- 18

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

TOME 96 — NUMÉRO 10
MONTRÉAL — OCTOBRE 1967

1872-1967

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL DANS L'HÔPITAL 1185 — ÉDITORIAL
Yves Leboeuf

ÉVOLUTION ET PROPHYLAXIE DE 440 CAS DE FIÈVRE RHUMATISMALE 1187 — TRAVAUX ORIGINAUX
Ghislaine Gilbert, Raymond Lamontagne et Paul David

LA SARCOÏDOSE 1194
Gilles Lorange et André Gougoux

PROPRIÉTÉS ANTIÉPILEPTIQUES ET PSYCHOTROPES DE LA CARBAMAZÉPINE (TÉGRÉTOL) 1200
Paul Rajotte, Wolfgang Jilek, Louise Jilek, Alberto Perales, Normand Giard, Jean-Marc Bordeleau et Léon Têtreault

LES COARCTATIONS ATYPIQUES DE L'AORTE 1207 — RECUEIL DE FAITS
Morteza Saidi et Emile Bertho

UN CAS DE KYSTE LEPTOMÉNINGÉ POST-TRAUMATIQUE 1214
Bernard R. Meloche, André Sansregret, Hubert Grégoire, Jacques Gagnon et Paul Massicotte

URTICAIRE AU FROID 1220
Pierre Delorme et Gilles Dagenais

RAPPORT SUR LA CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DU DIABÈTE 1227 — HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE
Lise Davignon

L'ÉVOLUTION MÉDICALE AU CANADA 1232 — VARIÉTÉS
Edouard Desjardins

L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE MÉDICALE EN REGARD DE L'ASSURANCE-MALADIE 1238
Claire Laberge-Nadeau, Claude Mercure, Gilbert Blain

GROSSESSE ET OBÉSITÉ 1243 — MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES
Réal Martineau et Antoine Habre

LE RÉFLEXOGRAMME ACHILLÉEN CHEZ UN GROUPE D'ALCOOLIQUES 1248
Maurice Verdy, Jean Lapierre, Hélène Sansoucy

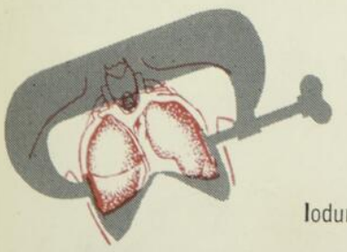
GROSSESSE ET CÉSARIENNE ITÉRATIVE 1251
Réal Martineau

CHRONIQUE RADIOLOGIQUE 1255 — CHRONIQUE RADIOLOGIQUE

BULLETIN DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA 1257 — BULLETIN DE L'A.M.L.F.C.

REVUE DES PÉRIODIQUES 1261
NÉCROLOGIE 1270
NOUVELLES 1272
REVUE DE LIVRES 1278
COMMUNIQUÉS 1284
LIVRES REÇUS 1304
L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1898 1324
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 1325

BIBLIOTHÈQUE SAINT-SULPICE



ASTHME • DYSPNÉE • EMPHYSÈME PULMONAIRE
MANIFESTATIONS BRONCHIQUES SECONDAIRES AUX ALLERGIES

I. D. M. *Comprimés - Capsules Solution*

Iodure de potassium — Dihydroxypropylthéophylline — Maléate de mépyramine

Dans les toux opiniâtres des bronchites et des rhumes

I. D. M.- EXPECTORANT
(avec Gaïacolate de Glycéryle)
COMPRIMÉS - SOLUTION

Documentation sur demande

ROUGIER: *Le plus important laboratoire pharmaceutique* **indépendant** *au Canada*

ROUGIER

LES HYPERTENDUS TRAITÉS AVEC

Ismelin®



SE SENTENT EN FORME... ONT L'AIR EN FORME...

ET BÉNÉFICIENT D'UNE THÉRAPIE DE SÉCURITÉ

Avantages d'Ismelin

- S'emploie avec succès pour traiter l'hypertension, à tous ses stades de gravité
- Exerce un effet hypotenseur graduel, prévisible et contrôlable
- Pas d'observations de toxicité hépatique ou sanguine
- Pas d'observations de réactions fébriles ou parkinsoniennes
- Une seule dose par jour suffit chez la plupart des patients
- Se prête au traitement combiné (par exemple, associé à Esidrix®)

Indications: presque toutes les formes d'hypertension artérielle (y compris l'hypertension maligne), sauf en présence de phéochromocytome.

Posologie: au départ, donner une seule dose de 10 mg par jour. Augmenter ensuite la posologie par fractions de 10 mg (un comprimé) à intervalles d'une semaine au minimum, jusqu'à ce que l'effet thérapeutique désiré ou possible ait été obtenu.

On obtient en général un effet hypotenseur satisfaisant avec une posologie allant de 30 à 60 mg par jour, bien que chez certains malades, il soit nécessaire de donner jusqu'à 150 mg par jour. REMARQUE: la tension artérielle doit être prise en décubitus et debout durant la période de fixation de la dose. L'emploi concomitant d'un autre hypotenseur (par exemple, Esidrix) permet dans certains cas de réduire la posologie d'Ismelin.

Effets secondaires: étourdissements, faiblesse, lassitude, diarrhée, rétention hydrique, inhibition de l'éjaculation, myalgies, faiblesse musculaire, troubles de l'accommodation oculaire et congestion nasale sont au nombre des réactions possibles.

Précautions à prendre: les dérivés de la rauwolfia peuvent potentialiser nettement l'action antihypertensive d'Ismelin lorsqu'ils sont employés conjointement avec le médicament. Au moment d'entreprendre le traitement, il convient de suspendre l'administration des agents de blocage ganglionnaire ou de réduire leur posologie d'au moins la moitié. Il faut également suspendre la thérapie avec les inhibiteurs de la MAO au moins une semaine avant de commencer à administrer Ismelin. Les agents anorexigènes, de même que les stimulants, peuvent affaiblir la réaction hypotensive à Ismelin.

Le médicament doit être employé avec prudence en présence d'atteinte rénale grave, d'ulcère peptique ou s'il y a une histoire d'ischémie coronarienne ou cérébrale récente.

Contre-indication: phéochromocytome.

Tous renseignements détaillés concernant les effets thérapeutiques, la posologie, les effets secondaires, les précautions à prendre et les contre-indications seront fournis sur demande.

Présentation: comprimés d'Ismelin (guanéthidine CIBA) à 10 mg (jaune pâle, sécables) et à 25 mg (blancs, sécables); flacons de 100 et 500.

Egalement: Ismelin®-Esidrix®, comprimés (rose pâle) renfermant 10 mg d'Ismelin® et 25 mg d'Esidrix® (hydrochlorothiazide CIBA); flacons de 100 et 500.

CIBA
DORVAL, QUÉBEC

7032



Cette illustration (remontant à l'an 1400 A.D.) représente la fin d'un guerrier aztèque qui, après avoir lutté contre la crainte et la douleur, et accepté le risque de mourir, est finalement dévoré par le Dieu de la Mort . .. De nos jours, malgré le combat incessant mené contre la maladie, bien des humains doivent malheureusement encore accepter la souffrance et l'angoisse morale qui en résulte. Cependant, les recherches de plus en plus poussées de la médecine ont permis, depuis quelques années, la découverte de médicaments précieux pour combattre la douleur, l'anxiété, la dépression et les affections psychotiques.

Pr NOZINAN

ANTI-PSYCHOTIQUE
TRANQUILLISANT
ANTALGIQUE
ANTI-DÉPRESSIF

comprimés, gouttes, ampoules, suppositoires

pour renseignements détaillés sur
posologie, tolérance, effets secondaires, précautions,

DEMANDEZ NOTRE BROCHURE

Poulenc LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL 11

NOZINAN (marque de la méthotriméprazine)

Nouveau contraceptif per os



pour couvrir des besoins individuels

OVULEN* 0.5mg

Diacétate d'éthynodiol 0.5 mg avec 0.1 mg de mestranol

L'Ovulen 0.5 mg permet au médecin de choisir, parmi les contraceptifs per os, celui qui répondra aux besoins particuliers de chaque femme.

L'activité estrogénique de l'Ovulen 0.5 mg et son économie au point de vue métabolique peuvent représenter, pour les catégories de patientes suivantes, des avantages décisifs et faire du produit le contraceptif per os efficace dont elles ont besoin.

La patiente en période de préménopause—Il s'agit d'une femme de plus de 35 ans qui peut commencer à ressentir les symptômes d'une insuffisance estrogénique progressive mais qui, en même temps, désire s'assurer les avantages d'une médication contraceptive efficace.

La patiente qui éprouve les effets secondaires d'autres contraceptifs per os—Il s'agit d'une femme qui, sous l'influence d'autres anticonceptionnels per os, a souffert les effets secondaires désagréables d'une pseudo-grossesse. Cette patiente peut trouver dans l'Ovulen 0.5 mg le contraceptif qui lui convient.

Comme traitement de longue haleine—Il s'agit d'une jeune femme qui désirant élever une famille suivant son plan personnel, projette d'employer des contraceptifs per os pendant une longue période. L'économie métabolique que permet l'Ovulen 0.5 mg peut répondre à ses besoins.

*Marque déposée

Vaste expérience clinique: En Amérique du Nord, 2731 femmes ont été observées pendant 24778 femme-cycles, soit pendant 1906 femme-années. En Europe, 2998 femmes ont été suivies pendant plus de 22292 femme-cycles.

Aucun cas de grossesse imprévue n'a été signalé. Au total, 5729 femmes ont été suivies pendant plus de 47070 cycles, soit pendant 3620 femme-années. Aucun cas de grossesse non préméditée n'est survenu pendant cette période. Les résultats de cette vaste expérience clinique témoignent de l'efficacité de la médication contraceptive par l'Ovulen 0.5 mg per os.

Posologie—"Trois semaines de médication—une semaine sans médication".

Nouvelles patientes—elles commenceront à prendre les comprimés le cinquième jour du cycle menstruel (le premier jour de l'écoulement comptant comme jour UN) et elles continueront ce traitement suivant le calendrier "trois semaines de comprimés—une semaine sans comprimés".

Patientes ayant déjà pris d'autres contraceptifs—les patientes qui passent d'un autre contraceptif à l'Ovulen 0.5 mg devraient commencer à prendre l'Ovulen 0.5 mg une semaine après qu'elles ont cessé de prendre leur traitement contraceptif antérieur. Par la suite, elles poursuivront leur traitement à l'Ovulen 0.5 mg comme les autres, soit une semaine sans comprimés après trois semaines de comprimés.

Remarques—Il arrive parfois que de nouvelles patientes, et même des patientes ayant passé à l'Ovulen 0.5 mg après un autre traitement antérieur, constatent un "saignottement" ou un saignement inter-cycle durant les quelques premiers cycles. Ceci n'est que le reflet de la nouvelle adaptation de l'endomètre au nouveau rapport hormonal. Si un saignement différent du saignement normal par sevrage médicamenteux devait persister durant plusieurs cycles traités, le médecin, après avoir éliminé la possibilité d'une étiologie organique, devra envisager de donner à cette patiente l'Ovulen 1 mg.

Contre-indications et précautions—On ne devra pas prendre l'Ovulen:
En présence d'un cancer génital ou mammaire. En présence d'une maladie hépatique ou d'un trouble fonctionnel du foie. S'il existe des symptômes ou des antécédents de maladie thrombo-embolique. En présence d'un saignement vaginal laissé sans diagnostic, d'un épisode antérieur d'un accident cérébro-vasculaire, d'une perte inexpliquée de la vision, de défauts du champ visuel, de diplopie ou d'exophtalmie. Durant la période d'allaitement. En présence d'un trouble cardiaque ou rénal. Durant la grossesse. On devra se montrer prudent: Chez les femmes qui ont des antécédents d'une dépression psychiatrique et abandonner la médication si se manifestent des signes d'une récidive de cet état. Chez les malades souffrant de maladies qui affectent le métabolisme du calcium et du phosphore. Chez les femmes ayant des antécédents d'épilepsie, de migraine ou d'asthme et qui risqueraient d'être défavorablement affectées par une rétention hydrique. En prescrivant des associations de progestine et d'estrogène, il faudra envisager les possibilités suivantes: Une tumeur fibroïde utérine pré-existante peut parfois augmenter de volume. Les besoins en insuline d'une diabétique peuvent être modifiés. Avant de prescrire l'Ovulen 0.5 mg, il faut procéder à un examen général complet de la patiente, y compris le prélèvement d'un frottis de Papanicolaou. Une documentation plus détaillée est envoyée sur demande.

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA LIMITED, BRAMALEA, ONTARIO

MEMBRE ACFP

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

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

Paul Letondal,
Rosario Fontaine,
Adélard Groulx,
Richard Lessard,

BUREAU DE RÉDACTION
Rédacteur en chef : Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef: Edouard Desjardins
Secrétaire de la Rédaction : André Barbeau
Adjoint à la rédaction: Gilles Leboeuf

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, Raymond Barcelo, Jacques Bernier, Jean-Marc Bordeleau, J.-R. Brunette, Jean Chagnon, Roland Charbonneau, Luc Chicoine, André Davignon, Jacques Gagnon, Cecil Gendreau, Ghislaine Gilbert, Fernand Grégoire, Pierre Grondin, Jules Hardy, M. Kaludi, Michel Lacombe, Pierre Lavoie, Simon Lauzé, R. Lebeau, Gilles Lebœuf, Charles Lépine, Gérard Migneault, André Proulx, Marcel Rheault, Rosario Robillard, Maurice St-Martin, Léon Tétreault, Florent Thibert, André Viallet.

CORRESPONDANTS

MM. M. Pestel (Paris), Donat-P. Cyr (Boston, Mass.), A. Fontaine (Woonsocket), L. Mantha, L. Potvin (Ottawa), J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières).

Pr

Tension, Anxiété, Agitation

PROTENSIN®

* Marque de capsules chlorhydrate de chlordiazépoxide N.F.

* La chlordiazépoxide est maintenant reconnue comme nouvelle drogue importante dans les états de tension et d'anxiété.

Bibliographie et échantillons sur demande.



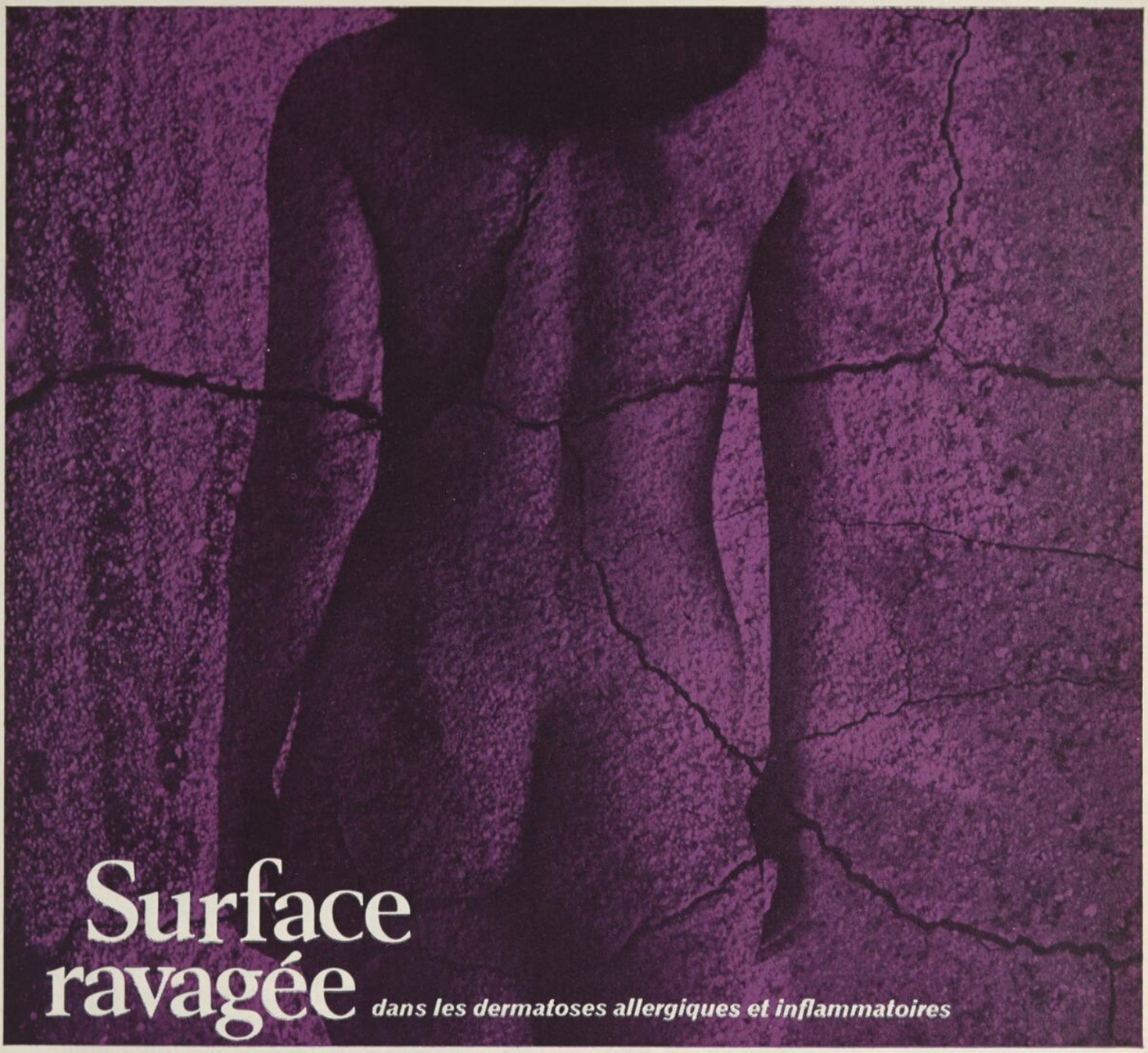
Disponible en 3 teneurs:

Capsule bleue et jaune 5 mg.
Capsule bleue et blanche 10 mg.
Capsule jaune et orange 25 mg.

ELLIOTT-MARION CIE LTÉE
MONTRÉAL 9, QUÉBEC

FABRICATION CANADIENNE

* VENDU SOUS BREVET CANADIEN No 612497



Surface ravagée

dans les dermatoses allergiques et inflammatoires

Celestoderm-V*

se rapproche très étroitement de la corticostéroïde topique idéale

Le corticostéroïde topique le plus actif. Des études comparatives faites sur l'activité[1] topique telle que déterminée par vaso-constriction, il ressort que le 17-valérate de betaméthasone est de 3.6 fois plus actif que l'acétonide de fluocinolone qui précédemment[2] s'était classée en tête comparativement au triamcinolone, à l'acétonide de triamcinolone, au flurandrénolone et à d'autres préparations corticostéroïdes pour usage topique.

Des progrès cliniques plus rapides peuvent être attendus avec CELESTODERM-V. Le haut dégré d'activité topique, combiné avec une solubilité améliorée par la micro-dispersion de l'agent actif procure une rémission rapide des lésions, et la durée du traitement en est souvent réduite.

Une efficacité clinique supérieure. Des études à double insu pratiquées en clinique sur 807 malades atteints d'eczéma et de psoriasis: ". . . prouvent qu'une meilleure réaction est obtenue avec le 17-valérate de betaméthasone qu'avec n'importe quel autre corticostéroïde employé,"[3] incluant l'acétonide de fluocinolone, l'acétonide de triamcinolone, le fluandrénolone et l'hydrocortisone.

CELESTODERM-V et CELESTODERM-V/2 (17-valérate de betaméthasone). Un gramme de crème et d'onguent CELESTODERM-V contient 1 mg (0.1%) de 17-valérate de betaméthasone. Un gramme de crème et d'onguent CELESTODERM-V avec néomycine contient 1 mg (0.1%) de 17-valérate de betaméthasone et 3.5 mg (0.35%) de néomycine. Un gramme de crème et d'onguent CELESTODERM-V/2 contient 0.5 mg (0.05%) de 17-valérate de betaméthasone. **INDICATIONS**: Traitement local des dermatoses allergiques et inflammatoires. La crème et l'onguent CELESTODERM-V avec néomycine sont indiqués dans les même conditions, en cas d'infection ou de menace d'infection. **POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI**: Appliquer une légère couche deux ou trois fois par jour sur la région affectée. En cas de lésions rebelles, la corticostéroidothérapie topique donne de meilleurs résultats en utilisant la méthode hydratante avec pansements occlusifs. **PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS**: Les préparations CELESTODERM-V et CELESTODERM-V/2 sont contre-indiquées en cas de tuberculose de la peau, de varicelle, d'herpès simple et de vaccine. Elles ne doivent pas être employées dans l'oeil ni dans la région péri-oculaire. Les corticostéroïdes pouvant être absorbés par voie cutanée, il ne faut pas écarter, dans le cas d'un traitement occlusif prolongé, la possibilité de réactions métaboliques généralisées. Documentation complémentaire sur demande.

Schering CORPORATION LIMITED,
POINTE CLAIRE, QUE.

1) McKenzie, A.W., et Atkinson, R.M.: Arch. Dermatol., 89:741-746, mai 1964.
2) McKenzie, A.W.: Arch. Dermatol., 86: 611-614, novembre 1962.
3) Williams, D.I., et al.: Lancet, 1:1177-1179, 30 mai 1964. *Marque déposée

CEV-51-F-CA/67

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

Président: Paul David
Vice-président: Paul Bourgeois
Secrétaire-trésorier: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

MM. Paul David, Paul Bourgeois, Roma Amyot, P.-R. Archambault et Édouard Desjardins.

BUREAU DE DIRECTION

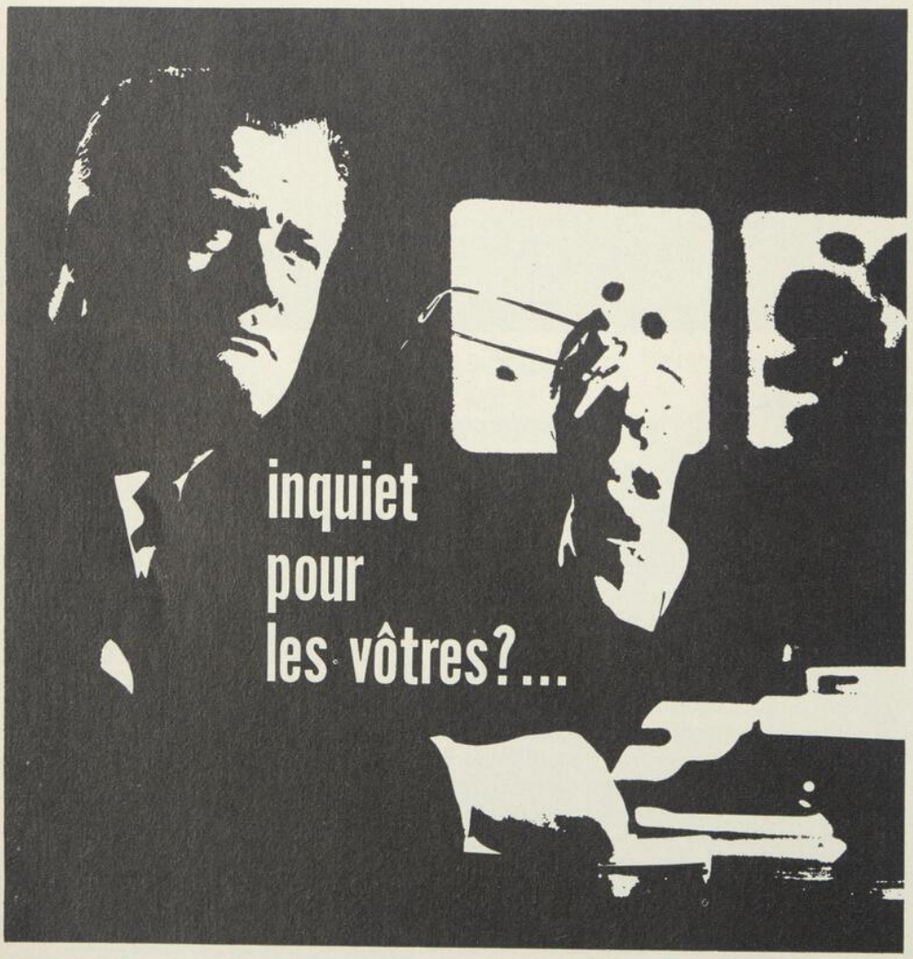
MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Émile Blain, E.-Roland Blais, P. Bourgeois, Paul David, Édouard Desjardins, Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne, Paul Dumas, Jacques Genest, Albert Jutras, Antonio Lecours.

MM. Jean-Louis Léger, Donatien Marion, Laurent Potvin, Raoul Roberge, Jean Saucier, L.-Charles Simard, Henri Smith, Pierre Smith.

PUBLICITÉ : Gilles R. Bauset :
1965 est, rue Bélanger, ch. 201, Montréal 35
Téléphone 722-3155

MEMBRE DU
ccab

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



Profitez de l'expérience
et de la permanence
de nos services fiduciaires :

- ☐ analyse de plan successoral
- ☐ exécution et administration de successions
- ☐ administration d'immeubles
- ☐ garde et gestion de valeurs.

FIDUCIAIRES TRUSTEES
Fiduciaires

de la Cité et du District
de Montréal Limitée

1253 avenue McGill College
Tél. : 878-3351

pour les maladies rhumatismales...

Entrophen®



Au cours de la salicylothérapie intensive et prolongée, l'intolérance gastrique est évitée grâce à l'ENTROPHEN et à son enrobage exceptionnel, le POLYMÈRE 37*: La couche entéro-soluble empêche l'acide acétylsalicylique de se dégager dans l'estomac, mais elle lui permet de se désagréger et d'être complètement absorbé dans l'intestin grêle.

empêche l'irritation gastrique due aux salicylates

NOUVEL ENTROPHEN à 10 grains — Les comprimés ENTROPHEN à 10 grains sont plus pratiques pour le malade, car il doit en absorber moins, facteur considérable lorsqu'une forte dose de salicylates est nécessaire chaque jour.

NOUVEL (N) ENTROPHEN à la CODÉINE — Outre ¼ de grain de phosphate de codéine, les comprimés (N) ENTROPHEN à la CODÉINE contiennent 10 grains d'acide acétylsalicylique. Ils sont indiqués quand la douleur est intense. Pris immédiatement avant le coucher, ils minimisent souvent la raideur arthritique et la douleur au lever.

ENTROPHEN à 5 grains — Comprimés d'acide acétylsalicylique entéro-soluble, éprouvés en clinique et d'un usage très répandu.

EFFETS SECONDAIRES — Bourdonnements d'oreille, nausées, vomissements et diarrhée. Les idiosyncrasies dues à l'acide acétylsalicylique sont peu communes et se manifestent sous forme de lésions cutanées; l'anaphylaxie est rare.

ATTENTION — Au Canada, l'acide acétylsalicylique est l'une des causes les plus fréquentes d'intoxication accidentelle chez les bébés et les enfants en bas âge. Aussi doit-on conserver les comprimés ENTROPHEN hors de la portée de tous les enfants.

POSOLOGIE — Chez les adultes, on estime que la dose minimum est de 10 grains quatre fois par jour. Un traitement intermittent est inefficace.

FLACONS de 100 et de 500 comprimés

Documentation complète sur demande

*Breveté en 1959

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
Charles E. Frosst et Cie
MONTRÉAL CANADA
MAISON FONDÉE AU CANADA EN 1899

CONDITIONS DE PUBLICATION

"L'Union Médicale du Canada" paraît tous les mois.

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

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

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

Les textes qui parviennent à la rédaction sont passés par quatre stades de revision :

On examine d'abord la structure matérielle des articles concernant la lisibilité, la présence des résumés français et anglais, la rédaction des références bibliographiques, le décompte et la qualité des figures et tableaux.

Les textes sont soumis au rédacteur en chef qui en fait un premier examen, puis à un comité de lecture qui effectue deux revisions : la première porte sur leur composition et leur forme; la seconde juge leur qualité de structure et de conception scientifiques.

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

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

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

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

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

Le barême des annonces est fourni sur demande à Gilles-R. Bauset, publiciste, 5064, avenue du Parc. Téléphone : 273-3065.

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

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

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

L'Association Médicale du Québec désire retenir les services d'un médecin à titre de secrétaire à plein temps. Les candidats devront être bilingues et posséder une expérience de l'administration ainsi que de l'organisation de la médecine. L'emploi exige des déplacements assez fréquents et comporte les bénéfices marginaux d'usage.

S'adresser au

Président du Conseil
Association Médicale du Québec
2115, rue Drummond
Montréal 25e



"Un programme de traitement quotidien continu est beaucoup plus facile pour la patiente que les protocoles thérapeutiques présentement prescrits pour les contraceptifs oraux. Il n'est pas nécessaire qu'elle compte les jours ou qu'elle emploie un calendrier pour déterminer la cédule du traitement. Elle sera moins portée à oublier son médicament lorsqu'elle n'a qu'à se souvenir de prendre un comprimé tous les jours."

Philip DiSaia, M.D., "Un rapport intérimaire sur la thérapie continue de comprimés", Faculté de Médecine de l'Université Yale, New Haven, Connecticut.

Syntex vous présente un nouveau protocole contraceptif ...

Un nouveau protocole contraceptif offert par Syntex

Un comprimé par jour tous les jours.

Norinyl*

(noréthindrone + mestranol)

pour cycle de 28 jours

dans un distributeur renfermant 21 comprimés blancs de Norinyl et 7 comprimés orange inertes permettant d'établir un protocole sur une base quotidienne continue.

*Marque déposée au Canada

Le *distributeur* NORINYL® pour *cycle de 28 jours* offre un protocole simplifié et efficace de "un comprimé par jour tous les jours" lequel *élimine la confusion, facilite l'acceptation de la patiente* et *diminue le risque d'erreur par celle-ci.*

Il n'est pas nécessaire pour vos patientes de se rappeler le jour précis de la prise de leur dernier comprimé tel que cela se présente pour le protocole de 20 ou 21 jours. De plus, il ne leur est pas nécessaire de se rappeler quand recommencer - 5, 6 ou 7 jours plus tard.

Tel que déjà cité par l'un des investigateurs: "La coopération et l'acceptation des patientes à l'égard de ce nouveau concept d'administration ont été très bonnes particulièrement par celles qui utilisaient auparavant une thérapie orale cyclique ou séquentielle."*

La noréthindrone a été utilisée pour la première fois chez les humains en 1955. L'association de l'agent progestatif, la noréthindrone, et de l'agent oestrogénique, le mestranol, dans un rapport de 20:1 est présentement utilisée par plus de 2,000,000 de femmes.

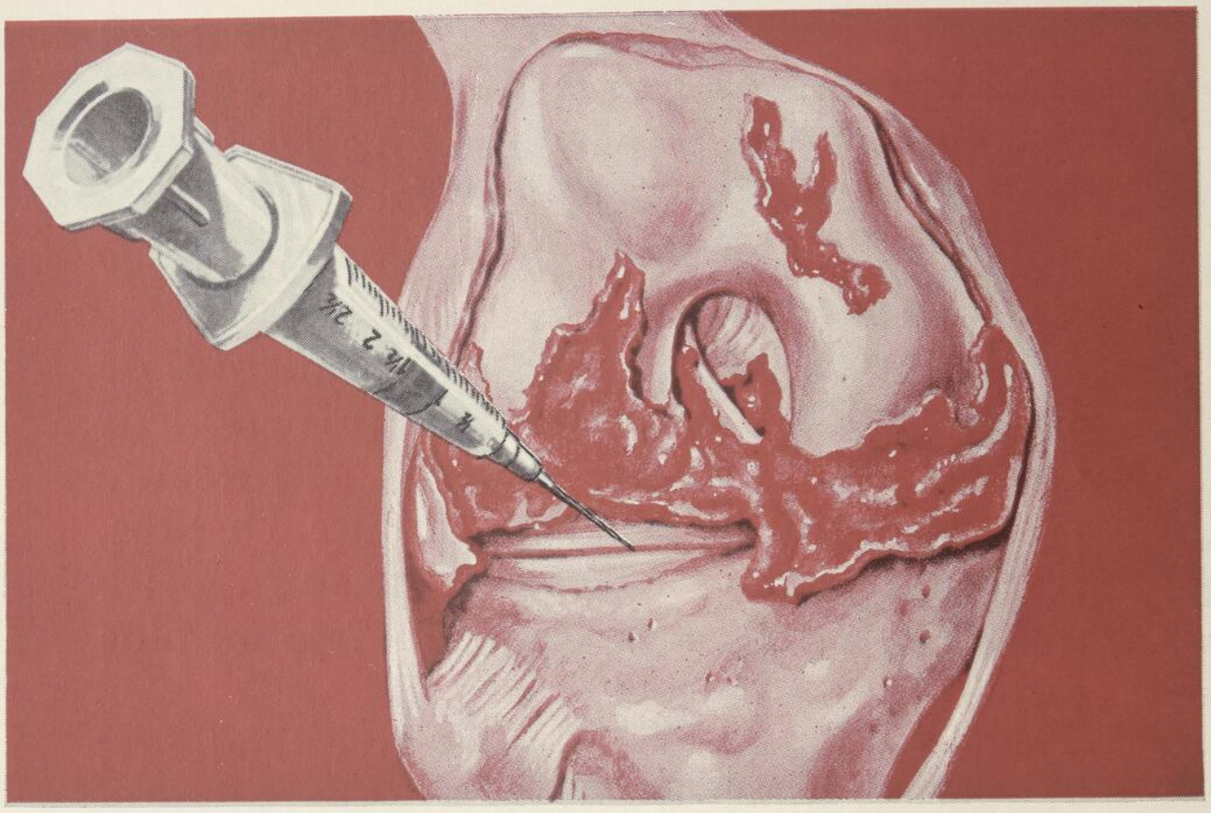
*Philip DiSaia, M.D., "Un rapport intérimaire sur la thérapie continue de comprimés", Faculté de Médecine de l'Université Yale, New Haven, Connecticut.

Nous vous ferons parvenir de plus amples informations sur demande.

SYNTEX

SYNTEX LTD., MONTRÉAL 9, QUÉBEC

une solution positive au rhumatisme: symptômes localisés



le premier corticostéroïde injectable ayant à la fois un effet immédiat et prolongé grâce à son action à retardement

Celestone* Soluspan*

*(marque d'acétate de betaméthasone et de phosphate disodique de betaméthasone, 6 mg par cc)

L'inflammation est rapidement enrayée — souvent en quelques heures seulement — avec le Celestone Soluspan. Contrairement à d'autres injectables à effet prolongé, le Celestone Soluspan combine une forme à action rapide avec une forme à effet prolongé du même corticoïde pour assurer un maximum de soulagement avec une seule injection. Nul autre corticoïde ne produit un plein effet avec si peu d'ingrédients actifs (à peine 3 mg par cc de micro-particules corticoïdes en suspension. Résultat: virtuellement pas "d'exacerbation secondaire" et rarement de douleur au point d'injection après administration intra-articulaire . . . déposition cristalline insignifiante. Fiole de 1 cc et fiole multidose de 5 cc. Echantillon d'essai, documentation clinique ou brochure spéciale sur les techniques d'injection recommandées sur demande.

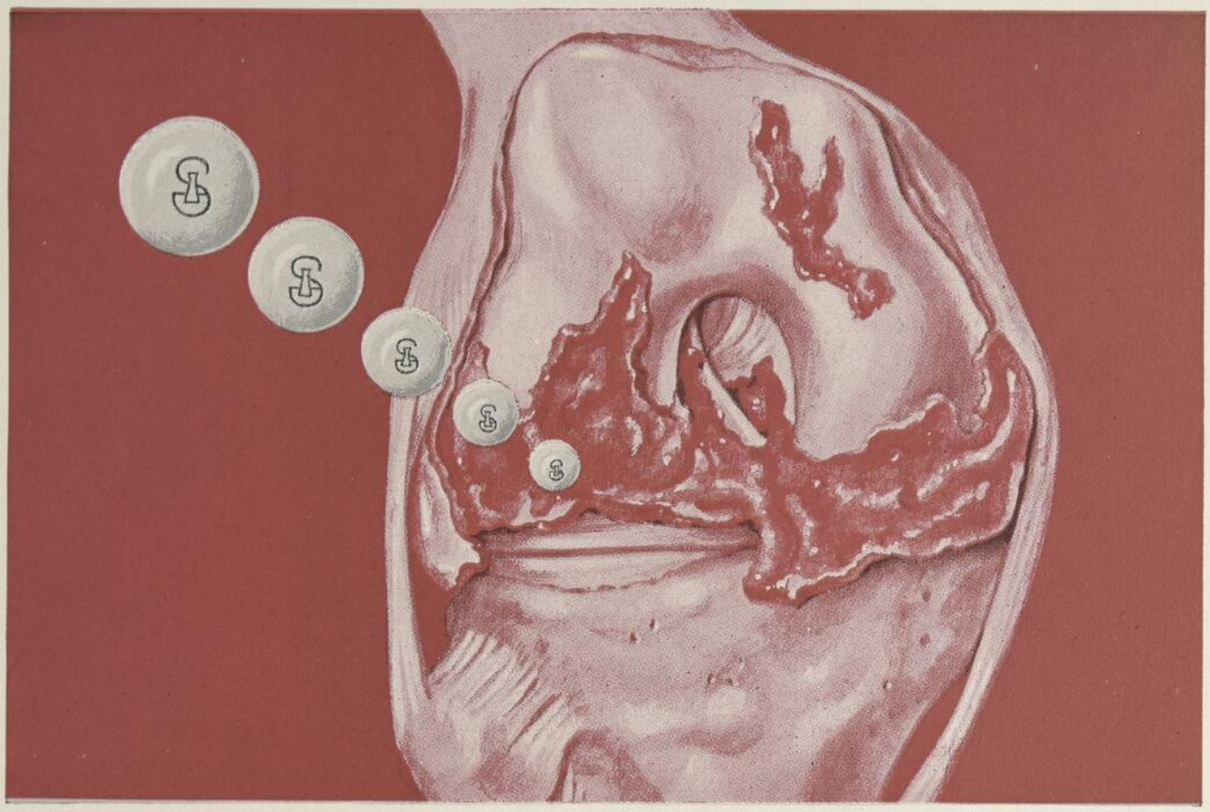


Posologie et administration — La posologie de Celestone Soluspan sera déterminée suivant la gravité du cas. Contre-indication absolue en cas d'herpès simplex aigu de l'œil, de tuberculose latente ou active (sauf sous traitement avec agents antituberculeux) et d'infections locales. Contre-indication relative (compte tenu de l'avantage thérapeutique net) en cas d'ostéoporose, d'instabilité émotionnelle marquée, d'anastomose intestinale récente, d'ulcère peptique, de diverticulite ou de grossesse, surtout durant les 3 premiers mois. L'injection régionale n'est pas contre-indiquée en cas d'infection localisée ailleurs. Pour de plus amples renseignements, consulter la documentation officielle de Schering ou écrire à: Schering Corporation Limited, Pointe Claire, Québec.

Schering

*Marque déposée CE-2F-66

une solution positive au rhumatisme: condition généralisée



L'un des plus sûrs corticostéroïdes, capable de provoquer les résultats souhaités à doses relativement petites.

Celestone* Répétabs*

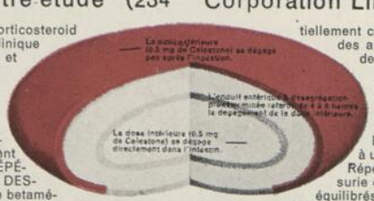
(Phosphate disodique de bétaméthasone – 1 mg)

Après cinq ans, CELESTONE demeure parmi les corticostéroïdes les plus sûrs et les plus actifs à faible dose par voie buccale. Il est particulièrement utile dans les cas d'inflammation généralisée, et comme thérapie d'entretien dans les cas d'arthrite rhumatoïde aiguë et d'affections séreuses telles que la bursite, la synovite et la ténosynovite. Dans un rapport d'évaluation clinique, les chercheurs déclarent: "Nous n'avons constaté aucun indice d'ulcère peptique, d'hypertension, de perte de poids importante ou de phénomènes psychiques dans les cas ayant fait l'objet de notre étude" (234 malades atteints d'arthrite rhumatoïde dont l'état a été amélioré dans 79.1% des cas).[1]

Disponible en comprimés dosés à 0.5 mg et sous forme de CELESTONE Répétabs à action prolongée, dosés à 0.5 mg + 0.5 mg de phosphate disodique de betaméthasone.

Chaque Répétabs équivaut à 2 comprimés de CELESTONE à 0.5 mg et généralement à 2 comprimés de prednisone à 5 mg, de triamcinolone à 4 mg ou de méthylprednisolone à 4 mg. Pour de plus amples renseignements, consulter Schering Corporation Limited, Pointe Claire, Québec.

Références: 1. Cohen, A., et Goldman, J., "Use of a new Corticosteroid in rheumatoid arthritis", Penn. Med. Jrl., Mars 1962. Rapport clinique sur demande. INDICATIONS — Les comprimés CELESTONE et les Répétabs CELESTONE sont indiqués pour le traitement des diverses conditions allergiques, dermatologiques, rhumatismales, oculaires et autres reconnues comme étant justiciables d'une corticostéroïdothérapie. POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI — Dose moyenne: 2 à 3 mg (4 à 6 comprimés) par jour jusqu'à amélioration. Documentation complémentaire sur demande. PRÉCAUTIONS et CONTRE-INDICATIONS — Elles sont les mêmes que pour les Répétabs CELESTONE (ci-dessous). RÉPÉTABS CELESTONE — phosphate disodique de betaméthasone. DESCRIPTION — Chaque Répétabs CELESTONE renferme 0.5 mg de betaméthasone dans la couche extérieure pour un effet immédiat, et 0.5 mg dans le noyau pour une action répétée. Avec les Répétabs CELESTONE, une ou deux doses quotidiennes maîtrisent généralement la plupart des symptômes. POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI — Chaque Répétabs CELESTONE (1 mg) est équivalent à deux comprimés de CELESTONE ou de tout autre corticostéroïde. PRÉCAUTIONS — Bien que CELESTONE Répétabs diffère de façon significative de par sa puissance et ses effets électrolytiques des autres corticostéroïdes, c'est tout de même un corticostéroïde et par conséquent il est potentiellement capable de causer n'importe quel des effets secondaires connus des autres composés de ce groupe. Le médecin devra tenir compte de l'amélioration clinique attendue contre la possibilité d'effets indésirables dans certaines affections considérées comme des contre-indications relatives à l'emploi de la stéroïdothérapie, y compris (1) l'ostéoporose, (2) la tuberculose et (3) les infections aiguës et chroniques. Les corticostéroïdes ont été employés dans des situations menaçant la vie du malade et pouvant être justiciables de l'association de stéroïdes à une chimiothérapie appropriée. Bien que l'emploi de CELESTONE Répétabs n'entraîne généralement pas d'hyperglycémie, de glycosurie ou d'augmentation des besoins en insuline chez les diabétiques équilibrés, il y a lieu de maintenir une surveillance étroite durant tout le traitement. Chez les sujets exposés à la varicelle ou autres maladies exanthémateuses, ou en phase évolutive de ces maladies, il peut être désirable de réduire ou d'interrompre temporairement la corticostéroïdothérapie. CONTRE-INDICATIONS — L'herpès simplex constitue une contre-indication formelle à l'emploi des corticostéroïdes. L'ulcère peptique en évolution, les psychoses et les psychonévroses graves sont également des contre-indications relatives à l'emploi de cette préparation.



*Marque déposée CE-1F-66

Schering



Cette aile est une utopie!

Il n'y a pas de salles pour les pellicules. Mais ces dernières n'en posent pas moins *un problème médical*. La plupart des gens ne l'ont pas encore compris, et c'est là que *vous* devez intervenir, docteur.

Votre patient se souviendra longtemps après sa visite, d'un conseil formulé avec tact et la prescription pour Selsun.

L'on a constaté que Selsun enraye les pellicules dans 92 à 95% des cas[1].

Précautions: dans certains cas, la peau du cou et les parties externes de l'oreille peuvent être sensibilisées. La chute de cheveux qui accompagne parfois le traitement du cuir chevelu est due la plupart du temps à l'appauvrissement ou au mauvais état de la chevelure et du cuir chevelu.

[1]*Slinger, W. N., et Hubbard, D. M., Treatment of Seborrheic Dermatitis with a Shampoo Containing Selenium Disulfide, Arch. Dermat. & Syph., 64:41, 1951.*

ABBOTT

*Nom déposé

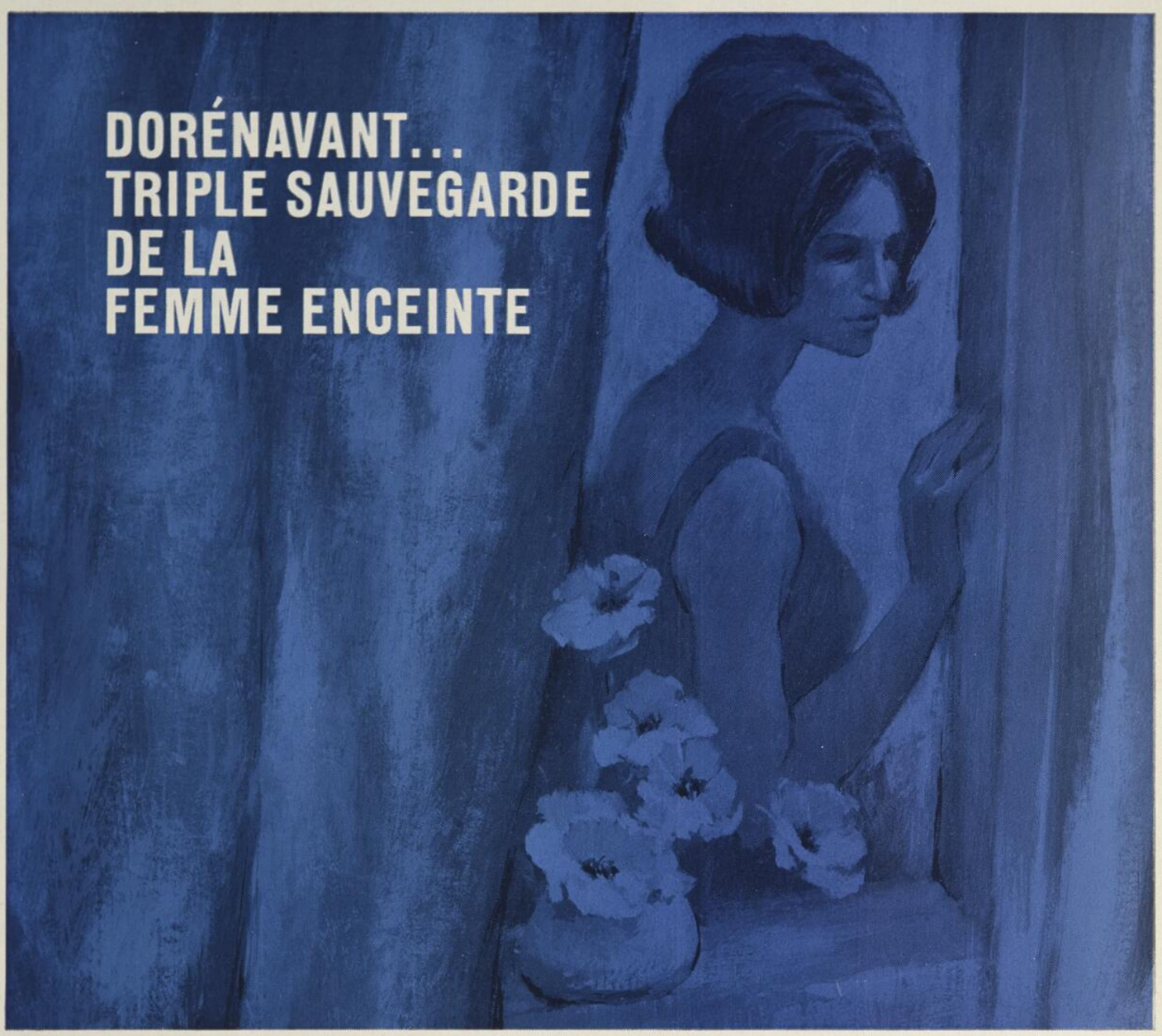
Selsun*

(Sulfure de sélénium en suspension détersive, U.S.P.)

Documentation médicale envoyée sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE HALIFAX · MONTRÉAL · TORONTO · WINNIPEG · VANCOUVER

448Y-67F



PREVAM®

L'aristocrate des suppléments prénatals

vitamines... en quantités abondantes pour couvrir les besoins organiques accrus pendant la grossesse et la lactation

minéraux... comportant notamment une forme supérieure de fer, du calcium exempt de phosphore et des oligo-éléments minéraux qui jouent un rôle dans les processus vitaux

bioflavonoïdes... pour contribuer à prévenir ou à réduire la tendance à l'hémorragie provenant d'une augmentation de la perméabilité et de la fragilité capillaires

posologie commode d'une dose-par-jour

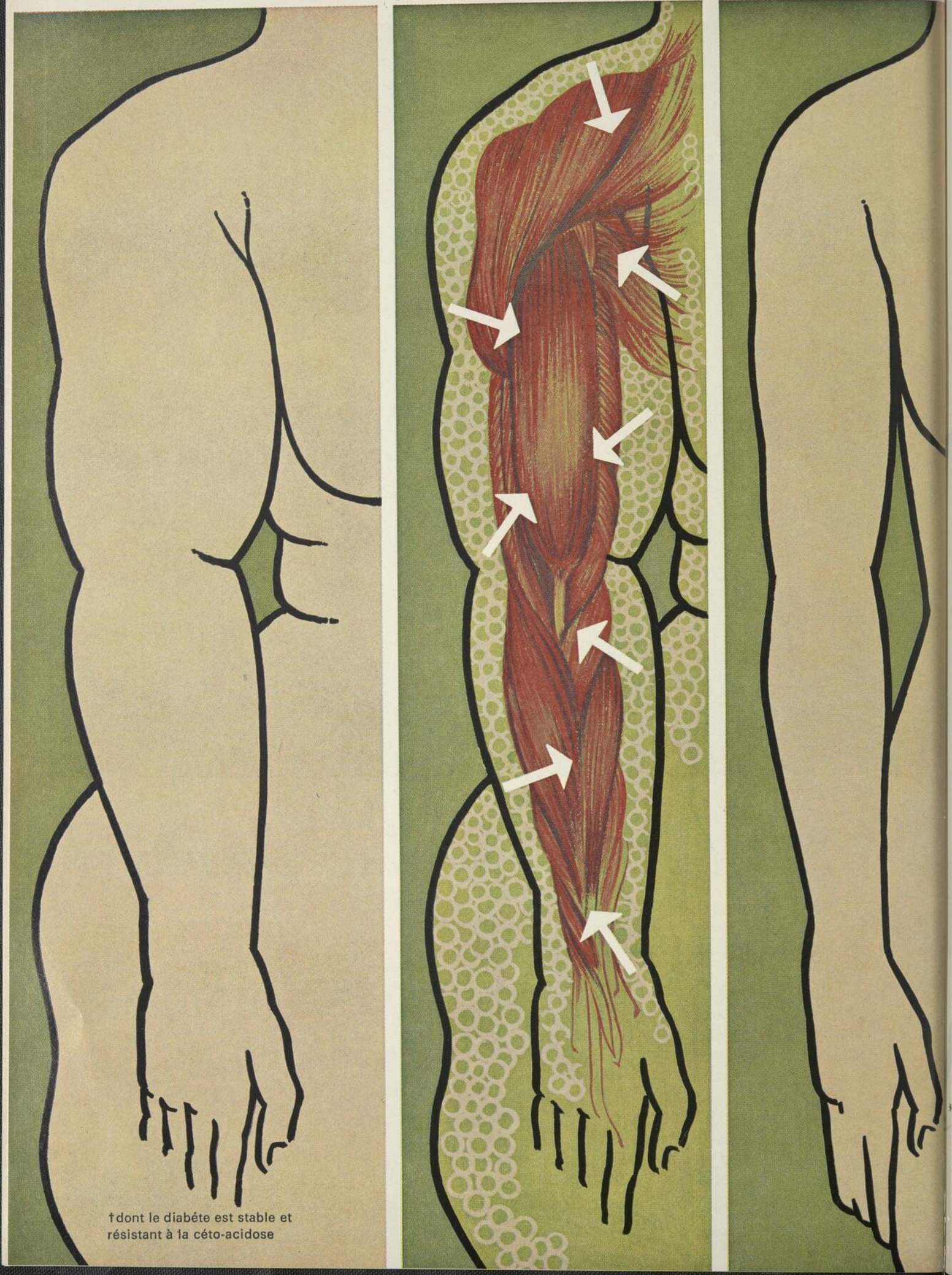
Un comprimé de Prevam apporte:

Complexe bioflavonoïde d'agrumes	50 mg.
Acide ascorbique (C)	100 mg.
Lactate de calcium (teneur en calcium 78 mg.)	600 mg.
Fumarate ferreux (teneur en fer 65 mg.)	195 mg.
Vitamine A (palmitate)	6,000 unités U.S.P.
Vitamine D (ergocalciférol)	400 unités U.S.P.
Thiamine (mononitrate de) (B_1)	3 mg.
Riboflavine (B_2)	3 mg.
Pyridoxine HCl (B_6)	5 mg.
Cyanocobalamine (B_{12})	3 mcg.
Niacinamide	20 mg.
Calcium (pantothénate de)	5 mg.
Magnésium (sous forme de sulfate)	3 mg.
Manganèse (sous forme de sulfate)	1 mg.
Cuivre (sous forme de sulfate)	1 mg.
Zinc (sous forme de sulfate)	1 mg.
Iode (sous forme d'iodure de potassium)	0.1 mg.

Présentation: En flacon de 100 comprimés
Echantillons et documentation détaillée envoyée sur demande

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES
Div. of U. S. Vitamin Corp. of Canada, Ltd. • P.O. Box 2220, St. Laurent, Montréal 9, P.Q.

Pour le diabétique gras†... un médicament UNIQUE **DBI-TD***



†dont le diabéte est stable et résistant à la céto-acidose

L'action unique du DBI-TD

Le DBI-TD favorise l'utilisation du glucose par le muscle (et par le fait même abaisse la glycémie) et diminue la libération excessive d'insuline sous l'influence de l'hyperglycémie. Le DBI-TD permet à l'organisme de mobiliser et d'utiliser les lipides, tout en évitant la liponéogénèse. Par conséquent, le DBI-TD favorise la régulation du diabète tout en aidant à régulariser le poids corporel.

Les sulfonylurées stimulent le dégagement de l'insuline par les cellules bêta du pancréas; le DBI-TD, par contre, agit indépendamment du pancréas et favorise une meilleure utilisation du glucose dans les muscles striés. Il est possible que le DBI-TD facilite le transport du glucose vers les cellules musculaires en favorisant l'action de l'insuline sur le muscle; cependant, il n'accroît pas la fixation du glucose par les cellules adipeuses et ne les empêche pas de libérer les acides gras et le glycérol. Chez la majorité des diabétiques adultes et obèses et dont le diabète ne réagit pas au régime, l'insuline endogène est souvent présente en quantité excessive (cette insuline ne parvient pas à assurer le transport du glucose dans le muscle strié, bien qu'elle continue d'agir dans le tissu adipeux). L'insuline n'est pas uniquement une puissante hormone lipogène, mais aussi une hormone anti-lipolytique (supprimant la mobilisation des lipides dans les tissus): elle peut donc contribuer à l'augmentation de poids.

A L'INVERSE DE L'INSULINE INJECTEE OU DE L'INSULINE ENDOGENE LIBEREE SOUS LE STIMULUS DES SULFONYLUREES, LE DBI-TD NE FAVORISE PAS LA CONVERSION DU GLUCOSE EN LIPIDES.

Posologie: 1 capsule à 3 capsules par jour.

Réactions secondaires: Digestives, survenant plus souvent aux fortes posologies. Elles disparaissent rapidement par réduction de la posologie ou abandon temporaire de la médication.

Précautions: Il arrive parfois qu'un diabétique insulinodépendant présente de la cétose dite "d'inanition" (acétonurie sans hyperglycémie), laquelle doit être distinguée de la cétose "par défaut d'insuline". Cette dernière s'accompagne d'acidose et doit être traitée en conséquence. On a soulevé la question de savoir si le DBI pouvait contribuer à l'apparition de l'acidose lactique chez des malades souffrant d'insuffisance rénale et d'azotémie et aussi chez ceux qui présentent une hypotension grave, secondaire à un infarctus du myocarde ou de l'intestin. Le DBI ne devra pas être employé en présence d'azotémie importante. Toute lésion cardiovasculaire susceptible d'entraîner une hypotension grave devrait imposer immédiatement l'abandon du DBI. Si une acidose lactique, d'étiologie quelconque, devait se manifester, il faudrait recourir aux traitements énergiques appropriés pour corriger le collapsus circulatoire, l'hypoxie tissulaire et rétablir le pH.

Contre-indications: Hépatopathie grave, néphropathie avec urémie et collapsus cardiovasculaire. Le médicament n'est pas recommandé sans insuline dans les complications aiguës du diabète (acidose métabolique, coma, infections graves, gangrène, opération).

Autre forme: DBI en comprimés à 25 mg. Consulter la documentation sur le produit.

Références: 1. Butterfield, W. J. H. and Whichelow, M.J.: Diabetes 11:281, 1962. 2. Searle, G.L. and Cavalieri, R.R.: Presented at 26th Ann. Meet. Amer. Diabetes Ass., Chicago, June 25-26, 1966. 3. Yalow, R.S. and Berson, S.A.: Diabetes 9:254, 1960. 4. Grodsky, G.M. et al.: Metabolism 12:278, 1963. 5. Gundersen, K. and Antoniades, H.: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 104-411, 1960. 6. Williams, R.H.: Textbook of Endocrinology, Ed. 3, Philadelphia, Saunders, 1962.

DBI®-TD (phenformine HCl)

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES

division de U.S. Vitamin Corporation of Canada, Ltd.

B. P. 2220, Saint-Laurent, Montréal 9, P.Q.

*HCl de phenformine

Capsules de 50 mg,
à désintégration prolongée.
Marque du phénéthylbiguanide.



C'EST AINSI que Lucius Annaneus Seneca (4 av. J.-C.-65 apr. J.-C.) decrivit les symptômes qu'il éprouva et que plusieurs ont interprétés par la suite comme étant ceux de l'angine de poitrine.[2]

"Peritrate . . . le médicament de choix dans le traitement à long terme de l'angine de poitrine."[2]

Peritrate SA

Tétranitrate de pentaérythritol, 80 mg, à action prolongée

SOUPLESSE POSOLOGIQUE QUI FACILITE LE TRAITEMENT QUE VOUS PRESCRIVEZ—Peritrate SA et Peritrate SA avec phénobarbital pour le malade coronarien inquiet.

"Les comprimés de Peritrate à action prolongée diminuent la fréquence des crises d'angine et réduisent, par conséquent, le besoin de nitroglycérine, rassurent le malade et lui permettent de mieux tolérer l'effort physique; il pourra ainsi mener une vie plus normale."[2]

COMPOSITION: Chaque comprimé, à deux couches, renferme 80 mg de tétranitrate de pentaérythritol (20 mg à libération immédiate et 60 mg à libération retardée).

POSOLOGIE: Un comprimé au lever et un autre 12 heures plus tard (à jeun).

