois	6 mois
		2½ mois	7 mois
		2½ mois	13 mois
		12 mois	
		14 mois	

rageants alors que ceux de Weisel se comparent beaucoup plus aux nôtres. Après avoir fait la revue de nos cas, nous ne pensons pas qu'il faille accuser la technique chirurgicale employée car il semble bien d'après nos constatations anatomiques qu'il y ait des formes plus favorables que d'autres et que l'encapsulation nous paraisse un critère important puisque le seul cas survivant dont nous possédons l'évolution est une forme encapsulée. Par ailleurs, il est très probable que les cas opérés très tôt soient de cette sorte et que le facteur temps soit, au moins sinon aussi important que la technique chirurgicale employée. De

TABLEAU X

ÉVOLUTION

Mésenchymome	3 mois					
	12 mois					
	14 mois					
Hémangio-péricytome	1 cas mort après 17 mois					
	1 cas va bien après 4 ans					
Sarcome indifférencié polymorphe	2½ mois					
	3 mois					
	1 cas vivant après 4 ans					
Myxome	15 mois					
Sarcome fibroblastique	5 mois					
Hamartome fibreux	va bien après 4 ans					
Rhabdomyome fixé	va bien					
Mélanome	10 ans					
Spinocellulaire	1 an (développé sur xeroderma pigmentosum)					
Leucémies:	*aiguë*	*lym. aiguë*	*mono. aiguë*	*aleuc.*	*myél.*	*c. sou.*
	1 sem.	1 sem.	2 sem.	2 mois	9 mois	1 mois
	2 sem.	3 sem.	1½ mois		18 mois	
	1 mois	1 mois	5 mois			
	1 mois	3½ mois				
	1 mois	5 mois				
	2 mois	11 mois				
	3 mois					
	4 mois					
	4 mois					
	5 mois					
	6 mois					
	6 mois					
Lymphosarcome	3 semaines					
	5 semaines					
	6 semaines					
	4 mois					
	5 mois					
	3 ans					
Hodgkin	14 mois					
	va bien après 1 an					
	va bien après 1 an					
	va bien après 4 ans					

plus, il semble évident que la radiothérapie ait au moins l'avantage de prolonger la survie.

Nos cas de sympathomes sont tous décédés, quelle que soit la méthode de traitement employée et l'état de différenciation des tissus. Nous n'avons pas eu cette chance d'observer ces guérisons spontanées et peut-être thérapeutiques rapportées par de nombreux auteurs (Ladd et Gross, Goldring, Lehmann, Kerley, Farber, etc.).

Nous possédons dans notre collection un cas de cortico-surrénalome dont l'examen histologique est très typique avec de nombreuses monstruosités cellulaires. Cette tumeur pesait 800 grammes et a été extirpée avec de grandes difficultés et pourtant le patient se porte très bien sans aucun signe de récidive après 2½ ans

TABLEAU XI

	ÉVOLUTION
Réticulo-sarcome	1 mois
	2½ mois
	6 mois
	va bien après 4 ans
Chlorome	1½ mois
	4 mois
Réticulose X	va bien après 1 an
	va bien après 4 ans
Hand-Schuller-Christian	va bien après 4 ans
Letterer-Siwe	va bien après 8 mois
Séminome ovarien	va bien après 2½ mois
	va bien après 1½ an
Tératome ovarien malin	2 ans
Mésoblastome ovarien	3½ mois
Trophomésoblastome	4 mois
Folliculome malin	va bien après 1 an
Epi. wolffien	2 mois
Embryome malin du testicule	2 ans 2 mois
Hépatome	18 mois
	2 ans
	10 ans (avec cirrhose)
Epi. thyroïdien	1 cas va bien après 7 ans
	1 cas va bien après 4 ans (ont des métastases)
Tératome sacro-coccygien	1 cas va bien 20 mois et généralisation sous une forme épithéliale quoique le tératome coccygien soit bénin.

alors qu'un autre cas plus ancien, histologiquement identique, a évolué vers la mort avec métastases en 2 mois.

Les rétinoblastomes se classent parmi les tumeurs les plus favorables que nous ayons dans le groupe des tumeurs survenant avant 5 ans d'âge puisque le ⅓ des cas au moins se portent encore bien après une période minimum de 18 mois. Bien sûr dans ces cas la thérapeutique a été énergique et le chirurgien a eu soin d'enlever un bon bout de nerf optique soit lors de l'énucléation ou soit lors d'un deuxième temps. De plus les examens ophtalmologiques périodiques ont été effectués régulièrement et fréquemment et la radiothérapie appliquée au moindre doute.

Les tumeurs osseuses malignes ont presque toutes évolué rapidement vers la mort. Cependant 1 de nos cas qui a été traité d'une façon plutôt inusitée est encore vivant et bien portant après quatre ans. Ce cas, après diagnostic radiologique de la tumeur, a été soumis à une dose massive nécrosante de radiothérapie (équivalente à 10,000 r. en une semaine) suivie d'une amputation haute sans biopsie préalable. Il nous a fallu la présence subséquente d'une métastase au crâne pour faire reprendre le matériel et le faire réexaminer en entier pour être sûr du diagnostic de tumeur d'Ewing car les premiers examens ne montraient que du tissu nécrotique. La métastase crânienne a été traitée chirurgicalement il y a 2 ans ½ et depuis ce temps l'enfant se porte merveilleusement bien.

Alors que le diagnostic s'avère désespéré dans les cas de leucémie, de rhabdomyosarcome, de mésenchymome indifférencié, de chlorome, de réticulosarcome et de sarcome osseux, il est consolant de voir que les maladies de Hodgkin et les réticuloses ont une évolution qui se chiffre en années. A propos de la maladie de Letterer-Siwe il est peut-être important de signaler le rôle adjuvant des antibiotiques tout comme l'ont déjà rapporté Bierman et autres. Nous avons constaté dans un cas la disparition rapide et persistante (presque 1 an à date) des lésions cutanées par l'application topique de pommade à la néomycine et l'administration de chloromycétine par voie générale.

Il semble bien que 2 de nos cas de lymphosarcome et de réticulosarcome se comportent comme chez les adultes avec des rémissions datant de quelques années déjà à la suite de traitements radiothérapiques. La plupart de nos cas de maladie de Hodgkin se comportent comme chez les adultes avec une évolution de plusieurs années. Il y a cependant des cas où l'évolution a été rapide et fatale en quelques mois. Les traitements aux moutardes azotées paraissent avoir une influence importante dans cette survie.

Un cas très surprenant est celui d'un sarcome indifférencié histologiquement très malin des tissus mous de la jambe qui survit après de multiples biopsies depuis 4 ans et qui apparemment se porte assez bien à l'heure actuelle.

Les épithéliomas de la glande thyroïde sont reconnus pour leur longue évolution (Winship, Ross, etc.). Il n'est donc nullement surprenant que nos deux cas se portent assez bien après 4 et 7 ans malgré la présence confirmée de métastases régionales.

En somme les tumeurs chez les enfants présentent dans leur évolution de grandes différences et souvent présentent des surprises agréables tout à fait inattendues et la plupart du temps inexplicables. Seule la surveillance attentive prolongée sur un grand nombre de cas nous permettra peut-être de comprendre le comportement si capricieux de ces tumeurs.

Conclusion

Il semble donc après une étude portant sur les cancers infantiles accumulés depuis près de 30 ans à l'Hôpital Sainte-Justine qu'il y ait depuis 1953 une augmentation réelle de l'incidence du cancer. Cette augmentation porte sur des groupes plutôt déterminés de tumeurs qui ressemblent surtout à celles des adultes, et aussi sur des âges où auparavant nous n'en trouvions pas. La comparaison avec les statistiques étrangères nous permet de croire que nos données correspondent plus exactement et plus complètement à la réalité dans notre milieu de la province de Québec. En particulier il est important de ne pas considérer l'incidence du cancer infantile de façon globale c.a.d. dans un groupe dont l'âge varie de 0 à 16 ans mais bien par année d'âge. L'étude de l'évolution de ces néoplasies infantiles ne nous permet pas, faute d'un nombre suffisant de cas et d'observations rigoureusement suivies, de tirer des conclusions adéquates. Seuls des cas particuliers viennent faire exception à ce qui paraît être la loi du plus grand nombre. Ces exceptions ne nous paraissent pas explicables à date et c'est pourquoi la poursuite de l'étude du cancer chez l'enfant par une clinique des tumeurs bien organisée nous paraît essentielle afin de connaître non seulement l'évolution naturelle de cette terrible maladie mais aussi de pouvoir évaluer à leur juste valeur les thérapeutiques employées. Nous espérons donc continuer à recevoir des médecins des cas diagnostiqués de plus en plus tôt et suivis de plus en plus régulièrement. Ce travail ne peut être effectué par un petit groupe seul, il lui faut la coopération du corps médical tout entier. [1]

REMERCIEMENTS [1]

Nous tenons à remercier M. Gaspard Massue et son personnel pour leur travail de compilation d'hospitalisations par année d'âge des malades admis de 1953 à 1957. Nous tenons aussi à témoigner notre reconnaissance à garde Madeleine Gagnon qui a dessiné nos graphiques.

Résumé

Nous présentons une revue des cancers infantiles rencontrés à l'hôpital Sainte-Justine de 1927 à 1957. Un total de 360 cas a été relevé. Une comparaison entre le matériel d'avant 1953 et celui que nous avons accumulé dans notre clinique des tumeurs de 1953 à 1957 a permis de constater une augmentation dans l'incidence du cancer infantile dans notre milieu ces dernières années. Cette augmentation porte principalement sur des variétés qui se retrouvent aussi chez l'adulte, et frappe surtout des enfants de plus de cinq ans. Nous présentons ensuite la fréquence du cancer infantile selon l'âge, le sexe, la localisation et la variété histologique. Ces données de notre milieu par comparaison avec celles des autres pays montrent des différences attribuables surtout à l'organisation hospitalière. Nos statistiques paraissent cependant plus exactes parce que toutes les spécialités de la pédiatrie sont représentées à l'hôpital Sainte-Justine. Enfin nous donnons un aperçu du cours évolutif de tous les cas que nous avons pu suivre ainsi que les considérations pronostiques et thérapeutiques qui en découlent en insistant sur la nécessité d'une clinique des tumeurs bien organisée pour lutter plus efficacement contre ce terrible mal.

Summary

A total of 360 cases of cancers in childhood found at the "Hôpital Ste-Justine" from 1927 up to 1957 are reported. The cases collected in the recent years (1953-1957) as compared with the older ones, have shown an increase in the incidence of cancers in children. This increase is especially important in the varieties of cancers which also occur in the adult. It has also been found that most of this increase was observed in children over five years of age. With this material the incidence according to age, sex, site, and histologic varieties is presented and found not wholly comparable with foreign data but more valid for all specialities in the field of pediatrics are represented in "L'Hôpital Ste-Justine". At last the data that could be collected about the courses of these cases are given with regard to prognosis and treatment. From these it is concluded that a well organized "Tumor Registry" would help much in the approach to the solution of this problem.

BIBLIOGRAPHIE

D.H. Andersen: Tumors of Infancy and Childhood. *Cancer,* **4**: 890-906, 1951.

J.B. Arey: Malignant Neoplasms in Early Life. *The J. of Pediat.,* **35**: 776-785, 1949.

P. Bailey, D.N. Buchanan and P.C. Bucy: Intracranial Tumors of Infancy and Childhood. The University of Chicago Press, Chicago. U.S.A., 1939.

H.R. Bierman, J.T. Lamman, K.S. Dod, K.H. Kelly, E.R. Miller, M. Slumkin: The Ameliorative Effect of Antibiotics on Non-Lipoid Reticuloendotheliosis, (Letterer-Siwe Disease) in Identical Twins. *The J. of Pediat.,* **40**: 269-284, 1952.

E. Blum et L. Fruhling: Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant. *Pédiatrie* **8**: 797-802, 1953.

J.H. Bufkin, W.C. Davidson, N.C. Durham: Childhood Cancer (Tumors, Leukemia and Hodgkin's disease). *The J. of Pediat.,* **42**: 612-632, 1953.

J. Calvet, A. Ribet et A. Azais: Le cancer chez le jeune de 0 à 15 ans en O.R.L. *J.F.O.R.L.,* **11**: 4, 1953.

L. Caussade, N. Neimann et A. Guinoiseau: Le cancer à la clinique infantile de Nancy. *Pédiatrie,* **8**: 155-161, 1953.

H.W. Dargeon: Cancer in Children from Birth to Fourteen Years of Age. *J.A.M.A.* **136**: 459-468, 1948.

H.W. Dargeon,: Round Table Discussion on Tumors, Benign and Malignant. *J. of Pediat.,* 30: 716-738, 1947.

M. Del Vecchio: Le cancer chez l'enfant. Ann. de Ste-Justine, 27-31, 1951.

D. Goldring: Neuroblastoma Sympathicum with Metastase. Report of a case with apparent recovery. *J. of Pediat.,* **38**: 231-234, 1951.

R.E. Gross, H.W. Clatworthy and I.A. Meeker: Sacroccygeal Teratomas in Infants and Children. *Surg., Gynec. and Obst.,* **92**: 341-354, 1951.

R.E. Gross and E.B.D. Neuheuser: Treatment of Mixed Tumors of the Kidney in Childhood. *Pediatrics,* **6**: 843-852, 1950.

A. Hoch: Geschwuelste des Kindesalters, *Oncologia,* **4**: 94-108, 1951.

M.A. Jaureguy: El cancer de niño en el Uruguay. Arch. Pediat. Uruguay 1953, 24/5 (316-324). *Excerpta Medica Pediatrics,* **9**: 562, 1955.

Ladd and Gross: Neuroblastoma Sympathicum. Abdominal Surgery of Infancy and Childhood, 1941, Saunders.

P. Masson: Tumeurs Humaines. Maloine, Paris 1956.

A. Mauriello: Communication personnelle.

G.L. Odom, C.H. Davis and B. Woodhall: Brain Tumor in Children. *Pediatrics,* **18**: 856-869, 1956.

C.G. Peterson and G. Gilmer: Tumors of Childhood; Surgeons Viewpoint. *Surgery,* **30**:329-348, 1951.

R.F. Phillips and H.W. Dargeon: Radiotherapy in Tumors of Children. *The J. of Pediat.,* **44**: 448-468, 1954.

Rapports annuels, Ste-Justine.

Rapport annuel 1957. Cité de Montréal. A. Maillé (Adélard Groulx).

D. Rodino: La frequenza dei vari tipi di tumore nelle infanzia. Minerva Pediat. 1953 5/14, 572-573. *Excerpta Medica Pediat.,* **8**: 1813, 1954.

D.E. Ross: Cancer of the Thyroid Gland in Children. *Surg. Gyn. and Obst.,* **104**: 433-440, 1957.

A. Royer: Les leucémies aiguës chez les enfants. *R. méd. U. de M.,* **3**: 261-271, 1951.

A. Videbaek: Malignant Tumours in Childhood. *Acta Paediatrica,* **39**: 502-509 ,1950.

T. Winship and W.W. Chase: Thyroid Carcinoma in Children. *Surg. Gyn. Obst.,* **101**: 217-224, 1955.

RECUEIL DE FAITS

HYPERLIPÉMIE ESSENTIELLE

PRÉSENTATION ET DISCUSSION DE TROIS CAS

Gilles GOSSELIN et Maurice VERDY,
Hôtel-Dieu de Montréal.

Depuis quelques années, on a porté beaucoup d'intérêt à l'hyperlipémie essentielle et le nombre de cas connus augmente rapidement. En effet, en 1951, la littérature ne contenait que 14 cas bien documentés. A cette époque, on considérait comme deux entités pathologiques essentiellement distinctes, la pancréatite chronique avec hyperlipémie et l'hyperlipémie essentielle. C'est en 1952 que Klatskin et Gordon firent une revue complète de la littérature et en vinrent à la conclusion presque universellement acceptée maintenant, que dans les 11 cas jusqu'alors publiés de pancréatite chronique avec hyperlipémie, la pancréatite était, de fait, secondaire à l'hyperlipémie et qu'il s'agissait d'hyperlipémie essentielle (31).

En 1954, on compte dans la littérature 41 cas d'hyperlipémie essentielle; en 1957, on en relève environ 65 (1-38, 42, 45, 49, 50, 52). Cette augmentation semble due au fait que ce syndrome est plus souvent recherché et reconnu qu'autrefois. Nous nous proposons ici de présenter trois cas d'hyperlipémie essentielle et de les discuter en les comparant aux cas rapportés dans la littérature.

Observation 1.

Le premier cas est celui de Mlle C. L., jeune fille de 17 ans, qui est admise d'urgence dans la nuit du 16 au 17 mai 1957, pour douleur abdominale intense. Depuis l'âge d'un an, la patiente présente des crises de douleur abdominale survenant environ une fois par mois. A l'âge de 6 ans, elle subit une appendicectomie, mais par la suite, les crises persistent, bien que moins fréquentes. Toutes sont semblables et débutent la nuit ou à bonne heure le matin: la patiente s'éveille alors avec une douleur d'intensité moyenne, parfois sous forme de brûlement, et localisée à la région supérieure de l'abdomen. Elle doit rester assise dans son lit, penchée en avant. Des vomissements accompagnent chaque crise. Après quelques heures et parfois toute une journée, les douleurs diminuent graduellement et la patiente se sent alors assez bien. En dehors des crises, elle n'a aucun trouble, aucun brûlement d'estomac, aucune douleur abdominale.

A 12 ans, un repas baryté montre l'existence d'une niche ulcéreuse au bulbe duodénal, avec un certain degré de rétention gastrique. Elle reçoit alors le traitement de l'ulcère duodénal: diète, anticholinergiques et alcalins. Par la suite, c'est-à-dire de l'âge de 12 à 17 ans, elle n'a présenté qu'une dizaine de ces crises abdominales.

L'épisode actuel commence le 16 mai: la malade est éveillée par une douleur à l'hypochondre droit, qui augmente progressivement d'intensité, et graduellement se localise à la région épigastrique. C'est la première fois que la douleur est aussi intense. Des nausées et des vomissements accompagnent l'épisode douloureux, et pendant 30 ou 40 minutes, la douleur irradie à l'épaule droite. Durant l'après-midi, la douleur a diminué, mais elle s'intensifie à nouveau durant la soirée. Le médecin, qui la voit à domicile, la dirige alors à l'Hôtel-Dieu (au docteur Eudore Savoie).

A l'examen d'entrée, on est en présence d'une jeune fille souriante, plutôt pâle, qui se plaint de douleur à tout l'abdomen. Il y a rigidité musculaire à la partie supérieure de l'abdomen, signe du ressaut, absence de péristaltisme. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. On note cependant, sur la face antéro-intense des cuisses, sur les fesses et sur la partie postéro-inférieure des bras, de petits points jaunes, blanchâtres, durs, très bien

délimités, (la malade avoue que ces lésions sont présentes depuis plus de 8 ans). Une biopsie a plus tard démontré qu'il s'agissait de xanthomes plans. Sa température, à l'entrée, est de 101° F., sa tension artérielle à 90/70 et le pouls périphérique à 125 par minute. Les fundi sont essentiellement normaux.

Les analyses faites d'urgence montrent: un hématocrite à 55, une amylase à 339 unités (normal 10 à 60) et un sérum lactescent. Les lipides totaux, à 1 heure A.M., sont à 372 unités (normal 8 à 34) ou 6,200 mgm%, les leucocytes à 10,200/par mm.^{3} et la différentielle: polymorphonucléaires 79%, lymphocytes 16% et monocytes 5%. Durant la nuit, la tension artérielle remonte, la patiente est calmée par des injections de Démérol. Le lendemain, 17 mai, les lipides totaux sont à 172 unités ou 3,000 mgm%, le cholestérol total 308 mgm%, les esters du cholestérol 118 mgm%, l'hématocrite 48.5% et l'amylase 384 unités. Le sérum est encore lactescent. Les urines, à ce moment, montrent la présence de bactéries ++++, d'urates amorphes ++++, de cylindres granuleux +++, de cylindres hyalins ++, d'épithéliums ++, de leucocytes ++, une almuminurie à 3 grammes 0/00, une densité à 1032 ph à 5, et quelques traces de sucre. L'urée sanguine est à 43 mgm% et la glycémie 172.5 mgm%. Une plaque simple de l'addomen, de même qu'une radiographie pulmonaire, se sont avérées dans les limites de la normale.

Evolution

Le 18 mai 1957: La malade est beaucoup moins souffrante, quoique l'abdomen reste tendu; la température est à 100° F. L'hématocrite monte à 36.5%, la glycémie revient vers la normale: 108 mgm%. Les lipides totaux sont maintenant à 51.1 unités.

Le 19 mai 1957: La douleur semble localisée à la fosse iliaque droite.

Le 20 mai 1957: L'hématocrite est maintenant à 27%, l'amylase 88 unités, le cholestérol 200 mgm% avec des esters à 114 mgm%, la glycémie 84 mgm%, les lipides 17.5 unités. La malade est beaucoup moins souffrante, mais sa température atteint 102° F.

Le 21 mai 1957: La fièvre s'accentue: 103.5° F. L'analyse des urines s'avère essentiellement normale et les globules blancs sont à 11,700 par mm.^{3} avec 77% de polymorphonucléaires, 22% de lymphocytes et 1% de monocytes. L'électrophorèse des protéines donne le résultat suivant: gamma 23.2, beta 12.8, alpha$_2$ 11, alpha$_1$ 8.1, albumine 44.9%. Jusqu'à cette date, la patiente a reçu comme traitement: pénicilline et streptomycine par voie intra-musculaire à toutes les quatre heures, et achromycine dans ses sérums glucosés par voie intra-veineuse, anticholinergiques, diète des ulcéreux, puis diète hypograisseuse calculée contenant 80 grammes de protéines, 200 grammes de glucides et 40 grammes de lipides. Enfin, on a dû lui administrer trois transfusions.

Dans les jours qui suivent, les douleurs abdominales s'atténuent progressivement, l'abdomen reste tendu, mais aucune masse n'est perçue. Le foie et la rate ne furent, en aucune occasion, palpables. L'hématocrite remonte à 36% et, dans les jours qui précèdent le départ, la température redevient normale.

Le 28 mai 1957: L'examen radiologique de l'estomac montre un bulbe duodénal déformé et la cholécystographie une vésicule qui s'opacifie normalement et sans évidence de pathologie.

Le 29 mai 1957: La patiente se dit très bien et quitte l'hôpital le 1er juin 1957.

Le diagnostic, au départ, fut celui d'hyperlipémie essentielle avec pancréatite aiguë oedémateuse secondaire.

Observation 2.

Mme R.B., 30 ans. L'histoire de cette malade se résume comme suit:

1: Crises abdominales douloureuses, avec début vers l'âge de 8 ou 9 ans. Elle aurait présenté une ou deux crises par année, de 9 à 17 ans. Aucune crise de 17 à 21 ans, mais troubles digestifs vagues. Appendicectomie à 13 ans, au cours d'une de ses crises doulou-

reuses. Depuis son mariage, il y a 9 ans, la malade aurait fait une trentaine de crises et aurait été hospitalisée 12 ou 13 fois pour ce même syndrome douloureux. Les crises se caractérisent comme suit: douleurs épigastriques extrêmement intenses avec irradiation dorsale assez intense pour nécessiter l'injection d'opiacés. Elles sont accompagnées de nausées et de vomissements et semblent plus fréquentes au cours des grossesses.

2. La malade a présenté un épisode d'ictère à l'âge de 8 ans, en même temps qu'une de ses soeurs; puis en juillet 1953, après la naissance de son premier bébé. L'ictère aurait duré une semaine et aurait été associé à la présence d'urine acajou et de selles décolorées.

3. En décembre 1956, à la suite de son troisième accouchement, la malade a présenté un autre épisode d'ictère qui aurait duré six semaines, aurait suivi une crise douloureuse et aurait été associé à un prurit intense, avec urine rougeâtre et selles décolorées. On aurait noté à ce moment la présence de "graisse dans le sang", à Chicoutimi, en décembre 1956. La malade n'a jamais reçu de transfusion ou de Largactil et la radiographie de la vésicule biliaire, faite en 1953 à Chicoutimi, s'était avérée négative.

4. Troubles digestifs vagues, sous forme de boule dans l'estomac; intolérance alimentaire associée à une douleur franche à l'hypochondre droit irradiant au thorax postérieur droit et à l'épaule droite. Cette malade aurait présenté trois crises assez typiques, suggestives de colique hépatique depuis 1955.

5. Asthénie constante, anorexie et perte de poids.

A l'examen, cette malade ne présente pas de sub-ictère, son poids est de 89 livres. On note une splénomégalie grade II, une hépatomégalie modérée. Des xanthomes plans nombreux sont présents à la portion inférieure des thorax antérieur et postérieur, et à la région lombo-sacrée, de même qu'à la partie haute de l'abdomen.

Le sérum était lactescent.

La cholécystographie montrait la présence de plusieurs petits calculs et les lipides totaux étaient à 1350 mgm.% avec un cholestérol peu élevé. A cause de ce syndrome clinique et de l'hyperlipémie, nous avons conclu que cette malade présentait un syndrome d'hyperlipémie essentielle, sans hypercholestérolémie. Nous ne croyons pas que l'ictère présenté antérieurement par cette malade soit secondaire à sa cholélithiase, mais plutôt à un phénomène transitoire dû à une accentuation de processus hyperlipémique avec atteinte profonde du foie (surcharge graisseuse?). Les crises douloureuses pourraient être attribuées à l'hyperlipémie, mais il est possible que depuis un an ou deux il s'agisse de colique hépatique, mais certainement pas depuis l'âge de 8 ou 9 ans. A cause de la présence de calculs chez une jeune femme, nous avons cru devoir faire explorer ses voies extra-hépatiques pour s'assurer qu'il n'y ait pas de calculs intra-cholédociens.

A l'intervention, on notait la présence de calculs intra-cholédociens, de signes de pancréatite ancienne et récente, de même qu'une hépato-splénomégalie.

Une biopsie hépatique fut pratiquée, montrant que les cellules hépatiques, en dépit d'une certaine athrocytose et d'une surchage graisseuse discrète dans certaines régions péri-centrolobulaires, étaient sans particularité. On notait aussi la présence, dans les sinusoïdes, de lipophages tatoués de pigment brun jaunâtre et réfringent. La rate était de coloration rose pâle. Le foie était augmenté de volume, présentait un aspect saumoné, parsemé de petits espaces brunâtres surélevés.

L'évolution post-opératoire fut sans incident et le sérum, peu avant le départ de la malade, était devenu limpide.

Au cours de l'hospitalisation de la malade, nous avons pu obtenir de deux de ses trois soeurs quelques cc de sérum et celui-ci était franchement lactescent.

Nous donnons congé à la malade et lui prescrivons: diète de moins de 30 grammes de

graisse, Largactil 25 mg. 1 co. a.c. et h.s. et nous suggérons à son médecin que si la malade présente d'autres crises du même genre de lui donner Depo-Héparine 200 mg. intramusculaire.

Observation 3.

Mme H. M., patiente de 48 ans, veuve, qui a eu 10 grossesses et dont 4 des enfants sont vivants, qui a été hospitalisée à plusieurs reprises dans différents hôpitaux en Ontario, en Abitibi et en Gaspésie, pour: crises répétées de douleurs abdominales, troubles gynécologiques peu précis, et qui depuis deux mois a noté l'installation d'une asthénie et d'une fatigabilité progressive. Elle accuse depuis une vingtaine d'années des troubles digestifs vagues à titre de flatulence, d'éructations postprandiales, de brûlements épigastriques sans horaire fixe, rythmicité ou périodicité.

Une semaine avant son entrée, il est apparu une douleur dans la région dorsale basse (zone pancréatique), douleur intense, avec irradiation antérieure aux hypochondres. Elle est alitée depuis une semaine, mais n'a pas vu de médecin. Elle a vomi à plusieurs reprises depuis 4 ou 5 jours.

A l'*examen objectif*, on note les faits positifs suivants: — Patiente pâle, bien nourrie, qui présente un certain degré d'empâtement psychique. Blépharite droite. Fundi: artériosclérose grade II, mais sans évidence de lipemia retinalis. Absence de poils axillaires et pubiens. Pouls 68. Pression artérielle 96/64. L'examen de l'abdomen révèle une douleur assez intense à la fosse iliaque droite avec plastron ou sensation de masse sous-jacente. Signe du ressaut généralisé, mais présence de péristaltisme. L'opinion première fut celle d'un kyste tordu de l'ovaire droit avec réaction péritonéale. Cependant, quelques instants plus tard, nous apprenions que le sérum de cette malade était lactescent et nous émettions alors l'hypothèse d'hyperlipémie essentielle avec pancréatite. La malade fut examinée le soir même par le docteur Eudore Savoie qui concluait comme suit: « Je crois que nous avons affaire à un syndrome abdominal secondaire à l'hyperlipémie avec pancréatite. »

Dans les jours qui ont suivi, la malade a montré les mêmes symptômes et signes abdominaux, une hyperthermie et déshydratation progressivement croissantes et le 4 novembre elle devenait franchement comateuse. Elle décédait le 6 novembre 1957.

L'examen microscopique ne révélait rien de sensationnel, sauf une atrophie du lobe antérieur de l'hypophyse et de la thyroïde, et une hépatomégalie.

L'examen microscopique montrait une stéatose hépatique diffuse, présence de graisse dans les glomérules rénaux et déplétion lipoïdique des surrénales.

Cette malade présente l'histoire clinique de douleurs abdominales de longue date, sans cause connue, survenant de façon épisodique et récemment compliquées d'une crise d'allure pancréatique. Les enfants de la malade auraient remarqué, à certains moments, l'apparition de taches blanches surélevées au niveau des bras de la patiente. Ce cas, s'il nous suggère la possibilité d'hyper-lipémie essentielle, est quand même compliqué par l'existence d'un syndrome d'hypo-pituitarisme avec hypothyroïdie secondaire. Cependant, nous avons cru le joindre aux deux cas précédents, étant donné l'hyperlipémie marquée que présentait cette malade au moment où son syndrome abdominal était franchement d'allure aiguë.

Discussion

1) *Définition.*

On parle d'hyperlipémie quand il y a lactescence du sérum et l'augmentation des graisses neutres est directement responsable de ce phénomène. En effet, dans certaines conditions pathologiques, comme les cirrhoses biliaires primitives ou secondaires, le sérum est limpide, malgré une forte augmentation de la lipémie: dans ces cas, ce sont les phospholipides et le cholestérol qui sont augmentés, et non pas les graisses neutres.

2) *Classification.*

L'hyperlipémie peut être: 1. alimentaire;

2. secondaire: diabète, syndrome néphrotique, pancréatite, myxœdème, hépatose toxique, amyloïdose, inanition, maladies de Von Gierke ou de Nieman-Pick; 3. essentielle.

3. — *Etude clinique.*

1. Symptomatologie.

A) *Les xanthomes.*

La localisation la plus fréquente est la face externe des genoux, des coudes, des fesses ou des cuisses. On note parfois des lésions au tronc, à la face et aux mains, mais plus rarement aux tendons. Leurs dimensions sont assez variables: il peut s'agir de petits points jaunâtres apparaissant de façon épisodique, telle une éruption, mais leur diamètre peut parfois atteindre 1 ou 2 cm. Il n'y a cependant jamais de xanthélasma, contrairement à ce qui est décrit au cours de la xanthomatose hypercholestérolémique. Ces xanthomes peuvent disparaître avec la diète hypograisseuse ou même spontanément. C'est ce qui est arrivé dans le cas numéro 1, où les xanthomes que présentait la malade, depuis environ huit ans, étaient presque disparus à sa sortie de l'hôpital.

B) *Les douleurs abdominales.*

Très fréquentes dans l'hyperlipémie essentielle, les douleurs abdominales n'ont pas de cause bien définie (48). Holt rapporte le cas d'un enfant de 8 ans qui présentait une hépatomégalie d'installation ultra-rapide, c'est-à-dire en quelques heures, avec douleurs abdominales et chute de la lipémie chaque fois que celle-ci atteignait 8000 mg. %. La distension du foie aurait été, dans ce cas, la cause de la douleur. Plusieurs cas sont rapportés dans lesquels on a constaté le tableau clinique de pancréatite. Le mécanisme de la pancréatite est obscur: l'hypothèse la plus en vogue est celle de l'embolie graisseuse au pancréas. En effet, dans l'hyperlipémie essentielle, d'autres phénomènes emboliques sont décrits, amenant des paralysies transitoires, de l'épilepsie, des hémorragies du tube digestif et des chocs sans douleur.

La pancréatite est-elle primitive ou secondaire?

Plusieurs faits suggèrent que la pancréatite est secondaire et n'est qu'un des symptômes de la maladie. En effet, on a souvent noté l'apparition de xanthomes plusieurs années avant l'installation du syndrome abdominal douloureux. Par ailleurs, on n'a jamais pu mettre en évidence les autres signes habituels de la pancréatite chronique, tels: la stéatorrhée, les calcifications pancréatiques, le diabète. etc.

Dans le cas No 1, les douleurs abdominales, l'hémo-concentration marquée, la chute de la tension artérielle, l'augmentation de l'analyse, l'hyperglycémie et la légère glucosurie nous ont fait poser le diagnostic de pancréatite œdémateuse. Il est donc important de savoir que l'hyperlipémie essentielle cause des douleurs abdominales et simule des processus pathologiques dont le traitement est habituellement chirurgical.

C) *Incidence familiale.*

Dans l'hyperlipémie essentielle, on rapporte une certaine incidence familiale. Parfois, on retrouve chez les parents une hyperlipémie asymptomatique (46). Le dosage des lipides plasmatiques du père et de deux sœurs de notre première malade n'a rien révélé de particulier. Par contre, nous avons découvert que deux des sœurs de notre deuxième malade ont un sérum lactescent et une symptomatologie analogue au deuxième cas rapporté plus haut.

D) *Hépato-splénomégalie.*

Souvent présente, mais sans cause connue, nous ne l'avons observée que dans le cas No 2.

E) *Lipemia retinalis.*

Lorsque la lipémie est élevée, les vaisseaux du fond de l'œil sont « comme remplis de lait ».

2. Etude des lipides plasmatiques. L'étude des lipides plasmatiques est à la base du diagnostic d'hyperlipémie essentielle (41, 46, 52).

L'analyse chimique du plasma de ces patients montre qu'il y a une augmentation modérée du cholestérol et des phospholipides et surtout une augmentation considérable des graisses neutres.

Il a été prouvé que la turbidité du sérum est due à l'augmentation des graisses neutres et non à celle des autres fractions lipidiques. Le taux de la lipémie varie d'un patient à l'autre. Chez le même patient, elle varie selon la teneur en lipides de la diète et selon d'autres facteurs mal connus. Le taux le plus élevé rapporté dans un cas d'H. E. fut de 9,476 mg. %. On sait que les phospholipides, le cholestérol et les graisses neutres sont liés aux protéines dans le plasma, pour constituer des particules qu'on appelle *lipoprotéines*. On divise celles-ci en deux groupes, selon leur *motilité électro-phorétique*. Si, après électrophorèse sur papier, on colore séparément les protéines et les lipides, on note sur la portion du papier, coloré spécifiquement pour les lipides, deux taches distinctes : une au niveau des alpha $_2$-globulines, l'autre plus intense au niveau des bêta-globulines. On a ainsi obtenu deux catégories de lipoprotéines: les alpha et les bêta-lipoprotéines.

Dans l'hyperlipémie essentielle, on note une augmentation assez caractéristique des B-lipoprotéines (43). Si on ne fait la coloration que pour les protéines, on constate une augmentation isolée des alpha $_2$, ou une augmentation conjointe des alpha $_2$ et des bêta-globulines. Il est aussi à noter, avec la coloration pour les lipides, que du point d'origine jusqu'aux bêta-lipoprotéines, existe une *trail* produite par des particules de plus grande dimension que les lipoprotéines, contenant très peu de protéines, mais beaucoup de graisses neutres, particules dénommées chylomicrons. Ces particules possèdent une moins grande motilité électrophorétique que les bêta-lipoprotéines. Cette *trail* est caractéristique de l'hyperlipémie primitive ou secondaire.

Les alpha et bêta-lopoprotéines, en plus de différer du point de vue motilité électrophorétique, sont de densité très différente, les alpha-lipoprotéines étant beaucoup plus denses que les bêta-lipoprotéines. Les travaux par ultracentrifugation ont donné de précieux renseignements. Plus la densité d'une particule lipoprotéique est basse, plus sa facilité à flotter est grande et sa valeur Sf (unité de flottation Evedberg) est élevée. On sait que toutes les bêta-lipoprotéines contiennent du cholestérol, des phospholipides et des protéines, mais que seules celles qui ont une valeur Sf plus grande que 17 contiennent des graisses neutres. Lorsque la valeur Sf dépasse 400, il ne s'agit plus de lipoprotéines, mais de chylomicrons contenant beaucoup de graisses neutres.

L'hyperlipémie essentielle se caractérise par la présence d'un taux élevé de bêta-lipoprotéines dont la valeur Sf est plus grande que 100.

4) *Etiologie.*

La cause de l'hyperlipémie reste obscure. Il est très probable que le facteur le plus important soit la lenteur à disposer des graisses, et qu'en somme le processus soit une exagération de l'hyperlipémie post-prandiale. Ceci a été prouvé à l'aide d'une étude faite avec l'iode radioactif par Thannhauser et Stanley (56, 57). Il existe des fluctuations spontanées considérables de la lipémie chez des malades souffrant d'hyperlipémie essentielle, et quand on atteint un certain taux de lipémie, les douleurs abdominales apparaissent (41).

5) *Pronostic.*

On ne peut plus considérer l'hyperlipémie essentielle comme une maladie bénigne, si l'on accepte les bêta-lipoprotéines comme des substances athérogéniques (40, 47). Il est cependant difficile d'affirmer quoi que ce soit concernant le pronostic de cette affection, puisque plusieurs des cas de la littérature et diagnostiqués hyperlipémie essentielle s'ils sont étudiés avec les critères de Borrie doivent plutôt être considérés comme des cas de xanthomatose hypercholestérolémique, avec hyperlipémie (54).

6) *Traitement.*

1. La diète.

C'est la partie la plus importante du traitement. On doit limiter l'ingestion de lipides à moins de 30 grammes par jour. On constate que la courbe de tolérance aux graisses est allongée dans les cas de l'hyperlipémie essentielle, et si à chaque repas trop de lipides sont ingérés, il y aura accumulation au niveau du plasma. C'est pourquoi on a récemment proposé de ne donner des graisses qu'une fois par jour, afin de permettre l'ingestion de plus de 30 grammes de graisse par jour (51). Grâce à la diète, les malades sont asymptomatiques, les crises abdominales disparaissent, les xanthomes régressent, la lipémie baisse, mais il est assez rare qu'elle revienne à un niveau normal.

2. Héparine.

L'héparine, administrée de façon prolongée, amène une diminution de la lipémie à des valeurs presque normales, dans les cas où la lipémie n'était pas trop élevée. La façon d'administrer l'héparine, qui semble la plus efficace, est l'administration intraveineuse quotidienne. Si l'on décide d'employer l'héparine, par exemple, dans les cas où la diète n'agit pas, il est conseillé de la donner par voie intraveineuse pendant 15 jours, puis de continuer avec Depohéparine 200 mg. tous les jours ou tous les deux jours.

L'héparine amène des modifications très nettes de l'image électrophorétique. Si dans un cas d'hyperlipémie essentielle (39) on fait une électrophorèse sur papier avec coloration pour les lipides et les protéines, on sait qu'après l'injection d'héparine, on constate : 1. diminution des chylomicrons; 2. une augmentation de la motilité électrophorétique des bêta-lipoprotéines; 3. une augmentation de la motilité des alpha-lipoprotéines qui migrent maintenant en avant des albumines.

Le mécanisme d'action de l'héparine n'est pas encore très bien connu, mais il semble qu'avec l'aide d'un facteur tissulaire, l'héparine produit un *clearing factor* qui libérerait les acides gras des lipoprotéines de valeur Sf élevé. Ainsi s'opérerait une transformation des bêta-lipoprotéines de Sf élevé en bêta-lipoprotéines de valeur Sf plus petite; ceci explique la diminution du taux des chylomicrons et conséquemment la diminution de la turbidité du sérum. Les acides gras ainsi libérés se combineraient aux alpha et bêta-lipoprotéines, augmentant ainsi leur motilité électrophorétique. Une excellente revue de la question a récemment été publiée par Levy (58).

3. Largactil.

On a constaté de façon empirique que le largactil abaisse la lipémie de façon considérable (44). La première patiente prend actuellement 40 mg. de largactil par jour, alors que la deuxième en prend 100 mg. par jour. Les extraits hépatiques, substances lipotropes, etc., n'ont aucun effet.