EFFETS SECONDAIRES: Les effets secondaires sont négligeables, mais des maux de tête passagers peuvent parfois se manifester.

CONTRE-INDICATIONS ET PRÉCAUTIONS: Administrer Peritrate avec prudence aux malades souffrant le glaucome.

Documentation détaillée fournie sur demande.

Bibliographie—1—Albutt, C.: Diseases of the Arteries. Including Angina Pectoris, Londres, MacMillan, 1915, p. 319. 2—Hirshleifer, I.: Angiology. Vo. 9, No 1. Février 1958, pp. 31-33.

MEMBRE ACFP

WARNER-CHILCOTT
Laboratories Co. Limited,
Toronto, Canada

WC

Betnovate[Pr] ... Vous connaissez son efficacité. Voici quels sont ses formats et concentrations.

Le **Betnovate** a une efficacité éprouvée pour une grande variété d'affections de la peau des cas les plus bénins aux plus sérieuses dermatoses, le psoriasis et de l'eczéma. La supériorité du **Betnovate**—(bétaméthasone 17-valérate)—a été clairement démontrée par les tests vaso-constricteurs de McKenzie, et bien établie dans les revues médicales.*

Ce qui est moins connu c'est que le **Betnovate** est offert sous une très grande variété de formats et de concentrations. On le trouve en onguent, en crème ou en lotion . . . avec ou sans néomycine . . . C'est le seul bétaméthasone 17-valérate disponible sous forme de lotion.

Les onguents **Betnovate** sont prévus pour l'utilisation sur des plaies sèches ou sous des pansements occlusifs. Les crèmes **Betnovate** sont à base d'une crème invisible, et peuvent donc être utilisées alors qu'un onguent ou une crème ordinaire pourrait être gênant.

On emploie les lotions **Betnovate** sur les régions garnies de poils, et là, où une large application d'une petite quantité de stéroide est désirée.

Les préparations contenant de la néomycine doivent être utilisées dans les cas où une infection secondaire rend nécessaire l'usage concomitant d'un antibiotique topique.

Du fait de la supériorité du bétaméthasone 17-valérate dans le traitement des affections de la peau, et du fait que le **Betnovate** se présente sous une très grande variété, il est facile de prescrire un format et une concentration particuliers pour une dermatose donnée. Le **Betnovate** est encore plus économique à cause de son effet rapide.

Betnovate—
Un autre médicament à la qualité éprouvée de Glaxo-Allenburys.



GLAXO-ALLENBURYS
Les mains de l'expérience

TOURNEZ LA PAGE POUR DE SIGNIFICATIFS

Betnovate®

INDICATIONS

Des quantités de Betnovate relativement faibles peuvent apporter une guérison rapide et complète des dermatoses les plus aiguës, et son efficacité spéciale a été démontrée dans des affections très rebelles telles que le psoriasis • l'eczéma • le lichen simplex • le prurit anal et vulvaire • les dermatites séborrhéiques • l'intertrigo • l'eczéma stase • l'otite externe • le lichen planus • le lupus discoïde érythémateux • l'érythrodermie généralisée • les réactions et allergies sensibles aux contacts.

CONTRE-INDICATIONS

Les produits Betnovate, comme les autres corticostéroïdes topiques sont contre-indiqués en cas de lésions tuberculeuses, fongueuses et virales de la peau, y compris l'herpès simple, la vaccine et la varicelle. Betnovate ne doit pas servir à un usage ophtalmique.

On ne doit pas utiliser Betnovate seul s'il y a infection. Dans ce cas, on prendra des mesures antibactériennes et il faut parfois cesser l'emploi des stéroïdes topiques jusqu'à ce que l'infection ait été enrayée.

PRÉSENTATION



	Tubes 5 g	Tubes 15 g	Tubes 45 g	Flacons compressibles 20 mg	Pots 100 g	Pots 1 lb.
Betnovate Bétaméthasone 17-valérate à 0.1% Onguent Betnovate (gras)	▬	▬			▬	▬
Crème Betnovate (soluble dans l'eau)	▬	▬			▬	▬
Lotion Betnovate (soluble dans l'eau)				▬		
Betnovate ½ Bétaméthasone 17-valérate à 0.05% Onguent Betnovate ½ (gras)		▬	▬			
Crème Betnovate ½ (soluble dans l'eau)		▬	▬			▬
Betnovate-N Bétaméthasone 17-valérate à 0.1% avec néomycine (comme sulphate) 3.5 mg/gm Onguent Betnovate-N (gras)	▬	▬			▬	▬
Crème Betnovate-N (soluble dans l'eau)	▬	▬			▬	▬
Lotion Betnovate-N (soluble dans l'eau)				▬		

*RÉFÉRENCES

(1) McKenzie, A. W.; Stoughton, R. B.; Method for comparing percutaneous absorption of steroids, Arch. Derm. **86,** 608 (1962) **(2)** McKenzie, A. W.; Atkinson, R. M.; Topical Activities of Betamethasone Esters in Man. **89,** 741 (1964) **(3)** Williams, D. I.; Wilkinson, D. S.; Overton, J.; Milne, J. A.; McKenna, W. B.; Lyell, A.; et Church, R.; Betamethasone 17-valerate: A new Topical Steroid. Lancet i: 1177-79 (30 mai) (1964)

Pour tous renseignements et détails, écrivez à:

GLAXO-ALLENBURYS (CANADA) LTD., 370 PLACE ROYALE• MONTRÉAL 1, P.Q. • 52 BARTOR ROAD•WESTON, ONTARIO.

quand la flore intestinale normale est altérée par les antibiotiques



avec BACID® en capsules

traitement physiologique des diarrhées post-antibiothérapie

- Le Lactobacillus acidophilus **viable** présenté sous forme de **capsules** pour lui assurer une activité maximum.
- Le seul lactobacille qui se reproduise dans l'intestin de l'homme.
- Favorise le rétablissement de la flore intestinale normale, contribue à enrayer les diarrhées consécutives à l'antibiothérapie, d'une façon efficace, sûre, strictement physiologique.
- Plus simple, plus sûr et plus savoureux que le yogourt, le lait fermenté ou le petit-lait.[1]

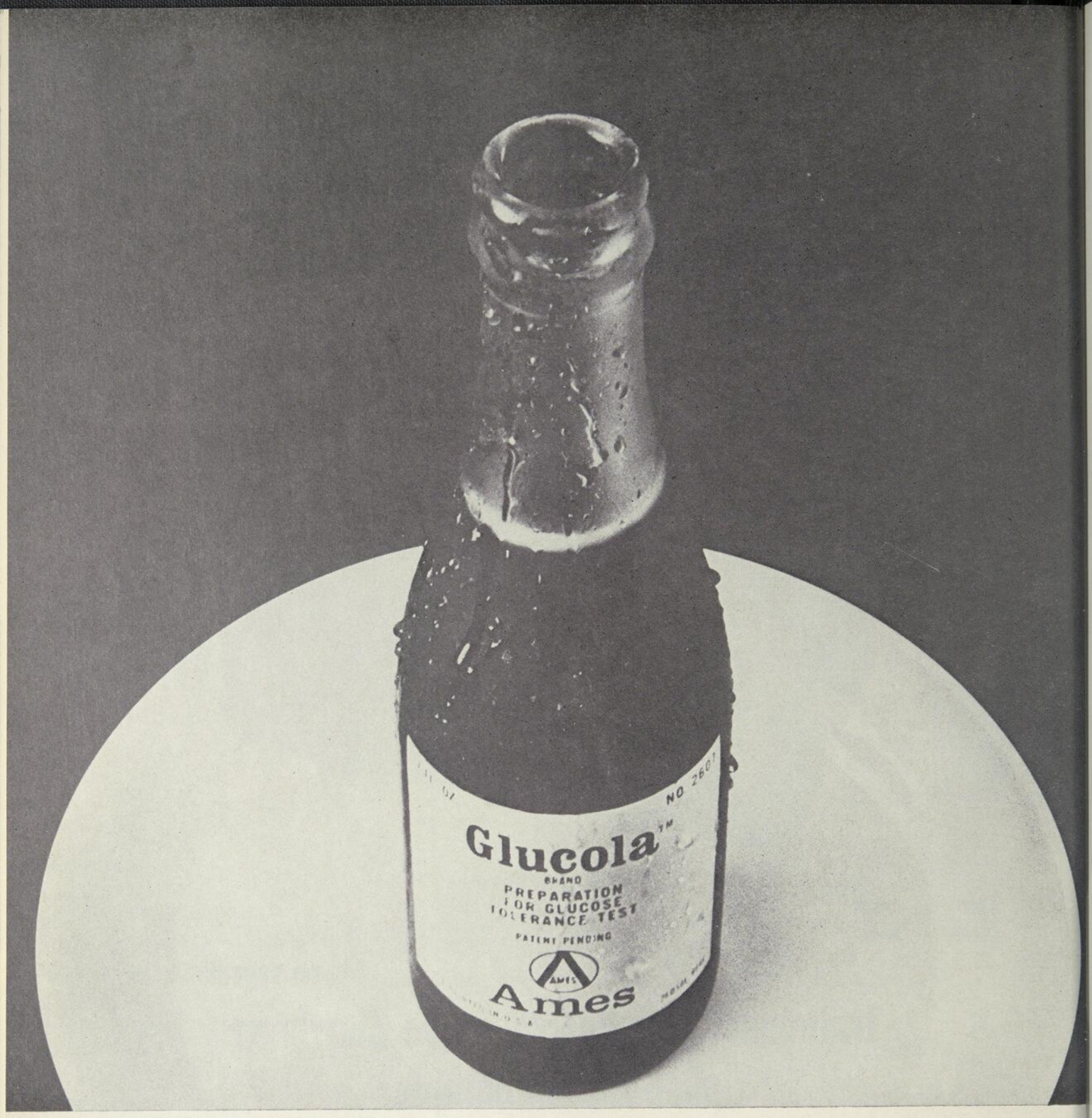
Les capsules de Bacid apportent, dans les doses quotidiennes, **des milliards** de Lactobacillus acidophilus viables, comportant la souche humaine soumise à une culture spéciale. La capsule contient, en outre, 100 mg de carboxyméthylcellulose. **Posologie:** deux capsules de Bacid, de 2 à 4 fois par jour, de préférence avec du lait ou du lactose. **Présentation:** En flacons de 16, de 50 et de 100 capsules.

Documentation détaillée envoyée sur demande.

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES

div. U. S. Vitamin Corp. of Canada, Ltd. • C.P. 2220, St. Laurent, Montréal 9, P.Q.

1. Beck, C. et Necheles, M.: Am. J. Gastroenterology 35:822, 1961.



Pour dépister un diabétique...
Glucola au petit déjeuner

1. *Le patient "saute" son petit déjeuner* — Au lieu de cela, selon vos instructions, il se rend à l'hôpital ou au laboratoire privé où on lui sert 7 onces de GLUCOLA* glacé, boisson carbonatée au goût délicieux de cola, qui équivaut à 75 grammes d'hydrates de carbone. GLUCOLA élimine les incertitudes relatives aux hydrates de carbone des repas réguliers et les nausées et vomissements dus aux préparations habituelles de glucose.

2. *Le patient revient deux heures plus tard* — Selon la méthode habituelle, on fait une lecture avec DEXTROSTIX*, l'épreuve de glycémie de 60 secondes qui ne requiert qu'une goutte de sang prélevé au bout du doigt. Un résultat de 130 mg% ou plus indique un sujet suspect, déjà candidat pour des épreuves supplémentaires. ". . . Dextrostix fait de chaque bureau de médecin un centre potentiel de dépistage du diabète."[1] Et DEXTROSTIX s'associe parfaitement à Glucola pour le dépistage efficace post-prandial. On affirme de façon catégorique que "*pour déceler de nouveaux cas de diabète,* les déterminations post-prandiales et celles qui suivent l'ingestion de glucose ont infiniment plus de valeur que celles qui sont faites à jeun".[2]

Mode d'emploi et tableau colorimétrique dans chaque boîte de DEXTROSTIX.

Bibliographie: (1) Krall, L. P.: M. Clin. North America 49:901 (juillet) 1965. (2) Lee, C. T., Jr.: M. Clin. North America 44:1509 (nov.) 1960.

AMES Company of Canada, Ltd., 280 Belfield Road, Rexdale (Ontario)

*Marques de commerce

8/11/64



Avant le traitement au 'ZYLOPRIM'

1/6/65



Après le traitement au 'ZYLOPRIM'

Diminution des dépôts tophacés...
Preuve visible de l'efficacité de
'ZYLOPRIM'

MARQUE DÉPOSÉE

Le 'Zyloprim' possède une action unique, en ce sens qu'il inhibe l'enzyme xanthine oxydase et prévient ainsi la formation d'acide urique à partir de la xanthine et de l'hypoxanthine. Grâce à ce médicament, les concentrations urinaire et sérique en urate peuvent être abaissées et maintenues dans les limites normales aussi longtemps qu'on le désire.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION
Traitement de la Goutte

La dose de 'Zyloprim', marque d'Allopurinol, varie selon la gravité de la maladie. La moyenne est de 200 à 300 mg. par jour pour les patients atteints de goutte bénigne, et de 400 à 600 mg. par jour pour ceux souffrant de goutte tophacée grave.

Dès que l'on a établi la dose d'allopurinol requise pour provoquer le taux voulu d'uricémie, on devrait la continuer jusqu'à ce qu'une variation de ce taux en exige le réajustement.

EFFETS SECONDAIRES

A doses thérapeutiques, 'Zyloprim' est un médicament de faible toxicité pour l'homme.

On a parfois rapporté de la diarrhée, des douleurs abdominales intermittentes, des éruptions cutanées et une fièvre légère. On a observé, dans deux cas, des symptômes évoquant une idiosyncrasie au médicament: fièvre, frissons, leucopénie, éruption cutanée, prurit, nausées et vomissements. On a noté de l'hépatomégalie et de l'ictère chez deux malades dont l'un présentait du purpura et une éruption cutanée; on a décelé, dans plusieurs cas, des niveaux anormaux passagers d'enzymes hépatiques. Ces modifications sont revenues à la normale, après arrêt de toute médication, et leur signification n'est pas encore nettement établie.

PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS

'Zyloprim', tout comme les autres agents uricosuriques et anti-inflammatoires, peut précipiter les attaques aiguës de goutte au début du traitement de nouveaux malades, et ces attaques peuvent persister, même après une baisse des niveaux d'acide urique dans le plasma. Comme on l'a déjà dit, l'administration prophylactique de colchicine est recommandable, en particulier pour les nouveaux malades et pour ceux chez qui le taux d'attaque était élevé.

Au cours d'un traitement qui associe 'Purinethol' (marque de mercaptopurine) et 'Zyloprim', il faut diminuer la dose de 'Purinethol' jusqu'à environ 25 pour cent de la dose habituelle. On a rapporté que 'Zyloprim' potentialise les effets de 'Purinethol'.

Quelques expériences non confirmées sur les animaux portent à croire que l'allopurinol pourrait augmenter l'accumulation de fer dans le foie, effet dont l'importance n'est pas encore connue chez l'homme.

Jusqu'à ce qu'on ait effectué des études plus approfondies, 'Zyloprim' n'est pas recommandé pour les femmes au cours de leurs années de fécondité.

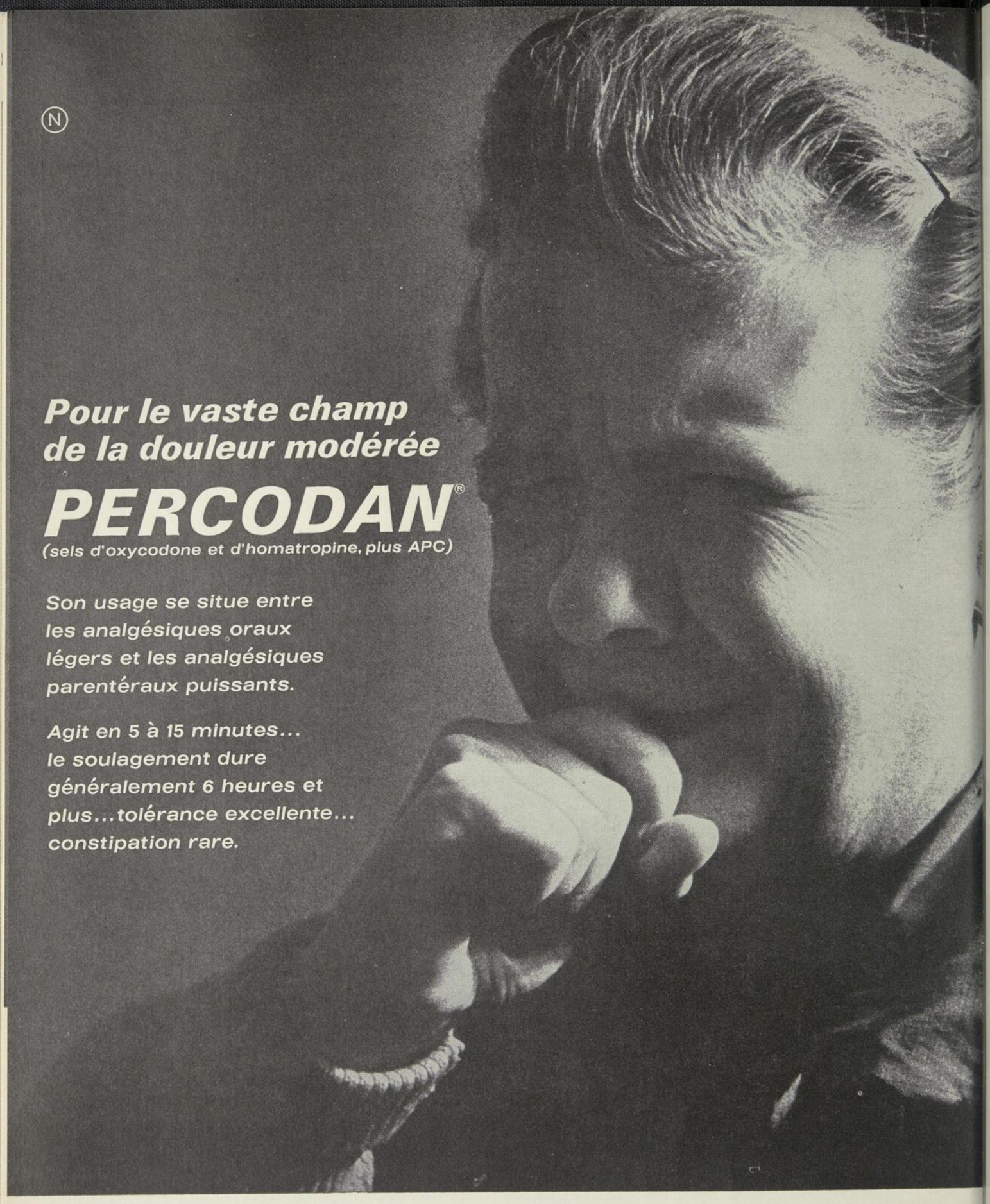
Une documentation détaillée et des références sur le 'Zyloprim' sont envoyées sur demande.

PRÉSENTATION

℞ 'Zyloprim' (marque d'allopurinol) est présenté en flacons de 100 et de 500 comprimés blancs, sécables, de 100 mg. chacun.

BURROUGHS WELLCOME & CO. (CANADA) LTD.

MEMBRE ACFP



Ⓝ

Pour le vaste champ de la douleur modérée

PERCODAN®

(sels d'oxycodone et d'homatropine, plus APC)

Son usage se situe entre les analgésiques oraux légers et les analgésiques parentéraux puissants.

Agit en 5 à 15 minutes... le soulagement dure généralement 6 heures et plus... tolérance excellente... constipation rare.

Dose moyenne pour adultes — 1 comprimé aux 6 heures. **L'ordonnance verbale est acceptée.** Chaque comprimé Percodan® renferme 4.50 mg. d'oxycodone HCl, 0.38 mg. de térephthalate d'oxycodone, 0.38 mg. de térephthalate d'homatropine, 224 mg. d'acide acétylsalicylique, 160 mg. d'acétophénétidine et 32 mg. de caféine.

Pour une plus grande souplesse de la posologie — PERCODAN®-DEMI: formule complète du Percodan, mais avec seulement la moitié de la quantité des sels d'oxycodone et d'homatropine. Documentation sur demande.

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

Endo®

Brevet Canadien No. 537946

DE BONNES NOUVELLES

pour vous et pour vos malades concernant

Medrol Topique & Neo-Medrol Topique

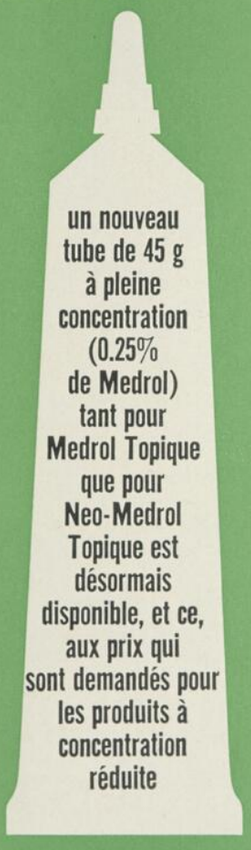
(autrefois Medrol Veriderm) (autrefois Neo-Medrol Veriderm)

Tous les formats de Medrol Topique et de Neo-Medrol Topique ont été augmentés de 50% en volume et ce, sans augmentation du prix et sans diminution de la concentration.

Le Medrol Topique et le Neo-Medrol Topique sont tous deux présentés à leur concentration intégrale (0.25% de Medrol) en tubes de 7.5 g et 25 g aux prix qui étaient auparavant demandés pour les tubes de 5 g et 15 g.



. . . en outre, une plus grande économie peut être réalisée par les patients qui utilisent des corticoïds topiques comme traitement d'entretien; surtout dans les cas ou l'application doit se faire sur des surfaces étendues—



Medrol Topique—*dans les dermatoses non-infectées*

Présenté en tubes de 7.5, 25 et 45 g, renfermant 0.25% d'acétate de méthylprednisolone incorporé à l'excipient Veriderm simulant les lipides cutanés.

Neo-Medrol Topique—*dans les dermatoses compliquées d'infection*

Présenté en tubes de 7.5, 25 et 45 g, renfermant 0.25% d'acétate de méthylprednisolone et 0.5% de sulfate de néomycine, incorporés à l'excipient Veriderm, simulant les lipides cutanés.

Mode d'administration: Au début, appliquer une à trois fois par jour. Une fois les lésions blanchies, on devra réduire la fréquence des applications au minimum nécessaire pour éviter les rechutes.

Avertissements: Ne pas employer en présence d'infections cutanées microbiennes pour lesquelles on ne dispose pas de traitement spécifique. Une documentation détaillée est envoyée sur demande.

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA/DON MILLS, ONTARIO **Upjohn** 674 MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, NEO-MEDROL, VERIDERM CF 4583 I



Les Applications Pédiatriques d'Erythrocine dans les Cas d'Infection

Vous pouvez l'administrer, sans avoir encore connu les résultats des épreuves de sensibilité, et vous pouvez escompter une action décisive dans 90 à 95% des cas

Des études cliniques[1] chez 1240 sujets, enfants et adultes, ont porté sur l'utilisation d'Erythrocine dans les infections bactériennes courantes. Tous les cas, sauf 52, furent traités avec succès† — ce qui représente un taux de guérison clinique de 95.7%.

De plus, vous utilisez un antibiotique qui n'a pas d'effet toxique connu sur les dents, les os, le sang, ou les organes vitaux

Après 14 ans d'utilisation, on n'a jamais rapporté de cas de toxicité organique . . . d'effet indésirable sur les os ou sur le sang . . . ou de pigmentation dentaire chez les enfants.

1. *Alberti, R. L., Infections in Office Patients, Clin. Med., 72:1965, déc. 1965.*

†*Les résultats n'ont pu être déterminés chez 20 patients qui ne se sont pas présentés pour un contrôle.*



Indications

L'administration d'Erythrocine est indiquée dans le traitement des infections à germes sensibles à l'érythromycine, ce qui englobe la majorité des infections bactériennes courantes. Celles-ci sont causées principalement par des coccis gram-positifs. De plus, cet antibiotique est cliniquement efficace dans les infections causées par divers autres organismes pathogènes. Dans le traitement des infections d'origine streptococcique, une dose thérapeutique d'Erythrocine devrait être administrée pendant au moins dix jours afin de prévenir l'apparition de fièvre rhumatismale ou de glomérulonéphrite.

Contre-indications

L'administration d'Erythrocine est contre-indiquée chez les sujets qui présentent une hypersensibilité établie à l'érythromycine.

Précautions et effets secondaires

Les effets secondaires sont rares. On a parfois signalé l'apparition de malaises abdominaux, de nausée, voire de vomissements, mais ces réactions ont généralement disparu après réduction de la posologie. Des réactions allergiques bénignes (telles que urticaire ou autres éruptions cutanées) peuvent se produire. Mais les réactions allergiques graves ont été très rares. Si de l'hypersensibilité devait se déclarer, arrêter le traitement. La croissance d'organismes résistants est rare, mais si cela devait se produire, cesser le traitement immédiatement, et appliquer la thérapie appropriée.

Présentation: 3 formes pédiatriques très agréables au goût.

Erythrocine, Croquable: Chaque comprimé rainuré représente l'activité de 200 mg d'érythromycine.

Erythrocine, Granulés: Chaque c. à thé de 5 ml de suspension aromatisée à la cerise représente l'activité de 200 mg d'érythromycine. Flacon de 60 ml.

Erythrocine, Gouttes: Chaque c. à thé de 5 ml. représente l'activité de 200 mg d'érythromycine. Flacon de 30 ml.

Adultes: Comprimés Filmtabs de 100 mg et de 250 mg.

Documentation médicale fournie sur demande.

ABBOTT

Erythrocine*

**Nom déposé*

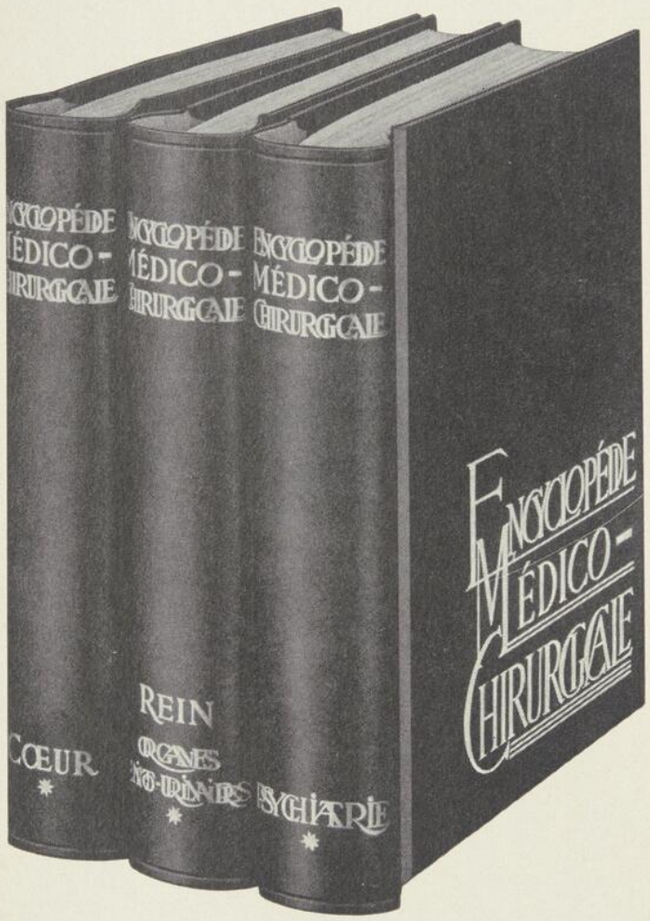
442Y-67FR

Stéarate d'érythromycine/Ethyl succinate d'érythromycine.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE HALIFAX · MONTRÉAL · TORONTO · WINNIPEG · VANCOUVER

saviez-vous

que nous avons résolu votre problème de documentation?



l'encyclopédie médico-chirurgicale

une mise à jour permanente

une œuvre collective
due à des centaines de spécialistes
recrutés dans le monde entier

une bibliographie de base
totalement universelle

un service de documentation
toujours à votre disposition

TRÈS IMPORTANT

Un de nos collaborateurs est actuellement au CANADA: vous pourrez vous entretenir avec lui au sujet de notre collection en retournant **dès aujourd'hui** le coupon ci-dessous :

COUPON à adresser à Monsieur LE BOUCHER c/o BANQUE DE MONTRÉAL
Bureau principal — 119, rue St-Jacques ouest — B.P. 6008 — MONTRÉAL, P.Q.

Le Docteur : _____

Adresse : _____

Souhaite recevoir votre visite lors de votre séjour au CANADA.

Contre le Spasme Gastro-Intestinal

Valpin®-PB

10 mg. de méthylbromure d'anisotropine et 8 mg. de phénobarbital par comprimé jaune, rainuré, ou cuillerée à thé d'élixir rose.

Assure action spasmolytique où elle est requise!

Une sélectivité beaucoup plus grande qu'avec le sulfate d'atropine ou le méthylbromure d'homatropine. Valpin-PB procure une spasmolyse complète genre "tropine" mais sans les effets secondaires.

Posologie moyenne pour adulte: un comprimé ou une cuillerée à thé trois ou quatre fois par jour, avant les repas et au coucher. *Précautions:* comme pour les autres antispasmodiques, on l'utilisera avec prudence dans les malaises organiques obstructifs connus ou soupçonnés des voies gastro-intestinales; en glaucôme réel ou soupçonné et autres maladies avec tension intraoculaire augmentée; en maladie cardiovasculaire. *Contre-Indications:* lorsqu'il y a obstruction du col vésical, du pylore, et ulcère peptique ou duodénal sténosant avec rétention gastrique importante, —hypersensibilité au phénobarbital. L'on sait qu'à l'usage prolongé le phénobarbital est cumulatif.

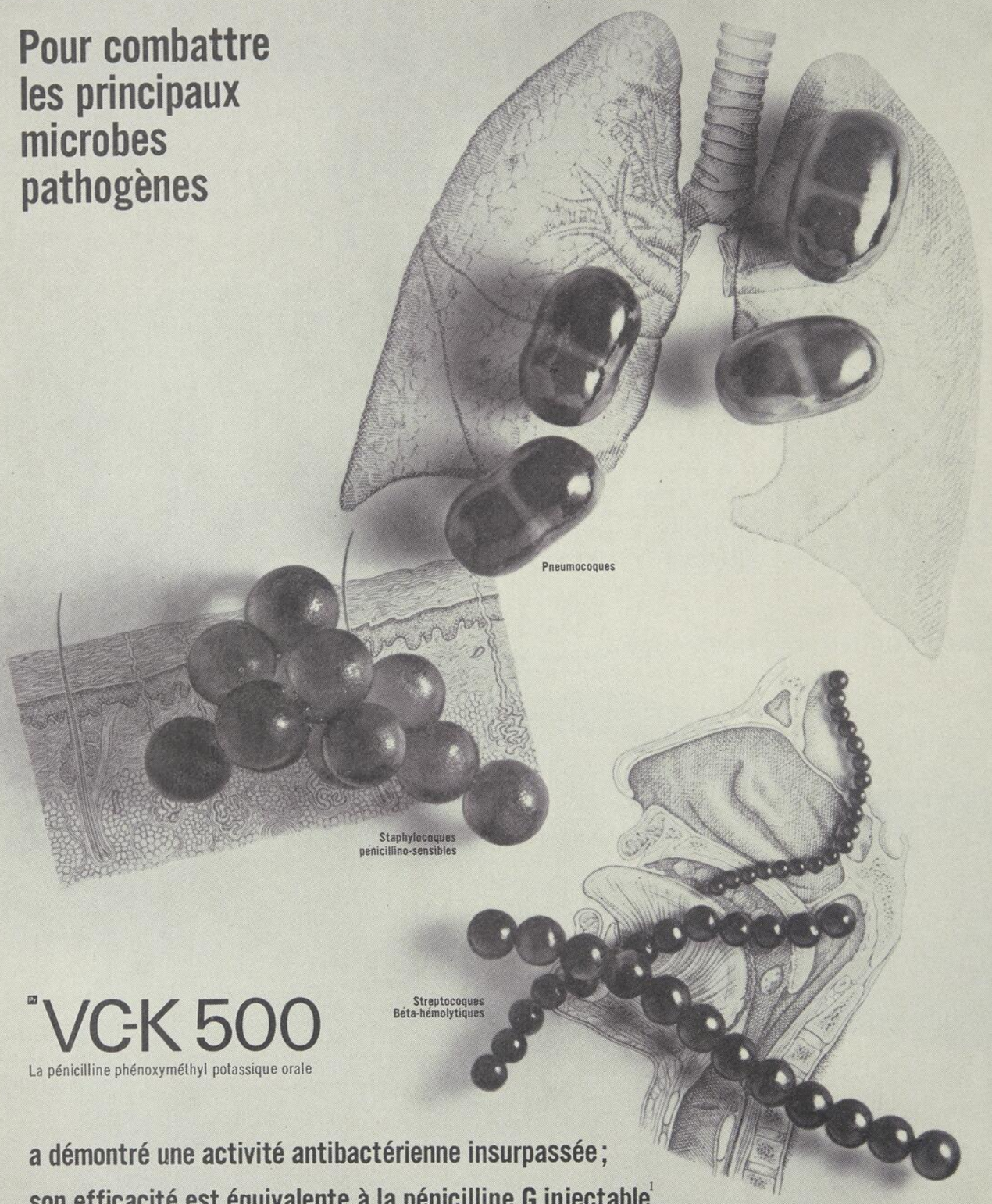
Endo®

ENDO DRUGS (CANADA) LTD.
Montreal 15, P.Q.



Aussi disponible: Valpin (10 mg. de méthylbromure d'anisotropine par comprimé ou cuillerée à thé) sous forme de comprimé rose et rainuré ou d'élixir jaune.

Pour combattre les principaux microbes pathogènes



Pr VC-K 500

La pénicilline phénoxyméthyl potassique orale

a démontré une activité antibactérienne insurpassée;

son efficacité est équivalente à la pénicilline G injectable[1]

Indications:
Le VC-K 500 est un antibiotique utile pour traiter les infections dues aux streptocoques, pneumocoques et aux souches sensibles de staphylocoques.

Contre-indications et précautions:
Bien que les réactions allergiques soient beaucoup moins fréquentes après administration orale de pénicilline que par voie intra-musculaire, VC-K 500 ne doit pas être administré aux malades allergiques à la pénicilline. Comme c'est le cas pour tout antibiotique, il est important de surveiller la croissance de germes antibiotico-résistants pendant le traitement.

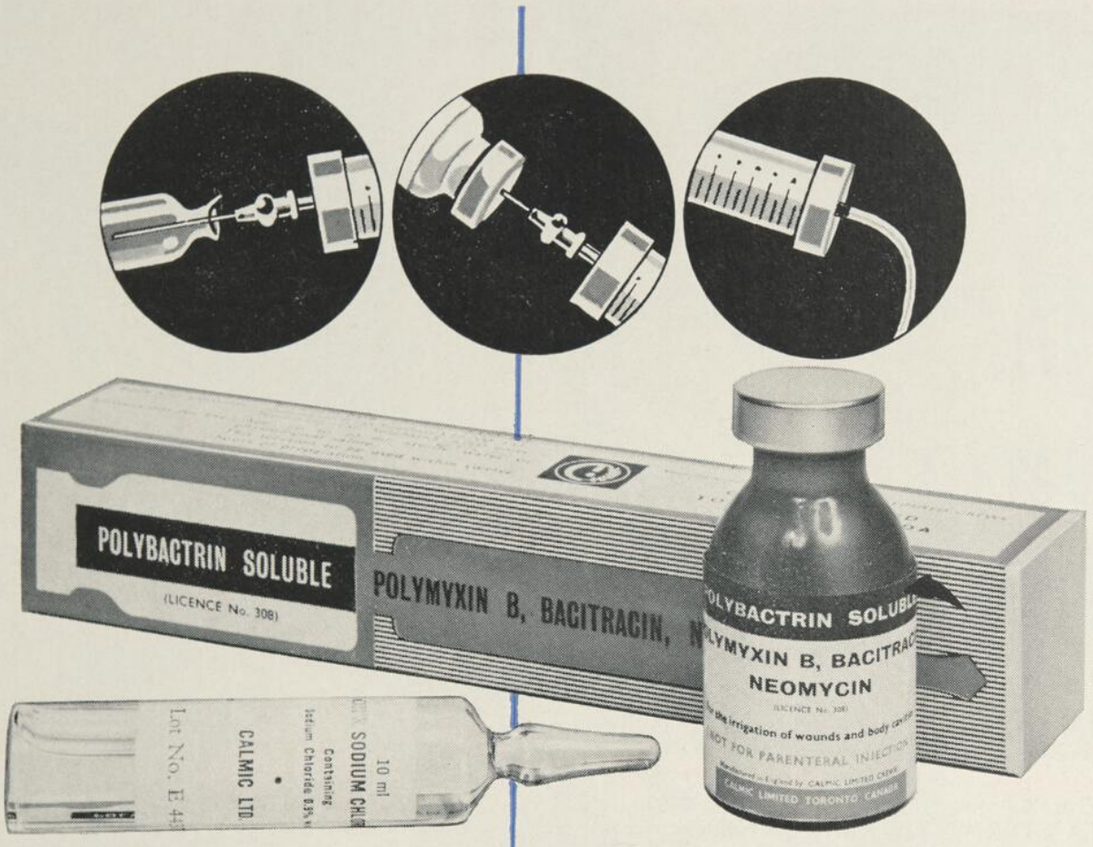
Posologie adulte usuelle:
Une capsule (500.000 unités) trois ou quatre fois par jour.

Présentation:
Les capsules de VC-K 500 renferment 500.000 unités de pénicilline phénoxyméthyl potassique et sont vendues en flacons de 12 et de 100.
Des renseignements supplémentaires sont disponibles aux médecins sur demande.

La compagnie Eli Lilly (Canada) Limitée

[1] Antibiotics Annual; P.1004, 1957-1958

pour irriguer les blessures et les cavités du corps



POLYBACTRIN SOLUBLE

Le complément logique de Polybactrin aérosol, le Polybactrin soluble présente le sulfate de polymyxine 'B', la bacitracine (base) et le sulfate de néomycine sous forme de poudre stérile qui se dissout aussitôt qu'on l'ajoute à de l'eau stérile ou à une solution saline physiologique.

Le Polybactrin soluble est destiné à irriguer les blessures infectées et les cavités du corps dans les cas où l'on désire appliquer un traitement antibiotique local, soit seul, soit de concert avec un traitement antibiotique systémique. Renseignements complets sur demande.

COMPOSITION
Le flacon renferme:
Bacitracine (base).....2,500 U.I.
Sulfate de polymyxine 'B'.....15,000 U.I.
Sulfate de néomycine.....4 mg (base)
avec une ampoule de 10 ml de solution saline physiologique
STÉRILE
(Ne pas utiliser pour injection parentérale)

CALMIC

CALMIC LIMITED, Toronto, Canada

C 1207 F

STERI-STRIP
SUTURE SANS POINTS



Granulations consécutives à une large brûlure de troisième degré; les greffons cutanés sont maintenus par les 'STERI-STRIP' 3M. "En aucun cas cette technique n'a produit d'effets indésirables au cours du processus de cicatrisation, et la partie des greffons recouverte de ruban, n'a jamais présenté des signes d'irritation ou de macération." L'hémorragie sous-cutanée en-dessous de la greffe est éliminée parce que les fermetures cutanées Steri-Strip ne perforent pas la peau.

- *éliminent les dangers d'infection et de nécrose des tissus dus aux fils et aux agrafes*
- *préviennent l'inoculation du tissu sous-cutané par les micro-organismes de surface*
- *éliminent les réactions granulomateuses*

Pour améliorer le traitement des plaies –
Fermetures cutanées STERI-STRIP.
Procurent un support adéquat à la plaie; augmentent le confort du patient.

La sécurité des fermetures cutanées STERI-STRIP a été prouvée dans plus de 7000 interventions. Les avantages de cette technique sont les suivants: la peau n'étant pas perforée par une aiguille, les abcès consécutifs aux points de suture sont évités; aucun corps étranger ne favorise la formation de granulomes; le tissu sous-cutané n'est pas ensemencé par les pathogènes de la peau; les rubans peuvent être laissés en place aussi longtemps que désiré.

La fermeture des plaies avec les rubans cutanés STERI-STRIP peut se faire de plusieurs façons, selon l'étendue et le site de la plaie et aussi selon le familiarité du chirurgien avec cette technique. Le chirurgien peut commencer par alterner sutures et rubans microporeux dans la fermeture des plaies, jusqu'à ce que l'habileté à manipuler les rubans ait atteint son maximum, et qu'il lui soit devenu évident que les fermetures cutanées procurent une entière sécurité. La preuve en sera fait en enlevant les sutures un ou deux jours après l'opération, ou encore, après une cicatrisation par première intention.

Produits Medicaux 3M COMPANY
C.P. 2757 LONDON, CANADA

6738F

les "grandes" vitamines dont les "petits" ont grand besoin



comprimés de vitamines

a croquer Vi-Syneral®

à la délicieuse saveur fruitée

- une bouchée succulente qui apporte, en abondance, les vitamines indispensables à la croissance et au développement normal
- se croquent facilement ou se dissolvent dans la bouche; ne coupent pas l'appétit, n'affectent pas les dents, ne laissent aucun arrière-goût
- forme pharmaceutique à choisir pour tout malade—jeune ou vieux—qui peut difficilement avaler capsules ou comprimés

Un comprimé de vitamines VI-SYNERAL A CROQUER apporte:

vitamine A	5,000 unités U.S.P.
vitamine D	400 unités U.S.P.
acide ascorbique (C)	75 mg.
mononitrate de thiamine (B_1)	1.5 mg.
riboflavine (B_2)	0.5 mg.
HCl de pyridoxine (B_6)	2 mg.
vitamine B_{12}	3 mcg.
niacinamide	10 mg.
d-pantothénate de calcium	2 mg.

Posologie: Un comprimé par jour.
Présentation: en flacon de 100 comprimés.
Echantillons et documentation envoyée sur demande.

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES div. de U. S. Vitamin Corp. of Canada, Ltd., B.P. 2220, Saint Laurent, Montréal 9, P.Q.



PELARGON EST LA FORMULE IDÉALE POUR LE NOURRISSON

En voici les raisons . . .

C'est un lait entier modifié par adjonction de dextrine-maltose, de saccharose, d'amidon précuit et d'acide lactique. Il fournit tous les éléments nutritifs essentiels en proportions parfaitement équilibrées.

Les bébés nourris au **PELARGON** jouissent d'une courbe pondérale régulière grâce à la **formation constante de tissus** et non pas à une rétention excessive d'eau.

Le **PELARGON** renforce l'immunité naturelle et augmente la résistance aux infections en vertu de l'équilibre physiologique parfait de ses composants et de sa **richesse en graisses et en protéines facilement digestibles et parfaitement assimilables par le nourrisson.**

L'acidification permet une meilleure utilisation du fer et du calcium dans le lait, prévenant ainsi **l'anémie et le rachitisme.**

Le **PELARGON** prévient les ennuis pendant toute la durée de l'alimentation du nourrisson. Les **mères le considèrent très pratique et facile à préparer.**

Le **PELARGON** renferme les vitamines naturelles du lait, sans adjonction. Ceci vous laisse donc le loisir de recommander aux nourrissons, selon leurs besoins, toute vitamine additionnelle.

QUALITÉ NESTLÉ SÉCURITÉ

Il n'est pas étonnant que les plus éminents médecins de la plupart des pays du globe prescrivent couramment le Pelargon et les autres préparations de Nestlé pour le nourrisson, telles que le Lactogen, le Nestargel, l'Eledon et l'Arobon en poudre.

Rapports cliniques envoyés sur demande.

NESTLÉ (CANADA) LTD.
Documentation médicale
7000 Avenue du Parc, Montréal 15, P.Q.

NESTLÉ...AU SERVICE DE L'ENFANCE DEPUIS PLUS DE 100 ANS.

NORDIC *évolue au rythme des découvertes...*



CORTIMENT

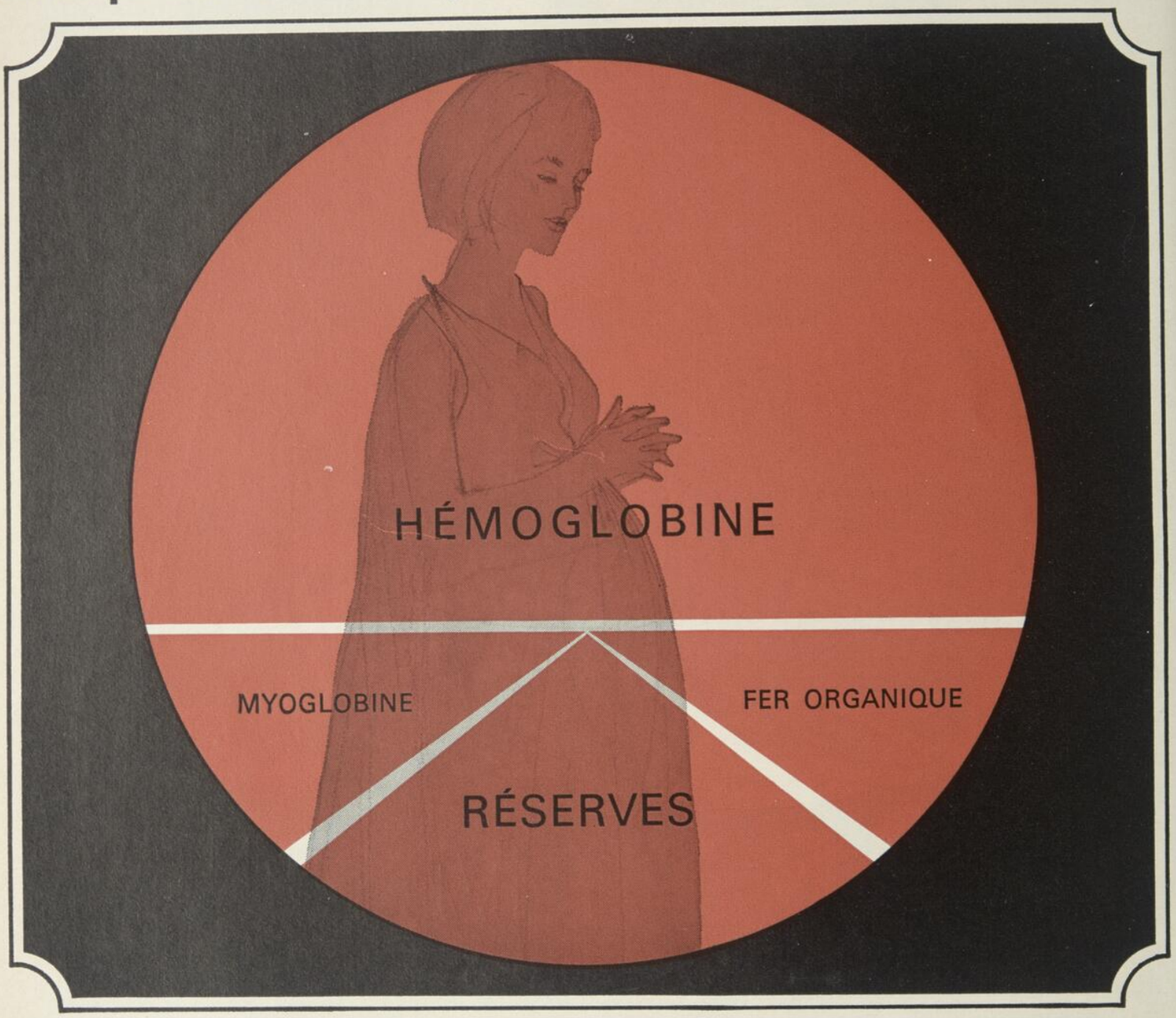
CORTIMENT DERMAL
CORTICAINE — DERMATOLOGIE

CORTIMENT
GOUTTES OPHTALMO-AURICULAIRES — OPHTALMOLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CORTIMENT
SUPPOSITOIRES (JUNIOR-REGULIER-FORTE) — PATHOLOGIE ANO-RECTALE

Fabriqué par :
NORDIC BIOCHEMICALS LTD.
filiale du
LABORATOIRE OCTO LTÉE
Montréal

dans les cas d'anémie ferriprive lorsqu'un retour rapide à la normale est essentiel



INTRAMUSCULAIRE JECTOFER® (FERRO-SORBITOL)

PERMET UNE RECONSTITUTION INTÉGRALE EN FER

RÉACTION SPECTACULAIRE: Simultanément, Jectofer augmente l'hémoglobine, reconstitue les réserves de fer épuisées, stimule l'érythropoièse, et compense les systèmes enzymatiques déficients.

L'amélioration symptomatique se manifeste par un retour rapide des couleurs, un sursaut d'énergie et une vitalité accrue.

UNE THÉRAPIE DE CHOIX:

PARCE QUE—Jectofer est plus rapide et plus efficace que le fer administré par voie orale; plus sûr que les autres méthodes thérapeutiques qui consistent à introduire du fer dans l'organisme par voie parentérale.

PARCE QUE—Jectofer est le seul fer administré par voie intramusculaire qui, au cours d'études expérimentales, se soit révélé non-carcinogène.

PARCE QUE—Jectofer est le seul fer administré par voie intramusculaire qui ne cause pas de pigmentation cutanée prolongée.

Détails posologiques complets et documentation clinique disponibles sur demande.

ASTRA

ASTRA PHARMACEUTICALS (CANADA) LIMITED, 1004 MIDDLEGATE ROAD, COOKSVILLE, ONTARIO



Qu'est-ce qui poussa Annibal à marcher sur Rome?

Un mauvais cas d'acné. L'ayant contracté à Sagonte, il n'osa pas rentrer chez lui et faire face à la foule. Il décida plutôt de traverser les Alpes avec son armée d'éléphants et d'écraser Rome. Il échoua, mais son acné s'améliora. Maladie probablement psychosomatique.

Sans doute vos malades ne réagiront pas tout à fait de la même façon, mais, chose certaine, ils sont, eux aussi, sensibles aux imperfections de leur peau. Tout a bien changé depuis les temps lointains d'Annibal. Aujourd'hui, il existe une médication moderne qui peut aider nombre de ces malades. Elle associe quatre agents thérapeutiques dans une lotion évanescente qui est volontiers acceptée du point de vue esthétique:

Le Medrol (méthylprednisolone)	pour supprimer l'inflammation
La néomycine	pour prévenir ou combattre l'infection bactérienne
Le soufre	pour son action kératolytique
Le complexe de chlorhydroxyde d'aluminium	pour exercer une action astringente efficace

ce produit moderne contre l'acné s'appelle

Neo-Medrol, lotion contre l'acné

elle aurait pu épargner à Annibal (et à Rome) bien des ennuis

Composition par c.c.:

Acétate de Medrol (méthylprednisolone)	2.5 mg (0.25%)
Sulfate de néomycine (correspondant à 1.75 mg de néomycine base)	2.5 mg (0.25%)
Soufre (tiré du soufre colloïdal)	50 mg (5.0%)
Complexe de chlorhydroxyde d'aluminium	100 mg (10.0%)

Mode d'administration: Appliquer parcimonieusement sur la région malade une ou deux fois par jour. La majorité des malades trouvent qu'une seule application par jour est suffisante.

Présentation: En flacon de plastique compressible de 30 c.c.

Avertissements: Ne pas employer en présence d'infections cutanées qu'on ne peut traiter par une médication spécifique. Eviter de mettre en contact avec les yeux.

Une documentation détaillée est envoyée sur demande.

® MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, NEO-MEDROL CF 4566.1

Upjohn THE UPJOHN COMPANY OF CANADA
DON MILLS, ONTARIO

Lincocin

inégalée dans les infections streptococciques

Les proportions comparées de guérison clinique démontrent l'efficacité inégalée de la Lincocin dans les infections streptococciques[1]



Comparaison entre la Lincocin, l'Ampicilline et la Pénicilline G potassique dans le traitement de l'infection à streptocoque bêta hémolytique[1]

	Lincocin 100 malades	Ampicillin 101 malades	Pénicilline G 102 malades
Proportion de guérisons	82%	71.3%	70.6%
Récidives (jusqu'à 4 semaines)	11%	10.9%	12.7%
Porteurs de germes (jusqu'à 4 semaines)	0	7.0%	12.7%
Échecs complets	12%	17.8%	25.4%

1. Tiré de Breese, B.B., et al.: Beta-Hemolytic Streptococcal Illness: Comparison of Lincocin, Ampicillin and Potassium Penicillin G in Treatment. Amer. J. Dis. Children, *112*: 21-27 (July) 1966.

Résultats du traitement d'infections à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A, avec la Pénicilline et la Lincocin[2]

	Nb. de cas avec 1ère culture positive
Malades traités à la Lincocin	140
Malades traités à la Pénicilline	125

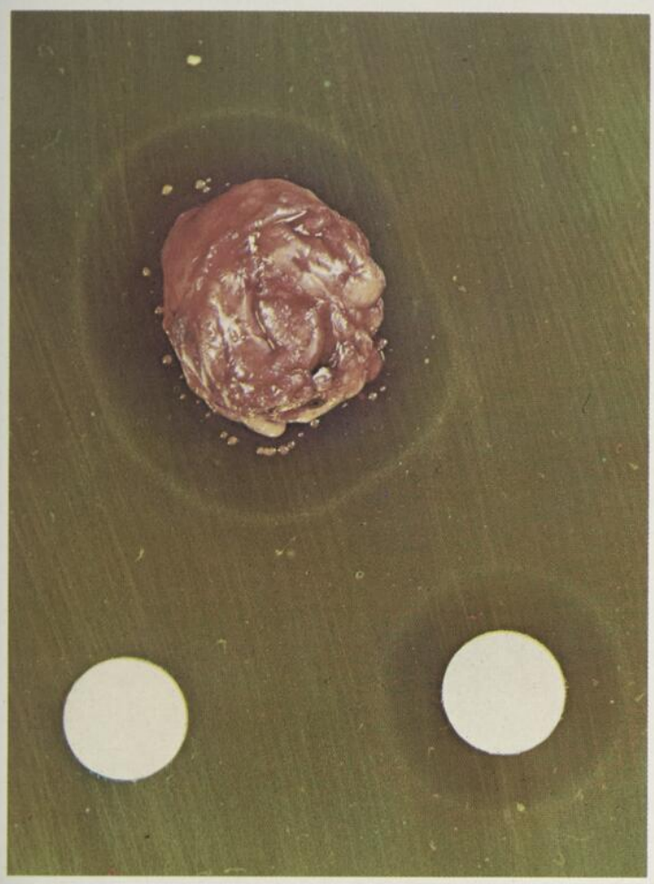
	Culture de contrôle	
	négative	positive
Malades traités à la Lincocin	131 (93%)	9 (7%)
Malades traités à la Pénicilline	111 (89%)	14 (11%)

	Réaction subjective		
	bonne	moyenne	médiocre
Malades traités à la Lincocin	82%	13%	5%
Malades traités à la Pénicilline	73%	19%	8%

2. Jackson, H., et al.: Group A β- Hemolytic Streptococcal Pharyngitis—Results of Treatment with Lincocin. J.A.M.A., *194*:1189-1191 (Dec. 13) 1965.

avantages supplémentaires de la

Lincocin



Disque 1 Disque 2

■ **Pénétration tissulaire exceptionnelle**

Quarante minutes avant d'entreprendre une amygdalectomie, on a injecté à un enfant pesant 29.1 kg une seule dose I.M. de 10 mg/kg de chlorhydrate de lincomycine (correspondant à la base). Un specimen de tissu amygdalien du patient a été déposé sur une boîte de Petri dont l'agar avait été préalablement ensemencé avec une souche pathogène de streptocoque hémolytique. Après incubation, la photographie (à gauche) a été prise. La présence de la zône claire démontre que la Lincocin avait pénétré dans le tissu amygdalien en concentration suffisante pour inhiber la pousse de l'inoculum pathogène. (Les petites taches blanches qui apparaissent à une extrémité de l'échantillon du tissu ont été identifiées, dans des examens microscopiques ultérieurs, comme des colonies de Neisseria catarrhalis à Gram-négatif non-pathogène).

Disques saturés du sérum du malade:

Disque no 1—avant administration de Lincocin

Disque no 2—après administration de Lincocin

■ **Très efficace contre les staphylocoques**

■ **N'est pas inactivée par la pénicillinase**

■ **Peut être employée par des malades allergiques à la Pénicilline**

Indications: Infections causées par les microbes à Gram-positif qui sont sensibles à l'action de la Lincocin, particulièrement les staphylocoques (y compris les souches de staphylocoques génératrices de pénicillinase), les streptocoques et les pneumocoques. La Lincocin n'agit pas contre le Streptococcus faecalis, les levures ou les microbes à Gram-négatif, notamment N. gonorrhoea et H. influenzae.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION: **Adultes**

Voie buccale *—1 capsule (500 mg) 3 ou 4 fois par jour	selon le degré de gravité de l'infection
Voie I.M.—600 mg (2 c.c.) toutes les 12 à 24 heures	
Voie I.V.—600 mg (2 c.c.) toutes les 8 à 12 heures à administrer sous forme de perfusion	

Enfants (âgés de plus d'un mois): On calculera la dose de sirop de Lincocin de façon à ce qu'elle apporte au moins 15 mg par livre de poids et par jour. Cette posologie peut être doublée en présence d'infections graves.

*Pour réaliser une absorption idéale, administrer seule, ou avec de l'eau seulement une demi-heure au moins avant les repas ou deux heures au moins après les repas.

Avertissements: Généralement bien tolérée. L'administration par voie buccale a donné lieu à des réactions secondaires, comme selles molles ou diarrhée, nausée, vomissement et crampes abdominales.

D'autres effets secondaires bénins ont été notés en de rares cas. Des effets secondaires comme neutropénie et leucopénie (ou l'un des deux) ont été notés, mais rarement.

En attendant qu'on dispose d'une plus ample expérience clinique, on déconseille d'employer la Lincocin chez le nouveau-né, comme prophylactique du rhumatisme articulaire aigu, ou chez des malades présentant des affections rénales, hépatiques, endocrines ou métaboliques pré-existantes. Bien qu'on n'ait aucune preuve que la Lincocin ait exercé des effets pernicieux sur la mère ou le foetus, on se montrera prudent chez la femme enceinte. La Lincocin n'agit pas contre le Streptococcus faecalis, les levures ou les microbes à Gram-négatif, notamment N. gonorrhoea et H. influenzae. Une documentation détaillée sur les précautions, les réactions secondaires etc., est envoyée sur demande.

Lincocin, capsules: Une capsule renferme le chlorhydrate-monohydraté de lincomycine, correspondant à 500 mg de lincomycine base. En flacons de 12 et de 100 capsules.

Lincocin, solution stérile: Un c.c. renferme le chlorhydrate de lincomycine correspondant à 300 mg de lincomycine base. En flacons-ampoules de 2 et de 10 c.c.

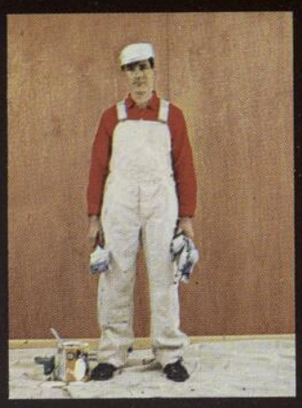
Lincocin, sirop: La dose de 5 c.c. (cuillerée à thé) renferme l'équivalent de 250 mg de lincomycine base (à l'état de chlorhydrate monohydraté de lincomycine). En flacon de 30 c.c. (avec compte-gouttes calibré) et en flacon de 60 c.c.

676 MARQUE DÉPOSÉE: LINCOCIN CF 4662.1

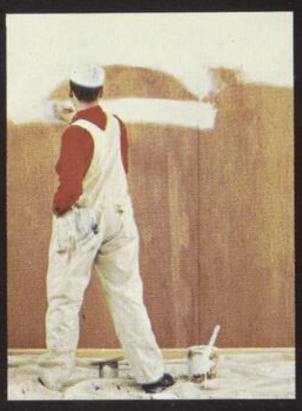
THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / DON MILLS, ONTARIO

Upjohn

mettez en mouvement votre malade souffrant de bursite












...grâce à l'action anti-inflammatoire-analgésique combinée de la méthylprednisolone et de l'acide acétylsalicylique

Cordex amélioré
Cordex Forte amélioré

- rétablissent la mobilité, en atténuant la douleur et la raideur, d'ordinaire dans un délai de 24 à 48 heures
- enrayent les symptômes avec une posologie plus faible, par suite de l'action additive des composants
- assurent au malade un plus grand bien-être et les longues cures sont entachées de moins de complications, grâce aux faibles doses de corticoïdes utilisées

Cordex amélioré

pour traiter les pathologies bénignes ou de gravité modérée

Composition par comprimé:

Medrol (méthylprednisolone)	0.5 mg
Acide acétylsalicylique	300 mg

Présentation: En flacons de 100 et de 1000 comprimés.

Cordex Forte amélioré

pour traiter les pathologies modérées ou graves

Composition par comprimé:

Medrol (méthylprednisolone)	1.5 mg
Acide acétylsalicylique	300 mg

Présentation: En flacons de 100 et de 500 comprimés.

Posologie moyenne de l'adulte:
1 comprimé ou deux, quatre fois par jour, de préférence après les repas et au coucher. Il est conseillé de prendre une légère collation avant la dose du soir.

Avertissements: Respecter les précautions et les contre-indications inhérentes à la corticothérapie.

Une documentation détaillée sur les réactions secondaires, les précautions, etc., est envoyée sur demande.

MARQUES DÉPOSÉES: CORDEX, MEDROL CF 4550.1

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / DON MILLS, ONTARIO

Upjohn

ÉDITORIAL

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL DANS L'HÔPITAL

Problème à la mode que celui de l'évaluation de la qualité de l'acte médical ! Tellement à la mode que tous se permettent, de nos jours, de faire leur propre évaluation de la qualité de la médecine, à partir du simple citoyen jusqu'à nos gouvernants, sans oublier tous les groupes intermédiaires ou de pression.

Et pourtant, existe-t-il un acte plus délicat et plus complexe à évaluer que l'acte médical ? Si délicat, parce que posé par un humain sur un autre humain, et si complexe, parce que rattaché logiquement à une science qui se développe à un rythme étourdissant, que même celui qui le pose a très souvent un moment d'hésitation avant de prendre sa décision. Et ce moment d'hésitation, prélude au diagnostic et au traitement dont les répercussions sont toujours importantes, il faut réellement l'avoir connu pour apprécier la valeur de l'acte qui s'ensuivra.

Aussi nous semble-t-il nécessaire de convaincre tout le monde, et c'est à nous qu'il revient de le faire, que le principe à la base de toute évaluation valable de la qualité d'un acte médical est le suivant: seul un médecin peut juger de la qualité d'un acte médical.

Ce principe, qui nous apparaît avoir le même âge que la médecine, est cependant, tout comme la médecine, plus complexe qu'il en a l'air.

En effet, la qualité d'un acte médical nous semble pouvoir être évaluée d'une façon absolue ou d'une façon relative. D'une façon absolue, un acte médical sera évalué bon ou pas selon qu'il répond ou pas à des critères objectifs de qualité établis par les médecins les plus qualifiés pour poser un tel acte, tous les moyens d'investigation et de thérapeutique modernes étant, par hypothèse, à la disposition de celui qui le pose et les facteurs humains divers (tels l'urgence, la coopération du patient, etc.) étant considérés comme "standardisés". Vue sous cet angle, l'évaluation de la qualité d'un acte médical risque fort, nous le comprenons aisément, de n'être qu'un jeu de l'esprit. Elle peut nous permettre de juger de la qualité de l'acte médical en soi mais sûrement pas de tel acte médical particulier qui, lui, doit être envisagé avec toutes ses contingences.

Nous devons donc plutôt nous orienter vers une évaluation relative de la qualité de l'acte médical. En effet, pour évaluer tel acte médical, n'est-il pas nécessaire de savoir dans quelles conditions il a dû être posé ? S'agissait-il d'une urgence ou pas ? Les moyens d'investigation (radiologie, laboratoires et autres) étaient-ils disponibles ou pas ? Ces moyens étaient-ils eux-mêmes excellents, bons, médiocres, complets ou pas ? Les consultants nécessaires étaient-ils disponibles ? L'instrumentation nécessaire était-elle complète, incomplète, inexistante ? Le patient pouvait-il coopérer ou ne parlait-il que le chinois ? Nous pourrions allonger à l'infini la liste de tous les facteurs qui peuvent influencer la décision à prendre quant à l'acte médical qui doit être posé.

Aussi, nous semble-t-il essentiel de tenir compte de tout ce contexte qui entoure un acte médical particulier pour pouvoir prétendre en évaluer la qualité relative. Et ceci nous conduit à modifier sensiblement notre principe de base énoncé plus haut et à le remplacer par celui-ci: seul un médecin bien au

fait des exigences absolues de qualité d'un acte médical et bien au fait des conditions particulières dans lesquelles un acte médical particulier a été posé peut évaluer avec justesse, la qualité d'un tel acte.

Si nous avons de bonnes raisons, comme médecins, de nous opposer à ce que la qualité de l'acte médical soit évaluée par des non-médecins, et c'est ce que notre principe a voulu mettre en évidence, nous ne sommes pas, par ailleurs, à l'abri de tout reproche vis-à-vis ceux à qui nous refusons de nous juger. Sans vouloir nous étendre longuement là-dessus, nous aimerions mentionner deux de ces reproches.

Le premier est le suivant: nous n'avons jamais fait connaître nos modes d'évaluation et de contrôle, même s'ils existaient. Combien de gens, médecins mis-à-part, savent que des comités revisent régulièrement des dossiers médicaux pour en évaluer la qualité ? Combien de gens, savent que toutes les pièces enlevées dans une salle d'opération sont examinées et que le résultat de cet examen est confronté avec l'intervention effectuée ? Combien de gens savent que certaines consultations sont obligatoires pour des lésions bien précises ? Combien de gens savent que des problèmes de diagnostic et de traitement sont soumis quotidiennement à des assemblées scientifiques pour discussion ? Tous ces procédés sont des modes d'évaluation de la qualité de l'acte médical: seuls les médecins savent qu'ils existent.

Le deuxième reproche que nous devons nous faire nous apparaît encore plus grave: peut-être parce qu'il nous répugne professionnellement de le faire, nous ne prenons pas assez au sérieux le rôle (que nous réclamons pourtant) d'être responsables de cette évaluation médicale. Nous devons éviter toute négligence (nous ne disons pas toute prudence) en cette matière. Si nous réclamons l'exclusivité du droit de contrôle de la médecine, nous ne devons pas nous disculper à la tâche. C'est là, il nous semble, un point essentiel que d'aucuns oublient trop souvent.

Après avoir bien compris notre principe de base et après avoir pris conscience des reproches que nous devons nous adresser, les conclusions de cette méditation pseudo-philosophique s'imposent d'elles-mêmes.

Nous devons réclamer plus que jamais pour nous la tâche d'évaluer la qualité de l'acte médical. Nous devons expliquer à ceux qui voudraient nous la contester pourquoi il est impossible qu'il en soit autrement. Nous devons faire connaître, à la moindre occasion, les modes de contrôle dont nous nous servons depuis longtemps. Nous devons développer et utiliser des nouveaux modes d'évaluation (nous pensons ici aux multiples applications de la mécanographie comme instrument de travail). Nous devons remédier aux déficiences que nous constatons: déficiences quant aux moyens de travail (laboratoires insuffisants, espace inadéquat, etc.) et déficiences quant à notre compétence (par un enseignement continu plus structuré).

Si nous ne continuons pas, sans relâche, à faire cette auto-critique permanente de nous-mêmes, nous ouvrirons la porte de plus en plus grande aux critiques et au contrôle des autres. Dans un tel cas, la médecine tout entière y perdrait.

Yves Lebœuf, m.a.h.
Directeur médical
Hôpital Maisonneuve

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉVOLUTION ET PROPHYLAXIE DE 440 CAS DE FIÈVRE RHUMATISMALE [1]

Ghislaine GILBERT, Raymond LAMONTAGNE et Paul DAVID
Institut de Cardiologie de Montréal

INTRODUCTION

De 1954 à 1966, nous avons posé le diagnostic certain de fièvre rhumatismale chez 440 enfants et adolescents examinés à l'Institut de Cardiologie de Montréal (Fig. 1). Cette série comprend 214 filles et 226 garçons. 204 malades ont été traités pour une crise aiguë de fièvre rhumatismale et 236 ont été vus à la phase subaiguë ou chronique de la maladie. Dans le groupe des cas aigus, 66 présentaient une première crise et 138 une récidive rhumatismale. Les cas subaigus ont été évalués après le traitement de la période aiguë et les cas chroniques nous ont été référés pour évaluation d'une lésion valvulaire.

MALADES ÉTUDIÉS

Sexe:				
Filles	214	Garçons	226	440
Classification:				
F.R. aiguë	Première crise	66		204
	Récidive	138		
F.R. subaiguë et chronique				236

Fig. 1 — Malades traités pour une crise de fièvre rhumatismale.

Les cas aigus qui se sont présentés pour une première crise avaient une moyenne d'âge de 9.4, tandis que pour une rechute, l'âge moyen était de 11.5 (Fig. 2). La moyenne d'âge était plus élevée chez les cas subaigus et chroniques, soit 12.6 ans.

ÂGE MOYEN PREMIER EXAMEN

		No. cas	*Age*
R.R. aiguë	Première crise	66	9.4
	Récidive	138	11.5
F.R. subaiguë et chronique		236	12.6

Fig. 2 — La moyenne d'âge est moins élevée pour les malades qui ont été traités pour une première crise de fièvre rhumatismale.

[1] Travail présenté, en partie, au 5e Congrès Mondial de Cardiologie qui eut lieu à Nouvelle-Delhi du 30 octobre au 5 novembre 1966.

Dans cette troisième et dernière partie de notre travail sur la fièvre rhumatismale, nous étudierons les modalités du traitement prophylactique, l'incidence des récidives rhumatismales et l'évolution de la cardiopathie rhumatismale.

MODALITÉS DU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Le traitement préventif des récidives rhumatismales a été recommandé aux 440 malades. 278 malades ont suivi ce programme de prophylaxie à l'Institut tandis que les 162 autres ont reçu ce traitement préventif sous le contrôle de leur médecin (Fig. 3). Dans le groupe des cas aigus, 186 des 204 malades (91%) ont été suivis à la Clinique de Fièvre Rhumatismale durant une moyenne de 4.9 ans et 128 fréquentent encore la Clinique. Dans le groupe des cas chroniques, 92 des 236 cas (39%) ont reçu la prophylaxie à l'Institut de Cardiologie et 68 suivent encore ce programme. Nous avons cessé la prophylaxie chez les malades qui n'ayant pas de séquelles cardiaques, avaient atteint l'âge de 20 ans et qui avaient un recul de cinq ans après la dernière crise de fièvre rhumatismale. Un certain nombre a cessé la prophylaxie par négligence. Chez les 278 malades qui ont reçu leur traitement prophylactique à l'Institut de Cardiologie, 70.5% ont suivi régulièrement leur traitement et le plus ancien malade a un recul de 11 ans.

MALADES RECEVANT LA PROPHYLAXIE À L'I.C.M.

	Prophylaxie initiale *	Phophylaxie actuelle
Cas aigus	186	128
Cas chroniques	92	68
Total	278	196

* Les 162 autres malades ont reçu la prophylaxie sous le contrôle de leur médecin.

Fig. 3 — Sur le groupe des 278 malades qui ont commencé le traitement prophylactique à la Clinique de l'Institut, 196 le poursuivent encore.

Dans le groupe de 278 malades, 35% ont reçu au début de la pénicilline intra-musculaire à action prolongée, 59.8% de la pénicilline orale et 5.2% de l'érythromycine ou de la triacétyloléandomycine (Fig. 4).

TYPES DE PROPHYLAXIE

Antibiotique	*Traitement initial*	*Traitement actuel*
Bicilline I.M. % des cas	35. %	56.9%
Bicilline orale % des cas	59.8%	39.2%
Erythrocine ou Olicine % des cas	5.2%	3.9%

Fig. 4 — Présentement, plus de la moitié de nos malades reçoivent de la Bicilline en injection intramusculaire.

Il est important de préciser la façon dont les malades ont suivi leur traitement prophylactique. Nous avons divisé nos malades en trois groupes (Fig. 5): le groupe "A" concerne 198 malades qui ont suivi ce traitement préventif d'une façon régulière à la clinique de l'Institut; le groupe "B" est constitué par 80 malades de la clinique qui ont négligé de prendre régulièrement leur prophylaxie; le groupe "C" comprend 162 malades qui ont reçu leur traitement préventif à l'extérieur, sous le contrôle de leur médecin. Les 278 malades qui ont reçu leur traitement prophylactique à la Clinique de Fièvre Rhumatismale de l'Institut de Cardiologie ont été suivis régulièrement pour dépister une maladie intercurrente, une infection streptococcique, une rechute rhumatismale ou un changement dans l'état cardiaque. Tous les patients ont été examinés de routine chaque mois à la suite de leur crise aiguë durant la première année puis aux trois mois ou six mois suivant la gravité des séquelles cardiaques. Les malades qui présentaient une infection respiratoire entre les visites régulières se rapportaient immédiatement à la clinique pour examen et traitement.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE 440 CAS DE F.R.

	Groupe	*Cas aigus*	*Cas chroniques*	*Total*
Malades suivis à I.C.M. Prophylaxie bien suivie	A	134	64	198
Phophylaxie mal suivie	B	52	28	80
Malades suivis à l'extérieur	C	18	144	162

Fig. 5 — 198 malades ont suivi toutes les directives du traitement prophylactique avec surveillance à l'Institut.

RÉCIDIVES RHUMATISMALES

Chez nos 440 malades, il y a eu 16 rechutes qui répondaient aux critères modifiés de Jones. 4 des 16 malades ont eu deux récidives et un malade trois. Le taux des récidives rhumatismales a été de 2% chez les 198 malades du groupe A, de 5% dans le groupe B et de 4.9% dans le groupe C. (Fig. 6). Le pourcentage total des rechutes a été de 3.6%. L'âge de ces 16 malades variait de 10 à 18 ans. Dans 9 cas, les récidives ont été des formes graves avec lésion valvulaire et insuffisante cardiaque. Dans 6 cas, il s'agissait de formes modérées avec lésion valvulaire. Une seule récidive pouvait être considérée comme une forme bénigne avec une atteinte cardiaque discrète.

RECIDIVES RHUMATISMALES

Groupe	*Total des cas*	*No. de récidives*	*%*
A	198	4	2
B	80	4	5
C	162	8	4.9
Total	440	16	3.6

Fig. 6 — Les malades qui ont bien suivi leur traitement prophylactique ont le plus petit pourcentage de récidives.

Au moment de la récidive, sept malades (43.8%) avaient cessé toute prophylaxie, six enfants (37.6%) prenaient quotidiennement de la pénicilline par voie orale, un (6.2%) de la triacétyoléandomycine et deux malades 12.4% de la pénicilline intra-musculaire mensuelle. Les récidives sont survenues un à six ans après le début de la prophylaxie. Chez nos 16 malades, l'infection streptococcique a été prouvée par 9 cultures de gorge positives (56.2%) et par l'élévation du taux des antistreptolysines "0" chez tous les malades (100%). 13 malades (81.2%) ont présenté une infection clinique des voies respiratoires supérieures avant leur rechute.

SÉQUELLES VALVULAIRES

L'auscultation ainsi que l'examen électrocardiographique et radiologique ont été faits régulièrement pour observer les changements dans l'état cardiaque survenus durant la période d'observation de ces 440 malades. Les derniers examens de contrôle des malades ont été faits entre janvier et décembre 1966. L'intensité des souffles a été classifiée sur une échelle de un à quatre. Tout souffle systolique de pointe qui irradiait à l'aisselle ou le long du bord inférieur gauche du sternum était considéré comme une insuffisance mitrale, surtout s'il augmentait en décubitus latéral gauche. Le roulement diastolique de pointe devait être franc pour être considéré comme une sténose mitrale. Tout souffle protodiastolique le long du bord gauche du sternum était considéré comme une insuffisance aortique. Le souffle systolique situé dans le deuxième espace droit devait avoir une bonne intensité (grade II au moins) pour traduire une sténose aortique.

Les 440 malades examinés ont montré l'incidence suivante de séquelles valvulaires (Fig. 7): cas aigus traités pour une première crise: 36 cas sur 66 soit 54.4%; cas aigus traités pour une rechute: 105 cas sur 138 soit 76.7%; cas chroniques: 199 sur 236 soit 84.3%.

Dans le groupe des 66 malades traités pour une première crise aiguë, 29 malades (43.8%) ont les signes d'une régurgitation mitrale et 4 patients (6.1%) d'une maladie mitro-oartique. Un seul malade a développé une sténose mitrale; un autre, une maladie mitrale et un troisième une insuffisance aortique. Nous n'avons décelé aucun malade porteur d'une sténose aortique pure ou d'une maladie aortique.

Dans le groupe des 138 malades traités pour une récidive, nous avons une nette prépondérance d'insuffisance mitrale 42.8% avec 59 cas et de maladie mitro-aortique 21.1% avec 29 cas. 7 malades (5%) ont développé une maladie mitrale. Les autres lésions sont exceptionnelles comme le montre le tableau 7.

Enfin dans le groupe des patients suivis pour une fièvre rhumatismale chronique nous trouvons les lésions suivantes: insuffisance mitrale, 54.2%; maladie mitro-aortique, 13.1%; maladie mitrale, 8.1% et autres lésions, 8.9%.

En somme, sur ces 440 malades nous avons décelé seulement 7 cas de sténose mitrale isolée, 7 cas de régurgitation aortique isolée et 9 cas de sténose aortique isolée. Par contre l'insuffisance mitrale isolée est très fréquente et fut trouvée chez pratiquement la moitié (216) des 440 malades.

L'incidence des séquelles cardiaques est importante chez les 16 malades qui ont fait des récidives: 6 ont une atteinte mitro-aortique, 3 une maladie mitrale et 6 une insuffisance mitrale qui est pro-

SÉQUELLES VALVULAIRES DES 440 CAS

Lésion	*Cas aigus*				*Cas chroniques*	
	1ère crise		Récidive			
	Cas	%	Cas	%	Cas	%
Pas de souffle organique	30	45.6	33	23.9	37	15.7
Insuffisance mitrale	29	43.8	59	42.8	128	54.2
Maladie mitro-aortique	4	6.1	29	21.1	31	13.1
Sténose mitrale	1	1.5	2	1.4	4	1.7
Maladie mitrale	1	1.5	7	5.0	19	8.1
Insuffisance aortique	1	1.5	3	2.2	3	1.2
Sténose aortique	0	0	2	1.4	7	3.0
Maladie aortique	0	0	3	2.2	7	3.0
TOTAL	66	100.0	138	100.0	236	100.0

Fig. 7 — Il y a moins de séquelles valvulaires chez les malades traités pour une première crise de fièvre rhumatismale,

noncée chez 4 malades. La sévérité des dommages cardiaques semble augmenter avec les récidives. On a noté l'apparition d'une insuffisance aortique chez 3 malades et l'aggravation d'une lésion mitrale chez 2 autres. Sauf chez un malade, les récidives sont toujours survenues chez ceux qui avaient déjà des séquelles valvulaires.

ÉVOLUTION DES 440 MALADES

Sur les 440 cas, nous avons eu deux décès dont l'un est survenu à la suite d'une récidive rhumatismale traitée ailleurs, et le second d'une insuffisance cardiaque irréversible chez une malade de 17 ans qui avait une maladie mitrale.

15 malades (3.4%) ont nécessité une intervention chirurgicale et 5 de ce groupe sont décédés. L'âge de ces patients variait de 9 à 18 ans. Parmi ces 15 patients, 3 avaient une sténose mitrale serrée, 2 une régurgitation mitrale majeure, 7 une maladie mitrale, 2 une régurgitation aortique pure et un une maladie mitro-aortique.

Les trois malades qui ont subi une commissurotomie mitrale, avaient une importante incapacité, une cardiomégalie modérée et deux malades avaient une fibrillation auriculaire. Chez une malade, il y a eu une seule histoire de crise rhumatismale, tandis que les deux autres avaient eu des récidives. Nous résumons l'histoire de l'une de ces malades qui a développé une sténose mitrale sévère, en l'espace de cinq années.

D.A., âgée de 13 ans, nous a été référée en mars 1961, à la suite d'un épisode de chorée. A l'auscultation, elle avait un souffle systolique léger d'insuffisance mitrale. L'électrocardiogramme et l'examen radiologique étaient normaux. Par la suite, la fillette, qui n'a pas été revue à la clinique, a fait une rechute rhumatismale. A partir de l'âge de quinze ans, elle se plaignait de fatigabilité et de dyspnée d'effort progressive. Deux ans plus tard elle présentait de l'orthopnée, des palpitations et de la toux avec hémoptysies. A l'âge de 18 ans nous lui trouvons une auscultation typique de sténose mitrale, des râles congestifs pulmonaires et un foie hypertrophié. L'*électrocardiogramme* montre une dilatation biauriculaire importante, une déviation axiale droite et une hypertrophie ventriculaire droite (Fig. 8). *Radiologiquement,* le cœur a augmenté de volume avec un rapport cardio-thoracique de 13/23.5 et l'oreillette gauche est dilatée. L'étude *hémodynamique* révèle une hypertension artérielle pulmonaire importante à 100 mm de Hg et une pression capillaire pulmonaire à 34 mm de Hg au repos. En mai 1966, la malade subit une commissurotomie mitrale et s'en trouve très améliorée.

Neuf patients présentaient une régurgitation mitrale isolée ou prépondérante qui a nécessité une correction chirurgicale dont sept par annuloplastie et deux par remplacement valvulaire. Il y a eu 2 décès dans ce groupe. Sept fois, les lésions étaient

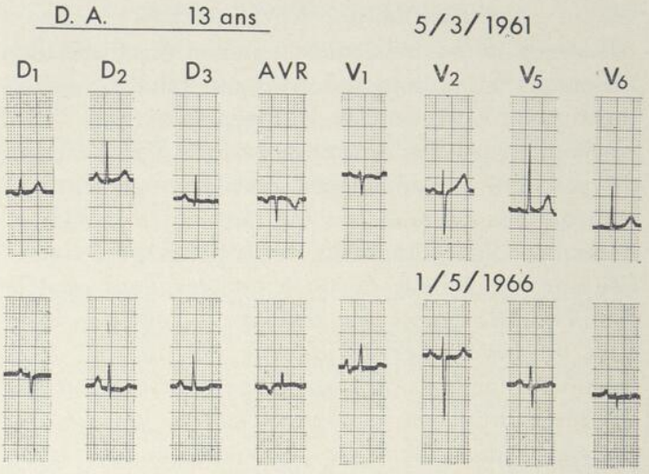


Fig. 8 — Evolution de l'électrocardiogramme d'une malade qui a développé une sténose mitrale en 5 ans. On note l'apparition d'un axe droit avec hypertrophie ventriculaire droite et dilatation auriculaire.

secondaires à des rechutes. Tous ces malades présentaient une incapacité fonctionnelle, grade III ou IV. Une fibrillation auriculaire était notée chez 5 des 9 patients. Tous présentaient une cardiomégalie importante et sept avaient un rapport cardio-thoracique supérieur à 0.60. L'oreillette gauche était très dilatée principalement chez deux malades qui avaient une dilatation anévrysmale. Huit des 9 patients ont subi un bilan hémodynamique qui a confirmé la sévérité de la lésion. Une patiente avait une communication inter-auriculaire associée qui a été corrigée dans le même temps opératoire.

L.H., âgée de 13 ans, a été vue pour la première fois à l'Institut de Cardiologie en septembre 1963. Son histoire révèle une première crise de fièvre rhumatismale à l'âge de 5 ans, suivie de deux rechutes. A l'âge de 8 ans, on a observé une fatigabilité et une dyspnée d'effort progressive. A l'âge de 13 ans, elle a commencé à présenter de l'orthopnée et des épisodes de dyspnée paroxystique. Une insuffisance cardiaque globale s'est installée et n'a pas cédé à la médication. L'auscultation révélait une fibrillation auriculaire. On entendait un souffle systolique et les signes de maladie mitrale. Il y avait des râles congestifs pulmonaires, une hépatomégalie importante et des œdèmes périphériques. A l'*électrocardiogramme,* il y avait un axe droit et une hypertrophie ventriculaire droite. L'*examen radiologique* montrait une cardiomégalie importante avec un rapport cardio-thoracique de 17/23.5. L'arc moyen était convexe et on avait des signes d'hypertension veineuse. La dilatation auriculaire gauche était considérable avec une expansion systolique paradoxale. Le bilan hémodynamique a confirmé une régurgitation mitrale importante avec une sténose modérée associée à une hypertension pulmonaire pré et postcapillaire. La pression capillaire était à 20 au repos et à 28 après effort. Le 23 novembre 1965, la patiente a subi une *correction chirurgicale* par remplacement valvulaire mitral avec une prothèse de Starr-Edwards No 2. Les suites opératoires ont été très satisfaisantes. Le rythme cardiaque est devenu sinusal et les signes d'insuffisance cardiaque ont complète-

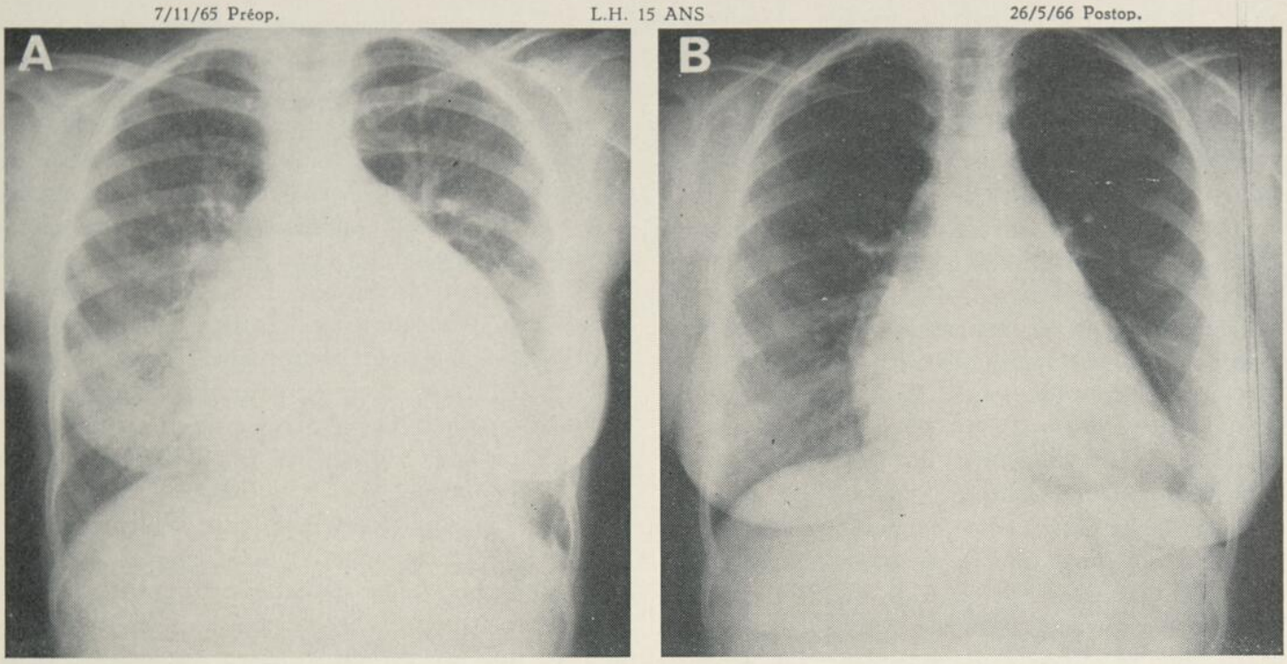


Fig. 9 — Evolution radiologique d'une malade qui a eu un remplacement valvulaire pour une maladie mitrale sévère. Le volume cardiaque a diminué considérablement et la congestion pulmonaire a régressé. On voit la prothèse valvulaire sur le film postopératoire.

ment régressé. La fillette a repris des activités modérées et le volume cardiaque a diminué de façon appréciable. Le rapport cardio-thoracique est maintenant de 13.3/24.5 (Fig. 9). La malade reçoit une médication anticoagulante seulement.

Deux patients étaient porteurs d'une insuffisance aortique importante avec une incapacité fonctionnelle grade III/IV, et un malade avait une maladie mitro-aortique sévère. Les trois malades avaient une cardiomégalie significative avec un rapport cardio-thoracique supérieur à 0.60 et des signes électriques d'hypertrophie ventriculaire gauche avec surcharge importante. Un patient a subi une valvuloplastie aortique et le deuxième, un remplacement valvulaire par prothèse aortique à l'âge de 18 ans. Le troisième malade avait subi une annuloplastie mitrale à l'âge de 16 ans. Comme son état continuait à s'aggraver, deux ans plus tard une deuxième intervention a été faite par double remplacement valvulaire aortique et mitral. Ces trois malades sont décédés. En résumé, 15 malades de moins de 20 ans ont subi une correction chirurgicale de lésions valvulaires rhumatismales graves entre 1956 et 1966. Un seul malade avait moins de 12 ans; les autres étaient âgés de 13 à 18 ans.

COMMENTAIRES

1) *Méthodes de prophylaxie*

Le traitement préventif de la fièvre rhumatismale repose sur des données bactériologiques bien établies. En 1931, Coburn a prouvé la relation entre les crises de fièvre rhumatismale et l'infection des voies respiratoires supérieures, au streptocoque Beta hémolytique (1). Plus tard, il a observé la formation d'anticorps spécifiques appelés "antistreptolysines" et des études conduites par Todd ont permis de titrer ces anticorps (2). La fièvre rhumatismale est donc une complication d'une infection due au streptocoque Beta Hémolytique du groupe A. Ce streptocoque est très sensible aux antibiotiques et principalement à la pénicilline.

La première méthode de prophylaxie de la fièvre rhumatismale remonte en 1939 par l'emploi de sulfamidés (3). En 1949, Massell a utilisé la pénicilline orale (4) et en 1954 Stollerman a commencé la pénicilline intra-musculaire à action prolongée (5). D'autres antibiotiques ont été expérimentées, mais la pénicilline demeure l'antibiotique de choix.

Nous utilisons la Benzathine pénicilline-G (Bicilline);[2] 1 comprimé de 200,000 unités par jour ou nous donnons une injection de Benzathine pénicilline-G, (Bicilline L.A.) 1,200,000 unités, intramusculaire, une fois par mois. Dans les rares cas où les patients montrent une intolérance à la pénicilline, nous utilisons l'érythromycine (Erythrocine)[3] 250 mg un comprimé deux fois par jour. La Benzathine pénicilline-G donne d'excellents résultats à condition que la prophylaxie soit maintenue sans interruption. Pour cette raison les comprimés sont utilisés quand nous sommes certains

[2] La Bicilline a été fournie gracieusement par la Compagnie Wyeth.
[3] L'érythrocine a été fournie par la Cie Pfizer.

qu'ils seront pris scrupuleusement. L'injection intra-musculaire de pénicilline Benzathine-G est sans doute la prophylaxie la plus certaine et la moins dispendieuse. Cependant, cette injection est quelquefois douloureuse et chez certains enfants, elle a dû être remplacée par la pénicilline orale.

Dès qu'une infection des voies respiratoires est constatée, nous prescrivons une dose thérapeutique de pénicilline pour huit à dix jours. Les patients qui reçoivent de la benzathine pénicilline-G en comprimé doivent alors prendre trois comprimés par jour pendant dix jours. Chez les malades qui reçoivent de la pénicilline en injection, une fois par mois, nous administrons de la "Bicilline A.P." contenant 300,000 unités de pénicilline procaïne avec 300,000 unités de benzathine pénicilline. Cette pénicilline a une durée à action prolongée de huit à dix jours. Le contrôle rapide des infections respiratoires fait partie du traitement préventif des récidives rhumatismales. La prophylaxie à la pénicilline doit être continuée sans interruption et on ne connaît pas le temps idéal pour la cesser. Comme les récidives sont fréquentes surtout jusqu'à l'âge de 20 ans, nous recommandons qu'elle ne soit pas cessée avant cet âge.

2) *Récidives rhumatismales*

La relation de l'infection streptococcique avec la rechute rhumatismale a été notée régulièrement à la Clinique. Chez les patients qui sont examinés fréquemment pour dépister une récidive rhumatismale, il y a souvent de fausses alarmes. Avant d'affirmer qu'il s'agit d'une rechute rhumatismale, il est essentiel d'éliminer une infection streptococcique isolée, une infection virale ou une poussée d'insuffisance cardiaque secondaire à une lésion valvulaire sévère. L'infection streptococcique caractérisée par un mal de gorge, de la température et parfois des arthralgies cède ordinairement en une semaine sous l'influence de la pénicilline. De plus le taux de sédimentation est ordinairement peu élevé. Pour distinguer la fièvre rhumatismale des faux symptômes, les tests de laboratoire sont souvent essentiels.

3) *Séquelles cardiaques*

La gravité de la fièvre rhumatismale repose dans les séquelles valvulaires qui forment un chapitre important de la cardiologie. L'endocardite rhumatismale est surtout responsable des valvulopathies acquises du cœur gauche. C'est la valvule mitrale qui est la plus fréquemment atteinte et chez nos jeunes malades, il s'agit le plus souvent d'une insuffisance mitrale.

a) *Traitement chirurgical.* Seulement un faible pourcentage d'enfants et d'adolescents sont très handicapés par une valvulopathie rhumatismale. En effet, la capacité fonctionnelle de la majorité de nos patients se situe dans la classe I et II de l'"American Heart Association". L'évolution de ces valvulopathies conduit souvent à une intervention chirurgicale, à l'âge adulte. Chez l'enfant et l'adolescent, le besoin d'une intervention est rare. Une sténose mitrale très symptomatique peut bénéficier d'une commissurotomie. Dans les insuffisances mitrales sévères, l'annuloplastie est une opération palliative qui permet de temporiser durant des années. Quant au remplacement valvulaire à l'aide de la circulation extracorporelle, nous croyons qu'il doit être tenté seulement chez les cas désespérés, quand l'insuffisance cardiaque est irréversible. L'insuffisance aortique évolue progressivement vers une insuffisance ventriculaire gauche qui est rarement assez importante pour qu'on ait à mettre en place une valve artificielle chez un enfant ou un adolescent.

b) *Prévention des complications.* Chez un enfant qui a une valvulopathie acquise, on doit orienter ses conditions de vie de façon à ce qu'il évite le surmenage physique; contrôler rapidement les infections respiratoires par les antibiotiques; faire la prophylaxie antibiotique de la bactériémie d'origine dentaire; procéder à un bilan cardiaque annuellement; préparer la famille à envisager une éventuelle sanction chirurgicale si la lésion est grave. Il ne faut pas hésiter à confier certains malades au Service Social, pour orienter leur avenir vers un métier ou une profession qui leur convient.

En évaluant une cardiopathie rhumatismale, il est important, en face d'une insuffisance cardiaque, de décider si le patient fait une récidive rhumatismale ou si ses troubles sont secondaires aux lésions valvulaires. Le terme "activité rhumatismale" est souvent employé à tort. Les différents tests de laboratoire nous aident à faire la part des choses. La prévention des récidives rhumatismales par une antibiothérapie continue et par une surveillance médicale rigoureuse peut empêcher la production de nouveaux dommages cardiaques. C'est le but premier de tout programme préventif.

CONCLUSIONS

1) L'incidence de sexe est égale dans les cardiopathies rhumatismales: 226 garçons et 214 filles.

2) L'âge moyen de l'attaque était de 9.4 pour une première crise de fièvre rhumatismale, 11.5 pour les récidives et 12.6 pour les cas chroniques.

3) Les lésions aortiques sont plus fréquentes chez les garçons et les lésions mitrales ont à peu près la même incidence chez les garçons que chez les filles.

4) Il y a une relation entre la fièvre rhumatismale et l'infection streptococcique: 50% de nos malades avaient une culture de gorge positive et dans 92% des cas, les antistreptolysines "O" étaient élevés.

5) L'incidence de la cardite rhumatismale représentée par un souffle cardiaque fut de 86.2%. Le tiers de nos malades avait des formes graves avec signes d'insuffisance cardiaque.

6) On observe que la disparition des dommages cardiaques apparaît plus fréquemment chez ceux qui font une première crise que chez ceux qui ont fait des récidives. Des souffles ont disparu surtout chez les malades qui avaient un volume cardiaque normal et chez ceux qui avaient des souffles peu intenses.

7) L'insuffisance mitrale est la séquelle valvulaire la plus fréquente chez nos malades.

8) L'incidence des séquelles valvulaires semble d'autant plus faible que le traitement aux stéroïdes est plus précoce.

9) La gravité des lésions valvulaires est ordinairement plus importante chez les malades qui ont une rechute que chez ceux qui ont fait une crise unique.

10) La prophylaxie a été plus efficace chez les malades qui recevaient des injections intramusculaires que chez ceux qui prenaient de la pénicilline orale. Les rechutes ont été plus nombreuses dans ce dernier groupe.

11) Seulement un faible pourcentage de cas sont très handicapés pendant l'enfance ou l'adolescence par une cardiopathie rhumatismale.

12) La chirurgie doit être recommandée lorsque la médication devient inefficace.

13) Dans cette série de 440 malades, nous avons eu 7 décès, cinq à la suite d'une opération cardiaque et deux par complication médicale.

Résumé

Le traitement préventif des récidives rhumatismales a été donné aux 440 jeunes malades qui ont été traités pour une crise de fièvre rhumatismale aiguë ou qui ont été vus à la phase subaiguë ou chronique de la maladie. 278 malades (63%) ont suivi ce programme de prophylaxie à l'Institut tandis que les 162 autres (37%) ont été traités par leur médecin. Dans le groupe des 278 malades, 35% ont reçu de la pénicilline intramusculaire à action prolongée, 59.8% de la pénicilline orale et 5.2% de l'érythromycine ou de la triacétyloléandomycine. 198 de ces malades ont suivi le traitement préventif d'une façon régulière tandis que 80 malades ont parfois négligé leur médication.

Dans la série totale, il y a eu 16 rechutes rhumatismales soit 3.6%. Le taux des récidives a été de 2% chez les 198 malades qui ont bien suivi leur prophylaxie à l'Institut. L'incidence des séquelles valvulaires chez nos 440 malades a été de 54.4% chez les cas aigus traités pour une première crise, de 76% chez ceux qui ont été traités pour une rechute et de 84.3% chez les cas chroniques. L'insuffisance mitrale isolée fut trouvée chez près de la moitié des cas. Nous avons fait opérer 15 malades, dont l'âge variait de 9 à 18 ans.

Summary

440 young patients have been given prophylaxis to prevent the recurrence of rheumatic fever. These patients have been treated during an acute attack of rheumatic fever or have been seen in the subacute of chronic phase of the disease. 278 or 63% have been followed on this program of prophylaxis at the Institute and 162 or 37% have received this prophylactic treatment under the care of their private physician. In the group of the 278 patients, 35% have received long acting penicillin intra-musculary, 59.8% oral penicillin and 5.2% erythromycin or triacetyloleandomycin. 198 have taken this prophylactic treatment regularly; but 80 failed to stick to the regime.

In the total 440 patients, there have been 16 rheumatic recurrences. In the 198 patients who have been followed regularly at the Institute, the recurrence rate has been only 2%. The incidence of valvular sequellae have been 54.4% in the acute cases treated for a first attack, 76% in the cases treated for a recurrence and 84.3% in the chronic cases referred to us. The isolated mitral insufficiency is very frequent and have been found in more than half of the cases. Of the total 440 patients, 15 needed a surgical procedure, at an age varying from 9 to 18 years.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les deux stagiaires de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, Mlle Monique Camerlain et M. Jean-Paul Taillon, qui, par l'entremise de bourses d'étude, ont fait avec nous la compilation des résultats. Nous remercions aussi Mlle Lisette Ratelle, secrétaire, Mlle Huguette Rousseau, infirmière, les assistantes sociales et les archivistes de l'Hôpital Marie-Enfant et de l'Institut de Cardiologie pour leur indispensable collaboration. Mentionnons que ce projet de recherches a bénéficié pendant trois ans de l'aide des gouvernements fédéral et provincial: "prophylaxie et pathogénie de la fièvre rhumatismale", projet 604-7-347.

BIBLIOGRAPHIE

1. COBURN, A. F.: The factor of infection in the rheumatic. The Williams and Wilkins Co., édit., Baltimore, 1931.
2. TODD, E. N.: Antihemolysin titer in haemolytic streptococci infections and their significance in rheumatic fever. *Brit. Exper. Path.*, **13**: 248, 1932.
3. THOMAS, C. et BOND FRANCE, R. A.: Preliminary report of the prophylactic use of Sulfamide in patients susceptible to rheumatic fever. *Bull. Hopkins Hosp.*, **64**: 67, 1939.
4. MASSELL, B.: Present status of penicillin prophylaxis of rheumatic fever. *Med. Can. Cardiov. Dis.*, **20**: 1081, 1951.
5. STOLLERMAN, G. H.; RUPSOFF, J. H. et HIRSEHFELD, I.: Prophylaxis against group A. Streptococci in rheumatic fever: use of single monthly injections of benzathine penicillin-G. *New Eng. Chemother.*, **7**: 304, 1961.

LA SARCOÏDOSE [1]

OBSERVATION DE 105 CAS

Gilles LORANGE [2], F.C.C.P., André GOUGOUX [3]

Bien que décrite depuis près d'un siècle, la sarcoïdose demeure une entité mystérieuse. Aucune définition satisfaisante de la maladie n'a pu encore être produite; tout au plus, possédons-nous des descriptions basées surtout sur l'aspect anatomopathologique et sur l'évolution clinique.

La première mention de lésion granulomateuse de la peau, compatible avec la lésion sarcoïdienne, remonte à Hutchinson (1) en 1875; il appela cette maladie "Mortimer's Malady" d'après le nom du malade qu'il avait étudié. Une lésion similaire fut reconnue en 1889 par Besnier (2). Boeck (3) en 1899 fournit le premier la notion d'une entité systémique, différente de la tuberculose et souligne l'atteinte pulmonaire possible. Il donne à la lésion l'épithète "Sarcoid".

En 1909, Heerfordt (4) rapporte un syndrome d'irido-choroïdite chronique et de parotidite bilatérale, accompagné de paralysie faciale. Ce syndrome est aujourd'hui admis comme partie intégrante du complexe sarcoïdose.

En 1914, Schaumann (5) démontre que les descriptions de Besnier et de Boeck sont identiques et suggère que la sarcoïdose est une maladie primaire du système lymphatique. L'une des inclusions cellulaires dans les cellules géantes porte son nom.

Longcope et Pierson (6) en 1937, puis Freiman (7) en 1948, donnent pour la première fois le tableau complet de la sarcoïdose sous son aspect clinique et biologique. Depuis ce moment, de multiples travaux ont envahi la littérature médicale, décrivant toutes les manifestations plus ou moins fantaisistes de la maladie.

Le but de notre communication n'est pas de reprendre ce qui a pu être déjà dit, mais de présenter une série de malades porteurs de sarcoïdose et observés surtout dans le milieu canadien-français de la région de Montréal, d'en apprécier les caractéristiques singulières sous l'aspect clinique, radiologique et biologique. A l'occasion, nous nous permettrons quelques comparaisons avec des études parallèles. Nous avons volontairement omis de faire tout commentaire concernant le facteur étiologique et thérapeutique.

RÉSULTATS

Notre série comprend indistinctement tous les malades observés de façon consécutive à l'Hôpital Notre-Dame entre 1951 et 1964 inclusivement et dont le diagnostic à la sortie de l'hôpital fut celui de sarcoïdose. Il est à noter que les patients furent étudiés dans différents services. La recherche des éléments diagnostiques n'est pas en conséquence toujours aussi complète qu'il le faudrait aux yeux d'un pneumologue.

Notre série comprend 105 malades, dont 7 furent des découvertes d'autopsie, 9 n'eurent pas de biopsies, 2 subirent des biopsies étiquetées non spécifiques et enfin, 87 eurent des biopsies typiques de sarcoïdose.

Parmi les 7 cas découverts à l'autopsie, 6 sont décédés d'accident vasculaire cérébral et le septième à la suite de status épilepticus. Le diagnostic de sarcoïdose n'était soupçonné cliniquement chez aucun de ces patients. L'examen nécropsique a révélé une infiltration pulmonaire chez 6 de ces malades, une atteinte hépatique chez 4, un envahissement de la rate chez 3 et une extension aux ganglions chez trois. Entre le premier et le dernier cas, 1436 autopsies furent pratiquées à l'Hôpital Notre-Dame, ce qui donne un rapport de 0.5% de fréquence de la sarcoïdose.

Dans notre exposé, nous avons éliminé de notre série ces 7 cas, ainsi que ceux dont la preuve histologique n'a pu être faite pour n'étudier que les 87 cas où une biopsie a été obtenue.

Le sexe féminin montre une prédominance sur le sexe masculin dans la proportion de 67.8% à 32.2%. Les décades les plus fréquemment affectées se situent entre 20 et 40 ans, avec un âge moyen de 36.7 ans (Tableau I). Il est remarquable que 10% des malades furent touchés après l'âge de 60 ans. Nous avons relevé le lieu de résidence des malades au moment de leur hospitalisation et noté que 65 habitent l'Île de Montréal et 22 résident hors de celle-ci.

Nous savons tous qu'il n'existe pas de tableau classique de la sarcoïdose. Nous avons recherché la manifestation initiale de la maladie. Celle-ci a été

---

[1] Présenté à la Réunion annuelle de l'Association canadienne antituberculeuse, Québec, le 30 mai 1967.

[2] Directeur, Clinique du thorax, Hôpital Notre-Dame, Assistant, Service de Médecine, Hôpital Notre-Dame Assistant-professeur de médecine, Université de Montréal.

[3] Résident, Service de médecine, Hôpital Notre-Dame.

TABLEAU I

SARCOÏDOSE
1951 - 1964

INCIDENCE D'APRÈS L'ÂGE
87 cas - Biopsie

	Nombre
10 - 19	8
20 - 29	28
30 - 39	22
40 - 49	8
50 - 59	12
60 - 69	7
70 - et plus	2
Moyenne d'âge - 36.7	

une radiographie pulmonaire anormale dans 31 cas, la présence de symptomes respiratoires dans 23 cas, la prédominance de symptomes généraux dans 11 cas, la découverte d'une adénopathie périphérique dans 7 cas, une atteinte cutanée dans 6 cas, une biopsie ganglionnaire lors d'une laparotomie dans 2 cas, l'augmentation du volume des parotides dans 2 cas, la biopsie hépatique, un épisode d'arthrite aiguë, une myalgie, une hématémèse et une atteinte du système nerveux pour un cas chacun.

TABLEAU II

SARCOÏDOSE
1951 - 1964

BIOPSIES FAITES: 107

87 cas				
		96	positives	89.7%
		11	négatives	10.3%
Biopsie prescalénique:	39	35	positives	89.7%
		4	négatives	10.3%
Biopsie ganglionnaire:	25	24	positives	96. %
		1	négative	4. %
Cervicale	14			
Axillaire	5			
Abdominale	2			
Inguinale	2			
Médiastinale	2			
Biopsie hépatique:	17	16	positives	94. %
		1	négative	6. %
Biopsie pulmonaire:	11	11	positives	100. %
		0	négative	0. %
Biopsie cutanée:	9	7	positives	77.7%
		1	douteuse	11.1%
		1	négative	11.1%
Biopsie parotide:	2	positives		
Biopsie conjonctive:	2	négatives		
Biopsie rate:	1	positive		
Biopsie bronche:	1	négative		

Le Tableau II illustre la provenance et la positivité des biopsies. 107 biopsies furent prélevées chez les 87 malades: 96 furent positives et 11 furent négatives. Les biopsies furent pratiquées sur plusieurs organes à savoir, la région pré-scalénique, les ganglions à différents niveaux, le foie, le parenchyme pulmonaire par thoracotomie, les glandes parotides, les conjonctives, la rate et enfin, la muqueuse bronchique.

La biopsie pré-scalénique fut faite chez 39 malades. Trente-cinq fois, elle fut positive et quatre fois négative, pour une positivité de 89.7%. Chez les 4 cas où elle fut négative, le diagnostic fut ultérieurement obtenu deux fois par biopsie du parenchyme, une fois par biopsie d'un ganglion périphérique et une fois par biopsie hépatique.

Chez les 25 cas de biopsie ganglionnaire, 24 furent positifs, un négatif, soit une positivité de 96%. Les ganglions furent prélevés à la région où ils étaient palpables et visibles et avaient une allure pathologique, soit à la région cervicale 14 fois, axillaire 5 fois, abdominale 2 fois, inguinale 2 fois, médiastinale 2 fois.

94% des biopsies hépatiques furent positives. On a dû recourir à la thoracotomie et à la biopsie du parenchyme pulmonaire dans 11 cas; toutes ces biopsies furent positives. A neuf reprises, les patients présentaient les caractéristiques dermatologiques de la sarcoïdose. La biopsie de la peau fut positive dans 77% de ces cas. Les biopsies de la parotide furent positives les deux fois où elles furent exécutées. Aucune biopsie conjonctivale ne fut positive. Le seul examen histologique de la rate fut positif alors que la seule biopsie bronchique lors de bronchoscopie fut négative.

De ce qui précède, il s'ensuit que les types de biopsie qui ont fourni le plus de positivité sont par ordre décroissant, la biopsie du parenchyme pulmonaire dans 100% des cas, la biopsie d'un ganglion anormal 96%, la biopsie hépatique 94%, la biopsie pré-scalénique 89.7% et la biopsie cutanée 77.7%.

La compilation des signes objectifs, des anomalies radiologiques, des biopsies positives nous permet de vérifier le nombre des organes atteints par la sarcoïdose. Chez nos 87 patients, 210 organes sont touchés. Les organes intra-thoraciques prédominent avec 78.2%. Les ganglions hilaires et le parenchyme pulmonaire sont affectés dans la même

proportion. Puis, viennent les ganglions périphériques 71.3%, le foie 28.7%, la rate et la peau respectivement 9.2%, les yeux et la parotide 3.4%, le système nerveux, les os, les articulations et une manifestation d'érythème noueux 2.3% chacun et enfin, le rein et la muqueuse respiratoire supérieure 1.1% chacun.

Nous avons cru intéressant de consigner le nombre des organes atteints. Seulement 19 patients n'avaient qu'un seul organe touché. Par contre, 35 en avaient deux, 19 trois, 8 quatre, 4 cinq et enfin 2 en avaient six.

L'analyse des anomalies radiologiques pulmonaires met en évidence plusieurs faits dignes de mention. 83 de nos 87 malades eurent une radiographie pulmonaire. Les 4 cas où cet examen a été omis sont des patients chez qui la biopsie périphérique a été positive. 15 des 83 malades présentaient une image radiologique absolument normale soit 18.1%. Les anomalies radiologiques furent classifiées: 1° adénopathie hilaire seule; 2° adénopathie hilaire accompagnée de lésions parenchymateuses; 3° lésions parenchymateuses seules et enfin, 4° fibrose pulmonaire. Cette classification correspond en grande partie à la classification bien connue de Nitter.

La présence d'adénopathie hilaire seule fut retrouvée dans 24 cas, soit 28.9%. L'image d'adénopathie hilaire avec lésions parenchymateuses fut obtenue dans 22 cas soit 26.9%, celle de lésions parenchymateuses seules dans 15 cas soit 18.1% et enfin, de fibrose pulmonaire dans 7 cas, soit 8.4%. Il y a donc une prédominance de l'adénopathie hilaire seule et de l'adénopathie hilaire accompagnée de lésions parenchymateuses.

La radiographie des mains a été faite dans 45 cas. 40 furent absolument normales, 3 présentaient des lésions osseuses non spécifiques et enfin chez 2 patients seulement, avons-nous retrouvé les lésions osseuses typiques.

La phosphatase alcaline d'après la technique de Bodansky fut étudiée chez 29 de nos malades. 9 montrèrent une phosphatase élevée, 17 une phosphatase normale et 3 des chiffres abaissés. Il faut remarquer que chez les 9 malades ayant un dosage élevé, 8 eurent une biopsie hépatique positive de sarcoïdose. Peut-être faut-il en déduire que dans la sarcoïdose une phosphatase alcaline élevée signe une infiltration hépatique.

Le taux du calcium sanguin fut calculé chez 43 malades: un seul est légèrement augmenté, 36 sont normaux, 6 sont diminués. Les 20 dosages du phosphore sanguin se sont tous avérés dans les limites normales.

L'électrophorèse des protéines fut pratiquée chez 39 malades. Nous avons porté une attention spéciale à l'alpha 2 globuline et aux gammaglobulines. L'alpha 2 globuline est augmentée dans 15 cas, normale dans 17 et diminuée dans 7, tandis que la gammaglobuline est augmentée dans 23 cas, normale dans 14 et diminuée dans 2. L'analyse des résultats de la sédimentation globulaire a été faite séparément pour les hommes et les femmes. 24 hommes eurent une sédimentation, qui s'est avérée normale (0-9mm) chez 5 et élevée chez 19 alors que chez les femmes, la proportion entre sédimentation (0-20) normale et élevée est égale, à 22 et 23 respectivement. 35 recherches du B.K. par cultures sur Loewenstein furent faites et furent négatives. 39 tests de Mantoux furent faits dont 30 négatifs et 9 positifs.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La majorité des auteurs ont établi les critères du diagnostic de la sarcoïdose sur la base de 3 éléments qui doivent être présents en association. Ceux-ci sont: 1° l'allure clinique compatible avec la sarcoïdose; 2° la confirmation histologique; 3° la positivité du test de Kveim. L'association de ces trois facteurs ou de deux d'entre-eux est à toutes fins pratiques, nécessaire pour établir le diagnostic. Dans notre série, aucun test de Kveim n'a été fait pour plusieurs raisons dont les principales sont la difficulté d'obtenir l'antigène spécifique stable et la lenteur de la réponse du test. C'est pourquoi nous avons dû éliminer de notre étude les 9 cas où aucune biopsie n'a été faite et les deux cas où la biopsie n'a pas été spécifique. Parmi ceux où la biopsie n'a pas été faite, 3 ont refusé catégoriquement d'avoir recours à cette méthode. Deux autres ont été vue en dermatologie où le diagnostic a été posé sur la foi de lésions censément caractéristiques. Nous croyons cependant que la biopsie doit être faite dans tous les cas en commençant par les méthodes d'approche les plus faciles quitte à pratiquer la biopsie parenchymateuse par thoracotomie.

Les 7 cas d'autopsie ont fait évidemment la preuve histologique du diagnostic. Ils présentent un intérêt particulier puisque ces patients étaient tous asymptomatiques de leur sarcoïdose et que leur maladie fatale n'a rien à voir avec cette affection. Leur moyenne d'âge est de beaucoup plus élevée que la moyenne des patients qui ont subi une biopsie; elle est de 58.3 ans, le plus jeune a 46 ans, le plus vieux 69 ans. 6 de ces malades présen-

taient des lésions pulmonaires extensives qui auraient, semble-t-il, pu être détectées à la radiographie pulmonaire, ce qui signifie que bien que 5 de ces malades vivaient dans des centres où ils auraient pu subir une radiographie pulmonaire de dépistage, ils n'ont pas su en profiter.

La fréquence de 7 cas sur 1436 autopsies faites à l'Hôpital Notre-Dame avec un pourcentage de 0.5% est comparable à celle rapportée par Haegerstrand et Linell (8) à Malmo en Suède. L'incidence à l'autopsie est plus élevée que les données épidémiologiques habituelles. Cummings et Michael (9) évaluent l'incidence de la sarcoïdose aux États-Unis de 1 à 4 par 10,000 chez les jeunes adultes. Dans la marine américaine, Gundelfinger et Britten (10) ont retrouvé une relation de 6.1/100,000 de population. En France (11), les chiffres sont de 9 à 10/100,000 de population. Au Danemark (12), 5.5/100,000 et en Finlande (13), 1.59/100,000.

L'incidence de 2 à 1 en faveur du sexe féminin et l'atteinte majoritaire chez les jeunes adultes de 20 à 40 ans se vérifient dans tous les travaux. Nous voulons noter cependant que dans notre série, 10% ont 60 ans et plus. Sans vouloir en tirer de conclusions étiologiques, nous relevons que sur nos 87 cas, 65, donc environ les ¾, résident à Montréal.

La physionomie clinique de la sarcoïdose est variable selon la localisation et l'extension de la maladie. Ses manifestations initiales sont en conséquence, elles aussi, très versatiles. Chez 35.7% de nos patients, d'ailleurs asymptomatiques, la lésion est découverte grâce à des radiographies pulmonaires de dépistage. Löfgren (14) et Siltzbach (15) obtiennent des pourcentages plus élevés respectivement de 45% à 40%. Israël et Sones, (16) puis James (17) retrouvent eux aussi la radiographie de routine comme première manifestation de la sarcoïdose.

26.5% de nos patients se sont présentés pour des symptômes respiratoires, le plus souvent une dyspnée; Siltzbach (15) en rapporte 19%. Les symptômes généraux (fièvre, perte de poids, fatigue) ont conduit 12.7% de nos patients à consulter. 8.1% ont consulté pour des adénopathies périphériques, 6.8% pour des lésions cutanées, 2.3% pour des augmentations de volume de la parotide, chiffres sensiblement identiques à ceux de James (17) et de Siltzbach (15). Les manifestations initiales de notre série sont à peu de chose près comparables aux autres statistiques. Mais il faut noter qu'aucun cas n'a été découvert à cause d'un érythème noueux et que l'on n'a retrouvé ce symptôme que deux fois dans notre série. Ceci est étonnant et contradictoire si l'on considère que Löfgren (14) trouve 25%, Siltzbach (15) 11%, James (17) 32% et Mandi (18) 17%. Alors que les syndromes oculaires sont au 4e rang (7%) dans la série de Siltzbach (15), aucun patient ne s'est présenté pour des lésions oculaires quoique 3 patients (3.4%) aient montré de telles lésions.

Le matériel histologique spécifique est l'un des critères essentiels au diagnostic. On peut obtenir le diagnostic histologique par la biopsie d'organes variés; il est souhaitable de la pratiquer aux endroits les plus accessibles (peau 77.7%), (ganglions 89%) en ménageant à la fois le facteur sécurité et le facteur positivité.