4. Œstrogène.

Dans l'H. E. comme dans d'autres maladies où les lipides semblent jouer un rôle étiologique, les œstrogènes ont été employés. Dans l'H. E., des doses de 0.1 à 0.2 mg. d'Estinyl par jour ont été données pendant plusieurs mois avec de bons résultats (55). Cependant, les patients ainsi traités étaient aussi soumis à une diète pauvre en lipides.

Résumé

Deux cas typiques d'hyperlipémie essentielle et un cas d'hyperlipémie possiblement secondaire (insuffisance thyroïdienne) sont présentés.

Tous trois accusaient des douleurs abdominales récidivantes, survenant depuis plusieurs années, et l'une des malades fut observée durant un épisode qui simulait fort bien une pancréatite aiguë avec élévation de l'amylase et de la glycémie, et présence de sucre dans les urines. Le sérum était lactescent dans les trois cas et deux des malades présentaient des xanthomes plans.

Un bref exposé des théories pathogéniques et du traitement laisse assez clairement voir que la cause de ce syndrome rare est encore obscur.

Summary

Three cases of essential hyperlipemia are presented.

All patients complained of recurring episodes of severe abdominal pain and in one case, the clinical and biochemical picture was quite suggestive of acute edematous pancreatitis. The serum was lactescent in all three cases and xanthomata observed in two.

Current concepts on the etiology of this syndrome are reviewed. Therapy is symptomatic, and attempts to lower the hyperlipemia seem to prevent the recurrence or decrease the frequency of acute episodes.

BIBLIOGRAPHIE

(1) M. BURGER et O. GRUTZ: Uber hepatosplenomegale Lipoidose mit xanthomatösen Veränderungen in Haut und Schleimhaut. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, **166**: 542, 1932.

(2) W. BRUNNER: Beitrag zur pankreatogenen Lipämie. *Klin. Wchnschr.*, **14**: 1853, 1935.

(3) H. OPITZ: Hochgradige Lipämie unklarer Genese bei einem 12jährigen Knaben. *Deutsch. med. Wchnschr.*, **61**: 88, 1935.

(4) E. BERNHARD: Uber einen Fall von Lipämie. *Schweiz. med. Wchnschr.*, **66**: 261, 1936.

(5) L.E. HOLT, Jr., F. X. AYLWARD et H. G. TIMBRES : Familial lipemia of undetermined origin. *J. Clin. Investigation*, **15**: 451, 1936.

(6) *Idem*: Idiopathic familial lipemia. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **64**: 279, 1939.

(7) W. ABEGG: Ein Fall von hochgradiger alimentärer "hepatogener" Fettretention im Blut bei einem 11jährigen Kinde. *Jahrb. f. Kinderh.*, **149**: 94, 1937.

(8) S. M. FRANKLIN: Splenomegaly with lipaemia. *Proc. Roy. Soc Med.*, **30**: 711, 1937.

(9) M. MARCUS: Pancreas and intermediate fat metabolism. *Folia clin. orient.*, **1**: 127, 1937.

(10) S.S. BERNSTEIN, H.H. WILLIAMS, F.C. HUMMEL, M.D. SHEPHERD et B.N. ERICKSON : Metabolism observations on child with essential hyperlipemia. *J. Pediat.*, **14**: 570, 1939.

(11) C. W. LEPARD: Lipemia retinalis in nondiabetic patient. *Arch. Ophth.*, **32**: 37, 1944.

(12) M. GOODMAN, H. SHUMAN et S. GOODMAN: Idiopathic lipemia with secondary xanthomatosis, hepatosplenomegaly, and lipemia retinalis. *J. Pediat.*, **16**: 596, 1940.

(13) F. D. CHAPMAN et T. D. KINNEY: Hyperlipemia: "idiopathic lipemia". *Am. J. Dis. Child.*, **62**: 1014, 1941.

(14) B. M. LEVY: Idiopathic lipemia. *J. Pediat.*, **29**: 367, 1946.

(15) S. C. SHORE et V. SHRIRE: Possible case of idiopathic hyperlipaemia. *Clin. Proc.*, **6**: 138, 1947.

(16) A. L. BLOOMFIELD et B. SHENSON: Syndrome of idiopathic hyperlipemia with crises of violent abdominal pain. *Stanford M. Bull.*, **5**: 185, 1947.

(17) E. HARSLOF: Idiopathic familial hyperlipemia attended with hepatosplenomegaly. *Acta med. Scand.*, **130**: 140, 1948.

(18) W. C. HOPGOOD: Idiopathic hyperlipemia. *New Eng. J. Med.*, **238**: 429, 1948.

(19) R. L. J. KENNEDY et R. W. COLLETT : Chronic relapsing pancreatitis and hyperlipemia. *Am. J. Dis. Child.*, **78**: 80, 1949.

(20) S. J. THANNHAUSER: *Lipidose Diseases of the cellular lipid metabolism*. 2e édit. Edité par H. A. Christian, New-York, Oxford, 1950 — p. 277.

(21) Clarence GARDNER: Acute pancreatitis with Hyperlipemia. *Surgery*, **27**: 512, 1950.

(22) M. F. KOSZALKA et J. J. LEVIN: Idiopathic hyperlipemia. *Ann. Int. Med.*, **33**: 473, 1950.

(23) H. M. POULSEN: Familial lipaemia: new form of lipoidosis showing increase in neutral fats combined with attacks of acute pancreatitis. *Acta med. Scand.*, **138**: 413, 1950.

(24) A. C. CROCKER: Skin Xanthomas in childhood. *Pediatrics*, **8**: 573, 1951.

(25) E. R. MOVITT, B. GERSTL, F. SHERWOOD et C. C. EPSTEIN: Essential hyperlipemia. *Arch. Int. Med.*, **87**: 79, 1951.

(26) L. FRANK et L. M. LEVITT: Idiopathic hyperlipemia with secondary xanthomatosis: report of case. *Arch. Derm. Syph.*, **64**: 434, 1951.

(27) A. L. FROELICH: *Les xanthomatoses*. 311 pp. Brussels: Acta Medica Belgica, 1951, p. 289, Case 13.

(28) O. C. BRUTON et A. J. KANTER: Idiopathic familial hyperlipemia. *Am. J. Dis. Child.*, **82**: 153, 1951.

(29) P. S. HETZEL: Idiopathic hyperlipaemia, with report of two cases occurring in one family, and review of literature. *M. J. Australia*, **2**: 396, 1951.

(30) E. A. HAND: Guttate xanthomatosis secondary to idiopathic lipemia. *Arch. Dermat. Syph.*, **63**: 522, 1951.

(31) G. KLATSKIN et M. GORDON: Relationship between relapsing pancreatitis and essential hyperlipemia. *Am. J. Med.*, **12**: 3, 1952.

(32) S. J. CRAWLEY: Idiopathic Hyperlipemia. *Am. Pract.*, **3**: 965 (déc.), 1952.

(33) C. R. JOYNER, Jr.: Essential hyperlipemia. *Ann. Int. Med.*, **38**: 759, 1953.

(34) J. K. FULTON: Essential lipemia, acute gout, peripheral neuritis, and myocardial disease in Negro man: response to corticotropin. *Arch. Int. Med.*, **88**: 303, 1952.

(35) J. GADRAT, A., BAZEX, A. DUPRE et DOUSTE-BLAZY: Xanthomes miliaires et très forte hyperlipémie évoluant en poussées déclenchées par une alimentation hyperlipidique: hyperlipémie essentielle de l'adulte avec éruption secondaire de xanthomes. *Bull. Soc. franç. de Derm. et syph.*, **59**: 359, 1952.

(36) W. F. Van ECK: Significance of Lactescence in blood serum. *Metabolism*, **1**: 383 (sept.) 1952.

(37) A. L. GASKINS, R. B. SCOTT et A. D. KESSLER: Report of three cases of idiopathic familial hyperlipemia: use of ACTH and cortisone. *Pediatrics*, **11**: 480, 1953.

(38) H. MALMROS, B. WWAHN et E. TRUEDSSON: Essential hyperlipaemia. *Acta Med. Scand.*, **149**: 91, 1954.

(39) W. F. LEVER, P. A. J. SMITH et Nancy A. HURLEY: Effects of Intravenous Heparin on the plasma lipoproteins in idiopathic hyperlipemia. *Science*, **118**: 653 (27 nov.) 1953.

(40) Alfred SOFFER: Prolonged observations of the cardiovascular status in essential hyperlipemia. *Circulation*, **10**: 255 (août) 1954.

(41) P. RIMBAUD: Etudes des variations de la lipémie dans un cas d'hyperlipémie idiopathique. *Bull. Soc. franç. Dermat. et Syph.*, 467-469 (nov.-déc.) 1954.

(42) Alfred SOFFER: Office Diagnosis and treatment of essential hyperlipemia. *Postgrad. Med.*, **18**: 83 (août) 1955.

(43) W. F. LEVER, P. A. J. SMITH et N. A. HURLEY : Idiopathic hyperlipemic and primary hypercholesteremic xanthomatosis. Clinical data and analysis of plasma lipids. *J. Invest. Dermat.*, **22**: 33, 1954.

(44) Leo E. HOLLISTER: Essential hyperlipemia treated with Heparin and with Chlorpromazine. *Gastro-Enterology*, **29**: 1060 (déc.) 1955.

(45) H. BENARD: Hyperlipémie essentielle. *Sem. Hôp. de Paris*, **31**: 3077 (6 oct.) 1955.

(46) D. ADLESBERG: Inborn errors of lipid metabolism; clinical, genetic and chemical aspects. *Arch. Path.*, **60**: 481, 1955.

(47) J. M. MARTT et W. E. CONNER: Idiopathic hyperlipemia associated with coronary atherosclerosis. *Arch. Int. Med.*, **97**: 492, 1956.

(48) Albinas GARUNAS: Abdominal pain in essential hyperlipemia. *J. A M. A.*, **163**: 1135 (mars) 1957.

(49) Robert S. MILLEN: Pregnancy complicated by hyperlipemia. *Am. J. Obst. and Gynec.*, **71**: 326 (fév.) 1956.

(50) Charles R. TOURTELOTTE: Hyperlipemia associated with diabetes Mellitus and pancreatitis: a case report with autopsy. *Ann. Int. Med.*, **45**: 691 (oct.) 1956.

(51) Charles F. WILKINSON Jr.: Spaced fat feeding: a regime of management for familial hyperlipemia. *Ann. Int. Med.*, **45**: 691 (oct.) 1956.

(52) L. J. CORAZZA et R. M. MYERSON: Essential Hyperlipemia. *Am. J. Med.*, **22**: 258 (fév.) 1957.

(53) B. SWAHN: Studies on blood lipids. *Scand. J. Clin. and Lab. Invest.*, **5** (Supp. 9): 1, 1953.

(54) Peter BORRIE: Essential hyperlipemia and idiopathic hypercholesterolemic xanthomatosis. *Br. Med. J.*, **19**: 911 (oct.) 1957.

(55) E. T. BOSSAK: Prolonged low-dose estrogen therapy in idiopathic hyperlipemia and hypercholesterolemia. *Circulation*, **16**: 503, 1957.

(56) S. J. THANNHAUSER et M. M. STANLEY: Serum fat curves following oral administration of I^{131}-labeled neutral fat to normal subjects and those with idiopathic hyperlipemia. *Tr. Am. A. Physicians*, **62**: 245, 1949.

(57) K. S. HOLT: Idiopathic Hyperlipemia (report of a case studied with radio-active iodine-labelled fat). *Arch. Dis. Childhood*, **32**: 142 (avril) 1957.

(58) S. W. LEVY: Heparin and Blood Lipids. *Revue Canadienne de Biologie*, **17**: 1 (fév.) 1958.

SYNDROME DE DÉFIBRINATION AIGUË PEROPÉRATOIRE

Lise FORTIER,
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les obstétriciens et les gynécologues sont maintenant bien avertis de la possibilité de l'afibrinogénémie pendant la grossesse. Il n'en est pas de même des chirurgiens en général envers l'éventualité de l'apparition au cours ou immédiatement après une opération d'une hypofibrinogénémie qui entraîne souvent des hémorragies fatales si la thérapeutique spécifique n'est pas mise en branle. Le cas suivant en est une preuve tragique.

Observation.

Madame L., 49 ans, mère de deux enfants, est hospitalisée en décembre 1957 pour pertes sanguines intermenstruelles et leucorrhée depuis environ 6 mois, accompagnées d'un amaigrissement de 3 à 4 livres. L'examen clinique révèle la présence d'une lésion cratériforme du col envahissant le paramètre droit. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma spinocellulaire. La première application de radium ayant entraîné une perforation utérine extrapéritonéale, on délaisse la routine habituelle d'une deuxième application de radium en faveur de la cobalthérapie (6150r) qui prend fin en février. La patiente est réhospitalisée le 1er mars en vue de subir une hystérectomie radicale avec évidemment ganglionnaire pelvien. A ce moment, l'examen gynécologique montre des culs-de-sac souples, libres et un col complètement détergé. Azotémie, formule sanguine et analyse des urines sont sans anormalité.

Le 7 mars on procède à l'intervention chirurgicale et le protocole opératoire se lit comme suit: « Incision paramédiane sus et sous-ombilicale. L'exploration du petit bassin ne montre aucune induration et aucun ganglion palpable. Après ligature du pédicule ovarien, des veines et de l'artère utérine des deux côtés, on procède à l'évidement ganglionnaire des régions iliaques interne, externe et obturatrice. Les deux canaux urétéraux sont disséqués, la vessie et le rectum refoulés. On fait l'hystérectomie totale, l'annexectomie bilatérale et on enlève en même temps qu'une bonne collerette vaginale le plus possible de tissu paracervical et paravaginal. Jusqu'à ce moment soit environ trois heures après le début de l'opération, la perte de sang a été si minime que la première transfusion n'a pas encore été complètement donnée. C'est alors que dans les deux régions disséquées débutent des hémorragies diffuses que ligatures et compression locale ne parviennent pas à contrôler. La patiente est bientôt en choc. Environ une heure plus tard, une garde-malade préposée à la banque de sang fait remarquer que le sang prélevé pour agglutination croisée ne semble pas coaguler normalement. L'anesthésiste suggère de faire un temps de saignement et de coagulation qui malheureusement à cause d'un malentendu ne sera fait que beaucoup plus tard. Les hémorragies diffuses persistent en particulier sous la veine hypogastrique droite et dans le but d'exposer leurs points d'origine, on sectionne la veine. A ce moment, l'anesthésie commençant à s'émousser, la malade pousse et en conséquence une pince placée sur une veine est arrachée et le vaisseau se trouve déchiré au ras de la paroi musculaire rendant la ligature impossible. On bouche la veine avec du Gelfoam et on parvient à contrôler l'hémorragie. Pendant ce temps, une ligature sur une tributaire de la veine iliaque externe gauche se détache avec formation d'une brèche dans la paroi veineuse. On tente sans succès de fermer cette ouverture avec du Deknatel. En désespoir de cause, on ligature la veine au-dessus et au-dessous de cette brèche. Les pédicules artériels à gauche continuant à suinter, on ligature aussi l'artère hypogastrique. A ce point, il semble que l'hémorragie soit sous contrôle. On met en place un paquetage dont l'extrémité sort par le vagin qui n'a pas été suturé. Cette tentative entraîne un regain d'hémorragie. Les chirurgiens observent alors que depuis longtemps déjà ils n'ont vu aucun caillot et que

les mésentères sont parsemés de multiples pétéchies. On péritonise et on ferme la paroi sept heures et demie après le début de l'opération ».

Au moment de la fermeture, la tension artérielle est remontée de 0 à 70/40. La patiente a reçu dix bouteilles de sang, deux ampoules de gluconate de calcium, une ampoule de Mephyton. Le temps de saignement est normal mais après 45 minutes aucun caillot n'est encore formé. Dans les trois heures qui suivent, la patiente reçoit deux autres bouteilles de sang et 4 g. de fibrinogène qui parviennent à abaisser le temps de coagulation à 17 minutes. Mais toutefois elle continue de saigner et retombe dans un choc profond qui aboutit à sa mort onze heures après le début de l'intervention.

Le dosage du fibrinogène post-mortem est de 186 mg. %, soit bien en dessous de la normale de 400 mg. % même après quatre gr. de fibrinogène. Par ailleurs, l'addition de fibrinogène au sang de la patiente entraîne une coagulation rapide ce qui signe une déficience de fibrinogène et non de thrombine. Le diagnostic est donc celui d'hypofibrinogénémie ou de défibrination aiguë peropératoire. Le chirurgien eut-il été en l'occurrence au courant de la possibilité d'une telle éventualité, il aurait accepté d'emblée et investigué l'idée d'une dyscrasie sanguine même si les trois premières heures de l'opération s'étaient écoulées sans incident.

La pièce opératoire montre une persistance de l'épithélioma au niveau de l'endocol. A l'autopsie, on ne trouve aucun caillot dans les gros vaisseaux et dans le cœur un petit caillot qui s'effondre au premier contact. Derrière les mèches laissés en place dans le petit bassin, il n'y a pas de caillot. L'examen microscopique des pièces met en évidence un début de cirrhose, une hépatite, une néphrose au début (la conséquence probable des transfusions multiples) un épithélioma de la thyroïde au début. La question se pose de la relation entre la cirrhose et l'hypofibrinogénémie. Il ne semble pas que cela en soit une de cause à effet mais il est possible que devant une demande accrue un foie cirrhotique soit incapable de synthétiser le fibrinogène en quantité suffisante.

Formes cliniques.

En dehors de l'obstétrique, la déficience en fibrinogène demeure une rareté, un accident quasi imprévisible mais auquel, une fois reconu, on peut apporter un remède. En obstétrique, il s'agit souvent d'une afibrinogénémie. Bien qu'on puisse la rencontrer dans l'éclampsie, la nécrose de la pituitaire, la môle hydatiforme, l'hémorragie post-partum tardive, les types les plus fréquents sont (1) le type suraigu à la suite d'une embolie de liquide amniotique, le type aigu au cours d'un décollement placentaire prématuré et le type chronique qui se développe sur une période de plusieurs semaines quand il y a retention intra-utérine d'un fœtus mort.

En médecine l'hypofibrinogénémie peut accompagner la nécrose bilatérale du cortex rénal, les infections bactériennes, les contractions musculaires intenses, l'anoxémie, le choc, les cancers métastatiques de la prostate, de l'estomac, du pancréas, de la vésicule billiaire par ordre de fréquence décroissante. La défibrination apparaît dans ces cancers qui ont en commun des métastases osseuses et des embolies métastatiques au poumon (2).

En chirurgie, le syndrome a été rapporté au cours de n'importe quelle opération, qu'il s'agisse d'une amygdalectomie, d'une surrénalectomie, d'une néphrectomie, d'une hystérectomie, d'une cholécystectomie, d'une gastrectomie et plus fréquemment dans les interventions sur le poumon (3) et dans tout genre de chirurgie extensive. On sait en effet qu'un acte chirurgical d'une certaine envergure peut entraîner une chute de 12% dans le taux du fibrinogène et que chez 70% des patients on note une fibrinolyse post-opératoire sans que le temps de saignement soit affecté. Sur neuf cas rapportés par Louise Lang Philipps (4) et ses collaborateurs quatre se sont terminés par la mort dans les quelques heures post-opératoires malgré des

transfusions massives allant jusqu'à 26,000 cc. de sang.

Symptômes.

Les symptômes se résument à un suintement diffus des tissus et des orifices des ponctions veineuses avec parfois suintement des muqueuses. A l'autopsie, on ne trouve pas de caillot et le sang demeure fluide. Il y a peu ou pas de fibrinogènee dans le sang i.e. que le taux de fibrinogène est sous la limite inférieure de la normale, soit 200 mg. % et on note la présence d'une enzyme fibrinolytique. Dans tous les cas on rapporte une instabilité du caillot qui est proportionnelle à la déficience en fibrinogène.

Mécanisme.

L'hypofibrinogénémie s'expliquerait par la présence d'une enzyme fibrinolytique. Le tout commencerait par une coagulation intra-vasculaire avec déposition de fibrine, ceci amené par l'hyperthromboplastinémie que provoque un traumatisme chirurgical. Or dans tous les extraits tissulaires contenant de la thromboplastine on retrouve de la cytofibrinokinase qui entraînerait une activation du système d'enzymes fibrinolytiques. On sait aussi que l'apparition de l'enzyme fibrinolytique peut être la conséquence de la réaction d'alarme et peut se produire préopératoirement chez des anxieux.

Diagnostic.

Chaque fois que l'on soupçonne un trouble de la coagulation, il est bon d'observer le sang coagulé du patient pour voir s'il y a lyse du caillot. Avec un taux de fibrinogène inférieur à 175 mg. % il faut considérer qu'il y a afibrinogénémie et la traiter comme telle. Le « Fibrindex » (5), un produit commercial, fait de thrombine humaine entraîne une coagulation rapide i.e. en une minute du plasma oxalaté à condition qu'il contienne plus de 175 mg. de fibrinogène et permet donc une évaluation rapide de la situation. La sédimentation qui accélère à mesure que le fibrinogène augmente serait un bon moyen de suivre l'évolution du cas.

Traitement.

Les transfusions massives de sang n'augmentent pas efficacement le taux de fibrinogène dans les cas de déficience grave, car le sang que l'on obtient des banques ne contient guère plus que 163 mg. % de fibrinogène, et peut masquer un épuisement des réserves de fibrinogène du patient ce qui retarde la thérapeutique spécifique. Il semble possible aussi que les transfusions répétées ne fassent qu'activer le système fibrinolytique. La fibrinolysine a une période d'activité limitée et si le patient peut être maintenu avec de petites doses de fibrinogène le système enzymatique peut retrouver son équilibre. Par ailleurs cette activité fibrinolytique pourrait être neutralisée par l'administration de sulfate de protamine. Quant à la quantité de fibrinogène recommandable il faudrait d'après certains auteurs (6) donner de 2.5 à 10 g. en une demie à une heure. A noter, que dans les cas qui évoluent favorablement, le taux de fibrinogène monte beaucoup plus vite que ne saurait l'expliquer la quantité de fibrinogène que l'on donne, ce qui indiquerait que le patient fabrique son propre fibrinogène. Dans un cas de décortication du poumon, l'administration de fibrinogène fut sans effet probablement à cause d'une lyse rapide du caillot dès sa formation, sans que l'on ait pu mettre en évidence une déficience de fibrinogène (3). Cette administration de fibrinogène n'est pas sans danger. An a rapporté des cas d'hépatite fatale à virus (4) et d'autres cas de coagulation intravasculaire généralisée (7).

Résumé

Un cas d'hypofibrinogénémie peropératoire fatale est rapporté. Cette dyscrasie sanguine se rencontre en obstétrique, en médecine, en particulier dans les cancers métastatiques et peut apparaître au cours de toute intervention chirurgicale. La maladie se manifeste par des hémorragies diffuses et l'absence de formation d'un caillot ou sa lyse rapide. Il semble que le facteur en cause soit une enzyme fibrinolytique. On doit soupçonner cet accident chaque fois que le taux de fibrinogène

est inférieur à 175 mg. %, ce qui se décèle par le « Fibrindex ». La thérapeutique spécifique consiste à donner du fibrinogène par voie intra-veineuse.

SUMMARY

A case of acute defibrination in the course of a radical hysterectomy is reported. This blood dyscrasia has been encountered by obstetricians, internists, especially in cases of metastatic carcinoma and can suddenly appear during any surgical operation. The disease is characterized by diffuse bleeding without blood clot formation or with its rapid lysis. The process seems to be due to a circulating fibrinolytic enzyme. It must be suspected whenever the percentage of fibrinogen as indicated by "Fibrindex" falls below 175 mg %. Treatment is by administration of intravenous fibrinogen.

BIBLIOGRAPHIE

(1) HODGKINSON et coll.: Hypofibrinogenemia and defects of coagulation, *Obst. and Gyn.*, **15**: 465, 1955.

(2) FRICK: Hypofibrinogenemia in Metastatic Cancer. *Acta Hematologica*, **16**: 11, 1956.

(3) W. WALKER et E. G. LAFORET: Hemorrhage from Fibrinolysis in Pulmonary Surgery. *J. of Thoracic Surg.*, **32**: 548, 1956.

(4) Louise LANG PHILLIPS et coll.: Hypofribinogenemia in Surgical Patients. *Surg., Gyn. and Obst.*, **103**: 443, 1956.

(5) R.A. KINCH et R.B. ROY: Qualitative Evaluation of Fibrinogen. *Obst. and Gynec.*, **10**: 63, 1957.

(6) J. L. KOPPEL et J. H. OLWYN: Bleeding Problems in Surgical Patients. *Surg. Clinics of N.A.*, February 1958, p. 3.

(7) J.H. GRAHAM et coll.: Postoperative Hypofibrinogenemia: Diffuse Intravascular Thrombosis after Fibrinogen Administration. *N. Engl. J. of Med.*, **257**: 101, 1957.

REVUE GÉNÉRALE

OÙ EST LA LIMITE EN CHIRURGIE ? [1]

Roland CAUCHON (Québec).

Ce n'est pas une réponse à cette question que je prétends vous donner, car cette science est trop vaste et l'interprétation du fait chirurgical est trop variable avec les milieux pour qu'on arrive à fixer exactement ce qu'est la limite.

Disons que j'émets une opinion tout à fait personnelle basée sur les échanges littéraires internationaux et sur l'expérience acquise au lit du malade et à la table d'opération durant les 20 dernières années.

Reportons-nous un peu en arrière et nous pouvons revoir dans un tableau aussi réel que surprenant ces audacienses innovations que les géants de la chirurgie, fin du dix-neuvième et début du vingtième siècle, établissaient comme une tête de pont pour la génération suivante et les futures.

C'est à compter de ce moment que disparaît pour nous à l'horizon la limite des entreprises chirurgicales.

Dès ce moment, on peut entrevoir que le chirurgien ne devra plus s'en tenir à être un technicien habile de ses doigts et prudent dans ses diagnostics, mais qu'il devra associer à la connaissance anatomique une évaluation physiologique de l'individu, ce qui établit une nouvelle borne. Cette borne, c'est l'appréciation aussi exacte que possible de l'état somatique actuel et cela, servant de point fixe central, les conditions de récupération doivent pouvoir être jugées et presque fixées à l'avance. On est loin heureusement aujourd'hui de cette chirurgie d'exérèse qui était presqu'uniquement prévalante dans les salles d'opérations et nous devons justement reconnaître que l'étude plus approfondie et mieux généralisée des phénomènes métaboliques dans l'organisme a graduellement conduit les chirurgiens à devenir d'abord plus conservateurs et subséquemment reconstructeurs.

Sans jouer au prophète, ne peut-on prévoir dans un avenir assez prochain que, des organes vitaux comme le coeur, le rein pourront être remplacés par des appareils artificiels dont la fonction sera suffisante à maintenir la vie pour un temps indéterminé?

Cette hypothèse dans mon esprit n'est pas plus ridicule que cette idée émise il y a vingt-cinq ans sur la possibilité de construction d'un appareil permettant un arrêt complet du coeur pour faciliter des interventions sur ce même organe.

Et alors où est la limite?

Comme moi, vous avouerez qu'elle est difficile à préciser.

Regardons si vous voulez, les procédés opératoires qui sont employés et voyons si nous pouvons en tirer une conclusion.

Le chirurgien peut exercer son art de trois façons différentes. Ou bien il pratique l'exérèse des tissus; ou bien il pratique l'exérèse et rétablit anatomiquement une fonction que l'organe enlevé accomplissait; ou bien il fait une reconstitution anatomique sans exérèse proprement dite.

I. — Chirurgie d'exérèse

Née de la plus haute antiquité avec l'ablation des tumeurs cutanées, des glandes mammaires, des amputations de membre, elle eut une période de stagnation de plusieurs millénaires et dut atteindre le XIXe siècle pour son épanouissement avec l'apparition de la chirurgie abdominale proprement dite, chirurgie éminement destructrice n'ayant d'autre but que d'enlever des organes malades.

C'était quand même le premier et le plus grand pas fait pour la prolongation de la vie d'un individu.

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

On vit dans l'espace d'un demi-siècle passer de l'ablation de ces monstrueux ovaires kystiques qu'un McDowell entreprenant et courageux avait réussie le premier, aux appendicectomies, cholécystectomies, néphrectomies et hystérectomies, de plus en plus facilement exécutées.

La chirurgie abdominale était dorénavant bien établie.

Voici deux cas personnels dont le premier démontre bien que l'urgence de l'intervention peut sauver une vie.

Observation 1.

Il s'agit d'un adolescent de 15 ans qui au cours d'un accident de la rue subit une déchirure de la paroi abdominale au flanc droit en même temps qu'une fracture de côtes du même côté.

Une de ces côtes présente un fragment libre qui agissant comme un couteau déchire le lobe droit du foie presque complètement.

Le rein droit a subi un véritable écrasement l'arrachant de son pédicule vasculaire.

L'intervention faite aussitôt l'état général un peu rétabli par des transfusions sous pression, consiste à faire l'ablation du rein droit avec ligatures des vaisseaux déchirés et un tamponnement de la déchirure hépatique.

Une thérapeutique de support permet un recouvrement rapide et l'accidenté est considéré guéri 2 semaines plus tard.

La radiographie faite à ce moment nous montre un thorax qui semble bien indifférent aux lésions voisines qui ont failli faire mourir rapidement cet individu.

Observation 2.

Le second cas illustre assez exactement que l'exérèse de plusieurs organes nécessitée par l'extension de la lésion n'est pas incompatible avec la survie.

Un patient de 63 ans ayant déjà subi une gastrectomie subtotale pour ulcère, se présente avec de la douleur à l'hypochondre et au flanc gauche, accompagnée de subobstruction intestinale.

Les radiographies des colons et des reins ne rendent pas témoignage de la présence d'une volumineuse tumeur rétropéritonéale que l'examen physique met facilement en évidence.

Une laparotomie conduit à l'ablation de la queue du pancréas, du rein et de la surrénale gauches, de l'angle splénique qui sont le siège d'un envahissement scléreux étranglant les organes et leurs vaisseaux. Un anus de dérivation est laissé sur le transverse. Une convalescence orageuse est suivie d'une récupération compliquée depuis d'un diabète assez bien contrôlé.

Il s'agissait d'un xantho-granulome rétropéritonéal, identifié par Oberling, tumeur exceptionnelle, grave par la dégénérescence scléreuse des organes de voisinage qu'elle envahit progressivement, mais que l'histo-pathologie ne peut considérer maligne en soi.

Il n'y a pas de trace de reprise au bout de trois ans.

II. — Chirurgie d'exérèse et rétablissement fonctionnel

Ayant amélioré graduellement sa technique opératoire, le chirurgien fut conduit par ses propres succès à envisager l'ablation en tout ou en partie d'un organe malade, suivie au cours de la même opération d'une reconstitution anatomique rétablissant une fonction que l'exérèse seule aurait détruite.

Le tube digestif se prête bien à ce genre d'intervention et c'est à ses dépens d'abord que la chirurgie s'est exercée avec des résultats de plus en plus encourageants.

Les voies biliaires, le système urinaire vinrent ensuite prêter leur anatomie déformée à l'habileté des opérateurs.

Et voilà maintenant que depuis près d'une décade des anomalies congénitales ou pathologiques du système circulatoire ont donné naissance à de merveilleuses techniques de résections et d'anastomoses, ou de mise en place de greffes donnant des résultats fonctionnels absolument extraordinaires. Les cas que j'ai à présenter en rapport avec ce genre de chirurgie sont limités au tube digestif et leur

intérêt me semble lié à la lésion et à la technique employée et à la survie.

Observation 1.

Un patient de 32 ans, déjà opéré à l'âge de 15 ans pour une obstruction au sigmoïde, consulte pour une constipation de plus en plus tenace. La dernière évacuation remonte à plus de 30 jours.

L'examen fait constater une volumineuse tumeur abdominale médiane, semblant remplir presque tout l'abdomen.

Les radiographies montrent un énorme fécalithe du sigmoïde.

Une résection du colon gauche jusqu'à l'ampoule rectale nous a donné un bon résultat, avec anastomose latéro-terminale, un Hochenegg ne pouvant être accompli.

Depuis 4 ans la fonction intestinale est régulière et le patient vit maintenant normalement.

Observation 2.

Vieille demoiselle de 60 ans opérée en menace de perforation d'un très gros ulcère calleux de l'estomac, incrusté dans le pancréas et haut situé.

Cette malade est dans un pauvre état physique relevant d'une malnutrition imposée par son ulcère.

Nous lui avons fait subir il y a 5 ans une gastrectomie totale par voie abdominale avec anastomose en Y de Roux.

Son état général s'est ensuite amélioré avec un régime composé de 5 petits repas quotidiens, maintenant ainsi les électrolytes à un taux normal.

Observation 3.

Il s'agit cette fois d'un homme de 67 ans atteint d'un cancer de l'antre gastrique et chez qui une gastrectomie totale fut faite par voie transthoracique en 1954.

Anastomose œsophago-jéjunale termino-latérale sans aucune trace de récidive en 1957.

Observation 4.

Ce cas a déjà été publié dans un autre travail fait antérieurement mais je le présente de nouveau car je trouve qu'il est une démonstration vivante de ténacité.

Opéré la première fois en 1930 pour un cancer du descendant il fut asymptomatique pendant 14 ans puis fut hospitalisé en 1944 avec des symptômes d'obstruction intestinale.

Une laparotomie faite à ce moment permit de réséquer deux cancers intestinaux, l'un du transverse, l'autre du descendant, histologiquement différents.

Des récidives aux dépens du colon, du grêle et de la paroi conduisirent à de multiples interventions dans les 10 ans qui suivirent, nécessitant des résections de plus en plus poussées de sorte que depuis 3 ans ce patient vit avec 40 centimètres de grêle, abouché dans la partie distale du sigmoïde.

Tout le reste a été réséqué, iléon et colons.

Il est intéressant de noter que avec une diète de 3 bons repas par jour, ce malade qui a 73 ans a une balance électrolytique normale et qu'il mène une vie active. Il a 3 évacuations intestinales par jour.

Voici une radiographie de son tube digestif prise en 1956 et qui nous fait voir l'hémiabdomen droit complètement déshabité de tout intestin. On peut noter la bonne imprégnation du grêle et du sigmoïde et rectum qui servent encore à la double fonction intestinale.

III — Chirurgie de reconstruction

Et nous en arrivons à ce genre de chirurgie qui consiste, sans exérèse, à redonner par une technique opératoire appropriée, une fonction à un organe défectueux par anomalie congénitale, ou par accident, ou par maladie acquise. Il y a évidemment beaucoup d'intérêt à une telle pratique, et, s'il y a des difficultés et parfois des complications qui mettent sérieusement en danger le succès de l'opération, il y a d'amples compensations dans la réussite.

Surtout quand il s'agit d'un organe irrémédiablement perdu si on laisse les choses telles qu'elles le sont.

J'ai deux cas types de chirurgie de reconstruction, tous les deux faits sur le système urinaire.

Observation 1.

Intéressant par une survie due à l'emploi de moyens artificiels inusités. En 1948, à l'âge de 32 ans ce patient porteur d'un rein gauche complètement détruit et d'un rein droit hydronéphrotique était hospitalisé avec un taux d'urée sanguine à 1.20 gramme.

Les lésions rénales étaient toutes deux secondaires à des anomalies congénitales soit, vaisseaux aberrants à droite, rétrécissement urétéro-pyélique à gauche.

A 2 mois d'intervalle, les vaisseaux anormaux furent sectionnés à droite, puis le rein gauche enlevé.

Entre temps, l'azotémie baissait à 0.75 gramme, puis à 0.50 gramme après la néphrectomie.

Malheureusement, une cicatrice scléreuse au niveau du bassinet droit donnait rapidement naissance à une hydronéphrose plus prononcée qu'auparavant et il fallut faire une pyélo urétéro plastie 6 mois plus tard.

Malgré des dilatations bien suivies les mêmes phénomènes d'étranglement cicatriciel ne tardèrent pas à se renouveler, causant des crises de rétention pyélique qui débutèrent en 1952, crises accompagnées de frissons, température élevée, oligurie, durant 3 ou 4 jours.

L'Azotémie reprit un taux élevé, aux environs d'un gramme. En juin 1953 à la suite d'une de ces crises, nous nous trouvâme en face d'une obstruction totale, véritable « shut down » rénal.

Il n'y avait plus qu'à réintervenir et c'est avec beaucoup d'appréhension qu'une nouvelle lombotomie fut faite le 25 juin.

Cette fois la jonction urétéro-pyélique et 5 centimètres d'uretère furent réséqués.

Une anastomose fut faite sur tube à néphrostomie.

Etant donné la sclérose cicatricielle déjà rencontrée 2 fois chez ce patient, sachant d'autre part que chaque intervention nouvelle apportait ses difficultés et ses complications, nous avons décidé de laisser en place ce tube qui permet une fonction peut-être anormale, mais avec lequel le malade a vécu sans complication autre qu'une assez volumineuse hydronéphrose, moins marquée cependant qu'avant l'opération. Nous n'avons pas eu à déplorer la précipitation de sels calcaires et nous laissons à l'avenir le soin de fixer le moment où le tube sera retiré.

Observation 2.

Enfin voici un dernier cas d'un individu que nous avons vu en juin 1957.

Malade de 40 ans, opéré en juillet 1956 d'un cancer du sigmoïde, il avait subi une résection très large suivie d'anastomose termino-terminale. Une fistule stercorale nécessita une dérivation transverse, et en avril 1957 une fistulectomie avec réfection de l'anastomose était effectuée.

On en voit ici le résultat qui semble excellent.

Malheureusement, la dissection des uretères faite au cours de cette dernière opération s'accompagna d'une dénudation de l'uretère pelvien à droite, suivie d'une fistule urétéro-intestinale.

La fonction rénale semblait assez bien conservée, mais celle de l'uretère inférieur définitivement compromise.

Le 4 juillet 1957 une dissection soignée de l'uretère jusqu'à la fistule nous démontrait l'impossibilité d'utiliser le bout distal pour anastomose. Nous avons fait avec un manchon pris aux dépens de la paroi vésicale, un uretère inférieur, l'anastomosant au bout proximal, urétéro-néo-cystostomie.

On peut en voir le résultat sur la radiographie suivante où il est facile de constater que le rein a repris sa forme et sa fonction normales.

Conclusion

Ces quelques cas ont été rapportés non pas parce qu'ils représentent un extrême, mais parce qu'ils ont donné au chirurgien une certaine satisfaction et dans l'accomplissement de l'intervention chirurgicale elle-même et dans le résultat obtenu.

A mon point de vue c'est le premier aspect de la limite à atteindre, l'honnêteté satisfaite

du chirurgien et la confiance satisfaite du patient.

Je ne crois pas qu'il y ait de limite véritable en chirurgie sinon celle que constitue cette barrière naturelle qui est la survie immédiate du malade, mais je crois qu'il existe une limite résidant dans l'esprit du chirurgien qui opère, et qui est établie sur son expérience.

Les cas où l'exérèse n'est plus la seule solution sont probablement beaucoup plus nombreux que notre enthousiasme chirurgical nous porte à le croire, et nous serions certainement bien avisés si nous faisions un examen de conscience à la lumière de nos ressources actuelles.

Je suis bien persuadé que le chirurgien de l'avenir verra plus que ses prédécesseurs à ménager et à reconstituer des organes qui faciliteront la vie du malade tout en la prolongeant.

Et c'est peut-être dans cette direction qu'on trouvera la limite en chirurgie, c'est-à-dire, non plus dans l'acte chirurgical lui-même, mais dans l'orientation du chirurgien à qui il appartient non seulement de sauver son malade, mais encore, le plus possible de ses fonctions organiques.

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 87, No 8 — Montréal, août 1958

LA PANCRÉATITE CHRONIQUE RÉCIDIVANTE.

SON TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Le pancréas est, de tous les viscères abdominaux, celui qui a offert le plus d'écueils aux recherches expérimentales et à l'abord chirurgical. La situation anatomique du pancréas, sa structure glandulaire, ses canaux propres et sa vascularisation expliquent les difficultés encourues, d'autant plus que les phénomènes physiologiques qui s'y déroulent comportent une analyse difficile et prêtent à des interprétations parfois spéculatives.

La nation, jadis classique, d'un pancréas organe inattaquable par les moyens opératoires cède maintenant la place à la donnée indiscutable d'un pancréas vulnérable à la thérapeutique chirurgicale. Cette dernière, limitée dans les débuts à des indications d'urgence, comme dans les traumatismes et la pancréatite aiguë hémorragique ou à des indications électives comme dans le traitement des faux kystes et dans celui des tumeurs malignes, s'étend maintenant à la recherche d'une cure opératoire dans la pancréatite chronique récidivante.