La biopsie pré-scalénique est, dans notre expérience, la technique biopsique de choix pour les lésions intra-thoraciques ganglionnaires et parenchymateuses. Elle est facile d'exécution et pour le malade et pour le chirurgien et ne produit en général aucune complication. Il peut être recommandé de faire une médiastinoscopie dans le même temps opératoire. 89.7% de nos 39 biopsies pré-scaléniques ont procuré un diagnostic positif.

Dans l'éventualité d'un pré-scalène négatif, il ne faut pas hésiter à effectuer une thoracotomie et à prélever ganglions et parenchyme. 100% de nos biopsies pulmonaires ont été positives.

Van Ordstrand (19) rapporte plus de 90% de ses biopsies pré-scaléniques positives, tandis que Israël et Sones (20) et Haenselt (21) ont respectivement des pourcentages de 74% et 73%. 94% de nos biopsies hépatiques ont été positives, ce qui semble faire du foie un organe de choix pour le diagnostic de la sarcoïdose.

Nous n'avons malheureusement aucun cas de biopsie musculaire qui, selon Uehlinger (22) montrerait des granulomes dans 20% des cas et dont on ne saurait en conséquence négliger l'importance au point de vue diagnostique.

Globalement, notre pourcentage de biopsies positives (89.7% sur 107 biopsies) est comparable à celui rapporté par divers auteurs dont Israël (23).

Même si la sarcoïdose est une maladie systémique dont le polymorphisme est reconnu, elle demeure une maladie à atteinte surtout intra-thoracique; 78.2% de nos cas affichent une telle atteinte, chiffres qui concordent avec ceux de Croizat et Brouwers (24) (50-80%) et ceux de James (17) (84%), mais sont inférieurs à ceux de Siltzbach (15) (92%). 52.9% présentent une adénopathie hilaire, pourcentage moins élevé que le 80%

de Douglas (25) et le 72.3% de Nobechi (26). 51.8% présentent une atteinte parenchymateuse pulmonaire, ce qui correspond mieux avec les résultats de Douglas (44%) et de Nobechi (57.4%).

L'atteinte ganglionnaire périphérique à 71.3% est élevée mais nos critères ont probablement été moins sévères que ceux de James (17) (38%), Douglas (25) (34%), Nobechi (26) (44.6%).

Le foie est un autre organe souvent frappé par la sarcoïdose, 28.7% de nos cas montrant cette situation. Nous n'avons noté une splénomégalie que chez 8 de nos patients, chiffres inférieurs à ceux de James (17) (15%), Croizat et Brouwers (24) (19%) mais sensiblement les mêmes que ceux de Douglas (25) (5%).

L'atteinte cutanée (9.2%) et l'atteinte oculaire sont beaucoup moins fréquentes que celles rapportées par certains auteurs. Si l'on considère le nombre d'organes atteints par la maladie, l'on voit que 62.1% ont 1 ou 2 organes atteints, ce qui correspond aux chiffres de Siltzbach (15), tandis que 37.9% ont 3 organes et plus de touchés par la maladie.

Nous avons classé nos patients en 4 groupes qui sont assez près des 5 stages suggérés par Nitter (27). 18.1% de nos patients exhibaient une radiographie pulmonaire absolument normale, chiffre plus élevé que celui (8%) de Siltzbach (15).

L'adénopathie hilaire bilatérale, qui, selon Brocard et Meyer (28) est suggestive et même pathognomonique de sarcoïdose, était présente chez 28.9% de nos cas. Wurm (29) prétend d'ailleurs que l'adénopathie hilaire ou médiastinale apparaît toujours avant les lésions pulmonaires ou extra-pulmonaires.

Parmi ceux qui présentent des lésions parenchymateuses (53%), le diagnostic différentiel peut être difficile à faire avec des métastases comme le souligne Turiaf (30). Nous avons retrouvé chez l'un de ces patients une atteinte parenchymateuse unilatérale droite comme le rapporte Turiaf (31) lorsqu'il décrit certaines formes radiologiques rares.

Miech et ses collaborateurs (32) soulignent que cette atteinte unilatérale peut d'ailleurs toucher les ganglions lymphatiques ou le parenchyme pulmonaire, tandis que Kent (33) parle d'adénopathie hilaire unilatérale. Nous n'avons pas rencontré comme Hamilton (34) de patients avec une cavité pulmonaire.

Contrairement à Basset (35) et à Siltzbach (15) qui établissent l'incidence de l'hypercalcémie à 10% et à 14%, cette éventualité ne s'est produite que chez un seul de nos patients et chez 6 d'entre-eux, nous avons trouvé une hypocalcémie.

L'électrophorèse des protéines fut faite chez 39 de nos patients. L'anomalie la plus fréquente est l'hypergammaglobulinémie chez 23 patients (59%). Shelton et ses collaborateurs (36) rapportent 41% tandis que Van Ordstrand (19) fait de l'hypergammaglobulinémie un critère nécessaire pour différencier la sarcoïdose des maladies pulmonaires occupationnelles.

Nous ne pouvons pas comme Bronsky et Dunn (37) rapporter de cas avec hypogammaglobulinémie sévère, quoique 2 de nos patients aient eu des gammaglobulines inférieures à la normale.

Quant aux Alpha 2 globulines, elles ont été augmentées chez 15 patients (38.5%), ce qui se compare aux 34% de Shelton et associés (36).

Résumé

Sur une série de 105 cas consécutifs de sarcoïdose observés à l'Hôpital Notre-Dame dans la période 1951-1964, nous avons étudié particulièrement 87 cas dont le diagnostic repose sur la symptomatologie clinique et une biopsie positive.

Comme dans la majorité des travaux publiés, il y a prédominance du sexe féminin et des décades de 20 à 40 ans. 3 patients sur 4 habitaient le Montréal métropolitain.

Le dépistage par la radiographie pulmonaire demeure la façon la plus fréquente de découvrir la sarcoïdose. Par ordre décroissant, les biopsies les plus souvent positives ont été la biopsie du parenchyme pulmonaire, la biopsie ganglionnaire, la biopsie hépatique et la biopsie pré-scalénique. Nous avons noté les multiples localisations de la sarcoïdose bien que dans notre série l'atteinte intra-thoracique (ganglions et parenchyme) garde toujours le premier rang.

L'anomalie radiologique la plus courante est l'adénopathie hilaire seule ou avec atteinte parenchymateuse. La radiographie des mains n'a montré les lésions spécifiques que dans 2 cas sur 45.

L'augmentation de la phosphatase alcaline a curieusement coïncidé avec la démonstration d'une infiltration hépatique. La calcémie a été très rarement augmentée et le phosphore a toujours été normal.

L'hypergammaglobulinémie semble l'élément le plus fréquemment anormal à l'électrophorèse des protéines.

Summary

Among 105 consecutive cases of Sarcoidosis observed at Notre Dame Hospital during the period covering 1951 to

1964, we have particularly studied 87 cases where the diagnosis was established by the clinical picture and a positive biopsy.

As with the majority of published reports, a higher incidence is noted amongst females and in the 20-40 age group. 3 out of 4 patients were residents of metropolitan Montreal.

Routine X-Ray surveys remain the surest method of detecting Sarcoidosis. In decreasing order of frequency, positive biopsies are obtained from lung parenchyma, nodal biopsy, liver biopsy and pre-scalene node biopsy. We have noticed the multiple sites of sarcoid lesions but in our own experience intra-thoracic lesions (parenchymal and nodal) were most often encountered.

The most frequent radiological finding is hilar adenopathy with or without associated parenchymal lesions. X-Rays of the hands revealed classical finding in only 2 of 45 cases.

The increase in alkaline phosphatase has curiously coincided with demonstrable hepatic infiltration.

Calcium levels were rarely increased and phosphorus levels remained normal. The increase in gammaglobulin appears to be the most frequent departure from normal in protein electrophoresis.

BIBLIOGRAPHIE

1. HUTCHINSON, J.: Illusrations of Clinical Surgery Consisting of Plates, Photographs, Wood Cuts, Diagrams, etc. Illustrating Surgical Diseases, Symptoms and Accidents: Also Operative and Other Methods of Treatment, with Descriptive Letterpress, p. 42. J. and A. Churchill, édit., London, 1875.
2. BESNIER, E.: Lupus pernio de la face: Synovitis fongeuses (Scrofulo tuberculeuses) symétriques des extrémités supérieures. *Ann. Dermat. Syph.*, **10**: 333, 1889.
3. BOECK, C.: Multiple Benign Sarcoid of skin. *J. Cutan. Dis.*, **17**: 543, 1899.
4. HEERFORDT, C. F.: Uber eine "Febris Uveo-parotidea subchronica" a der Glandula Parotis und der Ulvea des Auges lokalisiert und kaüfig mit Parsen Cerebrospinaler Nerven Kompliziert. *Arch. Ophth.*, **70**: 254, 1909.
5. SCHAUMANN, J.: Etudes sur le lupus pernio et sur rapports avec les Sarcoïdes cutanées. *Ann. Derm. Syph.*, **6**: 357, 1916.
6. LONGCOPE, W. T. et PIERSON, J. W.: Boeck's Sarcoid (Sarcoidosis). *Bull. Hopkins Hosp.*, **60**: 223, 1937.
7. FREIMAN, D. C.: Sarcoidosis. *New Eng. J. Med.*, **239**: 664, 1948.
8. HAEGERSTRAND, L. et LINELL, F.: Prevalence of sarcoidosis in the autopsy material from a Swedish town. *Acta Med. Scandinav.*, **176** (Supp. 425): 171, 1964.
9. CUMMINGS, M. M. et MICHAEL, M.: Sarcoidosis, p. 7. Disease-a-month, mai 1960.
10. GUNDELFINGER, B. F. et BRITTEN, S. A.: Sarcoidosis in the United States Navy. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **84**: 109-15, 1961.
11. MODAI, J.: La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. *Gaz. Med. Fr.*, **73**: 1543-1558, 1966.
12. HORWITZ, O.: Geographic epidemiology of Sarcoidosis in Denmark: 1954-1957. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **84**: 135-142, 1961.
13. RISKA, N. et SELROOS, O.: Clinically diagnosed sarcoidosis in Finland in 1960. *Acta Tuberc. Scand.*, **44**: 267-275, 1964.
14. LOFGREN, S. et STAVENOW, S.: Course and prognosis of Sarcoidosis: Stockholm. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **84**: 71-73, 1961.
15. SILTZBACH, L. E.: Sarcoidosis: Clinical Features and Management. *Med. Clin. N. Amer.*, **51**: 483, 1967.
16. ISRAEL, H. L. et SONES, M.: Sarcoidosis: Clinical observations in one hundred sixty cases. *A.M.A. Arch. Int. Med.*, **102**: 766, 1958.
17. JAMES, D. G.:: Clinical concept of Sarcoidosis. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **84**: 14-16, 1961.
18. MANDI, L. et VIRAGH, Z.: Sarcoidosis in Eastern Hungary. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **89**: 691-696, 1964.
19. VAN ORDSTRAND, H. S.: Sarcoidosis and other Masqueraders. *Industr. Med. Surg.*, **33**: 209, 1964.
20. ISRAEL, H. L. et SONES, M.: Selection of biopsy procedures for sarcoidosis diagnosis. *Arch. Intern. Med.*, **113**: 255, 1964.
21. HAENSELT, V.: Scalenic Biopsy (Daniels) in Boeck's sarcoidosis. *Z. Tuberk.*, **122**: 290, 1964.
22. UEHLINGER, E. A.: The morbid anatomy of Sarcoidosis. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **84**: 6, 1961.
23. ISRAEL, H. L.: Sarcoidosis. *Postgrad. Med.*, **36**: 493, 1964.
24. CROIZAT, P. et BROWERS, J.: La sarcoïdose de Besnier-Schaumann (à propos de 28 observations). *J. Méd. Lyon*, **45**: 197, 1964.
25. DOUGLAS, A. C.: Sarcoidosis in Scotland. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **84**: 143, 1961.
26. NOBECHI, K.: Epidemiology of Sarcoidosis in Japan. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **84**: 148, 1961.
27. NITTER, L.: Changes in the chest Roentgenogram in Boeck's Sarcoid of the Lungs. *Acta Radiol.*, Supplément 105, 1953.
28. BROCARD, H. et MEYER, A.: Le diagnostic radiologique de la sarcoïdose. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **115**: 569, 1964.
29. WURM, K.: The stages of pulmonary sarcoidosis. *German M. Month*, **5**: 386, 1960.
30. TURIAF, J.: Les inscriptions radiographiques inattendues de la sarcoïdose pulmonaire. *Rev. Tuberc.*, **28**: 971, 1964.
31. TURIAF, J.: Les images rondes opaques et homogènes d'aspect cancéreux métastatique de la sarcoïdose pulmonaire. *Bull. Soc. Med. Hôp.*, **115**: 683, 1964.
32. MIECH, G.: Les localisations broncho-pulmonaires unilatérales de la maladie de Besnier-Broeck-Schaumann et Pautrier (A propos de 3 observations). *J. Radiol. Electrol.*, **46**: 74, 1965.
33. KENT, D. C.: Recurrent unilateral hilar adenopathy in Sarcoidosis. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, **91**: 272, 1965.
34. HAMILTON, R.; PETTY, T. L. and HAIBY, G.: Cavitary Sarcoidosis of the Lung. *Arch. Intern. Med.*, **116**: 428, 1965.
35. BASSET, M. G.: Les désordres humoraux dans la sarcoïdose. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **115**: 583, 1964.
36. SHELTON, T. G.; CHERRIE, A. L. et HARDEN, K. A.: Blood and Sarcoidosis. I. Paper electrophoresis of the serum proteins. *J. Nat. Med. Ass.*, **58**: 99, 1966.
37. BRONSKY, D. et DUNN, Y.: Sarcoidosis with hypogammaglolinemia. *Amer. J. Med. Sci.*, **250**: 11, 1965.

PROPRIÉTÉS ANTIÉPILEPTIQUES ET PSYCHOTROPES DE LA CARBAMAZÉPINE (TÉGRÉTOL)[1]

Paul RAJOTTE[2], Wolfgang JILEK, Louise JILEK, Alberto PERALES, Normand GIARD, Jean-Marc BORDELEAU et Léon TÉTREAULT

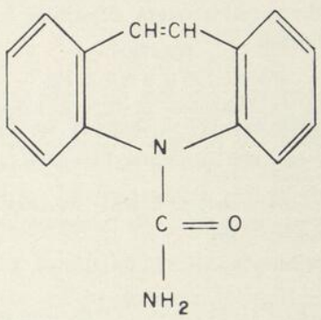
La carbamazépine* est un dérivé de l'iminostilbène possédant la formule chimique suivante: 5-carbamyl-dibenzo (b,f)-azépine (figure 1). La structure moléculaire de ce nouvel agent antiépileptique est voisine de celle de plusieurs psychoanaleptiques, tels l'imipramine, l'opipramol et l'amitriptyline. L'activité anticonvulsivante fut étudiée chez l'animal par Théobald et Kunz (8) et par Hernadez-Peon (5). Les premiers essais cliniques furent faits en Europe par Bonduelle et coll. (3), Lorgé (6), Burner et coll. (4). Très rapidement, l'activité psychotrope de la carbamazépine sur les troubles psychiques intercritiques fut décelée (3, 6) ainsi que son efficacité dans le traitement de la névralgie du trijumeau (2, 3).

L'évaluation des agents antiépileptiques pose des problèmes fort complexes sur le plan de la méthodologie et nous n'avons retrouvé qu'une seule étude, faite par Bird et coll. (1), établissant une comparaison actuelle entre la carbamazépine et d'autres antiépileptiques et cherchant à réduire l'importance des facteurs non pharmacologiques par l'utilisation de mesures de contrôles.

Cette étude comparative à double insu avait les buts suivants: 1) comparer les propriétés antiépileptiques de la carbamazépine à celles d'un médicament standard, la diphénylhydantoïne (Dilantin); 2) rechercher l'activité psychotrope de ces deux agents sur les troubles caractériels intercritiques des épileptiques en institution; 3) étudier la toxicité chronique sur la formule sanguine, la fonction hépatique et la fonction rénale des deux médicaments comparés.

MÉTHODES

Vingt-quatre malades traités à l'hôpital psychiatrique Saint-Charles de Joliette ont participé à cette étude comparative: 14 femmes et 10 hommes. Leur âge variait de 14 à 61 ans (âge moyen: 38-54 ans). Pour être admis dans ce groupe, la preuve clinique d'une maladie comitiale de type Grand Mal devait être établie avec certitude. A cette fin, la médication habituelle était progressivement réduite jusqu'au moment d'apparition d'au moins deux crises typiques observées par le personnel de la salle du Service de Recherche. La présence d'anomalies électriques était recherchée mais ce critère, lorsqu'il n'était pas retrouvé, ne devait pas servir à rejeter un malade qui avait fourni la preuve clinique de sa maladie. Cet échantillon de malades présentait les troubles caractériels habituels des épileptiques traités à long terme en milieu institutionnel.



CARBAMAZÉPINE

Fig. 1

Les médicaments comparés furent la carbamazépine (Tégrétol), administrée à raison de 200 mg, trois fois par jour, et la diphénylhydantoïne à la dose de 100 mg, trois fois par jour. Les deux antiépileptiques étaient présentés sous forme de capsules grises, d'apparence identique. Pendant toute l'expérience, la technique à double insu fut respectée et à aucun moment, ni les malades, ni le personnel, ne connaissait la nature du médicament donné. Avant le début de l'étude comparative, tous les malades recevaient de la diphénylhydantoïne associée ou non au phénobarbital.

L'étude comportait deux phases de six mois, divisées par une période de transition de deux semaines. Selon un table de nombres au hasard, les malades furent répartis en deux groupes de douze: un premier groupe reçut, pendant les premiers six mois, la carbamazépine et, pendant les derniers six mois, la diphénylhydantoïne; l'autre groupe reçut les mêmes traitements dans l'ordre inverse. Ainsi, chaque malade était son propre témoin

[1] Institut de Recherches Psychiatriques de Joliette, Hôpital Saint-Charles, Joliette.

[2] Décédé, décembre 1966.

[3] Tirages à part: docteur J.-M. Bordeleau, Institut de Recherches Psychiatriques de Joliette, Joliette, Québec, Canada.

* Tégrétol ® ou G-32883: Produits Pharmaceutiques Geigy, Division de Geigy (Canada) Limited.

et l'étude porta sur 48 unités expérimentales (24 x 2). Le schéma expérimental était celui du chassé-croisé (cross-over). La substitution des médicaments étudiés, au début de l'expérience et pendant les quinze jours séparant les deux phases expérimentales, fut graduelle: à tous les cinq jours, une capsule de médicament étudié était substituée à une capsule de la médication précédente. Ainsi, en quinze jours était établi un nouveau régime thérapeutique sans prendre le risque d'un changement brutal de médication. Les observations cliniques faites pendant ces périodes de transition n'ont pas été retenues dans l'analyse des résultats.

Les malades de cet échantillon furent logés dans les deux salles du Service afin de s'assurer de la validité des observations et de réduire le plus possible les facteurs de variation non pharmacologiques. Outre la médication antiépileptique étudiée, les malades ont reçu une médication supplémentaire en relation avec leur traitement antérieur: phénobarbital ou neuroleptiques. Ces mesures thérapeutiques devaient être maintenues constantes pendant toute la durée de l'expérience.

Par mesure de sécurité et afin de prévenir l'apparition d'un status epilepticus, chaque fois qu'un malade faisait une crise de Grand Mal, 200 mg de phénobarbital sodique étaient administrés par voie intra-musculaire. Cette complication, très grave et fréquente chez ce type de malades, n'est pas survenue pendant les treize mois que dura l'étude. En présence d'un état d'agitation grave, le médecin pouvait prescrire 100 mg de chlorpromazine par voie intramusculaire; ceci devait être une mesure exceptionnelle.

Deux types de mesures furent utilisées dans cette étude: calcul du nombre de crises épileptiques et évaluation comportementale.

1) *Nombre de crises épileptiques.* Chaque matin, un médecin responsable réunissait le personnel du Service afin que lui soient décrites les crises des malades. Il pouvait s'agir, soit de crises de Grand Mal, soit d'autres crises ne pouvant être qualifiées de crises de Grand Mal, v.g. équivalents épileptiques, crises d'automatisme, etc.

2) *Échelle comportementale.* Cette échelle d'évaluation, construite par Paul Rajotte (7), décrit l'intensité des 'troubles caractériels" en mesurant 16 symptômes reliés au comportement des malades (Tableau I). La cote totale obtenue peut varier de 16 à 112. Ces données ordinales permettent des analyses statistiques. Cette échelle fut appliquée à tous les mois.

TABLEAU I

ÉCHELLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE
DES TROUBLES CARACTÉRIELS
(P. Rajotte)

Instructions:

Pour chaque symptôme, choisissez un chiffre qui quantifie le mieux, sous ce rapport, le comportement du malade depuis la dernière notation et inscrivez-le au bout de la ligne.

Absent	1
Très peu accusé	2
Peu accusé ou rare	3
Modérément accusé ou accasionnel	4
Assez accusé ou modérément fréquent	5
Accusé ou fréquent	6
Très accusé ou très fréquent	7

1 — *Violent contre les personnes.* — Qui frappe ou bouscule un autre malade ou un membre du personnel soignant. .....

2 — *Clastique.* — Qui lance, brise des objets. .....

3 — *Injurieux.* — Qui insulte, invective un autre malade ou un membre du personnel soignant. .....

4 — *Coléreux.* — Qui est prompt à se mettre en colère. Le malade cogne contre les murs, frappe du pied. .....

5 — *Querelleur.* — Qui fait, qui recherche les disputes et aime à les provoquer. (Ce symptôme n'est pas exclu par une notation à "injurieux", 3). .....

6 — *Ombrageux.* — Qui se froisse, s'offusque aisément, s'estime facilement offensé. .....

7 — *Effronté.* — Qui répond grossièrement lorsque malades ou les membres du personnel soignant lui adresse la parole. .....

8 — *Critiqueur.* — Qui est porté à se plaindre des autres, à critiquer d'une façon injustifiée les règlements du Service et de l'hôpital; se plaint de la nourriture, etc.; n'est jamais satisfait. .....

9 — *Dominateur.* — Qui aime et cherche à dominer les autres, à donner des ordres. .....

10 — *Rétif.* — Qui accepte difficilement de se plier aux règlements du Service de l'hôpital. .....

11 — *Obstiné.* — Qui accepte difficilement qu'on discute ses opinions, qui les défend avec une mauvaise foi apparente. .....

12 — *Malicieux* (ou malin). — Qui est incliné à nuire à autrui de façon dissimulée. .....

13 — *Rancunier.* — Qui garde un souvenir tenace d'une offense avec un désir de vengeance. .....

14 — *Méfiant.* — Qui n'accorde pas facilement sa confiance, qui se tient en garde contre les autres. .....

15 — *Hyperactif.* — Qui déambule souvent ou sans cesse, qui saute d'une activité à l'autre. .....

16 — *Bruyant.* — Qui parle à très haute voix, qui crie pour interpeller. .....

Plusieurs tracés électroencéphalographiques furent enregistrés pendant l'expérience, avant le début de la médication et à la fin de chacune des deux phases expérimentales.

Un bilan biologique fut fait toutes les semaines pendant trois mois et chaque mois par la suite,

jusqu'à la fin de l'expérience. Il comportait les examens suivants: hémogramme complet, glycémie, azotémie, cholestérolémie, bilirubinémie, transminasémie, phosphatasémie, analyse des urines.

RÉSULTATS

I — *Propriétés antiépileptiques*

A) *Crises de Grand Mal.* Le groupe total de 24 malades reçut successivement les deux traitements pendant six mois. Sous carbamazépine, sept malades présentèrent un total de 29 crises de Grand Mal; sous diphénylhydantoïne, huit malades eurent 25 crises de ce type. Si on ne tient compte que des malades qui ont présenté des crises, la moyenne de ces crises par malade est de 4.14 avec la carbamazépine et de 3.12 avec l'autre médicament. Ce qui importe davantage pour une comparaison rigoureuse est la moyenne des crises pour le groupe total des 24 malades: celle-ci est de 1.21 avec la carbamazépine et de 1.04 avec la diphénylhydantoïne. Une analyse de variance à deux dimensions fournit un coefficient de Fisher (F) de 0.656 (Tableau II). Même si, en moyenne, la diphénylhydantoïne semble être plus efficace que la carbamazépine, il n'existe pas de différence significative entre les deux antiépileptiques pour prévenir les crises de Grand Mal.

B) *Autres accès épileptiques.* Des accès qualifiés d'épileptiques furent observés chez 11 malades sur 24 avec la carbamazépine et chez 10 malades avec la diphénylhydantoïne; le nombre total de ces accès est respectivement de 68 et 45. Pour l'ensemble des 24 malades, la moyenne de ces accès est de 2.83 avec la carbamazépine et de 1.88 avec la diphénylhydantoïne. Ici encore, la diphénylhydantoïne paraît être plus efficace que le nouvel antiépileptique; cette différence est cependant insuffisante pour rejeter l'hypothèse nulle. Le rapport des variances (F) est de 1.283 (p = n.s.) et la différence entre l'activité des deux substances peut être due au hasard (Tableau II).

Le nombre moyen des crises constatées en six mois, pour chacun des médicaments et pour chaque type de crises, est illustré à la Figure 2. Ces moyennes sont accompagnées de leur erreur-type.

II — *Propriétés psychotropes*

L'échelle comportementale de Rajotte fut appliquée avant le début de chaque phase expérimentale et mensuellement pendant six mois, par la suite. Au graphique de la Figure 3, sont indiqués en

TABLEAU II

PROPRIÉTÉS ANTI-ÉPILEPTIQUES
DE LA CARBAMAZÉPINE ET DE LA DIPHÉNYLHYDANTOÏNE

			carbamazépine	diphénylhydantoïne
Nombre total des malades			24	24
Crises de grand mal	Nombre de malades qui ont présenté des crises		7	8
	Nombre de crises	Total	29	25
		Moyenne pour tous les malades	1.21*	1.04*
		Moyenne pour les malades qui ont fait des crises	4.14	3.12
Autres accès épileptiques	Nombre de malades qui ont présenté des crises		11	10
	Nombre d'accès	Total	68	45
		Moyenne pour tous les malades	2.83**	1.88**
		Moyenne pour les malades qui ont fait des accès	6.18	4.50

Chaque malade fut son propre témoin et reçut les 2 médicaments pendant 6 mois.
* A l'analyse de variance à 2 dimensions, F = 0.656 et p = n.s.
** A l'analyse de variance à 2 dimensions, F = 1.283 et p = n.s.

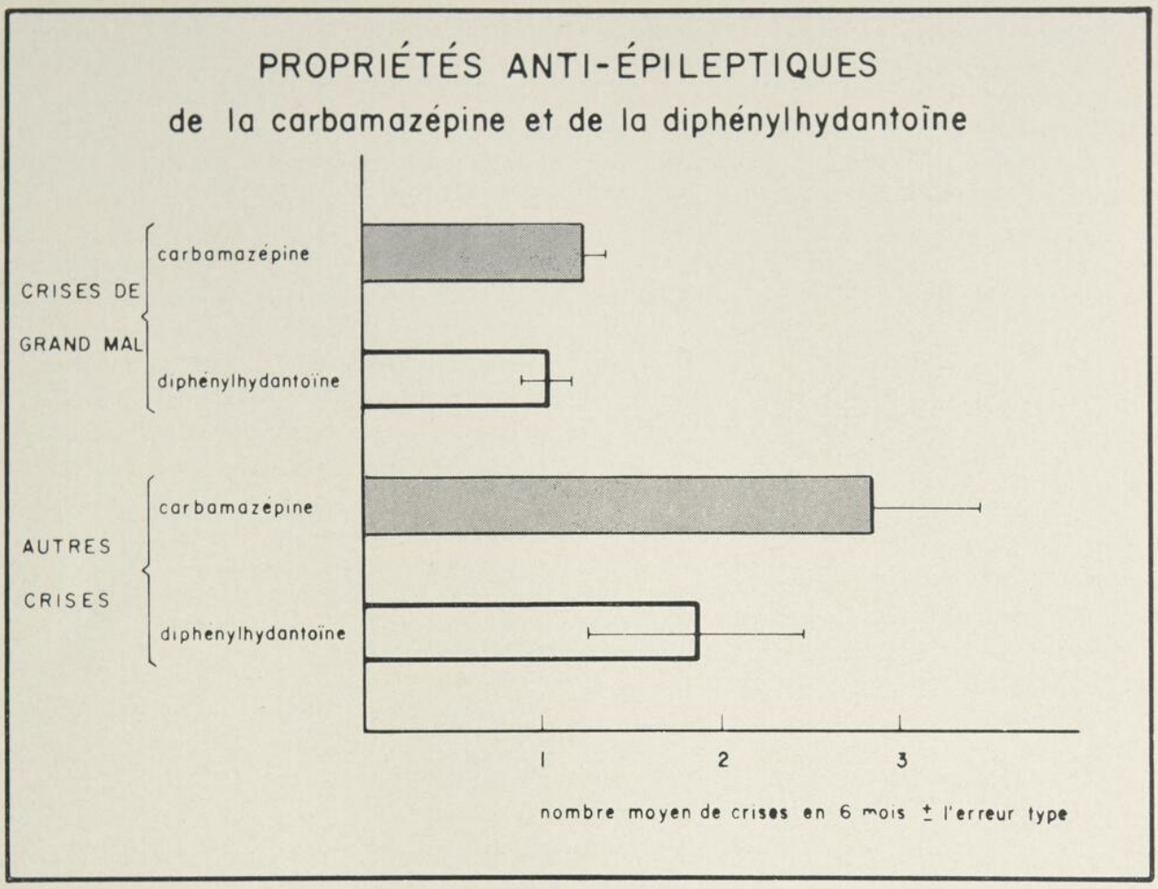

PROPRIÉTÉS ANTI-ÉPILEPTIQUES
de la carbamazépine et de la diphénylhydantoïne
CRISES DE GRAND MAL
carbamazépine
diphénylhydantoïne
AUTRES CRISES
carbamazépine
diphénylhydantoïne
1
2
3
nombre moyen de crises en 6 mois ± l'erreur type

Fig. 2

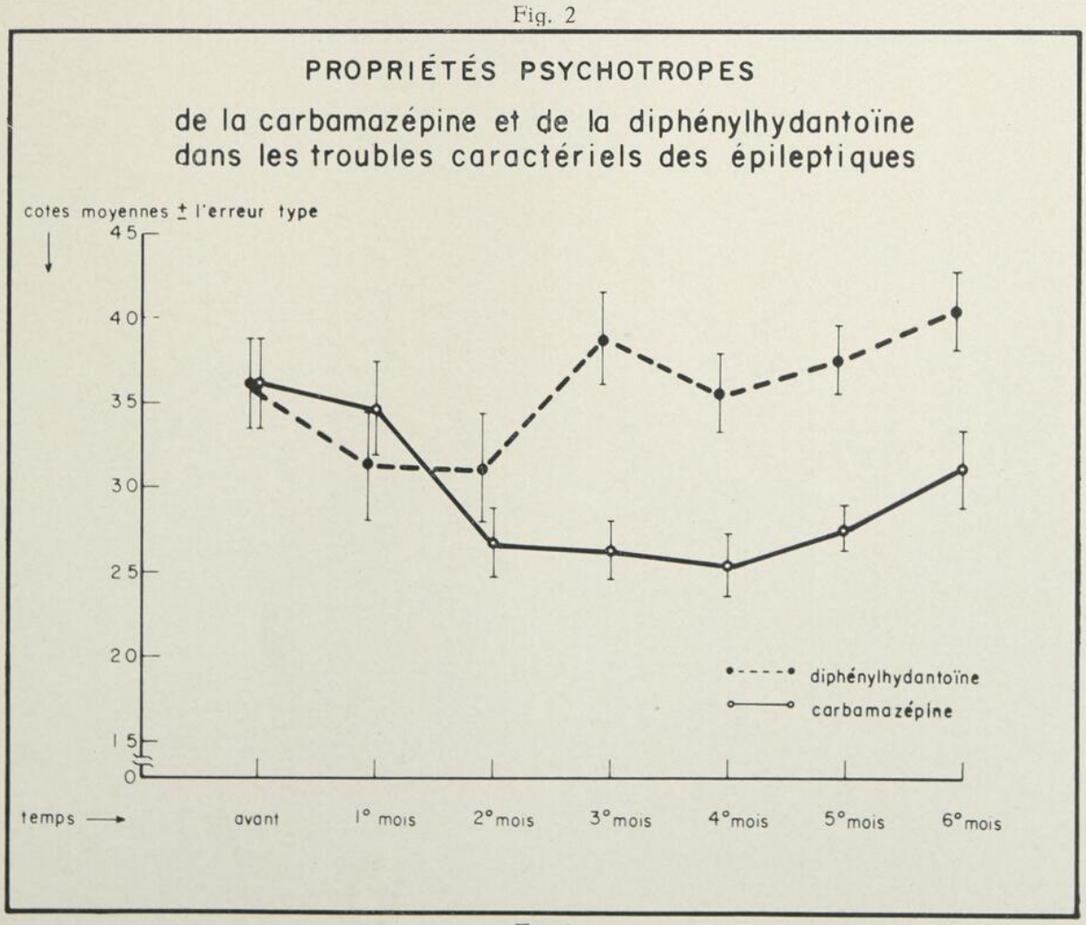

PROPRIÉTÉS PSYCHOTROPES
de la carbamazépine et de la diphénylhydantoïne
dans les troubles caractériels des épileptiques
cotes moyennes ± l'erreur type
45
40
35
30
25
20
15
0
diphénylhydantoïne
carbamazépine
temps
avant
1° mois
2° mois
3° mois
4° mois
5° mois
6° mois

Fig. 3

abscisse, les temps d'application de cette échelle et, en ordonnée, la cote totale moyenne obtenue par les 24 malades. Les variations autour des moyennes exprimant l'erreur-type de celles-ci. Pendant les deux premiers mois, la carbamazépine et la diphénylhydantoïne ne diffèrent pas; du troisième au sixième mois, la cote comportementale moyenne est plus basse avec la carbamazépine.

Si, au lieu de s'intéresser à l'évolution chronologique, on analyse la cote comportementale moyenne pour les six mois de chaque traitement, on trouve une moyenne de 28.80 pour la carbamazépine et de 35.85 pour la diphénylhydantoïne (Tableau III). L'analyse de variance à deux dimensions démontre une supériorité significative de la carbamazépine ($F = 24.30$, $p < 0.001$). Les mêmes résultats soumis au test non paramétrique de Wilcoxon mènent aux mêmes conclusions: la statistique T de Wilcoxon est égale à 28 et la probabilité d'erreur est inférieure à 0.01 (Tableau III et Figure 4).

Les mêmes analyses furent utilisées pour comparer l'efficacité psychotrope des deux antiépileptiques à la fin de chaque semestre. Les comparaisons, à ce temps de l'expérience, corroborent les conclusions portées pour les six mois de traitement: avec la carbamazépine, la cote comportementale moyenne des malades est significativement inférieure à celle qu'ils obtiennent avec la diphénylhydantoïne ($p < 0.01$ et $p < 0.02$) (Tableau III et Figure 4).

TABLEAU III

PROPRIÉTÉS PSYCHOTROPES
DE LA CARBAMAZÉPINE ET DE LA DIPHÉNYLHYDANTOÏNE
DANS LES TROUBLES CARACTÉRIELS DES ÉPILEPTIQUES

			analyse de variance		test de Wilcoxon		
	CARB.	DIPH.	F	P	N utile	Tw	p
Cotes moyennes pour les 6 mois	28.80	35.85	24.30	< 0.001	24	28	< 0.01
Cotes moyennes à la fin de chaque semestre	31.09	39.61	8.02	< 0.01	22	51	< 0.02

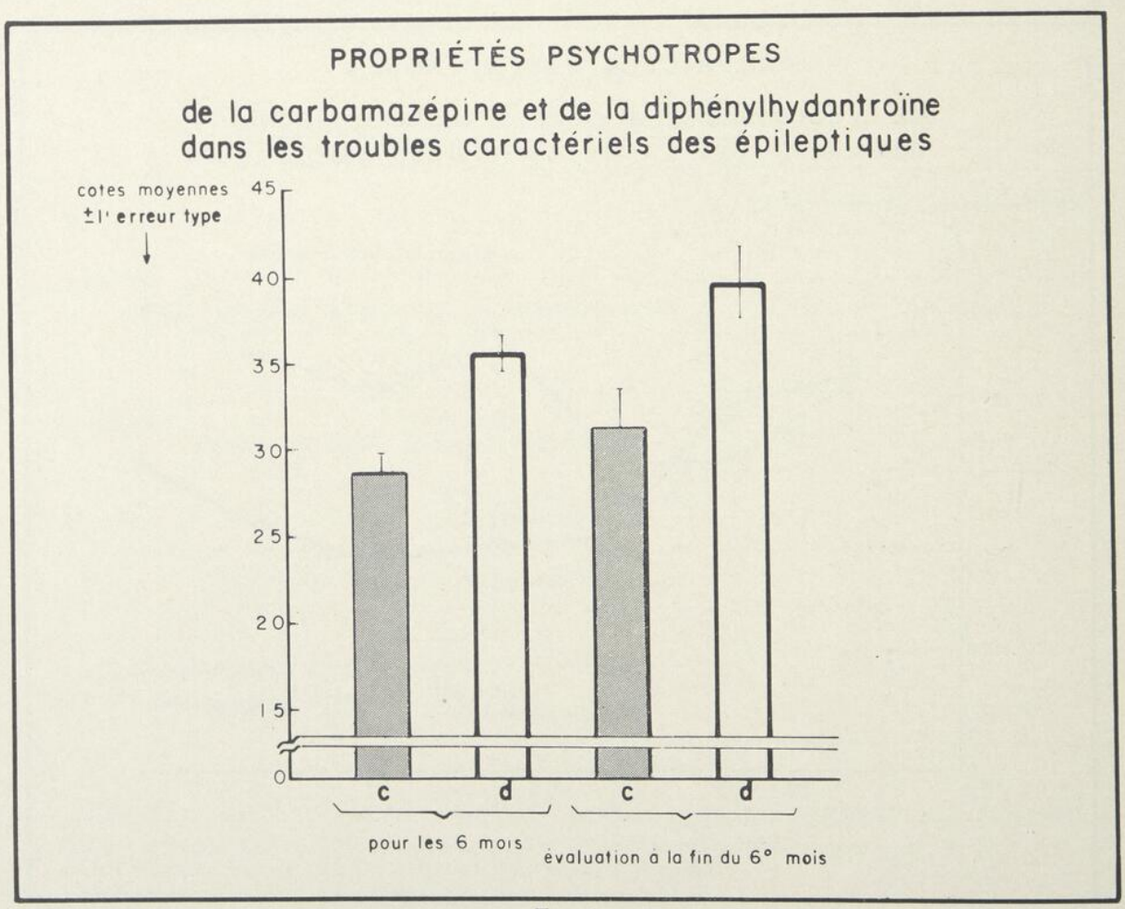


Fig. 4

III — *Bilan biologique*

Les analyses de laboratoires faites pendant toute la durée de l'étude n'ont pas montré de variations importantes et les deux médicaments, carbamazépine et diphénylhydantoïne, ont été bien tolérées. Nous avons cependant constaté que six de ces malades épileptiques chroniques avaient une phosphatase alcaline élevée avant le début de la première période de l'expérience; ces malades recevaient diverses médications antiépileptiques avant d'être admis dans notre groupe expérimental. Un malade, recevant de la diphénylhydantoïne, a eu une augmentation de la phosphatase alcaline qui est restée élevée avec carbamazépine; deux malades présentèrent une augmentation de la phosphatase alcaline avec la diphénylhydantoïne et un retour de ce test à la normale lorsqu'ils reçurent de la carbamazépine.

DISCUSSION

L'étude contrôlée d'un nouvel agent antiépileptique est particulièrement difficile à réaliser pour plusieurs raisons. En premier lieu, l'usage du placebo, pour des raisons d'éthique et de sécurité, est en général impossible. L'objet d'une telle étude dans les milieux hospitaliers, même formés à la recherche, déclenche de l'anxiété, sinon de l'hostilité, qui a une influence notable sur l'observation des résultats. Même dans un hôpital psychiatrique, les épileptiques chroniques, à cause de leur comportement impulsif et agressif, sont relégués dans des salles spéciales et leur arrivée dans un milieu thérapeutique plus actif provoque une résistance plus ou moins ouverte.

Le choix des malades est long et fastidieux si on veut faire la preuve d'une maladie comitiale active. L'établissement de cette preuve peut soulever beaucoup d'objections, bien qu'elle soit nécessaire. Les malades qui ont des crises peu fréquentes rendent plus difficile l'évaluation de l'activité anti-épileptique d'un produit. Il faut, avec de tels malades, allonger la durée de l'étude, ce qui n'est pas sans inconvénients, lorsqu'il s'agit d'une population hospitalisée pour laquelle il est mal accepté de prolonger la durée de séjour pour des fins de recherche. Souvent, de nombreuses défections sont attribuables à cette dernière raison. Le départ de malades, avant la fin d'une expérience, doit être évité à tout prix, afin de ne pas introduire d'importants biais. Dans notre travail, nous avons décidé de prolonger l'étude afin d'employer chaque malade comme son propre témoin. Sur 26 malades observés, 2 malades furent retirés de l'étude: l'un présenta une réaction allergique érythémato-papuleuse et squameuse à la face, au cou et aux avant-bras. Les lésions prurigineuses sont disparues en une dizaine de jours, après un traitement antihistaminique et l'arrêt de la carbamazépine. L'autre malade, à l'occasion d'un congé, a quitté l'hôpital sans autorisation médicale.

Si nous ne pouvons facilement utiliser de placebo, nous croyons qu'il faut au moins établir, une comparaison entre un nouvel agent antiépileptique et un médicament standard au cours de la même expérience. Les comparaisons historiques sont très difficiles à interpréter et peuvent mener à des conclusions erronées, surtout si elles sont fondées uniquement sur des impressions cliniques.

Il y aurait intérêt à répéter notre étude sur une population d'épileptiques qui présentent plus fréquemment des crises convulsives,

Dans une expérience de longue durée, les malades ne sont pas sous observations continuelle et ce que nous mesurons est le nombre de crises constatées, diagnostiquées et finalement inscrites au dossier par divers membres du personnel.

Une autre mesure plus objective, l'électroencéphalographie, ne s'applique pas avec plus de facilité et ne permet pas, en pratique, une observation continuelle. L'activité pharmacologique d'une substance antiépileptique ne s'accompagne pas nécessairement de modifications du tracé électroencéphalographique qui seraient témoins d'une amélioration clinique. L'analyse des données électroencéphalographiques faites pendant cette étude fera l'objet d'une communication ultérieure.

En moyenne, la diphénylhydantoïne paraît plus efficace que le nouvel agent pour le contrôle des crises de Grand Mal et des autres accès épileptiques. Dans nos conditions expérimentales, avec 48 unités statistiques, cette légère supériorité n'est pas significative: si elle existe, nous n'avons pu la démontrer. On peut cependant affirmer qu'il existe une différence entre les deux médicaments, en ce qui concerne leur activité psychotrope. Avec la carbamazépine, le comportement des épileptiques est meilleur qu'avec la diphénylhydantoïne et les différences entre les cotes moyennes de l'échelle de Rajotte sont significatives. Cette affirmation est probable à un seuil d'erreur toujours inférieur à au moins 0.02.

Résumé

Cette étude à double insu compare les propriétés antiépileptiques et psychotropes d'un nouvel antiépileptique, la carbamazépine (Tégrétol) et celles de la diphénylhydantoïne (Dilantin) choisie com-

me étalon dans une population d'épileptiques chroniques, souffrant de troubles caractériels, traités dans un hôpital psychiatrique. L'expérience porta sur 24 malades, qui pris comme leurs propres témoins, reçurent les deux termes de la comparaison, selon un modèle de chassé-croisé (cross-over).

Les observations suivantes furent faites: 1) nombre de crises de Grand Mal; 2) nombre d'autres accès épileptiques; 3) intensité des troubles caractériels.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les propriétés antiépileptiques des deux produits. Par ailleurs, la carbamazépine possède des propriétés psychotropes qui réduisent l'intensité des troubles caractériels dans la population étudiée.

La phosphatase alcaline était élevée chez six malades et des variations de ce test furent retrouvées chez trois autres.

Summary

This double-blind study compares the antiepileptic and psychotropic properties of a new antiepileptic drug, carbamazepine (Tegretol) with those of a standard, diphenylhydantoin (Dilantin) in a population of chronic institutionalized epileptic patients with behavior disorders. Twenty-four patients were included in this study, according to a cross-over design; they successively received the two drugs each for a period of six months, thus being their own control.

The following data were recorded: 1) number of grand mal seizures; 2) number of other epileptic seizures; 3) severity of personality disorders.

No significant difference was found between the two drugs as to their antiepileptic properties. On the other hand, carbamazepine, compared to diphenylhydantoin, reduces significantly the severity of personality disorders in this population.

For six patients, increase of alkaline phosphatasis was found at the beginning of the study and abnormal variations were noted during the course of the study in three cases.

BIBLIOGRAPHIE

1. BIRD, C. A. K.; GRIFFIN, B. P.; MIKLASZEWSKA, J. M. et GALBRAITH, A. W.: Tegretol (Carbamazepine): A Controlled Trial of a New Anti-Convulsant. *Brit. J. Psychiat.*, **112**: 737-742, 1966.
2. BLOM, S.: Trigeminal neuralgia: Its treatment with a new anticonvulsant drug (G-32883). *Lancet*, **1**: 839-840, 1962.
3. BONDUELLE, M. et SALLOU, C.: Tegretol (Geigy). *Thérapie*, **18**: 543, 1963.
4. BURNER, M.; HAYNAL, A.; de QUERVAIN, P. F.; ZUEN, A. et PAGANI, J. P.: Effets antiépileptiques et psychotropes du Tégrétol en pratique ambulatoire. C.R. du Congrès de Psycriatrie et de Neurologie de Langue Française, Lausanne, pp. 675-683, 1965.
5. HERNANDEZ-PEON, R.: Anticonvulsive action of G-32883. IIIe Congrès du Collège International de Neuro-Psychopharmacologie, Munich, 1962, pp. 303-311 (Elsevier, Amsterdam, 1964).
6. LORGE, M.: On a new antiepileptic from the imistilbene group. IIIe Congrès du Collège International de Neuro-Psychopharmacologie, Munich, 1962, pp. 299-302 (Elsevier, Amsterdam, 1964).
7. RAJOTTE, P., GIARD, N. et TETREAULT, L.: Etude comparative double aveugle de la propériciazine et de la chlorpromazine dans les troubles caractériels. *Acta Neurol. Belg.*, **65**: 1006-1013, 1965.
8. THEOBALD, W. et KUNZ, H. A.: Pharmacology of the antiepileptic drug 5-carbamyl-1-5H-dibenzo b,f azepine. *Arzneimittelforschung*, **13**: 122-125, 1963.

RECUEIL DE FAITS

LES COARCTATIONS ATYPIQUES DE L'AORTE [1]

Morteza SAIDI [2] et Émile BERTHO, F.R.C.S.(C), F.A.C.S., F.A.C.C. [3]

De toutes les cardiopathies congénitales, la coarctation de l'aorte est sans doute l'anomalie vasculaire la plus facile à diagnostiquer et dont le traitement chirurgical est le mieux codifié. Ceci est vrai, au moins pour la forme typique, mais la forme atypique pose souvent des problèmes plus difficiles de diagnostic et de traitement. Il nous a semblé donc intéressant à ce propos de rapporter neuf (9) observations de coarctation atypique de l'aorte.

Observation 1

— Enfant C.P. Âge: deux semaines. Hospitalisation pour un petit souffle systolique parasternal gauche. Le pouls fémoral était absent. La tension artérielle systolique (Flush Method) était 170 mm Hg aux membres supérieurs et 60 mm Hg aux membres inférieurs.

L'ECG montre une tachycardie sinusale, une déviation axiale droite, une hypertrophie auriculaire droite et une hypertrophie ventriculaire droite.

Radiographie pulmonaire

Petits foyers de bronco-pneumonie dans la région péri-hilaire gauche et surcharge anormale des arborisations dans les deux plages. A noter la persistance d'une hypertrophie des cavités cardiaques.

Un traitement médical entraîne une amélioration sensible et le patient quitte l'hôpital avec un traitement d'entretien.

Une autre hospitalisation à 1 mois et demi, de nouveau pour une insuffisance cardiaque. A l'auscultation: souffle systolique grade 2-3/6. Pas de thrill précordial. Pouls fémoral absent. Tension artérielle systolique (Flush Method) 200 mm Hg aux membres supérieurs et 70 mm Hg aux membres inférieurs. L'examen fluoroscopique et radiologique de la silhouette cardiaque avec baryum dans l'œsophage: cœur augmenté de volume dans son ensemble; circulation pulmonaire normale. Pédicule cardiaque élargi; l'oreillette droite dépasse un peu le rachis dorsal.

Cinéangiocardiographie et cathétérisme

1) Coarctation de l'aorte en aval des vaisseaux de la base du cou;

2) Canal artériel perméable.

Le patient fut opéré le 19 septembre 1963 à l'âge de 5 mois (résection et anastomose termino-terminale).

En résumé

Coarctation de l'aorte de nourrisson compliquée de l'insuffisance cardiaque et associée à un canal artériel perméable. Évolution chirurgicale favorable.

"Follow-up" 4 ans après l'opération

État général très satisfaisant. Tension artérielle aux membres supérieurs 90/60 mm Hg et aux membres inférieurs 100/70 mm Hg.

Électrocardiographie

Déviation axiale droite (+110°).

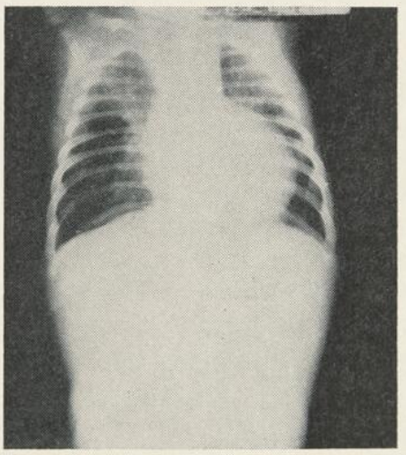


Fig. 1 — Bronchopneumonie, augmentation de la vascularité pulmonaire et cardiomégalie chez un patient de 44 jours; avant l'opération (obs. 1).

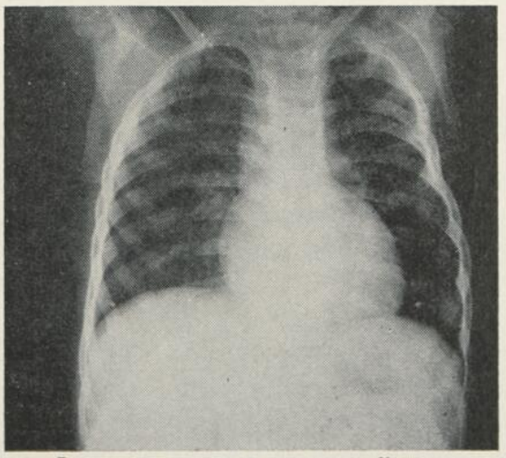


Fig. 2 — Le même patient 4 ans après l'opération pour la coarctation de l'aorte. Les plages pulmonaires sont de transparence normale et le cœur est beaucoup moins gros dans son ensemble (obs. 1).

[1] Travail réalisé à l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi.
[2] Résident à l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi.
[3] Chef du Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique (expérimentale et clinique) à l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi.

Radiographie pulmonaire

En comparaison avec l'examen précédent, le cœur est beaucoup moins gros dans son ensemble; les plages pulmonaires sont de transparence normale (Fig. 1 et 2).

Observation 2

— Mlle M.C. Âge: 20 ans. Hospitalisée pour dyspnée, œdème des pieds et des mains, pleurésie et grippe fréquente.

Découverte d'un souffle systolique fort, maximum entendu dans le dos et un souffle systolique et diastolique de la pointe. La patiente avait présenté un rhumatisme articulaire aigu il y a longtemps.

Les pulsations fémorales sont très faibles. La T.A. aux membres supérieurs est de 160/70 et aux membres inférieurs 70/ ? Imprégnation barytée de l'œsophage montre le ventricule gauche un peu augmenté de volume avec une aorte légèrement déroulée. Une encoche au niveau de l'œsophage et quelques petites encoches au niveau du rebord inférieur des côtes supérieures.

L'ECG montre des anomalies de l'onde T; hypertrophie ventriculaire gauche et extrasystolie auriculaire. La patiente revient à l'âge de 21 ans pour dyspnée au moindre effort; douleur au cou irradiant à l'épaule gauche et au bras gauche; fatigue, de sorte qu'elle ne peut travailler; œdème des chevilles et des mains; palpitations fréquentes.

Une nouvelle imprégnation barytée de l'œsophage objective augmentation de volume du ventricule gauche avec dilatation post-sténotique de l'aorte par coarctation.

Radiographie pulmonaire

Les poumons sont de transparence normale.

Cinéangiocardiographie

1) Coarctation de l'aorte immédiatement distale à la sous-clavière gauche.

2) Hypertension ventriculaire droite. Étant donné l'absence de sténose pulmonaire à l'angio, il s'agit vraisemblablement d'un fait secondaire à une hypertension pulmonaire (la pression du ventricule droit: 50/3).

3) Veine cave supérieure gauche décelée antérieurement. Le patient fut confié au chirurgien le 13 février 1962, lequel pratiqua une résection et une anastomose termino-terminale.

En résumé

1) Coarctation de l'aorte.

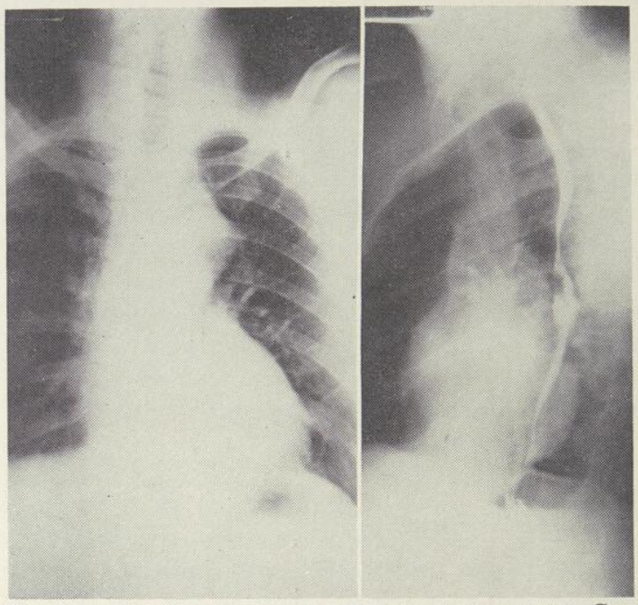


Fig. 3 — Imprégnation barytée de l'œsophage montre: Cardiomégalie; Hypertrophie ventriculaire gauche, et dilatation de la portion supérieure de l'aorte descendante avant l'opération (obs. 7).

2) Canal artériel perméable du côté de l'aorte sur une longueur d'un centimètre et un centimètre de diamètre.

3) Veine cave supérieure gauche anormale, dans laquelle abouche l'hémi-azygos très développé.

"Follow-up" 5 ans après l'opération

État général très satisfaisant. Pouls fémoral normalement perçu. Tension artérielle au membre supérieur 150/60 mm Hg et au membre inférieur 140/90 mm Hg.

Observation 3

— Monsieur J.J.M.: Hospitalisation à l'âge de 21 ans pour insuffisance cardiaque. Le patient a été hospitalisé en juillet 1966 pour sténose aortique et insuffisance cardiaque avec péricardite. Cette péricardite a été traitée vigoureusement et ponctionnée.

Dans son antécédent personnel, on note un RAA dans l'enfance. A la palpation du cœur, on perçoit un frémissement cataire au bord sternal gauche et à la pointe; à l'auscultation, on entend un souffle systolique très fort dans le 3-4e espace intercostal gauche, au foyer aortique et pulmonaire et à la pointe. Ce souffle est entendu dans toute l'aire cardiaque. Il y a aussi un souffle d'insuffisance aortique qui est de grade 6/6. D'autre part, il existe un souffle d'insuffisance aortique ou peut-être rupture de sinus de Valsalva.

Il y a des râles humides à l'auscultation des poumones. La tension artérielle est 120/55 mm Hg et

les artères fémorales sont palpables. L'ECG du 23 décembre 1966 montre:

1) tachycardie sinusale,
2) déviation axiale droite,
3) hypertrophie du ventricule gauche,
4) hypertrophie de l'oreillette gauche.

La radiographie des poumons faite le 23 décembre 1966 nous montre de multiples images de densité augmentées qui intéressent les deux plages pulmonaires. Les diamètres du péricarde semblent aussi augmentés.

Cinéangiocardiographie

Une injection de la substance opaque pratiquée dans l'aorte ascendante montre près d'une des sigmoïdes aortiques une dilatation saxiforme mesurant environ 3 cm de diamètre avec une faible opacification de l'artère pulmonaire.

Le patient a subi un cathétérisme cardiaque le 9 janvier 1967 et fut confié au chirurgien, mais il est mort d'hémorragie au niveau de la suture de l'aorte ascendante.

En résumé

1) Maladie aortique.
2) Sténose sous-valvulaire.
3) Communication inter-ventriculaire.
4) Dilatation diverticulaire congénitale.
5) Coarctation de l'aorte (découverte à l'autopsie) (Fig. 4 et 5).

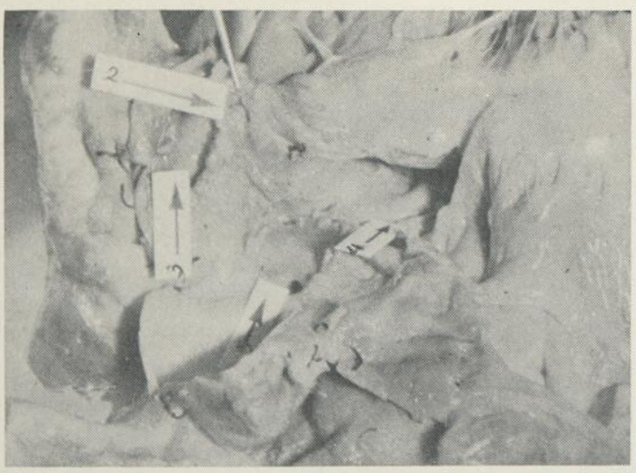


Fig. 4 — Cette photo présente le cœur d'un patient de 21 ans qui était porteur de lésions multiples intracardiaques (obs. 3). On reconnaît sur cette photo: 2 — Communication interventriculaire; 3 — Dilatation diverticulaire congénitale; 4 — Sténose sous valvulaire réséquée; 5 — Ostium de coronaire gauche.

Nulle part dans la littérature nous n'avons trouvé qu'un tel cas ait été signalé antérieurement.

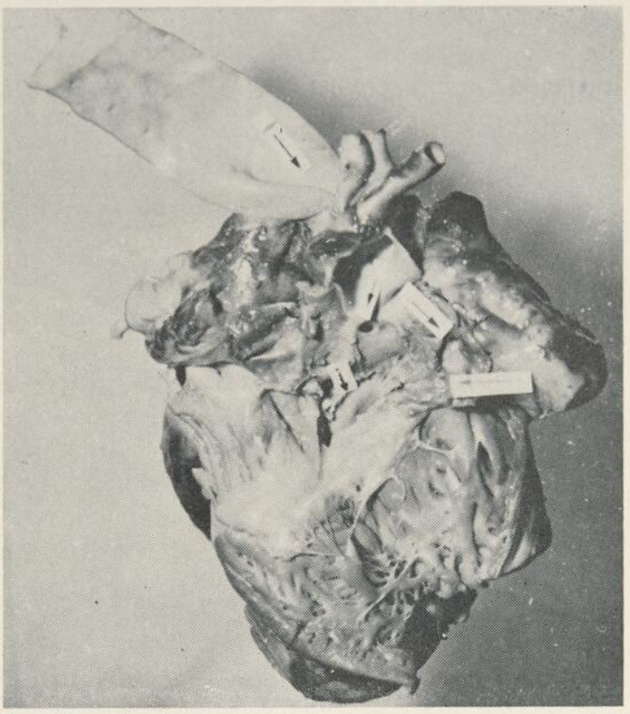


Fig. 5 — Le cliché du même patient qui montre de plus, une coarctation de l'aorte (flèche no 1) (obs. 3).

Observation 4

— Mlle A.B. Âge: 11 ans. Hospitalisée pour douleur aux membres inférieurs, pâleur, fatigabilité, dyspnée d'effort, œdème malléolaire, épistaxis fréquent, céphalées, étourdissements, palpitations et douleur thoracique. Découverte d'un souffle systolique au foyer aortique et mitral. Pouls fémoraux très faibles. Pas de pulsation de l'aorte abdominale. Tension artérielle aux membres supérieurs: 160/100 mm Hg et aux membres inférieurs: 110/90 mm Hg.

ECG

1) Tachycardie sinusale.
2) Anomalies des ondes T.

RX pulmonaire

1) Augmentation de la circulation pulmonaire.
2) Diminution du calibre de l'aorte.

Imprégnation barytée de l'œsophage

Hypertrophie ventriculaire gauche. Échancrures costales.

Cinéangiocardiographie

Coarctation de l'aorte en aval des vaisseaux de la base du cou.

La patiente fut confiée au chirurgien à l'âge de 22 ans lequel pratiqua une résection et une anastomose termino-terminale de l'aorte.

En résumé

1) Coarctation de l'aorte de type préductal.
2) Persistance du canal artériel.

"Follow-up" 4 ans après l'opération

État général très satisfaisant. Pouls fémoral normalement perçu. Tension artérielle aux membres supérieurs: 140/85 mm Hg et aux membres inférieurs: 120/110 mm Hg.

Observation 5

— Enfant R.L.J. Hospitalisation à l'âge de deux mois pour grande insuffisance cardiaque (asystolie aiguë), pâleur, dyspnée et cyanose. A l'auscultation, souffle systolique de la base cardiaque avec un bruit de galop. Le pouls fémoral était absent.

Électrocardiogramme

Rythme sinusal régulier à 154 à la minute. Déviation de l'axe de QRS à droite. QRS bi-phasique en D1 - D2 - V4 - V5 - V6. Ondes R hautes en D3, V4, V5, V6. Ondes T inversées en D1, D2, D3, V1, V3, V4, V5, V6.

Radiographie pulmonaire

Stase vasculaire prononcée dans les deux plages pulmonaires, de même qu'une hypertrophie prononcée des oreillettes cardiaques. Amélioration passagère par le traitement médical, mais la mort survient 27 jours plus tard. A l'autopsie, on trouve:

1) coarctation de l'aorte de nourrisson compliquée de grande insuffisance cardiaque (cardiopathie cyanogène);
2) persistance du canal artériel.

Observation 6

— Monsieur I.T.. Âge: 19 ans. Hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Découverte d'un souffle systolique au deuxième espace intercostal gauche. Fémorales non palpables. Tension artérielle aux membres supérieurs: 145/80 mm Hg et aux membres inférieurs: 110/ ? mm Hg.

Électrocardiogramme

Hypertrophie ventriculaire gauche.

Radiographie pulmonaire

Normale.

Imprégnation barytée de l'œsophage

Une forte déviation de l'œsophage vers la droite. Légère hypertrophie de l'oreillette et du ventricule droit.

Étude hémodynamique et cathétérisme

1) Coarctation de l'aorte.
2) Communication inter-auriculaire.

Le patient n'a subi aucune opération.

Observation 7

— Monsieur E.H. Âge: 31 ans. Hospitalisation pour hypertension artérielle depuis 5-6 ans et nervosité très marquée.

Antécédent personnel: perte de connaissance à l'âge de 13 ans. Les fémorales sont très faiblement perçues. La tension artérielle aux membres supérieurs est: 220/120 mm Hg et aux membres inférieurs: 170/130 mm Hg.

A l'auscultation: souffle systolique grade 2/6 du 2-3e espace intercostal gauche, mieux entendu dans la région interscapulaire.

Électrocardiogramme

Hypertrophie ventriculaire gauche.

Radiographie pulmonaire

Normale — Pas d'érosion costale.

Imprégnation barytée de l'œsophage

Cardiomégalie, hypertrophie ventriculaire gauche et dilatation de la portion supérieure de l'aorte descendante.

Cinéangiocardiographie et cathétérisme

Une très forte diminution du calibre de l'aorte avec une forte dilatation post-sténotique (anévrisme distal).

Le patient fut opéré le 20 avril 1967 et le chirurgien pratiqua la résection de la coarctation et de l'anévrisme et la mise en place d'un greffon. L'évo-

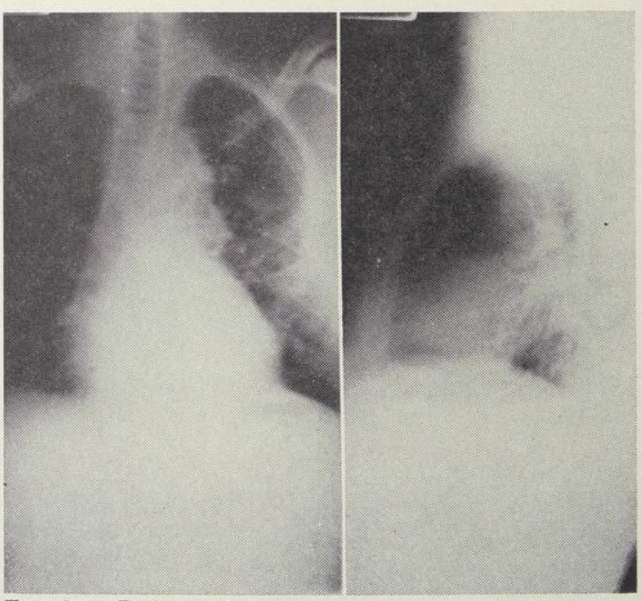


Fig. 6 — Radiographies du même patient après l'opération (obs. 7).

lution chirurgicale fut favorable. La T.A. était de 140/80 mm Hg deux semaines après l'opération.

Observation 8

— Enfant A.M. Âge: 1½ mois. Né à l'hôpital et hospitalisé pour l'insuffisance cardiaque. Découverte d'un souffle systolique grade 3/6 le long du bord sternal gauche avec maximum au 4-5e espace intercostal gauche. Le souffle est entendu à la pointe et au foyer aortique. Les fémorales sont normalement perçues. Il n'y a pas de cyanose ni de frémissement. Les poumons sont clairs. La tension artérielle systolique: 100 mm Hg aux membres supérieurs et 80 mm Hg aux membres inférieurs. A noter également la cataracte congénitale de l'œil droit.

Électrocardiogramme

Déviation axiale droite et hypertrophie ventriculaire droite.

Radiographie pulmonaire

Le cœur est augmenté de volume dans son ensemble. La vascularité pulmonaire est normale. Cathétérisme cardiaque et cinéangiocardiographie à l'âge de 19 jours montre:

1) coarctation de l'aorte,
2) communication inter-ventriculaire.

Le patient a été traité médicalement.

En résumé

Coarctation de l'aorte associée à une communication interventriculaire et compliquée par l'insuffisance cardiaque. Évolution médicale favorable.

Observation 9

— Enfant D.Y. Hospitalisation à l'âge de 8 ans pour douleurs des membres inférieurs à la course. Les pulsations fémorales étaient faiblement perçues. La tension artérielle au membre supérieur était 130/60 et au membre inférieur: 100/60 mm Hg.

Frémissement cataire au 3e et 4e espace intercostal gauche. Deuxième bruit pulmonaire présent et diminué. Deuxième bruit aortique diminué. Souffle systolique 5/6 le long du bord sternal gauche entendu dans toute l'aire cardiaque irradiant dans le dos avec maximum au 4e espace intercostal gauche. Souffle de l'aorte abdominale 2/6.

Électrocardiogramme

Bloc incomplet de la branche droite du faisceau de His.

L'imprégnation barytée de l'œsophage a montré un cœur fortement augmenté de volume dans son ensemble. L'augmentation de volume porte principalement sur l'oreillette droite et le ventricule gauche.

La circulation pulmonaire est accentuée: il existe une légère déviation de l'œsophage, immédiatement en-dessous de la crosse aortique, ainsi qu'une encoche costale. *Le cathétérisme cardiaque et la cinéangiocardiogramme* ont montré:

1) coarctation de l'aorte,
2) communication interventriculaire.

Le patient fut confié au chirurgien qui pratique la résection de coarctation et l'anastomose termino-terminale.

En résumé

Coarctation de l'aorte associée à une communication interventriculaire diagnostiquée au cours d'un examen physique confirmée par la cinéangiocardiographie. Évolution chirurgicale favorable.

COMMENTAIRES

La tableau clinique est sensiblement différent dans les formes précoces, dans les formes avec cyanose de nourrisson et dans le type adulte de coarctation.

Les formes précoces (obs. 1-5-8) sont celles où la coarctation donne des manifestations cliniques avant la fin du deuxième mois. Dans tous les cas, le tableau clinique a été celui d'une asystolie aiguë du nourrisson. Cette insuffisance cardiaque survient presque toujours dans les premières semaines de la vie. Chez deux malades, l'insuffisance cardiaque s'est manifestée entre le 3e et le 27e jour (obs. 8-1) et dans l'observation 1, la coarctation s'est présentée par une hypertension artérielle très élevée, ce qui n'est pas fréquent chez les nourrissons.

Chez nos trois malades, la coarctation a été découverte respectivement à 1½ mois, à 2 mois et à 19 jours. Dans les formes avec cyanose (1 cas), le tableau clinique est celui d'une cardiopathie congénitale cyanogène. Dans le type adulte de coarctation, le tableau clinique peut être caractérisé par une hypertension artérielle (obs. 7-4) et ses symptômes associés.

Ces symptômes comprennent la céphalée, l'étourdissement, l'épistaxis, l'insomnie et la nervosité. Certains patients se présentent pour insuffisance cardiaque (obs. 3-6) ou pour crampes des jambes (obs. 4-9) qui sont dues à la diminution de la circulation dans la moitié inférieure du corps.

A l'examen, nous avons trouvé:

Un pouls fémoral qui était faible (dans 4 cas), absent (dans 3 cas) et normal (obs. 3-8).

Un souffle systolique au deuxième espace intercostal gauche, mais aussi entendu dans la région interscapulaire (dans tous les cas).

La pression artérielle systolique était moins élevée dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs (7 cas). Nous avons noté aussi une hypertension artérielle diastolique dans le membre supérieur (obs. 4) et dans les membres inférieurs (obs. 7) ainsi qu'une hypertension artérielle systolique et diastolique dans les membres supérieurs et inférieurs (obs. 7). Normalement, la pression artérielle systolique dans l'artère fémorale est d'environ 20 mm Hg plus élevée que dans l'artère brachiale. Bing et Coll. (1) ont trouvé une pression diastolique élevée dans les bras et non dans les extrémités inférieures et ont conclu qu'il n'y a pas une élévation généralisée de résistance vasculaire périphérique.

L'étude clinique de la circulation dynamique dans la coarctation de l'aorte et chez les animaux expérimentaux (2) n'a pas réussi à élucider le mécanisme exact de l'hypertension et sa localisation dans la moitié supérieure du corps. La théorie mécanique (3) et la théorie rénale (4-6) ne peuvent pas expliquer complètement ce mécanisme.

L'électrocardiogramme est presque toujours perturbée, surtout dans la coarctation atypique du nourrisson. Dans les formes précoces, l'axe électrique est déviée vers la droite d'autant plus que l'enfant est plus jeune. Il peut montrer en outre des signes d'hypertrophie ventriculaire.

Dans les formes précoces, il s'agit presque toujours d'une hypertrophie ventriculaire droite (2 cas). Les signes d'hypertrophie ventriculaire gauche restent toujours discrets dans les premiers mois de la vie. Le signe le plus précoce et le plus fidèle de l'hypertrophie ventriculaire gauche débutante est l'apparition de l'onde Q profonde dans les dérivations D2, D3, VF et parfois aussi en V5 et V6 (obs. 1-5-8) (10). Progressivement, cette onde Q s' accentue et puis apparaissent des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche dans les dérivations précordiales. L'électrocardiogramme est caractérisé dans le type adulte de coarctation par l'hypertrophie ventriculaire gauche (4 cas).

L'examen radiologique apporte en général des renseignements intéressants, tels la cardiomégalie (3 cas) au cours de l'épisode asystolique initial. L'index cardiothoracique est habituellement compris entre 0.6 et 0.8. Cette cardiomégalie est globale et se développe surtout aux dépens du cœur gauche chez le nourrisson.

La clarté pulmonaire est habituellement diminuée à cause de l'œdème pulmonaire. Nous avons noté une hypervascularisation pulmonaire dans 2 cas. Parfois, on observe un aspect réticulé dû à la stase veineuse pulmonaire (9).

En revanche, certains signes assez caractéristiques de la coarctation chez l'enfant manquent généralement chez le nourrisson. Ce sont: les érosions costales, l'aspect double contour de l'arc supérieur gauche, les encoches œsophagiennes après l'imprégnation barytée de l'œsophage.

Dans le type adulte de coarction, la radiographie pulmonaire peut montrer une hypervascularisation pulmonaire (obs. 4). L'érosion des bords inférieurs des côtes par de larges vaisseaux collatéraux, découverte pour la première fois par Roesler (19), Railsback et Dock (18) a une grande valeur diagnostique: nous l'avons trouvée chez trois patients.

L'absence de l'encoche costale après l'âge de 13 à 14 ans a une importance au point de vue chirurgical. L'aspect pathognomonique est la présence d'un défaut localisé ou d'une interruption dans la continuité de la crosse aortique. Il y a souvent une dilatation post-sténotique de l'arc descendant de l'aorte, juste au-dessous de la constriction (5) (obs. 7).

DIAGNOSTIC

Les éléments de diagnostic cliniques sont:

1) le souffle systolique qui est fréquent. Ses caractères ont été bien étudiés par Martellie et Moss (8). Il siège habituellement au deuxième espace intercostal gauche et il est mieux entendu dans le dos, en particulier dans la région interscapulaire;

2) l'absence des pouls fémoraux est un signe de grande valeur. Ainsi, un pouls fémoral faible ou retardé a aussi une valeur considérable;

3) la différence de pression artérielle entre les membres inférieurs et supérieurs apporte en fait l'argument décisif;

4) les autres signes cliniques habituellement cités sont beaucoup moins souvent rencontrés, surtout chez les nourrissons et leur valeur est limitée.

TRAITEMENT ET CONCLUSIONS

L'insuccès du traitement médical (11-12-13) incita les chirurgiens à pratiquer l'intervention chirurgicale (14-15-16). Le traitement chirurgical consiste en la résection du rétrécissement, la mobi-

lisation des deux extrémités de l'aorte et l'anastomose de ces extrémités par la suture termino-terminale (technique de Crafoord et Gross) (17). Si la sténose est longue, l'utilisation d'une greffe bilogique (aorte humaine) ou synthétique (Dacron ou Teflon) est nécessaire.

Dans cette étude, 5 patients ont été opérés (4 anastomoses et une greffe de matière synthétique). Un patient (obs. 8) fut traité médicalement dont l'évolution a été favorable et dans deux cas la coarctation de l'aorte a été découverte à l'autopsie (obs. 3-5). Dans un de ces derniers cas (obs. 3) la coarctation était accompagnée de lésions multiples intracardiaques. Le patient ♯6 n'a subi aucune opération. Dans un cas (obs. 7) la coarctation de l'aorte était compliquée par un anévrisme post-sténosant. Le problème de la coarctation de l'aorte avec l'anévrisme post-sténotique a été étudié par Skandalakis et Coll. (20) et ils ont trouvé cet anévrisme chez 17% des cas. Seulement 6% des patients ont survécu après l'âge de 50 ans. James R. Stone (7) rapporte également un cas de coarctation de l'aorte avec anévrisme post-sténotique chez un vieillard de 71 ans.

Dans ce travail, nous avons établi un "follow-up" de 4 à 5 ans chez trois patients opérés (obs. 1-2-4) avec des résultats très satisfaisants, et dans un cas (obs. 7) nous avons noté une tension artérielle de 140/80 mm Hg deux semaines après l'opération (220/120 mm Hg avant l'opération).

Résumé

Une étude à propos de neuf observations concernant la coarctation atypique de l'aorte a été présentée. Un des malades a été traité médicalement; son évolution a été favorable. Cinq patients ont subi une intervention chirurgicale (4 anastomoses et 1 greffe) et chez trois d'entre eux, nous avons établi un "follow-up" de 4 à 5 ans avec d'excellents résultats. Nous n'avons noté aucune mortalité opératoire, sauf chez le malade de l'observation 3 qui fut opéré pour autre diagnostic que celui de la coarctation de l'aorte.

Summary

A study of nine subjects presenting atypical aortic coarctation is presented in this paper. One of the patient has been treated medically with a favorable clinical course. Five patients have been treated surgically, four by anastomosis and one by aortic graft, of whom, three have been closely followed for from four to five years. All three of these patients manifested excellent results. We have noted no surgical mortality.

BIBLIOGRAPHIE

1. BING, R. J.; HANDELSMAN, J. C. et coll.: Surgical treatment and physiopathology of coarctation. *Ann. Surg.*, **128**: 803, 1948.
2. PAGE, I. H.: Sténosis, effect of chronic constriction of aorta on arterial blood pressure in dogs; attempt to produce coarctation of aorta. *Amer. Heart J.*, **19**: 218, 1940.
3. GUPTA, C. et WIGGERS, C. J.: Basic hemodynamic changes produced by coarctation of different degrees. *Circulation*, **3**: 17, 1951.
4. FRIEDMAN, J.; SELZER, A. S. et coll.: Renal blood flow in coarctation. *J. Clin. Invest.*, **20**: 107, 1941.
5. GARMON, J. E.; HINSON, R. E. et coll.: Coarctation of the aorta in infancy: detection on chest radiographs. *Radiology*, **85**: 418, 1965.
6. GROSS, R. E.: Hypertension from coarctation of the aorta. *Amer. J. Surg.*, **107**: 14, 1964.
7. STONE, James R.: Coarctation of the aorta with poststenotic anevrysm in a 71-year-old man. *J.A.M.A.*, **194**: 1017-1018, 1965.
8. MARTELLIE, R. R. et MOSS, A. J.: Fifty three cases of coarctation of the aorta. *Amer. J. Dis. Child.*, **103**: 556-563, 1962.
9. LUCAS, R. V.; ANDERSON, R. C. et coll.: Congenital causes of pulmonary venous obstruction. *Pediat. Clin.*, **10**: 781-836, 1963.
10. CHRISTIAENS, L.; FOURNIER, A. et coll.: Les coarctations atypiques du nourisson et de l'enfant. *Pédiatrie*, **19**: 412, 1964.
11. CALODNEY, M. D. et CARSON, M. J.: Coarctation of the Aorta in early infancy. *J. Pediat.*, **37**: 46-77, 1950.
12. NOUAILLE, J.; MATHEY, J. et coll.: La sténose isthmique de l'aorte chez le nourrisson — Sa correction chirurgicale. *Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris*, **70**: 118-124, 1954.
13. NOUAILLE, J.; MATHEY, J. et coll.: La coarctation aortique du nourrisson — Sa correction chirurgicale. *Sem. Hôp. Paris*, **30**: 2610-2622, 1954.
14. KIRKLIN, J. W.; BURCHELL, H. B. et coll.: Surgical treatment of aortic coarctation in a ten week old infant. *Circulation*, **6**: 411-414, 1952.
15. MATHEY, J. et FRANJAUX, J.: Résultat du traitement chirurgical de la sténose de l'isthme aortique du nourrisson. *Arch. Fr. Pédiat.*, **14**: 976-982, 1957.
16. MICHAUD, P.; SAUBIER, E. et coll.: Défaillance cardiaque par coarctation de l'aorte chez un enfant de 8 semaines-opération-guérison. *Pédiatrie*, **14**: 442-444, 1959.
17. CRAFOORD et GROS: Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine. Garnier et Delamare, 18ème éd., 235, 428, 1965.
18. RAILSBACK, O. C. et DOCK, W.: Erosion of ribs due to stenosis of isthmus (coarctation) of aorta. *Radiology*, **12**: 58-61, 1929.
19. ROESLER, M.: Isthmus stenosi der aorta. *Wien. Med. Wchnscher.* **77**: 1296, 1927.
20. SKANDALAKIS, J. E.; EDWARDS, B. F. et GRAY, S. W.: Coarctation of the aorta with aneurysm. *Int. Abstr. Surg.*, **111**: 307-26, 1960 in: *Surg. Gynec. Obstet.*, **111**: 1960.

UN CAS DE KYSTE LEPTOMÉNINGÉ POST-TRAUMATIQUE [1]

Bernard R. MELOCHE, F.R.C.S.(C) [2], André SANSREGRET [3], Hubert GRÉGOIRE [4],
Jacques GAGNON [5] et Paul MASSICOTTE [6]

En 1964, Lockley et Afifi (12) écrivaient que seulement 35 cas de kystes leptoméningés cérébraux avaient été rapportés. Howship (8) en 1816 a été le premier à les décrire. En 1856, Rokitansky (17) publiait la première description anatomo-pathologique; mais c'est à Dyke (5) qu'on doit l'appellation "kyste leptoméningé". Cette entité clinique a été décrite sous plusieurs noms: pour Panioast (13), c'est l'ostéite fibrosante; pour Penfield et Jasper (14), c'est l'érosion crâniocérébrale; pour Rowbotham (18), c'est la méningocèle traumatique avec malacie traumatique; pour Alajouanine et Thurel (1), c'est la perte de substance crânienne consécutive à un traumatisme fermé; pour Pia et Tonnis (16), c'est la fracture du crâne qui augmente en largeur chez les enfants; pour Barrett et Mendelsohn (2), c'est la porencéphalie post-traumatique de l'enfant.

L'observation présentée ici est unique dans son genre pour trois raisons: la localisation du kyste, ses manifestations et son évolution.

Observation

C. J., fille de 11 ans, hospitalisée du 3 au 25 juin 1966 à l'Hôpital Ste-Justine (dossier 436706), s'est présentée pour une céphalée chronique souvent accompagnée de vomissements, à tous les 2-3 jours, avec amaigrissement et fatigue progressive depuis quelques semaines.

A l'examen, l'enfant présentait une tuméfaction fluctuante de la grandeur d'un 25 sous à la région frontale droite, qui se soulevait d'un demi cm parfois pour ensuite disparaître. Elle était localisée sur le commencement d'une cicatrice frontale para-médiane droite qui descendait jusqu'au sourcil gauche. Cette tuméfaction existait depuis 6 mois et était apparue depuis une infection des voies respiratoires supérieures qui avait été accompagnée de céphalées et de vomissements. Lorsque cette tuméfaction disparaissait, on palpait les rebords irréguliers d'une perte de substance osseuse à ce niveau. C'était une céphalhydrocèle intermittente, mais récidivante comme l'histoire le montrera.

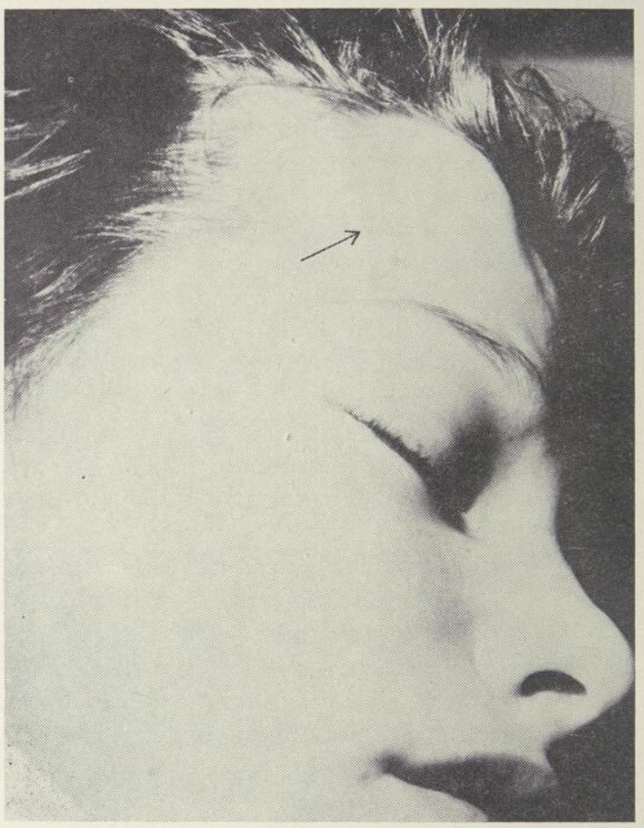


Fig. 1

Une radiographie du crâne et des sinus démontrait une lésion translucide d'aspect multi-loculé située au niveau de la région frontale droite mesurant environ 3.5 cms de diamètre. Les contours de cette lésion étaient denses. Un cliché tangentiel montrait que la table externe était conservée et que la table interne était disparue. On notait aussi une zône translucide se dirigeant vers le toit interne de l'orbite gauche, qui semblait être un ancien trait de fracture avec déformation du toit de l'orbite où il y avait hyperostose irrégulière. La région de l'ethmoïde gauche paraissait aussi anormale. La paroi externe du sinus maxillaire gauche était fortement épaissie et mesurait plus 2 cms d'épaisseur, ce qui occupait plus de la moitié du sinus maxillaire. La partie interne du plancher de l'orbite était soulevée. Les sinus n'étaient pas voilés, pas plus que les cellules ethmoïdales. Des tomographies de l'étage anté-

[1] Travail présenté à la Société Neurologique de Montréal en novembre 1966 à l'Hôpital Maisonneuve.
[2] Chef du Service de Neurochirurgie à l'Hôpital Maisonneuve.
[3] Radiologiste à l'Hôpital Maisonneuve.
[4] Radiologiste à l'Hôpital Sainte-Justine.
[5] Pathologiste à l'Hôpital Sainte-Justine.
[6] Pédiatre à l'Hôpital Sainte-Justine.

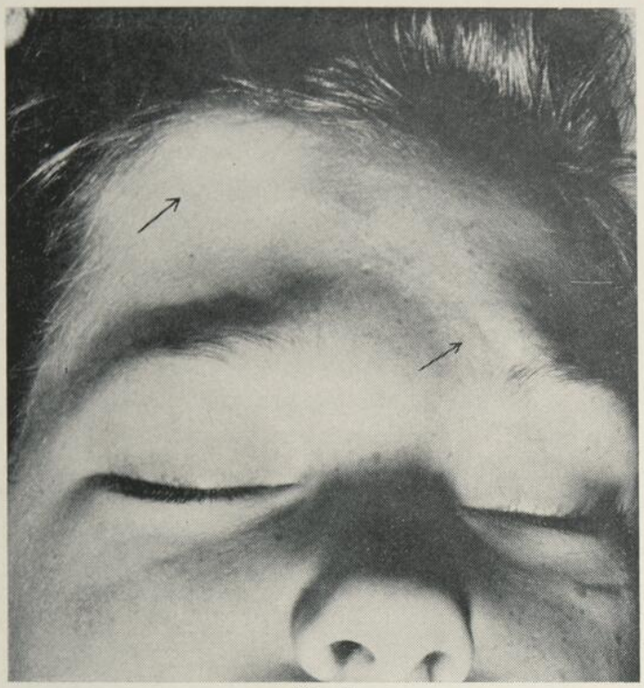


Fig. 2

rieur du crâne furent prises et les cellules ethmoïdales de même que la lame criblée semblaient normales. A gauche cependant, le toit de l'ethmoïde et la lame criblée n'étaient pas visibles. Une zône translucide à contours irréguliers était notée. La fracture décrite lors de l'examen du crâne et des sinus semblait donc avoir atteint le toit de l'orbite, la région de la lame criblée et de l'ethmoïde du côté gauche.

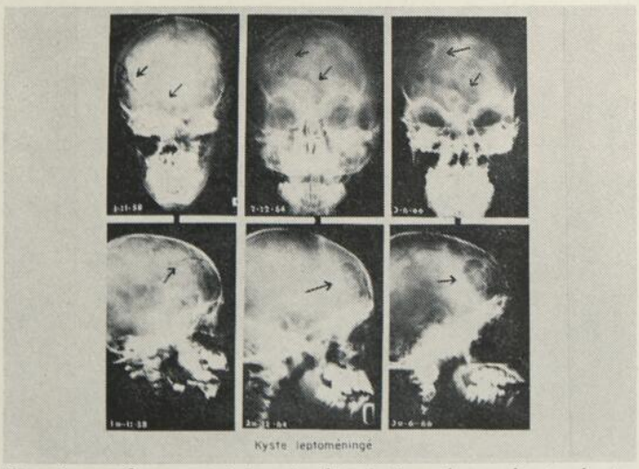


Fig. 3 — On peut ici voir l'évolution de ce kyste leptoméningé à partir de la fracture déprimée frontale bilatérale de novembre 1958; c'est en décembre 1964 que le kyste fut découvert et réparé; en juin 1966, le kyste est revu et a augmenté de volume.

Une pneumoencéphalographie fut considérée, mais non réalisée à cause de la méningite antérieure. Une artériographie carotidienne droite n'a montré qu'une zône avascularisée dans la région frontale sans déplacement vasculaire. Une ponction lombaire n'apporta rien de plus au diagnostic. Un électroencéphalogramme ne rapporta qu'une très légère dysfonction postérieure sans évidence d'anomalie localisée ni signe d'activité épileptique.

Dans les antécédents de cette enfant, on notait qu'elle avait été hospitalisée à la suite d'un accident d'automobile à l'Hôpital Maisonneuve du 9 novembre au 22 novembre 1958 pour un traumatisme crânien consistant en une commotion cérébrale avec une fracture déprimée de 4 mms comminutive frontale bilatérale avec plaie contuse du cuir chevelu, et une fracture de la clavicule droite. A cette date, la dépression osseuse avait été réduite. La dure-mère avait été visualisée sur un court segment du trait de fracture et elle ne semblait pas ouverte. Le 22 novembre 1958, l'enfant recevait son congé et elle était considérée en voie de guérison.

Elle fut rehospitalisée à l'Hôpital Maisonneuve du 25 avril au 13 mai 1961 dans le service de pédiatrie, pour somnolence, affaissement, anorexie, fièvre, vomissements, confusion et céphalées datant de 4 jours. A l'examen neurologique, on avait noté tous les signes cliniques d'une méningite avec un Babinski douteux à droite. Une ponction lombaire avait révélé une infection méningée à diplocoque pneumoniæ. Durant son hospitalisation, l'enfant a présenté des crises convulsives de type jacksonien localisées à la main et au membre inférieur gauche. A une autre occasion, les convulsions étaient localisées à droite. Après un traitement intensif aux antibiotiques, la méningite fut guérie. Le 11 mai 1961, on notait que l'enfant avait une démarche ataxique, mais pouvait marcher seule. Il y avait déviation interne à l'œil gauche au regard conjugué vers le haut et une légère dysdiadocokinésie de la main gauche. Le diagnostic de méningite à pneumocoque fut donc fait et l'enfant reçut son congé le 13 mai 1951 en voie de guérison.

Le 13 septembre 1964, l'enfant est revenue à l'Hôpital Maisonneuve pour sa 3ème hospitalisation. Elle présentait une céphalhydrocèle frontale droite intermittente, semblable à celle qui est démontrée dans la photographie, mais de moindre volume et qui datait de plusieurs mois.

La radiographie du crâne montrait alors une grande image claire se projetant dans la région para-médiane gauche de la zône interorbitaire. Le rebord supéro-interne de l'orbite gauche était

très légèrement réactionnel. Un flou et une hyperclarté le long de l'ancien trait de fracture oblique se dirigeaient vers la région frontale droite. On notait aussi une autre image claire se projetant environ 3 cms au-dessus du rebord supérieur droit et une autre image claire de contours polycyclique avec liseré dense se projetant à peu près 6 cms au-dessus du rebord supérieur de l'orbite droite. Ces images suggéraient un kyste leptoméningé (Fig. 3).

L'enfant a subi une crâniectomie, puis une crânioplastie frontale droite à la résine d'un orifice dans l'os en forme de virgule qui ne semblait pas contenir de liquide céphalorachidien, mais il faut conclure qu'il y en avait et en si petite quantité qu'il s'est perdu dans le champ opératoire. D'ailleurs, une ponction sous-galéale préopératoire avait révélé la présence de quelques gouttes de liquide céphalorachidien. Tout l'os était alors détruit au niveau de cette virgule. La dure-mère sous-jacente était ouverte sur une largeur de 2 mms et une longueur de 2 cms. L'arachnoïde était visible. Herniait-elle dans cette cavité osseuse ? C'est certain, mais il était bien difficile de l'identifier à l'œil nu dans les anfractuosités osseuses. Un morceau de Gelfoam avait alors été appliqué sur la dure-mère qui s'était déchirée à l'application de deux points à la soie 000.

Le 13 juin 1966, à l'Hôpital Ste-Justine, une réexploration fut décidée. Une incision coronale fut faite en arrière de la ligne des cheveux. Sous le périoste, au niveau de la crânioplastie ancienne, 3 à 4 cc de liquide verdâtre sont soudainement apparus. Il s'agissait d'un liquide pseudo-purulent, très visqueux. Une culture de ce liquide fut prise et s'est avérée négative en aérobie et en anaérobie. Le périoste fut ensuite décollé pour trouver l'ancienne crânioplastie à la résine qui ne mesurait que la grandeur d'un 25 sous. Le morceau de résine fut enlevé. La table interne sous-jacente ne présentait pas de solution de continuité. La table externe en avant de cette crânioplastie était bombée sur une diamètre de 3 à 4 cms et la diploé sous-jacent ne présentait pas de solution de continuité. Toute cette table externe fut enlevée. Il n'y avait pas de communication avec l'espace épidural dans cette région, car la table interne était intacte. Dans la région frontale médiane, le trait de fracture ancien était guéri, mais au-dessus de l'orbite gauche, le trait de fracture était encore visible. Ce trait de fracture fut suivi jusqu'à l'orbite. Le sinus aérien frontal gauche fut ouvert et un peu de liquide verdâtre, semblable à celui qui avait été trouvé plus haut, s'est encore écoulé. Une nouvelle culture fut prise et était encore négative. L'os avait une consistance normale. Toute la dure-mère de l'étage antérieur gauche du crâne fut décollé et là, il fut possible de voir qu'elle avait été coïncée dans le trait de fracture frontal et même ethmoïdal.

En décollant cette dure-mère, il s'est produit quelques petits pertuis dus à la déchirure de la dure-mère au niveau du trait de fracture trait guéri dans certains segments et non guéri dans d'autres. L'exploration dut être faite jusqu'à la lame criblée qui semblait détruite. L'apophyse crista-galli était bien visualisée et elle était penchée vers la droite.

Cette apophyse fut enlevée. Le début de la petite aile du sphénoïde fut ensuite examiné. La dure-mère visualisée fut coupée et enlevée. Sous elle, c'était du cerveau contus mais qui était de fait le fond de ce kyste leptoméningé. La substance cérébrale était indurée, jaunâtre sur une épaisseur de un demi-centimètre. Le sinus longitudinal frontal antérieur n'était pas perméable. A l'aide de la succion et de ciseaux, la substance cérébrale contuse fut enlevée. Une duroplastie de 5 cms de longueur sur 3 cms de largeur fut ensuite faite en utilisant du périoste temporal gauche. Le sinus aérien frontal fut complètement enlevé de même que sa muqueuse. Du côté gauche, l'exploration s'est faite jusqu'au bord interne de l'orbite gauche pour y pénétrer car l'os à ce niveau était très déformé.

Les deux photos suivantes démontrent la pathologie.

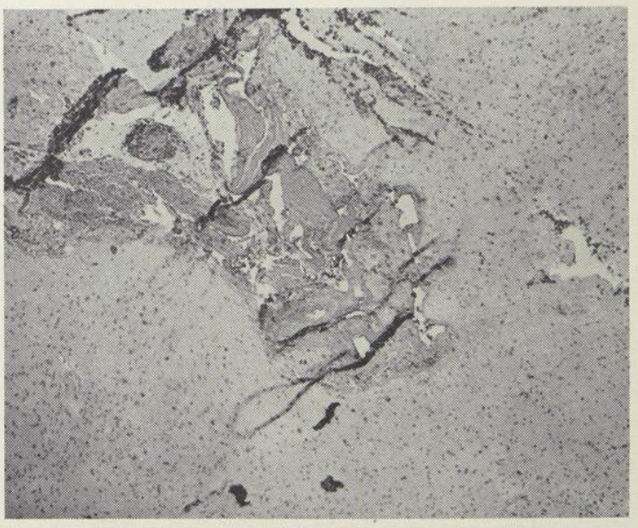


Fig. 4

La *Figure 4* montre le fond d'un sillon et le cortex adjacent. Le sillon est comblé par un tissu fibreux assez richement vascularisé qui ménage encore quelques lacunes. L'architecture normale des lepto-méninges a disparu et est remplacée par une hyperplasie conjonctive.

La *Figure 5* montre au centre droit une section d'artère entourée de tissu méningé complètement fibrosé. A gauche, du vaisseau, sous la forme d'un long triangle isocèle, on remarque un amas de cellules arachnoïdiennes typiques qui montrent bien la participation de la lepto-méninge à cette formation fibreuse.

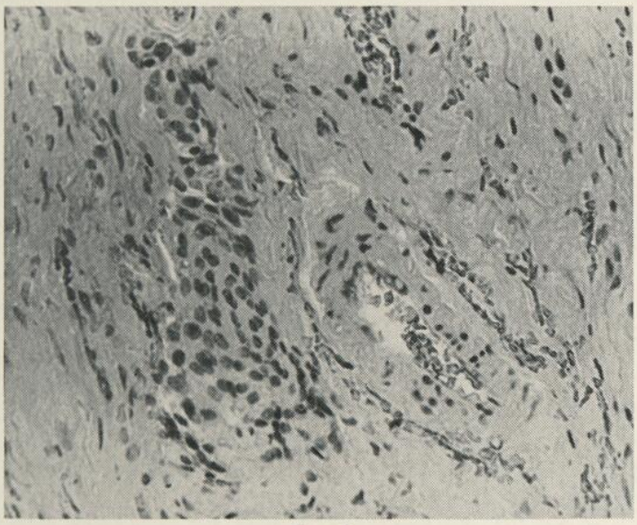


Fig. 5

L'évolution post-opératoire fut satisfaisante. Le soir de l'opération, un peu de rhinorrhée s'est produite, mais elle a cessé 48 heures plus tard. Une radiographie post-opératoire fut prise et toute l'image kystique osseuse visible avait été enlevée. Le 23 juin 1966, l'enfant recevait son congé de l'Hôpital Ste-Justine. Elle fut revue à plusieurs reprises depuis cette date et se porte bien. Une crânioplastie sera faite plus tard.

COMMENTAIRES

En résumé, cette enfant a subit une fracture déprimée frontale bilatérale, compliquée d'une déchirure dure-mèrienne qui ne fut pas vue à la réparation. De plus, la fracture du crâne se rendait jusqu'à l'ethmoïde, mais elle fut méconnue lors du premier examen radiologique. Deux ans et demi plus tard, l'enfant développa une méningite qui a très probabalement pris naissance à partir de la fracture de l'ethmoïde gauche. Dans l'intervalle du traumatisme à la méningite, l'enfant n'a jamais rapporté de rhinorrhée ni d'écoulement oro-pharyngien. Près de cinq ans après le traumatisme crânien, la céphalhydrocèle frontale révélait l'existence du kyste leptoméningé. Celui-ci fut réparé, mais rétrospectivement, la réparation fut partielle. Le kyste leptoméningé continua donc d'augmenter de volume et un an et demi plus tard, la céphalhydrocèle est réapparue à peu près au même niveau que lors de sa formation. Elle s'alimentait maintenant à partir des invaginations leptoméningées fronto-ethmoïdales gauches qui tantôt se canalisaient jusqu'à elle, tantôt vers un sinus aérien régional tel que le frontal ou l'ethmoïdal.

Pour bien comprendre ces phénomènes, il faut s'inspirer de la pathogénie telle qu'étudiée par Taveras et Ransohoff (20).

Pour qu'un kyste leptoméningé post-traumatique se forme, il faut:

1) une fracture linéaire ou déprimée du crâne dans l'enfance.

2) une déchirure dure-mèrienne au moment de la fracture et qui peut passer inaperçue.

3) une contusion cérébrale au niveau de la fracture et de la déchirure dure-mèrienne.

Dans les mois ou dans les années qui suivront, possiblement à cause d'un os dévitalisé ou d'une condition débilitante (6), d'une hydrocéphalie localisée dans une région sous-arachnoïdienne corticale (20) ou encore à cause de la poussée d'augmentation de volume du cerveau à cet âge (1), l'arachnoïde herniera progressivement dans le trait de fracture. Les pulsations cérébrales aidant, cette hernie arachnoïdienne s'élargira dans le diploé pour ensuite soulever ou détruire la table externe. Quant à la table interne, elle pourra, être, soit érodée, ou ne servira que de pince à l'arachnoïde qui herniera en sablier. Puis, avec le temps, une tuméfaction apparaîtra au niveau du cuir chevelu et ce sera une céphalhydrocèle. Cette tuméfaction contiendrait donc du liquide céphalo-rachidien qui, au début, est inflammatoire et qui devient normal par la suite. Lende et Erickson (11) ont donné une explication pour la prédilection de ces lésions chez les enfants: les os de la voûte crânienne existeraient sous forme d'unités séparées avec une mobilité importante au niveau des sutures, ce qui évolue à une facile dévascularisation osseuse et par conséquent, à un retard ou même à un manque de réparation de la fracture.

Alajouanine et Thurel (1) avaient une autre explication sur la pathogénie de ces kystes leptoméningés post-traumatiques: ils considéraient que la croissance de la voûte crânienne est, dans une certaine mesure, sous la dépendance de l'expansion cérébrale, ce qui amènerait une hernie du cortex dans cette brèche osseuse et que secondairement, les lésions corticales sont produites au niveau de la brèche.

Cependant, il faut se rappeler que si ces kystes peuvent éroder l'os, ils peuvent par ailleurs croître dans la substance cérébrale et se rendre jusqu'au ventricule latéral tel que l'un des cas de Barrett et Mendelsohn (2) l'a démontré.

Il faut dire que ces kystes leptoméningés ne sont pas de vrais kystes car ils n'ont pas de capsule propre: cette pseudocapsule est formée d'arachnoïde, de pie mère, et de cortex contus à la base du kyste tandis qu'au sommet, elle est formée d'arachnoïde parfois associée à du périoste.

Ces kystes diffèrent donc de ceux qui sont des dédoublements de l'arachnoïde comme l'ont si bien décrit Peyser et Weisberg (15) et qui sont alors congénitaux ou secondaires à une inflammation. Il est probable que "les néomalformations kystiques de la fosse occipitale opérées et guéries" rapportées en 1930 par De Martel et Guillaume (4) et que ceux-ci ont classé sous le nom d'arachnoïdite kystique sont de cette nature.

Cette étude permet d'arriver à ces conclusions basées sur le cas rapporté et sur la revue de la littérature:

1) la localisation frontale bilatérale avec prolongement ethmoïdal gauche de ce kyste leptoméningé post-traumatique est unique;

2) la céphalhydrocèle frontale droite de notre cas était intermittente car elle se vidait probablement dans les cellules ethmoïdiennes de temps à autre;

3) les fractures de la lame criblée passent souvent inaperçues à la suite des traumatismes crâniens et se manifestent souvent par une méningite;

4) la méningite post-traumatique éloignée et les kystes leptoméningés post-traumatiques doivent être considérés dans les possibilités médico-légales éloignées des traumatismes crâniens;

5) chez les enfants, les fractures linéaires ou légèrement déprimées du crâne doivent être surveillées radiologiquement à tous les trois mois tant que le trait de fracture n'est pas guéri;

6) ces kystes leptoméningés doivent être enlevés en entier sans considération de la grandeur de la crânioplastie et de la duroplastie qui devront être faites par la suite.

Résumé

Un cas de kyste leptoméningé post-traumatique récidivant fronto-ethmoïdal fut rencontré chez un enfant, six ans après une fracture légèrement déprimée des régions frontales. Cette fracture a été réparée, mais aucune déchirure dure-mèrienne ne fut alors visualisée. Une exérèse rétrospectivement partielle de ce kyste fut faite et un an et demi plus tard, l'ablation totale fut achevée. Une méningite a suggéré la cause de la récidive du kyste.

Une revue de la documentation est ensuite faite pour rechercher les synonymes, la pathogénie et la classification de ces kystes.

Summary

A post traumatic leptomeningeal cyst was encountered in a child six years after a slightly depressed fracture in both frontal regions that had been surgically repaired but where a tear of the dura was not visualized after exploration. A review of the literature is made. These conclusions are reached:

1) This is the first reported case of a post traumatic leptomeningeal cyst involving both sides of the frontal bone and extending into the ethmoid sinus.

2) The cephalhydrocele was intermittent because the leptomeningeal cyst sometimes drained into the ethmoidal cells.

3) Fractures of the cribriform plate are often diagnozed only after a meningitis that occurs many months or many years after a cranial trauma.

4) Late post traumatic meningitis and leptomeningeal cysts must be considered in the medicolegal sequellae of cranial trauma.

5) Linear or slightly depressed skull fractures in children must be radiologically observed every three months until the fracture is completely healed.

6) Leptomeningeal cysts must be completely removed without consideration for the size of the cranioplasty and duroplasty that will be necessary in the next six months.

7) There is confusion in the literature about this pathology, because different causes (congenital, inflammatory and traumatic) can produce similar but not identical cysts (intra-arachnoidal or sub-arachnoidal).

BIBLIOGRAPHIE

1. ALAJOUANINE, T. et THUREL, R.: Perte de substance crânienne consécutive à un traumatisme fermé. *Rev. Neurol.*, **77**: 71-77, 1945.

2. BARRETT, J. W. et MENDELSOHN, R. A.: Post-traumatic porencephaly in infancy. *J. Neurosurg.*, **23**: 522-527, 1965.

3. COOPERSTOCK, M.: Leptomeningeal cyst associated with hemiplegia and skull defect of traumatic origin. *J. Pediat.*, **28**: 488-492, 1946.

4. DE MARTEL, Th. et GUILLAUME, J.: Sept cas de néoformations de la fosse occipitale opérés et guéris. *Rev. Neurol.*, **21**: 537-545, 1930.

5. DYKE, C. G.: The roentgen ray diagnosis and treatment of diseases of the skull and intracranial contents. In: *Nelson's Loose-Leaf Medicine*, **6**: 185-214. W.W. Palmer, édit., New York, 1937.

6. HIGAZI, I.: Post-traumatic leptomeningeal cysts of the brain. Report of an unusual case. *J. Neurosurg.*, **20**: 605-609, 1963.

7. HORRAX, G.: Generalized cisternal arachnoiditis simulating cerebellar tumor: its surgical treatment and end results. *Arch. Surg.*, **9**: 95-112, 1924.

8. HOWSHIP, J.: Practical observations in surgery and morbid anatomy. P. 494. Longman, Hurst, Rees, Orme and Brown, édit., London, 1816.

9. KAPLAN, A.: Pia-arachnoidal cysts of the posterior fossa. *Amer. J. Surg.*, **76**: 102-106, 1948.

10. KLEIN, M. R. et BROGLY, G.: Les kystes arachnoïdiens de la fosse postérieure. Etude de 25 cas. *Sem. Hôp.*, **30**: 193-194 (janv.-fév.) 1964.

11. LENDE, R. A. et ERICKSON, T. C.: Growing skull fractures of childhood. *J. Neurosurg.*, **18**: 479-489, 1961.

12. LOCKLEY, H. B. et AFIFI, A.: Ieptomeningeal cysts of the brain simulating brain tumor. *Trans. Amer. Neurol. Ass.*, **89**: 218-220, 1964.

13. PANCOAST, H. K.; PENDERGRASS, E. P. et SCHAEFFER, J. P.: The head and neck in roentgen diagnosis. 976 p. C. C. Thomas, édit., Springfield, 1940.

14. PENFIELDS, W. et JASPER, H.: Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain. p. 668-672, Little, Brown and Co., édit., Boston, 1954.

15. PEYSER, E. et WEISBERG, D.: Post-traumatic arachnoidal cyst. Report of an unusual case. *J. Neurosurg.*, **18**: 551-553, 1961.

16. PIA, H. W. et TONNIS, W.: Die Wachsende Schädelfraktur des Kindesalters. *Zbl. Neuroch.*, **13**: 1-23, 1953.

17. ROKITANSKY, C.: Lehorbuch der pathologischen Anatomie. 3e édit., W. Braumüller, édit., Wien, 1856.

18. ROWBOTHAM, G. F.: Acute injuries of the head. Their diagnosis treatment, complications and sequels. 2e éd., 424 pp. Williams & Wilkins, édit., Baltimore, 1945.

19. SOULE, A. B. Jr. et WHITCOMB, B. B.: Extensive erosion of the base or the skull from a leptomeningeal cyst. Report of a case. *Neurol. Psych.*, **55**: 382-387, 1947.

20. TAVERAS, J. M. et RANSOHOFF, J.: Leptomeningeal cysts of the brain following trauma with erosion of the skull. A study of 7 cases treated by surgery. *J. Neurosurg.*, **10**: 232-241, 1953.

21. THUREL, R. et BALDACCI, Y. M.: L'ouverture ovalaire du crâne complication d'une fracture de la première enfance. *Sem. Hôp. Paris*, **33**: 3538-3543, 1957.

22. WILSON, C. B. et BERTAN, V.: Cerebral leptomeningeal cysts of developmental origin. *Amer. J. Roentgen.*, **98**: 570-574, 1966.

URTICAIRE AU FROID

Pierre DELORME, M.Sc., F.R.C.P.(C) [1] et Gilles DAGENAIS, M.Sc.[2]

Mises à part les engelures résultant de l'action directe du froid sur les tissus, plusieurs affections ne se manifestent cliniquement qu'à l'exposition au froid (Tableau I) (1). Dans ces cryopathies, Juhlin et Shelley (2) reconnaissent trois mécanismes physio-pathologiques principaux. Dans un premier groupe, la précipitation ou la floculation d'une protéine circulante à l'exposition au froid est en grande partie responsable de la symptomatologie (cryoglobulinémie et cryofibrinogénémie). Dans le second, la présente d'agglutinines ou d'hémolysines a frigore explique le tableau clinique, l'érythrocyte étant alors l'organe cible. Enfin, la libération anormale d'une amine vaso-pressive, telle l'histamine, serait le mécanisme déclenchant de l'urticaire au froid. C'est en 1866 que Bourdon (3) décrivit pour la première fois cette affection. Behier, à la même époque, donna un compte rendu détaillé de cette maladie dont il était lui-même victime. Par la suite, plusieurs séries de cas ont été rapportées (4). Nous avons eu l'occasion, depuis quatre ans, d'observer cinq cas d'urticaire au froid et la description de ces cas de même qu'une revue générale de ce syndrome fait l'objet de cet article.

OBSERVATIONS CLINIQUES

1) *Test à la glace.* La méthode utilisée est la suivante: un carré de glace de 3 x 4 cms environ est appliqué sur la peau du sujet pendant deux à cinq minutes suivant les cas. La glace est ensuite enlevée et la région exposée est réchauffée à l'aide d'une source de chaleur (lampe infra-rouge). Quand l'épreuve est positive, une lésion urticarienne apparaît au point d'application de la glace de cinq à quinze minutes après l'arrêt de cette application. Les contours de la lésion épousent parfaitement le dessein du carré de glace utilisé (Fig. 1).



Fig. 1. — Test à la glace pratiqué sur l'avant-bras gauche de J. V. (3ième cas). Le carré de glace a été appliqué pendant deux minutes et la lésion est apparue cinq minutes après. Il est amusant de noter une légère dépression au centre de la lésion qui correspond à un trou dans le carré de glace utilisé !

Observation 1

Madame P.B. Il s'agit d'une patiente, âgée de 34 ans, qui a consulté à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 16 janvier 1963. Cette malade présentait une histoire d'urticaire localisée aux mains, aux poignets et aux jambes, provoquée uniquement par l'exposition à un froid humide et qui aurait débuté vers l'âge de 12 ans. De plus, depuis environ cinq ans, la malade avait noté de l'angio-œdème de la face, mais qui n'intéressait pas les paupières et ceci toujours à l'exposition au froid. Elle n'avait jamais noté de dysphagie ou de dyspnée associées et n'avait jamais présenté de crise d'urticaire généralisée ou d'autres symptômes après exposition au froid. Ces épisodes survenaient surtout l'hiver, mais aussi durant l'été, particulièrement quand elle allait se baigner. Il n'existait pas d'histoire familiale d'urticaire au froid chez cette patiente. La gravité des épisodes n'avait pas augmenté depuis le début et la différence de température capable de provoquer la crise n'avait pas changé. Il n'y avait pas d'histoire d'atopie chez cette patiente. Les antécédents demeuraient sans particularité et la revue des systèmes à toutes fins pratiques était négative. La malade a subi un test à la glace dont la durée d'application a été de cinq minutes. Dix minutes environ après la fin de l'application est apparue une lésion urticarienne localisée au point de contact. Différentes analyses ont été pratiquées, mais la recherche du cryofibrinogène n'a pas été faite. La recherche des cryoglobulines a été négative. Les hémolysines à froid ainsi que les agglutinines à froid étaient absentes. La formule sanguine était dans les limites normales. Il n'y avait pas de cellules L.E. et le L.E. latex était négatif. L'électrophorèse des protéines sur papier

[1] Section d'Allergie, Service de médecine, Hôtel-Dieu de Montréal.
Assistant-professeur, Département de médecine, Faculté de médecine, Université de Montréal

[2] Résident sénior en médecine et chef interne, Service de médecine, Hôtel-Dieu de Montréal.

était normale. Le V.D.R.L. était négatif. La malade a reçu comme traitement Cyproheptadine * 4 mg 4 fois par jour et Éphédrine 15 mg 4 fois par jour. Un nouveau test à la glace, pratiqué trois jours après le début de ce traitement, n'a provoqué qu'une lésion érythémateuse sans urticaire. Comme la malade trouvait que les plaques érythémateuses n'étaient guère plus réjouissantes que les plaques urticariennes, nous avons tenté chez elle une désensibilisation à l'histamine qui s'est soldée par un échec.

Observation 2

Madame J.N.I. Il s'agit d'une patiente, âgée de 38 ans, qui a été admise à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le 26 avril 1966. Deux ans avant son admission à l'Hôtel-Dieu, la malade avait présenté une réaction d'œdème avec prurit au site d'une injection de pénicilline qu'elle avait reçue quelques minutes auparavant. Quinze jours environ après cette réaction, elle a présenté un œdème de la main droite avec prurit après que cette main eut été immergée dans de l'eau chaude puis exposée à l'air ambiant. La malade était alors en train de laver une voiture à l'extérieur et la température était d'environ 50°F. Par la suite, à toute exposition au froid, c'est-à-dire à une température inférieure à 55°F environ, la malade a présenté de l'urticaire et de l'angio-œdème avec sensation de brûlures aux endroits exposés et ceci quelques minutes seulement après l'exposition. Elle n'a jamais accusé d'ennuis à l'ingestion de liquide froid, sauf à une reprise après avoir sucé un "popsicle", ce qui a provoqué de l'œdème labial. Il n'y avait pas d'autres manifestations chez cette malade à l'exposition au froid. De plus, elle avait noté une diminution de l'intensité des réactions et de leur fréquence depuis environ un an. Au moment de son hospitalisation, les lésions apparaissaient surtout si le froid était humide. On notait de plus un léger dermographisme depuis un an. Il n'y avait pas d'histoire familiale d'urticaire au froid, mais on relevait cependant chez cette patiente, une histoire de "fièvre des foins" durant l'adolescence. La malade présentait de plus, lors de son hospitalisation, un problème gynécologique qui s'est révélé être un fibromyome utérin qui a été enlevé. Un test à la glace a été pratiqué et après une application de trois minutes aucune réaction n'a été obtenue. Après une application de cinq minutes une légère urticaire avec érythème a été observée. Enfin, après une application de dix minutes, une réaction urticarienne modérée avec érythème a été constatée quinze minutes après l'arrêt de l'application. La malade a subi des analyses de laboratoire dont voici les résultats: recherche du cryofibrinogène, négative à l'oxalate de calcium, trace dans le sang hépariné. Recherche des cryoglobulines, absence. Absence d'hémolysine à froid et d'agglutinine à froid. Frottis sanguin sans particularité. Recherche des parasites dans les selles négative. Absence de cellules L.E. et L.E. latex négatif. Fixation au latex pour facteur rhumatoïde négatif. V.D.R.L. négatif. Électrophorèse sur papier normale. Immuno-électrophorèse présentant une bande de précipitation non identifiée dans la région beta. La signification de cette dernière trouvaille nous échappe. Étant donné que cette patiente présentait semble-t-il une régression de sa symptomatologie depuis un an, nous avons prescrit Cyproheptadine 4 mg, 4 fois par jour au besoin si urticaire au froid. Nous n'avons pas revu cette malade depuis et n'avons pas eu de ses nouvelles.

Observation 3

Monsieur J.V. Ce patient, âgé de 19 ans, a été admis à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 8 décembre 1966. Deux ans avant son hospitalisation durant l'été à la suite d'un bain dans un lac, il a présenté une réaction urticarienne généralisée quelques minutes après sa sortie de l'eau. Ceci ne s'est pas accompagné d'autres manifestations. Par la suite chaque fois qu'il entrait en contact avec le froid et surtout avec l'eau froide, le patient a remarqué l'apparition d'œdème et d'érythème douloureux intéressant la partie exposée et qui apparaissait en général au bout de quelques minutes d'exposition. Cet œdème pouvait disparaître rapidement ou persister pendant plusieurs heures. Depuis 6 mois, il présentait des nausées avec une sensation d'étourdissement, s'il buvait de l'eau froide et avait noté de l'œdème des lèvres, s'il mangeait quelque chose de froid. Il n'y avait aucune histoire familiale d'urticaire au froid et aucune histoire d'atopie antérieure. Le reste de l'examen demeurait négatif. Le malade a subi un test à la glace qui a été appliquée pendant deux minutes et au bout de cinq minutes est apparue une réaction urticarienne (Fig. 1). Différentes analyses ont été pratiquées qui ont démontré l'absence de cryofibrinogène, de cryoglobuline et d'hémolysine à froid. Les agglutinines froides cependant étaient positives à 1 dans 128. La cytologie sanguine était normale. La recherche des parasites dans les selles a été infructueuse. Il n'y avait pas de cellules L.E. et le L.E. latex de même que la fixation au latex pour facteur rhuma-

* Sous forme de Périactin (Merck, Sharp and Dohme).