Des efforts considérables se déploient dans les milieux scientifiques pour approfondir les concepts pathogéniques et chercher un traitement adéquat à cette affection pancréatique dont les soins médicaux n'arrivent qu'à fournir une amélioration symptomatique [1,2,3,4], car elle conduit lentement, mais sûrement à la malnutrition, à l'avitaminose, à l'anémie, à l'invalidité totale qui précède la cachexie que l'abus des drogues favorise et qui conduit inexorablement à la mort.

La chirurgie offre maintenant l'espérance d'une cure définitive chez beaucoup de malades ou l'assurance d'une amélioration sensible chez les autres.

La pancréatite chronique récidivante est cette entité clinique grave qui se manifeste par des exacerbations douloureuses abdominales séparées dans le temps par des périodes d'accalmie de durée variable. La douleur, principalement épigastrique, s'irradie dans les flancs et aux lombes; elle se présente au début sous forme de coliques, d'élancements ou de malaise constant; la douleur est aggravée par la prise d'aliments ou de liquides et se fait sentir même la nuit, au repos. La douleur augmente d'intensité et de fréquence à mesure que la maladie progresse; elle dure alors des heures entières, des jours et elle devient telle que seuls les calmants parviennent, et à doses progressives, à la soulager. Les vomissements, les nausées, la diarrhée, la perte de poids, l'anorexie, l'ictère, le diabète complètent le tableau clinique. Les épreuves de laboratoire, entre autres, signalent une hausse de l'amylase et la présence de graisses

1. G. O. Dean: Perplexities of chronic relapsing pancreatitis, *J. of the Ark Med. Soc.*, **54**: 50 (juillet) 1957.
2. R. F. Bowers: The surgical treatment of chronic pancreatitis, *J. of the Kentucky State Med. Ass.*, **55**: 511 (juin) 1957.
3. J. L. Lichtenstein: The treatment of chronic pancreatitis, Gastro-Ent., **33**: 641, 1957.
4. J. T. Priestley: Pancreatitis, *Surg., Clin. N. Am.*, 953 (août) 1957.

dans les selles. La radiographie permet de constater parfois des zones de calcification ou d'identifier la présence de calculs dans les canaux pancréatiques.

Le tableau clinique simule celui du cancer que les antécédents pathologiques aident à éliminer. Candidats à la pancréatite chronique sont les malades ayant eu des crises antérieures de pancréatite aiguë, ou des coliques hépatiques, les alcooliques, les insuffisants hépatiques.

Personne ne semble avoir trouvé l'exacte conception pathogénique de la pancréatite chronique récidivante; plusieurs auteurs soulignent cependant la fréquence d'une association hépatobiliaire avec infection du pancréas, calculose ou non.[5]

Le spasme du sphincter d'Oddi, la régurgitation de bile dans le pancréas, la présence d'un canal commun (Wirsung - cholédoque), que leur action s'exerce individuellement ou en combinaison, sont des hypothèses étiologiques soulevées et retenues.

Les progrès techniques ont permis une meilleure connaissance de la physiologie pancréatique. Doubilet a pu, grâce à l'intubation du canal de Wirsung, mesurer et analyser le liquide pancréatique, puis obtenir une « visualisation » radiographique du canal de Wirsung et du canal de Santorini chez un pancréas normal et chez un pancréas malade [6-7]

Fort de 500 cas de pancréatite traités par la sphinctérotomie, Doubilet croit que la maladie est la résultante d'un désordre physiologique déclenché par un spasme du sphincter d'Oddi, là où existe un canal commun permettant la régurgitation de bile dans le Wirsung.

Mallet-Guy et ses collaborateurs opinent également pour une perturbation physiologique qu'ils ne situent pas au même palier. Ils ont fait de très sérieuses recherches expérimentales dont, en 1956, ils ont communiqué les résultats.[8] Ils avaient alors réussi à déterminer le mécanisme nerveux de la régulation de pression dans le Wirsung; ils viennent récemment de publier un substantiel travail concernant l'exploration fonctionnelle manométrique et radiographique expérimentale du canal de Wirsung.[9]

La communication Mallet-Guy de mai 1958 fait une analyse complète des effets de l'hypertension Wirsungienne sur le parenchyme hépatique qui est d'une fragilité extrême et dont les réactions sont redoutables et excessives, et elle donne le compte des méfaits de l'hypertension intracanaliculaire. Les chercheurs de Lyon ont fait porter leurs expériences sur 58 chiens, mais ils n'établissent leurs positions que sur la foi de 47 chiens seulement, alors que l'hyperpression a été réalisée en état d'inactivité sécrétoire de la glande, en état d'activité sécrétoire et en association avec une excitation du nerf splanchnique gauche.

Incidemment, Mallet-Guy s'inscrit en faux contre la sphinctérotomie transduodénale de principe et contre l'injection à contre-courant d'un pro-

5. R. F. Bowers: *Current Surgical Management*, p. 27. W. B. Saunders, 1957.
6. H. Doubilet: Physiology of the human pancreas: *S.G.O.* **107**: 97 (juillet) 1958.
7. H. Doubilet: The physiological basis for the surgical management of acute and chronic pancreatitis, *Surg. Clin. N. Amer.*, 505 (avril) 1958.
8. P. Mallet-Guy, L. Durand, R. Vidil et P. Mounet: Le mécanisme nerveux de la régulation de la pression Wirsungienne, *Lyon Chir.* **51**: 395-410, 1956.
9. P. Mallet-Guy, J. Feroldi, R. Vidil, J. Foray et P. Tavares, *Lyon Chir.* **54**: 321-342 (mai) 1958.

duit de contraste dans le Wirsung (pancréatographie rétrograde) et il s'accorde en cela avec Puestow [10], Gillesby [10], Noer [11], DuVal [12] et Priestley [4].

Tous croient fermement que le pancréas est un organe à ménager, chez lequel de laborieuses manœuvres ou un cathétérisme avec force du bas cholédoque peuvent amener de fausses routes et déclencher une poussée aiguë hémorragique et nécrosante.

Mallet-Guy et ses collègues concluent que leur expérimentation comporte certains enseignements, par exemple:

« D'un point de vue général, il semble que la pression de 30 cm. exercée dans les voies excrétrices du pancréas constitue le seuil au delà duquel commence la souffrance du parenchyme dont le test élémentaire est l'hyperamylasémie. D'un point de vue pathologique, les lésions provoquées, lorsqu'elles ne sont pas mortelles, apparaissent spontanément curables entre 15 et 30 jours et ne semblent pas évoluer vers un syndrome chronique récidivant. Cette labilité lésionnelle tendrait à prouver que le mécanisme de la « pancréatite chronique récidivante » ne doit pas être recherché ou du moins ne pas être recherché exclusivement dans des facteurs mécaniques. »

Il n'en est pas moins exact que le facteur psychique joue un rôle important dans la pathogénie de la pancréatite chronique.[13]

Le sphincter d'Oddi répond par un spasme aux émotions, à la douleur, à l'extrême fatigue; créant un flux et un reflux de bile, il en arrête le cours normal vers le duodénum, et par voie rétrograde risque de le refouler dans le Wirsung.

Les concepts pathogéniques, pour variables qu'ils soient, n'en ont pas moins conduit à une thérapeutique chirurgicale diverse dans ses modalités, mais unanime dans son mobile : le drainage du suc pancréatique. Le traitement chirurgical se fait par voie indirecte, alors qu'il porte sur le tractus biliaire extra-hépatique ou gastro - intestinal, sur l'innervation sympathique et par voie directe, lorsqu'il aborde le pancréas lui-même.

Les opérations préconisées sont, à des mérites divers, la cholécystectomie et la cholédocotomie associées à la sphinctérotomie, la sphinctérotomie transduodénale, la cholédoco-jéjunostomie, la gastrectomie, l'exclusion du pylore, l'interruption du flux nerveux (par la sympathectomie dorso-lombaire, la splanchnicectomie ou la vagotomie), le drainage des faux kystes, l'ablation des calculs intra-canaliculaires, la dilatation du Wirsung, la résection du pancréas (pancréatectomie partielle distale, pancréato-duodénectomie, pancréatectomie totale).

A la faveur des travaux récents, il ressort toutefois qu'à la sphinctérotomie transduodénale simple ou associée dont l'efficacité n'est pas à dédaigner, il faut ajouter comme moyen efficace de drainage du suc pancréatique, la pancréato-jéjunostomie. Cette technique semble logique et, selon Lucien Léger, pleine d'avenir.[14]

Edouard DESJARDINS.

10. C. B. Puestow et W. J. Gillesby: Retrograde surgical drainage of pancreas for chronic relapsing pancreatitis, *A.M.A. Arch. of Surg.* **76**: 898 (juin) 1958.

11. R. J. Noer: A.M.A. Arch. of Surg. **76**: 907 (juin) 1958.

12. M. K. Duval: Pancreatico-jejunostomy for chronic pancreatitis, *Surgery* **41**: 1014 (juin) 1957.

13. R. P. Atkinson: Emotional factors in pancreatopathy, *Surg. Clin. N. Am.*, 785 (juin) 1958.

14. Lucien Léger, *J. de Chir.*, **76**: (juin-juillet) 1958.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'ASPECT SOCIAL DU DIABÈTE SUCRÉ

Rosario ROBILLARD,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'hôpital Saint-Luc.

Le diabète, maladie vieille comme le monde, est cependant encore très mal connu dans le public en général et connu, encore aujourd'hui, de façon beaucoup trop superficielle chez les médecins.

Pour appuyer ces avancés, il suffit de constater les nombreuses erreurs à son sujet capables de produire chez les diabétiques les pires catastrophes et de se rendre compte, mais avec regret, de l'absence de toute campagne systématique pour dépister les personnes atteintes de cette affection.

Il faut en effet savoir qu'il y a au moins 75,000 personnes diabétiques dans la Province de Québec, que plus de la moitié des diabétiques sont ignorants de leur maladie et que 135,000 deviendront diabétiques au cours de leur vie parmi notre population actuelle du Québec.

Par sa fréquence, par ses complications même mortelles et par les préjugés que nous avons au sujet de cette maladie, le diabète est une véritable maladie sociale. Il est temps de faire connaître cet aspect jusqu'ici trop mal connu du diabète pour permettre aux personnes qui sont atteintes de cette affection de trouver la place qu'elles doivent occuper dans la société.

Les diabétiques ont-ils à rougir de leur maladie?

Si nous avions à répondre à cette question par l'affirmative, il nous faudrait admettre implicitement que le diabète est une maladie honteuse et ce serait alors nous rendre coupable d'une grave erreur très lourde de conséquences. A y bien penser, existe-t-il en réalité des maladies honteuses? L'origine de cette appellation provient beaucoup plus de quelques esprits torturés sexuellement que du caractère de réprobation inhérent à certaines maladies.

Au cours de la dernière guerre, la campagne menée contre les maladies vénériennes a remporté beaucoup de succès parce qu'elle a réussi à éliminer pratiquement cette notion de honte jusqu'alors attachée à la blennorragie et à la syphilis.

Aujourd'hui, ce sont les maladies mentales qui occupent la vedette de l'actualité dans ce domaine. Pour réussir à traiter de façon précoce et efficace les maladies mentales, il faut combattre ce complexe de honte capable de faire rougir beaucoup plus les parents et les proches du malade que les mentaux eux-mêmes. Voilà ce qui reste de cette idée de possession diabolique dont on croyait atteint ce genre de malades.

Pour sa part, le diabétique a longtemps été considéré comme un anormal, obligé de vivre en marge de la société, avec le souci constant de peser ses aliments, de calculer les graisses et les sucres de ses repas, obsédé par ses piqûres d'insuline et réduit à la quasi-immobilité. Aujourd'hui, grâce à l'avancement de la science, grâce aux associations de diabétiques qui se forment un peu partout dans le monde, le diabète commence à être mieux connu et n'offre rien qui puisse être un sujet de honte pour la personne qui en est atteinte.

Au contraire, le diabète est, parmi les maladies chroniques, la plus belle et la plus enviable des maladies. Le diabète reste, il est vrai, une maladie qui ne guérit pas, mais contrairement aux maladies de cœur, il ne crée pas l'impotence et n'expose pas aux morts subites, contrairement à la tuberculose, il n'immobilise pas dans les sanatoriums et n'est pas contagieux, contrairement au rhumatisme et au

cancer, il est indolore et contrairement aux maladies de la peau, il reste inapparent. Que dire maintenant de son traitement? La thérapeutique du diabète est simple, facile et surtout efficace; je suis convaincu que le traitement du diabète excite la jalousie des autres chroniques qui ne peuvent jouir d'une thérapeutique dont la valeur est comparable à celle du diabète. S'il nous était donné d'être obligé de choisir une maladie durable, c'est au diabète que je vous conseillerais tous de vous adresser. Cependant, de peur qu'on m'accuse de vouloir ainsi servir mes intérêts personnels, n'ayez crainte, je ne vous souhaite pas le diabète.

Bien traité, le diabétique se comporte en tous points comme une personne normale; il n'est même pas un infirme comme on s'est plu à le décrire, il peut et doit travailler, il n'a pas à craindre les complications, l'impotence et de plus il ne doit plus mourir de son diabète. Les diabétiques doivent espérer une vie longue et heureuse, active et fructueuse. Ce bien-être est cependant conditionné par un traitement adéquat, celui-ci cesse-t-il? l'état de maladie diabétique réapparaît. Pour désigner cette situation particulière au diabète et à quelques rares maladies, on a créé un terme qui s'appelle l'*état de santé thérapeutique*.

Le reniement du diabète.

Puisque le diabète n'offre rien de hideux, mais que tout au contraire il reste la plus belle des maladies chroniques, est-il possible que des diabétiques rougissent de leur maladie? La réponse est un oui formel et leur manière de le faire c'est de renier leur diabète. Je présume que le reniement du diabète fut bien antérieur à celui de Saint-Pierre. Je ne connais pas cette maladie, profèrent de véritables diabétiques et le coq a beau chanter, leur reniement persiste.

Mais, me direz-vous, il faut respecter le droit individuel, la liberté de chacun de dévoiler ou non son affection! D'accord, mais à la condition de ne pas nuire au groupe dont le diabétique fait maintenant partie intégrante depuis la découverte de sa maladie. Les bienfaits immédiats qu'il croit retirer en cachant son diabète ne peuvent se comparer aux innombrables bénéfices qu'il pourrait acquérir en se groupant. Les diabétiques sont nombreux, ils ont des intérêts communs, ils doivent donc sortir de leur isolement.

Aux diabétiques, il faut des cliniques plus nombreuses où on leur apprend leur maladie et son traitement, des maisons de repos ou de régime, des restaurants de diabétiques, des colonies d'enfants, de l'insuline gratuitement pour les diabétiques indigents.

Ces désirs deviendront des réalités, le jour où tous ensemble ils feront entendre leurs appels. Si les diabétiques eux-mêmes se soustraient à leur devoir de solidarité et si les non-diabétiques n'osent nous côtoyer de peur qu'on les considère comme atteints de cette affection, je comprends qu'il y aura toujours une pénurie de leaders dans la lutte contre le diabète et dans l'Association du Diabète de la Province de Québec.

On rougit de son diabète, on le renie témérairement, le plus souvent par simple amour-propre ou par égoisme et ainsi on ne rend pas à ses semblables les précieux services qu'ils attendent de nous. Il existe, à n'en pas douter, des péchés d'omission qui passent trop souvent inaperçus avec des examens de conscience superficiels, mais il nous faut d'autre part savoir que nous devrons rendre un compte exact de nos talents reçus.

Par sa fréquence, sa gravité et sa menace perpétuelle de ses conséquences même mortelles, le diabète est une véritable maladie sociale. Contre le diabète, maladie sociale, c'est la société qui doit réagir, nous avons besoin de chefs et de préférences des diabétiques, quand cesseront-ils de se dissimuler sous les apparences de la santé?

Pourquoi les diabétiques cachent-ils ainsi leur maladie?

C'est précisément parce que l'éducation sur le diabète n'est pas faite dans le public, parce que les employeurs sont encore imbus de préjugés sur cette maladie que les diabétiques se

voient obligés de dissimuler leur affection pour obtenir l'emploi nécessaire à leur subsistance et à leur traitement.

Une puissante Compagnie d'Assurance sur la vie refuse, non pas d'assurer les diabétiques, mais de les employer. Il en est ainsi d'une grosse compagnie d'huile pour laquelle j'ai été pendant des années médecin examinateur. Nous devons multiplier au moins par dix ces deux exemples pour nous faire une idée qui se rapproche un peu de la réalité. Une telle conception et une telle pratique sont certes préjudiciables aux diabétiques Canadiens dont 90% sont en âge de travailler. — Quand on pense que dans la population actuelle de notre pays, 400,000 deviendront diabétiques au cours de leur vie d'après les prévisions assez précises de nos actuaires, nous ne pouvons pas rester indifférents en face du problème de l'embauchage des diabétiques, en face d'une injustice à leur égard née d'incompréhension et de préjugés sur leur maladie.

Le diabétique est un sujet qui, à condition de s'astreindre à un traitement reconnu médicalement, est capable d'effectuer un travail normal. Le Professeur Raoul Boulin de Paris dit et je cite « Nombreux sont les diabétiques qui occupent des postes élevés comportant des responsabilités étendues. Bien des ministres, présidents du conseil, chefs de gouvernement, ont été ou sont des diabétiques sans que cela nuise en rien à leur activité.»

Quand on sait que les exercices physiques constituent un élément dans la triade thérapeutique du diabète, il ne faut pas se surprendre de constater que les travaux manuels sont conseillés à ces malades qui les font d'ailleurs avec autant, sinon avec plus de succès, que les non-diabétiques.

Pourquoi s'objecte-t-on à employer les diabétiques dans les industries?

L'embauche des diabétiques dans les industries est devenue difficile parce que l'on craint que cette maladie puisse créer une trop forte invalidité et devenir une cause d'absence excessive au travail.

Plaies légères ou graves lentes à guérir.

On répète à qui veut l'entendre que les plaies diabétiques guérissent lentement. Or dans l'industrie les plaies bénignes de ce genre sont nombreuses et tout retard dans la guérison risque de provoquer l'infection qui, à son tour, influencera défavorablement la guérison. Mais il faut admettre que les plaies diabétiques ne guérissent lentement que dans une évolution négligée. En général, les diabétiques peuvent être opérés avec autant de sécurité et leurs plaies opératoires guérissent avec autant de facilité que chez tout autre malade, à la condition que leur diabète soit équilibré et que ces malades soient strictement préparés et suivis.

Avec l'avènement des pilules anti-diabétiques, la proportion des malades soumis à l'insuline a diminué. Il faut cependant savoir que, tout comme l'insuline, ces nouveaux médicaments sont capables de réduire exagérément le sucre sanguin et produire un état de confusion mentale susceptible de produire des accidents sérieux. Pour un même genre de travail, quelle est la différence dans le pourcentage des accidents chez les diabétiques et chez ceux qui ne le sont pas?

Le diabétique et les maladies.

Parce qu'une personne est diabétique, est-elle de ce fait immunisée contre les autres maladies? S'il nous faut maintenant ajouter aux maladies particulières au diabète celles qui sont générales à la population, on est en droit de craindre pour les diabétiques un absentéisme considérable.

Un enquête dans 109 usines conduite par le département du travail aux Etats-Unis a prouvé qu'aucune absence pour cause de maladie sur une période de deux ans avait été notée dans 23.5% parmi les diabétiques et dans 26.3% parmi les non-diabétiques. Les employeurs peuvent donc être rassurés à ce sujet.

Les accidents mortels.

La nature même du traitement des diabétiques les expose, pour un grand nombre, à des

chutes de sucre sanguin capables de produire des réactions bizarres trop souvent confondues avec des intoxications alcooliques et susceptibles de développer de la confusion mentale. Les diabétiques seraient donc ainsi plus exposés aux morts violentes par accidents dans la rue, sur les routes, au travail, au jeu, etc.

Les statistiques de Joslin, dans l'ère de Best, de 1944 à 1951, révèlent que sur 3,499 décès de diabétiques, 2.1% sont attribuables à des morts violentes et cela à l'exclusion des suicides. Il est intéressant de noter qu'au Canada, l'incidence des morts violentes, toujours à l'exclusion des suicides, est d'environ 6% du total des décès. Quant aux morts violentes qui découlent du travail, toujours d'après Joslin, elles se chiffrent à 1% des décès en général et sont moins nombreuses chez les diabétiques que chez les autres ouvriers.

Les accidents mineurs surviennent chez les diabétiques au rythme de 7.8 et chez les non-diabétiques au rythme de 7.4 par 10,000 heures de travail. Les accidents plus sérieux capables de créer de l'invalidité surviennent au nombre de 15.6 par million d'heures de travail chez les diabétiques qui prennent de l'insuline, mais ne sont responsables que de 3% du nombre d'heures totales perdues au travail. Chez les non-diabétiques, cette incidence est de 12.9 par million d'heures d'ouvrage.

Le travail du diabétique dans l'industrie est donc des plus satisfaisants. La grande majorité d'entre eux qui profitent d'un bon traitement médical peuvent conserver leur position et la remplir avec autant d'efficacité qu'avant la découverte de leur diabète. L'expérience a prouvé que les diabétiques ont donné assez de satisfaction à leurs employeurs pour pouvoir continuer de travailler sans restriction, sauf pour quelques positions offrant des risques sérieux: pilote d'avion, chauffeur de locomotive, peintre en bâtiment, briqueteur, etc.

Cette preuve fournie par les diabétiques au travail doit donc nous laisser espérer de voir s'ouvrir toutes grandes les portes des usines aux autres diabétiques qualifiés pour l'ouvrage qu'ils sollicitent.

La stabilité mentale.

Le diabétique déjà considéré comme un anormal, avec les soucis de sa maladie et les problèmes de son traitement, possèdera-t-il la stabilité mentale nécesaire si on y ajoute les anxiétés inhérentes aux emplois industriels et aux positions qui imposent de lourdes responsabilités?

Si nous prenons comme critère de la stabilité mentale le taux des décès par suicide, nous apprendrons qu'au Canada, sur 117,725 décès, 948 sont dus au suicide, soit une incidence de 0.8%. D'après les statistiques de l'Assurance Metropolitaine, chez 3,499 diabétiques décédés, 16 seulement le doivent au suicides, soit une incidence de 0.5%.

Je connais pour ma part bien des diabétiques: médecins, avocats, journalistes, industriels, membres du clergé, adeptes de la politique, qui tous auraient raison de rougir de leur diabète si une telle instabilité mentale était nécessairement la conséquence de leur maladie.

Les conducteurs de véhicules-moteurs.

Les diabétiques soumis à l'insuline sont-ils autorisés à conduire des véhicules-moteurs?

Vouloir les retirer d'un tel travail nous obligerait à demander à des milliers de diabétiques de se chercher de nouveaux emplois.

Les réclamations faites aux chauffeurs diabétiques au sujet de dommages corporels ou de dommages à la propriété sont inférieures à 129 par 1,000 voitures assurées comme c'est le cas pour les chauffeurs non-diabétiques.

La mortalité par les véhicules-moteurs représente 1.5 à 2% de la totalité des décès, ce qui est bien supérieur à tous les accidents mortels par véhicules-moteurs ou autrement rencontrés chez les diabétiques.

L'insuline et les hypnotiques.

C'est dans la conduite des véhicules-moteurs et dans les emplois qui présentent des risques qu'on se préoccupe tout particulièrement des diabétiques pour mieux les refuser ou pour les éconduire sous le fallacieux pré-

texte de l'insuline, responsable de tant d'accidents.

Cependant, tout-à-côté, existe le grave problème des barbituriques auquel on peut maintenant rattacher celui des anti-histaminiques et celui des tranquillisants. Ce grave problème, l'a-t-on attaqué de face?

Les chiffres que nous tentons de fournir ne sont qu'un faible écho de la réalité, en raison des ordonnances souvent non obligatoires pour plusieurs de ces drogues. Toutefois, aux Etats-Unis, sur la période d'une année, on a dépensé $135,000,000.00 pour se procurer des tranquillisants. Avec l'avènement de cette drogue anti-complexe, les 800,000,000 de doses de 1½ grain de barbiturique par année ont été réduites de 60%. Si nous ajoutons à ces deux drogues, les anti-histaminiques et l'alcool, capables eux aussi de produire de la somnolence, de ralentir les réflexes dans l'urgence, nous avons raison de nous étonner qu'on oublie un problème d'une telle gravité pour s'attaquer à celui de l'insuline qu'utilisent maintenant moins de la moitié des diabétiques reconnus.

Le diabétique et le fonds de pension.

On accuse souvent le diabétique d'avoir un âge physiologique supérieur à son âge chronologique, d'être sujet à une invalidité permanente plus précoce. Ces conceptions trop répandues rendent difficile la solution du problème du fonds de pension.

L'employé verse de 3 à 5% de son salaire et l'employeur y ajoute un montant égal ou supérieur pour assurer au salarié, à 65 ans, un fonds de pension de 6 à 12% des émoluments.

De même qu'on hésite à engager les plus de 40 ans à cause du rapprochement inévitable de l'âge de la retraite, de même craint-on d'utiliser les diabétiques à cause de la possibilité d'une invalidité plutôt précoce qui obligerait alors l'employeur à verser cette rente sur une période plus prolongée.

Le fonds de pension n'est pas obligatoire et de nombreuses industries ne l'ont pas encore adapté, bien que la tendance cherche à se généraliser. Nous avons démontré que les diabétiques supportent très bien la comparaison avec les non-diabétiques sur l'absentéisme, la morbidité et l'invalidité. De plus leur traitement continue de prolonger la vie des diabétiques qui, en Norvège, ont atteint une durée moyenne de vie de 70 ans.

Comme ce sont habituellement les unions qui exigent ces plans de pension dans les contrats de travail, il serait bon de faire comprendre aux responsables que, au lieu de refuser les diabétiques sur ce point, on pourrait augmenter leur taux de contribution comme cela se fait dans les assurances dont la prime des diabétiques est majorée.

Quant aux plans d'assurances-maladies, on devrait suggérer aux unions et aux compagnies d'assurances de n'allouer qu'un nombre limité de jours de maladie par année. Cette solution, en plus d'être équitable, aurait pour effet une adhérence plus stricte au traitement du diabète.

Devoirs et obligations de l'employé.

Les difficultés qu'éprouvent les diabétiques à trouver des emplois ne sont pas uniquement imputables aux employeurs, mais en partie aux employés diabétiques eux-mêmes trop peu soucieux de leur traitement.

Infidèles à leur régime et à leur insuline, ces malades ne tardent pas à éprouver les symptômes et même les complications diabétiques qui les éloignent de leur travail et les exposent à des réactions à l'insuline. Ces crises hypoglycémiques avec agitation suivie de perte de conscience créent toujours une bien mauvaise impression chez les témoins et ceux-ci seraient-ils des employeurs, nous comprenons facilement, alors, leur hésitation à embaucher d'autres diabétiques.

Le diabétique a le devoir de contrôler sa maladie pour vivre en bonne santé et gagner sa vie et c'est pour lui un devoir de solidarité envers les autres diabétiques qui souffriront nécessairement à cause de ces déplorables exemples dont sont victimes, en public, les diabétiques négligents.

Trouvé inconscient dans la rue par réaction à l'insuline, tout diabétique, en plus d'exposer personnellement sa vie, provoque ainsi dans le public une mauvaise réputation pour ceux qui souffrent de la même maladie et qui sait si, dans l'attroupement qu'occasionnent de tels accidents, des employeurs ne se fixeront pas définitivement pour éliminer cette classe de malades de leur personnel.

Comme certaines réactions à l'insuline épousent les formes d'intoxication alcoolique, le diabétique doit être extrêmement prudent dans l'usage des boissons enivrantes. Pour un diabétique soumis à l'insuline, il ne lui est *même pas permis* de sentir l'alcool.

En conclusion,

Les diabétiques ont une maladie de choix et n'ont aucunement raison d'en rougir et de vouloir la dissimuler. Jusqu'ici, les diabétiques sont restés isolés et malheureusement trop souvent repoussés, mais maintenant l'heure a sonné pour eux de s'unir et de réclamer leurs droits en luttant contre les préjugés qu'eux-mêmes parfois ils ont contribué à ancrer dans l'esprit du public et des employeurs.

Faites confiance aux diabétiques, ils sauront vous répondre généreusement.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUGEMENT DE LA COUR DU BANC DE LA REINE (EN APPEL)[1] CONCERNANT LE JUGEMENT PRONONCÉ EN COUR SUPÉRIEURE DE MONTRÉAL[2]

Droits réciproques des membres des Bureaux médicaux et des administrations des hôpitaux.

Le jugement, rendu le 19 *décembre* 1956, *par l'honorable juge C.-A. Sylvestre, de la Cour supérieure de Montréal, donnant gain de cause au requérant, un médecin contre une administration, son hôpital, a été porté en appel. Le* 2 *juillet* 1958 *le jugement de la Cour du Banc de la Reine, rendu à l'unanimité, fait « droit à l'appel à la seule fin de retrancher du jugement frappé d'appel la partie qui a trait aux conclusions d'un mandamus, modifie ledit jugement en conséquence et jugeant à nouveau: maintient l'action du requérant, avec dépens contre l'intimée seulement, déclare illégale, nulle et annulée la résolution reproduite en la pièce R-*1 *déjà récitée au long, en autant que le requérant est concerné. »*

Le mobile supérieur qui nous a incité à publier une partie du jugement de la Cour supérieure dans L'Union Médicale du Canada *de juin* 1957 *nous guide également dans la décision que nous avons prise de reproduire une partie du jugement de l'appel. Cette politique est posée en toute objectivité et n'entend pas ouvrir la porte à des polémiques ou à des controverses.*

Une fois de plus, les événements dépassent les personnalités; cette fois encore nous omettons toute mention des parties en cause.

La reproduction du jugement d'appel et des notes du juge Fernand Choquette qui l'accompagnent, en plus de servir la justice, offrira des matériaux de travail à ceux qui s'intéressent aux problèmes médico-hospitaliers et marquera dans l'histoire de la médecine au Québec une étape importante.

« La Cour, après avoir entendu les parties par leurs procureurs respectifs sur le mérite de l'appel et délibéré,

Attendu que l'intimée appelle d'un jugement sur bref de mandamus, rendu par la Cour supérieure, à Montréal, le 19 décembre 1956, (a) déclarant illégale, nulle et annulée une résolution, en date du 31 janvier 1956, par laquelle le conseil d'administration de la corporation appelante a prétendu exclure le requérant de son personnel médical, et (b) ordonnant en substance à l'intimée de réintégrer le requérant dans tous ses droits et privilèges comme membre du bureau médical de son hôpital;

Considérant que la résolution attaquée constitue non seulement *une violation de contrat entre les parties,* mais *un excès de pouvoir* de la part de la corporation appelante, *rendant nulle, illégale et inexistante ladite résolution;*

Considérant, en conséquence que ladite résolution n'a pu faire perdre à l'intimé ses droits et privilèges comme membre du bureau médical; que, partant, il n'y a pas lieu à mandamus pour forcer l'appelante à renouveler la nomination de l'intimé comme membre d'un bureau médical dont il n'a pas cessé de faire partie;

Considérant que toute tentative de mettre à exécution ladite résolution et d'empêcher l'intimé d'exercer ses droits et privilèges com-

1. Les honorables juges Garon Pratte, Fernand Choquette et G. H. Montgomery
2. Voir *L'Union Médicale du Canada,* **86**: 672-676 (juin) 1957.

me membre du bureau médical pourrait donner lieu au recours de l'injonction, mais non à celui de mandamus;

CONSIDÉRANT, cependant, que les faits allégués et prouvés *justifient les conclusions d'une action en nullité,* avec ou sans injonction, et que l'intimé a le droit d'être maintenu dans cette partie de ses conclusions;

CONSIDÉRANT, en conséquence, qu'il y a lieu de confirmer la partie du jugement qui accueille l'action de l'intimé et *prononce la nullité de la résolution attaquée,* mais qu'il y a lieu de retrancher dudit jugement la partie qui a trait aux conclusions d'un mandamus;

CONSIDÉRANT, quant aux frais, que l'échec de l'appelante sur *la question primordiale* de la validité de la résolution attaquée et les circonstances particulières de cette cause justifient le tribunal de n'accorder aucuns frais d'appel à raison de la modification à apporter au jugement frappé d'appel;

Par ces motifs, fait droit à l'appel *à la* seule fin de retrancher du jugement frappé d'appel la partie qui a trait aux conclusions *d'un mandamus;*

Modifie ledit jugement en conséquence et, jugeant à nouveau:

Maintient l'action du requérant, avec dépens contre l'intimée seulement;

Déclare illégale, nulle et annulée la résolution reproduite en la pièce R-1, déjà récitée au long, en autant que le requérant est concerné.

Sans frais d'appel.

(Signé) Garon Pratte
" Fernand Choquette
" G. H. Montgomery
JJ. B. R.

* * *

L'opinion de MM. les juges Pratte, Choquette et Montgomery est exprimée par:

Choquette, J.:

Appel d'un jugement maintenant un bref de mandamus.

Rendu à Montréal, le 19 décembre 1956, ce jugement déclare illégale, nulle et annulée une résolution du conseil d'administration de la corporation appelante décidant d'exclure l'intimé de son personnel médical, et ordonne en somme à l'appelante de réintégrer l'intimé dans tous ses droits et privilèges comme membre du bureau médical de son hôpital. Cette résolution porte la date du 31 janvier 1958, et se lit comme suit:

> « Sur proposition dûment appuyée, il est résolu à l'unanimité:
>
> « 1. de mettre fin, pour cause de refus total de coopération et d'insubordination marquée, à l'engagement de messieurs les docteurs A, B. et C. comme membres de l'Hôpital X. de Montréal, de refuser le renouvellement de leur engagement pour l'année 1956, de leur refuser en conséquence, dès réception par chacun d'eux des présentes, tous les privilèges accordés aux médecins attachés à l'hôpital, de leur refuser l'accès de tous les services de l'hôpital, de refuser d'accepter leurs patients dans l'un quelconque des services d'hospitalisation, d'enlever leurs noms du tableau des médecins attachés à l'hôpital et d'ordonner à l'administrateur général et au surintendant et directeur médical d'exécuter la présente décision du conseil d'administration et de la faire respecter dans tous et chacun des services de l'hôpital X. de Montréal »;

Il appert du dossier que le conseil d'administration a adopté cette résolution *au mépris des recommandations du bureau médical,* portées à sa connaissance par les lettres du président et du secrétaire de cet organisme en date des 18 et 24 janvier 1956; que le conseil a pris cette décision *sans entendre ni même appeler l'intimé* alors chef de service de l'hôpital et membre depuis quinze ans de son bureau médical; que l'imputation d'insubordination et de refus de coopérer contenue dans la résolution *n'est justifiée par aucun motif sérieux;* qu'à la suite de cette résolution les représentants de l'appelante ont pris les dispositions pour empêcher l'intimé d'exercer ses droits et prérogatives de membre du bureau médical; que celui-ci en *souffre évidemment un préjudice sérieux.*

L'appel soulève trois questions: 1. La résolution attaquée est-elle vraiment nulle; 3. Dans l'affirmative, y a-t-il lieu au bref de mandamus; 3. Sinon, l'action peut-elle être accueillie

comme action en nullité, avec ou sans injonction?

— I —

Pour répondre à la première question, il faut d'abord rechercher quelles sont les dispositions, légales ou contractuelles, qui régissent les rapports entre la corporation appelante et les membres du bureau médical de son hôpital.

La loi organique de la corporation, telle que ré-édictée, en 1938, par 3 Geo. VI, ch. 132, reconnaît l'existence de ce bureau médical et le droit des chefs de services médicaux et chirurgicaux de rester en fonction jusqu'à l'expiration de leur terme d'office, subordonnément aux dispositions des règlements du conseil d'administration et du bureau médical quant à leur remplacement (art. 15). Les règlements du conseil d'administration sont les règlements de la corporation elle-même (art. 6). Ils n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvés par le lieutenant-gouverneur-en-conseil sur la recommandation du Ministre de la Santé (art. 5 et 6). Les règlements du bureau médical sont soumis à la même approbation, en plus de celle du conseil d'administration (art. 7). C'est en vertu de ces dispositions que, le 12 *août* 1942, *le lieutenant-gouverneur-en-conseil approuvait les règlements adoptés* par le conseil d'administration le 14 novembre 1940, ainsi que les règlements du bureau médical approuvés par ce conseil, le tout déposé au dossier sous la cote R-16. *Notons qu'à cette date*, 12 *août* 1942, *l'intimé était membre du bureau médical.*

Règlements du bureau médical. — Ces règlements constituent le contrat qui régit les rapports entre la corporation et les membres au bureau médical (Art. II, Sect. II et Sect. V, parag. 6, et Art. IX, pp. 68, 71 et 86). Il s'agit d'un contrat sui generis, comportant des avantages et des obligations réciproques. On peut déduire de la Sect. V de l'Art. II (p. 71) que la corporation n'est pas tenue de faire la nomination initiale, mais *qu'elle ne peut la faire non plus sans l'agrément du bureau médical.* A moins que le bureau médical ne s'y oppose, ces nominations sont renouvelables d'année en année jusqu'à ce que le titulaire — membre en service actif — ait atteint l'âge de 65 ans (Art. II, Sect. III et Art III, Sect. IV, parag. b, pp. 69 et 73). Le conseil d'administration ne peut refuser ces renouvellements que dans la mesure où l'Art. II, Sect. III (p. 69) le lui permet. La simple omission de renouveler ne met d'ailleurs pas fin aux fonctions des membres actifs du bureau médical, puisque ceux-ci restent en fonctions, non seulement pendant un an, mais « jusqu'à ce qu'un successeur leur soit nommé » (Art. IV, Sect. III, pp. 76-77). Il en est ainsi des officiers du bureau médical, président, vice-président et secrétaire, élus à l'assemblée annuelle de ce bureau (Art. V, Sect. I, p. 78). Dans le préambule de ces règlements (p. 68), il est dit que « Pour l'interprétation et l'esprit de ces règlements, la version anglaise du *Manual of Hospital Standardization Type III Hospital By-Laws and Regulations*, aura préséance, ainsi que les commentaires sur la Standardisation des hôpitaux publiés chaque année dans le Livre Bleu et les *Bulletins* de l'*American College of Surgeons* mais aucun de ces écrits ne paraît avoir été mis en preuve. *Nous ne connaissons pas, non plus, les textes sur lesquels s'appuient les décisions américaines citées au factum de l'appelante.*

Règlements du conseil d'administration. — Les articles 37 et 38 de ces règlements (p. 64) reproduisent presque mot pour mot l'Art. II, Sect. III des règlements du bureau médical (p. 69); mais ici — puisque ces règlements sont ceux de la corporation et que celle-ci ne peut les modifier sans un arrêté en conseil — *ces articles font plus qu'énoncer une convention, ils déterminent et limitent les droits et pouvoirs de l'appelante relativement à la nomination et à la révocation des membres du bureau médical.* Ces articles se lisent comme suit:

> « Nominations des membres du bureau médical.
> « 37. Les nominations doivent être faites par le bureau d'administration de l'hôpital pour une période d'un an ou pour la balance de l'année alors en cours ».

« 38. A la fin de l'année fiscale, le bureau d'administration peut renommer tous les membres du bureau médical à la condition que le bureau médical n'ait pas recommandé que telle nomination en particulier ne soit pas renouvelée. Sauf ce cas, toutes les nominations peuvent être renouvelées. Cependant, si le bureau d'administration veut prendre l'initiative de refuser le renouvellement d'une nomination, il doit *en aviser le bureau médical, donner les raisons de sa décision et demander la recommandation d'un autre candidat. En aucun cas, le bureau d'administration ne disposera d'une candidature, refusera de renouveler ou annuler une nomination faite antérieurement, sans la recommandation du bureau médical* ».

De l'interprétation de ces deux dispositions et spécialement de l'art. 38 dépend donc la validité ou la nullité de la résolution attaquée.