TABLEAU I

CRYOPATHIES

(*Classification modifiée de Ritzmann et Levin* (1))

1. *Cryoglobulinémie*
   a) Essentielle
   b) Associée: myélome multiple, lymphome, néoplasie, collagénose, maladies hépatiques (endocardite bactérienne subaiguë, polycythémie vraie)
2. *Cryofibrinogénémie*
   a) Essentielle
   b) Associée: néoplasie, collagénose
3. *Hémoglobinurie paroxystique "a frigore"*
   a) A agglutinines froides
   b) A hémolysines froides
4. a) *Maladie de Raynaud*
   b) *Phénomènes de Raynaud*
   — Collagénoses
   — Ergotisme, intoxication par métaux lourds
   — Lésions nerveuses (tumeurs hypophyse et hypothalamus)
   — Syndrome costo-claviculaire et similaires
   — Maladie occupationnelle (marteau pneumatique)
5. *Urticaire au froid*
   1) Essentielle: a) Forme sporadique
      b) Forme familiale
   2) Associée: collagénose, cryoglobulinémie, cryofibrinogénémie

   N.B. Erythème au froid
6. *Formes mixtes*

   Ex. cryoglobulinémie et agglutinines froides

N.B. Certaines maladies sont simplement modifiées par l'exposition au froid: myopathies (paralysie périodique familiale), myxœdème, maladies artérielles occlusives

toïde étaient négatifs. Le V.D.R.L. était négatif. L'immuno-électrophorèse était normale. Le malade a reçu Cyproheptadine 4 mg ½ comprimé 4 fois par jour et Dimetapp Extentabs [1] matin et soir. Quarante-huit heures après le début de ce traitement, un nouveau test à la glace n'a provoqué qu'une lésion érythémateuse avec un urticaire très léger. Le malade a quitté l'hôpital et a été revu deux mois plus tard. Avec cette médication, à l'exposition au froid, seul apparaissait maintenant de l'érythème. La sensation de brûlure cependant persistait. A cause du fait que le malade se plaignait de céphalées à la suite d'administration de périactin et Dimetapp Extentabs, nous avons changé cette prescription pour du Phénergan 25 mg 3 fois par jour. Nous n'avons malheureusement pas revu ce patient depuis.

Observation 4

Madame A.T. Il s'agit d'une patiente, âgée de 27 ans, qui a consulté à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 23 juin 1966. En août 1965, à la suite d'un bain très froid dans un lac, la malade a présenté à sa sortie de l'eau une rougeur cutanée généralisée avec œdème et sensation de chaleur à la face, céphalées et étourdissements, qui l'ont obligée à s'aliter temporairement. Un épisode identique s'est produit dans les mêmes circonstances quelques semaines après. Elle a noté par la suite un œdème des mains, si elle s'immergeait les mains dans l'eau froide ou si elle avait un contact avec de la neige mouillée. Elle n'accusait aucun ennui à l'exposition au froid l'hiver, sauf si encore une fois elle touchait à la neige. Il n'y avait aucune histoire familiale d'urticaire au froid chez cette patiente ni d'histoire personnelle d'atopie. On notait dans ses antécédents deux réactions urticariennes probablement secondaires à l'administration de sulfas. De plus, depuis trois ans, la malade avait noté de la blancheur des doigts, quand elle immergeait ses mains dans l'eau froide, mais sans phénomène de Raynaud véritable. En plus de cette histoire, la malade présentait une hypertension artérielle labile qui a été investiguée et qui a été attribuée à des causes d'ordre psychosomatique. Notons enfin un dermographisme important qui avait déjà été constaté par la malade antérieurement sans toutefois qu'elle puisse nous préciser depuis combien de temps.

Un test à la glace a été pratiqué durant cinq minutes et dix minutes après l'application est apparue une lésion d'urticaire au point de contact. Différentes analyses ont été pratiquées (ont été omises celles qui ont trait à l'hypertension artérielle pour se limiter aux analyses ayant rapport à l'urticaire au froid). La recherche du cryofibrinogène a révélé sa présence tant dans le sang hépariné que dans le sang oxalaté ou dans le sang contenant de l'E.D.T.A. La réaction était fortement positive à +++. Il n'y avait pas de cryoglobuline ni d'agglutinine à froid. Il n'y avait pas non plus d'hémolysine à froid. Le frottis sanguin et la ponction sternale ont montré une légère éosinophilie du sang périphérique avec une hyperplasie normoblastique de la moelle osseuse. La recherche des parasites dans les selles n'a pas été faite. Il n'y avait pas de cellules L.E. et le L.E. latex était négatif de même que la fixation au latex pour facteur rhumatoïde. Le V.D.R.L. était négatif. L'immuno-électrophorèse était normale. Un coagulogramme complet a été pratiqué qui s'est avéré normal. Malgré nos tentatives de réunir l'hypertension artérielle de cette malade et son urticaire au froid dans une seule maladie, nous n'avons pu établir cette relation. Nous avons donc prescrit à la malade Cyproheptadine ½ comprimé à prendre ½ heure avant l'exposition au froid étant donné

[1] Maléate de bromphéniramine associés à phénylephrine et phénylpropanolamine sous forme de comprimés à action prolongée (Robins).

les circonstances bien précises dans lesquelles cette urticaire se manifestait chez elle.

Observation 5

Madame J.J. Il s'agit d'une patiente, âgée de 22 ans, qui a consulté à la clinique externe, parce que depuis environ 10 ans, elle présentait des placards urticariens à la face, toujours localisés au même endroit quand elle s'exposait au froid. Ces lésions urticariennes s'accentuaient au moment où la peau se réchauffait après l'exposition au froid. Elles étaient toujours localisées au même endroit, c'est-à-dire sur la région malaire gauche et la région jugale inférieure droite. La malade n'avait jamais présenté de lésions urticariennes ailleurs après exposition au froid. Il n'y avait pas d'histoire familiale d'urticaire au froid et il n'y avait pas non plus d'histoire d'atopie chez cette patiente. La malade ne se souvenait pas si le début de ces lésions avait été précédé par une engelure aux endroits où la maladie se manifestait. Les antécédents étaient sans particularité de même que l'examen par système. L'examen objectif demeurait négatif. Un test à la glace a été pratiqué d'abord à l'avant-bras droit et ce test est demeuré négatif même après dix minutes d'exposition. Par contre, à la région jugale inférieure droite, c'est-à-dire à l'endroit où la malade présentait des lésions quand elle s'exposait au froid, une application de glace pendant 1½ minutes a provoqué au bout de dix minutes un placard urticarien.

Aucune analyse de laboratoire n'a été pratiquée, étant donné la bénignité de cette affection et la malade a reçu comme traitement des antihistaminiques à prendre avant l'exposition au froid.

DISCUSSION

On distingue deux formes d'urticaire au froid (5). La première dite sporadique est illustrée par les cas que nous venons de décrire. La seconde est une forme familiale. L'urticaire au froid sporadique est une affection relativement rare. Il n'y a pas de statistiques récentes sur l'incidence de cette maladie, mais Horton rapportait, en 1936, en avoir vu vingt-deux cas en dix ans à la Clinique Mayo (6). Bien qu'il y ait quatre femmes sur les cinq cas présentés, les deux sexes semblent atteints de façon égale et il n'y a pas non plus d'âge spécial d'apparition (4, 5). Chez certains patients, on peut mettre en évidence des facteurs prédisposants. On peut voir, par exemple, l'urticaire apparaître exclusivement aux sites d'engelure antérieure (7) ou se localiser au même endroit qu'une dermite eczémateuse antérieure ou encore au site d'injection de désensibilisation (8). Dans d'autres cas, l'ingestion d'un aliment (9) ou d'un médicament (10) semble être l'élément conditionnant nécessaire à l'apparition des lésions. On cite, enfin, comme facteur prédisposant les infections virales, les stress psychiques, la grossesse et certaines parasitoses (2, 11). A ce propos, il est intéressant de noter que chez Madame J.N.I. (deuxième cas), le début des symptômes a été précédé d'une injection de pénicilline avec un œdème local considérable quelques minutes après l'injection. Il est fort probable que dans le cinquième cas, le lieu d'apparition de l'urticaire ait été le site antérieur d'engelure bien que nous n'ayons pu obtenir, de façon précise, ce renseignement de la malade.

Dans tous les cas, l'exposition au "froid" est le facteur déclenchant. En fait, c'est l'exposition à une baisse de température qui provoque les symptômes (4). Certains cas ont été rapportés même dans les régions tropicales (11). L'urticaire peut ne se manifester qu'à un certain degré de température bien précis et ne pas apparaître au-dessus ou au-dessous de ce degré critique (2). De plus, on note chez certains patients que seul le froid humide provoque des lésions. Madame A.T., par exemple, (quatrième cas) ne présentait des lésions qu'au contact de liquides froids. En général, les lésions apparaissent quelques secondes à quelques minutes après l'exposition, particulièrement si la partie exposée est réchauffée. De rares cas ont été rapportés, où un délai de plusieurs heures a séparé l'exposition au froid de l'apparition de l'urticaire (2). D'une façon générale, l'urticaire sera plus important s'il y a eu une exposition à la chaleur avant l'exposition au froid. Enfin, on a remarqué des variations dans l'intensité de la réaction suivant l'endroit exposé chez certains patients (5).

En s'inspirant de la classification de Kelly et Wise (4) on peut distinguer trois formes cliniques d'urticaire au froid. Chez un certain nombre de patients, l'urticaire n'apparaît qu'aux endroits exposés. Quand il s'agit d'aliments froids, ceci peut provoquer un œdème de la glotte créant une situation d'une extrême urgence. Dans d'autres cas, l'urticaire localisée d'abord au point de contact sera suivie rapidement d'une réaction urticarienne généralisée. Enfin, quelques malades présentent en plus de la lésion initiale des manifestations systémiques: céphalées avec flushing, prurit et urticaire géants, tachycardie, chute rapide de pression artérielle, vertiges, choc et syncope. Il est donc très important d'interdire à ces patients de se baigner en eau profonde, de plonger en eau profonde ou

encore de se baigner seul à cause du risque de réaction systémique au contact de l'eau froide et de noyade subséquente. L'examen clinique de ces malades est par ailleurs dans des limites tout à fait normales et on ne retrouve pas chez eux d'histoire allergique antérieure ou d'histoire familiale d'urticaire au froid (4). Le test "à la glace" ou son équivalent est positif dans tous les cas et on peut dans 50% des cas opérer un transfert passif de la maladie avec le sérum du malade (4). Pour ce faire, on injecte par voie sous-cutanée 1/10 de cc du sérum du patient concerné à un receveur (qui ne souffre évidemment pas lui d'urticaire au froid). Un carré de glace est ensuite appliqué à l'endroit où le sérum a été injecté, pendant deux à cinq minutes, et le site de l'injection est ensuite réchauffé avec une lampe infra-rouge. Si le transfert est positif, on observera l'apparition d'une lésion urticarienne à l'endroit du test. Il n'y a pas chez ces personnes de cryoglobuline ou de cryofibrinogène dans le sang quoique dans notre quatrième cas, nous avons pu mettre en évidence la présence de cryofibrinogène tant dans le sang hépariné que dans le sang oxalaté ou dans le sang contenant de l'E.D.T.A. La plupart des cas ne présente pas d'éosinophilie et à part une augmentation de volume et d'acidité de la sécrétion gastrique (5) suivant l'exposition au froid, aucune autre modification n'est décelable. Un cas a été rapporté ou des anomalies électro-cardiographiques ont été mises en évidence au moment des épisodes (5).

Quand la peau d'un sujet normal est exposé au froid (12), on observe à l'endroit exposé une vaso-constriction qui amène une diminution du flot sanguin avec perte de chaleur, chute locale de température. Ceci provoque de la douleur, des troubles sensitifs et moteurs si l'exposition est suffisamment prolongée. En plus de cette vaso-constriction locale, il se produit une vaso-constriction généralisée transitoire, sur base réflexe, quand n'importe quelle partie du corps est exposée au froid. Enfin, si l'exposition au froid est prolongée, on observe une vaso-constriction généralisée, persistante, probablement d'origine centrale, résultant de l'abaissement de la température du sang, provoqué par le mélange au sang veineux qui draine la partie exposée. De cinq à dix minutes après l'exposition au froid, et ceci même si le froid persiste, on peut observer une vasodilatation locale qui se traduit par une disparition de la douleur, de l'érythème et une augmentation locale de température. Si la partie exposée au froid est exposée, par la suite, à la chaleur, la température de l'endroit gelé augmentera au-dessus de la température de la peau non exposée. Un refroidissement rapide, qui abaisse la température de la peau dans la zone de moins cinq à moins dix degrés centigrade provoque de l'érythème et de l'urticaire chez certains sujets normaux. Si l'abaissement de la température est dans la zone de moins dix à moins quinze degrés centigrade, on observera un érythème et une urticaire dans la majorité des cas. De même chez un sujet normal, un refroidissement rapide à moins quinze degrés centigrade et maintenu de 30 à 60 secondes ou encore à moins vingt degrés centigrade maintenu de 15 à 30 secondes provoque l'apparition d'abord d'urticaire et ensuite de bulle au bout d'une heure. Enfin, un refroidissement prolongé (deux heures à cinq degrés centigrade) se solde par un œdème et une rougeur considérable de la partie exposée. Il est de plus d'expérience courante qu'une partie du corps déjà gelée dans le passé présentera une réaction d'engelure plus rapide avec un stimulus moins grand.

On croit que le mécanisme de base responsable de l'urticaire au froid serait identique à la réponse normale, mais à un degré de température plus élevé et après une exposition beaucoup plus brève (4). L'histamine est stockée dans l'organisme dans les basophiles du sang et, au niveau des tissus, dans les mastocytes (13). Dans l'urticaire au froid, ces cellules seraient anormalement sensibles au stimulus froid, libérant alors de façon très rapide et excessive leur stock d'histamine. Plusieurs preuves ont été apportées pour appuyer cette hypothèse. Tout d'abord le métabolisme de l'histamine ne semble pas altéré de façon décelable chez ces patients et, de plus, ils ne sont pas anormalement sensibles à l'histamine exogène (14). Dans les cas d'urticaire au froid à manifestations systémiques, l'immersion d'une main dans l'eau froide provoquera à coup sûr une crise aiguë. Si, cependant, on a soin de mettre un tourniquet sur le bras avant de plonger la main dans l'eau froide, on observera une réaction locale au niveau de la main sans autre symptôme. Ce n'est qu'au moment où le tourniquet sera enlevé que les manifestations systémiques apparaîtront (4). Ceci prouve de façon indéniable qu'il s'agit bien d'un mécanisme humoral et non d'un mécanisme réflexe. De plus, on constate une histaminémie élevée dans le sang veineux drainant le bras en cause si on pratique le dosage de cette amine immédiatement après l'ablation du tourniquet (5). On peut observer d'ailleurs une libération d'histamine similaire, si on refroidit la

peau d'un individu normal, mais la quantité libérée est beaucoup moindre. Si on applique pendant 15 minutes un cube de glace sur la peau d'un individu souffrant d'urticaire au froid, on peut observer en biopsiant la lésion produite une dégranulation des mastocytes (2). Juhlin et Shelly (2) ont aussi démontré une dégranulation des basophiles quand le sang d'un patient souffrant d'urticaire au froid est soumis à de basses températures. Si pendant cinq minutes on plonge dans l'eau froide la main d'un individu normal, on pourra observer une légère augmentation de la pression systolique et diastolique sans variation de la fréquence du pouls. Si par contre, il s'agit d'un patient présentant une hypertension artérielle du type héperréacteur, on pourra observer une augmentation de la pression artérielle. Dans les cas d'urticaire au froid au contraire, la pression systolique chutera avec une accélération du pouls (4). Cette dernière situation se produit si on administre à un sujet normal de l'histamine par voie intra-veineuse ou un libérateur d'histamine tel de 48/80 ou le 19/35L (15). Ceci provoquera d'ailleurs, en plus, des phénomènes qui ressemblent étrangement aux crises systémiques des patients souffrant d'urticaire au froid. Enfin, l'augmentation de l'acidité et du volume de la sécrétion gastrique constitue aussi une preuve indirecte que l'histamine a probablement un rôle à jouer dans l'étiologie de l'urticaire au froid. Récemment, cependant, certains auteurs ont émis l'hypothèse que l'histamine ne serait pas le seul médiateur impliqué dans l'étiologie de l'urticaire au froid (8), et qu'une kinine serait le seul agent responsable dans la majorité des cas (19).

Il n'y a pas de bon traitement de l'urticaire au froid (5). Les antihistaminiques peuvent certes supprimer la lésion mais il persiste une sensation de douleur et un érythème à l'exposition au froid. La cortisone et ses dérivés n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Certains patients ont été améliorés par une "désensibilisation" à l'histamine, qui consiste à administrer des doses quotidiennes progressivement croissantes de cette amine. Le mécanisme par lequel cette "désensibilisation" produit une rémission demeure cependant totalement inconnu. On peut aussi tenter "d'habituer" le patient au froid en lui faisant plonger une main quatre fois par jour, durant 15 minutes, dans un bain dont on abaisse quotidiennement la température. Ce procédé est fort long et pas toujours efficace (16). Un cas a été rapporté ou une injection de pénicilline a semblé faire cesser complètement la maladie (17).

La forme familiale d'urticaire au froid (5) est transmise selon un mode d'hérédité dominante, c'est-à-dire qu'au moins la moitié des membres de chaque famille est affectée. La première famille souffrant de cette maladie a été rapportée par Kile et Rusk en 1940 (18). Leur étude portait sur cinq générations et 23 des 47 sujets étaient atteints de cette affection. Les symptômes apparaissent en général dans les premières années de vie et durent toute la vie. La longévité cependant des sujets atteints demeure normale. Quelquefois, les symptômes sont frustes au début et deviennent de plus en plus marqués avec l'âge. Pour une raison que l'on ignore, seul le contact avec l'air froid précipite les crises. Ces patients en effet ne sont pas sensibles aux autres formes de froid. La crise est de durée variable suivant le temps d'exposition. Le malade présente en général un frisson avec fièvre, des arthralgies généralisées, une urticaire douloureuse et non prurigineuse et enfin une transpiration profuse avec céphalées, nausées et douleurs abdominales. Le test à la glace est en général négatif et il n'est pas possible de transmettre la maladie avec le sérum du malade atteint. On ne décèle dans ces cas aucune autre anomalie.

Résumé et conclusion

Nous avons présenté cinq cas d'urticaire au froid à forme sporadique et nous avons situé cette maladie dans le grand contexte des cryopathies. Une revue de la littérature nous a permis d'étudier successivement les aspects cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques de cette affection et de dire quelques mots sur la forme familiale. L'urticaire, d'une façon générale, est attribuée souvent à une cause allergique mais il est clair que ce symptôme peut être induit par de multiples autres facteurs dont le froid est un exemple. Il n'y a en effet aucune preuve qu'un mécanisme allergique est responsable de l'urticaire au froid et l'on doit s'élever, à mon sens, contre la terminologie allergie au froid et se contenter de ce terme purement descriptif "urticaire au froid" jusqu'à ce que le mécanisme intime de cette affection soit mieux connu.

Summary

Five cases of cold urticaria are described. A review of the etiological, clinical and therapeutic aspects of this disease is presented.

BIBLIOGRAPHIE

1. RITZMANN, E. S. et LEVIN, W. C.: Cryopathies: A Review, Classification, Diagnostic and Therapeutic Considerations. *Arch. Int. Med.*, **107**: 754, 1961.
2. JUHLIN, L. et SHELLEY, W. B.: Role of Mast Cell and Basophil in Cold Urticaria with Associated Systemic Reactions. *J.A.M.A.*, **177**: 371, 1961.

3. BOURDON, H.: Note sur l'Urticaire Intermittent. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **3**: 259, 1866.

4. KELLY, F. S. et WISE, R. A.: Observations on Cold Sensitivity. *Amer. J. Med.*, **15**: 431, 1953.

5. SHAFAR, J.: Cold Hypersensitivity States. *Lancet*, **2**: 431, 1965.

6. HORTON, B. J.; BROWN, G. E. et ROTH, G. M.: Hypersensitiveness to Cold. *J.A.M.A.*, **107**: 1263, 1936.

7. GOLDBERG, E. E. et PITTMAN, D. R.: Cold Sensitivity Syndrome. *Ann. Int. Med.*, **50**: 505, 1959.

8. SOLOMON, L. M.; STRAUSS, H. et LEZNOFF, A.: Localized "Secondary" Cold Urticaria. *Arch. Derm.*, **94**: 156, 1966.

9. SHATIN, H.: Manhattan Dermatological Society Transactions. *Arch. Derm.*, **85**: 784, 1962.

10. CHANG, T. W.: Cold Urticaria and Photosensitivity due to Griseofulvin. *J.A.M.A.*, **193**: 848, 1965.

11. MULLER, S. A.: Urticarial Sensitivity to Cold in the Tropics. *Arch. Derm.*, **83**: 930, 1961.

12. LEWIS, T.: Observations on Some Normal and Injurious Effects of Cold upon the Skin and Underlying Tissues. *Brit. Med. J.*, **2**: 795, 837, 869, 1941.

13. VALENTINE, W. N.; LAWRENCE, J. S.; PEARCE, M. L. et BECK, W. S.: The Relationship of the Basophil to Blood Histamine in Man. *Blood*, **10**: 154, 1955.

14. LINDELL, S. E.; NILSSON, K. et RORSMAN, H.: Metabolism of Histamine in Cold-Urticaria. *J. Invest. Derm.*, **36**: 17, 1961.

15. GOODMAN, L. S. et GILMAN, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics. 3e éd. p. 622. Hhe Macmillan Company, édit., New York, 1966.

16. BLACKMAN, N. S.: Hypersensitivity to Cold. *N.Y. St. J. Med.*, **59**: 2614, 1959.

17. OBERMAYER, M. E.: Treatment of Cold Urticaria with Penicillin. *Arch. Derm.*, **87**: 269, 1963.

18. KILE, R. L. et RUSK, H. S.: Case of a cold Urticaria with Unusual Family History. *J.A.M.A.*, **114**: 1067, 1940.

19. WINKELMANN, R. K.: Communication personnelle.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

RAPPORT SUR LA CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DU DIABÈTE [1]

Lise DAVIGNON [2]

INTRODUCTION ET BUTS

Malgré la découverte de l'insuline, la mortalité par diabète est restée sensiblement la même. Au Canada, en 1962, elle était encore de 11 par 100,000 de population. Il est impossible de juger de la prévalence du diabète dans la population en se basant sur la mortalité, car le diabète prédispose à plusieurs autres maladies, en particulier à l'artériosclérose, à la néphrite, à la névrite, au glaucome, pour n'en nommer que quelques-unes, et souvent les diabétiques succombent aux complications du diabète ou à d'autres maladies et ne sont plus alors classifiés comme tels.

Les campagnes de dépistage sont le seul moyen actuellement d'établir la prévalence de cette maladie dans une population. A Oxford (1) aux États-Unis, à la suite d'une de ces campagnes, on a trouvé un taux de prévalence de 1.99% et un taux de 0.8% cas de diabétiques inconnus, ces derniers représentant près de la moitié de tous les diabétiques. On est arrivé à des résultats à peu près identiques partout où l'on a établi des centres de dépistage (2, 3, 4, 5).

Il est important de diagnostiquer le diabète dès le début afin d'essayer, par un traitement adéquat et rapide, de prévenir les complications. Ces cas, en particulier la gangrène et la cécité, requièrent des soins hospitaliers très coûteux, sans compter qu'ils deviennent le plus souvent à la charge de la société. Au Canada, en 1961, 10% des 89,000 cas de cécité étaient dus au diabète.

A plusieurs endroits aux États-Unis, on a établi des centres permanents de dépistage du diabète. Dans la province de Québec, l'Association du Diabète a organisé à plusieurs reprises des semaines de dépistage. On utilisait les bâtonnets (clinistix) mais, par manque de vérification et de déclaration subséquentes, il a été impossible d'établir la statistique du nombre de cas trouvés lors de ces campagnes. C'est pourquoi l'Association, en 1963, a cru nécessaire d'établir un plan pilote de dépistage comprenant deux épreuves: une glycémie et une glycosurie; les personnes trouvées positives à l'une ou à l'autre de ces deux épreuves seraient suivies jusqu'au diagnostic final. Il serait ainsi possible:

1 — d'établir le pourcentage de diabétiques inconnus dans la population adulte étudiée;
2 — d'orienter ces personnes vers un traitement adéquat afin de réduire l'incidence des complications;
3 — enfin, d'établir le coût d'un programme de dépistage sur une base provinciale.

MÉTHODES

a) *Épreuves employées*

La recherche du sucre dans l'urine a été faite au moyen des bâtonnets (clinistix). Cette méthode est simple d'application, facile à interpréter et peu coûteuse. Cependant, elle ne peut être employée pour dépister les personnes prédiabétiques ou diabétiques au début qui ne passent pas de sucre dans leurs urines. C'est pour essayer de rejoindre ce dernier groupe, qui est le plus intéressant au point de vue médecine préventive, que nous avons ajouté la recherche du niveau de sucre sanguin au moyen du "Clinitron". Cet appareil automatique établit la glycémie à partir d'une goutte de sang capillaire par la méthode de Wilkerson-Heftmann. Les résultats sont qualitatifs, c'est-à-dire qu'ils indiquent si le niveau du sucre sanguin est plus ou moins élevé que le seuil choisi.

Cet appareil peut déterminer trois niveaux de sucre sanguin: 130 mg, 160 mg et 180 mg. Le choix doit se faire en tenant compte de la sensibilité et de la spécificité de chacun des niveaux. Comme nous n'avions aucun moyen de faire nous-mêmes de nouvelles épreuves sur les cas douteux, il nous a fallu choisir un niveau donnant le moins de faux positifs possible. Nous basant sur les données contenues dans le "Diabetes Program Guide", édité par le U.S. Department of Health, Education and Welfare (6), nous avons choisi comme seuils, pour la première année, les niveaux de 180 mg 1 heure après le repas et de 160 mg après 2 heures.

Les difficultés techniques et le petit nombre de glycémies positives nous amenèrent à prendre un niveau unique de 160 mg au cours de la deuxième année.

b) *Cliniques*

Nos moyens financiers trop restreints ne nous permettaient pas de faire de la publicité. Mais grâce à la collaboration des cliniques de donneurs de sang de la Croix-Rouge, nous avons pu sans aucun frais visiter la plupart des grandes industries

[1] Ce travail a été subventionné par le Ministère de la Santé de la Province de Québec (subvention fédérale-provinciale à la recherche sur la Santé publique).

[2] Associée de recherches à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal.

de Montréal et offrir nos services aux populations des différents secteurs de l'Île au cours des cliniques ouvertes. La section des diabétiques de l'Association du Diabète de la Province de Québec a aussi organisé trois grandes cliniques. Analyses de sang et d'urine étaient offertes à toutes personnes de 30 ans et plus non connues comme diabétiques, se présentant à ces diverses cliniques.

Les personnes trouvées positives à l'une ou l'autre épreuve ont été averties par lettre de nos résultats et invitées à se présenter chez leur médecin pour établir le diagnostic. Un mois après cette première lettre, un questionnaire a été adressé à toutes ces personnes, leur demandant si elles avaient subi de nouvelles épreuves et quel avait été le diagnostic posé.

Celles qui n'ont pas répondu à ce questionnaire reçurent par la suite jusqu'à quatre avis écrits et, pour certaines, des appels téléphoniques les incitant à donner suite à nos demandes.

Quelquefois, les analyses au clinitron ne sortent pas franchement positives; elles ne peuvent être considérées non plus comme négatives. Ces épreuves ont été classées comme douteuses et les personnes ayant présenté ces réactions ont été suivies comme les positives.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Nous avons considéré comme nouveau cas toute personne déclarée diabétique par son médecin à la suite de nos cliniques, quelles qu'aient été les épreuves employées pour établir le diagnostic. Le Tableau I donne les résultats détaillés pour chacune des années.

Sur 16,395 personnes vues, 118 nouveaux cas de diabète furent diagnostiqués, soit un pourcentage de 0.71%. La distribution de ces cas selon l'âge, telle que donnée dans le Tableau II, confirme l'opinion que cette maladie est plus fréquente chez les personnes au-dessus de 40 ans.

Sexe

Les femmes sont reconnues comme plus susceptibles au diabète que les hommes. Comme le travail s'est effectué surtout dans les industries, il n'est pas étonnant qu'un plus grand nombre de nouveaux cas aient été trouvés chez les hommes que chez les femmes. Soit 101 hommes pour 17 femmes. Mais il est étrange que la proportion des nouveaux cas chez les femmes soit la moitié moindre que celle des hommes, d'autant plus que proportionnellement les femmes sont dans des groupes d'âge plus avancé que les hommes (Tableau III).

Ce déficit peut s'expliquer par un pourcentage un peu plus faible de réponses à notre questionnaire parmi les femmes et aussi par le fait que moins de femmes ont suivi notre conseil de consulter leur médecin.

TABLEAU I

RÉSULTATS DE LA CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DU DIABÈTE DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL
1963-1965

Années	*No sujets*	*No positifs* *	*Nouveaux cas confirmés*	*Diabétiques connus*	*Sans réponse*
1963-1964	7739	377	40	25	57
1964-1965	8656	410	78	24	62
Total	16395	787	118	49	119
%		4.8	0.71		13.8

* Personnes ayant un clinistix positif et/ou une glycémie à 160 mg/100 ml.

TABLEAU II

RÉPARTITION SELON L'ÂGE DES NOUVEAUX CAS DE DIABÈTE

	< 29 ans	*30-39*	*40-49*	*50-59*	*60-69*	*70 +*
Pop. totale *	2459	5964	4686	2546	643	71
No. nouveaux cas	8	33	34	29	13	1
%	.32	.55	.72	1.1	2 0	1.4

* 26 personnes sans âge connu.

TABLEAU III

RÉPARTITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE DE LA POPULATION TOTALE

Age	*< 29*	*30-39*	*40-49*	*50-59*	*60-69*	*70 +*
Hommes no. total	1878	4825	3358	1633	326	30
% de la population	15	39	27	13	2	0.2
No. nouveaux cas	8	28	34	23	7	1
Femmes no. total	581	1139	1328	913	317	41
% de la population	13	26	31	21	7	0.9
No. nouveaux cas	—	5	—	6	6	—

Hérédité

Le diabète est connu comme une maladie à caractère héréditaire. C'est pourquoi les familles de diabétiques connus constituent la population à laquelle le dépistage devrait s'adresser en premier lieu. Ford (7) rapporte avoir détecté 4.2% de nouveaux cas parmi les parents de diabétiques, soit quatre fois plus que dans la population normale. Dans notre étude, 43.5% des nouveaux cas avaient une histoire familiale suggestive alors que les proportions chez les non-confirmés et les négatifs étaient respectivement de 24.4% et 14.7%.

Obésité

L'obésité peut être un facteur important dans l'apparition du diabète. Il semble que les personnes obèses soient plus aptes à développer la maladie. Ce facteur est très important dans notre pays où la population est plutôt suralimentée. Sachant les données biométriques essentielles de nos sujets positifs aux épreuves d'élimination, nous avons utilisé les tables de la Metropolitan Life (8) pour établir le poids idéal de chacun en égard à son poids actuel et à sa constitution. D'après ces critères, 60.6% des nouveaux cas et 53.5% des non-confirmés avaient un poids au-dessus de la normale.

Coût

Un des buts de notre étude était d'établir le coût d'un programme de dépistage sur la base provinciale. Tout le travail a été effectué pour une somme globale d'un peu moins de $12,000.00, ce qui représente un prix de revient de $0.73 par personne vue. Si les unités sanitaires s'occupaient de ce programme, ce coût pourrait être réduit à $0.40 ou $0.50 par personne en employant le dextrostic et le clinistix. Même si on ajoute les frais des épreuves complémentaires pour les personnes trouvées positives, le prix d'un tel programme reste encore dans des limites très modestes, si on le compare au coût de l'hospitalisation des diabétiques comme l'indique l'exemple suivant. En 1962, au Canada, selon les statistiques de morbidité hospitalière (9), le nombre de séparations ou départs de l'hôpital, par 100,000 habitants, avec mention de diabète comme diagnostic, était de 127 pour les hommes et de 183 pour les femmes. Sachant que la durée moyenne de ces séjours fut de 19.5 jours pour les hommes et 22.5 jours pour les femmes, on peut calculer les sommes dépensées pour cette maladie dans une population de 5,000,000 d'habitants, qui est à peu près celle de la province de Québec. En employant le taux du coût moyen par jour d'hospitalisation au Canada en 1962, qui était de $18.30 (10), on arrive à la somme de $6,033,510.00 pour la province de Québec seulement. Et encore s'agit-il ici d'une somme minimum, car plusieurs personnes sont hospitalisées pour complications de leur maladie et ne sont pas enregistrées dans les statistiques sous la rubrique diabète.

Il faudrait aussi ajouter que 10% des cécités sont dues au diabète, qu'un bon nombre, sinon la totalité, de ces cas reçoivent des pensions, et que 14% (11) des soins à domicile prodigués par les infirmières visiteuses vont aux diabétiques.

Pour être un peu plus près de la vérité, il faudrait aussi ajouter le coût de l'insuline ou autres médicaments indispensables à la survie de ces malades. Selon le rapport Hall, les diabétiques à eux seuls représentent 2% des ordonnances.

Les résultats rapportés ici se comparent avantageusement à ceux qu'on a obtenus ailleurs dans les mêmes circonstances (annexe I du rapport des experts de l'OMS sur le diabète sucré (5)).

Ces résultats déterminent-ils la proportion de diabétiques inconnus dans la région de Montréal ? Notre façon de procéder et surtout les niveaux élevés d'élimination choisis nous ont probablement fait passer à côté d'un bon nombre de cas. De plus, les analyses faites pour poser le diagnostic final nous ont, à tort ou à raison, acquis ou perdus, selon le cas, un certain nombre de sujets, comme

TABLEAU IV

ANALYSES COMPLÉMENTAIRES FAITES CHEZ LES PERSONNES TROUVÉES POSITIVES AUX ÉPREUVES D'ÉLIMINATION

	Epreuves d'élimination positives		*No. d'analyses complémentaires faites* *Vu médecin*	*Glyc. provoquée*	*Glyc. et glycosurie*	*Glycémie*	*Glycos.*	*Pas vu médecin*
	Gly. et clinistix	9	9	1	6	2	—	—
Confirmées	Glycémie	10	10	—	9	1	—	—
118	Clinistix	99	99	13	74	2	10	—
	Gly. et clinistix	7	5	—	3	1	1	2
Non-confirmées	Glycémie	94	69	4	41	8	6	25
502	Clinistix	401	331	37	204	30	69	70

on peut le remarquer dans le Tableau IV. En effet, 10 personnes, soit 8% des nouveaux cas, ont été confirmées diabétiques par leur médecin après une seule analyse d'urine et 76 autres personnes parmi les non-confirmées, soit 15%, ont été déclarés négatives sur la foi de la même épreuve. Ces diagnostics sont sujets à caution mais dans les circonstances, nous sommes obligés de les accepter tels quels. Il est évident que la nécessité d'une éducation médicale dans ce domaine s'impose.

CONCLUSION

Sans aucune publicité nous avons obtenu 0.71% de nouveaux diabétiques dans la population de 30 ans et plus de la région métropolitaine de Montréal. Ce chiffre est un minimum, croyons-nous, à cause des seuils élevés choisis pour l'élimination. Ces résultats se comparent à ceux qu'on a obtenus ailleurs. Ils démontrent qu'environ 1% de notre population adulte est composée de diabétiques qui s'ignorent et qu'un service de santé est justifié de tout mettre en œuvre pour dépister ces cas.

La forte proportion des gens (79%) qui ont répondu à nos questionnaires, et parmi eux, le petit nombre de refus (14%) de consulter le médecin, montrent l'intérêt que le public porte à sa santé et la bonne collaboration qu'il est prêt à apporter à ceux qui veulent s'en occuper.

La raison invoquée le plus souvent pour ne pas consulter le médecin fut le manque d'argent, ce qui laisse supposer que la presque totalité des personnes trouvées positives auraient donné suite à nos recommandations si les moyens de diagnostic avaient été mis à leur disposition sans frais. Les laboratoires d'hôpitaux ne sont pas présentement des centres de dépistage pour la population hors de l'hôpital, mais ils pourraient recevoir des personnes trouvées positives à des épreuves d'élimination si l'assurance-hospitalisation couvrait les frais d'analyses de laboratoire complémentaire pour ces cas. Même dans le cadre de l'assurance-santé, le dépistage est nécessaire, car il faut trouver les diabétiques, si possible avant l'apparition des signes cliniques, les cas que nous recherchons n'iraient pas consulter leur médecin s'ils n'étaient pas dépistés. Chaque unité sanitaire devrait avoir un centre de dépistage du diabète: cette recommandation est justifiée par le nombre de diabétiques inconnus dans la population adulte et par le peu de frais requis par un tel dépistage comparé aux dépenses élevées qu'engendrent la maladie et ses complications.

S'il est logique de penser qu'un traitement précoce puisse réduire le nombre et la gravité des complications du diabète, la preuve de cette assertion ne sera faite que lorsqu'un bon système de dépistage aura été mis sur pied et aura fonctionné pendant quelques années pour permettre d'apprécier les résultats en ce sens. Devant l'importance des sommes présentement dépensées pour cette maladie, il est urgent d'obtenir une réduction par tous les moyens possibles.

Résumé

Au cours des années 1963-1965, l'Association du Diabète de la Province de Québec, en collaboration avec les cliniques de donneurs de sang de la Croix-Rouge, a offert à toutes les personnes se présentant à ces cliniques une glycosurie au moyen du "Clinistix" et une glycémie. Sur les 16,395 personnes vues, 331 ont eu une ou deux épreuves positives; de ce nombre, 118 ont été déclarées diabé-

tiques par leur médecin, soit 0.71% dans toute la population examinée.

Ces résultats se comparent à ceux obtenus ailleurs. Ils démontrent qu'environ 1% de notre population adulte est composée de diabétiques qui s'ignorent.

Chaque Unité sanitaire devrait avoir un centre de dépistage du diabète: cette recommandation est justifiée par le nombre de diabétiques inconnus dans la population adulte et par le peu de frais requis pour un tel dépistage, comparé aux dépenses élevées qu'engendrent la maladie et ses complications.

S'il est logique de penser qu'un traitement précoce puisse réduire le nombre et la gravité des complications du diabète, la preuve de cette assertion ne sera faite que lorsqu'un bon système de dépistage aura été mis sur pied et aura fonctionné pendant quelques années pour permettre d'apprécier les résultats en ce sens.

Summary

From April 1963 to April 1965, thanks to the cooperation of the blood donors clinics of the Red Cross, "L'Association du Diabète de la Province de Québec" has been able to offer a glycemia and a glycosuria to each person presenting himself to these clinics. Among the 16,395 persons who took advantage of this offer, 331 have been found positive to one or both tests. From this last group, 118 have been declared new cases of diabetes by their doctor or 0.71% of the total population studied.

These results can be favorably compared to those obtained elsewhere. They show that about 1% of our adult population are unknown diabetics.

Each Health Unit should have a diabetic screening center. This recommendation is based on the number of unknown diabetics in the adult population and on the fact that the cost of a screening is much less than that of hospitalisation for the disease and its complications.

Even if it is logical to think that early treatment will reduce the number and severity of diabetic complications, we will have the proof of this only after a good screening program has been in action for a number of years.

REMERCIEMENTS

Nos plus sincères remerciements à Mlle A. Lasnier, i.l., et à Mme P. Pilon, i.l., qui furent responsables des cliniques et à la Compagnie Pfeizer qui nous a gracieusement offert le Clinitron. Nous tenons aussi à remercier la Croix-Rouge et les organisateurs des cliniques de Donneurs de sang, pour leur précieuse collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

1. WILKERSON, H. L. et KRALL, L. P.: Diabetes in a New-England town. *J.A.M.A.*, **135**: 209, 1947.
2. MEYER, J. W.: Continuous diabetes screening in a rural area. *Public Health Rep.*, **75**: (9), 784, 1960.
3. KENNY, A. J.; CHUTE, A. L. et BEST, C. H.: A study of the prevalence of diabetes in an Ontario community. *C.M.A.J.*, **65**: 233, 1951.
4. College of General Practitioners Working Party. A diabetes survey. *Brit. Med. J.*, **1**: 1497, 1962.
5. W.H.O. Technical Report No 310. Diabetes mellitus, 1965.
6. Diabetes Program Guide, U.S. Dept. Health, Educ. and Welfare Public Health Serv. Pub. no 5-6, revised 1960.
7. Ford, M. J. et GLEEN, B.: Undetected diabetes among the relative of diabetics. *Southern Med. J.*, **44**: 239, 1951.
8. Table du poids idéal moyen pour les deux sexes. Bureau des Statistiques, Metropolitan Life Co., 1943. From Merck Manual Copyright, 1950.
9. Hospital Morbidity Statistics, Dept. Nat. Health and Welfare, édit., Ottawa, 1964.
10. Rapport annuel du Ministère de la Santé du Québec. Service de l'Assurance-Hospitalisation, p. 254, 1963.
11. Commission royale d'enquête sur les services de santé. Vol. 1, p. 180, 1964.

VARIÉTÉS

L'ÉVOLUTION MÉDICALE AU CANADA

Edouard DESJARDINS

I. — LA MÉDECINE PRIMITIVE AU CANADA

L'évolution médicale au Canada s'est accomplie lentement au passage des siècles; le rythme de sa progression s'est accordé à la cadence des événements politiques et sociaux. La médecine des aborigènes, primitive quoique séculaire, était répandue dans tout le pays au moment de la découverte de Jacques Cartier. Champlain et ses successeurs ont implanté au Canada la pratique de la médecine coloniale française. Les conquérants de 1760 ont, à leur tour, apporté les formules anglaises. Moins d'un siècle plus tard, la médecine canadienne a affirmé ses droits à l'autonomie.

Les premiers actes médicaux posés au Canada datent de la pénétration du continent par les Indiens. Leurs guérisseurs connaissaient la manière de traiter les plaies de guerre ou de la chasse; ils avaient reconnu la valeur thérapeutique de nombreuses plantes.

Ils s'acquittaient de leur tâche avec succès, puisque les explorateurs du seizième et du dix-septième siècles ont été unanimes à trouver que la population indigène était robuste et saine. Ils s'étaient adaptés au climat et ils trouvaient facilement par la chasse et par la pêche les aliments dont ils avaient besoin.

Jacques Cartier dut en 1535 hiverner à Stadacona avec l'équipage de ses trois navires. Les provisions de bouche apportées de France étaient peu variées et réduites à leur plus simple expression. Les compagnons de Jacques Cartier surent se contenter de peu, jusqu'au moment où un mal mystérieux apparut. 75 marins furent atteints et 25 en moururent.

Le chef de l'expédition, inquiet pour le reste de ses troupes, demanda alors conseil à un chef indien ami.

Celui-ci reconnut les symptômes familiers d'une maladie curable par un traitement simple: boire le jus des feuilles de l'annedda, un cèdre appelé: "Thyja occidentalis". Les indigènes avaient depuis longtemps observé que les fruits acides desséchés prévenaient

> "l'état de carence qu'est le scorbut. Ils en faisaient d'amples provisions pour l'hiver non pas tant pour s'en nourrir que pour prévenir l'épidémie".[1]

Le Père Lejeune rapporta, en 1637, les paroles du conseiller de Jacques Cartier:

> "Il faut que tu vives dorénavant comme nous et que nous te découvrions notre mangé, qui n'est autre chose que du bouillon clair avec des fraises . . . Il y avait (peu de probabilité) de trouver des fraises au mois de janvier; mais nos Sauvages en gardent de seiches. Ce fut à qui en mangerait, afin de n'estre point malade . . . En beaucoup d'endroits, contrées, isles et pays, le long des rivières et dans les bois il y a si grande quantité de Bluës . . . que les Sauvages en font sécherie pour l'hyver . . . et cela leur sert de confiture pour les malades".[2]

La médecine des indigènes était faite d'empirisme et de magie. Ils étaient d'une constitution solide; ils faisaient beaucoup d'exercice et ils mangeaient sans abus.

> "Les exercices violentes que font les sauvages, — selon le Père Lafitan —, leurs voyages et la simplicité des viandes dont ils se nourrissent les exemptent de beaucoup de maladies qui sont les suites d'une vie molle et peu agissante. On voit parmi eux peu de gens contrefaits de naissance, ils ne sont sujets ni à la goutte, ni à la gravelle, ni à l'apoplexie, ni à la mort subite et ils ne connaîtraient peut être pas les petites véroles, le scorbut, la pourpre, la rougeole et la plupart des autres maladies épidémiques sans le commerce des Européens".[3]

De son côté, le Père Jacques Marquette avait fait une étude psychologique et sociale dont certains détails sont à retenir:

> "leur naturel est doux et traitable; nous l'avons expérimenté dans la réception qu'il nous ont faite. Ils ont plusieurs femmes dont ils sont extrêmement jaloux. Ils les veillent avec un grand soin, et ils leur coupent le nez ou les oreilles quand elles ne sont pas sages. J'en ai vu plusieurs qui portaient les marques de leurs désordres . . . Ils vivent de chasse qui est abondandte et de blé d'Inde dont ils font toujours une bonne récolte . . . Ils sont libéraux dans leurs maladies et croient que les médicaments qu'on leur donne opèrent à proportion des présents qu'ils auront faits au médecin . . . Certains par la profession qu'ils font d'une vie extraordinaire, passent pour des manitous, c'est-à-dire pour des

[1] PARISEAU, Léo: En marge du récit de la grosse maladie du Capitaine Cartier, Journ. Hôtel-Dieu de Mtl. **3**: 1934.

[2] LEJEUNE, Père: Relations des Jésuites, Paris, 1637.

[3] DUMAS, Paul: La médecine au Canada dans La Médecine au Foyer, 3e édition, Grolier, Montréal, 1964.

génies ou des personnes de conséquence . . . La maladie était considérée souvent comme procédant d'une origine maléfique; elle pouvait provenir d'un mauvais sort jeté par un ennmi ou par un sorcier ou survenir comme une punition infligée par le mauvais Manitou que seul le féticheur pouvait combattre".[4]

L'histoire médicale indigène a été relatée par un autre missionnaire, le Père Jean de Lamberville qui apprit un jour qu'un Indien avait

"un ulcère qui lui avait rongé la moitié de l'estomac et le faisait mourir peu à peu sans qu'il eut pu trouver ni de remède à son mal, ni médecin qui se chargeât de le guérir. On m'avait envoyé de l'onguent souverain pour les ulcères; le premier emplâtre que j'en fis nettoya si bien la plaie de ce jeune homme que les vers cessèrent de s'y former. Je le pansai tous les jours pendant un mois et demi que mon remède dura. Cet ulcère qui était auparavant de plus d'un demi-pied et trois doigts avait été tellement réduit que tous ceux qui l'avaient vu auparavant ne pouvaient assez louer l'efficacité de mon remède. Mais hélas ! il me manqua alors ce qu'il était le plus nécessaire pour achever cette cure . . . (si bien) . . . qu'il est décédé avec toutes les marques d'un prédestiné. Voilà ma chirurgie bien récompensée".[5]

Les Indiens du Canada s'éloignaient de certains malades atteints de maladie infectieuse, car ils avaient remarqué les dangers de contagion et d'épidémie.

"Ils les confinaient généralement dans une cabane, érigée dans un coin solitaire de la forêt. Rond, en forme de tourelle ou de pyramide élevée, muni à son sommet d'une ouverture par laquelle s'échappaient la fumée et, croyaient-ils, les miasmes délétères, cet hôpital improvisé servait d'abri au contagieux jusqu'à ce que la maladie l'emportât. Pendant cette période de réclusion, parents et amis lui portaient vêtements et nourriture".[5]

S'ils craignaient les maladies infectieuses, les Indiens ignoraient l'hygiène individuelle; ils avaient toujours les mains sales et ne les lavaient que si elles étaient souillées de sang ou de terre; par contre, ils évitaient de tousser ou d'éternuer en public. Les vêtements étaient rudimentaires; à l'été les hommes ne recouvraient que la partie inférieure du corps, les femmes portaient un vêtement qui allait des épaules à la hauteur des genoux. Le costume d'hiver était fait de peaux de bête.

Les Indiens pratiquaient la saignée et ils savaient cautériser les plaies au moyen du fer rouge. Ils avaient une confiance absolue dans les bains d'étuve qu'ils appelaient des "sueries". D'après Sagard

"Quand un Indien veut préserver sa santé, prévenir les maladies et leur couper le chemin, il invite plusieurs de ses amis pour suer avec lui . . . Faire d'abord un grand feu, l'allumer et l'attiser soigneusement . . . Dans ce feu, on fait rougir quantité de cailloux . . . (disposés) . . . au centre d'une cabane ronde et basse préalablement recouverte . . .".[5]

Les guérisseurs indiens étaient des sorciers, des féticheurs ou des herboristes. Ces derniers connaissaient à fond les vertus des plantes; ils possédaient les recettes qui permettaient de produire des émétiques, des purgatifs, des diurétiques. Les vertus des racines et des écorces leur étaient familières. Ils utilisaient les vulnéraires, les fébrifuges et ils donnaient à leurs malades des potions dont ils garantissaient l'effet magique. Le thé des bois, le cascara, l'angélique et la salsepareille étaient leurs décoctions préférées. Ils ne possédaient aucune immunité naturelle contre les maladies que les Européens avaient apporté avec eux.

"Les indigènes avaient leurs docteurs et leurs jongleurs qui comptaient sur nombre des chefs de la tribu; tous leur portaient le plus grand respect, non seulement à cause de leurs connaissances en matière médicale, mais plus particulièrement à cause de leurs talents en magie et en mystère".[6]

Les guérisseurs traitaient les fractures et les contusions par l'application d'eau froide venant de sources ou de ruisseaux; les ulcères et les plaies suppurées étaient mis au contact d'une décoction d'écorce d'orme rouge et de tilleul ou enveloppés de cataplasmes à base d'écorce résineuse d'épinette rouge. Des bourgeons de tremble bouillis avec du suif formaient un onguent utilisé dans les cas rebelles. Les membres disloqués étaient remis en place par des mouvements rotatoires pratiqués à la force d'hommes.

"Ils remettaient les fractures avec soin et maintenaient des éclisses en cèdre ou en genêt à balai ingénieusement matelassées par des indiennes avec des feuilles ou de l'herbe solidement fixées

[4] Missions du Canada: Relations inédites de la Nouvelle France (1672-1679), Charles Douniol, Paris, 1861.

[5] BOISSONNAULT, C. M.: Histoire de la Faculté de Médecine de Laval, Les Presses Univ. Laval, Qué. 1953, p. 24.

[6] HINGSTON, W. H.: Discours sur la chirurgie (traduit de l'anglais). Un. Méd. Can. 2: 481, 1873.

autour de la partie malade avec des liens de jeune bouleau".[6]

. . . Les indigènes avaient horreur des amputations et ils qualifiaient les médecins civilisés d'un mot sauvage qui voulait dire: coupeur".[7]

Assez souvent et à l'encontre de leur répugnance naturelle, les indigènes devaient subir l'amputation d'un membre; le jongleur-chirurgien faisait alors la désarticulation avec un couteau de pierre ou au moyen d'un instrument de métal aussi tranchant que l'acier. Les Amérindiens supportaient avec stoïcisme ces mutilations et ils n'émettaient aucune plainte. Les morsures d'animaux, chiens ou loups, étaient fréquentes, mais elles n'entraînaient pas la mort. La prévention exigeait une technique simple.

"On allume un feu que l'on alimente avec du fumier séché de bison, du cuir, des cornes; on coud ensuite celui qui a été mordu dans une peau de bison, le poil en dehors, en ayant soin de laisser une ouverture par la bouche; plaçant ensuite le blessé sur une autre peau semblable, on le met au-dessus du feu, jusqu'à ce qu'il s'écrie; le feu brûle: celui-là n'aura jamais la rage".[7]

Chaque guérisseur avait son propre sac à merveilles, fait de peau de belette, de castor, de loutre ou d'ours.[8] Les traitements étaient variables; certains traitaient les brûlures et les coupures par un onguent fait avec des boutons de peuplier bouillis avec du saindoux, les furoncles par des cataplasmes de feuilles de plantain ou de gomme de sapin et de suif; dans l'entorse, on mettait une peau d'anguille autour du membre; en faisant asseoir le malade sur un vase contenant des cendres rouges saupoudrées de résine, on pensait faciliter la cure des hémorroïdes. La cystite demandait des infusions d'écorce de frêne; la gomme de sapin était indiquée dans la pharyngite et l'amygdalite.[9]

Le contact des blancs valut aux indiens l'apport de maladies contre lesquelles ils n'avaient pas d'immunité naturelle. La tuberculose, par exemple, leur fut plus meurtrière que les incursions armées des colonisateurs.

La civilisation occidentale se manifesta ainsi d'une manière imprévue. Elle apporta heureusement une médecine apte à parer aux atteintes des maux nouveaux.

[7] LACOMBE, O.M.I., Père: La médecine chez les sauvages de l'Amérique du Nord. Union Méd. Canada **3**: 327, 1874.
[8] PARISEAU, Léo: Notes gastronomiques et médicales sur les ours du Canada. J. de l'Hôtel-Dieu **2**: 66, 1933.
[9] ROY, C.: Littérature orale en Gaspésie. Médecine populaire, p. 61, 1 vol. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1955.

II. — LA MÉDECINE AU CANADA SOUS LA DOMINATION FRANÇAISE

La fondation de la colonie française exigeait la présence de médecins, d'apothicaires et de chirurgiens. Louis Hébert et Robert Giffard furent parmi les premiers officiers de santé.

Les médecins étaient pour la plupart originaires des côtes de l'Atlantique. Malheureusement rares étaient ceux qui avaient reçu une formation scientifique; beaucoup appartenaient à la confrérie des barbiers-chirurgiens, qui exigeait peu de ses candidats et leur enseignait encore moins:

"Nous savons que leurs examens n'étaient pas très pénibles. Il suffisait d'avoir fait le chef d'œuvre qui consistait à peigner, rongner et fouiller une barbe . . . fabriquer de ses propres mains des lancettes convenables à saigner, prouver que l'on savait distinguer une artère d'une vainne". Leur entraînement était rudimentaire et les autorités pensèrent qu' "au lieu des lancettes, on devrait obliger (le barbier-chirurgien) à disséquer publiquement un corps humain et à répondre aux questions qui lui seraient posées".

La majorité d'entre eux n'avaient qu'une connaissance élémentaire de l'anatomie de surface. Il y eut de glorieuses exceptions, par exemple Michel Sarrazin, diplômé de l'Université de Reims, qui arriva au Canada en 1685. Quatorze ans après son arrivée à Québec, il était admis à l'Académie des Sciences de Paris. Il fut nommé, en 1700, médecin du roi et de tous les hôpitaux de la Nouvelle-France. En 1704, Michel Sarrazin offrit au Jardin des Plantes de Paris, un spécimen de 200 plantes canadiennes; ces plantes étaient pour un bon nombre médicinales; diurétiques, purgatives, émétiques, cathartiques, analgésiques, anti-convulsives, vomitives et antivenimeuses. Tournefort donna le nom de Michel Sarrazin à une plante canadienne: la Sarracena purpurea. En 1730, Michel Sarrazin décrivit aux savants français la valeur du suc de l'érable dans une communication intitulée: Acer canadense saccariferum fructu nimori.[10-11]

Au milieu du dix-huitième siècle, le charlatanisme était si répandu dans le pays que l'Intendant Bigot dût restreindre, par un édit daté du 12 juin 1750, les privilèges de ceux qui se piquaient de soigner les malades.

La guerre avec les Anglais qui conduisit à la cession du Canada donna aux Services de Santé

[10] PARISEAU, Léo: Michel Sarrazin, J. de l'Hôtel-Dieu de Montréal **2**: 1934.
[11] VALLE, Arthur: Michel Sarrazin, Garneau, Qué.

de l'Armée française l'occasion de déployer ses activités:

"L'ardeur inouie des officiers et des troupes des deux partis engagés dans la bataille, la sévérité des bombardements infligés à certains de nos forts à Louisbourg et à Québec, imposent au Service de Santé des efforts d'autant plus intensifs pour assurer la relève des blessés et leur évacuation que les chirurgiens des bataillons et le personnel hospitalier sont réduits au minimum et que, par ailleurs, il importe de protéger les blessés et les prisonniers contre les pratiques barbares des sauvages incorporés dans les rangs des troupes franco-canadiennes et anglo-américaines" . . .

"Les sauvages des deux partis se livrent, à toute occasion, au pillage et même à l'agression des prisonniers ou des blessés que de plus il faut arracher de leurs mains si l'on veut éviter qu'ils ne les scalpent, les tuent ou les achèvent".[12]

Il y eut, dans les derniers cinquante ans du régime français d'excellents médecins: Philippe-Louis Badelart, Jacques Dénéchaud, François-Joseph Rainbaut, Jean-Baptiste Rieutord, Jean François Gauthier, Antoine Briault, Philippe Laboissière, Louis Lafourcade, Louis Landieux, Daniel Debonne et Jean-Baptiste Jobert.[13] La contribution des médecins français arriva à contrebalancer les effets désastreux causés par les guérisseurs et par leurs médications et manœuvres empiriques. Même éloignés de la mère patrie, les praticiens du nouveau-monde cherchaient à se tenir au courant des découvertes; les bateaux venus de France, qui amenaient des recrues médicales, étaient les seuls moyens de communication, et encore uniquement de la fin du printemps au milieu de l'automne.

Les chirurgiens étaient à l'époque assistés par les soldats-fraters; on en comptait 35 en 1688 et 42 en 1757. Ces fraters étaient des individus incultes, ignorant tout de la médecine, qui jouaient auprès des chirurgiens le rôle d'ordonnances, et souvent profitaient de leur titre pour exercer illégalement la médecine, mais qui n'avaient pas le grade d'officiers ou même de sous-officiers.

Les médecins et chirurgiens n'étaient pas plus ni moins savants que leurs collègues de France. La chirurgie se faisait à froid et elle consistait surtout dans l'ouverture des abcès, l'exérèse des tumeurs superficielles, la réparation des plaies, la réduction et l'immobilisation des fractures et des luxations, la cure des hémorroïdes et des fistules anales, l'exérèse du cancer du sein. Le cautère servait à faire l'hémostase; les pommades recouvraient les surfaces cruentées.

La perte de la Nouvelle-France fut désastreuse pour la médecine. Garneau a écrit que "le Canada perdit, par cet exil volontaire une population précieuse par sa bravoure, son expérience, ses lumières et sa connaissance des affaires publiques et commerciales". Vingt-cinq à trente médecins restèrent au Canada.[14]

En résumé, la période de 1608-1760 ne fut pas catastrophique au sens médical; les colons de la Nouvelle-France eurent les meilleurs soins pour l'époque; les hôpitaux étaient modestes, mais bien tenus. Le dévouement des religieuses infirmières et celui des médecins suppléaient à l'indigence scientifique et à la pénurie des moyens disponibles pour accomplir l'œuvre thérapeutique dans sa plénitude.

III. — LA MÉDECINE CANADIENNE SOUS LE RÉGIME ANGLAIS

Les lois françaises, qui régissaient l'exercice de la médecine depuis le début de la colonie, devinrent caduques à l'avènement du régime anglais. Pendant environ quinze ans, faute de législation appropriée, les charlatans et les guérisseurs de tout acabit eurent beau jeu et donnèrent libre cours à leurs fantaisies thérapeutiques.

La coutume de purger, de saigner et de faire transpirer le malade continua. Cette tradition ne cessa pas de sitôt, puisque Worthington a écrit qu'au milieu du XIXe siècle, la saignée était une pratique courante. Dans une langue savoureuse, il a dit:

"forty years ago, or maybe even less, a medical man would as soon have dreamed of going to church without his prayer-book, or going to bed without saying his prayers, as of going out on his daily sound of duty without his lancet-case in his pocket. It was considered the correct thing to be bled at least every spring".[15]

[12] DES CILLEULS, Jean: L'œuvre du Service de Santé au cours de la guerre de 1755-1760. Hist. de la Méd. **10**: 16-40 (av.) 1960 et 8-55 (mai) 1960.

[13] NADEAU, Gabriel: Le dernier chirurgien du roi à Qué. Antoine Briault (1742-1760). Un. Méd. Can. **80**: 705, 855, 981, 1106, 1951 et **81**: 51, 63, 1952.

[14] LANCTOT, Gustave: Faussaires et faussetés en histoire canadienne, p. 33 et 34. Editions Variétés, Montréal 1948. On y lit: Un érudit, le juge Baby, établit la présence au Canada après la conquête, de 131 seigneurs, 106 nobles et notables, 119 négociants, 22 hommes de loi et 13 médecins formant un total de 390 personnes des classes dirigeantes sur une population de 70,000 ce qui constitue une excellente proportion et ne révèle certainement pas une désertion du pays par l'élite".

Les médecins canadiens, qui exerçaient de 1763 à 1788, avaient une formation très limitée; ils avaient dû apprendre leur métier comme clercs auprès d'un médecin licencié; leur compétence était déterminée par le gouverneur général ou son Conseil. Pierre de Sales Laterrière, François Blanchet, Jacques Labrie et Pierre Beaubien furent parmi les premiers Canadiens à faire leurs études médicales à l'étranger.[15-16]

Inquiètes des abus flagrants et des dangers que constituait un exercice sans contrôle de la médecine, les autorités politiques décidèrent de promulguer une législation ad hoc. La loi médicale de 1788, interdisait la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique à ceux qui ne possédaient pas une licence spéciale décernée par le Gouverneur Général du Canada. La loi était incomplète, car elle ne couvrait que les territoires des villes de Québec et de Montréal; c'est dire que tout le reste du pays restait accessible aux charlatans.

La loi médicale permettait la pratique de la médecine, sans autre obligation, à tous les chirurgiens de l'armée et de la marine anglaises; leur commission d'officier médical était considérée comme une garantie suffisante de compétence. Les médecins anglais avaient étudié à Londres ou à Edimbourg. Comme leurs prédécesseurs français, leurs connaissances scientifiques étaient à l'échelle du savoir de l'époque et elles étaient basées sur les mêmes critères éducatifs; l'Angleterre et la France avaient eu une évolution culturelle parallèle et égale; seuls les individus étaient différents; le tempérament anglosaxon était aux antipodes du latin. Les malades canadiens-français s'adaptèrent à la nouvelle situation, dès qu'ils purent communiquer dans leur langue avec les médecins anglais.

L'histoire médicale sous la domination anglaise se divise en deux périodes distinctes. La première va de 1765 à 1820 et la seconde de 1820 à 1860. Osler a dépeint la situation dans une conférence. Il a souligné l'influence de Hunter dans la formation des médecins anglais du XVIIIe et du XIXe siècles: [17]

"Sa carrière de chirurgien de l'armée, ses écrits sur des sujets intéressant les médecins militaires, firent que ses œuvres et ses méthodes se propagèrent durant les guerres de France et la guerre de l'Indépendance . . . Hunter eut un certain nombre d'étudiants coloniaux distingués, dont deux devinrent des professeurs de renom . . . William Shippen . . . et Philip Syng Physick. Pendant au-delà d'une génération, Physick n'eut pas d'égal en chirurgie en Amérique, et jouit d'une réputation qui ne fut égalée que par celle de Rush . . . Hunter était un naturaliste pour qui les processus pathologiques ne constituaient qu'une partie d'un tout immense gouverné par une loi, mais impossible à comprendre tant que les faits n'auraient pas été réunis, classifiés et raisonnés . . . Il fit de tous les médecins penseurs des naturalistes; il rendit de la dignité à l'étude de la vie organique, il rétablit une union étroite entre la médecine et les sciences naturelles . . . L'influence de Hunter a permis l'orientation des œuvres médicales dans le sens biologique. Plusieurs des meilleurs médecins du Canada étaient des naturalistes, Bibaud pour ne citer qu'un exemple connu . . . Depuis la reddition de Québec, en 1759, jusqu'en 1820, la population anglaise s'était augmentée par la colonisation du Haut-Canada . . . par des loyalistes de l'Empire-Uni venus des États-Unis, et, après la guerre de 1812, par des colons des vieux pays. Les médecins de ces régions peu peuplées étaient, ou bien des jeunes gens cherchant fortune dans la nouvelle colonie, ou bien des chirurgiens militaires restés au pays après la guerre de la Révolution et celle de 1812. L'élément militaire donna pendant quelques années un cachet particulier à la profession. Ces chirurgiens étaient des hommes énergiques et habiles, . . . accoutumés à l'ordre, à la discipline et aux règlements . . ." . . . "La renaissance de la médecine, en Angleterre, est due directement aux Français . . . L'orientation nouvelle de l'allégeance devint très évidente dans les mémoires de médecine; mais les hommes plus encore que les livres, changèrent le cours des idées professionnelles . . . Après 1825, les étudiants américains n'allèrent plus à Edimbourg, ou à Londres, mais à Paris, et l'on peut dire que, de 1830 à 1860, tout professeur ou écrivain de renom a passé sous le joug gaulois.

. . . "Au Canada, la période de 1820 à 1860 vit l'établissement des universités et écoles de médecine anglaises. A Montréal les facteurs furent entièrement écossais. La Faculté de Médecine de McGill fut organisée par des écossais, et elle a suivi de près, depuis ses débuts, les méthodes

[15] HEAGERTY, John J.: Four Centuries of Medical History in Canada. The MacMillan Co., édit., Toronto, 1928, vol. 1 et 2.

[16] ABBOTT Maude E.: History of Medicine in the Province of Quebec. McGill Univ., édit. Montreal 1931.

[17] OSLER, William: La médecine anglaise dans la Nouvelle Angleterre, Traduction française. Un. Méd. Can. 25: 595, 1897.

d'Edimbourg . . . "L'influence locale française sur la médecine anglaise au Canada a été très légère. Dans les premières décades du siècle, lorsque les villes étaient plus petites et les relations entre Anglais et Français, en quelque sorte plus étroites, l'influence réciproque était plus marquée. A cette période, les méthodes anglaises devinrent quelque peu en vogue, parmi les Français; plusieurs Canadiens français éminents étaient diplômés d'Edimbourg. On essaya, dans les journaux médicaux, d'avoir des communications dans les deux langues, mais la fusion des deux camps de la profession était (difficile) . . ."

Nul mieux qu'Osler ne pouvait analyser le fait médical canadien-anglais et lui donner un caractère d'authenticité.

L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE MÉDICALE EN REGARD DE L'ASSURANCE-MALADIE [1]

Claire LABERGE-NADEAU, M.A.H.[2], Claude MERCURE, C.S.P.Q., C.S.C.R.[3]
Gilbert BLAIN, M.A.H.[4]

INTRODUCTION

"Je regarderai comme mon père celui qui m'a enseigné la médecine... Je regarderai ses enfants comme mes propres frères. S'ils veulent apprendre cet état, je le leur enseignerai sans argent ni obligation par écrit; je leur ferai connaître ses principes, je leur donnerai des explications étendues; je leur communiquerai généralement toute la doctrine." (1)

Ainsi parlait, 400 ans avant l'ère chrétienne, Hippocrate, celui qui fut l'inspirateur d'une longue lignée de médecins-professeurs. Ces professeurs se détachaient des superstitions et des théories illogiques, pour décrire d'une façon remarquable ce qu'ils voyaient et pensaient. En plus de former des médecins compétents, ils enseignaient à la population comment maintenir la santé par des règles d'hygiène, de diète équilibrée et de contrôle émotionnel. Enfin, leur code d'éthique protégeait leurs patients (2).

On pourrait croire que cet esprit scientifique survivrait à cause de sa supériorité sur les autres arts de guérir. Tel ne fut point le cas. En effet, dès l'an 200 de l'ère chrétienne, il ne restait des théories d'Hippocrate qu'un ensemble de faits et de fantaisies. Au Moyen-Âge, on se retrouve avec une médecine de magie, de superstitions et de charlatanisme. L'application méthodique de l'esprit scientifique aux problèmes médicaux ne devait réapparaître que 1500 ans plus tard, au moment où Claude Bernard commença à répandre les principes de la médecine expérimentale.

McFarlane (3) met bien en relief le rôle que doit jouer l'enseignement de la médecine: *innover* et *préserver la tradition*. En effet, l'enseignement médical fait face à l'explosion des connaissances et aux nombreux changements sociaux. Il doit trouver de nouvelles méthodes. Mais il y a aussi l'autre rôle qui est de préserver les traditions.

Et pourquoi faudrait-il préserver la tradition ? Parce que les écoles de médecine doivent transmettre et faire progresser la culture médicale. Elles inculquent profondément à l'étudiant une identification qui l'amène à penser et agir en médecin et à continuer à vivre pour toujours, après son départ de la faculté, le rôle professionnel que la population attend de lui.

L'avènement de l'assurance-maladie introduit un élément social nouveau dans la pratique de la médecine. Il nous semble donc opportun de poser deux questions:

a) L'assurance-maladie affectera-t-elle l'enseignement et la recherche dans le domaine de la santé ?

b) Que doit-on faire pour que l'enseignement et la recherche continuent de s'améliorer sous un tel régime ?

DÉFINITIONS ET LIMITES DU SUJET

Si nous acceptons la définition de l'assurance-maladie telle que formulée dans le texte de la loi fédérale sur les soins médicaux (4), nous devons alors admettre les quatre critères de base proposés, soit l'universalité des participants, la transférabilité des services, le contrôle gouvernemental et la prestation des soins médicaux et para-médicaux complets.

Il est indéniable que l'avènement de l'assurance-maladie exercera une influence importante sur l'enseignement et la recherche dans les professions para-médicales. Mais d'autres influences agissent aussi sur les para-médicaux. Ainsi les changements dans l'enseignement donné aux infirmières seront sûrement beaucoup plus profonds par suite des recommandations de la Commission Parent, dans la province de Québec, que par suite de l'avènement de l'assurance-maladie.

Les professions para-médicales, dont les membres travaillent pour la plupart au sein des hôpitaux, sont rémunérées à salaire; elles ont été affectées par l'assurance-hospitalisation beaucoup plus qu'elles ne le seront par l'assurance-maladie.

Comme le nombre de ces professions s'élève à plus d'une vingtaine, nous avons décidé de limiter notre sujet à l'influence de l'assurance-maladie sur l'enseignement et la recherche *médicale* qui, croyons-nous, seront les plus touchés par cette mesure sociale.

Quelles que soient les modalités auxquelles recourront les provinces pour appliquer l'assurance-maladie, il est évident que les gouvernements auront la main haute sur le mode de rémunération des médecins. Ceux-ci sont donc profondément touchés par l'introduction de cette loi et déjà ce changement social en amène d'autres comme le syndicalisme médical et la formation de corpo-

---

[1] Texte préparé par un groupe d'étude et présenté à l'occasion du congrès annuel de la Société professionnelle des gradués en administration hospitalière, à Montréal, le 22 mars 1967.

[2] Assistant-directeur médical, Hôpital Sainte-Justine.

[3] Directeur du Service de soins à domicile, Hôpital Sainte-Justine.

[4] Directeur de l'Institut supérieur d'administration hospitalière, Université de Montréal.

rations de médecins au sein des hôpitaux. La pensée de notre groupe s'est donc dirigée de façon préférentielle vers l'influence possible de l'assurance-maladie sur l'enseignement et la recherche médicale *en milieu hospitalier*.

INFLUENCE DE L'ASSURANCE-MALADIE SUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE MÉDICALE

Il est très difficile de savoir quelle sera l'influence de l'assurance-maladie sur l'enseignement et la recherche médicale. Nous avons tenté de nous baser sur l'expérience des pays qui connaissent ce régime depuis de nombreuses années et aussi des provinces canadiennes qui l'ont adopté. Nous n'avons trouvé aucun article dans les publications que nous avons revisées se rapportant franchement à ce sujet. Cependant, nous avons cherché à dégager cet aspect dans de nombreux documents traitant de l'assurance-maladie en général. Nous allons donc examiner l'influence possible de l'assurance-maladie sur:

1 — Le recrutement des malades pour l'enseignement
2 — L'organisation hospitalière de l'enseignement
3 — La formation des médecins et la situation des chercheurs.

1. *Le recrutement des malades pour l'enseignement*

L'assurance-maladie affectera-t-elle le recrutement des malades nécessaires à l'enseignement ? Une étude comparative (5) faite en Saskatchewan, en 1964, a découvert les faits suivants: les grands hôpitaux (dont les hôpitaux d'enseignement) ont montré *une diminution* de l'occupation des lits dans les trois ans qui ont suivi l'introduction de l'assurance-maladie par rapport aux trois années précédentes. Les petits hôpitaux de moins de 100 lits ont montré *une augmentation*.

Pour les hôpitaux de 200 lits et plus, l'occupation des lits a baissé de 1.6% tandis que pour ceux de moins de 100 lits, l'occupation a augmenté de 0.3 à 5.5% selon les groupes. Les hospitalisations dues à la sénilité et autres conditions mal définies ont augmenté, d'après Swanson, dans une proportion de 28.8%, dans les trois années qui ont suivi l'introduction de l'assurance-maladie.

Le nombre des patients externes *a augmenté d'une façon remarquable dans toutes les catégories d'hôpitaux* dans les trois ans qui ont suivi le début de l'assurance-maladie. L'augmentation a été de 99.8% par rapport à une augmentation de 24.6% dans les trois années précédentes.

On peut donc dire que l'augmentation dans l'utilisation des services externes n'est pas entièrement imputable à l'introduction de l'assurance-

POURCENTAGE D'OCCUPATION EN 1958, 1961 ET 1964 DANS TOUS LES HÔPITAUX DE LA SASKATCHEWAN ET SELON LEUR CAPACITÉ EN LITS

Année	Total	200 et plus	100-199	50-99	25-49	10-24	9 et moins
1964	76.8	82.4	77.0	77.1	73.5	70.3	60.2
1961	76.1	84.0	80.8	76.8	70.4	65.2	54.7
1958	75.3	83.2	76.9	78.1	72.4	64.2	56.6

CHANGEMENTS DANS LES POURCENTAGES D'OCCUPATION DES HÔPITAUX 1958-61 PAR COMPARAISON AVEC 1961-64

Années	Total	200 et plus	100-199	50-99	25-49	10-24	9 et moins
61-64	+ .7	— 1.6	— 3.8	+ .3	+ 3.1	+ 5.1	+ 5.5
58-61	+ .8	+ .8	+ 3.9	— 1.3	— 2.0	+ 1.0	— 1.9

AUGMENTATION (OU DIMINUTION) DES CONSULTATIONS EXTERNES DANS LES HÔPITAUX DE LA SASKATCHEWAN SELON LEUR CAPACITÉ 1958-61 et 1961-64 (en %)

Années	Total	200 et plus	100-199	50-99	25-49	10-24	9 et moins
1958-61	24.6	37.7	3.1	40.7	60.7	13.8	— 28.8
1961-64	99.8	99.2	106.6	96.9	120.7	140.6	207.0

maladie parce qu'il y avait déjà un mouvement en ce sens, mais cette augmentation a présenté une très nette accélération.

McFarlane (6) affirme que le mode de rémunération des actes médicaux auquel on a eu recours en Grande-Bretagne et en Suède augmente le nombre de patients disponibles pour l'enseignement médical. Dans ces pays, les hôpitaux enseignants et les services externes de ces hôpitaux sont très achalandés et l'une des causes présumées est la suivante: dans ces deux pays, le médecin qui adresse son patient à ces hôpitaux n'enregistre aucune perte de revenu. McFarlane ajoute que la rémunération à l'acte, comme on la préconise ici au Canada, pourrait diminuer le nombre de patients disponibles pour l'enseignement et la recherche.

Pour ce qui est des patients des *services externes,* l'expérience de la Saskatchewan ne concorde pas avec cette prédiction. Pour ce qui est des *services internes,* la prédiction de McFarlane semble se réaliser pour les gros hôpitaux. Mais même là, la situation est loin d'être alarmante: en effet, l'occupation des hôpitaux d'une capacité de 200 lits et plus ne s'est abaissée que de 1.6%. Par contre, le séjour moyen s'est raccourci, ce qui compense dans une certaine mesure pour la légère diminution de l'occupation.

Donc, nous concluons que l'introduction de l'assurance-maladie *n'affectera pas d'une façon appréciable* le recrutement des malades dans les hôpitaux d'enseignement.

2. *L'organisation hospitalière de l'enseignement*

Au niveau des hôpitaux, on ne saurait mettre trop d'emphase sur l'importance de l'enseignement et de la recherche. En effet, l'enseignement et la recherche non seulement concourent à la formation de médecins spécialistes, mais aussi assurent à la population une meilleure qualité de soins. Une étude (7) qui a duré 5 ans, faite par le "Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine" sur un échantillon de familles recrutées parmi les "Teamsters" de New York, a prouvé que là où il se fait de l'enseignement médical, une meilleure qualité de soins est fournie aux malades. Voici l'une des conclusions de cette étude: "Il apparaît nettement que les soins de la plus haute qualité ne peuvent être fournis aux malades que dans les hôpitaux affiliés à des écoles de médecine" (8).

L'assurance-maladie fait disparaître les malades de salle, les "patients publics", si précieux pour l'enseignement. Pour obvier à ce changement social, plusieurs auteurs, dont Chute, Morley et Evans (9) ont préconisé la création *d'unités d'enseignement clinique.* L'unité se définit comme suit: une section ou un service d'enseignement qui peut englober tout l'hôpital, ou seulement une partie de celui-ci, et qui a pour but de former des médecins, au niveau universitaire aussi bien que postuniversitaire, sous les auspices d'une faculté de médecine. Le personnel médical de cette entité doit être nommé à la fois par l'université et l'hôpital. Le soin des malades y est assuré par une équipe, qui groupe le médecin en titre, le résident, l'interne et le stagiaire, chacun ayant des fonctions correspondant à son degré de formation et à sa compétence.

Ce concept de l'unité d'enseignement s'est développé parce que l'introduction de l'assurance-maladie dans les hôpitaux supprime la catégorie de malades dits publics. Idéalement, tous les patients du même hôpital peuvent servir à l'enseignement. Lorsque, dans un hôpital, les unités d'enseignement ne sont créées que dans certaines sections, est-ce qu'à ce moment-là l'organisation des unités ne recrée pas cette "catégorisation" de malades dits publics, sous une autre forme ? De plus, l'application de la loi de l'assistance-médicale, dans la province de Québec, donne le libre choix du médecin au malade. Lorsqu'un malade accepte de se faire hospitaliser dans une unité d'enseignement, il perd ce libre choix car les médecins attachés à ces unités sont désignés à l'avance. Cependant le malade y gagne par la qualité des soins qui s'y donnent.

A-t-on vraiment besoin de recréer une catégorie spéciale de malades pour faire de l'enseignement médical ? *En appliquant le concept de l'unité d'enseignement à tout l'hôpital,* on évite de catégoriser les malades et on favorise l'approche multi-disciplinaire si précieuse à la formation des médecins. On reconnaît la valeur de l'enseignement médical qui se donne dans certaines cliniques privées réputées, où *tous* les malades ont toujours servi à l'enseignement, comme la Clinique Mayo, la Clinique Lahey et l'Hôpital Henry Ford. Nous croyons qu'il est plus juste de créer des unités d'enseignement clinique qui s'appliquent à tout un hôpital plutôt qu'à des unités morcelées au sein du même hôpital.

Les hôpitaux universitaires ou affiliés à une université ont un coût d'exploitation plus élevé que les autres parce qu'il s'y fait de l'enseignement, de la recherche, et parce qu'on y développe des spécialisations et des sur-spécialisations.

Il faudra consentir à dépenser *beaucoup plus* pour favoriser la recherche et l'enseignement dans les

hôpitaux. Si l'on s'en rapporte au Rapport Gundy (10), on voit que le gouvernement canadien a fourni, en 65-66, environ 15 millions pour la recherche médicale à travers le Canada. Le budget de recherche d'une seule compagnie pharmaceutique américaine est de 15 millions par année et le gouvernement américain, quant à lui, alloue environ 900 millions pour la recherche médicale. Il y a une effarante disproportion entre les sommes consacrées à la recherche médicale aux États-Unis ($4.45 par année par citoyen) et au Canada ($0.75 par année par citoyen).

Comment, dans un contexte d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, pourra-t-on faire progresser l'enseignement médical et la recherche dans les hôpitaux reconnus pour l'enseignement universitaire et post-universitaire ? Ces hôpitaux ne peuvent avoir des budgets comparables à ceux des autres hôpitaux. La distinction entre ces deux catégories d'hôpitaux doit être bien comprise si l'on veut maintenir la qualité de l'enseignement et de la recherche et par suite la qualité des soins.

Comparons maintenant certaines *structures administratives* au niveau gouvernemental. Si on examine certains tableaux publiés dans le Rapport du Comité de Recherches Castonguay (11), on voit que ces structures, en Grande-Bretagne et en Saskatchewan, permettent une autonomie assez grande des conseils d'administration qui gèrent les hôpitaux universitaires. Les conseils d'administration de ces hôpitaux devraient comprendre des représentants de facultés de médecine. Afin que l'importance des fins éducatives soit reconnue de façon pratique dans les hôpitaux, une place d'autorité doit être faite, dans notre société, au Collège des Médecins, aux facultés de médecine et au Conseil de recherche médicale du Québec qui puissent enfin exercer une influence nécessaire auprès du gouvernement.

Il faut enfin dire un mot sur l'enseignement permanent. Chaque hôpital, universitaire ou non, doit en favoriser l'organisation. Le bureau médical de chaque hôpital devrait prévoir la nomination d'un médecin responsable de l'enseignement continu. Ce médecin pourrait faire appel à une faculté de médecine pour obtenir des conférenciers et spécialistes qualifiés et ainsi coordonner ses efforts avec l'organisation de l'enseignement post-universitaire d'une faculté de médecine.

3. *La formation des médecins et la situation des chercheurs*

Quelle pourra être l'influence de l'assurance-maladie sur l'enseignement et la recherche médicale au point de vue de la formation des médecins ? Plusieurs prétendent qu'il y aura moins de candidats qui seront recrutés dans les cadres de la médecine à cause de l'assurance-maladie. Cette assertion est très difficile à prouver. Harris (12) a étudié le système britannique et il raconte qu'en Angleterre, on avait prévu, avant l'instauration de l'assurance-maladie, une diminution du nombre de candidats dans les écoles de médecine mais le contraire est arrivé. Par contre, Hannah (13) a comparé les régimes de la Russie, de l'Autriche, de l'Allemagne et des pays scandinaves à celui de l'Angleterre. Il écrit que même si le nombre de places disponibles dans les écoles de médecine est inférieur au nombre de candidats, les meilleurs étudiants, en U.R.S.S., ne sont plus attirés vers la médecine. Les jeunes, de nos jours, sont attirés beaucoup plus vers les carrières de physique nucléaire ou de recherche sur l'espace que vers la médecine. Apparemment, les changements économiques de la pratique de la médecine n'influenceraient que secondairement l'orientation des jeunes vers d'autres carrières que la médecine. Il appartient aux facultés de médecine de repenser ce problème et de trouver les moyens de recruter des élèves de qualité.

On ne saurait trop souligner qu'il ne peut y avoir d'enseignement de valeur sans la recherche. En effet, non seulement la recherche peut être utile en soi pour la découverte de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement, mais de plus, elle reflète un état d'esprit absolument essentiel à la qualité de l'enseignement. Selon McFarlane, les deux fonctions des écoles de médecine sont d'innover tout en maintenant la tradition. Or on a vu que certaines traditions d'esprit inquisiteur et scientifique se sont perdues à travers les siècles. Dans ce domaine, rien n'est donc jamais définitivement acquis. La recherche faite dans un milieu d'enseignement incite les étudiants à garder un esprit inquisiteur et rigoureusement scientifique. La recherche et l'enseignement médical dans les hôpitaux doivent être des priorités que l'on doit constamment mettre en relief.

On peut louer le service de l'assurance-hospitalisation du Québec d'avoir encouragé, de façon indirecte, le travail des chercheurs-professeurs à plein temps dans nos hôpitaux universitaires. Cependant, le statut de ces derniers demeure précaire et difficile. Si l'on veut recruter et former plus de chercheurs, il faut consentir à y mettre le prix.

Insistons sur le fait que malgré l'augmentation constante des coûts de l'assurance-maladie, d'année

en année, dans tous les pays, il ne faut pas se laisser tenter d'attribuer toutes les ressources disponibles aux soins directs des malades et de restreindre ainsi les dépenses inhérentes au maintien de chercheurs-professeurs à plein temps dans les hôpitaux. Pour promouvoir l'enseignement et la recherche médicale, on devrait trouver, au sein des Ministères de la Santé, des personnes dont la seule fonction serait de coordonner les efforts des hôpitaux d'enseignement.

Le mode de rémunération des professeurs-chercheurs exerçant dans les hôpitaux suscite de nombreuses discussions. Quelle que soit la forme de traitement adoptée pour les enseignants ou chercheurs (salariat, salariat et rémunération à l'acte plafonnée, ou plein temps géographique), il est certain que la qualité de l'enseignement et de la recherche ne progressera que si l'on assure aux professeurs et chercheurs le statut, la stabilité, le traitement et les moyens d'action nécessaires pour un travail efficace à long terme.

CONCLUSION

1) Nous aimerions souligner combien de progrès nous devons réaliser dans la recherche et l'enseignement médical dans notre province. Seulement 2.7% de tous les médecins, au Québec, sont engagés dans l'enseignement ou la recherche médicale (14). Nous avons donc un *besoin urgent de former plus de professeurs et de chercheurs* et même d'en importer.

2) Afin de favoriser la recherche et l'enseignement au sein des hôpitaux, cet aspect de la médecine *doit constamment être défendu* auprès du Ministère de la Santé et des autres organismes gouvernementaux qui sont les principaux bailleurs de fonds. Cette défense pourrait être assurée selon diverses modalités dont les suivantes:

a) Que le Conseil de la recherche médicale du Québec ait une représentation plus étendue

b) Qu'une subdivision du Ministère de la Santé, en particulier de la section de l'assurance-hospitalisation, ait la tâche de veiller sur l'enseignement et la recherche

c) S'il existait un Conseil supérieur de la Santé où siégeraient les corps intermédiaires dont le Collège des médecins et les facultés de médecine, qu'une section au sein de cet organisme s'occupe uniquement de l'enseignement et de la recherche médicale.

3) Afin d'aumenter les effectifs médicaux, sans diminuer la qualité des candidats, on devrait développer des normes d'éligibilité plus flexibles afin de permettre à des candidats sérieux et compétents d'accéder à la faculté de médecine *sans posséder un B.A. ou un B.Sc.*

4) La recherche clinique doit demeurer dans les hôpitaux généraux d'enseignement et les centres de santé universitaires. On ne conçoit des instituts de recherche clinique que lorsqu'ils sont *rattachés administrativement* à un hôpital général et *situés géographiquement très près de lui.*

5) Les *subventions gouvernementales* pour la recherche et l'enseignement médical doivent être accrues considérablement.

6) Il faut *favoriser l'enseignement continu* dans chaque hôpital en nommant un médecin responsable, en prévoyant des locaux appropriés pour les réunions scientifiques et pour la bibliothèque.

Summary

This paper attempts to forecast the probable impact of the proposed government sponsored health insurance scheme, in Canada, on medical education and research. These points are considered: 1) the availability of patients for teaching purposes which should not be hindered; 2) the evolution of hospital structures which must be adapted to new socio-economic conditions; 3) the status of professors and researchers which has to be improved in order to insure recruitment and stability.

Education and research are presented as essential conditions of a high quality of patient care and emphasis is laid on the human and financial resources needed by teaching hospitals and on the special support they require from governmental authorities.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARIETY et COURY: Histoire de la médecine, p. 125, Fayard, édit., Paris, 1963.
4. McFARLANE, J. A.: Bill C-227: Loi sur les soins médicaux. Printer, édit., Ottawa, 1964.
3. Ibidem, p. 10.
4. Mc FARLANE, J. A.: Bill C-227: Loi sur les soins médicaux. Ottawa, 14-15 Elizabeth II, chap. 64, 1966.
5. SWANSON, A. L.: Some effects of "Medicare" on Hospitals in Saskatchewan. *Canad. Hosp.*, **42**: 50 (nov.) 1965.
6. McFARLANE, J. A.: Medical Education in Canada, p. 112. Queen's Printer, édit., Ottawa, 1964.
7. McFARLANE, J. A.: The Quantity, Quality and Cost of Medical and Hospital Care, Secured by a Sample of Teamster Families in the New York area. Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine, 1962, p. 46.
8. McFARLANE, J. A.: A Study of the Quality of Hospital Care Secured by a Sample of Teamster Family Members in New York City. Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine, 1964, p. 17.
9. CHUTE, MORLEY et EVANS: Objectives and Organization of the Clinical Teaching Unit. *C.M.A.J.*, **95**: 720 (oct.) 1966.
10. GUNDY, Charles: La recherche médicale au Canada, analyse des besoins immédiats et futurs (rapport soumis au Premier Ministre du Canada). Ottawa, 1966, p. 38.
11. CASTONGUAY, Claude et coll.: Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, vol. IX, pages 14-15-16. Ministère de la santé, édit., 1966.
12. HARRIS, S. E.: The Economics of American Medicine, p. 284. Mac Millan, édit., New York, 1964.
13. HANNAH, W. J.: Medical Education and Practice in Europe. *C.M.A.J.*, **90**: 858 (avril) 1964.
14. CASTONGUAY, Claude et coll.: Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, vol. X, p. 42. Ministère de la Santé, édit., Québec, 1966.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

GROSSESSE ET OBÉSITÉ [1]

Réal MARTINEAU et Antoine HABRE

INTRODUCTION

L'obésité devrait être considérée comme une maladie qu'on peut traiter, plutôt que comme un état esthétique. Bien que les effets de l'embonpoint demeurent généralement inapparents durant de nombreuses années, avec le temps plusieurs de ces patientes développent des complications, particulièrement celles de l'appareil cardio-vasculaire. Hypertension, artériosclérose, insuffisance cardiaque, thrombophlébite, diabète sucré, cirrhose, lithiase biliaire, néphrocalcinose, arthrite hypertrophique, aménorrhée et stérilité, infections cutanées, diminution de la capacité vitale pulmonaire, tels sont autant d'états qui s'installent plus souvent chez les sujets obèses que chez les sujets de poids normal. De même de nombreux troubles psychiques, comme la dépression, l'anxiété, le complexe d'infériorité et le manque d'ambition frappent beaucoup plus les individus obèses que ceux dont le poids est normal.

Les effets nuisibles de l'obésité sont d'importance toute particulière durant la grossesse; on observera une augmentation du nombre de ces complications tant chez la mère que chez le fœtus, lesquelles peuvent se manifester durant la gestation, la période du travail ou la période post-partum. Le but de ce travail est de résumer brièvement la documentation qui traite de l'obésité durant la grossesse, de décrire une méthode de contrôle clinique de ces patientes et de démontrer que le traitement réduit notablement les complications.

AUGMENTATION DE POIDS PHYSIOLOGIQUE DURANT LA GROSSESSE

Le gain de poids normal au terme d'une grossese a été arbitrairement fixé à 24 livres au-dessus du poids idéal de la patiente (1). Il est utile de connaître l'évolution des patientes enceintes du point de vue pondéral. Durant le premier trimestre, le maximum permis est de deux à trois livres, tandis qu'un maximum de 11 livres est permis dans chacun des deuxième et troisième trimestres.

Voici la distribution de ce gain de poids:

1) Développement ovulaire: (œtus, placenta, liquide amniotique et membranes): 10 livres;
2) Hypertrophie des seins et de l'utérus: 5 livres;
3) Réserves protéiniques et graisseuses: 4 livres;
4) Rétention hydrique intra et extravasculaire: 5 livres.

COMPLICATIONS DE L'OBÉSITÉ

En revisant le dossier de 30 patientes obèses et celui de 30 patientes de poids normal, nous relevons les complications que nous trouvons dans le Tableau I.

COMPLICATIONS AVANT L'ACCOUCHEMENT

I — *Toxémie*

La toxémie est la plus fréquente des complications qui frappent les obèses. Diverses manifestations de toxémie se présentent selon un pourcentage variant entre 31.4% (2) et 44.5% (3) chez les obèses par rapport à 6 et 7% pour la totalité des femmes enceintes. Les symptômes cliniques: hypertension, œdème, albuminurie sont bien connus, mais on ne connaît pas les causes de la maladie. On mentionne comme cause de l'hypertension l'hystérotonine, substance apparentée à l'angiotonine et qui serait sécrétée par la déciduale anoxique. L'examen du fond de l'œil et la biopsie musculaire indiquent bien un spasme généralisé, comme dans toute hypertension. Du point de vue clinique, le début et les exacerbations de la toxémie correspondent souvent à un gain de poids rapide ou à une apparition d'œdème.

Une étude de Friedman à ce sujet relève la possibilité d'un rapport entre l'hypertension et les troubles du métabolisme électrolytique (4). Ce dernier croit que le tonicité du muscle lisse vasculaire dépend du taux de sodium de la cellule. Ainsi à mesure que le sodium passe du milieu intracellulaire vers l'espace extracellulaire, on observe une chute de la tension artérielle à l'inverse, il y a hausse de la tension artérielle, si le sodium se dirige vers le milieu intra-cellulaire; or Gordon et ses collaborateurs ont démontré que les obèses retenaient plus facilement le sel et l'eau que les sujets maigres, lorsqu'on nourrissait ces deux catégories de patientes aux hydrates de carbone.

Autre étude à souligner: l'obésité, comme la grossesse d'ailleurs, produit des changements dans le métabolisme des stéroïdes: un tiers des patientes obèses excrètent les 17 stéroïdes cétogènes de façon excessive; un sixième de ces patientes pré-

[1] Département d'obstétrique et de gynécologie, Hôpital Ste-Justine.

TABLEAU I

COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE CHEZ DEUX GROUPES DE PATIENTES

30 patientes obèses

Âge	*Parité*		*Complications 50%*
22 ans	G-III	Para II	Hypertension post-partum 180/130.
37 ans	G-III	Para I	Inertie utérine, arrêt en tranverse
17 ans	G-II	Para 0	Pré-éclampsie T. A. 155/100.
35 ans	G-II	Para I	Dystocie fœto-pelvienne, endométrite post-partum.
22 ans	G-I	Para 0	Inertie utérine, arrêt en transverse.
26 ans	G-II	Para 0	Pré-éclampsie T. A. 164/104.
21 ans	G-III	Para II	Avortement.
33 ans	G.V	Para 0	Pré-éclampsie.
21 ans	G-I	Para 0	Anoxie fœtale.
19 ans	G-I	Para 0	Inertie utérine.
23 ans	G-I	Para 0	Pré-éclampsie.
36 ans	G-VIII	Para VII	Anoxie fœtale.
35 ans	G-II	Para I	Pré-diabète.
33 ans	G-II	Para I	Anoxie fœtale.

Pourcentage de complications 50%

30 patientes de poids normal

Âge	*Parité*		*Complications 50%*
29 ans	G-IV	Para III	Shock hémorragique.
34 ans	G-IV	Para III	Pré-éclampsie grade II.
23 ans	G-I	Para 0	Pyélonéphrite.

Pourcentage de complications 10%

sentent une excrétion accrue des 17 cétostéroïdes tandis qu'un dixième accusent une hyperexcrétion de ces deux types de stéroïdes (5). On sait de plus qu'il y a une réserve augmentée de stéroïdes dans les tissus adipeux. A date, on a pensé que l'aldostérone et l'hormone anti-diurétique du lobe postérieur de l'hypophyse augmentées dans le sang et les urines des femmes obèses peuvent être la cause de la rétention sodée et hydrique de ces patientes (6).

II — *Diabète latent*

Certains individus sont prédisposés au diabète sucré par hérédité. Avec l'âge, ou par suite de certains états de "stress" comme l'infection, la grossesse, ou l'obésité, la maladie est susceptible de se manifester (7). Par ailleurs, on a démontré que la tolérance au glucose diminue à mesure que la grossesse progresse et en outre que cet effet est plus accentué chez les patientes plus âgées. Le plus souvent, ce trouble s'accentue à chaque grossesse. Bien qu'on n'ait pas réussi à date à élucider la raison de cet effet diabétogène de la grossesse, certains stéroïdes élaborés durant la grossesse pourraient bien en être les agents responsables. Ce concept est corroboré par le fait que les courbes de tolérance au glucose de certaines femmes enceintes ressemblent aux courbes de tolérance au glucose obtenues en dehors des grossesses après injection de cortisone.

Il ne faut pas sous-estimer non plus la possibilité que l'insuline soit inactivée durant la grossesse. Freinkel et Goodner (8) ont pu démontrer dans le placenta humain une protéolysine qui inactiverait l'insuline, cette protéolysine serait un mécanisme protecteur pour le fœtus. L'existence de cette enzyme présente de l'intérêt, car elle explique du moins en partie, l'accroissement maternel des besoins d'insuline qui suit souvent l'accouchement.

Sur le plan clinique, la grossesse chez l'obèse offre une occasion exceptionnelle de dépister un diabète à l'état pré-clinique. Le diagnostic de cet état mobide est très important, et ce pour deux raisons; tout d'abord le diabète pré-clinique bénin, quoique n'entraînant pas d'effet immédiat sur le métabolisme maternel peut quand même avoir des effets graves sur le fœtus (7). Des études rétrospectives relevées dans la littérature mentionnent de 20 à 39% de morts fœtales durant la période des cinq années qui précèdent l'apparition d'un

diabète. Dans l'étude de Carrington, la mortalité était réduite à 4.1% chez les malades traitées (9).

COMPLICATIONS DURANT LE TRAVAIL

La dystocie peut être due entre autres causes à une disproportion entre le bassin et la présentation du fœtus, à une anomalie de la contraction utérine, à une mauvaise présentation. Disproportion entre le bassin et le fœtus avons-nous dit. Matthews et ses collaborateurs (3), dans une série de cas concernant 200 patientes obèses et Odell (2), chez 641 patientes obèses signalèrent une prolongation du travail dans une forte proportion des cas, malgré un bassin normal. Les statistiques prouvent en effet que le volume des bébés des patientes obèses est dans 75% des cas plus gros que celui des bébés de mères normales, et que survient plus souvent chez celles-ci une dystocie fœto-pelvienne. Dans le même sens, Vignes (10) a noté qu'en cas de sous-alimentation chez la mère comme lors de la deuxième grande guerre, beaucoup d'enfants sont nés avec un poids inférieur à la normale; mais, d'ajouter cet auteur, il semble s'avérer plus vrai de dire qu'une suralimentation chez la mère augmente en proportion le poids du fœtus. Nous avons souligné aussi, les anomalies de la contraction utérine. Lacomme (11) croit à ce sujet que les modifications des contractions chez les patientes obèses seraient causées par l'œdème et une infiltration graisseuse du muscle utérin.

Toutes ces données semblent d'ailleurs se confirmer chez nos deux séries de patientes, si on veut bien se reporter au Tableau II.

TABLEAU II

DURÉE DU TRAVAIL ET POIDS DU BÉBÉ CHEZ DEUX GROUPES DE PATIENTES

	30 patientes obèses	*30 patientes de poids normal*
Gain de poids moyen:	45 livres	20½ livres
Durée du travail:	11 hres 45 min.	7 hres 10 min.
Poids moyen du bébé:	8 livres	6 livres

Revenons en troisième lieu sur le problème des présentations anormales, elles surviennent particulièrement chez les obèses plus âgées dont la paroi abdominale est certainement moins ferme comme l'affirment encore Matthews et ses collaborateurs.

COMPLICATIONS À LONG TERME

La complication ultime de l'obésité est comme l'on sait l'artériosclérose, c'est-à-dire une accumulation progressive dans la paroi des artères de substances grasses. Ces substances grasses apportées par l'alimentation peuvent être ou des graisses pures ou du cholestérol ou des phospho-lipides (12). Éventuellement des protéines et des minéraux s'y mêlent, d'où un durcissement des artères. D'après Albrink c'est surtout le taux des triglycérides qu'il faut surveiller chez les coronariens plus âgés alors que l'on verrait plutôt une élévation du cholestérol chez les plus jeunes coronariens.

Comme le cholestérol provient des graisses et en particulier des acides gras saturés et que les triglycérides par ailleurs se retrouvent surtout dans les glucides, la meilleure recommandation aux obèses est de réduire à la fois les lipides et les glucides.

BIOCHIMIE DU TISSU ADIPEUX

Brièvement disons que le tissu adipeux est l'un des tissus les plus actifs de l'organisme. A ce niveau en effet, il se passe un phénomène de lipogénèse (6), i.-e. les acides gras de la circulation y sont estérifiés sous forme de triglycérides. A l'inverse, de la cellule vers la circulation, il se passe le phénomène de lipolyse et les triglycérides par hydrolyse sous l'influence d'une lipase fournissent de nouveau dans la circulation les acides gras comme source principale d'énergie en vue du métabolisme de plusieurs tissus (13), tel que l'indique le Tableau III.

Donc lipolyse et lipogénèse agissent concurremment au niveau de la cellule. Or il semble acquis que quand la concentration des triglycérides au foie dépasse de 50% la normale, la lipogénèse s'accentue à un rythme accéléré dans la cellule adipeuse. La cause de cette perturbation de la biochimie et de la physiologie normales serait d'ordre génétique (14). A l'appui de cette opinion, on mentionne en effet que des parents de poids normal n'ont que 9% de risque d'avoir des enfants obèses, alors que ce pourcentage monte à 73% si les deux conjoints sont obèses; ajoutons ici que l'obésité remontant à la première enfance représente 61.3% de l'ensemble des obésités et d'ailleurs l'obésité survenant après l'âge de sept ans est d'un meilleur pronostic. En rapport avec ce problème des taux d'acides gras dans le sang mentionnons enfin qu'ils peuvent être comme on l'a dit autant d'origine lipides que d'origine glucides comme l'indique le Tableau IV (6).

TRAITEMENT

En général toutes nos patientes sont soumises à un régime alimentaire équilibré par nos diététiciennes, lequel consiste (15) en un apport de calories

TABLEAU III

MOBILISATION DES ACIDES GRAS DU TISSU ADIPEUX

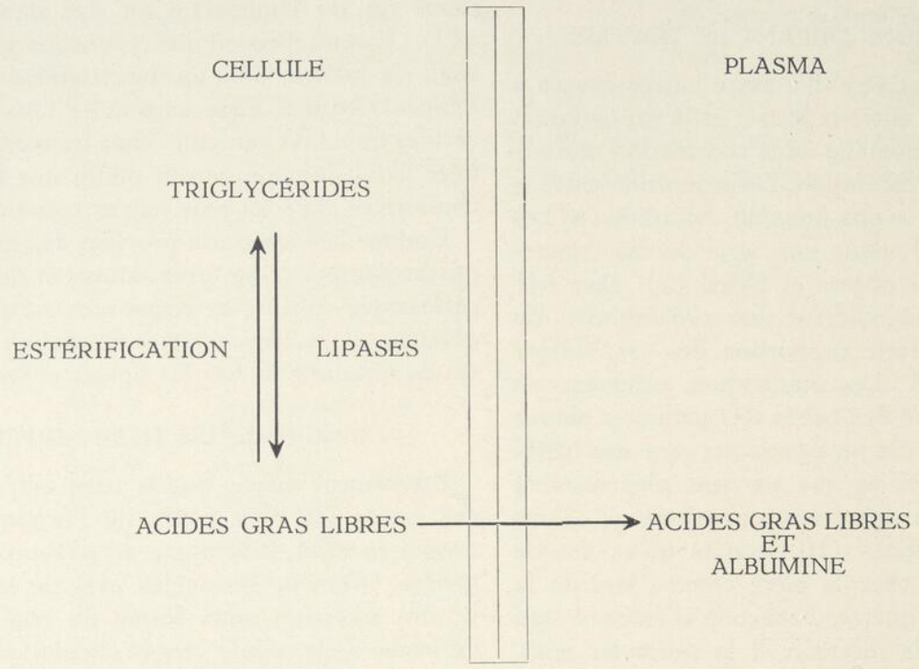
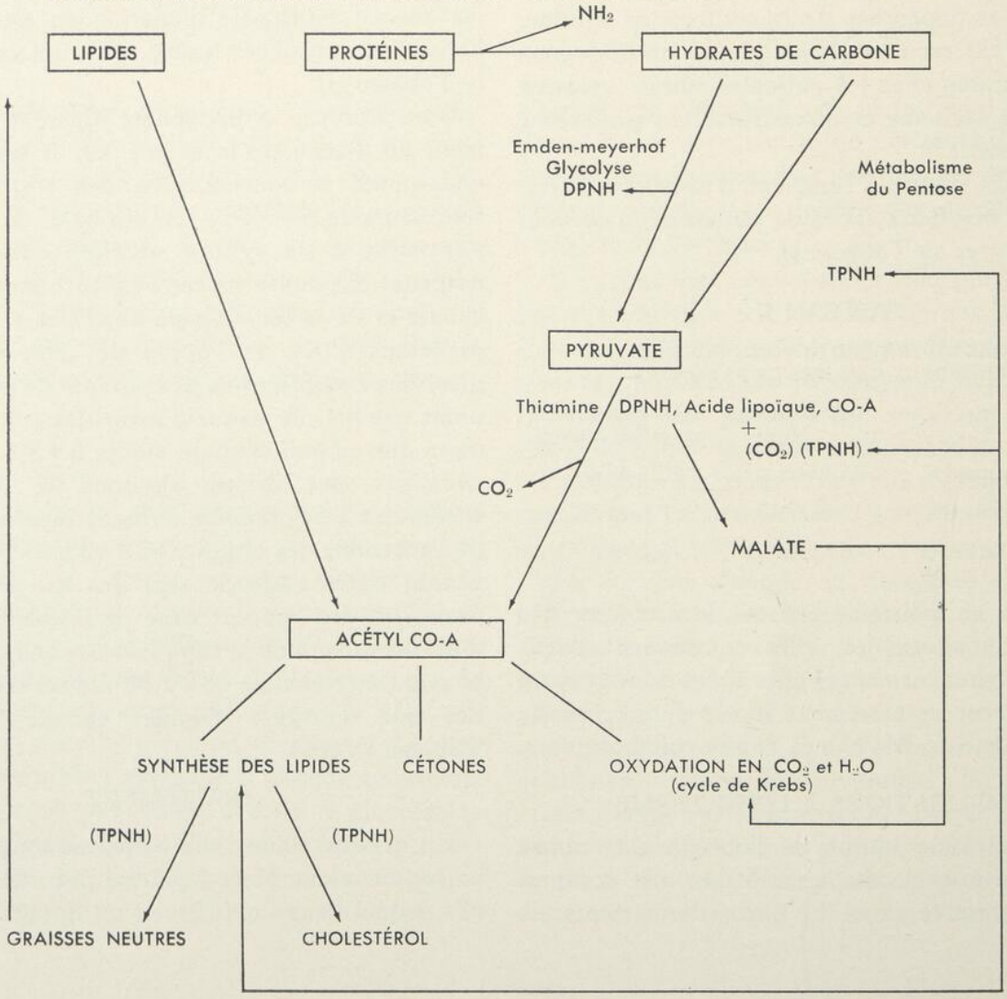


TABLEAU IV

INTERRELATIONS ENTRE LES MÉTABOLISMES DES HYDRATES DE CARBONE ET DES LIPIDES



variant suivant l'âge et l'activité entre 3000 et 4000 calories, soit:

1) Une ration riche en protides, i.-e. 55 à 60 grammes par jour pour les trois premiers mois, 75 à 90 grammes par la suite;
2) Les besoins en lipides de la femme enceinte sont faibles, i.-e. 65 à 80 grammes par jour;
3) Les besoins en glucides sont évalués à 545 grammes par jour.

En plus, sont prescrits un supplément quotidien de 1.5 gramme de calcium, 20 milligrammes de fer et un comprimé polyvitaminé. Le régime doit être aussi hyposodé au cours du troisième trimestre et sans sel le dernier mois.

Quant à nos patientes obèses, nous les limitons à 1800 calories par jour, soit en détail 85 grammes de protides, 85 grammes de lipides, 175 grammes de glucides. Comme on voit, l'apport des lipides est plutôt faible et 20% de ces graisses sont non saturées (16), celles-ci accélèrent l'oxydation des graisses saturées.

Et pour arriver à limiter l'apport de calories, nous avons ajouté un anorexigénique du type phermétrazine*, mais seulement après trois mois de grossesse pour éviter tout effet possible sur l'embryogénèse. Enfin pour compléter le traitement, un diurétique du type chlorthalidone (17), très utile puisque dans le tissu adipeux, on trouve 20% d'eau et 80% de graisses. Certains ajouteront à ce traitement des agents thyroïdiens reconnus comme activant la lipolyse. Plus récemment, d'autres auteurs, cités par Ball, Kyle et Canary (18), ont démontré au contraire que les agents thyroïdiens n'étaient d'aucun avantage dans ce traitement.

RÉSULTATS

Grâce au traitement que nous préconisons nous avons obtenu chez nos obèses une perte de poids variant de quatre à dix-huit livres. Certaines patientes qui n'ont pas maigri ont néanmoins pu se maintenir au même poids durant toute leur grossesse; nous avons l'impression d'avoir diminué ainsi le nombre des complications.

Résumé

Dans ce travail, nous avons défini la limite arbitraire du gain de poids physiologique durant la grossesse. Nous avons démontré un pourcentage de complications plus élevé chez nos parturientes obèses. Nous avons examiné les complications les plus courantes de l'obésité en grossesse. Nous avons aussi esquissé la biochimie du tissu adipeux de même que la pathogénie de l'obésité. Nous avons enfin tiré la conclusion que la pathologie aurait été plus abondante, n'eût été ce traitement d'amaigrissement institué aussi tôt que possible lors de la grossesse. Nous voulons ajouter que la grossesse entraîne souvent une prise excessive de calories, mais il faut retenir par ailleurs que le poids idéal, une fois fixé dès l'âge de vingt-cinq ans, doit être respecté toute la vie.

Summary

In this paper, we have mentioned the arbitrary limit of the physiological gain of weight in pregnancy. We have demonstrated the higher percentage of complications found in our obese pregnant patients. We have studied the main complications of obesity in pregnancy. We have also discussed the biochemistry of the adipose tissue and the etiology of obesity. We have finally concluded that a weight reduction program during pregnancy reduces the incidence of complications. We wish to mention that pregnancy is often accompanied by an excessive gain of weight, but also remind that the ideal weight, settled when the patient is 25 years old, should be respected the whole life.

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier la compagnie Boehringer Ingelheim de nous avoir fourni gratuitement les médicaments en vue de ce travail clinique. De même, nous remercions le département de diététique de l'Hôpital Sainte-Justine pour sa précieuse collaboration.

* Preludin Endurettes 75 milligrammes. (Produits Boehringer Ingelheim).

BIBLIOGRAPHIE

1. NOTTER, A. et DELANDE, M. F.: Prophylaxie des excès de poids chez les gestantes d'apparence normale. *Gynéc. Obstét.*, **61**: 359, 1962.
2. ODELL, L. D. et MENGERT, W. F.: The overweight obstetric patient. *J.A.M.A.*, **128**: 87, 1945.
3. MATTHEWS, H. B. et DER BRUCKE, M. G.: Normal expectancy in the extremely obese pregnant woman. *J.A.M.A.*, **110**: 554, 1938.
4. FREIDMAN, S. M.: Cationic exchange and control of blood pressure. *Med. Clin. N. Amer.*, **45**: 285 (mars) 1961.
5. WILLIAMS, R. H. et GLOMSET, J. A.: Textbook of endocrinology. 3e éd., p. 981. W.B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1962.
6. GORDON, E. S.: New concepts of the biochemistry and physiology of obesity. *Med. Clin. N. Amer.*, **48**: 1301 (septembre) 1964.
7. CARRINGTON, E. R. et MESSICK, R. R.: Diabetogenic effects of pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **85**: 669, 1963.
8. FREINKEL, N. et GOODNER, C. J.: Carbohydrate metabolism in pregnancy. I. The metabolism of insulin by human placental tissue. *J. Clin. Invest.*, **39**: 116, 1960.
9. DE COSTA, E. J.: Discussion re: Diabetogenic effects of pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **85**: 679, 1963.
10. VIGNES, H.: Hygiène de la grossesse. P. 40. Edit. Gallimard, édit., Paris, 1942.
11. NOTTER, A. et DELANDE, M. F.: Prophylaxie des excès de poids chez les gestantes d'apparence normale. Citation de Lacomme. *Gynéc. Obstét.*, **61**: 368, 1962.
12. READ, M. S.: Calories, cholesterol and heart disease. *Canad. Hosp.*, **41**: 69 (janvier) 1964.
13. HOLLENBERG, C. H. et RONCARI, D. A. K.: Adipose tissue metabolism and obesity. *Appl. Thera.*, **7**: 24 (janvier) 1965.
14. ETIENNE, M.; BERGER, P. et LAPLANE, R.: L'évolution à long terme de l'obésité de l'enfant. *Rev. Pédiat.*, **11**: 121, 1966.
15. HOULNE, P. et HERMOUET, L.: L'hygiène et le régime de la femme enceinte. *Rev. Prat.*, **11**: 437, 1961.
16. GORDON, E. S.; GOLDBERG, M. et CHOSY, G. J.: A new concept in the treatment of obesity. *J.A.M.A.*, **186**: 50, 1963.
17. SHUBECK, F. et TATUM, H. T.: Prophylactic use of Chlorthalidone in pregnancy. *Obstet. Gynec.*, **23**: 353, 1964.
18. BALL, M. F.; KYLE, L. H. et CANARY, J. J.: Comparative effects of caloric restriction and metabolic acceleration on body composition in obesity. *J. Clin. Endocr.*, **27**: 273, 1967.

LE RÉFLEXOGRAMME ACHILLÉEN CHEZ UN GROUPE D'ALCOOLIQUES [1]

Maurice VERDY [2], Jean LAPIERRE [3], Hélène SANSOUCY [4]

INTRODUCTION

L'étude de la fonction thyroïdienne chez les alcooliques a fait l'objet de plusieurs travaux. Certains auteurs ont trouvé une incidence élevée d'hypothyroïdie chez les alcooliques (1, 2) d'autres (3) une fonction thyroïdienne normale. Comme la durée de la contraction et de la décontraction des réflexes ostéo-tendineux est prolongée dans l'hypothyroïdie (4, 5), nous avons cru qu'il serait intéressant d'étudier le réflexogramme achilléen, chez un groupe d'alcooliques.

SUJETS ET MÉTHODES

Chez vingt en un hommes souffrant d'éthylisme chronique (moyenne d'âge 37 ans), mais abstinents depuis une période allant de quelques semaines à quelques années, nous avons fait l'étude du réflexogramme achilléen à l'aide du Kinémomètre. On demandait aux malades qui étaient sous médication (des tranquilisants en général) de cesser celle-ci 24 heures avant de faire l'épreuve. Les malades n'ont pas eu d'autres tests de fonction thyroïdienne et aucun d'eux ne prenait d'extraits thyroïdiens.

Le kinémomètre (Universal X Ray) est un appareil constitué de deux sélénoïdes reliés par un fil à un électrocardiographe (Sanborn). Un aimant est placé sur le talon du sujet (Fig. 1); lorsque le tendon d'Achille est frappé avec un marteau à réflexes, les mouvements du pied induisent un courant électrique dans le kinémomètre et ce courant est enregistré sur l'électrocardiographe. La première inscription est causée par le choc du marteau, la dénivellation vers le bas représente la contraction musculaire et celle vers le haut la décontraction. La nomenclature employée pour décrire le tracé (Fig. 2) est empruntée partiellement à

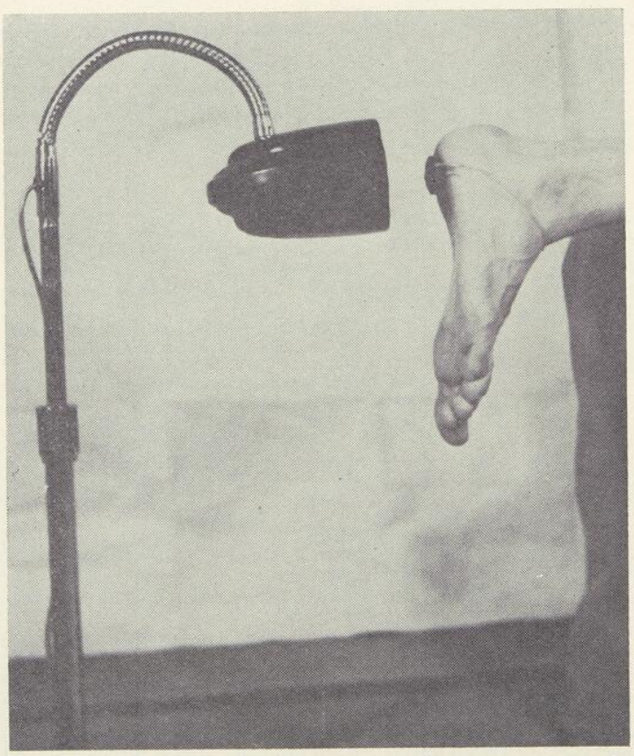


Fig. 1 — A l'aide du kinémomètre, les mouvements du pied sont enregistrés sur un électrocardiographe.