S'appuyant sur la troisième phrase de l'art. 38, l'appelante soutient que le conseil d'administration peut « prendre l'initiative de refuser le renouvellement d'une nomination à la seule condition d'en aviser le bureau médical, de donner les raisons de sa décision, de demander la recommandation d'un autre candidat; que, cette condition étant remplie, elle n'est pas tenue de renouveler la nomination, même si le bureau médical s'oppose à cette « initiative ». Cette interprétation pourrait se soutenir si l'article 38 s'arrêtait à cette troisième phrase. Tel était, d'ailleurs, le pouvoir de la corporation, avant la refonte de 1939; la loi de 1928 (18 Geo. V, ch. 130, art. 13, al. 3 et art. 17) l'autorisait, en effet, à « démettre » les médecins que le bureau médical lui avait recommandé de nommer. Il semble bien que, lors de la rédaction des règlements qui ont suivi la refonte de 1939, il y a eu négociations entre les intéressés et que les médecins, *voulant se protéger contre les renvois arbitraires, ont exigé le droit de s'opposer, non seulement au renouvellement des nominations, mais au refus de l'administration de renouveler ces nominations*. C'est ainsi qu'ils paraissent avoir obtenu l'addition de la dernière phrase de l'art. 38. Cette addition rend le texte quelque peu bizarre mais, pris dans son ensemble, ce texte ne peut avoir qu'un sens; si le bureau médical s'oppose au renouvellement d'une nomination le conseil d'administration ne peut la renouveler; si le conseil d'administration veut prendre l'initiative de refuser le renouvellement, il doit non seulement en aviser le bureau médical, etc., mais obtenir l'assentiment de celui-ci, car « en aucun cas le bureau d'administration ne . . . refusera de renouveler ou annuler une nomination faite antérieurement, sans la recommandation du bureau médical ». En un mot, le conseil d'administration ne peut renommer ni refuser de renommer *contre le gré du bureau médical*. L'appelante voudrait que l'absence des mots « à cet effet » après le mot « recommandation », à la fin de la dernière phrase de l'art. 38, donne à cette phrase le sens que le *conseil d'administration doit attendre — ici, il n'a pas attendu* — la recommandation, favorable ou non, du bureau médical avant de mettre son « initiative » à exécution, mais qu'il ne sera nullement lié par cette recommandation, si elle est défavorable à son projet. Je ne puis accepter cette interprétation, primo, parce qu'elle enlèverait tout sens pratique à la dernière phrase; secondo, parce que les mots « à cet effet » me paraissent manifestement sous-entendus dans le texte précité.

L'appelante invoque encore l'art. 12 des Règlements de la corporation (p. 52), voulant que les administrateurs aient « une juridiction et une autorité complètes et absolues sur tout l'hôpital »; *mais cette disposition générale ne saurait prévaloir contre les dispositions spéciales* des articles précités. Si, d'autre part, la corporation prétendait avoir quelque cause d'annulation à faire valoir, c'est aux tribunaux qu'elle devait s'adresser; *elle ne pouvait se faire justice à elle-même*.

Enfin, l'appelante croit trouver sa justification dans les procès-verbaux de *deux prétendues assemblées* du bureau médical tenues, l'une *le* 17 *février, l'autre, le* 9 *mars* 1956. La première serait une assemblée spéciale convoquée par le conseil d'administration, à laquelle assistaient 28 médecins, dont 15 seulement en service actif. On y aurait, « à cause de la réorganisation du bureau médical, *sur*

les ordres de l'administration », procédé à de nouvelles élections pour l'année 1956, dissous les comités existants, recommandé des nominations, etc. La seconde serait une assemblée régulière, à laquelle assistaient 17 médecins, dont 11 seulement en service actif. On y aurait corrigé le procès-verbal de l'assemblée annuelle du 20 décembre 1955, pris connaissance du refus du conseil d'administration de renouveler la nomination de l'intimé et recommandé un remplaçant conformément à l'art. 38.

Selon les règlements du bureau médical, les officiers élus à l'assemblée annuelle du 20 décembre 1955 devaient occuper leur charge jusqu'à la prochaine assemblée annuelle ou jusqu'à ce qu'ils soient légalement remplacés (Art. V, Sect. I, p. 78). Seul le président élu ou, en son absence, le vice-président, pouvait convoquer et présider les assemblées du bureau médical et nommer les comités autres que le comité exécutif; seul le secrétaire élu pouvait faire un rapport des assemblées et convoquer celles-ci à la demande du président (Art. V, Sect. I et II, pp. 78 et 79). Seuls les médecins en service actif avaient le droit de voter et d'être élus au comité exécutif du bureau médical (Art. III, Sect. IV, parag. a, p. 73). Le quorum des assemblées est fixé à la moitié du nombre total des médecins en service actif (Art. VI, Sect. V, p. 83). Or, *ce total était de quarante* (40) *à la fin de l'année* 1955 (R-3, p. 38). Le bureau médical avait recommandé le renouvellement de la nomination de ces médecins pour l'année 1956 et ils demeuraient d'ailleurs en fonction jusqu'à ce qu'ils aient été légalement remplacés (Art. IV, Sect. 111, 1er alinéa, pp. 76, 77). Il fallait donc, pour former le quorum, la présence d'un minimum de vingt (20) médecins en service actif. En fait il n'y en avait *que* 15, *le* 17 *février, et* 11, *le* 9 *mars* 1956. Ces assemblées sans quorum, que n'a convoquées ni présidées le *président légitime du bureau médical,* dont les procès-verbaux ne sont *pas ceux du véritable secrétaire, n'ont donc aucune valeur légale.* Elles ne sauraient être opposées à l'intimé, ni servir de justification à la résolution attaquée. Ces assemblées et procès-verbaux ne sont d'ailleurs allégués nulle part dans la défense de l'appelant.

De tout ce qui précède, il faut conclure que la résolution du 31 janvier 1956 constitue, non seulement *une violation de contrat, mais un excès de pouvoir qui rend cette résolution nulle, illégale et inexistante.*

— II —

Cette nullité étant, la seconde question qui se pose est de savoir s'il y a lieu à mandamus. Le mandamus est bien le remède approprié pour obliger une corporation — publique ou privée — à accomplir un acte auquel la loi l'oblige, compte tenu du 1er alinéa de l'art. 992 C. P. *(Walsh* v. *Montreal Light Heath & Power Consolidated,* 37 B.R. 153, pp. 155 et 157; *High, Treatise on Extraordinary Legal Remedies,* 3ème édition, pp. 262, 263 et 268, nos 276, 277 et 287a). Je crois, d'autre part, qu'il faut tenir pour dispositions légales les règlements de la corporation que le lieutenant-gouverneur-en-conseil a approuvés sous l'autorité de la loi organique de 1939 (3 Geo. VI, ch. 142, art. 6), règlements qui remplacent ce que la loi de 1928 édictait relativement à la nomination et à la révocation des médecins (18 Geo. V, ch. 130, art. 12 et 16 à 21). Ces règlements obligent-ils l'appelante à renouveler la nomination de l'intimé comme membre du bureau médical? L'article 38 précité stipule que le conseil d'administration ne devra pas « refuser de renouveler » une nomination sans la recommandation du bureau médical. L'on peut soutenir que l'obligation de ne pas refuser le renouvellement d'une nomination équivaut à l'obligation de la renouveler. Aussi, serais-je disposé à considérer favorablement la partie du jugement qui ordonne à l'appelante de renouveler la nomination de l'intimé, si j'étais d'avis que la résolution attaquée avait dépouillé l'intimé de ses droits et privilèges comme membre du bureau médical; mais j'estime que tel n'est pas le cas. Les membres du bureau médical, en effet, restent en fonction, non seulement jusqu'à l'expiration de l'année pour laquelle

ils ont été nommés, mais jusqu'à ce qu'un successeur leur ait été désigné, et un successeur ne peut leur être désigné sans la recommandation du bureau médical (Art. IV, Sect. III, pp. 76 et 77). *La seule omission de renouveler la nomination ne met donc pas fin aux fonctions* de ces médecins.

Quant à cette partie du dispositif qui ordonne à l'appelante de permettre à l'intimé d'avoir accès à l'hôpital, d'y soigner ses patients, etc., elle me paraît s'appuyer *sur les droits contractuels* de l'intimé en tant que membre du bureau médical, plutôt que sur une prescription spécifique des règlements de la Corporation. Ces droits contractuels, l'intimé les possédait encore lors de l'assignation de l'appelante; la résolution nulle du 31 janvier 1956 n'avait plus l'en priver. *Et toute tentative de mettre à exécution cette résolution sans valeur ouvrait à l'intimé le recours de l'injonction, et non celui du mandamus* (Comp. Club de la Garnison v. LaVergne, 27 B.R. 36).

— III —

Il reste la question de savoir si l'action de l'intimé peut être retenue comme action en nullité, avec ou sans cette injonction. Nos tribunaux ont plus d'une fois déclaré que le nom donné à une procédure importe peu; que ce qui importe et ce qui détermine la nature d'un recours, ce sont les conclusions. Ici, nous sommes en présence d'un bref d'assignation ordinaire, accompagné d'une requête qui tient lieu de déclaration. Cette requête conclut non seulement à l'émission d'un mandamus, mais à la nullité de la résolution attaquée. Rien ne s'oppose à ce que cette procédure soit retenue comme action en nullité pure et simple. *La Cour Suprême* du Canada s'est prononcée en ce sens dans le cadre d'un bref de prohibition (*L'Alliance des Professeurs Catholiques de Montréal* v. *La Commission des relations ouvrières de Québec*, 1953, 2 S.C.R. 140, pp. 157, 162, 163 et 169). *Bien que n'étant pas membre de la corporation elle-même, l'intimé me paraît avoir l'intérêt voulu pour faire prononcer la nullité de cette résolution qui vise à le priver de ses droits et privilèges comme membre du bureau médical.*

Pour toutes ces raisons je confirmerais cette partie du dispositif qui se lit comme suit:

MAINTIENT l'action du requérant, avec dépens contre l'intimé seulement,

DÉCLARE illégale, nulle et annulée la résolution reproduite en la pièce R-1, déjà récitée au long, en autant que le requérant est concerné; et je n'accueillerais l'appel que pour en retrancher le reste.

Quant aux frais, *vu l'échec de l'appelante sur cette question primordiale de la validité de la résolution, et vu les circonstances spéciales de la cause*, je n'en accepterai aucun. »

(Signé) Garon Pratte
" Fernand Choquette
" G. H. Montgomery,
JJ. C.B.R.

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE EXIGE LA CHARITÉ [1]

Gilbert BLAIN

Le thème de ce congrès: « La Charité dans la Charité » nous rappelle, si je l'ai bien compris, que c'est l'esprit de charité qui importe dans les œuvres de charité.

C'est dans cette perspective que je voudrais examiner brièvement l'organisation moderne de la médecine avec vous. Et s'il est juste de dire que la charité exige une excellente médecine, je voudrais en plus retourner cette proposition et ajouter qu'à mes yeux une excellente médecine exige la charité.

* * *

Depuis le début du vingtième siècle, la médecine a connu deux immenses progrès: la spécialisation et la socialisation.

D'abord la médecine s'est spécialisée. En effet la fantastique expansion de la science médicale a entraîné comme conséquence logique son morcellement. Un médecin ne peut plus tout savoir... Il s'est donc produit ce que j'appellerai — en faisant une odieuse comparaison avec l'industrie — une division du travail.

On a spécialisé des médecins sur des types de maladies: maladies du sang, maladies mentales... On a spécialisé des médecins sur des organes: cœur, poumons... On a même tenté de spécialiser des médecins sur une technique ou sur un instrument: ainsi on a vu naître, aux Etats-Unis, les bronchoscopistes... On a spécialisé des médecins sur les sciences d'investigation: radiologie, biochimie...

La spécialisation a produit des médecins plus savants, c'est indubitable. Celui qui restreint son champ d'activité peut approfondir davantage ses connaissances et ainsi améliorer ses diagnostics et ses traitements. Mais elle a provoqué deux situations nouvelles: d'abord le malade traité par plusieurs médecins; puis le médecin qui ne traite qu'une partie du malade.

Il est impossible pour le médecin d'aimer une maladie ou un organe; encore moins un instrument. Il est difficile d'aimer un malade avec qui on ne vient en contact que passagèrement, partiellement, comme du bout des doigts, ou bien par l'intermédiaire d'une radiographie ou d'un électrocardiogramme. On est loin du conseil de ce vieux professeur qui disait autrefois aux étudiants en médecine: « Vous savez, il faut coucher avec le malade »...

* * *

Si le premier grand pas en avant de la médecine, à notre époque, a été la spécialisation, le second, c'est sans doute la socialisation. Par socialisation, j'entends la diffusion de ces systèmes qui permettent au plus grand nombre l'accès facile aux examens et aux soins médicaux.

Certes la répartition du coût de la maladie sur l'ensemble des citoyens rend le fardeau plus supportable pour chacun et prévient ces désastres financiers dont souvent la maladie s'est rendue responsable.

Il ne faut pas s'étonner que la charité conduise à la politique... Il me semble, en effet, qu'il y a une obligation pour l'Etat de s'opposer aux caprices du hasard et de substituer son intervention sûre et régulière aux initiatives incontrôlées de la charité privée afin de réaliser une justice sociale que la charité individuelle s'avère totalement incapable d'assurer.

Mais cette justice sociale, ou cette charité publique, qui origine des organismes de l'Etat, à cause de son caractère automatique et administratif, manque le plus souvent de cette délicatesse, de cet amour qui constitue l'es-

1. Communication au Congrès général de Caritas-Canada, Sherbrooke, 23 mai 1958.

sence même de la charité. Comme toutes les mesures collectives, cette organisation de la justice sociale ne vise pas la personne en particulier, mais la population en général.

Nous assistons maintenant à l'invasion de valeurs sociologiques dans un domaine strictement personnel: la pratique de la médecine. Il est à craindre que de cette armature, de cette structure sociologique, la vie et la chaleur ne se retirent graduellement. Il est bien difficile pour l'administrateur d'aimer des rapports de comités, des statistiques ou des dossiers médicaux ou financiers...

* * *

Sans aucun doute les progrès de la science nous ont apporté une amélioration de la qualité des soins médicaux. Et la socialisation nous assure une plus grande quantité, une distribution plus vaste et plus équitable de ces soins.

Mais tout progrès comporte une part de risque. Devant l'organisation scientifique et administrative de la médecine, de sérieux dangers nous menacent: c'est la désincarnation, l'automatisme, la mécanisation, l'irresponsabilité; c'est, pis encore, la dictature possible des techniciens et des fonctionnaires.

Nous sommes, que nous le voulions ou non, promis à la médecine organisée. Pour le médecin d'hôpital, c'est déjà une vieille histoire. Le médecin de famille lui-même n'échappera pas à cette évolution. Il faut donc dès maintenant examiner comment, dans la complexité et l'anonymat de l'organisation, on pourra préserver et entretenir la flamme de la charité au cœur du médecin et de ses collaborateurs.

Bien sûr, il serait vain et même stupide de bouder le progrès. Si on prend pour précepte d'avancer avec l'histoire ou même de la faire avancer, il faut ensuite marcher à son pas.

Toute notre civilisation tend de plus en plus à nous imposer comme principal souci les préoccupations de l'organisation, de la production, du rendement. Les milieux hospitaliers n'échappent pas à cette tendance. Mais on ne pourra jamais traiter des malades en série comme on produit des automobiles ou des boîtes de conserves.

Pour le spécialiste, le malade peut devenir « un cas ». Pour le fonctionnaire, il peut devenir une fiche, un numéro, un symbole. Mais l'homme n'accepte pas d'être réduit à un symbole, il ne se résigne pas à n'être qu'un numéro, et encore moins lorsqu'il est malade.

De nos jours, il est, certes non pas impossible, mais parfois difficile pour le spécialiste dans son laboratoire ou l'administrateur dans son bureau de garder vivant en eux cet amour des malades dont ils sont quelquefois si loin. La pratique de la médecine a changé, mais le malade, lui, n'a pas changé.

* * *

A un groupe de médecins qui lui rendaient visite en 1945, Pie XII décrivait le malade dans les termes suivants: « Habitant dans le temps et dans l'espace mais dirigé vers un but qui les dépasse tous deux, parcelle de l'univers créé, mais destiné à partager la gloire et la joie du Créateur, cet homme qui se confie lui-même aux soins d'un médecin, cet être malade, estropié, blême, a un rendez-vous avec l'éternité; cet être, rongé par la fièvre ou difforme, Dieu l'aime d'un amour éternel ».

La souffrance et la mort, voilà donc les raisons d'être du médecin. Et dans la figure de cette personne qui souffre, c'est la face d'un frère, c'est la face du Christ, que le médecin doit voir.

Il faudrait peut-être ré-étudier la notion de la médecine. Ce n'est pas la science des maladies. Ce n'est pas une discipline de l'esprit, que l'on peut cultiver pour elle-même, comme la chimie ou l'économique... La tâche du médecin est bien différente de celle du savant. « Les médecins, écrivait le docteur Alexis Carrel, se trouvent en présence à la fois de la réalité concrète et des abstractions scientifiques. Il faut que leur pensée appréhende simultanément les phénomènes et les symboles, qu'elle fouille les organes et la conscience, qu'elle pénètre avec chaque individu dans un monde différent. On leur demande le tour de force de construire une science du particulier » (1).

Le médecin traitant doit donc voir chaque malade individuel, avec ses organes individuels, sa conscience individuelle, son milieu individuel . . . Il doit varier son approche avec chaque malade qu'il faut rassurer, soulager, et guérir si possible . . .

Et si, quand on demande le médecin, c'est à l'homme de science qu'on fait appel, il n'en demeure pas moins que l'exercice de la médecine est un art délicat pour lequel la science ne suffit pas. Il faut, en plus, la charité. C'est pourquoi je disais: une excellente médecine exige la charité.

* * *

Certes la charité exige, elle aussi. Elle exige que l'on traite le malade avec tous les moyens modernes, avec tout l'arsenal scientifique. Mais il y a beaucoup de problèmes médicaux dont le rapport de laboratoire et encore moins la formule d'assurances ne peuvent tenir compte. Ce sont ces problèmes auxquels le médecin traitant doit s'attacher, en collaboration avec tous les consultants, et je veux dire ici non seulement les confrères spécialistes mais aussi tous les consultants des sciences connexes, c'est-à-dire la diététiste, la travailleuse sociale, la physiothérapeute. etc...

C'est ici que la pratique chrétienne de la médecine exigera la charité la plus éclairée, l'amour le plus courageux.

Comment annoncer au malade son diagnostic? Ou les séquelles inévitables de sa maladie? Comment respecter le secret professionnel dans les innombrables formules et certificats? Comment combattre le doute ou l'incrédulité d'un malade, son anxiété à propos de son mal ou de son pronostic? Quelle est la meilleure manière de venir en aide à tel malade avec tel malaise qui semble d'origine psychosomatique? Comment préparer un malade à des traitements de radiothérapie ou à une chirurgie mutilatrice? A un retour à domicile si redouté? Quels principes doivent nous guider dans l'expérimentation clinique? Quel usage peut-on faire de l'hypnotisme, de la psychanalyse et de la chirurgie du cerveau dans le traitement des maladies mentales? Comment annoncer une mort prochaine, et surtout comment l'attendre sans acharnement thérapeutique inutile et angoissant? Et jusqu'à quel point doit-on utiliser les narcotiques?... (2)

La réponse à toutes ces questions est loin d'être simple. La conduite que doit nous dicter l'amour du malade n'est pas toujours facile à déterminer dans le complexe édifice scientifique et administratif où les contacts ont lieu désormais entre le médecin et son malade.

* * *

Le médecin chrétien, puisqu'il s'adresse à une personne humaine, à une personne souffrante, ne peut jamais faire abstraction de la charité sans se renier lui-même, sans renier son amour de Dieu. Car « il n'y a pas deux charités mais une seule dont Dieu est l'objet premier et dont le prochain est, comme nous, l'objet secondaire » (3).

Mais il faut prendre bien garde. Ce ne sont pas les gestes qui sont charitables mais les personnes. Un médecin n'est pas forcément charitable parce qu'il traite les pauvres. Et sa charité ne se mesure pas non plus au nombre d'indigents qu'il traite, mais bien plutôt à l'amour avec lequel il traite ses malades riches ou pauvres. Et dans ce domaine, on ne peut pas s'en remettre ni à la Science ni à l'Etat, car ce sont des monstres qui n'ont pas de cœur. Ils n'aiment personne. Ils ne connaissent pas la charité, ou s'ils la connaissent, c'est la charité des œuvres. Ce n'est pas cette charité organisée qui importe mais celle qui brûle dans les cœurs.

* * *

D'ailleurs cette organisation sociologique de la charité dans le monde chrétien, plusieurs penseurs l'ont jugée avec une grande sévérité et un grand pessimisme. Jacques Maritain, dans un de ses volumes, évoque même l'image des termitières, et il écrit: « Sous la pression de ses propres faiblesses et d'ennemis déclarés, le monde chrétien achève sous nos yeux de faire faillite » (4). Et Daniel-Rops, dans un livre qu'il intitule significativement « Chants

pour les Abîmes », parle de notre société « qui se dit chrétienne et qui, après vingt siècles, est plus éloignée que jamais des lois vivantes de la charité » (5).

Dans le même ordre d'idées, je voudrais apporter, en terminant, le témoignage d'un très grand médecin de notre époque, le docteur Albert Schweitzer, qui disait: « Ce qui a passé pour la chrétienté depuis dix-neuf siècles, c'est seulement un commencement, plein de faiblesses et d'erreurs, et non une chrétienté en plein essor, jaillissant de l'esprit du Christ... Ce dont la chrétienté a besoin, c'est d'être remplie jusqu'au débordement de l'esprit de Jésus, et par cette force de se transformer en une religion animée de vie intérieure et d'amour selon l'appel de son destin » (6).

Ce message que le vieux médecin philosophe vient d'écrire, au fond de l'Afrique, il s'adresse aux confrères médecins d'abord sans doute, mais aussi à vous tous, à chacun de vous personnellement, car il rejoint l'avertissement de saint Jean de la Croix à tous les chrétiens: « Au soir de votre vie, c'est sur l'amour que vous serez jugés ».

BIBLIOGRAPHIE

(1) Alexis CARREL: « *L'Homme, cet Inconnu* », p. 300.
(2) Voir Dr. Roger DUFRESNE: « *La Médecine Inhumaine?*, dans l'Union Méd[illegible] du Canada », Septembre 1957.
(3) GARRIGOU-LAGRANGE: « *La Synthèse thomiste* », p. 526.
(4) Jacques MARITAIN: « *Du régime temporel et de la liberté* », p. 122.
(5) DANIEL-ROPS: « *Chants pour les abîmes* », p. 142.
(6) Albert SCHWEITZER: *"Out of my life and Thought"*, A Mentor Book, pp. 185-186.

MON CINQUANTENAIRE DE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE [1]

Willie VERGE,
Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec.

L'on peut, par analogie, comparer cinquante années de vie médicale à la marche d'un pèlerin au milieu d'une caravane; à la première oasis (après 25 ans), le quart des confrères ont quitté la route; à la deuxième oasis (après 50 ans), trois quarts des compagnons de route sont partis de ce monde. Ce soir, glorifions le Seigneur de nous avoir donné la joie de survivre et de nous avoir conservé le plus grand de tous les dons terrestres, la santé.

En 1826, fut fondée la Société Médicale de Québec par le Dr Joseph Morin, Ecossais d'origine, qui, avec le concours du Dr Charles Frémont, fonda l'Ecole de Médecine de Québec en 1845, qui devint en 1852 la faculté de médecine de l'Université Laval. Cette même Société Médicale de Québec, avec la Société Médicale de Montréal, donna naissance en 1902 à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord dont le principal instigateur fut le Professeur Delphis Brochu, de la Cité de Champlain. Dans les annales de cette dernière association on voit que le père du doyen Jobin présenta à ce premier congrès de 1902 un travail fort élaboré, basé sur ses observations personnelles et portant sur les « Stomatites Purpérales ».

Mes cinquante années de pratique Médico-Chirurgicale ont gravé en moi plus profondément que les autres certains événements qui n'ont pas quitté depuis ma mémoire.

Le plus vif souvenir qui me reste de mon cours d'étudiant en médecine est celui de la première opération à laquelle j'intervenais comme assistant-chirurgien. Elève de deuxième année de médecine, en vacances chez mon oncle, le Dr Josué Martin, à Carleton, Baie des Chaleurs, en 1905, je dus d'urgence faire fonction d'assistant-chirurgien pour une inter-

1. Extraits d'une causerie prononcée le 8 mai 1958, au Château Frontenac de Québec, à l'occasion d'un dîner offert conjointement par la Société Médicale de Québec et les médecins de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, de Québec.

vention plutôt spectaculaire: celle de l'amputation d'une jambe faite à domicile sur la table de la cuisine, tandis que mon frère, le Dr Edmond, étudiant de quatrième année, dut faire ses premières armes comme anesthésiste. La désinfection des instruments se fit à l'acide phénique et le patient survécut très honorablement...

Ma pratique médicale de l'Ile d'Anticosti me rappelle l'épisode d'un brave Père Eudiste français qui trouvait nos bûcherons canadiens fort peu habiles parce qu'il leur arrivait de se blesser parfois en accomplissant, disait-il, quelque chose de si simple. Je lui conseillai d'aller abattre lui-même des arbres durant une seule journée et de m'en donner ensuite des nouvelles. Or ce qui fut conseillé fut fait: mais la première nouvelle que j'en eus fut l'arrivée d'un accidenté qui s'était donné un coup de hache en bûchant et qui n'était nul autre que le bon Père français lui-même.

Sur la Côte Nord, en allant aux malades, alors que je filais au printemps sur une rivière, la glace céda sous le poids de mon attelage et chiens, bagages et moi-même prirent un bain glacé à l'improviste. Ce fut grâce à mon chien de file si j'eus la vie sauve.

Le jour de l'Hécatombe du pont de Québec, la plupart des médecins de la ville étant sur les lieux du désastre, je dus faire, dans la même nuit, entre neuf heures du soir et neuf heures du matin, neuf accouchements à domicile avec tous les avantages que l'obstétrique à domicile peut présenter.

La grippe espagnole en 1918 me tint en alerte pendant plusieurs mois: malgré l'aide de deux vaillants étudiants en médecine, feu le Dr Jean-Marie Dagnault, de Québec et le Dr Georges Dumont, maintenant de Campbellton et président du prochain Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, le sommeil dut être court durant cette période, car il fallait visiter des familles entières de 12, 15 et 20 personnes, toutes au lit et atteintes de la grippe espagnole; même si je n'examinais que les plus gravement malades, laissant les autres aux soins de mes étudiants en médecine, ce n'est souvent qu'à la nuit venue que je regagnais le foyer pour manger un peu et repartir. Autre chose que la grippe asiatique, je vous l'assure...

Mes premières transfusions sanguines, veine à veine, directement entre donneur et receveur, au temps où les techniques de conservation du sang n'étaient pas encore à point, m'apportèrent la grande joie de sauver plusieurs vies humaines et mes anciens transfusés sont demeurés probablement parmi les plus reconnaissants de mes clients.

Ma longue pratique de l'obstétrique me donna d'avoir mis au monde dans certaines familles, à la fois la grand-maman, sa fille et sa petite-fille: à ce moment-là, on peut dire qu'on connaît la famille en question...

Ma prédilection pour la pratique générale en clientèle privée ne m'empêcha pas de me spécialiser en chirurgie générale et plus particulièrement en chirurgie abdominale. Je vous avoue que cet heureux mariage, à mon sens, de la pratique générale et de la chirurgie a ses avantages: aux yeux du client la confiance au chirurgien est alors chose facile à acquérir.

Des nombreux examens d'assurance que j'ai faits pour la compagnie « Metropolitan Life », je n'ai qu'un seul mauvais souvenir: celui de la monumentale pesée d'un poids d'une trentaine ou quarantaine de livres qui était à la disposition des médecins-examinateurs de la compagnie pour les examens à domicile et qui heureusement ne l'est plus.

De mes nombreuses heures passées à faire de la Clinique Médicale, je garde, au delà de cette parade de maladies et d'infirmités, le souvenir du travail d'équipe entre confrères qui est une condition essentielle de progrès.

Si j'ai eu le privilège de contribuer à soulager les maladies du vieil âge à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur de Jésus, j'ai vu aussi avec intérêt grandir depuis 37 ans l'Oeuvre de la Goutte de Lait et diminuer progressivement le taux de la mortalité infantile dans la ville de Québec. Que d'attachement je garde à ces deux institutions!

Co-fondateur d'hôpitaux, je crois que ma fierté de les voir ce qu'ils sont aujourd'hui est encore plus grande que toutes les luttes et les labeurs qu'ils m'ont coûtés.

Comment, durant tant d'années de pratique générale, ne pas parler de ma première collaboratrice, mon épouse, qui ne cessa d'être à mes côtés, surtout au temps où nous n'avions pas d'hôpitaux pour nos patients, pour m'aider à faire les grands pansements, les plâtres au bureau et de nombreuses interventions chirurgicales mineures. Il me vient à la mémoire certain jour même, où appelé au chevet d'un enfant qui s'était fracturé le bras, je dus faire venir ma femme pour m'aider à faire la réduction de la fracture à domicile, après que la mère de l'enfant et la bonne eussent, toutes deux, fait de la toile avant même d'avoir fini de m'aider.

Je sens bien, ce soir, qu'au delà de mon humble personne, on veut rendre hommage aux caractères et aux principes les plus sacrés du médecin catholique, au corps médical tout entier et à la noble et belle profession de médecin; à la vraie médecine, celle qui nous permet de vivre financièrement, je le veux bien, mais surtout celle qui fait vivre nos patients; à la vraie médecine, celle que l'on étudie et approfondit à chaque jour de notre vie par nos consultations avec nos confrères, par notre participation aux activités scientifiques, par notre présence aux réunions des diverses sociétés médicales, par nos lectures et nos recherches; à la vraie médecine, celle faite non seulement de science, mais de jugement, de tact, de dévouement et d'amour; à la vraie médecine, celle vers laquelle on doit toujours tendre même si on ne réussit qu'à la pratiquer que bien imparfaitement...

Les plus belles leçons d'ensemble que m'ont apportées mes cinquante années de pratique Médico-Chirurgicale, ce sont les convictions suivantes qui se sont imprégnées profondément en moi-même:

1. — Le droit pour chaque individu, en principe, de choisir librement son médecin.

2. — La nécessité d'une conciliation des droits du patient au secret professionnel avec les exigences sociales d'aujourd'hui et la notion du bien commun.

3. — Le rôle évident que le médecin a à jouer dans la restauration d'un ordre social chrétien.

4. — La médecine est un autre sacerdoce: l'idéal chrétien et apostolique ne doit pas être étranger à l'exercice de la profession. Parmi les centaines de patients à qui j'ai enlevé l'appendice, il s'en est trouvé plus d'un dont le cœur souffrait et dont l'âme était en péril.

5. — Primauté de l'observation directe des symptômes présentés par le malade et de l'établissement d'un diagnostic clinique sur la confirmation apportée par le laboratoire et la radiographie qui demeurent néanmoins des aides indispensables au médecin.

6. — L'importance de ne pas trop s'éloigner du lit de souffrance du malade. « La médecine n'est pas une sèche et froide expérience de laboratoire, une sorte de mathématique suprême, nous rappelle André Sabourin, mais elle est une vérité du moment, une vérité fragmentaire rarement générale, qui n'est vraie que pour chaque homme, pour son propre tempérament, pour sa propre maladie et pour l'instant. S'il y a des maladies, suivant l'expression de Pierre Mauriac, il y a surtout des malades qui réagissent suivant leur mode particulier ». Et j'ajouterai que cet ensemble de constatations doit reposer sur le bon sens, la formation scientifique, et le jugement du vrai médecin qui met son cœur à l'unisson du malade avant de mettre sa science à son service.

7. — Le rôle de confident du médecin de famille qui doit rester le conseiller et l'ami des familles. Cette fonction de confident des familles pourra souvent seule révéler au médecin des symptômes autrement imperceptibles. Les maladies ont en effet, elles aussi, leur histoire et elles l'auront aussi longtemps que le monde sera monde.

A ce propos, souvent nous gagnons davantage, je crois, à visiter nos malades moins souvent mais plus longuement.

8. — L'honnêteté professionnelle du médecin en recherchant d'abord l'intérêt de son client.

La dignité du médecin doit avoir pour seule vantardise d'être surtout un reflet de la grandeur de cette profession dont le principe directeur est l'amour de la souffrance et le désir de la soulager.

9. — Homme de principe, homme de caractère, esprit cultivé, le médecin doit s'intéresser à tout.

10. — L'importance du climat dans la guérison du malade: la bonté affectueuse, le sourire encourageant, la taquinerie de bon aloi, la parole d'intérêt sincère de la part de l'homme de science, un cœur compatissant envers l'être humain souffrant: voilà de quoi favoriser vraiment la guérison, rendre moins amère la médication prescrite et moins dur le traitement chirurgical.

11. — Spécialistes de chez-nous. Nous possédons maintenant dans la Province de Québec, et la ville de Québec, les spécialistes les plus au point dans tous les domaines de la médecine et de la chirurgie et nous en sommes fiers. A cause de la spécialisation de plus en plus grande de la médecine aujourd'hui, ils sont d'un précieux secours au praticien général et la science médicale de cette seconde moitié du 20ème siècle ne se conçoit plus sans leur présence.

12. — Le rôle social du médecin: Que de rancœurs, de révoltes même contre la Providence, contre l'ordre social le médecin a l'occasion d'étouffer, d'apaiser et même de faire disparaître.

13. — Le besoin urgent de praticiens de la médecine générale: le geste sauveur posé d'urgence et sans bruit est le plus souvent l'apanage exclusif de l'humble praticien, de ce héros de la médecine dont le rôle est essentiel. Le médecin de famille est et doit demeurer la pierre angulaire de la médecine moderne. A sa gloire, je vous rappelle ces vers qui le caractérisent bien:

"The practitioner has no easy life
It is not at all smooth sailing
Some times you see, it's hard to be
A healer to the ailing
The doctor has no treating speeds
His practice keeps him busy
Overtimes night falls when duty calls
And works him still he is busy
In a word, I shall say
Where there is love for manking
There is love for art of healing.

14. — La nécessité du travail et de la recherche scientifique:

Aujourd'hui, l'étudiant en médecine ne sait pas, quand il assiste à sa première opération chirurgicale, s'il n'apprend pas une technique dont la nouveauté sera périmée peu de temps après l'obtention de son diplôme de « docteur en Médecine ». Telle est de nos jours l'allure des progrès de la chirurgie et de la médecine, en général.

Nous avons assisté à la généralisation de l'emploi des rayons "X"; nous avons vu naître la Radium-thérapie; les antibiotiques sont venus à notre secours depuis une dizaine d'années; le tout dernier-né des aides du médecin est l'isotope et les talents de ce dernier-né sont encore à peine soupçonnés.

Il est vrai que plusieurs maladies pour lesquelles la lutte fut longue et pénible perdent du terrain de nos jours. Mais il est vrai aussi que d'autres maladies maintenant, trouvant dans les conditions de la vie moderne un terrain particulièrement favorable, croissent dans des proportions vraiment inquiétantes: telles le cancer, les affections du cœur et des vaisseaux, les maladies mentales et nerveuses.

Vainqueurs d'hier, rappelez-vous que souvent les victoires sur la douleur ne sont vraiment que partielles et palliatives. Rien, en médecine et en chirurgie, ne saurait être réglé pour toujours. Aucun de nos triomphes scientifiques modernes ne détermine l'avenir lointain de la médecine. Aucune thérapeutique ne définit pour longtemps les rapports de la maladie et de la santé ou leurs frontières respectives. Ne pensez pas qu'un homme, qu'une équipe scientifique de chercheurs, qu'une génération de médecins aient droit, une fois leur tâche accomplie, de dormir sur ses lauriers. L'étape de la médecine s'achève là où finit celle de la vie.

Et, quant à moi, je souhaite sincèrement que ma carrière de médecin ne se termine pas avant le dernier jour de ma vie.

Enfin je finis par ces mots:

« Quand ces jours auront vieilli
Et que chacun
De par la Route
Ira sa vie
Quand ces heures seront au loin
Et que l'oubli sera si près
Nous ouvrirons ces pages... »

« Cherchez le bonheur d'autrui et trouvez le vôtre »: cet axiome, en effet, j'en ressens bien ce soir toute la portée...

A tous mes distingués collègues, après un diagnostic bien compris et un traitement approprié, je soumets cette pensée du Dr Charles Fiessinger:

« Toute science demeure insuffisante si le médecin ne réussit pas d'abord à connaître et à aimer la personne, car c'est l'être entier qu'il faut atteindre ».

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

UNE NOUVELLE SUBSTANCE RÉVULSIVE CONTRE LA DOULEUR [1]

MODIFICATIONS THERMIQUES

Jean ROUSSEAU,
Chef du service d'Arthrite;

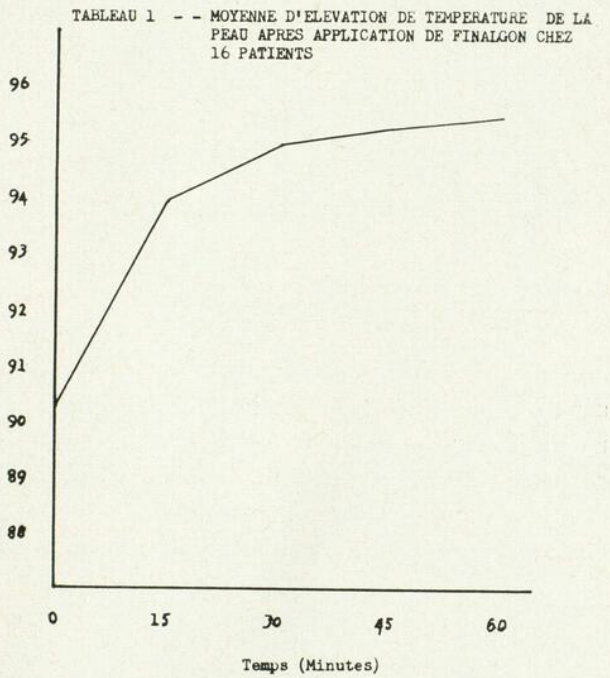
Rita GAGNE-DESROSIERS,
Interne senior,
Hôpital Sainte-Foy (Québec).

L'application locale de substances révulsives contre la douleur est un usage aussi vieux que la médecine elle-même. On utilisait tantôt le camphre, tantôt la térébenthine ou la graine de moutarde. Ces pratiques n'avaient pas été précédées d'analyses scientifiques, mais par ailleurs, elles s'accompagnaient d'un sens pratique indiscutable.

Encore de nos jours, nous trouvons sur le marché, une quantité considérable d'onguents utilisés pour soulager la douleur, mais avant de s'en servir, on veut connaître sa formule chimique, son action et ses effets dans diverses maladies.

Le Finalgon est une de ces nouvelles pommades; il contient deux hyperhémiants; le vanillylamide d'acide monylique et le nicotinate d'éther B — butylique du glycol. Il fut étudié cliniquement dans le service de rhumatologie de l'Hôpital Ste-Foy, Québec. Nous avons choisi une vingtaine de malades souffrant des maladies suivantes: dégénérescence discale, fibrosite, périarthrite de l'épaule, arthrite rhumatoïde, lombalgie, spondylite ankylosante.

Notre but était de prouver qu'il y avait hyperhémie accompagnée d'une élévation considérable de la chaleur cutanée, laquelle fut appréciée par le thermocouple, aux quinze minutes après l'application du Finalgon. Le tableau N° 1 en donne les résultats: la moyenne d'élévation de température fut de 5.2°F après une heure:



Après chaque application de Finalgon, il y a eu hyperhémie considérable; tous les patients, sauf deux, se sont plaints de sensation de brûlure et dans la majorité des cas, nous avons remarqué une réaction cutanée fugace et minime sous forme de vésiculettes. Jamais a-t-on dû suspendre le traitement pour les causes ci-haut mentionnées.

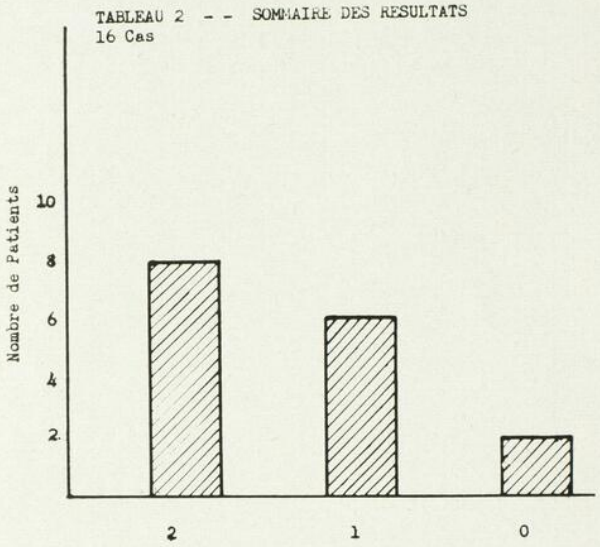
Au point de vue résultats cliniques, nous avons évalué par des chiffres le soulagement obtenu:

0: aucun soulagement de la douleur;
1: soulagement modéré de la douleur;
2: bon soulagement de la douleur.

1. Le Finalgon. La pommade Finalgon a été gracieusement fournie par la maison Geigy.

Des essais comparatifs entre le Finalgon et deux autres agents révulsifs en vogue furent faits chez des sujets sains, au niveau des épaules, dans le seul but de mesurer l'augmentation de la chaleur cutanée à intervalles réguliers après application.

TABLEAU 2 -- SOMMAIRE DES RESULTATS
16 Cas

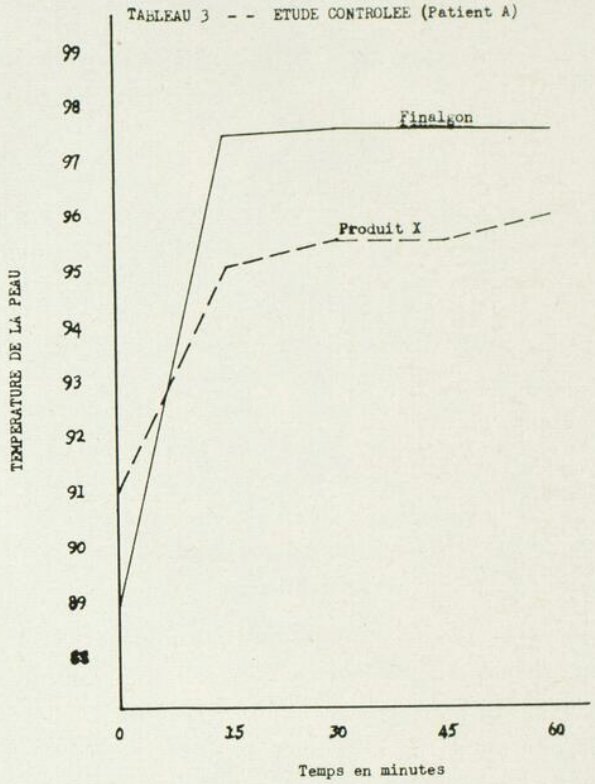


2 - Bon soulagement de la douleur
1 - Soulagement modéré de la douleur
0 - Aucun soulagement de la douleur

Au moyen de ces données, nous pouvons dire que le Finalgon est le premier onguent révulsif sur le marché qui élève la température cutanée à un si haut degré, soit environ 2°F de plus que les autres agents révulsifs connus, appréciés et utilisés jusqu'à date.

Au point de vue clinique, de très bons résultats furent obtenus dans la fibrosite; le nombre de nos observations n'est pas suffisant pour nous permettre de conclure dans les autres affections.

TABLEAU 3 -- ETUDE CONTROLEE (Patient A)



Patient: FINALGON appliqué sur l'épaule droite
Patient: Produit X appliqué sur l'épaule gauche

CORRESPONDANCE

LETTRE DE SUISSE

LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

La jeune et dynamique Société suisse de pédopsychiatrie a tenu sa première réunion le 1er mars 1958, à Zurich, sous la présidence du professeur J. Lutz.

Cette société prend la succession de la Commission de psychiatrie infantile de la Société suisse de psychiatrie, présidée durant de très longues années par le professeur Tramer.

La neuropsychiatrie infantile a actuellement droit de cité comme spécialité autonome; touchant à la fois à toutes les disciplines s'occupant de la santé mentale de l'enfant (psychiatrie, neurologie, pédiatrie, psychologie, sociologie, pédagogie, anthropologie), elle se libère pour la première fois des disciplines-mères comme la psychiatrie et la pédiatrie pour devenir une société autonome, groupant dans son sein 39 membres, la plupart spécialistes en pédopsychiatrie et en psychiatrie de l'adulte. Cette société désire maintenir des relations très étroites avec les disciplines dont elle dépendait jusqu'alors: la psychiatrie tout d'abord, la pédiatrie ensuite.

La séance scientifique était consacrée à trois aspects importants de la pédopsychiatrie: les troubles du comportement chez les nourrissons, les aspects du comportement animal par rapport au comportement de l'enfant, enfin l'aspect psychomoteur dans les troubles du comportement chez l'enfant.

Voici un résumé de quelques communications présentées, toutes du plus haut intérêt:

1. Dr G. SCHACHENMANN (Zurich)

Névroses chez les nourrissons.

La doctoresse Schachenmann *a procédé à une série d'examens subjectifs et qualitatifs, et non seulement objectifs et quantitatifs chez les nourrissons. Après avoir rappelé que l'extrême dépendance du nourrisson est due avant tout au fait que la myélinisation n'était pas terminée chez l'enfant qu'à une année, elle a insisté sur l'importance des relations objectales mère-enfant. Elle a rappelé toutes les manifestations de l'hospitalisme de Spitz, la dépression anaclitique. Elle relate ensuite trois cas personnels où l'angoisse, l'insécurité, l'ambivalence des sentiments maternels, ou même le rejet de l'enfant par sa mère créaient chez l'enfant un état dépressif avec refus du sein, refus du biberon, et délabrement physique extrême amenant très rapidement le nourrisson à une situation marastique. Seule une séparation immédiate de la mère et de l'enfant, l'hospitalisation de ce dernier a permis la reprise d'un développement meilleur et une alimentation correcte. Dans les trois cas, il s'agissait de mères n'ayant pas acquis une maturité affective suffisante et dépourvues de sentiment maternel, ou refusant d'accepter leur enfant. Il fallait chaque fois sécuriser la mère, la traiter par une psychothérapie ou une psychanalyse, pour éviter des sentiments négatifs ou ambivalents à l'égard de son enfant. La plupart de ces mères présentaient une absence d'amour maternel, une crainte de mettre un enfant au monde, de le nourrir, ou encore une crainte que leur enfant soit une entrave à l'épanouissement de leur propre personnalité. C'est souvent par la mise en contact avec d'autres mères que ces mères insuffisamment affectives modifient leur comportement.*

Si l'on rend le nourrisson à la mère avant que cette dernière ait résolu ses propres problèmes affectifs, l'enfant devient à nouveau anorexique, refuse de manger, dépérit à nouveau. Il s'agit là de troubles affectifs excessivement précoces qui montrent à quel point l'élément affectif a des répercussions sur tout le comportement du nourrisson.

Une discussion *nourrie a suivi cet exposé. On peut se poser la question de savoir pourquoi le*

nourrisson s'oppose précisément aux motifs même d'exister. Il est intéressant de constater qu'il existe là un véritable réflexe conditionnel déclenché chez l'enfant par l'attitude de sa mère; l'enfant semble sentir l'angoisse ou la réjection de sa mère. C'est par l'intermédiaire du système végétatif que l'enfant réagit aussi négativement à une mère négative. Il est à remarquer que tous ces enfants sont très sensibles, très intelligents, végétativement labiles, hypotoniques et athrepsiques.

Le rôle du pédopsychiatre est d'agir sur la mère pour la sécuriser, la rendre consciente de son rôle maternel et rompre en même temps le mécanisme réflexe de l'enfant à l'égard de sa mère. Souvent de simples conseils à la mère suffisent.

De nombreux autres troubles « psychosomatiques » chez le nourrisson sont également la conséquence de mauvaises relations mère-enfant.

Le professeur Tramer *insiste sur le fait que de tels enfants peuvent évoluer plus tard vers une schizophrénie. Il faut agir non seulement sur la mère, mais également sur le père.*

Le professeur Jaccottet *insiste sur le fait qu'il y a très souvent une intrication de causes physiques et psychiques dans l'anorexie du nourrisson.*

Le docteur Béno *signale qu'il existe de nombreuses théories sur le mode de perception affective du nourrisson. Il expose les théories de* Mélanie Klein, *et pense qu'il y a chez le nourrisson une réaction à l'angoisse primaire. Il pense qu'il s'agit ici bien plus d'un réflexe conditionnel que d'une névrose au vrai sens du terme.*

2. Dr C. HAFFTER ET DR R. GSCHWIND-GASS (Bâle)

Trouble du sommeil chez les nourrissons et les petits enfants.

Le docteur Haffter *a observé 36 enfants âgés de 1 à 6 ans, soit à la Policlinique pédopsychiatrique, soit à l'Hôpital des Enfants de Bâle. Beaucoup d'enfants parlent, babillent au lieu de dormir. Il a démontré parmi ces 36 enfants 17 cas de peurs nocturnes avec 4 cas de somnambulisme. La plupart du temps, il y avait association d'autres troubles névrotiques aux troubles du sommeil: bégaiement, tics, troubles psychomoteurs, troubles alimentaires, troubles du caractère ou du comportement.*

Discussion *du problème de la genèse de ces troubles du sommeil: la plupart de ces enfants ont des mères névropathes, qui induisent l'enfant dans une anxiété nocturne. La plupart des mères présentaient également dans leur enfance des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, etc. Dans la plupart des cas, un changement de milieu supprimait ces troubles du sommeil.*

Dans 20 cas sur 36, il y avait une anorexie nerveuse associée aux troubles du sommeil.

Dans la moitié des cas, il y avait d'importants conflits conjugaux, sinon dissociation familiale.

Dans l'autre moitié des cas, il y avait une problématique vis-à-vis de l'enfant, qui était issu de parents âgés, souvent adopté, et de toute façon avec des conflits dès la naissance de l'enfant. Beaucoup de mères étaient angoissées, d'autres perfectionnistes, autoritaires, impatientes ou désécurisées.

Dans les 17 cas de peurs nocturnes, Haffter *a constaté que les mères, presque toutes perfectionnistes, étaient excessivement exigeantes et empêchaient l'enfant de s'exprimer dans sa personnalité; beaucoup surprotégeaient leurs enfants.*

Les troubles du sommeil surviennent très tôt chez les enfants désécurisés. Ils seraient le symptômes d'une réaction agressive de l'enfant contre un milieu qui lui est défavorable.

Haffter *estime qu'il n'existe pas de troubles spontanés du sommeil.*

3. Dr H. FELDMANN (Genève)

L'aspect psychomoteur dans les troubles du comportement chez l'enfant.
Présentation de faits.

Les troubles du caractère et du comportement chez l'enfant nécessitent la recherche dans chaque cas des différents facteurs en

cause; la mesure de ces facteurs est souvent excessivement difficile à faire, et la part de ce qui est constitutionnel, inhérent à l'individu, et de ce qui est acquis, dépendant d'une influence défavorable du milieu, est très difficile à faire.

L'examen clinique a une place de toute première importance et l'auteur relate ici les constatations qu'il a faites sur l'aspect psychomoteur chez 40 enfants *venus à sa consultation pour des troubles du comportement ou du caractère et chez qui il a chaque fois rencontré des conflits affectifs importants.*

L'examen clinique *repose sur une investigation approfondie de toute la psychomotricité, en commençant par l'examen neurologique (morphologie, examen des réflexes, de la coordination fine, des mouvements anormaux, des syncinésies, de la paratonie, du tonus musculaire, de l'équilibration statique et dynamique, de la dominance et de la latéralisation, de la structuration spatiale, du schéma corporel et du rythme). Cet examen est complété dans chaque cas par un examen psychologique approfondi (niveau moteur, niveau intellectuel, niveau du dessin, recherche de la structuration et de l'organisation visuo-spatiale, tests d'affectivité et de personnalité, recherche de la pensée conceptuelle).*

Sur 40 sujets âgés de 7 ans à 16 ans 10 mois, l'auteur a dénombré:

9 sujets présentant une débilité motrice *avec, sur le plan de l'affectivité, des régressions importantes dans 8 cas (fixation orale dans 3 cas, régression anale dans 3 cas, non liquidation de l'Œdipe dans 2 cas);*

12 sujets présentaient une dyspraxie idéomotrice *avec dyskinésies et, sur le plan de l'affectivité, une très mauvaise identité dans 4 cas, une régression anale dans 3 cas, une fixation œdipienne anormale dans 3 cas;*

12 sujets présentaient une instabilité psychomotrice *importante avec dans 7 cas une agressivité réactionnelle et dans 4 cas une angoisse primaire importante;*

7 sujets seulement ne présentaient pas de troubles moteurs *et, sur le plan de l'affectivité, présentaient un « moi » fort, et des troubles affectifs avant tout réactionnels à un milieu perturbateur.*

Quatre tracés électro-encéphalographiques *étaient typiques de comitialité, d'autres tracés présentaient des signes d'immaturité des connexions cortico-diencéphaliques.*

Faute de temps et de moyens financiers, faute de psychothérapeutes disponibles, ces enfants n'ont pas été soumis à une psychothérapie, mais uniquement à une rééducation psychomotrice *par les moyens de la gymnastique rythmique, et à un traitement médicamenteux. Ils ont fait un apprentissage progressif correct du monde extérieur, ont été ensuite capables par ce traitement de satisfaire aux maîtrises de leurs exigences sans l'aide d'une psychothérapie. Des conseils aux parents ont cependant été fournis sur les méthodes éducatives à adopter dans chaque cas.*

L'auteur discute ensuite des moyens utiles pour permettre à l'enfant d'acquérir la maîtrise du milieu environnant, maîtrise qui est au moins aussi importante que les mécanismes de recherche du plaisir dans le comportement. Etude du parallélisme existant entre la maturation des sentiments (évolution de l'affectivité) et la maturation organique (évolution motrice). La structure dynamique de la personnalité de ces sujets semble se faire non seulement en fonction des troubles de l'affectivité, mais également en fonction des troubles moteurs.

Discussion *du problème des stades en psychologie de l'enfant et de l'apport de la motricité dans l'expression propre de ces différents stades.*

Conclusion sur l'idée qu'une affectivité ne peut se développer normalement que si la motricité évolue également dans le même sens; notion du rôle dynamique de la motricité *pour l'évolution des divers stades émotionnels.*

* * *

Cette première assemblée de la Société suisse de pédopsychiatrie semble avoir été un fructueux apport pour une meilleure compréhension des problèmes psychologiques du jeune enfant.

P. RENTCHNICK.

ANALYSES

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

MEDECINE

R. W. BOOTH, J. M. RYAN et R. S. GOODWIN. — **Une méthode de conductivité du sérum salin pour déceler les shunts cardiaques utilisant la technique de dilution d'un indicateur.** *(A saline conductivity method for detection of cardiac shunts by indicator-dilution technique.)* "Circulation", **6:** 142 (mars) 1958.

Les auteurs employèrent un sérum hypertonique pour déceler les shunts cardiovasculaires. Vingt et un malades furent étudiés. La technique utilisée fut la suivante: Deux à cinq millilitres de sérum salin à 5% furent injectés dans un cathéter logé dans les différentes chambres cardiaques et dans l'artère pulmonaire. Les enregistrements de la courbe de dilution furent faits au moyen d'une cellule à conductivité sur le sang artériel par une pompe à raison de 5 ou 10 cc. par minute. La cellule à conductivité consistait en deux électrodes de platine enfermées dans un cylindre de plastique. Cette technique pour obtenir aussi une courbe de dilution est comparable à celle du Bleu Evans. Elle présente de plus les avantages suivants: 1) elle permet une répétition illimitée des examens; 2) elle nécessite seulement une modification légère des amplificateurs à tensiomètre usuels. 3) Elle ne requiert que très peu de sang.

Charles LEPINE.

CHIRURGIE

G. PARIZEL et A. HUBENS. — **Le syndrome carcinoïde.** "Acta Clin. Belgica", **13:** 204-215 (mars-avril) 1958.

Les carcinoïdes du grêle et de l'appendice proviennent, d'après Gosset et Masson, des cellules de Kulchitoky des cryptes de Lieberkühm et elles ont des propriétés chromaffines et des fonctions endocriniennes

Ces tumeurs peuvent avoir parfois un caractère malin et donner lieu à un syndrome très particulier comprenant de la rougeur ou de la cyanose de la face avec accès de « rougissement », des selles liquides fréquentes, des manifestations asthmatiformes par broncho-spasme, une hypertrophie ventriculaire droite, une insuffisance tricuspidienne et une sténose pulmonaire

Ce syndrome « carcinoïde » est rare, puisqu'il n'y avait en fin 1956 que 57 cas publiés. C'est pourquoi les auteurs ont reproduit ici l'observation d'une malade dont l'évolution clinique cadre bien avec les caractères connus du syndrome « carcinoïde », car l'intervention a permis une appendicectomie, une biopsie cutanée et une biopsie hépatique. Les examens anatomo-pathologiques ont confirmé l'existence d'un carcinoïde.

Isler, Hedinger et Thorson ont montré qu'un rapport existait entre le syndrome carcinoïde et la présence dans les carcinoïdes de sérotonine.

Le syndrome carcinoïde se présente à tous les âges et assez également dans les deux sexes. La durée de son évolution est variable allant de quelques mois à 10, 12 et même 20 ans.

Le syndrome ne se produit pas tant que la tumeur reste localisée, car son existence est intimement liée à la présence de métastases. Celles-ci siègent au foie dans les ganglions mésentériques, les ovaires ou le testicule.

Cliniquement, tous les malades ne présentent pas tous les symptômes; la diarrhée, le « flushing », la grosse rate sont plus précoces et plus constants que la dyspnée et les signes cardiaques.

L'examen histologique et la présence de grandes quantités d'acide 5 Hydroxy-indola-

cétique dans les urines confirment le diagnostic.

Le traitement chirurgical peut procurer chez les malades à multiples métastases l'amélioration de troubles mécaniques, v.g. l'occlusion; l'intervention permet surtout le diagnostic et parfois amènerait une rémission temporaire des symptômes

Edouard DESJARDINS.

M. MERCADIER. — **Traitement chirurgical des hémorragies ulcéreuses.** "Arch. Mal. App. Digestif", **46:** 1088-1100 (nov.) 1957.

1. Les « hémorragies complications » sont cinq fois plus rares que les « hémorragies symptomes » au cours de la maladie ulcéreuse.

2. Elles sont le fait parfois d'une hémorragie diffuse, en nappe; elles résultent plus souvent d'une plaie vasculaire béante au niveau de l'estomac ou du duodénum.

3. Il n'y a pas de parallélisme entre la lésion ulcéreuse, exulcération ou ulcère térébrant, et l'hémorragie capillaire, ou artériolaire et veinulaire.

4. Pour déterminer le type de l'hémorragie, il faut se fier aux signes cliniques et à ses modes de réaction à la réanimation. Toute hémorragie qui se traduit par des évacuations sanglantes, abondantes ou répétées, de sang rouge, doit être considérée comme suspecte. Tout choc hémorragique qui n'est pas compensé par une réanimation bien conduite en moins de 12 heures doit faire envisager l'intervention sans délai.

5. Si l'amélioration n'est que transitoire, si l'hémorragie récidive dans le courant des 48 premières heures, il faut opérer sans retard.

6. L'horaire de l'intervention dépend de l'efficacité de la réanimation. L'opération ne peut être qu'immédiate (premier jour) ou retardée (deuxième jour). Elle ne saurait être différée sans risque.

7. La réanimation, apport sanguin et oxygénothérapie, doit être strictement adaptée à l'importance de l'hémorragie. Son insuffisance permet l'installation du choc secondaire, son excès conduit à la récidive par surcharge vasculaire.

8. Les « hémorragies complication » des ulcères, définies par le gastro-entérologue, doivent être confiées sans délai à un réanimateur compétent. Le chirurgien ne doit intervenir que si la réanimation est tenue en échec, mais la décision opératoire doit être prises sans retard, dans les 48 premières heures.

Guy ALBOT.

J. Van GEERTRUYDEN. — **Anémies après gastrectomie subtotale.** "Acta Clin. Belgica", **13:** 171-199 (mars-avril) 1958.

La fréquence des anémies après gastrectomie subtotale a été notée à plusieurs reprises récemment; cette anémie, habituellement de type hypochrome, est d'une fréquence et d'une pathogénie encore mal précisées. L'anémie semble rattachée aux altérations post-opératoires de la physiologie gastrique. Cette anémie est ferriprive.

L'auteur a étudié la fréquence et le type des anémies chez 919 malades opérés de gastrectomie subtotale, dont 643 pour ulcère, 232 pour cancer, 20 pour tumeur du tissu conjonctif ou musculaire et 24 pour polype ou adénome gastrique. Sur ce nombre, 720 étaient des hommes et 199 des femmes. Tous ces malades, examinés au point de vue hématologique, ont été vus après la gastrectomie entre 3 mois et 10 ans; 659 ont été suivis pendant au moins un an.

17% des malades étudiés présentent une anémie franche; les valeurs moyennes d'hémoglobine sont d'environ 2 gm au-dessous des valeurs normales.

L'abaissement de l'hémoglobine et les anémies hypochromes résultent de l'action combinée de plusieurs facteurs qui jouent chacun un rôle différent et que l'auteur reconnaît comme étant l'achlorydrie gastrique, une carence protidique, un taux abaissé d'hémoglobine, préopératoire et un taux faible d'hémoglobine postopératoire.

L'auteur insiste sur l'importance de corriger d'une manière rigoureuse, avant, pendant et après l'opération, tous les déficits sanguins, afin d'éviter à l'opéré tout effort supplémentaire d'hématopoïèse.

Edouard DESJARDINS.

C. COLMAN, F. B. HERSHEY, J. O. SKAGGS et A. SPENCER. — **Le sérum LDH dans le diagnostic de l'abdomen aigu chirurgical.** *(Serum lastic dehydrogenese in the diagnosis of the acute surgical abdomen.)* "Surgery", **44:** 43-52 (juillet) 1958.

Les modifications enzymatiques du sérum sanguin paraissent utiles pour l'orientation du diagnostic dans un certain nombre de maladies chirurgicales et non chirurgicales. La réaction LDH *(serum lactic dehydrogenase)* est élevée dans l'infarctus du myocarde et elle s'est montrés également très active dans la période préopératoire de cas de nécrose intestinale secondaire à un volvulus ou à une thrombose mésentérique. L'ensyme LDH a été choisie par les auteurs pour leurs expérimentations à cause de sa concentration relativement élevée dans l'intestin et la muqueuse intestinale.

Une augmentation de LDH *(serum lactic dehydrogenase* a été notée dans 8 cas sur 11 d'infarctus intestinal et elle dépassait alors de trois fois le chiffre normal.

Quel qu'en soit le mécanisme, il est constant de retrouver dans tous les cas de LDH élevée une nécrose tissulaire.

Si le sérum LDH dépasse 300 chez un patient qui souffre d'occlusion intestinale, la nécrose intestinale est presque certaine à moins que ne se trouve ailleurs un autre foyer de nécrose ou d'infarctus.

L'occlusion grêle mécanique sans nécrose, la péritonite localisée ou généralisée, les opérations très étendues n'amènent pas habituellement de hausse du sérum LDH.

La valeur diagnostique du test est discutée avec preuves à l'appui par les auteurs qui donnent aussi une méthode de détermination du sérum LDH facile, rapide et simple.

En conclusion, l'activité du sérum LDH se manifeste surtout dans la nécrose intestinale; il ne faut pas oublier toutefois que le taux peut être augmenté également dans l'infarctus du myocarde, du poumon ou du rein.

Edouard DESJARDINS.

NEURO-PSYCHIATRIE

Albert F. PETERMAN, Robert E YOSS et Kendall B. CORBIN. — **Le syndrome de l'occlusion de l'artère spinale antérieure.** *(The syndrome of occlusion of the anterior spinal artery.)* "Proc. Staff Meet. Mayo Clinic", **33:** 31 (22 janv.) 1958.

L'artère spinale antérieure est la principale artère nourricière de la moëlle épinière. Elle nait à sa partie supérieure des deux artères vertébrales au niveau du tronc occipital et elle parcourt toute la moëlle de haut en bas dans le sillon médian antérieur. Par des branches qui s'en détachent bilatéralement à direction transversale et d'avant en arrière, surtout les artères centrales antérieures ou artère du sillon antérieure, ces vaisseaux artériels vont porter le sang à la majeure partie des éléments de la moëlle, soit les cornes grises antérieures, les cordons antérieurs et latéraux, la partie centrale de la substance grise.

L'artère spinale antérieure est, en surplus, alimentée à différents étages par les artères radiculaires antérieures qui viennent des vertébrales, des intercostales et des artères lombaires. Ces artères radiculaires antérieures sont au nombre de 6 à 8. Il existe en plus des artères spinales postérieures, à direction longitudinale comme la spinale antérieure, latéralement situées de chaque côté par rapport à l'entrée des racines postérieures dans la moëlle, formées et alimentées par les vertébrales et par 16 artères radiculaires postérieures partent des branches à direction transversale qui vont irriguer les cordons et les cornes postérieurs.

En plus, un riche réseau pré-mérien entoure la moëlle, grâce à des branches circonférentielles qui prennent naissance des radiculaires et des spinales antérieures et postérieures.

De multiples anastomoses forment ce réseau artériel périmédullaire d'où partent des branches à direction transversale qui nourrissent une portion marginale et circonférentielle peu profonde de la moëlle. En fait, le principal système d'irrigation artérielle de la moëlle

provient de la spinale antérieure. Aussi, l'occlusion de cette artère provoque une symptomatologie neurologique assez définie, étendue dans le territoire d'innervation sous-jacent au niveau médullaire de l'occlusion. Les phénomènes pathologiques causés sont une paralysie spastique, de l'anesthésie thermo-algésique et des troubles sphinctériens. Les sensibilités profondes et tactiles sont respectées par le fait que les cordons postérieurs sont du régime des spinales postérieures. Le syndrome s'installe brusquement, la circulation s'interrompant subitement sous l'effet de causes diverses, provoquant l'infarcissement de la moëlle, comme la syphilis, le traumatisme, le spasme vasculaire, la coarctation de l'aorte, l'anévrysme disséquant de l'aorte, la compression de l'aorte abdominale durant des interventions chirurgicales, l'artériosclérose, des tumeurs intrarachidiennes, une fracture vertébrale, une hernie discale et d'autres agents mécaniques qui peuvent entraver l'apport sanguin à la moëlle.

D'autre part, l'occlusion des spinales postérieures ne déclenche pas un syndrome clinique identifiable.

Les auteurs font la revue de 10 cas d'occlusion de la spinale antérieure dont ils rapportent cinq observations.

Dans 6 de ces 10 cas, on put déceler la cause de l'obstruction; elle fut une occlusion de l'aorte chez deux malades, la syphilis, un hémangiome de la moëlle, un traumatisme vertébral à la région cervicale, la coarctation de l'aorte. Chez les 10 malades une amélioration partielle des fonctions de conduction sensitivo-motrice de la moëlle s'est manifestée.

Roma AMYOT.

PNEUMOLOGIE

E. O. ATTINGER, M. M. GOLDSTEIN et M. S. SEGAL. — **Les effets de la cigarette sur la mécanique de la respiration. I. — Sujets normaux.** *(Effects of smoking upon the mechanics of breathing. I. — In normal subjects.)* "Am. Rev. Tub. Pulm. Dis.", **77:** 1 (janv.) 1958.

Plusieurs auteurs ont déjà soutenu que la cigarette pouvait avoir un effet néfaste sur le système respiratoire, soit en causant une toux chronique et une bronchite, soit en altérant quelque peu la fonction pulmonaire. Attinger et ses collaborateurs, font un examen de la mécanique respiratoire chez 20 sujets normaux, dont 9 n'étaient pas des fumeurs et 11 étaient de bons fumeurs, avant et après que ces sujets eurent fumé une ou deux cigarettes.

Ils observèrent que la capacité d'accommodation (i.e. pulmonary compliance) des poumons pour l'air respiré était normale chez les fumeurs autant que chez les non-fumeurs, et que le fait de fumer une ou deux cigarettes ne modifiait pas ces résultats. Cependant quand les sujets hyperventilaient volontairement, chez 5 d'entre eux apparut une certaine modification de la mécanique respiratoire qui peut être considérée comme anormale.

Les auteurs concluent en disant que la cigarette ne semble pas avoir d'effet désastreux sur la mécanique de la respiration.

(Il reste possible cependant que si les auteurs avaient pu observer l'effet de la cigarette sur les résistances non-élastiques, comme d'autres chercheurs l'ont déjà fait, ils auraient pu noter une augmentation de ces résistances causée par la cigarette).

Charles LEPINE.

ANESTHESIE

H. A. LINCOFF, G. M. BREININ et A. G. De VOE. — **L'action de la succinylcholine sur les muscles extrinsèques de l'œil.** *(The effect of succinylcholine on the extraocular muscles.)* "Am. J. Ophth.", **43:** 440 (mars) 1957.

Le but que se proposent ici les auteurs est de prouver que l'administration intraveineuse de suxaméthonium n'augmente pas la tension intraoculaire quand la narcose ou l'analgésie locale sont adéquates; sous ces conditions, il n'y aurait point de danger à utiliser ce myorésolutif dans les cas de glaucome et en chirurgie oculaire.

Leur étude est étayée sur des observations expérimentales et cliniques.

Dans une première série de recherches effectuées chez des chats et des chiens, les auteurs sectionnent les muscles obliques inférieurs, lesquels sont reliés à un appareil amplificateur et enregistreur. Pour obtenir une réponse précise, une stimulation est transmise à toutes les quinze secondes au moyen d'une électrode fixée au nerf du muscle. Après injection de succinylcholine, les contractions musculaires de l'œil apparaissent alors pour redevenir ensuite normales lorsque l'effet de la drogue est passé, une contre-épreuve, faite en même temps au niveau du gastrocnémien, indique une paralysie flasque de ce muscle squelettique.

En vue d'établir d'une façon certaine l'action de la succinylcholine sur la tension oculaire, une canule est insérée dans l'œil; l'injection intraveineuse de ce curarisant (0.05 mg par kilogramme de poids) amène une augmentation de la pression intraoculaire évaluée à douze millimètres de mercure.

Les auteurs avaient antérieurement constaté sur 75 malades une contraction nette des muscles extrinsèques de l'œil et une hypertension intraoculaire moyenne de 7.8 millimètres de mercure, lorsqu'ils donnaient à ces patients 2.5 milligrammes de suxaméthonium par kilogramme de poids comme préparation à l'électro-choc.

Pour mieux contrôler les résultats de leurs travaux, ils se servirent d'un électromyographe. A telles enseignes, ils citent le cas d'un malade (143 livres) qui reçut comme induction un soluté intraveineux de pentothal sodique en goutte-à-goutte; dès que l'activité volontaire des yeux cessa, une injection de 5 milligrammes de succinylcholine provoqua une réponse modérée à l'endroit du muscle droit interne sur lequel on avait au préalable appliqué une électrode. Quand la narcose devint plus profonde, aucune réaction musculaire ne put être reproduite même avec 10 et 15 milligrammes de ce curarisant.

D'après Lincoff, Breinin et De Voe, il appert que l'administration de la succinylcholine peut causer, en certaines instances, une hypertension intraoculaire exagérée, voire une perte du corps vitré; mais le sujet est à l'abri de ces accidents si la narcose est suffisamment profonde, ou si une bonne analgésie locale (novocaïne avec hyaluronidase) est pratiquée au niveau de la région rétrobulbaire (Pabst).

René LEBEAU.

A. FRONEK et Z. PISA. — **Correction de la dépression myocardique causée par le Pentothal.** ***(Contribution to the therapy of myocardial depression caused by thiopentone sodium. Studied by high frequency cardiomyography.)*** "Br. J. of Anest.", **28:** 366 (août) 1956.

Un baisse de tension artérielle survient occasionnellement avec l'administration intraveineuse de barbituriques pour l'anesthésie; plusieurs travaux rapportent cette chute tensionnelle par action directe dépressive sur le myocarde; certains autres l'attribuent à des réactions vasomotrices sur le lit vasculaire périphérique.

L'auteur rapporte l'expérience faite sur 15 chiens: tension artérielle moyenne calculée dans l'aorte et la force myocardique évaluée par un enregistreur cardiomyographique à haute fréquence.

Dans une autre expérience sur six chiens, 25 à 50 mg de Pentothal sont injectés directement dans une branche descendante de la coronaire gauche selon la méthode de Tennant.

Les expériences de l'auteur démontrent que le Pentothal joue un rôle important de dépression de la contractilité myocardique, avec hypotension concomitante. Ces phénomènes seraient corrigés par l'administration de chlorure de calcium.

Selon l'auteur, le chlorure de calcium pourrait être d'utilité chez les coronariens, les malades en état de shock, chez qui un emploi des barbituriques serait indiqué.

Gérard MIGNAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

M. GIRARD et M. COULOT. — **Valeur diagnostique de la laparoscopie en pathologie digestive.** "Le Journal de Méd. de Lyon", 49-67 (20 janv.) 1958.

1. Ce travail est basé sur 174 examens laparoscopiques effectués sans le moindre accident. C'est une méthode d'exploration simple, de technique bien codifiée et dénuée de dangers.

L'élément essentiel est constitué par la qualité et l'expérience de l'observateur dans un examen de valeur aussi subjective; on comprend ainsi l'importance et l'intérêt que représenterait une iconographie photographique complète associée.

L'intérêt de cet examen est avant tout de donner une image directe des lésions grâce à l'exploration visuelle, champ par champ, à la palpation instrumentale des organes et aux techniques associées: biopsie dirigée et angiocholégraphie contrôlée.

2. Dans les ictères (41 observations), la laparoscopie a permis aux auteurs: de différencier le foie de l'hépatite: congestif puis pâle, au bord antérieur mince et tranchant cerné de blanc, du foie de rétention: hypertrophique, lisse, ferme, verdâtre, au bord antérieur mousse et arrondi; de découvrir et de suivre un processus cirrhogène; de préciser l'état de la vésicule et parfois des voies biliaires et aussi de prévoir la lithiase ou le cancer et parfois le siège exact d'une obstruction.

3. Dans les cirrhoses (60 observations), la laparoscopie est aussi très utile. Elle a non seulement confirmé le diagnostic mais surtout elle permet: de porter un diagnostic général par le type anatomique découvert et suivi; de découvrir des lésions associées, néoplasme ou tuberculose, modifiant ainsi l'orientation du traitement. A cet égard, les auteurs soulignent la valeur incomparable de cet examen.

4. Dans les gros foies suspects, la laparoscopie apporte des éléments de certitude à un stade précoce, évitant ainsi un certain nombre de laparotomies exploratrices. En effet, elle a permis aux auteurs: d'éliminer le cancer du foie dans des cas cliniquement douteux; d'affirmer un cancer du foie plus ou moins soupçonné cliniquement mais non certain; de découvrir un cancer associé à une cirrhose éthylique. Dans les gros foies de diagnostic difficile, cette méthode d'examen doit devenir pratiquement systématique.

4. Dans les ascites non cirrhotiques, la laparoscopie rend aussi de grands services.

C'est la seule méthode qui permet à un stade précoce de débrouiller parfois le problème diagnostique difficile que posent certaines ascites d'étiologie imprécise, en découvrant une tumeur hépatique ou ovarienne, une péritonite tuberculeuse. Certaines observations sont très instructives. La laparoscopie a permis ainsi d'orienter la thérapeutique dès les premières phases de la maladie. On ne peut concevoir, aujourd'hui, le diagnostic des ascites sans faire appel à cet examen.

6. Enfin, la laparoscopie peut fournir d'utiles renseignements dans diverses circonstances que l'avenir permettra sans doute de mieux classer: tumeurs abdominales de sièges divers, hématèmèses graves d'apparence cryptogénétiques, urgences abdominales ou gynécologiques.

Guy ALBOT.

UROLOGIE

D. Cramer REED. — **L'emploi du Cytomel dans la subfertilité masculine.** *(Male subfertility treatment with lithyronine "Cytomel".)* "The J. Urology", **79:** 868 (mai) 1958.

Quarante-cinq individus oligospermiques ont été traités avec Cytomel pendant 3 à 26 semaines. La dose maximum a été de 25 microgrammes par jour.

Environ 70 pour cent des patients ont montré une augmentation dans le nombre et la vitesse des spermatozoides de l'éjaculation entière.

Dix-huit patients ont pu être reclassifiés comme relativement fertiles ou même très fertiles après une période de thérapie avec cytomel. Huit épouses de ces dix-huit patients sont devenues enceintes.

Il n'y a pas de relation entre la durée de la thérapie et la réponse thérapeutique. Seulement un individu a rapporté des effets secondaires non désirables.

La bonne réponse observée dans cette évaluation clinique du Cytomel pour augmenter la fertilité chez le mâle, suggère que l'emploi de ce médicament demande des investigations plus poussées.

Paul-Marcel BELANGER.

DERMATOLOGIE

F. T. BECKER, M. G. FREDERICKS, J. F. SCHMID et J. L. TUNRA. — **Une évaluation du Meprobamate dans le traitement de dermatoses choisies.** *(An evaluation of Meprobamate in the management of selected dermatoses.)* "A. M. A. Arch. of Dermatology", **406:** 77 (août) 1958.

Les auteurs apportent les résultats obtenus et les réactions observées chez 260 malades souffrant de dermatoses variées qu'ils ont traitées avec le Meprobamate.

La majorité des malades ou bien avaient des éruptions chroniques ou bien étaient sujets à des exacerbations de leur dermatose. La plupart présentaient des troubles émotionnels. Tous furent gardés sous observation pendant une période allant de 2 semaines à 18 mois.

Les résultats, résumés en un tableau, sont étiquetés « excellents à bons » quand le malade admet se sentir mieux, que les symptômes tensionnels s'amendent ou que l'éruption s'améliore plus rapidement qu'avec le traitement local seul. « Passable à mauvais » indique que les symptômes ne se sont pas améliorés ou que le malade n'a pas de préférence pour le meprobamate sur les autres sédatifs. Les résultats sont classés comme « échecs » quand le malade présente des réactions assez sévères pour nécessiter l'arrêt du médicament.

Le méprobamate n'a que peu d'effet sur le prurit.

Les réactions allergiques observées chez 10 malades sont de deux sortes: urticaire et oedème angioneurotique qui disparaissent habituellement en 5 à 7 jours, et éruption morbiliforme qui apparaît environ une semaine après le début du traitement.

Des troubles gastro-intestinaux furent observés dans quelques cas.

Une sédation excessive fut notée dans près de 10% des cas.

Quelques malades présentèrent du vertige, de la céphalée ou de l'épistaxis.

Les résultats les plus favorables furent obtenus dans les cas de névrodermite disséminée: 50% de résultats excellents ou bons. Ce bon effet du meprobamate peut s'expliquer par le fait que le médicament ne fut donné que dans des cas où la tension nerveuse était un symptôme prédominant.

Des réactions allergiques furent observées dans près de 4% des cas et des réactions secondaires plus ou moins sérieuses dans 10% des cas.

Les auteurs sont convaincus que le meprobamate est un tranquillisant efficace. Ils sont d'avis qu'il devrait être prescrit aux malades irritables, anxieux et sous tension nerveuse.

En terminant les auteurs expriment l'opinion que le meprobamate, médicament puissant mais non sans danger, ne devrait être vendu que sur ordonnance médicale et qu'un contrôle sur les répétitions d'ordonnances semble indiqué.

Henri SMITH.

ANATOMIE PATHOLOGIE

R. M. GREENDYKE et G. L. EMERSON. — **L'incidence de l'histoplasmose dans le nodule solitaire du poumon dans une région non-endémique.** *(Occurence of histoplasma in solitary pulmonary nodules in a non-endemic area.)* "Amer. J. Clin. Path.", **29:** 36 (janvier) 1958.

Dans un hôpital de Rochester, New-York, on a ré-étudié les 26 dernières résections chirurgicales du poumon où la lésion avait été étiquetée « granulome caséeux d'étiologie indéterminée » ou « granulome tuberculeux ». Comme examen, on fit une coloration ordinaire, une coloration pour le B.K., un P.A.S.

et une coloration de Gomori au nitrate d'argent-méthénamine (methenamine-silver-nitrate). D'après la morphologie, on s'est cru justifié de porter le diagnostic d'histoplasmose dans 20 des 26 cas.

Voici ce que l'on relève de l'observation de ces 20 malades: il y a 9 hommes et 11 femmes, dont l'âge varie de 25 à 71 ans. Dans 13 de ces 20 cas, la découverte de ces lésions a été fortuite à la suite d'un examen radiologique. Pour les 7 autres, les symptômes étaient: toux dans 5 cas, dyspnée dans 2 cas, hémoptisie dans 2 cas et pneumonie résiduelle dans 1 cas. Sur 19 de ces individus revus, 16 n'ont jamais vécu dans une région reconnue comme endémique et 3 ont fait des séjours dans une région considérée comme endémique.

Dans 17 de ces 20 cas, la recherche du B.K. avant la résection pulmonaire a été négative. Le test cutané à l'histoplasmine a été positif dans 14 des 15 cas où on l'a pratiqué. La lésion se présentait comme un « tuberculome » encapsulé avec ou sans lésion satellite au pourtour. On n'a pas trouvé de lésion cavitaire.

Dans 3 des cas, on a noté une fibrose importante au pourtour de la lésion et s'étendant le long des bronches lobaires.

L'examen microscopique montre une lésion nodulaire constituée par une substance acidophile à travers laquelle on reconnaît des fantômes d'alvéoles: le tout est circonscrit par une capsule faite d'un collagène hyalin souvent laminé. Dans les 20 cas, c'est la coloration au nitrate d'argent méthénamine qui a silhouetté les parasites assez facilement, étant donné leur grand nombre. Le P.A.S., qui teinte les organismes d'une façon moins intense, n'a révélé leur présence que dans les deux tiers des cas connus par l'argentation.

S. LAUZE.

LABORATOIRE

Nicole HARDY. — **Le test d'immobilisation des tréponèmes.** "Biologie médicale", **47:** 181, 1958.

Le test d'immobilisation des tréponèmes consiste à mettre en évidence dans le sérum des sujets syphilitiques un anticorps agissant « in vitro » sur l'agent pathogène de la maladie, le tréponème. Il repose sur des faits connus depuis longtemps, en particulier sur l'immobilisation spécifique d'un germe (antigène) par des anticorps spécifiques de ce germe. Dans le cas présent l'antigène est constitué par une suspension de tréponèmes vivants et virulents à partir de l'orchite expérimentale du lapin. L'anticorps de son côté est contenu dans les sérums syphilitiques inactivés par chauffage à 56° C. Pour remplacer le complément ainsi détruit on utilise un excès de sérum frais de cobaye. La réaction se pratique en anaérobiose à la température de 35° C.

Ainsi vue en raccourci la technique peut paraître assez simple mais elle comporte en réalité de nombreuses difficultés que seule une longue expérience des tests sérologiques permet de maîtriser. On sait toutefois que dans un premier temps de la réaction, l'anticorps en se fixant sur l'antigène le sensibilise, et que dans un deuxième temps, l'addition de complément permet l'immobilisation des tréponèmes sensibilisés. Toutefois la concentration du complément doit être d'autant plus élevée que celle des anticorps est plus faible. Contrairement à l'hémolyse qui se produit assez rapidement dans les réactions de type hémolytique, l'immobilisation des tréponèmes ne s'opère qu'après un temps de latence de deux à trois heures.

Les modifications apportées à la méthode originelle de Nelson et Mayer ont porté soit sur le milieu de conservation dans le but d'améliorer la survie des tréponèmes, soit sur des modalités d'exécution de la technique dans le but d'en améliorer la sensibilité.

Sans entrer dans tous les détails que signale l'auteur, disons que les tréponèmes utilisés comme antigène proviennent de la souche Nichols, entretenue depuis 40 ans par des passages successifs de lapin à lapin. L'inoculation intratesticulaire se traduit par une orchite expérimentale aiguë riche en tréponèmes qu'on extrait au moyen d'un appareillage compliqué et en anaérobiose. La préparation

du complément ne présente pas de difficulté. Quant aux conditions de prélèvement des sérums à tester il faut rappeler que les patients devront être à jeun et ne devront pas avoir reçu, les jours précédents, de médicaments actifs contre les tréponèmes.

Le test initial qualitatif peut devenir un test quantitatif par dilution des sérums, ce qui a permis de classer ces sérums en trois catégories: sérums à titres bas, inférieurs à 100; sérums à titres moyens, de 100 à 1000; sérums à titres élevés, supérieurs à 1000.

Du point de vue spécificité, le test d'immobilisation des tréponèmes est le premier applicable au diagnostic de la syphilis. L'anticorps qui se développe après l'infection tréponémique — l'immobilisine — présente de son côté une spécificité absolue à l'égard de la syphilis et de l'ensemble des tréponématoses. Trouvée positive dans la lèpre par certains auteurs, il semble acquis maintenant que la positivité ainsi constatée correspond au pourcentage d'endémie syphilitique de la région.

La sensibilité de la réaction relève de plusieurs facteurs: dose du complément, concentration en tréponèmes de la suspension antigénique, durée de la période d'incubation, température d'incubation, dose de sérum introduite dans la réaction, etc. On a même signalé la sensibilisation possible des tréponèmes par un anticorps développé chez le lapin inoculé. Tous ces points démontrent clairement l'importance qu'il y a d'élaborer une technique rigoureuse qui, suivie à la lettre, permet une reproductibilité parfaite de la réaction.

En ce qui concerne l'intérêt clinique du test d'immobilisation, « dans les cas pour diagnostic le T.P.I. qualitatif apporte des certitudes et permet de trancher le diagnostic de syphilis là où ni les signes cliniques ni les signes sérologiques ne pouvaient être des arguments décisifs. ». — Chez un sujet n'ayant jamais reçu de traitement antisyphilitique, et sauf au tout début de la syphilis, car la positivité est lente à apparaître, un T.P.I. négatif permet d'exclure la syphilis; un T.P.I. positif permet d'affirmer une syphilis présente ou passée, acquise ou congénitale. Les réactions faiblement positives devront toutefois être reprises et retrouvées sur un autre échantillon.

Au cours de la surveillance sérologique des sujets traités l'investigation par la méthode quantitative devient une nécessité. Ainsi il ressort des observations de l'auteur « que le titre est d'autant plus élevé que la syphilis a évolué plus longtemps sans traitement; les accidents secondaires contemporains du chancre donnent des titres moins élevés que la syphilis secondaire apparaissant plus loin du contage.

En conclusion l'auteur signale que le test a une valeur diagnostique certaine et qu'il est d'une grande utilité dans la surveillance sérologique des sujets traités. Une réaction négative est le meilleur critère de guérison; une réaction qualitative positive chez les sujets traités ne permet aucun pronostic, il faut recourir au test quantitatif — 1 — au moment de la découverte initiale des signes cliniques ou sérologiques; — 2 — dès que chez le sujet traité la sérologie classique est négative ou que les résultats des réactions classiques se dissocient; — 3 — dès qu'apparaissent des signes cliniques évoquant un accident tardif.

Albert BERTRAND.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Journée médicale du 26 avril 1958

Tenue en l'hôtel Reine-Elizabeth

Présidence du docteur L.-Philippe Bélisle.

La réhabilitation aujourd'hui et demain.

DOCTEUR GUSTAVE GINGRAS,
de l'Institut de Réhabilitation de Montréal.

Au début de sa conférence, le docteur Gingras mentionne qu'il n'y a plus que les pays sous-développés qui, faute de ressource financière immédiate, de renseignements sur les techniques modernes de la médecine physique et de la réhabilitation, et surtout de structures sociales pouvant favoriser une action communautaire concertée, qui soient encore excusables de ne pas mettre sur pied un plan d'ensemble de réhabilitation éclairé, structuré et fonctionnel.

La réhabilitation dépasse carrément l'individu, la famille et la communauté immédiate non seulement à cause du nombre des handicapés — 7% de la population canadienne, 25% de la population d'Extrême-Orient — mais parce que ce travail est devenu si complexe et si spécialisé qu'il exige un programme précis.

Sur le plan économique, la réhabilitation présente des avantages multiples:

a) Elle est en mesure de réintégrer plusieurs handicapés au travail. Actuellement, 3% de la population susceptible d'exercer un emploi se trouve paralysé pour cause d'un handicap physique; deux Canadiens sur cent vivent aux dépens de leurs familles et de l'assistance publique;

b) tous les hôpitaux de quelque importance devraient avoir un département de médecine physique et de réhabilitation et des centres généraux de réhabilitation devraient être également institués. Le coût d'opération de ces derniers n'est que le tiers de celui des hôpitaux généraux, et le coût de construction en est infiniment moindre. Un seul centre peut desservir plusieurs hôpitaux et permettre une économie importante de jours-hospitalisation au bénéfice des cas aigus;

c) avec l'avènement de l'assurance-santé, la réhabilitation pourrait contribuer à orienter le programme de santé de façon plus positive et dynamique, surtout en ce qui concerne les malades chroniques.

La médecine physique et la réhabilitation, qui se concentre tout particulièrement sur la prévention des détériorations fonctionnelles et leur récupération maximum, n'est pas une spécialité séparée que la médecine doit admettre comme les autres, mais dans un sens se prolonge dans la pratique générale et y occupe une place peut-être aussi importante que la prévention, le diagnostic et le traitement.

La réhabilitation proprement dite s'adresse:

1) Aux patients qui récupèrent sans séquelles importantes, mais dont la guérison peut s'accélérer en faisant de la convalescence une phase de la réhabilitation complète par un dosage adéquat de repos et d'activité;

2) les patients atteints d'infirmités permanentes et irréversibles, tels que les amputés, les paraplégiques, etc., qui doivent se réadapter de façon définitive;

3) les patients qui souffrent de tuberculose, arthrite, rhumatisme ou présentant des phénomènes psychosomatiques;

4) les patients atteints de maladies chroniques dégénératives qui peuvent se réhabiliter temporairement et, tout au moins, conserver leur indépendance vis-à-vis les activités de la vie quotidienne. Nous devons étudier tout particulièrement ces problèmes qui, avec celui de la gériatrie, sont susceptibles de confronter bientôt notre société de façon très aiguë. En 1980, 40% de la population serait composée de personnes de 45 ans et plus.

Dans la province de Québec, malgré les progrès à faire, il semble que les bases de la

médecine physique et de la réhabilitation soient définitivement jetées. En plus de l'augmentation des services de médecine physique et réhabilitation, deux nouveaux centres de réhabilitation, l'un à Québec, l'autre à Chicoutimi, se sont récemment ajoutés aux centres existants. Sept médecins physiatres sont maintenant accrédités et six médecins résidents poursuivent leur spécialisation. La médecine physique et la réhabilitation fait maintenant partie du programme d'étude de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Dans les secteurs para-médicaux, on compte, en plus de l'Ecole de physiothérapie et de thérapie d'occupation de l'Université McGill qui date de 1945, l'Ecole de héhabilitation de l''Université de Montréal fondée en 1954 et où se préparent les physiothérapeutes, les thérapeutes d'occupation, les orthophonistes et les audiologistes d'expression française.

Il serait souhaitable que des cours soient mis au point pour les infirmières désireuses de se spécialiser en réhabilitation et les professions connexes, tels que la psychologie, l'orientation scolaire et professionnelle, le service social, la pédagogie, le reclassement.

En conclusion:

a) Nécessité d'intégrer dans le travail de groupe plusieurs disciplines de plus en plus multiples et distantes sans perdre de vue l'essentiel, le patient;

b) besoin d'enquêtes relatives à l'étendue et à la gravité du problème de l'infirmité au Canada et dans la province de Québec, en particulier pour orienter notre action et nos études;

c) l'observation du processus de réhabilitation avec ses articulations physiques, psychiques et sociales peut apporter une perspective de recherche intéressante;

d) la médecine physique et la réhabilitation ont maintenant atteint un degré suffisant de maturité pour influencer la pratique générale. En effet, la profession médicale s'intéresse de plus en plus à cette spécialité et se renseigne sur ses principes et son expansion présente. Nul doute qu'il en résultera un progrès immense dans l'attitude des individus et de la société vis-à-vis les handicapés physiques.

La splénectomie — 1937-1957.

DOCTEUR DONAT-P. CYR,
de la Clinique Lahey, de Boston.

Le docteur Cyr mentionne que la rate demeure un organe mystérieux, mais beaucoup mieux connu depuis l'avènement de la splénectomie. Cependant, d'ajouter le conférencier, parfois, la splénomégalie demeure inexpliquée. Le docteur Cyr rapporte l'étude de 252 cas de splénectomie de 1937 à 1957 et décrit la classification suivante:

1) Purpura thrombocytopénique — 40 cas furent opérés avec une mortalité de 2.5%. Une hypothèse formulée à cette condition fut qu'il existait probablement une hormone splénique qui inhibait la formation de plaquettes.

2) Anémie hémolytique sphérocytaire congénitale — 35 cas furent rapportés, sans mortalité.

3) Anémie hémolytique acquise — 31 cas furent opérés, avec 64% de bons résultats et 15% de résultats médiocres. L'hypothèse émise au sujet de cette affection était qu'il s'agit probablement d'une réaction immunologique;

4) Hypersplénisme avec cytopénie — 28 cas furent opérés, avec 67% de bons résultats et 24% de résultats médiocres;

5) Splénomégalie congestive — 102 cas furent opérés. Il y avait hypertension portale dans 91 cas; cytopénie dans 93 cas et des hémorragies gastro-intestinales dans 67 cas. On fit la splénectomie chez 48 patients: un shunt splénorénal dans 30 cas et un shunt porto-cave dans 10 cas. La mortalité opératoire fut de 14 cas. Les résultats donnèrent la correction de la cytopénie chez tous les patients, mais avec récidive dans 40% des cas.

En guise de conclusion, le docteur Cyr mentionna que des résultats satisfaisants, en ce

qui concerne la splénectomie, pouvaient être obtenus dans 85% des cas environ. La mortalité de cette intervention, à la clinique Lahey, de Boston, était de l'ordre de 7.4%.

La grande chirurgie d'exérèse des tumeurs hépatiques

DOCTEUR ALEXANDRE BRUNSCHWIG,
Université Cornell de New York.

Au début de sa conférence, le docteur Brunschwig mentionna que cette chirurgie du foie n'était pas nouvelle et que, forcément, il s'agissait d'une chirurgie très difficile.

Le conférencier dit que 150 cas de tumeurs hépatiques avaient été opérés. Le grand danger de cette opération est sans aucun doute l'hémorragie.

L'anesthésie est un facteur très important dans la réussite de cette chirurgie. Une hypotension artérielle est requise pendant toute l'intervention et elle est obtenue grâce à l'Arfonad. Le docteur Brunschwig informa l'auditoire que 80% du foie pouvait être enlevé.

Pour conclure, le conférencier ajouta que la lobectomie hépatique compliquée comportait une mortalité opératoire très élevée, dans l'ordre de 83%; cependant, la lobectomie simple est beaucoup mieux supportée par le patient.

Les critères du diagnostic de l'arthrite rhumatoïde et le rôle des stéroïdes dans le traitement de cette maladie.

DOCTEUR LOUIS-C. JOHNSON,
de l'Université McGill.

Au début de son exposé, le docteur Johnson mentionne que les cas avancés ne posent pas de problèmes de diagnostic; cependant, au stade du début, le diagnostic différentiel peut être très difficile. Il ajouta que les phénomènes de Raynaud précédaient souvent l'arthrite rhumatoïde. De plus, il ajouta que les lésions histologiques étaient aussi présentes dans les muscles et les synoviales. Il mentionna que le diagnostic différentiel devait se faire avec le syndrome épaule-main, l'ostéoarthropathie pulmonaire, l'arthrite gonococcique, le syndrome de Ritter, les hémophilies, la trichinose, la brucellose.

Il continua en soulignant que les principaux critères de diagnostic étaient: 1° Raideur articulaire le matin; 2° Douleur au mouvement; 3° Gonflement articulaire; 4° Nodosités; 5° Les signes radiologiques; 6° Les signes biologiques.

Au point de vue thérapeutique, le docteur Johnson mentionna le principal facteur du traitement qui est le Repos, ainsi que l'emploi des analgésiques; cependant, si le patient est confiné à la maison à cause de son incapacité, on est en droit d'employer les stéroïdes.

En guise de conclusion, il souligna que le temps et la patience étaient requis pour traiter les cas d'arthrite rhumatoïde et qu'il fallait être conscient des dangers toujours possibles lorsqu'on emploie des stéroïdes.

Le médecin et les moyens d'information.

DOCTEUR S. S. B. GILDER,
Rédacteur-en-chef du Journal de l'Association Médicale Canadienne (Toronto).

Le docteur Gilder commença par souligner que nous vivons dans un âge et dans un climat de publicité et certains prétendent que ce procédé démocratique de se justifier auprès de l'opinion publique est applicable à la médecine. Au cours des derniers vingt ans, nous avons assisté à une révolution dans les relations entre le médecin et le grand public. Il y a vingt ans, le médecin n'aimait pas, en général, s'entretenir avec les journalistes. Maintenant, le public désire des informations médicales et tout ce que le médecin peut faire est de contrôler et diriger ces informations. Informer ou instruire le public de certains faits médicaux aide à enlever les cloisons qui séparent le médecin du public et qui facilitent le travail des charlatans, tout en expliquant le refus à certains examens et traitements préventifs.

Il est certain que le meilleur moyen d'information médicale demeure le contact direct entre le médecin et le public, mais tous les médecins ne sont pas experts dans ce domaine; alors, on se sert d'un moyen indirect, comme les livres, la presse, les films, la télévision, la radio et les conférences.

Les grands dangers qui guettent le médecin qui tente d'instruire le public sont: la polémique, l'hyperbole et le langage isotérique. Le médecin a besoin de la collaboration du journaliste pour trouver les mots et les phrases qui assureront le succès de son appel. En général, ni le médecin, ni le journaliste ne sont capables d'entreprendre indépendamment ce travail d'information. Récemment, on a assisté à l'apparition d'écrivains scientifiques, et peut-être un jour aura-t-on des gens avec des diplômes de médecine et de journalisme pour permettre une meilleure compréhension entre le public et le médecin.

L'Association Médicale Canadienne a élaboré un Code de Collobaration avec la presse, l'an dernier. Ce Code a été conçu avec l'aide des représentants de la presse, de la radio et de la télévision, et, selon le Code, la presse ne doit consulter que des gens qualifiés pour les renseignements médicaux. On préconise l'établissement éventuel par les sociétés médicales d'une liste de porte-paroles qualifiés dans les diverses spécialités de la médecine et qui seront responsables pour toutes les communications avec la presse.

On cite les résultats satisfaisants qui ont été obtenus en France, en Allemagne et en Autriche avec les services de renseignements organisés par les organisations médicales en collaboration avec la presse. Au contraire, en Grande-Bretagne, on a récemment assisté à une lutte acerbe entre la British Broadcasting Corporation et l'Association Médicale de la Grande-Bretagne, au sujet d'une série de téléspectacles sur la chirurgie. La dispute était certainement secondaire à un manque de collaboration.

Les troubles digestifs fonctionnels.

Prof. Etienne BOLTANSKI, des hôp. de Paris.

(Cette communication paraîtra in extenso dans un prochain numéro de *L'Union Médicale du Canada.*)

Le secrétaire des séances,
Gilles LEDUC.

NOUVELLES

NOMINATIONS À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Les autorités de l'Hôpital Notre-Dame, par le truchement du Bulletin de Nouvelles Médicales, font connaître les nominations suivantes au sein du personnel médical:

Le docteur Georges Leclerc, chef du service de Dermato-syphiligraphie, en remplacement du docteur Albéric Marin qui a occupé ce poste durant 27 ans; le docteur Albéric Marin continue ses activités dans le service de Dermato-syphiligraphie à l'Hôpital Notre-Dame; le docteur Jean Piette, Assistant régulier senior en Pédiatrie; le docteur Jean Gratton, Assistant régulier junior en Médecine; le docteur Yves Piette, Assistant régulier junior en Médecine; le docteur Yvan Rouleau, Assistant régulier junior en Médecine; le docteur Robert Favreau, Médecin éligible en Obstétrique; le docteur Constant Papageorges, Médecin éligible en Médecine physique; le docteur Claude Dupont, Médecin éligible en Chirurgie; le docteur Nelio Renzi, Médecin éligible en Médecine; le docteur André Lanthier, Médecin éligible au Laboratoire de Biochimie; le docteur André David, Médecin éligible en Médecine.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE QUÉBEC

La réunion annuelle de la Société de Chirurgie de Québec a eu lieu le 10 mai 1958 sous la présidence du docteur François Roy. La séance clinique a eu lieu à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, alors que les travaux suivants ont été présentés:

Considérations sur 300 gastrectomies, par le docteur Hector Beaudet; *Urétéro-iléostomie,* par les docteurs Yves Gourdeau et Hector Beaudet; *Ventriculographie avec substance opaque,* par les docteurs Jean Sirois et Maurice Héon; *Considérations sur les amputations,* par les docteurs Robert Pagé et Jean-Marc Lessard; *Observation sur un kyste de l'ovaire,* par le docteur Paul-A. Poliquin et un forum sur les

Complications urinaires de la chirurgie, avec les docteurs Jacques Dubé, Jean-Luc Beaudoin, Jean de Saint-Victor, Peter Kozak, Robert Pagé et Jacques Turcot.

L'après-midi, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le docteur Newell W. Philpott, de Montréal, a prononcé une causerie intitulée: *The doctor and his Hospital,* sous les auspices de la conférence Vézina. Il a été présenté par le docteur René Simard et remercié par le docteur S. L. Pollack.

En fin d'après-midi, eut lieu l'assemblée générale annuelle sous la présidence du docteur François Roy, président sortant de charge. Les élections étaient à l'ordre du jour et donnèrent les résultats suivants: président: le docteur James M. Elliott; président-élu: le docteur R. Cauchon; vice-président: le docteur Jean Sirois; secrétaire: le docteur Wilfrid Caron; trésorier: le docteur Hector Beaudet; conseillers: les docteurs Florian Trempe, René Simard, Emile Simard, Paul-A. Poliquin, François Roy et Jean-Marie Lemieux.

LE PROFESSEUR PIERRE FABRE À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le docteur Pierre Fabre, professeur à l'Université de Toulouse, a présenté à l'Hôtel-Dieu de Montréal, samedi le 19 juillet 1958, un film personnel sur la néphrectomie par voie abdominale antérieure. Il a accompagné le film de commentaires appropriés. Le docteur Jean-Paul Legault a présenté le conférencier qui a été remercié par le docteur Jean Charbonneau.

Le docteur Auguste de Lille, présent à la réunion, a également dit quelques mots concernant l'amitié des gens du nord de la France pour le Canada et les Canadiens.

ÉLECTIONS À LA FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

L'assemblée générale annuelle de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec a eu lieu récemment à Montréal. A cette occasion, ont eu lieu les élections qui ont donné les résultats suivants: président: le docteur Aimé Leduc, de Valleyfield; premier vice-président le docteur Jules Dorion, Québec; deuxième vice-président: docteur Jean-Paul Fortier, Sherbrooke; troisième vice-président: docteur Albert Dumas, Montmagny; secrétaire-trésorier: docteur L.-P. Laporte, Montréal; secrétaire-adjoint: docteur Raymond Caron, Montréal; directeurs: docteurs C.-A. Levasseur, Ste-Angèle de Laval, Conrad Gagnon et René Major, Montréal; représentant du Collège des Médecins et Chirurgiens: docteur Paul-René Archambault.

LE DOCTEUR EDOUARD GAGNON, RAPPORTEUR AU CONGRÈS DE HALIFAX DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

Le docteur Edouard Gagnon, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Institut de Cardiologie, a présenté le 18 juin 1958 à la réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne tenue à Halifax un travail intitulé: *"Assessment of results in lung cancer surgery".*

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ROMA AMYOT

Le docteur Roma Amyot, chef du service de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame et rédacteur en chef de l'Union Médicale du Canada a été élu, le 28 avril 1958, membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris.

COURS SPÉCIAUX ORGANISÉS PAR L'INSTITUT DE RÉHABILITATION DE MONTRÉAL

Un cours pour les officiers de placements spéciaux aura lieu à l'Université de Montréal du 4 au 29 août 1958. Ce cours, autorisé par la Commission d'Assurance-Chômage du Canada, se donnera dans les cadres de l'Extension de l'enseignement de l'Université de Montréal.

Le programme du cours porte sur l'aspect médical et psycho-social du reclassement des handicapés et prévoit un certain nombre de séminaires et de cliniques.

Au nombre des professeurs invités, on note les docteurs Gustave Gingras, Léopold Morissette, Roger R. Lemieux, Edouard Desjardins, Cartier Giroux, Claude Bertrand, Eugène Robillard, Marcel Belzile, Philippe Brunelle, Rosario Robillard, Edgar Lépine, de Guise Vaillancourt, François Archambault, Paul David, B. Cormier, Georges Leclerc, Charles Lépine, Ernest Bousquet, Maurice Mongeau, Prud'homme St-Germain et R. Lantier.

LE DOCTEUR FERNAND MONTREUIL À L'"AMERICAN LARYNGOLOGICAL ASSOCIATION"

Le docteur Fernand Montreuil, récemment élu membre de l'*American Laryngological Association,* a participé en mai 1958 au Congrès de l'Association tenu à San Francisco.

Il a également pris part au Congrès de la *Canadian Otolaryngological Association* tenu le 9 juin 1958 à Halifax et à la réunion tenue le 19 juin 1958, à Honey Harbor, de l'Institut National du Cancer du Canada.

BOURSIERS DE LA "CANADIAN LIFE INSURANCE FELLOWSHIP FUND"

Les officiers de la *"Canadian Life Insurance Fellowship Fund"* annoncent que des bourses d'études ont été accordées à 14 médecins. Le montant total alloué dépasse $65,000.00 et les bourses individuelles vont de $3,500.00 à $6,000.00. Sept bourses sont des renouvellements et sept sont des bourses inaugurales.

Les boursiers sont les docteurs E. C. Elliot (Université d'Alberta), W. B. Chung (Université de Colombie-Britannique), J. Sidorov Université Dalhousie), Jean-Marie Loiselle (Université Laval), G. R. Cumming (Université du Manitoba), C. J. P. Giroux, J. B. Dossetor et A. Taussig (Université McGill), Jean Leduc (Université de Montréal), J. W. Kerr (Université Queen's), A. Rapoport, G. F. Buckley et P. G. Urback (Université de Toronto) et N. M. Lefcoe (Université Western Ontario).

CONFÉRENCE À GRANBY DU DOCTEUR GUY ST-LAURENT

Le docteur Guy St-Laurent, du service de pédiatrie de l'Hôpital Notre-Dame, a donné une conférence sous les auspices de la Société Médicale de Granby, le 6 mars 1958.

Cette conférence était intitulée: Diarrhée et déshydratation.

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN PNEUMOLOGIE POUR TOUS LES MÉDECINS ET LES INTERNES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Les autorités de l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont et de l'Institut Lavoisier sont heureuses d'offrir à tous les médecins et internes de la province un cours de perfectionnement en pneumologie. Ce cours, qui se tiendra à l'auditorium de l'hôpital, les 8, 9 et 10 octobre 1958, sera sous le patronage du Dr Marcel Verschelden, directeur médical, et sous la direction du comité des programmes de l'hôpital. Les conférenciers ont été choisis dans le personnel médical de plusieurs hôpitaux de Montréal; ils s'efforceront de traiter des problèmes les plus modernes posés par les maladies pulmonaires et thoraciques. Le programme sera annoncé prochainement et permettra de juger de la qualité de ce cours. Les inscriptions pourront être reçues dès le début du mois de septembre.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR BERTRAND PRIMEAU À FREDERICTON

Lors de l'inauguration du Centre de réhabilitation de Fredericton, N.B., le docteur Bertrand Primeau, consultant et chef de la section de réhabilitation au ministère de la santé nationale et du bien-être social, a présenté une conférence intitulée: *"Medical rehabilitation Services in Canada — Use of Grant Funds"*.

TRAVAIL DU DOCTEUR MAURICE DUFRESNE PRÉSENTÉ À SAN FRANCISCO

Le docteur Maurice Dufresne, du service de radiologie de l'Hôpital Notre-Dame, a présenté un travail intitulé: *"Problems in Hystero-salpyngography"* au Congrès de l'*American Medical Association*, tenu à San Francisco du 23 au 27 juin 1958.

NEUVIÈME COURS ANNUEL DE PERFECTIONNEMENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Il se donnera un cours de perfectionnement en médecine générale au Royal Victoria Hospital, du dix au quinze novembre inclusivement.

Le cours traitera des conditions le plus souvent vues en pratique générale, et présentera l'aspect pratique de la médecine, chirurgie, obstétrique, gynécologie, anesthésie et psychiatrie tel qu'appliqué dans le bureau du médecin. Les méthodes les plus récentes seront accentuées.

Ce cours se donnera en anglais.

REVUE DES LIVRES

Amélioration et reproduction des radiographies par modulation électronique. — Le Logetron. — Par A. JUTRAS et H. FISCHGOLD. Un vol. de 122 pages, avec 16 fig. et 28 planches hors-texte. 4.500 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1958.

Ce procédé vient apporter un important perfectionnement à la radiographie dans sa tendance à exprimer le maximum des « informations » emmagasinées dans le film.

Le « Logetron », créé à l'origine pour améliorer la qualité de la photographie aérienne par atténuation des différences extrêmes d'ombre et de lumière à l'intérieur d'un paysage étendu, a été introduit par la suite dans la photographie industrielle. Ce sont ses applications au radiodiagnostic qui sont présentées ici.

Il s'agit de la reproduction des photographies par modulation électronique et de la révélation des détails d'une radiographie après égalisation des contrastes globaux excessifs: en éclairant chaque secteur du film original avec une intensité proportionnelle à sa densité, en obtient en effet une reproduction harmonique sans trop grands écarts de contraste, mais riche en détails. Le « Logetron » porte l'effort technique sur un meilleur emploi du document radiographique: il assure le transfert complet des détails contenus dans la pellicule avec une « haute fidélité », comme celle récemment obtenue dans la transmission sonore.

L'ouvrage est abondamment illustré et suivi de 28 planches radiographiques, dont les légendes détaillées sont rédigées en français et en anglais.

L'ouvrage est dû à la collaboration d'un radiologiste de Montréal et d'un radiologiste parisien, et constitue un exemple concret de la communauté d'esprit franco-canadienne.

La présentation de ce volume par le Professeur Jutras et le docteur Fischgold atteint la perfection. Le texte en est très bien aéré et les images sont impeccables. Cet ouvrage entrepris par ces deux auteurs, malgré leur éloignement, nous rend bien compte de leur curiosité d'esprit toujours à l'affût des perfectionnements de la technique pour les mettre au service de la science radiologique. Ce nouveau procédé photographique appliqué au radiodiagnostic est étudié par les auteurs jusque dans ses moindres détails.

Une brève note historique au début rend justice au découvreur de la méthode, D. R. Craig, dont le mémoire original est même reproduit intégralement, en appendice à la fin du livre.

Il s'agit d'ailleurs pratiquement d'un ouvrage bilingue, car toutes les légendes sont en français et en anglais, ce qui favorisera certainement la compréhension du texte pour un lecteur de langue anglaise. Certains chapitres du volume traitant de la théorie du procédé sont d'une lecture ardue pour un profane, mais ils méritent qu'on y revienne, car rien n'a été oublié et en deuxième lecture tout s'éclaire par la précision de la langue.

Le Logetron est certainement d'une grande utilité pour la reproduction des images radiographiques pour fin de publication et d'enseignement. Il augmente également les possibilités de diagnostic en améliorant les films et tous les radiologistes seront très heureux de profiter de l'expérience des auteurs qui auront exploré pour eux ce nouveau champ d'action et en auront bientôt fixé les indications et les limites.

Grandes divisions de l'ouvrage

Historique. — I. Qualité de l'original radiographique et des reproductions sur film ou papier. — II. Le « Dodging » ou révélation des détails par compression des contrastes. — III. La modulation électronique des radiographies. — IV. Technique du tirage au Logetron. — V. Inconvénients et artéfacts. — VI. Applications radiographiques. — Appendice: Texte original de Craig sur le Logetron (en anglais). — Bibliographie. — Présentation des planches (en français et en anglais). — Planches I à XXVIII.

Diagnostic clinique — Pronostic et traitement des tumeurs bénignes et malignes. Leur diagnostic précoce en consultation. — Par Ch.-A. PERRET; préface du Prof. H. Redon. Un vol. de 892 pages, avec 184 fig. 7.600 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1958.

Ce livre a été écrit pour rendre accessible au corps médical, sous une forme pratique, un domaine de pathologie souvent traité par les auteurs en parent pauvre, *les Tumeurs.*

Il s'adresse en particulier aux médecins de famille dont la responsabilité est grande, car c'est à eux que les malades se confient en tout premier lieu, de préférence au spécialiste, pour ce qu'ils pensent n'être qu'un « bobo insignifiant » et qui, souvent, est reconnu par le médecin avisé comme étant un début de tumeur maligne, facile à enlever radicalement à ce stade. Tels sont certains cancers de la peau, des lèvres, de la bouche et de la langue dont le diagnostic précoce est possible en consultation, aussi aisément qu'un début de cancer du rectum. Les chapitres concernant ces néoplasies intéressent également les *chirurgiens-dentistes.*

Le *plan de l'ouvrage* est ordonné selon les différentes régions du corps pour que le facteur trouve facilement le sujet désiré. Tous les détails inutiles, que les praticiens n'ont pas le temps de lire, tels que les statistiques, les descriptions anatomopathologiques, ainsi que les théories, les hypothèses et les discussions académiques qu'elles engendrèrent ont été éliminés ou seulement effleurés pour que le docteur en ait une connaissance sommaire.

L'auteur insiste sur l'importance des troubles causés par bon nombre de tumeurs bénignes histologiquement, mais malignes par leur localisation défavorable dans l'organisme, au voisinage d'un conduit ou d'un organe d'importance vitale. Des détails sont donnés sur la genèse des tumeurs mixtes de la face, de la cavité buccale et du clivus, pour rendre compréhensible la formation embryologique de ces curieuses néoplasies. Les précancéroses sont mentionnées, ainsi surtout que les adénopathies malignes avec leurs voies lymphatiques afférentes et le lieu où le praticien doit les rechercher.

La description de chaque tumeur est suivie d'un compte rendu des résultats les plus récents obtenus par les différentes thérapeutiques.

Un avantage qui sera apprécié des chercheurs est le nombre considérable de références bibliographiques disséminées dans le texte même où se trouve le sujet traité.

Pour les chirurgiens, les techniques de la strumectomie, de l'ablation du cancer du sein avec curage de l'aisselle, des différentes variétés de cancer de l'estomac, de l'hystérectomie de Wertheim sont décrites de façon claire et précise, ainsi que les difficultés rencontrées et la manière de les éviter; enfin, lorsque le besoin s'en fait sentir, le traitement post-opératoire est encore indiqué.

Bref, *en résumé,* ce livre, ainsi que le souligne dans sa préface le Professeur H. Redon, dont l'autorité en la matière est incontestée, deviendra le livre de chevet du praticien, car son but est d'offrir les renseignements indispensables pour établir rapidement le diagnostic précoce d'une tumeur, de connaître son pronostic et de juger, d'après leurs résultats, de la valeur des différentes thérapeutiques modernes.

L'enfant physiquement handicapé. — Rôle médico-social du médecin. — Par Clément LAUNAY et D.-J. DUCHE. Un vol. de 196 pages, avec de nombreux tableaux. 2.600 fr. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1958.

Les problèmes posés par les enfants physiquement inadaptés sont nombreux et complexes. Ils tiennent pour une part à l'infirmité même, dont la variété et l'importance retentissent gravement sur les possibilités de l'enfant, mais également à la façon dont celui-ci s'adapte affectivement à cette infirmité, aux possibilités d'épanouissement qui lui sont offerts par son entourage familial, par la société.

C'est dire le rôle de premier plan que le médecin peut être amené à jouer en présence de

ces cas. Il est bien évident que les petits infirmes ne sauraient être traités de la même façon que les bien portants et que les différences qui existent entre eux sont encore plus importantes que celles que l'on note dans les groupes d'enfants normaux.

Voici les différentes formes d'inadaptation physique traitées dans ce livre:

1. — *Les déficients sensoriels:*

Sourds et sourds partiels, amblyopes, enfants ayant des troubles du langage.

Nous laissons de côté les aveugles qui, élevés généralement dans les institutions pour aveugles, ne requièrent guère l'aide sociale du médecin.

II. — *Les déficients moteurs et les enfants atteints d'affections d'ordre neurologique:*

Enfants atteints de séquelles de poliomyélite, enfants atteints de séquelles de méningite tuberculeuse, encéphalopathes, épileptiques.

III. — *Les enfants atteints d'une affection somatique chronique ou de longue durée dont les répercussions empêchent une vie normale:*

Diabétiques, cardiaques, tuberculeux ayant fait un séjour prolongé en préventorium ou en sanatorium.

Ces problèmes n'intéressent pas d'ailleurs la seule médecine; ils demandent une étroite collaboration entre le médecin, le psychologue, le sociologue, les pouvoirs publics. Les résoudre, c'est obtenir l'adaptation optima et, si possible, un rendement social de l'infirme.

Les constipations et leur traitement. Par A. LAMBLING et J. SOULLARD. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1957.

Peu de problèmes sont aussi souvent posés au médecin que le traitement de la constipation; peu sont aussi difficiles à résoudre, soit que le malade en fournisse lui-même une solution empirique et presque toujours mal fondée, soit que le médecin répugne à l'examen approfondi d'un symptôme presque aussi commun et pourtant si rebelle.

Cette double erreur sera inexcusable après la parution du livre remarquable de Lambling et Soullard: les constipations et leur traitement. Le lecteur y trouvera une définition des constipations; il y découvrira l'intérêt de la physiologie du transit colique; comment examiner un constipé et définir la constipation-symptôme de la constipation maladie. Il saura enfin choisir entre les médicaments et les méthodes thérapeutiques nombreuses qui sont à sa disposition. Bien plus, il tirera d'un exposé lumineux des enseignements sur toute la pathologie colique et rectale.

Le livre commence par un étude physiologique du transit colique, indispensable à la compréhension du syndrome. Les auteurs rappellent que celui-ci ne concerne que le transit colique: il n'y a pas de constipation du grêle. Ils distinguent le retard de cheminement du contenu colique du cæcum jusqu'à la fin du sigmoïde: constipation de progression et le trouble du fonctionnement de l'appareil d'exonération formé par la fin du sigmoïde jusqu'à l'anus: constipation d'évacuation.

La progression colique est commandée par le jeu musculaire du colon, c'est-à-dire le péristaltisme et le tonus. Du premier dépendent les mouvements coliques: petits mouvements "de brassage", grands déplacements en masse, gands mouvements péristaltiques se produisant 3 ou 4 fois par 24 heures, mouvements anti-péristaltiques spéciaux du colon droit.

COMMUNIQUÉS

CLINIQUE DU GLAUCOME À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

L'honorable J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui qu'une subvention fédérale de $21,252. est accordée à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, afin d'aider à établir une clinique du glaucome.

Le glaucome est une maladie de l'œil fréquente qui cause souvent la cécité et la nouvelle clinique en permettra la détection et le traitement.

C'est la troisième clinique du glaucome établie à Montréal grâce à l'assistance du gouvernement fédéral. La première a été ouverte en 1950-1951 à l'Hôpital Général de Montréal, et la deuxième, l'année suivante, à l'Hôtel-Dieu.

SUBVENTION À LA CLINIQUE ANTICANCÉREUSE DE HULL

L'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le gouvernement fédéral a accordé une subvention à la lutte anticancéreuse, d'un montant supérieur à $24,800, au nouvel hôpital du Sacré-Cœur, situé à Hull (P.Q.), afin d'aider celui-ci à établir une clinique anticancéreuse. Cette subvention fédérale aidera à acheter du matériel radiographique en vue du diagnostic et du traitement du cancer.

Cette clinique ouvrira ses portes aux malades que les médecins et les autres cliniques de l'hôpital lui enverront. Elle s'occupera aussi des malades qui relèvent de l'assistance publique.

Le personnel comprendra un directeur, qui sera un interne, un pathologiste, un radiologue, ainsi qu'un certain nombre d'internes et de spécialistes, tous diplômés.

Le programme prévoit des services de consultation et de traitement anticancéreux qui permettront de déceler hâtivement le cancer, d'en faire le diagnostic, de « suivre » les personnes atteintes du cancer. Il prévoit aussi des traitements spécialisés, des services sociaux et des travaux de recherche.

Outre les services destinés aux malades, la clinique établira aussi un centre d'éducation en vue de la lutte contre le cancer et travaillera en colloboration avec le ministère de la Santé de la province de Québec, les Services de santé municipaux de Hull, l'Institut national du cancer du Canada, la Société canadienne du cancer et les sociétés médicales locales.

L'Hôpital du Sacré-Cœur compte 400 lits et dessert une population d'environ 250,000 âmes, disséminée dans les comtés de Hull, de Gatineau, de Papineau, et dans la partie occidentale de la province de Québec.

L'HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE REÇOIT UNE SUBVENTION

L'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le gouvernement fédéral vient d'accorder à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke une subvention au montant de $34,280., destinée à la lutte contre le cancer.

Cette subvention servira à acheter du matériel pour les services de diagnostic et de traitement à la clinique anticancéreuse de l'Hôtel-Dieu. Cette clinique fonctionne depuis 1955 et a traité 186 cas l'an dernier. Le personnel comprend un chirurgien, un interne, un pathologiste et un radiologue.

L'Hôtel-Dieu qui compte 340 lits en comptera bientôt une centaine de plus. La région desservie comprend une grande partie de la ville de Sherbrooke et des Cantons de l'Est. L'Hôtel-Dieu sert aussi de centre de formation pour les étudiants en médecine de l'Université Laval.

ASSISTANCE FINANCIÈRE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

L'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social, annonçait récemment que le gouvernement fédéral accorde une subvention de $28,287.55 à l'hôpital Ste-Justine, de Montréal, pour l'achat de matériel radiologique utilisé pour le diagnostic des maladies de cœur.

Le Centre de cardiologie de Ste-Justine vient d'être établi. A la suite d'une entente tacite avec l'hôpital Notre-Dame, Ste-Justine traitera les enfants des deux hôpitaux atteints de maladie de cœur.

Le nouveau matériel radiographique facilitera le diagnostic et le traitement des affections cardiaques.

SUBVENTIONS FÉDÉRALES À DES SERVICES DE SANTÊ DU QUÉBEC

Des subventions fédérales à la santé d'un montant supérieur à $29,000, viennent d'être approuvées afin de permettre à la province de Québec de mettre en

POUR UN RÉVEIL SANS APPRÉHENSION...

...contre les nausées et vomissements de la grossesse

Pr

GRAVINON

POSOLOGIE:
1 dragée t.i.d. ou selon l'avis du médecin.

PRÉSENTATION:
Flacons de 30 et 100 dragées.

Composition: chaque dragée contient:

Bromure de scopolamine	**0.2 mg.**	**Pyridoxine**	**5.0 mg.**
Sulfate d'atropine	**0.1 mg.**	**Niacinamide**	**25.0 mg.**
Phénobarbital	**15.0 mg.**	**Vitamine C**	**10.0 mg.**
Riboflavine	**3.0 mg.**	**Menadione**	**0.75 mg.**

AFD

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE • MONTRÉAL 18

valeur, divers nouveaux services de santé, soit une école d'aides-infirmières dans la région du Lac-St-Jean, une clinique d'hygiène mentale à Sherbrooke et des travaux de recherche à l'Institut de microbiologie et d'hygiène, à Montréal. C'est ce qu'annonçait récemment l'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social.

Une subvention excédant $11,200 a été accordée à l'Hôtel-Dieu d'Alma, à Saint-Joseph-d'Alma, comme contribution à l'achat de matériel technique qu'exige l'établissement d'une école d'aides-infirmières. Le ministre de la Santé nationale fait remarquer que le besoin d'infirmières auxiliaires est général: on espère que cette école, dirigée par les Religieuses Augustines Hospitalières, aidera à satisfaire la demande qui provient des hôpitaux de cette région du Québec.

L'hôpital St-Vincent-de-Paul, à Sherbrooke, recevra une subvention de $8,300, afin de l'aider à établir une clinique d'hygiène mentale. Le Dr Roger Moffatt aura la direction de cette clinique.

L'Institut de microbiologie et d'hygiène, à Montréal, recevra une subvention de $9,600, ce qui lui permettra de poursuivre des études sur les réactions qui surviennent lorsqu'on emploie des vaccins bactériens combinés avec des vaccins viraux. Les premiers travaux de recherche, dirigés par le Dr Armand Frappier, porteront sur un vaccin mixte contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, d'une part, et la poliomyélite, d'autre part.

PRIX GALLIA

Le Prix fondé par les Etablissements Gallia et destiné à récompenser un travail sur les problèmes de nutrition de l'enfant africain, a été décerné au Docteur R. Cabannes et Mlle le Dr J. Clausse d'Alger, par un jury réuni au Centre International de l'Enfance et placé sous la présidence du Professeur R. Debré.

Le Docteur R. Cabannes et Mademoiselle le Docteur J. Clausse entreprendront leurs recherches sur la nutrition de l'enfant africain sous la direction du Professeur Sarrouy, Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger.

PRIX "ENFANCE DU MONDE" — 1958

Pour la quatrième année consécutive, le prix « Enfance du Monde » créé par le CIE a été remis le 7 mai par M. Georges Duhamel, de l'Académie Française, président du jury, au cours d'une conférence de presse, en présence de M. le Professeur Robert Debré, président du Conseil d'Administration du Centre International de l'Enfance, et de M. Jacques Duron, venu représenter le Ministère de l'Education Nationale, et tout particulièrement le Secrétaire Général des Arts et Lettres, M. Jacques Jaujard.

C'est M. René Guillot, professeur de mathématiques au lycée Condorcet, qui est, cette année, lauréat du prix pour son ouvrage: « *Grischka et son ours* ».

Le jury composé de 16 membres a, d'autre part, tenu à décerner une mention à un manuscrit de Mme Yvonne Meynier « Trois Garçons et un Ruisseau Fou ». Il a également accordé une mention spéciale à un ouvrage documentaire « Feux et Flammes » réalisé par un groupe d'éducateurs, qui représente, en dehors des ouvrages de fiction auxquels s'est surtout intéressé le jury, une incontestable réussite.

Ont également obtenu des voix: « Garçons et Filles du Donadio » de J. Loisy (Editions Bourrelier, collection Alouette); « Si j'avais un Château », manuscrit de Mme Jeanne de Recqueville.

En 1959, le prix « Enfance du Monde » couronnera un manuscrit ou un livre édité entre le 1er janvier 1958 et le 1er janvier 1959 et s'adressant à des enfants de 8 à 12 ans. Le règlement du prix sera envoyé sur simple demande adressée au Centre International de l'Enfance.

Troubles de la circulation veineuse

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGUËS • TRAITEMENT D'ENTRETIEN • VARICES • PHLÉBITES
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Présentation : **Solution :** Flacons de 1 oz. et 4 oz.
Pommade : Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.
Suppositoires : Boite de 10 suppositoires.

La préparation la plus riche en vitamines "P" native **11,000** γ de vitamine **P** par cc.

marro·dausse

(Intrait de Marron d'Inde et Vitamine P)

Échantillon et documentation sur demande.
Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France
Représentants exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

"L'Union Médicale du Canada", en 1889

Correspondance — A travers les hôpitaux de Paris.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens aujourd'hui vous parler un instant de M. Lucas-Championnière, chirurgien à l'hôpital St-Louis, tel que je vous l'ai promis dans ma dernière. Il est vrai que ce monsieur n'est pas encore arrivé à la célébrité du grand Péan, mais il n'en est pas moins une étoile de première grandeur. C'est un travailleur émérite, un homme d'action et d'étude qui a beaucoup d'énergie et un grand désir de parvenir. S'il n'arrive pas à la hauteur du maître, ce ne sera pas de sa faute, car il fait tout ce qu'il peut. Mais quand même il n'arriverait jamais, il n'en sera pas moins l'une des figures marquantes de l'histoire de la chirurgie du dix-neuvième siècle. Car il ne faut pas oublier qu'on peut être bien inférieur à Péan, et être encore très grand chirurgien. Pendant mon séjour à Paris, j'aurais bien désiré suivre ses cliniques assidûment, mais des circonstances incontrôlables m'en ont empêché. Cependant j'ai eu le plaisir de le voir assez souvent à l'œuvre pour être en état d'en parler avec connaissance de cause. M. Lucas-Championnière est comparativement un jeune homme. Il dépasse à peine la quarantaine et a devant lui toute une carrière. Il a certainement le temps de changer de route bien des fois avant de se fossiliser. Il est rare de rencontrer une figure aussi sympathique et qui, à première vue, impressionne aussi favorablement. Des traits réguliers, des yeux bleus et doux, le nez un peu aquilin, une tête bien modelée qu'il porte avec fierté, un maintien splendide, une apparence très intelligente, sont autant d'ornements et de dons qu'il possède pour se faire aimer. Aussi ses malades l'adorent. Ce qui contribue beaucoup à sa popularité, c'est son babil incessant, sa faculté de parler toujours.

Il cause avec tant de grâce et de bonhomie, il parle si bien qu'on ne se fatigue jamais de l'entendre. Toujours le sourire sur les lèvres, on dirait que c'est un bonheur pour lui d'entendre roucouler sa voix au timbre d'argent. Et ce qui ajoute au charme de sa conversation brillante, c'est qu'il n'emprunte ses idées de personne. Il en a à lui et, un peu vaniteux, un peu fier et orgueilleux, il ne perd jamais une occasion de les mettre au jour. Il a un peu la marotte des grands hommes. Il affecte de se faire humble tout en se croyant supérieur. S'il ne faut que des talents et beaucoup d'ambition pour laisser un nom dans l'histoire, il laissera le sien, car il a des talents et beaucoup d'ambition. On ne peut pas lui refuser cependant un esprit large et éclairé et une détermination bien arrêtée de laisser les vieux sentiers battus. Il y a longtemps qu'il a brisé avec les vieilles idées et les vieux préjugés, et qu'il court à toute bride dans la voie du progrès. Il est constamment à faire de nouvelles expériences et de nouveaux essais. Depuis quelques mois, il s'est mis à la recherche d'un moyen quelconque pour enrayer cette terrible maladie: l'épilepsie.

Après s'être adressé en vain à la matière médicale, il a eu recours à la chirurgie. Après maintes expériences, il s'est avisé en dernier lieu de faire la trépanation du crâne. A la fin d'août dernier, il avait opéré six fois, et il faut le dire à sa louange, avec un succès tout à fait inattendu. Tous les opérés ont éprouvé un soulagement sensible. Trois ne sont pas revenus après l'opération, mais ils étaient déjà bien mieux quand ils ont laissé l'hôpital.

Deux sont revenus et n'avaient éprouvé qu'un seul accès depuis leur départ de l'Hôpital. Le sixième cas était encore récent. C'était une jeune fille qui avait été opérée six semaines auparavant.

A cette époque, elle avait souvent jusqu'à douze accès par jour et ses facultés intellectuelles étaient menacées d'un naufrage complet. Mais aussitôt après l'opération les accès ont diminué. Elle n'en a eu que quatre dans les quinze jours qui ont suivi, et qu'un seul dans le mois suivant. Et ce qui est très flatteur, c'est que les facultés intellectuelles étaient déjà revenues. Elle ne souffrait plus de maux de tête, d'étourdissements, d'hallucinations, etc., etc., qui jusque-là ont fait sa vie si malheureuse. Ainsi, dans tous ces cas, un mieux sensible s'est fait sentir immédiatement après l'opération, ce qui démontre que ce traitement est celui qui promet le plus de tous ceux qui ont été préconisés jusqu'ici. M. Lucas-Championnière est un bel opérateur et manie le scalpel avec une grande habileté. Toutes ces opérations portent le cachet d'une apparence classique.

Fervent disciple de l'antiseptie, il ne néglige aucun détail tant soit peu nécessaire à la consécration du principe. Ses pansements sont toujours faits avec soin, et d'après les méthodes les plus récentes. J'ai remarqué qu'il est fort sur le drainage. Il prétend que c'est une mesure qui ne peut jamais faire de tort, et peut souvent en éviter beaucoup. Le drain, employé judicieusement, prédispose la guérison par première intention dans la plus grande partie des cas. De tous les antiseptiques il donne la préférence à l'acide phénique.

Dans ses laparatomies, il emploie un mélange de bicarbonate de soude, d'iodoforme, etc., etc., et son pansement, du reste, diffère peu de celui de Péan.

Je m'arrête, croyant en avoir assez dit pour faire connaître un peu à vos lecteurs cet éminent chirurgien, si recherché et si sympathique à nos médecins canadiens qui l'ont suivi.

Quoiqu'il brille d'un grand éclat, il brillerait bien davantage s'il n'avait pas, comme plusieurs autres, à souffrir de l'ombre du grand maître.

HORMONOTHÉRAPIE TOTALE

AMPOULES BUVABLES — SIROP AROMATISÉ

hormodausse

COMPOSITION

Extraits totaux de sang:

de taureau
de génisse
de veau
} titrés en fer hémoglobinique:

Extrait de foie de veau titré en vitamine B_{12} native;

Extrait spécial de levure de bière;

Extrait spécial de cuticules de céréales.

VITAMINE B_{12} et FER HEMOGLOBINIQUE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Déficience organique, Anémies, Asthénies des convalescents, des vieillards, des dyspeptiques, des néoplasiques, des déficients endocriniens et contre les insuffisances ovariennes, les retards de croissance et tous états de sidéropénie.

POSOLOGIE:

Ampoules buvables

Adultes: 2 ampoules par jour.

Enfants: 1 ampoule par jour.

Sirop

Adultes: 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Enfants: de 10 à 15 ans, 1 à 3 cuillerées à dessert; de 5 à 10 ans, 1 à 3 cuillerées à café; jusqu'à 5 ans, 2 demi-cuillerées à café par jour.

Sous l'une ou l'autre forme, HORMODAUSSE doit être pris un quart d'heure avant les repas après dilution dans ¼ de verre d'eau. Le médicament est bien supporté par le tube digestif et ne présente pas de contre-indication.

PRÉPARÉ PAR LES LABORATOIRES DAUSSE, PARIS, FRANCE
Représentants exclusifs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

LES BIENFAITS DES CORTICOSTÉROÏDES POUR LES VICTIMES DE L'ALLERGIE

Le Dr Samuel C. Bukantz rapporte dans un article paru dans la livraison du 9 novembre 1957 du "Journal of the American Medical Association" que, dans une étude poursuivie pendant deux ans sur l'emploi de la prednisone et de la prednisolone dans les troubles allergiques, on a constaté le soulagement de 85 à 100 pour cent des manifestations allergiques chez les adultes et les enfants.

Le Dr Bukantz indique également que l'administration de prednisone et de prednisolone, « Meticorten » et « Meticorelone », aux adultes et aux enfants peut être continuée sans danger pendant des périodes prolongées pourvu que ces patients soient tenus sous une étroite surveillance clinique et de laboratoire et que l'on tienne compte du mécanisme des complications stéroïdiques.

L'article rapporte que ces stéroïdes se sont montrés extrêmement efficaces dans le traitement de l'asthme, de la fièvre des foins, de l'eczéma allergique et autres états d'hypersensibilité chez 39 enfants et 113 adultes au cours d'une période de plusieurs mois.

Selon le Dr Bukantz, « le principe le plus important pour la sécurité de la stéroïdothérapie est une connaissance approfondie des complications de cette forme de traitement, de leur mécanisme, leur prévention et leur traitement. »

L'investigateur déclare que, dans les circonstances ordinaires, la majeure partie des allergiques traités avec des stéroïdes souffraient de rhinite et d'asthme rebelles. S'il y a aussi infection bactérienne, le Dr Bukantz recommande l'antibioticothérapie. Selon lui, les patients qui ont tendance à faire de l'infection en même temps que de l'inflammation allergique sont moins sujets à cette complication quand l'affection est maîtrisée par les stéroïdes.

Il indique également que des patients qui étaient sujets à de fortes infections des voies respiratoires supérieures et des sinus traversaient généralement plus facilement les époques d'allergie grâce à la stéroïdothérapie.

"SUDAFED"
(Chlorhydrate de pseudoéphédrine)
COMPRIMÉS ET SIROP

Le « Sudafed » est un décongestif nasal efficace par voie orale qui commence à faire effet 15 à 30 minutes après son administration. Par suite de son action broncho-dilatatrice simultanée, le « Sudafed » facilite la respiration en ouvrant le passage aérien depuis les narines jusqu'aux alvéoles.

Le « Sudafed » procure un soulagement doux mais prolongé dans le traitement de diverses affections causées ou compliquées par le gonflement de la muqueuse nasale.

En plus de l'avantage d'être efficace par voie orale, le « Sudafed » occasionne de la stimulation centrale ou autres effets secondaires éphédriniques dans exceptionnement peu de cas.

(Burroughs Welcome)

TESSALON SUPPOSITOIRES

Fabricant: Compagnie CIBA.

Description: Nouvelle présentation de Tessalon (benzononatine CIBA) en vue d'une administration rectale.

Tessalon est un anti-toux non narcotique qui peut être administré par voie orale, parentérale ou rectale. Il possède une grande marge de sécurité, ne pose pas les problèmes d'un traitement à base de codéine et n'occasionne presque jamais d'effets secondaires.

Tessalon exerce une double action très spéciale sur la toux. a) Il agit sur les récepteurs sensibles situés au niveau des voies respiratoires, des poumons et de la plèvre; b) Il inhibe le réflexe central de la toux.

De plus, il ne nuit pas à l'expectoration, ne supprime pas la toux volontaire et ne déprime pas le centre respiratoire.

Indications: Tessalon maîtrise la toux dans les affections aiguës et chroniques des voies respiratoires.

Posologie: Adultes: Suppositoires Tessalon à 100 mg. 2 ou 3 fois par jour; Enfants: Suppositoires Tessalon à 50 mg. 2 ou 3 fois par jour.

Remarque: Lorsque c'est nécessaire, on peut administrer sans danger de plus fortes doses de Tessalon.

Présentation: Suppositoires Tessalon (R) 50 et à 100 mg., boîtes de 10.

C.V.P. ARRÊTE EFFICACEMENT LE SAIGNEMENT DANS L'ULCÈRE DUODÉNAL

Les Bioflavonoïdes auraient le pouvoir de rétablir l'intégrité capillaire. Une équipe de gastro-entérologistes [1] administra à 36 malades souffrant d'ulcère hémorragique, une association de bioflavonoïdes au citron, hydrosolubles, et d'acide ascorbique (C.V.P.), et les soumit en même temps à une diète spéciale. On donna de trois à neuf capsules C.V.P. par jour. Tous les cas réagirent favorablement.

Selon les cliniciens, la raison qui motive le traitement de l'ulcère duodénal hémorragique au C.V.P. est la suivante: cette affection s'accompagne toujours de lésions graves du réseau capillaire des muqueuses. « Les bioflavonoïdes au citron, hydrosolubles, exercent une action anti-inflammatoire très

maintenant...maximum de saveur et de commodité
avec maximum d'efficacité thérapeutique...

NOUVEAU SIROP

Signemycine

triacétyloléandomycine-tétracycline

Le délicieux SIROP SIGNEMYCINE à saveur de framboises plaît aux jeunes comme aux personnes âgées. Comme il est facile à prendre, les patients suivent régulièrement les doses prescrites. Comme il est mélangé d'avance pour administration commode à la cuillère le patient prend exactement la dose recommandée.

Ainsi on maintient sans cesse durant le traitement des niveaux efficaces d'antibiotique dans le sang.

La SIGNEMYCINE est efficace contre nombre d'agents pathogènes, particulièrement les staphylocoques, et elle a fréquemment réprimé des infections résistantes aux autres antibiotiques. La SIGNEMYCINE a remarquablement réussi dans sensiblement plus de 90% des cas traités. Dans bien des cas, elle a sauvé des vies.

flacon de 60 cc, 125 mg. par 5 cc.
(41.7 mg. de triacétyloléandomycine
et 83.3 mg. de tétracycline)

Pfizer *Le progrès par la recherche*

PFIZER CANADA 5330, avenue Royalmount, Montréal, Québec

prononcée et rétablissent l'intégrité capillaire », comme il a été prouvé dans diverses affections.

Vingt-deux des cas des auteurs Weiss étaient des ulcères duodénaux sans complications, quatre des ulcères duodénaux avec saignement abondant, trois des ulcères duodénaux perforés avec hémorragies graves, et sept des ulcères duodénaux avec érosion gastrique et hémorragie massive.

« Chez tous, sauf deux, le saignement fut arrêté et les selles ne présentèrent plus aucune trace de sang, en moins de six à huit jours. Dans deux cas de perforation d'ulcère, des traces de sang ne furent décelées que jusqu'au 10ème et au 13ème jour, respectivement. » D'après les examens radiologiques, la muqueuse et le contour du duodénum furent ramenés à la normale en moins de dix à vingt jours.

Les auteurs croient que « dans la plupart des cas d'ulcère duodénal, l'intervention chirurgicale peut être évitée », par un traitement médical conservateur, portant spécialement sur le régime alimentaire et le rétablissement de l'intégrité capillaire de la muqueuse.

RENOGRAFIN 60%

Description: Opacifiant pour urographie et angiographie intraveineuse en solution aqueuse et stérile contenant 60% d'acétyl-amino-triiodobenzoates de sodium et de méthylglucamine correspondant à 47.2% d'acide 3,5 diacétyl-amino-2,4, 6-triiodobenzoïque, base. La base renferme 62.1% d'iode et la solution environ 29.26% d'iode solidement lié. Elle contient aussi du citrate de sodium comme stabilisant et du tétracétate d'éthylènediamine disodique dihydraté comme agent d'isolement.

Indications: Urographie pour l'objectivation des reins et de l'appareil urinaire. Angiographie cérébrale pour l'opacification des vaisseaux du cerveau. Artériographie périphérique et veinographie des extrémités.

Administration: L'injection se fait dans la veine ou l'artère suivant l'examen envisagé. Renseignements détaillés dans le prospectus qui accompagne l'opacifiant.

Présentation: Ampoules de 25 cc avec une ampoule d'un cc pour l'épreuve de sensibilité.

Stocks: Immédiatement disponible chez les fournisseurs habituels.

E. R. Squibb & Sons of Canada, Limited.

CENTRES DE CONTRÔLE DES POISONS

1. General Hospital, St. John's, Nfld.
   Dr Finlay McKerracher.
2. Lady Northcliffe Hospital, Grand Falls, Nfld.
3. Western Memorial Hospital, Corner Brook, Nfld.
4. Prince Edward Island Hospital, Charlottetown,
   Dr H. P. Stewart. P.E.I.
5. Prince County Hospital, Summerside, P.E.I.
   Dr Sheldon Cameron.
6. Charlottetown Hospital, Charlottetown, P.E.I.
   Dr J. H. O'Hanley.
7. Halifax Children's Hospital, Halifax, N.S.
   Dr Pius Sigsworth.
8. Hôtel-Dieu d'Edmundston, Edmunston, N.B.
   Dr L. E. LeBlanc.
9. Jeffery Hale Hospital, Quebec, P.Q.
   Dr J. G. Hardman.
10. Hôpital Ste-Justine, Montréal, P.Q.
    Dr Luc Chicoine.
11. Montreal Children's Hospital, Montréal, P.Q.
    Dr E. S. Hillman.
12. Ottawa Civic Hospital, Ottawa, Ont.
    Dr A. S. Kenny (Dr Donald A. Stewart).
13. Sarnia General Hospital, Sarnia, Ont.
    Dr J. W. Jackson.
14. Hospital for Sick Children, Toronto, Ont.
    Dr Robert J. Imrie.
15. Victoria Hospital, London, Ont.
    Dr J. C. Rathbun.
16. General Hospital, Port Arthur, Ont.
    Dr J. V. Riches (Dr C. G. Wilson).
17. Hôtel-Dieu of St-Joseph, Windsor, Ont.
    Dr H. J. Breault.
18. Belleville General Hospital, Belleville, Ont.
    Dr James E. Nelles.
19. Civic Hospital, Peterborough, Ont.
    Dr J. G. Frid.
20. Kingston General Hospital, Kingston, Ont.
    Dr A. M. Bryans.
21. McKellar General Hospital, Fort William, Ont.
    Dr J. R. Machan.
22. Ottawa General Hospital, Ottawa, Ont.
    Dr D. J. Conway.
23. St. Catharines General Hospital, St. Catharines,
    Dr A. T. Brown. Ont.
24. Sudbury General Hospital, Sudbury, Ont.
    Dr N. T. Jaco.
25. East General & Orthopædic Hospital, Toronto,
    Dr S. F. Penny. Ont.
26. Winnipeg Children's Hospital, Winnipeg, Man.
    Dr L. T. McDonald.
27. Moose Jaw Union Hospital, Moose Jaw, Sask.
    Dr J. A. Matheson.
28. Regina General Hospital, Regina, Sask.
    Dr H. E. Appleyard.
29. University Hospital, Saskatoon, Sask.
    Dr J. W. Gerrard.
30. Royal Jubilee Hospital, Victoria, B.C.
    Dr Murray Anderson.
31. Vancouver General Hospital, Vancouver, B.C.
    Dr John Dean.

1. Weiss, S., Weiss, J., et Weiss, B.: Amer. J. Gastroent. 29:629, 1958.

TRAITEMENT RATIONNEL DE L'ACNÉ

SULPHO·LAC

Pommade Savon

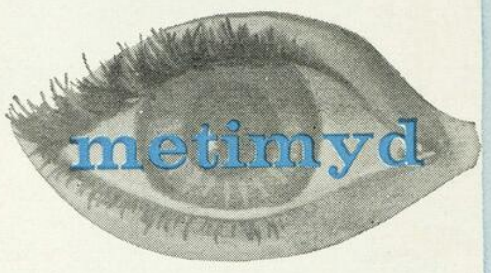
Ne contient aucun corps gras

Indications:
Acné-Couperose
Lupus Erythémateux
Séborrhée huileuse
Dermites de cause vénénifique.

Echantillon aux médecins sur demande.

HERDT & CHARTON INC., 2245, rue Viau, Montréal 4, Canada

Thérapeutique oculaire topique compréhensive



suspension ophtalmique stérile

réunissant l'action stéroïde de l'acétate de prednisolone (0.5%) et les propriétés antibactériennes de la sulfacétamide sodique (10%).

— **antibactérien**
— **antiallergique**
— **anti-inflammatoire**

et quand une action antibactérienne plus puissante est nécessaire

Onguent ophtalmique

metimyd

avec néomycine (0.25%)

Présentation:

Suspension ophtalmique METIMYD, flacons compte-gouttes de 5 cc. Onguent METIMYD avec néomycine; tube applicateur de ⅛ d'once. Boîte de 1 tube.

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

NOUVELLE PREPARATION CONTRE LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

La Compagnie Anglo-French présente au corps médical un nouveau produit, le *Gravinon,* dont les indications principales sont les nausées et les vomissements de la grossesse. Cette nouvelle préparation sous forme de dragées, possède comme éléments thérapeutiques de base la Vitamine C et la ménadione qui ont fait l'objet d'un travail significatif de Merkel sur la pathogénie des nausées et vomissements gravidiques.

Ces deux substances auraient la propriété de diminuer la perméabilité placentaire vis-à-vis certains facteurs responsables de cet état symptomatique.

Un relevé opéré depuis plusieurs années des études faites sur cette condition laisse tous les chercheurs perplexes sur sa nature véritable, physiologique ou pathologique.

Il faudrait en dire autant sur les essais thérapeutiques les plus logiques tentés pour la traiter de façon totalement efficace.

Voici donc une préparation où l'on a groupé tous les éléments les plus simples nous paraissant pouvoir agir en synergie pour permettre d'obtenir des résultats dans la grande majorité des cas comme l'a confirmé l'expérimentation clinique.

Les médecins pourront certainement faire bénéficier leur clientèle journalière d'un produit susceptible d'apporter des effets sûrs sans aucune possibilité de toxicité.

La formule comprend outre la Vitamine C et la ménadione, du Bromure de scopolamine, Sulfate d'atropine, Phénobarbital, Riboflavine, Pyridoxine, Niacinamide.

La dose recommandée est de 2 à 4 dragées par jour ou selon l'avis du médecin.

La présentation, en flacons de 30, 100 et 500 dragées.

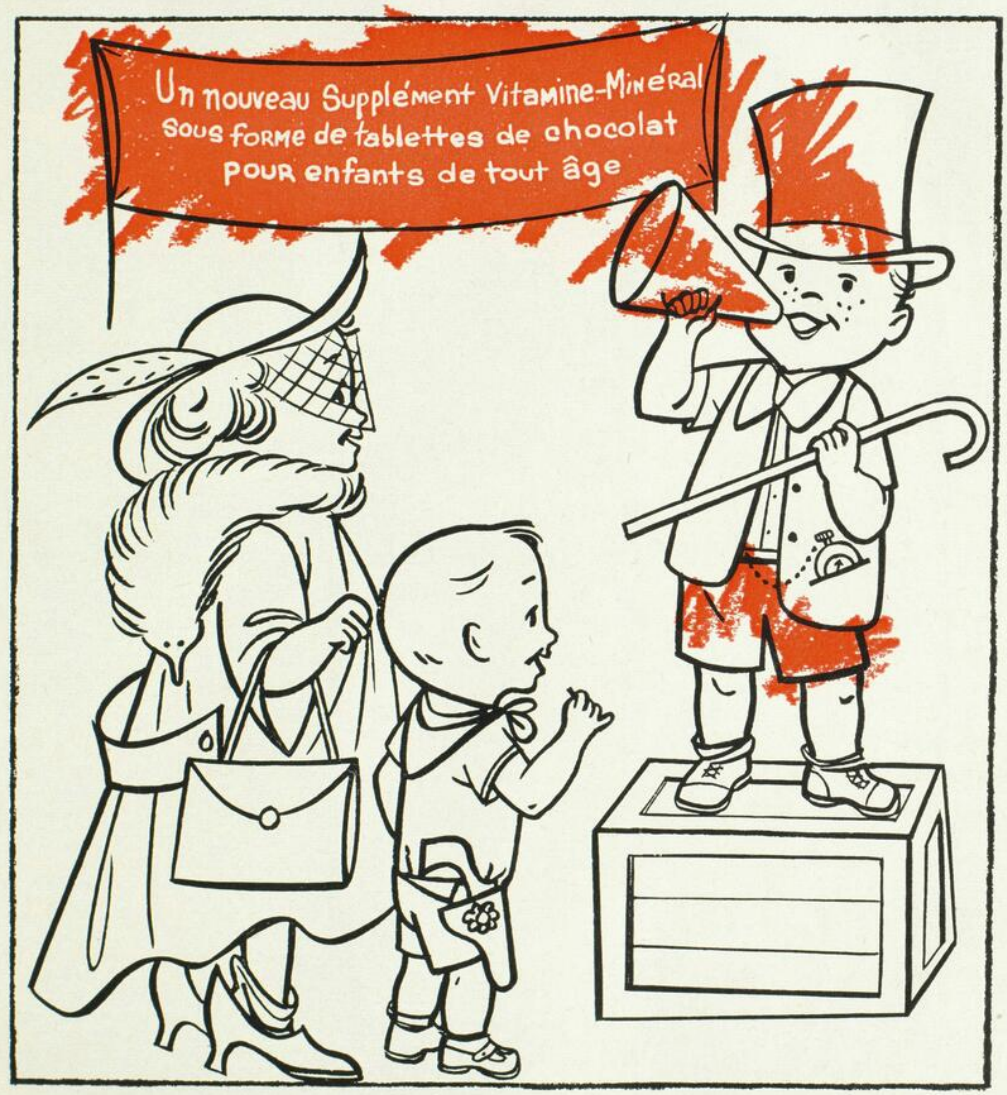
LES DELECTAVITES

Un nouveau concept dans le traitement des déficiences vitamine-minéral vient d'être lancé sur le marché. Présenté sous forme de tablettes de chocolat, *Delectativites* est préparé spécialement pour plaire au goût des enfants aussi bien que des adultes et fournit en même temps 22 suppléments nutritifs incluant sept des plus importantes vitamines exigées par les besoins nutritionnels croissants pour un développement physique parfait.

Ces délicieuses tablettes de chocolat, enveloppées individuellement dans un papier métallique contiennent des quantités substantielles de vitamines et sels minéraux nécessaires à l'organisme.

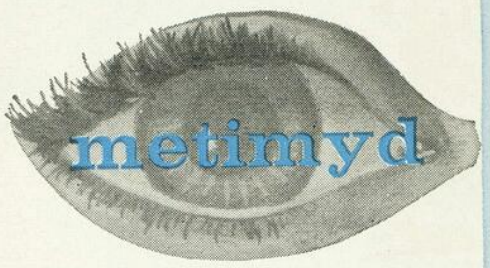
Une enquête a prouvé que les *Delectativites* plaisent au goût des enfants tout comme leur bonbon favori.

L'approbation professionnelle a été clairement démontrée par des recherches antérieures à l'introduction du produit. Présenté par White Laboratories of Canada Ltd, *Delectativites* est disponible en boîtes de 30 et de 90.



Whites DELECTAVITES

Thérapeutique
oculaire topique
compréhensive



suspension ophtalmique stérile

réunissant l'action stéroïde de l'acétate de prednisolone (0.5%) et les propriétés antibactériennes de la sulfacétamide sodique (10%).

— antibactérien
— antiallergique
— anti-inflammatoire

et quand une action antibactérienne plus puissante est nécessaire

Onguent ophtalmique

metimyd

avec néomycine (0.25%)

Présentation:

Suspension ophtalmique METIMYD, flacons compte-gouttes de 5 cc. Onguent METIMYD avec néomycine; tube applicateur de ⅛ d'once. Boîte de 1 tube.

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

NOUVELLE PREPARATION CONTRE LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

La Compagnie Anglo-French présente au corps médical un nouveau produit, le *Gravinon,* dont les indications principales sont les nausées et les vomissements de la grossesse. Cette nouvelle préparation sous forme de dragées, possède comme éléments thérapeutiques de base la Vitamine C et la ménadione qui ont fait l'objet d'un travail significatif de Merkel sur la pathogénie des nausées et vomissements gravidiques.

Ces deux substances auraient la propriété de diminuer la perméabilité placentaire vis-à-vis certains facteurs responsables de cet état symptomatique.

Un relevé opéré depuis plusieurs années des études faites sur cette condition laisse tous les chercheurs perplexes sur sa nature véritable, physiologique ou pathologique.

Il faudrait en dire autant sur les essais thérapeutiques les plus logiques tentés pour la traiter de façon totalement efficace.

Voici donc une préparation où l'on a groupé tous les éléments les plus simples nous paraissant pouvoir agir en synergie pour permettre d'obtenir des résultats dans la grande majorité des cas comme l'a confirmé l'expérimentation clinique.

Les médecins pourront certainement faire bénéficier leur clientèle journalière d'un produit susceptible d'apporter des effets sûrs sans aucune possibilité de toxicité.

La formule comprend outre la Vitamine C et la ménadione, du Bromure de scopolamine, Sulfate d'atropine, Phénobarbital, Riboflavine, Pyridoxine, Niacinamide.

La dose recommandée est de 2 à 4 dragées par jour ou selon l'avis du médecin.

La présentation, en flacons de 30, 100 et 500 dragées.

LES DELECTAVITES

Un nouveau concept dans le traitement des déficiences vitamine-minéral vient d'être lancé sur le marché. Présenté sous forme de tablettes de chocolat, *Delectativites* est préparé spécialement pour plaire au goût des enfants aussi bien que des adultes et fournit en même temps 22 suppléments nutritifs incluant sept des plus importantes vitamines exigées par les besoins nutritionnels croissants pour un développement physique parfait.

Ces délicieuses tablettes de chocolat, enveloppées individuellement dans un papier métallique contiennent des quantités substantielles de vitamines et sels minéraux nécessaires à l'organisme.

Une enquête a prouvé que les *Delectativites* plaisent au goût des enfants tout comme leur bonbon favori.

L'approbation professionnelle a été clairement démontrée par des recherches antérieures à l'introduction du produit. Présenté par White Laboratories of Canada Ltd, *Delectativites* est disponible en boîtes de 30 et de 90.

Whites DELECTAVITES

L'Union Méd. Canada
Tome 87 — Août 1958

les traitements les plus efficaces

pour les cas graves....

pour maintenir le contrôle....

pour les cas sensibles aux antihistaminiques....

le "COLIHIST" à 5 mg. donne un SOULAGEMENT SENSATIONNEL

MARQUE DÉPOSÉE

prednisone..... 5 mg.
maléate de carbinoxamine..... 4 mg.

Flacons de 30 et 100 comprimés

La prednisone supprime les symptômes du rhume des foins à un point tel que les patients ne se rendent pas compte de leur trouble et se sentent aussi normaux que dans l'absence d'allergènes. *Mais,* à cause de la combinaison de la prednisone au maléate de carbinoxamine*, l'antihistaminique supérieur, le Colihist produit cet effet par environ *la moitié de la dose de stéroïde* habituelle et à environ *la moitié du coût quotidien.*

POSOLOGIE. Dose d'attaque: un comprimé de COLIHIST à 5 mg. 3 ou 4 fois par jour, après chaque repas et au coucher. Sur contrôle des symptômes, le soulagement peut être maintenu par la moitié de la dose ou,
lorsque la même quantité d'antihistaminique est requise,
par

le "COLIHIST" à 2.5 mg.

prednisone..... 2.5 mg.
maléate de carbinoxamine..... 4 mg.

Flacons de 30 et 100 comprimés

"PYRATE"

MARQUE DÉPOSÉE

maléate de carbinoxamine.. 4 mg.

le SEUL ANTIHISTAMINIQUE* qui combine le MAXIMUM D'EFFICACITÉ au MINIMUM D'ALÉAS D'EFFETS SECONDAIRES

POSOLOGIE. Un comprimé avant chaque repas et au coucher. Au besoin, augmenter modérément cette dose à 1 comprimé toutes les 3 ou 4 heures. Enfants de 6 à 12 ans: un demi-comprimé avant chaque repas et au coucher.

Flacons de 24 et 100 comprimés

MISE EN GARDE: Le carbinoxamine produit un soupçon d'assoupissement. Les patients sujets à cet effet devraient donc éviter la conduite d'une auto, la manoeuvre d'un mécanisme compliqué, ou tout travail exigeant une grande application de l'esprit. Administrer la prednisone et ses diverses formules avec circonspection. En thérapie de courte durée, les effets secondaires sont peu à craindre. Si une thérapie prolongée et ininterrompue s'impose, il est inutile de restreindre le sel et l'eau du régime alimentaire. Toutefois, surveiller attentivement l'apparition de tout symptôme de troubles gastriques, et chez les patients prédisposés à l'ulcère peptique, ou, advenant l'apparition de symptômes, recourir à une médication antisécrétoire et antiacide. En présence d'infection, l'administration simultanée d'une thérapie antimicrobienne s'impose. Aux patients déjà traités aux corticoïdes, et qui sont soumis à d'importantes manoeuvres opératoires ou frappés de blessures graves (fracture ou brûlure par exemple), donner des quantités additionnelles de corticoïde. La prednisone est contre-indiquée en présence de tuberculose active (sauf circonstances spéciales), d'ulcère peptique actif, et dans les cas de psychose.

**American Medical Association, New and Nonofficial Drugs, 1958, Philadelphie et Montréal, J. B. Lippincott Company.*

Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL, CANADA

Synonyme de Dévouement à
la Profession Médicale Canadienne depuis 1899.

Dans
les
bras
de
Morphée
grâce
au
NOLUDAR®

NOLUDAR . . . un sédatif-
hypnogène léger pour la tension
diurne et l'insomnie nerveuse
Comprimés rainurés à 50 et 200 mg.
Elixir à 50 mg. par cuillerée à thé

Noludar — marque du méthyprylone
Marque déposée

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITEE • MONTREAL

Lorsque la fatigue les abat...

Accablées par les menues besognes du ménage, les soins à donner aux enfants, les soucis du budget familial et mille et une autres préoccupations journalières, il n'est pas étonnant que ces femmes d'intérieur se sentent à bout.

Leur état se traduit par des plaintes bien familières: fatigue constante, manque d'intérêt ou de capacité au travail, apathie, pessimisme, acuité mentale réduite.

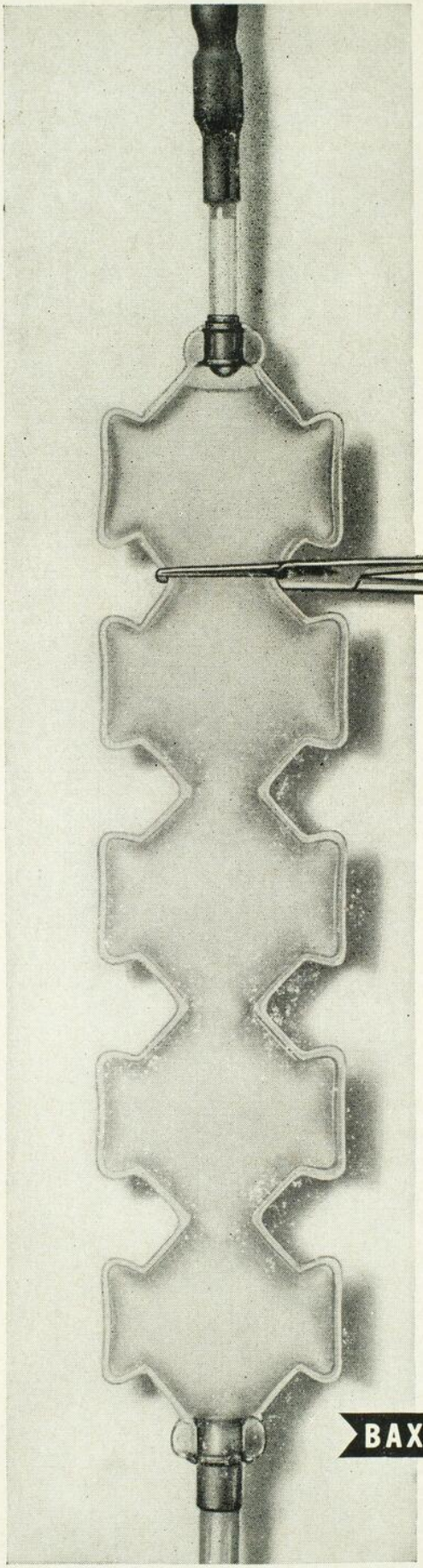
Chez la plupart de ces malades, la 'Dexedrine' fera renaître l'entrain, l'activité et le goût de vivre.

Dexedrine* *comprimés et capsules Spansule**

Smith Kline & French • Montréal 9

*Marque déposée au Canada

820F

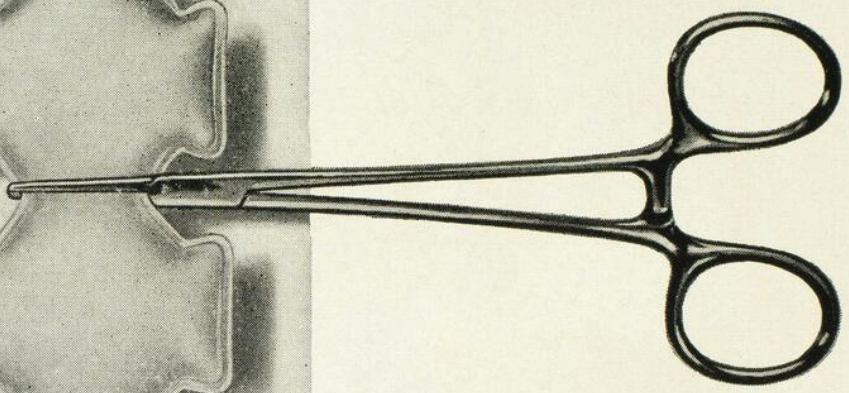


Méthode nouvelle de

PEDIATRIQUE

contrôler un dosage

R36 PEDATROL*



De conception nouvelle et radicale, le compartiment segmenté de PEDATROL permet de contrôler avec exactitude l'administration d'un soluté ou de sang, de 10 à 50 ml., par multiples de 10 ml.

Chaque section du compartiment contient 10 ml. de liquide. Une pince intercalée entre les sections réglera automatiquement le dosage requis. Simple, efficace et précis . . . sans surveillance constante. Quand le tube est pincé, vous n'administrez que la quantité prescrite. Le Flashball® placé au début du compartiment simplifie toute médication supplémentaire.

Utilisez le PEDATROL comme équipement indispensable dans votre Dépôt Central. Economisez sur le temps du nursing . . . facilitez la tâche . . . avec sûreté, sécurité, économie.

BAXTER LABORATORIES, INC. Alliston, Ont.

**Marque de Fabrique des Laboratoires Baxter, Inc.*

AUCUN EFFET SECONDAIRE

AUCUNE SENSIBILISATION PAR L'EXCIPIENT

AUCUN EFFET GÉNÉRAL DÛ À L'HORMONE

LOTION ET ONGUENT DERMATOLOGIQUES

TOPICORT

HYDROCORTISONE HYDROSOLUBLE

Soulage **LE PRURIT** **EN QUELQUES MINUTES** Tolérance parfaite

Diminue **L'ÉRYTHÈME** **EN QUELQUES HEURES** Effet rapide car l'hormone est vraiment en solution

Assèche **LE SUINTEMENT** **EN QUELQUES JOURS** Rend la peau douce, souple et lisse

Par exemple, dans:
L'eczéma du nourrisson
et l'eczéma allergique
la dermatite de contact
et la dermatite chronique

Lotion: Flacons en matière plastique de 20 c.c. à 0.5% et 1%

Onguent: Tubes de 5 Gm. et 15 Gm. dosés à 0.5%, 1% et 2.5%

ROUSSEL

ROUSSEL (CANADA) Ltée
209 est, rue Ste-Catherine, Montreal, 18. Tél: PLateau 7903
Distributeurs exclusifs: **Anglo-French Drug Compagnie Ltée.**

LS/FC/52

MOINS DE CRISES D'ANGINE. PROTECTION CONTRE LA DOULEUR, ATTÉNUATION DE L'ANGOISSE (EQUANIL* ET TNPE)

Méprobamate, Wyeth

EQUANITRATE*

Méprobamate et tétranitrate de pentaérythritol

Flacons de 50 comprimés renfermant 200 mg. de méprobamate et 10 mg. de tétranitrate de pentaérythritol.

*Marque de commerce

Wyeth

MARQUE DÉPOSÉE

WALKERVILLE, ONT.

Du NOUVEAU de SWIFT!

Si appétissantes qu'elles éveillent chez les bébés leur goût naturel pour la viande!

100% Porc Passé au Tamis avec Compote de Pommes Ajoutée
100% Jambon Passé au Tamis avec Sauce aux Raisins Ajoutée
100% Agneau Passé au Tamis avec Arôme de Menthe Ajouté

Vous entendez parfois des mamans dire: "Mon bébé ne semble pas aimer la viande". Cependant vous savez, et la plupart des mamans le reconnaissent aussi, que la viande apporte des éléments nutritifs essentiels au régime de bébé.

Pour aider les bébés à aimer la viande, les experts de Swift ont créé trois nouvelles variétés de viandes aromatisées aux fruits. Chacune est 100% viande avec l'addition d'un peu de fruit ou de menthe pour une saveur spécialement appétissante. Elles sont passées au tamis et merveilleusement lisses. Et puis, elles contiennent des protéines complètes de la viande et sont faciles à digérer.

Et elles sont aussi délicieuses et nourrissantes que les 103 années d'expérience de Swift en fait de viandes de bonne qualité ont pu les rendre. Vous pouvez les recommander toutes les trois en toute confiance. (Disponibles également sous forme hachée pour enfants.)

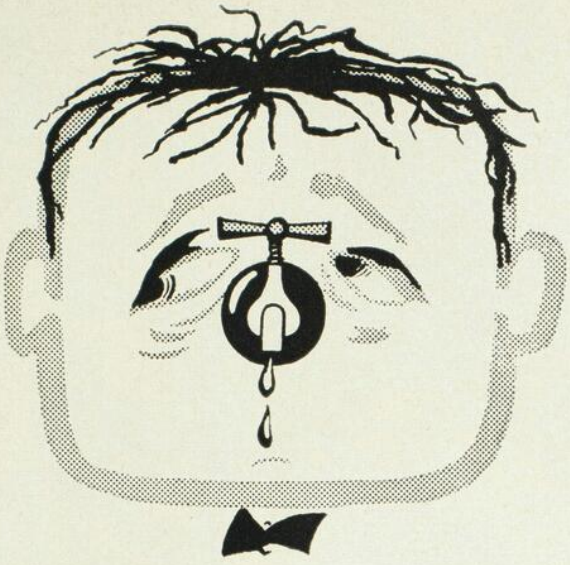
12 autres variétés savoureuses: Boeuf • Porc • Jambon • Agneau • Foie et Bacon • Poulet • Veau • Foie • Coeur de Boeuf • Jaunes d'Oeufs • Poulet et Veau • Saumon.

Swift

Pour Mieux Vous Servir

Viandes pour Bébés • Le plus précieux des produits Swift's

fièvre des foins



Novahistine

soulage plus efficacement que les anti-histaminiques à eux seuls...et évite l'emploi dangereux d'agents topiques.

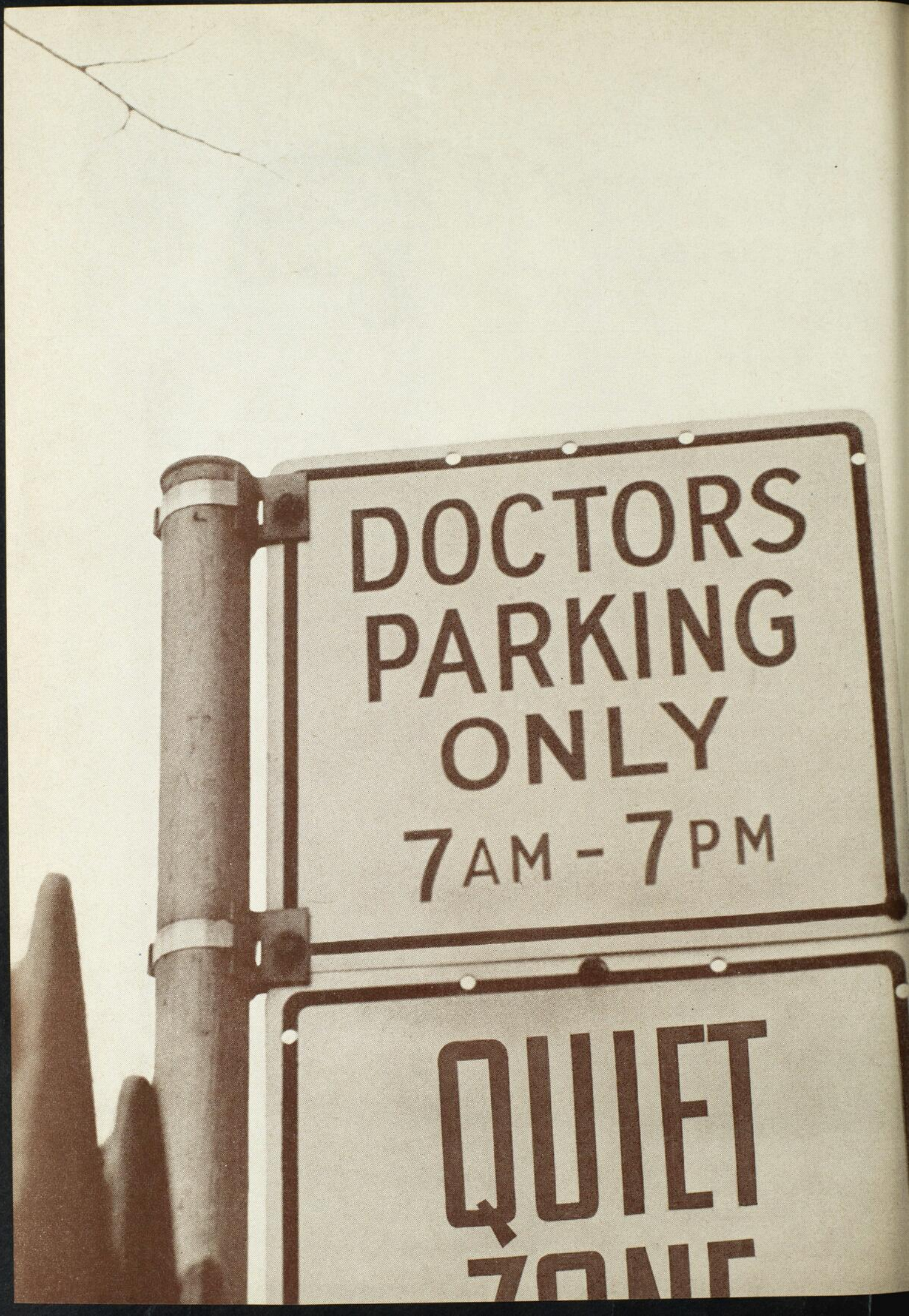
Pris par voie orale, Novahistine freine la concentration de secrétions irritantes et dégage le nez enchifrené.

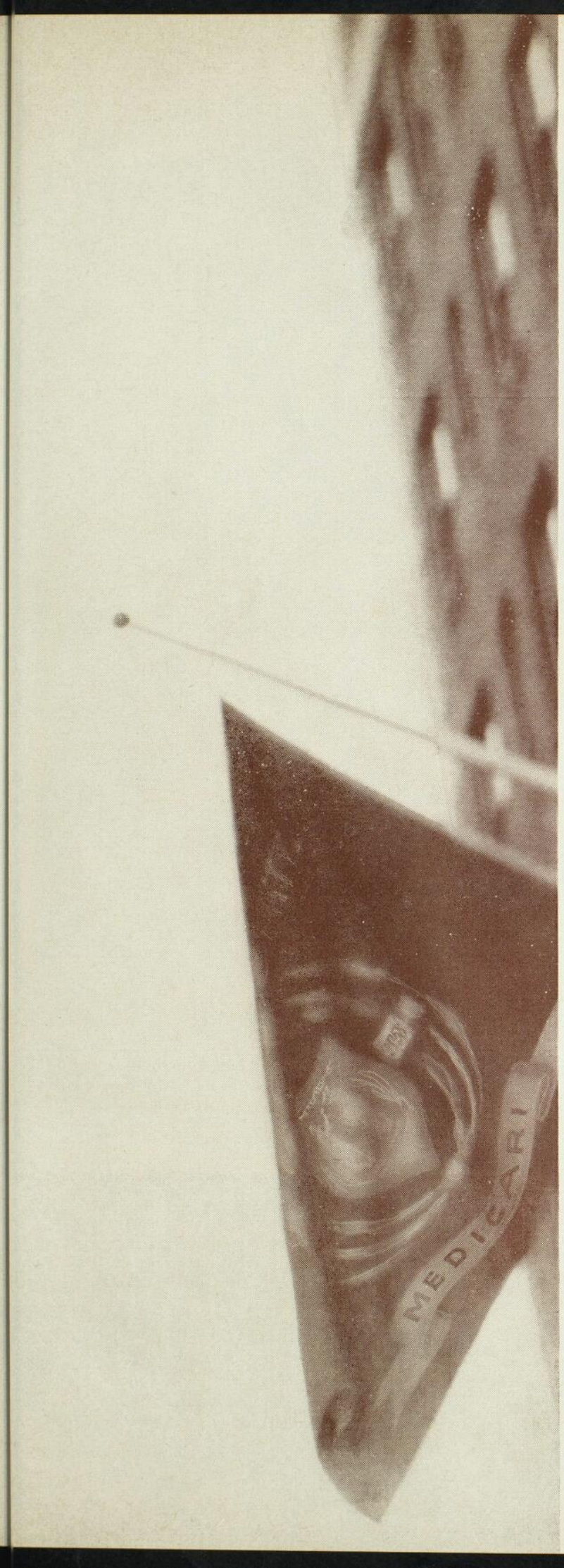
Dans les cas de fièvre des foins et d'autres allergies saisonnières... tout comme dans celui du rhume ordinaire... l'action auxiliaire d'un vaso-constricteur (phényléphrine ClH) allié à un anti-histaminique (prophenpyridamine) produit un plus haut degré d'efficacité que l'une ou l'autre de ces drogues prises seules.

Il élimine l'abus des gouttes nasales, des vaporisateurs et des inhalations... évite le risque de recongestion, de l'irritation des muqueuses et de la paralysie ciliaire. Le Nocahistine n'entraîne pas l'insomnie ni l'énervement... ne diminue pas l'appétit.

Chaque cuillerée à thé d'Elixir Novahistine fournit 5.0 mg. de phényléphrine ClH et 12.5 mg. de maléate de prophenpyridamine. Les capsules de Novahistine Fortis renferment deux fois la teneur en phényléphrine pour les malades qui requièrent une vaso-constriction plus prononcée.

PITMAN-MOORE OF CANADA LIMITED
E. B. Shuttleworth division
DON MILLS ONTARIO


DOCTORS
PARKING
ONLY
7AM - 7PM
QUIET



ACHROMYCINE* V

Tétracycline et Acide Citrique Lederle

Une Décision des Médecins

Quand il s'agit de prescrire des antibiotiques à large spectre, les médecins aujourd'hui spécifient le plus souvent l'ACHROMYCINE V.

La raison de cette préférence marquée est simple.

Depuis plus de quatre ans, vous et vos confrères avez eu de nombreuses occasions d'observer et de confirmer l'efficacité clinique de la tétracycline ACHROMYCINE et, plus récemment, de la tétracycline et acide citrique ACHROMYCINE V.

Chez patient après patient, dans des maladies causées par de nombreux germes envahisseurs, l'ACHROMYCINE maîtrise promptement l'infection — et ce avec peu d'effets secondaires de conséquence.

La prochaine fois que votre diagnostic indiquera la nécessité d'une action antibiotique rapide, remettez-vous-en à l'ACHROMYCINE V — le choix des médecins dans tous les domaines et toutes les spécialités.

Lederle
CANADA

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
Cyanamid of Canada Limited
5550, avenue Royalmount, Ville Mont-Royal,
Montréal, P. Q.
*Marque déposée

L'examen d'un sujet idéal!

L'examen mensuel des bébés Farmer's Wife est un plaisir pour le médecin *et* pour la maman . . . car ces bébés sont reconnus pour leur croissance vigoureuse, leur augmentation régulière de poids et la faible proportion de leurs malaises alimentaires. Farmer's Wife offre maintenant au médecin le choix entre *quatre* laits spéciaux pour bébés: entier, semi-écrémé, écrémé, ainsi que la nouvelle FORMULE PRÉPARÉE Farmer's Wife, additionnée d'hydrates de carbone. Cette variété *facilite* au médecin la prescription selon les besoins diététiques individuels de chaque bébé. Il facilite à la maman la préparation d'une formule constamment exacte.

Dans les quatre laits Farmer's Wife, la vitamine D est augmentée jusqu'à la plus haute teneur admise. Tous sont mis en conserve à vide dans des boîtes modernes, doublées d'émail; la rotation du stock constitue une assurance de fraîcheur absolue. Les laits Farmer's Wife, que les épreuves cliniques ont démontré digestibles, nutritifs et entièrement sûrs, répondent aux plus rigides standards du contrôle de la qualité. Offerts dans toutes les épiceries et les pharmacies.

Farmer's Wife

Prescrit par les médecins—Approuvé par les mamans

COW & GATE (CANADA) LIMITED BROCKVILLE, ONTARIO

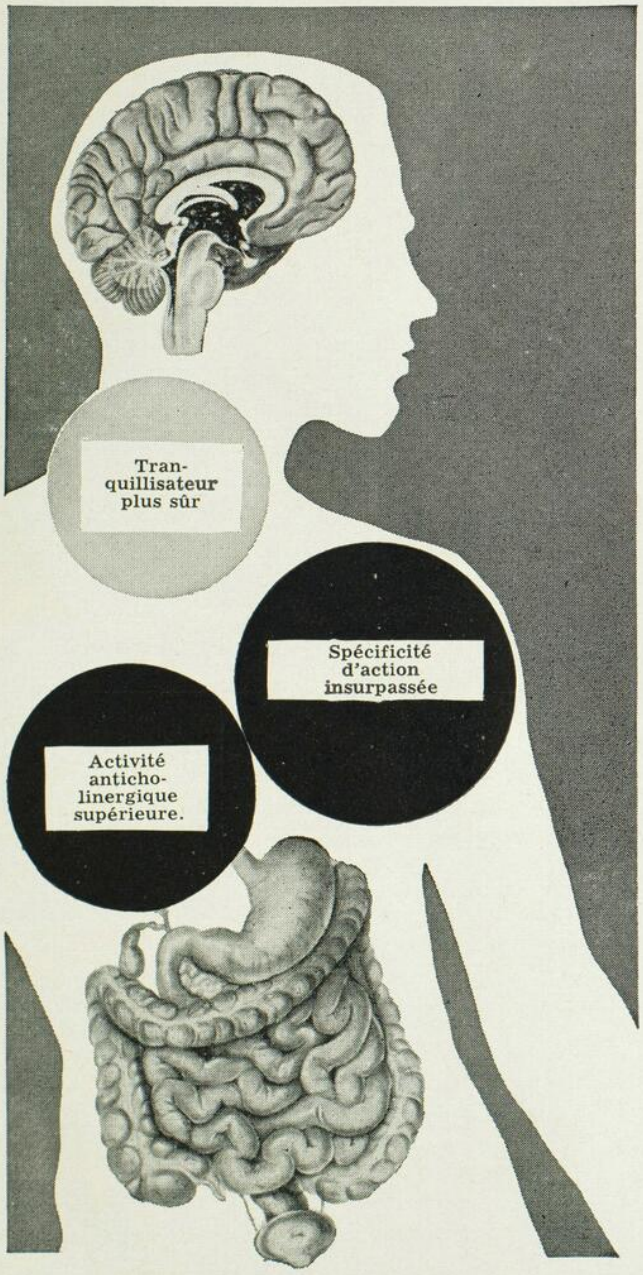
Maîtrise le Stress

Soulage l'angoisse du spasme des muscles à fibre lisse

le nouveau
Pro-Banthine® avec Dartal®

— pour un soulagement réel du spasme cholinergique.

— un tranquillisateur nouveau et plus sûr.



PRO-BANTHINE AVEC DARTAL vous offre un moyen nouveau, spécifique et sûr de maîtriser les désordres du péristaltisme, surtout quand ces désordres sont provoqués ou aggravés par des tensions psychiques ou l'anxiété.

Pro-Banthine a eu tôt fait d'être reconnu dans le monde médical comme le produit pharmaceutique le plus efficace pour maîtriser l'hypermotilité ou l'hypersécrétion gastro-intestinal.

Dartal, nouveau dans la lignée, offre une plus grande sûreté, une plus grande souplesse et une plus grande efficacité comme stabilisateur de troubles émotionnels.

La combinaison de chacun de ces produits en des doses pleinement efficaces dans Pro-Banthine avec Dartal fournit un nouveau moyen d'approche à la Médecine pour traiter les désordres fonctionnels gastro-intestinaux provoqués par le système nerveux parasympathique.

Indications: Dérangements fonctionnels gastro-intestinaux, gastrite, spasme du pylore, ulcères gastriques, colite spasmodique (intestin irritable), dyskinésie biliaire.

Posologie: Un comprimé trois fois par jour.

Disponibilité: Comprimés de couleur aqua contenant 15 mg. de Pro-Banthine (marque déposée du bromure de propantheline) et 5mg de Dartal (marque déposée du dihydrochlorure).

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA LTD.,
247 Queen St., E., Brampton, Ont.
La Recherche au Service de la Médecine.

SEARLE

Des études récentes indiquent qu'il y a très peu d'allergies attribuables au lait. On est donc porté à croire qu'on s'empresse trop de retirer le lait de la diète des nourrissons, surtout lorsque la cause de l'allergie n'est pas le lait.

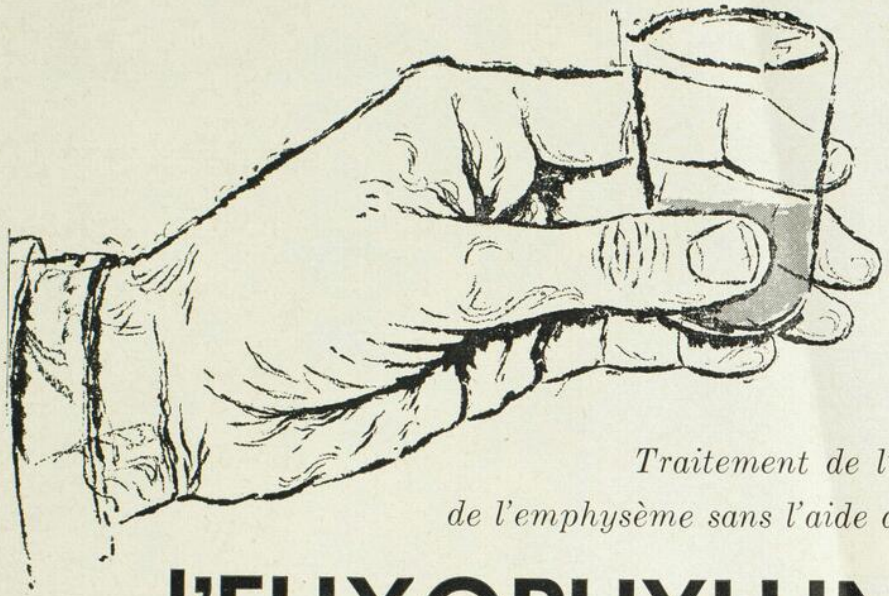
Même dans les cas relativement peu nombreux d'allergie au lait, des recherches* ont servi, récemment, à affirmer que plus des ¾ de ces nourrissons ne sont réfractaires qu'à la protéine du petit lait. Dans le lait évaporé, l'action de la protéine du petit lait a été neutralisée par un procédé de chauffage. Dans quelques cas, là où il y a réellement allergie au lait, on a découvert, après avoir fait l'essai du lait évaporé, que le bébé ne réagit qu'à la protéine du petit lait *non modifiée;* dans ce cas, on ne devrait donc pas priver le nourrisson des valeurs nutritives exceptionnelles du lait.

*Ratner, Bret; Crawford, L.V.; and Flynn, J.G.: Amer. J. Dis. Child., 91:593, 1956.

Carnation

"DE VACHES BIEN NOURRIES"

Une base scientifiquement standardisée pour la formule moderne et individuelle.



Traitement de l'asthme et
de l'emphysème sans l'aide de stéroïde

l'ELIXOPHYLLIN *oral*

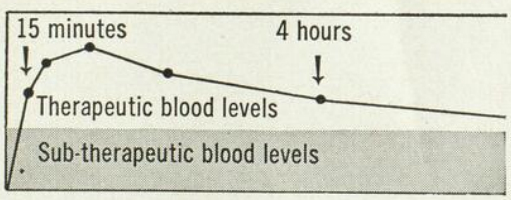
Tout comme avec l'aminophylline I. V.* une haute concentration dans le sang de théophylline est atteinte *en quelques minutes* — après une seule dose.*

La théophylline s'élimine lentement après l'absorption. La concentration thérapeutique dans le sang dure *pendant des heures.**

Cette possibilité de prévoir la concentration dans le sang permet de maintenir *jour et nuit une concentration thérapeutique très constante* fournissant un soulagement des difficultés respiratoires, de la dyspnée, de la toux et, pour la plupart des patients, une protection contre les crises aiguës.*

POSOLOGIE : *Les deux premiers jours* :

45 cc. *(trois cuillerées à table)* au lever ;
45 cc. *(trois cuillerées à table)* au coucher ;
45 cc. *(trois cuillerées à table)* à mi-temps entre les deux doses (vers les trois heures environ).



Après deux jours de traitement, les doses doivent être légèrement diminuées.
Chaque cuillerée à table contient : 80 mg. de théophylline et 3 cc. d'alcool.
Sur ordonnance seulement. En bouteilles de 16 *onces fl.*

Sherman Laboratories
Detroit 11, Michigan

**Des rééditions de ces études sont fournies sur demande.*

INFANTSOY

UNE NOUVELLE FARINE DE CÉRÉALES ENRICHIE DE PROTÉINES ET FACILE À DIGÉRER POUR BÉBÉ

VALEUR NUTRITIVE

Une teneur en protéines accrue par la présence de farine de soya et de lait écrémé en poudre.

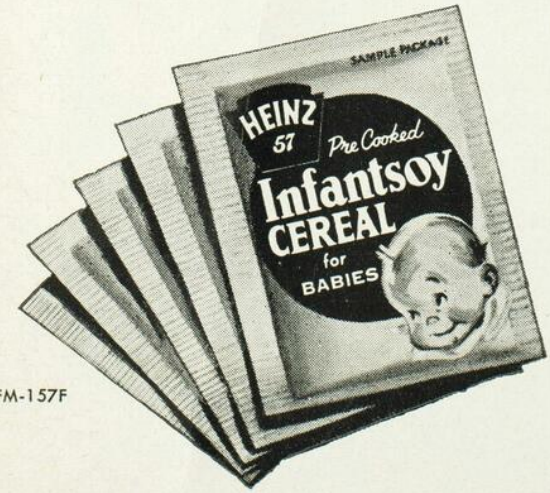
Le lait écrémé fournit les amino-acides essentiels.

Comme toutes les farines de céréales Heinz, Infantsoy est enrichie de fer et de vitamine B complexe.

DIGESTIBILITÉ

Infantsoy ne contient *pas de blé.* L'avoine et le maïs, qu'on y ajoute pour en accentuer la saveur, sont rarement allergéniques.

La farine de soya dégraissée, offerte dès les premières semaines, ne dérange pas la digestion du bébé.



ÉCONOMIQUE—Des protéines supplémentaires pour le même prix.

ÉCHANTILLONS À VOTRE DISPOSITION. Vous pouvez mettre Infantsoy à l'épreuve du point de vue du goût, de la tolérance et de l'apaisement de la faim. Nous serons heureux de vous faire tenir des échantillons. Ecrivez à: Heinz Baby Foods, Leamington, Ontario

Infantsoy

57

BFM-157F

NEUVIÈME COURS ANNUEL DE PERFECTIONNEMENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Il se donnera un cours de perfectionnement en médecine générale au **ROYAL VICTORIA HOSPITAL** du dix au quinze novembre inclusivement. Le cours traitera des conditions le plus souvent vues en pratique générale, et présentera l'aspect pratique de la médecine, chirurgie, obstétrique, gynécologie, anesthésie et psychiatrie tel qu'appliqué dans le bureau du médecin. Les méthodes les plus récentes seront accentuées.

LE COÛT EST DE $75.00

Ce cours se donne en anglais. Il a l'approbation du "College of General Practice of Canada" et est aussi acceptable "Category I" de "The American Academy of General Practice". Pour plus de renseignements et formules de demande, veuillez vous adresser à:

THE POST-GRADUATE BOARD,
Royal Victoria Hospital,
687 ouest, avenue des Pins, Montréal 2, P. Q.

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

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

SULAMYD SODIQUE
sulfacétamide de sodium

Prévention de l'infection de l'œil à la suite d'éraflures et de contusions. Traitement de la conjonctivite aiguë ou chronique, de l'ulcère serpigineux ou cornéen.

Schering
CORPORATION LIMITED
SCHERING MONTREAL

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

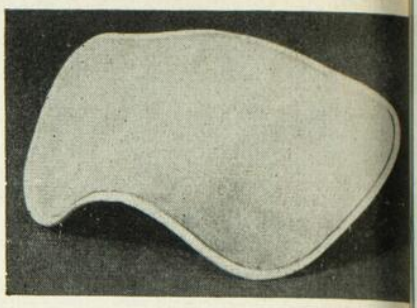
• • COQUELUCHE • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

•

Littérature sur demande.

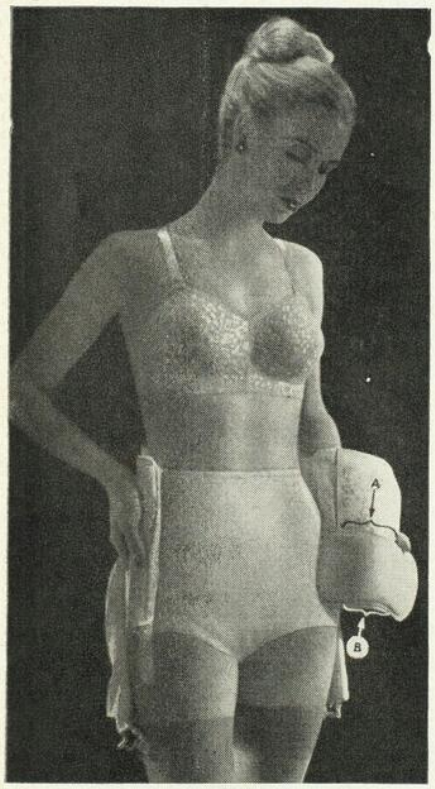
CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL



Ce Releveur Viscéral aide à améliorer la respiration

chez ceux qui souffrent de ptose

Le Coussin Abdominal à Ressort* de Spencer comporte plusieurs baleines larges, rapprochées et horizontales — recouvertes de peluche sur le côté convexe qui touche le corps. Ce coussin est cousu au support au-dessus de l'os pubien et les côtés restent libres afin de favoriser l'action à ressort. La courbe cintrée du coussin peut être augmentée ou diminuée pour donner exactement le degré de relèvement nécessaire.



Placé dans un Support Spencer *individuellement dessiné* pour répondre aux besoins d'une femme, d'un homme et d'un enfant, ce Coussin Abdominal à Ressort* agit comme releveur viscéral à ressort. Le mécanisme à ressort de ce coussin, mis dans la partie abdominale inférieure du support, suit les mouvements de l'abdomen, relevant et retenant les organes de la cavité abdominale *en position plus naturelle.*

L'attitude de maintien étant améliorée par le port d'un Support Spencer, dessiné pour répondre aux besoins de l'individu, la face convexe du coussin porte contre le corps de manière que lorsque le malade *inspire,* il se produit un léger aplanissement des baleines; chaque fois que le malade *inspire* ou *expire,* la douce pression à ressort qui se produit sur le bas abdomen exerce une action qui favorise une meilleure circulation — une action semblable à l'action naturelle des muscles abdominaux vigoureux. Le coussin est mince, léger et confortable. Il peut se faire à la hauteur que vous prescrivez comme indiquée dans chaque cas.

On obtient les Supports Spencer par l'entremise d'une Corsetière Spencer.

*Breveté.

SPENCER

vêtements de fond et soutien-gorge dessiné individuellement

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,
Rock Island, P. Q.
Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.
Angleterre: Spencer, Ltd., Banbury, Oxon.

Envoyez-moi le nom de la Corsetière Spencer la plus rapprochée.

J'aimerais avoir une démonstration des avantages et caractéristiques Spencer dans mes bureaux.

Nom ..... M.D.

Adresse .....

..... 151-8-58

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

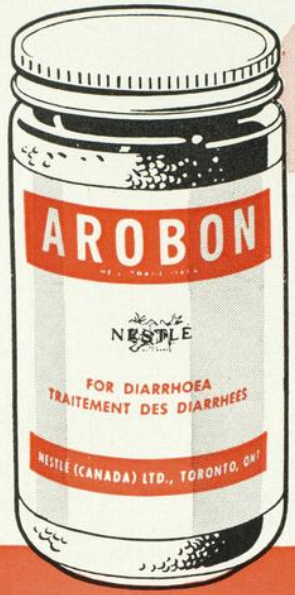
Abbott Laboratories (Selsun - Iberal) ..... XLIX - L
Ames Co. of Canada Limited (Nortyn) XXII
Anglo-French Drug Limitée (Gravignon) LI
Arlington-Funk Laboratories (Méthisol) XVIII
Baxter Laboratories (R-36 Pédatrol) LXIV
Becton, Dickinson & Company (B-D Hypak) XXXIII
Calmic Limited (Cerevon) XXXIV
Canada Drug Limitée (Somenal) XIV
Canada Drug Limitée (Paveral) LXXVII
Canadian Tampax Corporation Limited (Tampax) XXXVIII
Carnation Milk (Lait Carnation) LXXIV
Ciba Limitée (Vioforme) ..... 2ème page de la couv.
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada LXX
Cow & Gate (Canada) Limited (Lait Farmer's Wife) LXXII
Crookes-Barnes Canada Limited (Argyrol) XXX
Desitin Chemical Company (Desitin) XXXVI
Eddé, J., Limitée (Citrate de Beaufour) XXVIII
Eli Lilly (Co-Pyromil) XXIV
Frosst, Chas. E. & Company (Cotoinist) LX
Frosst, Chas. E. & Company (Kondrémul) IV
Frosst, Chas. E. & Company (La Thyrotoxicose) ..... VII - VIII
Frosst, Chas. E. & Company (Falopen) LIX
Fulford, G. T., Co. Limited (Baby's Own) XLII
Heinz Baby Foods (Aliments pour bébés) LXXVI
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Herdt & Charton, Inc. (Marro-Dausse) LII
Herdt & Charton, Inc. (Hormonausse) LIV
Herdt & Charton, Inc. (Sulpholar) LVI
Hoffmann - La Roche Limitée (Nodulac) LXII
Horner Limited, Frank W. (Infantol) XXIX
Laboratoires Des Bergers (Bismol et Cascara — B-Totum Concentré) ..... 4ème page de la couv.
Lederle Laboratories (Kynex) I
Lederle Laboratories (Aristocort) XLVI
Lederle Laboratories (Filibon) LIII
Lederle Laboratories (Achromycine) LXXI
Librairie Beauchemin Limitée XL
Mead-Johnson & Company of Canada (Colace) XLVIII
Merck, Sharp & Dohme (Hydertrasol) IX

Pages

Millet, Roux & Cie Limitée (Néo-Spasmyl) III
Ministère de la Santé XLIV
Nestlé Canada Limitée (Arobon) LXXX
Parke, Davis & Company Limited (Benadryl) XLI
Pfizer Canada Limited (Syrup) LV
Poulenc Limitée (Lispamol) ..... XIX - XX
Robins Company of Canada Limited (Cenaphon) XXXI
Robins Company of Canada Limited (Allbee) XVII
Robins Company of Canada Limited (Dimetan) XLV
Rougier Frères (Colchicine — Colchipirine) ..... Première page de la couv.
Rougier Frères (Neutraphylline) V
Roussell (Canada) Limited (Topicort) LXV
Royal Victoria Hospital (9e Cours) LXXVII
Savage Shoe Limited (Chaussures Clinic) XII
Schering Corporation Limited (Chlor) XLIII
Schering Corporation Limited (Allergie) XXXIX
Schering Corporation Limited (Mitymyd) LVII
Searle Co., G. D. (Pro-Banthine) LXXIII
Sherman Laboratories (Elixophyllin) LXXV
Smith, Klein & French Inter-American Corp. (Dexodrine) LXIII
Shuttleworth Limited, E. B. (Neo-Polycine) XXVII
Shuttleworth Limited, E. B. (Noratristine) LXIX
Spencer Supports (Canada) Limited (Supports) LXXVIII
Squibb & Sons Limited (Kenacort) XI
Squibb & Sons Limited (Mysteclin-V) XXI
Swift Canada Co. Limited (Viandes pour bébés) LXVIII
Vitamin Corporation of Canada (Methischol) XVIII
Warner-Chilcott Laboratories (Tedral) XV
Warner-Chilcott Laboratories (Byomidrine) XXXII
Warner-Chilcott Laboratories (Pacatal) XXXVII
Winthrop Laboratories of Canada Limited (PNS) XVI
White Laboratories (Delectavitor) LVIII
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd. (Wyenoids) VI
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd. (Equanitrate) ..... LXVI - LXVII
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd. (Diamagma) XIII
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd. (Zactirin) XXIII
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd. (Sparine) XXXV
Westwood Laboratories (Fostex) XXVI

DEUX FORMATS

PRATIQUES et NOUVEAUX



NOUVELLE poudre instantanée Arobon
se mêle instantanément à tout liquide froid ou chaud. Bocaux de verre: 5 ozs.

NOUVELLES Tablettes Arobon
Idéales pour les traitements ambulatoires. Peuvent être simplement croquées et avalées avec de l'eau ou du thé. Tubes métalliques de 10 tablettes.

AROBON (à base de farine de caroube)

agit immédiatement dans 95-99% des cas de diarrhées non-infectieuses . . . et dans 60% des cas de diarrhées infectieuses. *

Arobon peut être prescrit en toute sécurité aux patients de tout âge. Il n'est pas toxique, et ne produit aucun effet secondaire.

Documentation à la disposition exclusive des membres de la profession médicale.

*DEVLIN, L.P.: Industrial Medicine and Surgery., 23:4, (1954)—Traduction.

QUALITÉ NESTLÉ SÉCURITÉ

NESTLÉ (CANADA) LTÉE
DOCUMENTATION MÉDICALE
27 CARLTON ST., TORONTO, ONTARIO

· 57-1 FR.

DESBERGERS

BONUM DIAGNOSTICUM POSTULAT BONUM MEDICAMENTUM

BISMOL et CASCARA

STIMULANT et TONIQUE DU PÉRISTALTISME INTESTINAL

FORMULE:

Chaque cuillerée à dessert contient: Extrait de Cascara Sagrada: 4 grains. Phénolsulfonate de zinc; Carbonate de calcium; Bicarbonate de sodium; Kaolin colloïdal; Carbonate de magnésium; Carboxyméthyl cellulose.

INDICATIONS:

Constipation habituelle ou occasionnelle; Digestion lente; Fermentation intestinale; Flatulence.

POSOLOGIE:

Adultes: Une ou deux cuillerées à dessert dans un peu d'eau, à prendre le soir au coucher et le matin à jeun.

Enfants: Une cuillerée à thé.

PRÉSENTATION: Flacons de 8 et 16 onces.

B-TOTUM CONCENTRÉ

PLUS 160 MGM DE VITAMINE "C" PAR DRAGÉE

Indiqué dans toutes les manifestations nerveuses, digestives, névrites, perte d'appétit, perte de poids, gingivite, etc., imputables directement ou indirectement à une déficience des vitamines B et C. Aussi dans les cas où il y a perte de vitamines hydrosolubles par transpirations profuses, diarrhées, états fébriles, etc.

Chaque dragée contient:

Mononitrate de Thiamine	7.5 mgm.
Riboflavine (Vitamine B_2)	7.5 mgm.
Niacinamide	20. mgm.
Chlorure de Pyridoxine	0.5 mgm.
d-Pantothénate de Calcium	2.0 mgm.
ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C)	160.0 mgm.

POSOLOGIE:

1 - 3 dragées par jour selon le cas.

CONDITIONNEMENT:

Flacons de 50 dragées.