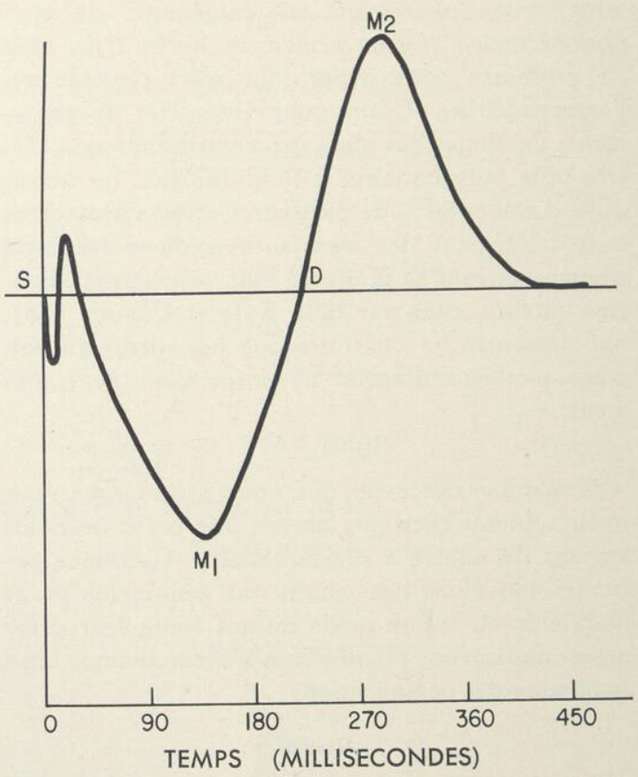


Fig. 2 — Représentation schématique. Les premières inscriptions représentent les mouvements du pied causés par la percussion du tendon d'Achilles avec le marteau à réflexes. La dévinellation vers le bas représente la phase de contraction, et celle vers le haut, la phase de décontraction. Le point D est sur la ligne isoélectrique entre la phase de contraction et celle de décontraction.

Nuttall (6): le début est désigné par S ("start"), D ("déflection") est le point sur la ligne iso-

[1] Travail subventionné par la Clinique d'Alcoolisme de l'Hôtel-Dieu (les Services psychiatriques).

[2] Maurice Verdy, assistant-professeur, section d'Endocrinologie et de Nutrition.

[3] Jean Lapierre, résident en médecine à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

[4] Hélène Sansoucy, étudiante en médecine, Université de Montréal.

électrique entre la phase de contraction et de décontraction, et nous avons désigné par M_1 le point maximum de dénivellation vers le bas et par M_2 celui vers le haut (d'autres auteurs désignent ces points par M et M_2 ("maximum") ou encore par V et P ("valley" et "peak").

Dans l'hypothyroïdie, il y a augmentation de la durée de la contraction et de la décontraction, tandis que l'inverse se produit dans l'hyperthyroïdie (Fig. 3).

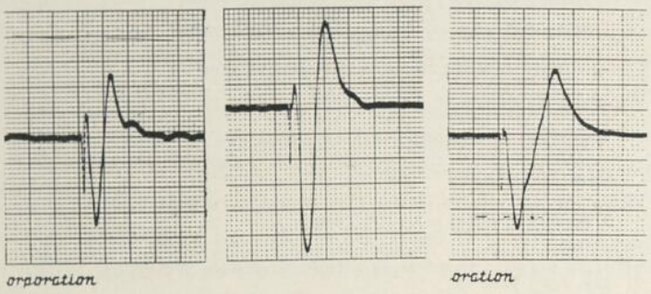


Fig. 3 — A gauche: valeur SD raccourcie (compatible avec l'hyperthyroïdie). Au centre: valeur SD normale. A droite: valeur SD allongée (compatible avec l'hypothyroïdie).

Les segments employés le plus fréquemment sont SD (la normale est de 200 à 270 millisecondes d'après Nuttall) et M_1 M_2 (la normale est de 155 à 265 millisecondes). Pour chaque sujet, nous analysons 5 tracés et nous faisons la moyenne des valeurs observées.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

L'absence de réflexe chez un malade réduit à 20 le nombre de cas étudiés. Le segment SD mesurait en moyenne 232 millisecondes ± 5 (erreur standard) et le segment M_1 M_2, 172 millisecondes ± 7 (erreur standard): ces valeurs sont normales. Chez un sujet alcoolique, la valeur SD était légèrement prolongée (à 288 millisecondes) et chez un autre, elle était raccourcie (176 millisecondes). Goldberg (1) avait noté une incidence élevée d'hypothyroïdie (30%) chez ses malades alcooliques; par contre, Seltzer (3) avait trouvé une fonction thyroïdienne normale. Dans notre étude, les valeurs normales du réflexogramme suggèrent aussi une fonction thyroïdienne adéquate. On doit cependant se rappeler que nous n'avons pas fait d'autres tests de la fonction thyroïdienne chez nos sujets.

On peut affirmer d'une façon générale que le réflexogramme est valable surtout dans le diagnostic de l'hypothyroïdie: les résultats sont moins constants dans l'hyperthyroïdie (7, 8, 9, 10, 11). On a rapporté des allongements du réflexogramme dans l'anémie pernicieuse (6), le diabète (12), la neurosyphilis (13) et les désordres électrolytiques (14). Certains médicaments (15) prolongeraient la durée du réflexe (bromures, perchlorate) et d'autres la raccourciraient (ACTH, cortisone, amphétamine, salicylates); ces données n'ont pas été confirmées par d'autres chercheurs (6). Le fait de refroidir le muscle, de même que le repos (16) allongent la durée du réflexogramme, tandis que l'exercice la raccourcit (17).

Les rapports entre l'éthanol et la thyroïde sont de deux ordres: d'une part l'effet de l'hormone thyroïdienne sur le métabolisme de l'éthanol et son emploi possible dans le traitement de l'éthylisme chronique; et d'autre part, l'effet de l'éthanol sur la fonction thyroïdienne. Certains auteurs (18, 19) avaient observé un effet bénéfique de la triodothyronine dans le traitement de l'éthylisme aigu et chronique. Cependant, d'autres études par la suite (20, 21) ont montré que la triidothyronine n'avait aucune place dans le traitement de l'intoxication alcoolique.

L'éthanol modifierait la fonction thyroïdienne (22), mais ceci n'est pas encore assez bien étudié pour que l'on puisse tirer des conclusions.

Notre étude du réflexogramme achilléen a été faite chez un groupe d'éthyliques pendant une période d'abstinence. Les résultats seraient possiblement différents si nous avions fait notre étude avec des alcooliques non traités ou abstinents depuis quelques jours seulement. Il est possible qu'alors la fonction thyroïdienne soit momentanément modifiée et de plus, les altérations musculaires notées chez les alcooliques (23, 24) pourraient à elles seules perturber le réflexogramme achilléen.

Résumé

Le réflexogramme achilléen étudié chez un groupe d'alcooliques est normal. La signification et les limites de la méthode employée sont discutées de même que les relations possibles entre l'éthanol et l'hormone thyroïdienne.

Summary

The achilles reflex time was measured in a group of 21 males treated for chronic alcoholism. The mean value of SD segment was normal and only one patient had a slightly prolonged value. Those findings do not suggest a very high incidence of hypothyroidism in chronic alcoholics as reported by others.

REMERCIEMENTS

Nous remercions particulièrement le docteur J.-P. Labrecque (directeur de la Clinique d'Alcoolisme), de même que F. Pelletier et F. Fafard-Clouâtre (infirmières) pour leur colla-

boration dans cette étude. Les graphiques ont été faits par Mademoiselle Y. Morin et le texte a été dactylographié par Mademoiselle B. Michaud.

BIBLIOGRAPHIE

1. GOLDBERG, M.: The occurence and treatment of hypothyroïdism among alcoholics. *J. Clin. Endoc. Metab.*, **20**: 609, 1960.
2. GOLDBERG, M.: Thyroïd function in chronic alcoholism. *Lancet*, **II**: 746, 1962.
3. SELZER, M. et VAN HOUTEN, W. H.: Normal thyroïd function in chronic alcoholism. *J. Clin. Endoc. Metab.*, **24**: 380, 1964.
4. ORD, W. M.: Address in medicine on some disorders of the nutrition related with affections of the nervous system. *Brit. Med. J.*, **2**: 205, 1884.
5. CHANEY, W. C.: Tendon reflexes in myxedema: valuable aid in diagnosis. *J.A.M.A.*, **82**: 2013, 1924.
6. NUTTALL, F. W. et DOE, R. P.: The Achilles reflex in thyroïd disorders. *Ann. Int. Med.*, **61**: 269, 1964.
7. RIVES, K. L.; FURTH, E. D. et BECKER, D. V.: Limitations of the Ankle Jerk Test. *Ann. Int. Med.*, **62**: 1139, 1965
8. SABEH, G.; SARVER, M. E.; MOSES, C. et DANOWSKI, T. S.: Triiodothyronine binding to red blood cells and Achilles tendon reflex as thyroïd indices. *Amer. J. Med. Sc.*, **248**: 253, 1964.
9. DUC, M. et DUC, M. L.: Le réflexogramme Achilléen. Edit. Doin, édit., Paris, 1965.
10. SHERMAN, L.; GOLDBERG, M. et LARSON, F. C.: The Achilles reflex. A diagnostic test of thyroïd dysfunction. *Lancet*, **1**: 243, 1963.
11. SMART, G. A. et ROBSON, A. M.: A simple method for recording Achilles tendon reflexes. *Lancet*, **1**: 363, 1963.
12. BEARDWOOD, D. M. et SCHUMACHER, L. R.: Delay of the Achilles reflex in Diabetes Mellitus. *Amer. J. Med. Sci.*, **247**: 324, 1964.
13. SIMPSON, G. M.; BLAIR, J. A. et NARTOWICZ, G. R.: Prolonged Achilles reflex in neurosyphilis simulating the "myxedema reflex". *New Engl. J. Med.*, **268**: 89, 1963.
14. KISSEL, P.; HARTEMANN, P.; DUC, M. et DUC, M. L.: Le réflexogramme achilléen dans les dysthyroïdies et dans les troubles du métabolisme électrolytique. *Presse Méd.*, **72**: 2201, 1914.
15. LAWSON, J. D.: The free Achilles reflex in hypothyroïdism and hyperthyroïdism. *New Engl. J. Med.*, **259**: 761, 1958.
16. LAMBERT, E. H.; UNDERDAHL, L. O.; BECKETT, S. et MEDEROS, L. O.: A study of the ankle jerk in myxedema. *J. Clin. Endoc.*, **11**: 1186, 1951.
17. REINFRANK, R. F.; KAUFMAN, R. P.; WESTONE, H. J. et GLENNON, J. A.: Observation of the Achilles reflex test. *J.A.M.A.*, **199**: 1, 1967.
18. RAWSON, R. W.; KOCH, H. et FLACH, F. F.: "Thyroïd hormones and mental health", in hormones, brain function, and behavior: proceeding of a conference on neuroendocrinology, held at Arden House, Harriman, New York, 1956. Edité par Hoagland. p. 234. New York Academic Press, édit., New York, 1957.
19. GOLDBERG, M.; HEHIR, R. et HUROWITZ, M.: Intravenous triiodothyronine in acute alcoholic intoxication: Preliminary report. *New Engl. J. Med.*, **263**: 1336, 1960.
20. SATTERFIELD, J. H. et GUZE, S. B.: Treatment of alcoholic patients with triiodothyronine. *Dis. Nerv. Syst.*, **22**: 227, 1961.
21. KALANT, H.; SERENY, G. et CHARLEBOIS, R.: Evaluation of triiodothyronine in the treatment of acute alcoholic intoxication. *New Engl. J. Med.*, **267**: 1, 1962.
22. MURDOCK, H. R.: Effects of ethanol on thyroïd function. *Quart. J. Stud. Alc. (Abst.)*, **27**: 735, 1966.
23. PERKOFF, G. T.; HARDY, P. et VELEZ-GARCIA, E.: Reversible acute muscular syndrome in chronic alcoholism. *New Engl. J. Med.*, **274**: 1277, 1966.
24. EKBOM, K.; HED, R.; KIRSTEIN, L. et AFTROM, K. E.: Muscular affections in chronic alcoholism. *A.M.A. Arch. Neurol.*, **10**: 449, 1964.

ERRATUM

Nous nous excusons auprès des auteurs: les docteurs Morteza Saidi et Emile Bertho, d'avoir omis d'inscrire dans le sommaire de la livraison de septembre, le titre de leur article, "A propros du traitement de la coarctation de l'aorte", *qui a paru à la page 1090.*

GROSSESSE ET CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Réal MARTINEAU [1]

C'est encore un sujet controversé. Les uns tiennent encore à l'adage d'un américain du nom de Cragin, "Once a section, always a section". Les autres envisagent la possibilité d'un accouchement par voie basse même après une césarienne.

Pour citer quelques-uns de ces derniers, mentionnons d'abord l'opinion de deux auteurs américains H. L. Riva et John Teich (1) qui, dans des conditions favorables telles qu'une salle d'opération rapidement organisée, une réserve de sang, un personnel entraîné dans les transfusions artérielles, un service d'anesthésie de 24 heures, ont réussi, à accoucher par voie naturelle 73.8% de leurs patientes ayant eu une césarienne antérieurement, et lors de la révision utérine, l'utérus ne montrait pas de déficiences, donc pas de rupture même partielle; il n'y eut pas de mort maternelle ni fœtale, ceci sur une période de 5 à 6 ans, les morts fœtales ayant été expliquées par le fait de la prématurité; ces auteurs conseillent donc d'accoucher davantage par voie basse dans les circonstances mentionnées plus haut.

De même, Donnelly (2) du New Jersey soutient que 50 à 60% de ses patientes peuvent subir un accouchement par voie basse après une césarienne, laquelle selon lui n'est pas sans danger puisqu'en 1955, dans cet État, treize mortalités maternelles sont attribuables à cette opération.

Dans le même sens, le précis d'obstétrique de Merger, Levy et Melchior, édition de 1961 (3), nous rapporte que les ruptures utérines sont rares, si l'on excepte les césariennes corporelles et que par conséquent l'accouchement par voie naturelle est possible après une césarienne segmentaire, avec comme conditions, la surveillance de l'utérus, le ban sur tout ocytocique, une application de forceps systématique et bien entendu une revision utérine après la délivrance. Incidemment, on dit (11) qu'il y a possibilité accrue de placenta accreta à la cicatrice, quand il y a eu césarienne antérieure.

Une autre opinion similaire est exprimée dans un article d'Allahbadia, de Dublin, Irlande (4), qui se prononce aussi en faveur de l'accouchement par voie naturelle. Ce dernier cite en effet une épreuve de travail chez 310 de ses patientes, sans recours à la césarienne dans 97% des cas; c'était indifféremment, dit-il, des présentations du sommet ou de siège; l'application de forceps n'aurait été nécessaire que dans 14.3% de ces cas. D'où sa conclusion, en accord avec Clancy de Washington, Wolfson et Lancet de l'État d'Israël, Cosgrove du New Jersey, Birnbaum de New York (14), et autres, qu'une première césarienne ne constitue pas par elle-même une indication de césarienne itérative.

Cependant il se trouve d'autres auteurs pour affirmer le point de vue contraire et favoriser encore d'emblée la césarienne itérative. Ainsi, dans le Year Book 1960-1961 (6), il est dit qu'une première césarienne est une indication de répéter une césarienne dans la plupart des cas, vu le danger toujours présent pendant la grossesse comme durant le test de travail d'une rupture utérine; cette rupture, si elle est violente, dit-on, met la vie de la mère en péril et en une telle conjoncture presque tous les bébés succombent. Il y est rappelé aussi que la plupart des utérus rupturés doivent être enlevés, ce qui est un argument pour sauvegarder la carrière reproductive de nos patientes. Enfin on souligne en aparté le fait qu'un accouchement normal ait fait suite à une césarienne ne constitue pas pour autant une garantie contre une rupture lors d'une grossesse éventuelle.

Cette dernière remarque est retrouvée telle quelle chez Lacomme et Lewin (7). Dans une statistique concernant 313 de leurs anciennes opérées, il y a cinq cas de rupture utérine dont trois après un ou plusieurs accouchements normaux intercalés après la césarienne, ce qui les fait déclarer: "Il semble qu'on ait accordé trop de confiance à la solidité d'une cicatrice ancienne sous prétexte qu'elle avait pu résister déjà à un accouchement par voie naturelle". Et ces derniers de se demander si les modifications au niveau du segment inférieur ne vont pas alors en s'aggravant au fur et à mesure des accouchements. En passant il faut insister sur une autre idée qu'ils expriment (5), à savoir qu'une primipare césarisée voit ses chances d'avoir un autre enfant diminuées de 10% et de façon générale a deux fois moins de chances d'avoir plus de trois enfants. D'où l'importance de poser l'indication d'une première césarienne à bon escient.

[1] Département d'Obstétrique et de Gynécologie, Hôpital Sainte-Justine.

Un autre auteur, Bryant (8), est catégorique en affirmant qu'il faut plutôt résoudre le problème de la prématurité chez le bébé, c'est-à-dire, n'opérer que les patientes réellement au terme de leur grossesse plutôt que d'abandonner l'idée de la césarienne itérative. En ceci il corrobore l'affirmation de Cook, Barrie et Avery (13), à savoir que l'incidence des membranes hyalines n'est pas augmentée lors de césarienne, si le bébé est à terme.

James Marr et James Ko (9), du St. Luke's Hospital de New York citent pour leur part une statistique de 761 cas de césariennes itératives avec de bons résultats, c'est-à-dire, sans mortalité maternelle et une mortalité néo-natale de 1.8% considérée comme négligeable. Analysant attentivement 508 de ces cas ils ont relevé:

— Chez 266 cas ayant une deuxième césarienne, 10 ruptures, trois complètes, sept incomplètes;

— Chez 191 cas ayant une troisième césarienne, 3 ruptures incomplètes;

— Chez 51 cas ayant une quatrième césarienne,

5 ruptures, une complète, quatre incomplètes. Ils en arrivent ainsi à la suggestion des césariennes itératives systématiques, dès qu'une patiente en a eu une première, pour permettre comme ils le disent d'examiner et de réparer s'il y a lieu une déhiscence de la paroi utérine pendant qu'il en est encore temps, pour réduire le nombre des hystérectomies, pour supprimer aussi l'état d'anxiété bien normal de l'obstétricien de même que celui de la mère au moment du travail et de l'accouchement, toutes raisons selon eux pouvant justifier l'augmentation de l'incidence des césariennes, à condition qu'on les décide au moment du terme de la grossesse, qu'on continue à améliorer le traitement des prématurés quand il s'en présente, car la césarienne par elle-même, concluent ces auteurs, ne présente pas de risque pour le bébé.

Une autre statistique semble corroborer ces avancés en démontrant que sur 36 mortalités survenues dans l'État du Wisconsin en 1955 (10), 15 sont attribuables à des hémorragies, la moitié de ces hémorragies ayant pour cause la rupture de cicatrices de césariennes antérieures.

Telles sont brièvement résumées les opinions bien opposées de deux écoles différentes. Entre ces deux tendances extrêmes, semble se situer la position de la Clinique Mayo à Rochester. En effet une étude portant sur leurs césariennes pendant dix années consécutives, soit de 1952 à 1961 (15), montre qu'on n'est pas astreint à Mayo de façon rigide au principe: "Once a section, always a section". Mais il reste que 55% de leurs césariennes sont des césariennes itératives. En fait les gynécologues-obstétriciens n'optent pour la voie vaginale que dans les cas suivants:

1° Si l'indication de la césarienne originale est temporaire;

2° Si l'opération a été du type basse cervicale;

3° Si les détails de la première opération sont connus;

4° Si le post-partum a été exempt d'infection;

5° Si le col a été dilaté au préalable par un accouchement antérieur.

Les indications de leurs césariennes pratiquées pendant cette période de dix ans sont les suivantes:

— Disproportion céphalo-pelvienne: 25%;
— Placenta prævia: 20%;
— Présentation anormale: 10%;
— Diabète: 9.6%;
— Dysfonction utérine: 6.3%;
— Abruptio placentæ: 6.3%;
— Prolapsus du cordon: 4.6%;
— Toxémie de grossesse: 3.8%.

Autres indications (15.5%): néo, tumeur obstructive, sensibilisation par RH, opération vaginale antérieure, primipare âgée, utérus rupturé, obstruction intestinale, condition comme: glomérulo-néphrite chronique et colite ulcérative chronique.

L'opération pratiquée dans 84% des cas comporte une incision basse cervicale ou une incision du segment inférieur.

Il n'y a eu dans dix ans qu'une seule césarienne extrapéritonéale, mais on a dû procéder à une classique dans 13.3% des cas pour les raisons suivantes: éviter le placenta, présence d'adhérences ou de gros vaisseaux empêchant une bonne exposition du champ, fœtus en position transversale, segment inférieur non développé et aussi dix cas où on a envisagé la stérilisation.

L'hystérectomie n'a été pratiquée en même temps que treize fois dans dix ans (2.4%), il s'agit là à leurs yeux d'une opération plus dange-

reuse comportant de la morbidité et de la mortalité maternelle.

De cette étude de l'École de Mayo, on doit tirer les conclusions suivantes:

1° Les césariennes itératives sont souvent indiquées;

2° La première opération césarienne comporte toujours des risques d'abord en temps d'opération, puis en ce qui a trait à la rupture ultérieure possible de la cicatrice;

3° Si les conditions ne sont pas idéales, on accepte plus facilement à Mayo comme indication de l'opération un certain degré de détresse fœtale ou encore une haute valeur sociale du bébé.

Pour notre part, nous avons relevé tous les dossiers de césariennes pratiquées dans notre département pendant dix années consécutives soit des années 1957 à 1966 inclusivement. Nous pouvons voir nos statistiques dans les tableaux suivants:

— Disproportion fœto-pelvienne: 60%;
— Placenta prævia: 11.3%;
— Présentation anormale: 4.6%;
— Décollement placentaire: 4.5%;
— Dystocie de la contraction: 3.8%;
— Procidence du cordon: 3.2%;
— Toxémie: 1.6%;
— Diabète: 0.5%.

Autres complications 10.5%: dystocie du col, périnéorraphie, érythroblastose, maladie cardiaque, néphrite chronique hypertensive, tumeur prævia, chute de pression et souffrance fœtale, gémellité après césarienne antérieure, grossesse ectopique, néo avec métastases généralisées, primipare âgée, prolapsus complet, tumeur médiastinale, cause inconnue.

Au total, en dix années, il y a eu dans notre service 20,702 accouchements, dont 627 césariennes, soit 3.02% et de ce nombre, 204 césariennes itératives, soit 32.5%.

COMMENTAIRES.

Il est bon de noter qu'avant de s'engager à un accouchement après une césarienne, on doit penser à l'hystérographie; selon une étude (12), quelques semaines après une grossesse, il serait courant de déceler une déficience isthmique à l'utérus, tant après un accouchement qu'après une césarienne; mais une image radiologique anormale trouvée quelques mois après l'involution utérine complète peut dit-on, avoir une signification sérieuse.

D'après nos statistiques plus haut mentionnées, il est certain que plusieurs patientes sont revenues dans notre hôpital accoucher par voie basse avec succès après une césarienne antérieure; en fait, nous n'avons en dix ans relevé qu'un seul cas où, à la revision utérine lors d'un accouchement faisant suite à une césarienne, une brèche notée a dû nécessiter une hystérectomie; par ailleurs nous avons aussi noté pendant cette période de dix ans, 12 cas où, au moment d'une césarienne itérative, une rupture de la cicatrice complète ou incomplète devint une indication formelle d'hystérectomie. Fort heureusement, de ce nombre, on ne relève que deux morts-nés; il s'agissait dans un cas d'une rupture de cicatrice classique chez une patiente qui nous a été dirigée dans le département et dans l'autre d'une rupture survenue chez une patiente dont on ignorait tout d'une opération antérieure subie dans un autre hôpital.

Il reste que la décision finale à la fin d'une grossesse, doit être prise seulement après avoir analysé tous les facteurs, tels que l'indication de la première césarienne, le protocole opératoire et les suites post-opératoires, aussi l'existence ou non d'une dilatation antérieure du col.

Sommaire

Dans ce travail, nous avons d'abord cité des opinions favorables à un accouchement par voie basse après une césarienne, puis à l'opposé des opinions en faveur d'une césarienne itérative d'emblée; se situant entre ces deux écoles, nous avons cité l'École de Mayo, ayant une statistique de césariennes itératives de 55%; nous avons aussi procédé à une revision des statistiques de notre département à l'hôpital Ste-Justine portant sur les dix dernières années. Nous voulons enfin conclure que la décision concernant la première césarienne en est une d'importance capitale et doit toujours s'inspirer du souci de sauvegarder l'intérêt tant de la mère que du bébé; pour ce qui est des grossesses ultérieures, la décision comporte dans chaque cas un risque calculé.

Summary

In this paper, we first mentioned a few opinions favouring a vaginal delivery after a cesarean section; secondly, some opinions favouring a repeat cesarean section systematically; between these two schools, we have also pointed out

the attitude and the statistics of the Mayo Clinic. Finally we have reviewed our hospital statistics for the last ten years. We wish to conclude that the decision concerning the first section is a major one and must consider mother's and baby's life as much; as far as the other pregnancies are concerned, the decision is considered as a calculated risk.

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier le département des archives de l'Hôpital Sainte-Justine pour sa précieuse collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

1. RIVA, H. L. et TEICH, J.: Vaginal delivery after cesarean section. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **81**: 501, 1961.
2. DONNELLY, J. P.: The use and abuse of cesarean section. *Postgrad. Med.*, **26**: 44, 1959.
3. MERGER, R., LEVY, J. et MELCHIOR, J.: Précis d'obstétrique. p. 765-82. 2e éd. revisée. Masson et Cie., édit., Paris, 1961.
4. ALLAHBADIA, N. K.: Vaginal delivery following cesarean section. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **85**: 241, 1963.
5. LEWIN, D.: Premier essai d'application à l'évaluation de la fécondité des femmes qui ont subi une opération césarienne lors de leur premier accouchement. *Gynéc. Obstét.*, **61**: 453, 1962.
6. GUZMAN, M.; AGUERO, O. et PUMAR, J. P.: Postcesarean vaginal parturition. Year Book of Obstet. Gynec., p. 191, 1960-61.
7. LACOMME, M. et LEWIN, D.: L'accouchement naturel ou césarien chez les femmes antérieurement césarisées. *Gynéc. Obstét.*, **61**: 437, 1962.
8. BRYANT, R. D.: Cesarean section in Cincinnati, Ohio, 1950-59. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **81**: 480, 1961.
9. MARR, P. et KO, H.: Repeat cesarean section. *Postgrad. Med. J.*, **26**: 215, 1959.
10. MULLER, P. E.; HEISER, W. et GRAHAM, W.: Repeat cesarean section. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **81**: 867, 1961.
11. THEIN, W. et McSWEENEY, J. D.: Multiple repeat cesarean sections. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **90**: 913, 1964.
12. RUIZ-VELASCO, V. et GAMIZ, R.: Prognosis of the cesarean section scar. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **95**: 1119, 1966.
13. COOK, C. D.; BARRIE, H. et AVERY, M. E.: Respiration and respiratory problems of the newborn infant. *Advances Pediat.*, **11**: 11, 1960.
14. CLANCY, J.: Vaginal deliveries subsequent to previous cesarean section. *West. J. Surg.*, **68**: 385, 1960.
15. AARO, L. A. et JENSEN, P. A.: Cesarean section: review of a 10-year series. *Mayo Clin. Proc.*, **40**: 338, 1965.

CHRONIQUE RADIOLOGIQUE[1]

Observation 1

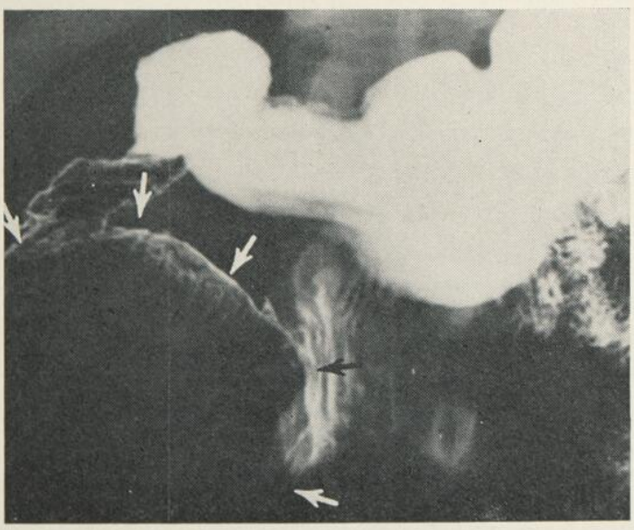
Monsieur P. A., patient de 19 ans, se présente à l'urgence pour une douleur abdominale située au flanc et à l'hypochondre droits, accompagnée de vomissements. La symptomatologie a débuté après une bagarre au cours de laquelle, le patient a recu plusieurs coups de pieds au niveau de l'abdomen. Quarante-huit heures après le traumatisme le patient présente un ictère accompagné de selles pâles et d'urine foncée.

Laboratoire

Les examens de laboratoire sont normaux à l'exception d'une hyperbilirubinémie libre et conjuguée.

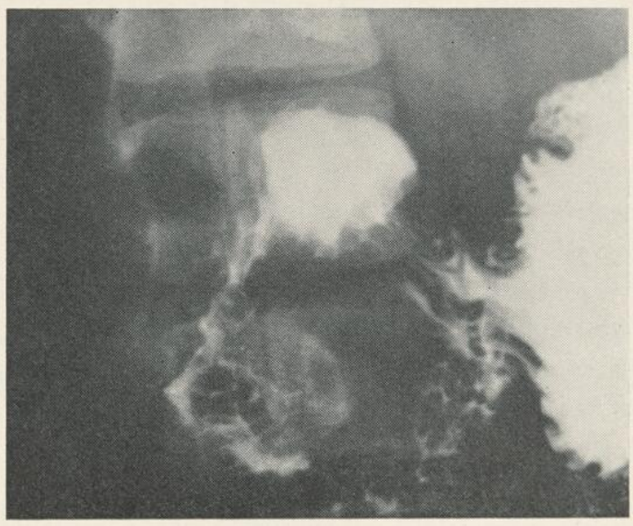
RADIOLOGIE

Un repas baryté montre la présence d'une forte compression en arc de cercle s'exerçant sur la troisième portion du duodénum et sur un segment de la quatrième portion. L'image radiologique suggère la présence d'une lésion intra-pariétale sans atteinte apparente de la muqueuse. Les plis muqueux sont cependant étalés (Figure 1).



CHIRURGIE

Le patient a subi une laparotomie quelques jours après son admission. A l'examen de l'abdomen, on notait la présence d'une masse intéressant le duodénum depuis la première portion jusqu'à sa troisième portion. Cette masse était composée d'un hématome sous-séreux évalué à environ 300 cc. L'évolution post-opératoire a été satisfaisante et l'ictère a régressé rapidement. Un repas baryté de contrôle fait sept jours après l'opération montre la disparition de la lésion expansive intra-murale. Persistance cependant d'une altération du relief muqueux qui suggère la persistance d'une certaine réaction sous-muqueuse au niveau intéressé (Figure 2).



DISCUSSION

Le duodénum, étant donné sa position relativement fixe en avant de la colonne vertébrale est particulièrement vulnérable lors d'un traumatisme abdominal. Ce traumatisme peut entraîner une rupture des plexus vasculaires sous-muqueux et sous-séreux et la formation d'un hématome dans la paroi de ce segment intestinal. Si l'hématome est petit, il peut se résorber, mais même alors on peut observer une déformation cicatricielle secondaire du segment intéressé. Selon Gudd, l'hématome pariétal pourrait même grossir par la désintégration de l'hémoglobine avec appel liquidien par osmose comme dans les hématomes sous-duraux. Si l'hématome est plus volumineux que 30 cc, il peut créer une obstruction duodénale, comprimer l'extrémité distale du cholédoque et du canal de Wirsung et occasionner ainsi un ictère ou une pancréatite. Parfois il se rupture dans l'espace rétro-péritonéal et comme la muqueuse est le plus souvent intacte l'infection secondaire est rare.

Les patients qui présentent une symptomatologie aiguë immédiatement après le traumatisme ont

[1] *Société canadienne-française de radiologie*. Cette observation a été présentée au Cercle d'Etude du mois de février 1967 à l'Hôpital Maisonneuve.

souvent une rupture concomittante du pancréas ou du duodénum. Dans 50% des cas, le patient reste asymptomatique durant un à sept jours et présente ensuite des vomissements bilieux avec crampes épigastriques. On peut observer alors de la fièvre et une distension abdominale modérée accompagnée d'une diminution du péristaltisme intestinal. L'anémie, l'hémorragie gastro-intestinale, la péritonite généralisée, l'ictère et la pancréatite sont des complications plutôt rares. Le repas baryté montre une obstruction partielle ou complète du duodénum par une masse excentrique à caractère intra-pariétale.

Le traitement consiste en une laparotomie pour évacuer l'hématome par une incision transversale de la séreuse. Si l'hématome est impossible à évacuer complètement et que l'on redoute la persistance du syndrome occlusif, une gastro-entérostomie antérieure est alors indiquée.

Roger LEDOUX,
Hôpital Maisonneuve,
Responsable de la chronique

BIBLIOGRAPHIE

FREEARK, NORCROSS et CORLEY: *Surg. Clin. N. Amer.*, 46: 85, 1966.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

BULLETIN

5064 AVENUE DU PARC, MONTRÉAL 8, QUÉBEC

VOLUME 1 - NUMÉRO 9 OCTOBRE 1967

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

VERS DES LENDEMAINS FÉCONDS

Il est des événements qui parlent plus haut à eux seuls que les commentaires. Le récent Congrès international des Médecins de langue française est de ceux-là. Il ne nous appartient pas d'estimer la valeur des communications. Il est encore trop tôt pour faire le bilan de ces assises, comme il est impossible d'en prévoir tous les effets. Mais toutes les disciplines semblent y avoir trouvé leur compte, dans des informations à jour, avec la caution de rapporteurs d'autorité reconnue. Chaque auditeur a pu y exercer son esprit critique et en rapporter matière à réflexion. Au dire des congressistes, le programme scientifique se classait parmi les meilleurs des congrès internationaux.

Il faut féliciter sans réserve les organisateurs de ce Congrès dont l'énumération risquerait d'oublier les mérites de certains. Ce fut véritablement le rassemblement des états généraux de la communauté médicale française, d'une communauté culturelle, humaniste, œcuménique, rajeunie, intégrée, moderne, chacun de ces mots pouvant facilement faire l'objet d'une démonstration. Du point de vue national, la grandeur, l'expérience exaltante de ces journées ont réhaussé le prestige de la médecine du Canada français. Ils l'ont orienté vers des avenues larges et fécondes qui la conduiront vers les sommets.

Ce Congrès a permis une nouvelle prise de conscience de nos propres valeurs. Sans narcissisme, mais en esprits adultes, réalistes, objectifs, elles se sont mesurées sur le plan international et ne se sont trouvées inférieures à aucune. Notre élite médicale a reçu une audience mondiale; grave responsabilité, engagement lourd, mais que sa noblesse obligera.

Sur le plan international, un tel congrès tend naturellement vers l'unité du monde médical d'expression française. Mais c'est de la diversité des nations participantes, de l'originalité de leurs génies respectifs que s'élèveront les hauts lieux de l'esprit scientifique dans cette communauté de langue. Ce marché commun d'échanges culturels sera profitable à tous en autant que chaque membre y apportera sa contribution personnelle. Alors seulement, ce groupement atteindra toutes ses dimensions pour le progrès de la science et de la pratique de la médecine. La langue n'y suffit pas, il y faudra la valeur.

ANTONIO LECOURS

INTÉRIM POURVU À L'ASSOCIATION

Les termes des mandats des officiers, de l'Exécutif, des membres des divers comités et de la moitié du Conseil de l'Association expiraient le 29 septembre dernier. L'imminence d'une nouvelle charte a engagé le comité des désignations à recommander au conseil de différer les élections et de s'en tenir à une simple prolongation des termes de tous ceux qui sont actuellement en fonction, jusqu'à la mise en vigueur de la nouvelle constitution.

Le Conseil, à sa réunion ordinaire, a accepté cet arrangement basé sur les considérations suivantes du comité des désignations:

"1) que le 30 juin 1967, lors d'une assemblée extraordinaire, le Conseil a adopté un projet d'une nouvelle charte;

2) qu'il ne serait pas dans l'intérêt de l'Association, pour un intérim purement formel et conventionnel, de remplacer ceux qui sont en poste, car ils ont pris part aux délibérations du Conseil et sont au fait des changements éventuels;

3) qu'avec l'adoption de nouveaux règlements, les membres du Conseil, de l'Exécutif, des différents comités et les officiers, etc., remettront leur démission."

PROJET DE CHARTE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA ADOPTÉ À L'ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE DU CONSEIL LE 30 JUIN 1967

CHARTE

ARTICLE 1

L'Association des médecins de langue française du Canada, constituée sous l'empire de la Troisième Partie de la Loi des compagnies de Québec, est maintenue en existence comme corporation et elle est dorénavant régie par les dispositions qui suivent.

La corporation a son siège social dans le district judiciaire de Montréal et elle peut en conformité de ses règlements établir des sections.

La corporation, avec l'autorisation du secrétaire de la province, peut, par résolution de son conseil général, changer son nom ou le lieu de son siège social qui doit être situé dans la province de Québec. Une telle modification entre en vigueur le soixantième jour suivant la publication d'un avis à cet effet dans la Gazette Officielle de Québec.

ARTICLE 2

Le but de la corporation est de rallier sur un terrain commun, culturel et professionnel les médecins de langue française.

ARTICLE 3

La corporation possède les pouvoirs et est assujettie aux obligations ordinaires des corporations, sauf les dérogations prévues par la présente loi.

Sans limiter la portée de ce qui précède, la corporation peut:

a) avoir un sceau et le modifier à volonté;

b) ester en justice;

c) acquérir, établir, maintenir, administrer et gérer toute œuvre ou entreprise analogue à la sienne ou en relation avec ses fins;

d) acquérir, posséder, administrer et aliéner tous biens, meubles et immeubles, par tous modes légaux et à tous titres, pourvu que la valeur totale des immeubles possédés n'excède jamais cinq cent mille ($500,000) dollars;

e) s'obliger et obliger autrui envers elle par tout mode légal, et spécialement par lettre de change, billet ou autre effet négotiable;

f) faire sur son crédit des emprunts par tout mode reconnu par la loi;

g) hypothéquer ou nantir ses immeubles, donner en gage ou grever d'une autre charge ses biens meubles pour assurer le paiement de ses emprunts ou l'exécution de ses obligations;

h) émettre des obligations ou autres titres ou valeurs et les vendre, échanger, nantir ou mettre en gage;

i) nonobstant les dispositions du Code civil, hypothéquer, nantir, mettre en gage, céder et transporter, sans dépossession, ses biens meubles et immeubles, présents ou futurs, pour assurer le paiement des obligations ou valeurs émises, donner une partie seulement de ces garanties pour les mêmes fins et constituer une telle hypothèque, un tel nantissement ou un tel usage, ou telle cession ou un tel transport par acte de fidéicommis, conformément à la Loi des pouvoirs spéciaux des corporations, ou à toute loi pouvant remplacer cette dernière;

j) placer ses fonds de toute manière jugée appropriée, soit en son nom, soit au nom de fiduciaire;

k) accepter tout don, legs ou autre libéralité;

l) conclure avec toute autorité publique des arrangements de nature à favoriser la poursuite de ses fins, les mettre en œuvre, exercer les droits et privilèges qui en résultent et remplir les obligations qui en découlent;

m) conclure avec toute personne, société ou corporation poursuivant ou se proposant de poursuivre des entreprises, des œuvres ou des opérations qui peuvent lui être profitables, des conventions relatives à une coopération mutuelle et à toutes fins similaires, faire partie de tout groupement, devenir membre de toute association ou corporation poursuivant des entreprises ou activités qui peuvent l'aider dans la mise en œuvre de ses pouvoirs;

n) s'associer avec toute corporation ou groupement poursuivant des entreprises et des œuvres en relation avec ses fins;

o) favoriser les intérêts professionnels de ses membres, aider à leur perfectionnement et, notamment, mettre à leur disposition des écrits, renseignements et services dont ils ont besoin;

p) promouvoir l'avancement de la science médicale par tous modes légaux, notamment par l'organisation de congrès ou la participation à des congrès, la publication ou la participation à des revues, livres, brochures ou périodiques médicaux ou scientifiques, et la collaboration avec les facultés de médecine;

q) accomplir toutes les autres choses qui se rattachent ou sont propres à la poursuite de ses fins et à l'exercice de ses pouvoirs.

ARTICLE 4

Les droits, pouvoirs et prérogatives que les membres pourraient faire valoir en assemblée générale, annuelle ou spéciale, sont exercés par un conseil général. La composition de ce conseil général, le nombre de ses membres, le mode d'élection ou de remplacement des membres, les formalités relatives à la convocation et à la tenue des assemblées du conseil général, le quorum requis, et, de manière générale le mode d'exercice des pouvoirs du conseil général sont déterminés par les règlements de la corporation.

ARTICLE 5

La corporation est dirigée et administrée par un conseil d'administration de onze (11) membres.

Personne ne peut exercer les fonctions de membre du conseil d'administration s'il n'est membre en règle de la corporation et membre du Conseil Général.

Les membres du conseil d'administration sont élus (à l'exception du président sortant de charge de la corporation qui est membre ex officio du conseil d'administration) à l'assemblée générale annuelle du Conseil général, pour le temps, ne dépassant pas deux (2) ans, que prescrivent les règlements de la corporation.

ARTICLE 6

Le conseil d'administration, si il y est autorisé par règlement régulièrement adopté et confirmé par le vote d'au moins les deux tiers des membres présents à une assemblée générale spéciale du Conseil Général, peut former, sous son autorité, un comité exécutif composé uniquement de personnes membres du conseil d'administration et au nombre minimum de trois (3). Ce comité exécutif peut exercer les pouvoirs du conseil d'administration délégués par ce règlement, sujet aux restrictions contenues dans ce règlement et sujet aux autres règlements, qui peuvent être édictés de temps à autre par les membres du conseil d'administration.

ARTICLE 7

Le conseil d'administration a, entre autres, les pouvoirs et devoirs suivants:

a) voir à la direction et à l'administration générale de la corporation;

b) suggérer les sujets scientifiques qui peuvent être mis à l'étude aux différents congrès de la corporation;

c) déterminer les endroits où se tiennent ces congrès;

d) recevoir les rapports du comité exécutif, de tous autres comités de la corporation et des sections;

e) étudier les questions concernant la corporation et la médecine en général.

ARTICLE 8

Le conseil d'administration doit siéger, pour l'exécution des affaires de la corporation, en séance régulière, aux endroits et aux dates déterminés par les règlements, qui doivent prévoir au moins une séance par année.

ARTICLE 9

Sujet à l'approbation du conseil général, le conseil d'administration peut adopter des règlements pour la conduite des affaires de la corporation et notamment pour:

a) la régie interne de la corporation;

b) la composition, la qualification, le mode d'élection et de réélection ou de remplacement des membres du conseil d'administration et la durée de leur fonction, qui ne doit pas excéder deux (2) ans et le mode d'exercice des pouvoirs du Conseil Général;

d) la nomination, les fonctions, les devoirs et la destitution des fonctionnaires, agents, officiers, employés de la corporation et leur rémunération;

e) l'admission, la suspension, l'expulsion, la classification et la discipline des membres de la corporation;

f) la fixation du droit d'admission et des cotisations exigibles des membres;

) la convocation et la tenue des assemblées du Conseil Général et des assemblées du conseil d'administration, la procédure qu'on doit y suivre et le quorum qui y est requis;

h) l'établissement, la composition et les fonctions des comités créés soit au sein de l'assemblée des membres du conseil général soit du conseil d'administration, et de tous les autres comités jugés nécessaires ou utiles pour la corporation;

i) l'organisation, la délimitation et la gestion des sections;

j) les officiers de la corporation, les noms sous lesquels on les désigne, leur nombre, leurs qualifications, leur nomination, leurs fonctions, leurs devoirs et la durée de leurs fonctions, leur révocation, leur démission, leur remplacement et leur rémunération.

Les règlements du conseil d'administration, leur modification ou révocation, n'ont d'effet qu'après approbation des deux tiers des membres du conseil général, présents à une assemblée spéciale dûment convoquée à cette fin et à laquelle il y a quorum.

ARTICLE 10

Le conseil général doit nommer chaque année un vérificateur, membre de l'Institut des Comptables Agréés de Québec, pour faire l'examen des livres de comptabilité et des comptes de la corporation.

ARTICLE 11

Les règlements actuels de la corporation sont maintenus en vigueur jusqu'à ce qu'ils aient été abrogés, remplacés ou modifiés sous l'empire de la présente loi.

ARTICLE 12

La corporation doit tenir à son siège social un ou plusieurs registres contenant:

a) une copie de sa charge;

b) les règlements adoptés en vertu des pouvoirs conférés par la présente loi;

c) les procès-verbaux des assemblées du conseil d'administration, du Conseil Général, du comité exécutif et de tous autres comités de la corporation;

d) les nom, prénom, nationalité, adresse et occupation de chaque membre de la corporation en indiquant pour chacun la date de son admission ou de son entrée en fonction et celle où il a cessé d'être membre ou d'exercer sa fonction;

e) les créances garanties par hypothèque... sur ses immeubles en indiquant pour chacune le principal, une description sommaire des immeubles hypothéqués et le nom du créancier ou, pour les émissions d'obligations ou de valeurs mobilières, le nom du fiduciaire.

Ces registres font preuve prima facie de ce qui est énoncé; il en est de même des extraits revêtus du sceau de la corporation et certifiés par son secrétaire. Toute personne intéressée peut les consulter et en obtenir à ses frais un extrait certifié.

ARTICLE 13

A la requête de soixante-quinze pour cent (75%) des membres du conseil général de la corporation, le secrétaire de la province peut déclarer la corporation dissoute; cette dissolution ne prend effet qu'à compter du soixantième jour qui suit la publication d'un avis à cet effet dans la Gazette Officielle de Québec. Au cas de telle dissolution, les biens de la corporation sont dévolus aux facultés de médecine de langue française du Canada.

ARTICLE 14

Jusqu'à ce qu'elles soient élues ou remplacées en conformité des règlements de la corporation décrétés sous l'empire de la présente loi, les personnes qui sont actuellement membres du conseil, tel que défini et composé par l'article 4 de la Loi 11, Georges VI, chapitre 132, remplacé par l'article 3 de la Loi 7-8 Élisabeth II, chapitre 192, sont et seront les membres provisoires du Conseil Général créé par la présente loi et en exerceront tous les droits, pouvoirs et prérogatives.

ARTICLE 15

Les personnes qui occupent actuellement les fonctions de directeur général, d'adjoint au directeur général, de secrétaire-trésorier général et d'adjoint au secrétaire-trésorier général, sont maintenues à leur poste jusqu'à leur démission ou jusqu'à l'expiration de leur mandat, mais exercent les pouvoirs et ont les attributions que le conseil d'administration, constitué par la présente loi, leur donnera, jusqu'à ce que le conseil d'administration soit ainsi constitué, ces pouvoirs, autorité et attributions sont conférés et déterminés par les membres provisoires du Conseil Général.

LE PRIX DE RECHERCHES À UN EX-OMNIPRATICIEN

Plusieurs travaux de valeur ont été soumis à l'Association des Médecins de Langue française du Canada pour le deuxième concours annuel de son Prix de recherches. La tâche du jury de choisir le lauréat était d'autant plus difficile que chaque travail aurait pu faire, dans son domaine, l'objet d'une distinction.

Sans connaître l'auteur désigné seulement par un pseudonyme et sans avoir dû se consulter au préalable, les cinq membres du jury ont fait l'unanimité sur un manuscrit intitulé: "Inhibition de l'hyperparathyroïdisme expérimental". L'identité de l'auteur leur fut alors dévoilée. Il s'agissait du docteur Gaston Côté, assistant de Recherches à l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal. Le choix était d'autant plus heureux que ce travail illustre les rapports immédiats que peuvent présenter entre eux la recherche et la clinique.



Dr G. Côté

Le docteur Côté a fait trois ans de pratique générale à Rimouski avant de joindre l'Institut de Montréal. C'est l'observation d'un cas particulier en clientèle qui a incité notre généraliste à se livrer à cette recherche. Diplômé de la Faculté de Médecine de l'Université Laval en 1963, le lauréat est un boursier de la Fondation canadienne des maladies du cœur. Son travail, dont notre Association a eu la primeur, fera l'objet d'une thèse pour l'obtention du doctorat. La communication qu'il a présentée au Congrès international sera publiée dans L'Union Médicale du Canada.

Le lauréat a reçu son prix et son diplôme d'honneur au cours de ces assises. Nous lui réitérons nos plus sincères félicitations.

REVUE DES PÉRIODIQUES

MÉDECINE

Ch. DEBRAY et Olivier LORTAT-JACOB: **L'avenir des hernies hiatales opérées — A propos de 63 observations — Le point de vue du médecine.** Arch. Fr. Mal. App. Dig., Paris, **55**: 853 (no 10), 1966.

À assez longue échéance, sur 63 hernies hiatales opérées, les auteurs n'ont observé que 50 p. 100 de bons résultats; il y a 21 p. 100 de résultats médiocres et 30 p. 100 d'échecs.

L'indication opératoire n'a été posée que dans 8,5 p. 100 des 749 hernies hiatales observées.

Le reflux gastro-œsophagien a été la cause essentielle de la décision opératoire (60 p. 100), puis viennent les complications de la hernie hiatale (22 p. 100), enfin les affections associées (16 p. 100).

Les troubles observés au cours des échecs sont les suivants: dysphagie (seule la dysphagie durable peut être considérée comme une complication), le syndrome "ballonnement-tachycardie" isolé par les auteurs et dont il existe des formes mineures (23 p. 100 des opérés) et sévères (8 p. 100), ces deux ordres de complication étant probablement en rapport avec une surcontention de la hernie, enfin les récidives (31 p. 100) avec reprises des signes pré-opératoires de reflux. Certaines récidives radiologiques sont symptomatiques; les récidives cliniques peuvent survenir des années après l'acte opératoire. Après l'intervention existent des déformations de la grosse tubérosité parfois très inquiétantes (pseudo-néoplasme du cardia).

On ne confondra pas les vraies séquelles de la chirurgie de la hernie hiatale avec les fausses séquelles qui correspondent à une lésion concomitante (ulcère, lithiase, etc.) ou à des troubles fonctionnels associés, surtout névropathiques.

Les mauvais résultats observés par les auteurs contrastent avec les 70 ou 85 p. 100 de succès des statistiques chirurgicales. Ils s'expliquent par les facteurs suivants: opérateurs différents, dont certains étaient non spécialisés; techniques différentes; indication parfois peut-être mal posée; terrain névropathique dans certains cas; différence du recrutement médical et chirurgical; résultats contrôlés à longue échéance (certaines hernies hiatales récidivent tard).

Ces échecs doivent inciter à la prudence dans les indications opératoires. Mais ils ne doivent en aucune façon faire écarter la chirurgie quand celle-ci est indiquée. Le chirurgien devra être autant que possible bien entraîné à cette chirurgie. Dans l'ensemble il semble que les résultats actuels de la chirurgie de la hernie hiatale soient meilleurs que ceux observés il y a quelques années, ceci étant dû probablement à une meilleure technique chirurgicale.

Guy ALBOT

Steven A. SCHWID et Ray W. GIFFORD, jr.: **L'usage et l'abus des médicaments antihypertensifs chez le sujet âgé.** (The use and abuse of antihypertensive drugs in the aged.) Geriatrics, **22**: 172 (juin) 1967.

En 1960, aux États-Unis, la maladie cardio-vasculaire hypertensive a fait de 8 à 19% des décès attribuables aux maladies cardio-réno-vasculaires chez les gens âgée de 25 ans et plus. Les sujets souffrant de maladie hypertensive augmentent avec l'âge. Après 65 ans, la statistique va jusqu'à 50%. Il est certain que les troubles secondaires à l'hypertension artérielle sont favorablement influencés par la médication actuelle. Elle prévient les lésions aux divers organes. Elle prolonge la vie.

Cet énoncé est tellement vrai que, depuis 1949, date qui a vu apparaître les premiers médicaments efficaces contre l'hypertension, les morts causées par cette affection ont tendance à diminuer.

Il y a encore beaucoup d'inconnu dans le mécanisme qui règle la pression artérielle. Mais au cours des dernières années, le contrôle de la pression artérielle est évident dans bien des cas.

Pour obtenir ces résultats, la thérapeutique doit s'adresser au cœur, au cerveau et aux reins qui sont toujours touchés lorsqu'on néglige de traiter l'hypertension. Pour atteindre ce but, le patient hypertendu doit d'abord faire l'objet d'une longue observation, afin de déterminer la cause de cette maladie. Par la suite, il s'agit d'instituer le traitement approprié. De nos jours, la médication est tellement efficace qu'un médicament donné peut causer des ennuis parfois sérieux surtout chez le sujet âgé.

Les auteurs, cela va de soi, donnent la liste imposante des préparations orales susceptibles de lutter contre l'hypertension. Ils donnent les inconvénients et les avantages de chaque produit. Ils ajoutent des directives appropriées pour les malades porteurs d'une hypertension non compliquée. L'attitude ne devrait pas être la même si on a affaire à un hypertendu qui souffre de complica-

tions (défaillance ventriculaire gauche, insuffisance des artères coronariennes, insuffisance cérébro-vasculaire, insuffisance rénale).

Mais, chez l'être âgé, il faut se montrer très prudent. Une thérapeutique anti-hypertensive inadéquate peut provoquer des effets indéniables, même graves. L'homme âgé appartient à une classe spéciale et c'est l'immense majorité qui y siège. Aussi peut-on qualifier cette pathologie: "hypertension artérielle". Le médecin ne doit avoir qu'un but: celui de ne pas nuire avec ces préparations qui se font de plus en plus nombreuses et de plus en plus puissantes.

Paul-René ARCHAMBAULT

J. R. BRUNK, E. C. DRASH et O. SWINEFORD: **Pleurésie rhumatoïde traitée avec succès par décortisation. Rapport d'un cas et revue de la littérature.** (Rheumatoid pleuritis successfully treated with decortication. Report of a case and review of the literature). Amer. J. Med. Sci., **251**: 545, 1966.

Il s'agit d'une arthrite rhumatoïde à sérologie positive, d'évolution moyenne et de date récente. L'atteinte pleurale, presque sans symptomatologie fonctionnelle, fut mise en évidence par l'examen clinique et l'étude radiologique. L'examen du liquide pleural montrait une réaction à potentiel inflammatoire, mais léger. La suspicion d'une tumeur pleurale maligne commanda la thoracotomie qui écarta le diagnostic étiologique, mais permit de mettre en évidence l'existence d'un nodule rhumatoïde typique. Il faut avouer que c'est une observation vraiment privilégiée démontrant une fois pour toutes la nature rhumatoïde d'une pleurésie au cours d'une polyarthrite.

On doit déplorer, dans cette belle observation, l'omission des tests d'agglutination et la recherche des phagocytes.

M. KALUDI

CHIRURGIE

C. COUINAUD: **Hépatectomies: résections gauches — A propos de 21 observations personnelles.** Presse Médicale, **75**: 275 (4 février) 1967.

Au total, 14 lobectomies gauches et 6 hépatectomies gauches et une résection digestive du segment III, réalisées chez 10 hommes et 11 femmes, de 4 à 67 ans.

Parmi les indications opératoires on relève: kystes hydatiques 8; ecchinococcose alvéolaire 1; angiomes 3; cancer primitif 1; cancers secondaires 3; lithiases intra-hépatiques 2; plaie du pédicule hépatique gauche 1; opération de Longmire 1. La place de l'hépatectomie dans ces différentes affections est discutée.

La voie d'abord a été soit une cœliotomie sus-ombilicale, soit une incision en équerre de l'hypocondre droit; la thoraco-phréno-laparotomie est inutile dans les résections gauches, car il n'existe jamais de danger vasculaire. La technique suivie a été celle mise au point par l'auteur en 1957.

On relève deux décès. L'un survenu au début de la série, par thrombose de l'artère hépatique consécutive à une ligature intempestive du pédicule paramédian droit, reconnue et desserrée au cours de l'intervention: il aurait mieux valu réaliser l'ablation du secteur. L'autre par hémobilie infectieuse, un mois après une hépatectomie gauche pour lithiase hépatique.

Il semble donc que maintenant ces exérèses soient parfaitement au point, et que la mortalité doit devenir pratiquement nulle, pourvu que l'on emploie une technique adéquate.

Guy ALBOT

L. LÉGER, R. ABELANET, G. LEMAIGRE et R. GUILLEMOT: **Thromboses veineuses et explorations manométriques dans les hypertensions portales par blocage intra-hépatique.** Presse Médicale, **75**: 177 (25 janv.) 1967.

Dans l'intimité du parenchyme hépatique, le barrage peut siéger avant ou après le capillaire sinusoïde, réalisant ce qu'il est convenu d'appeler un bloc pré- ou postsinusoïdal. Les explorations manométriques — spléno-manométrie et cathétérisme sus-héparique bloqué — sont en mesure de distinguer des deux types d'hypertension portale. La spléno-manométrie mesure la pression du sang afférent au foie; ses chiffres sont assimilables à ceux de la pression portale. On admet d'autre part, que le cathétérisme sus hépatique bloqué rend compte approximativement de la pression à l'intérieur du capillaire sinusoïde. Ainsi des chiffres de pression homologues — donnés par la spléno-manométrie et le cathétérisme sus hépatique bloqué — sont en faveur d'un blocage postsinosoïdal. Au contraire, leur dissociation plaide en faveur du siège présinusoïdal du barrage.

À priori, ces deux types d'hypertension portale ne devraient pas répondre à des atteintes identiques du parenchyme hépatique; il a donc paru intéressant aux auteurs de confronter les résultats des manométries avec les altérations structurales observées dans une série d'affections hépatiques, caractérisées, les unes par un bloc présinusoïdal — bilharziose hépatique, hypertension portale essentielle. fibroadénomatose biliaire — les autres, par

un bloc postsinusoïdal: cirrhoses communes, éthyliques ou postnécrotiques.

La similitude, ou la dissociation, entre les chiffres de spléno-manométrie d'une part, le cathétérisme sus hépatique bloqué d'autre part, pourrait trouver une explication dans les constatations anatomopathologiques.

Dans les hypertensions portales de type présinusoïdal — bilharziose, hypertension portale essentielle et, au moins au début, fibro-adénomatose biliaire — l'examen du foie montre des altérations vasculaires localisées aux branches de division intrahépatiques de la veine porte, et caractérisées par des lésions d' "atrésie" ou de thrombose porte.

Dans les hypertensions portales de type postsinusoïdal — cirrhoses communes — le lit veineux portal apparaît histologiquement perméable, alors que le système veineux sus-hépatique est le siège de thromboses segmentaires.

Si dans la bilharziose et la fibro-adénomatose biliaire, l'obstruction portale intrahépatique paraît être responsable de l'hypertension portale, il est loin d'être certain que le même mécanisme puisse être invoqué dans l'hypertension portale essentielle, car nous n'avons aucune preuve que la sclérose élastigène soit la lésion primitive. De même les thromboses sus-hépatiques segmentaires n'ont peut-être qu'un rapport lointain avec la détermination de l'hypertension portale dans les cirrhoses communes.

Guy ALBOT

L. LÉGER et E. ROSEAU: **Complications iatrogènes des anastomoses porto-caves.** Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, **2:** 556 (janv.-mars) 1966.

La dérivation du flux portal dans la veine cave inférieure n'est pas toujours sans inconvénients.

Des œdèmes des membres inférieurs, parfois massifs, posant de sérieux problèmes, peuvent apparaître, dans des délais variant de quelques jours à plusieurs mois après l'intervention. Les auteurs les ont retrouvés treize fois chez 50 opérés, soit dans 26% des cas. Beaucoup d'arguments sont en faveur de modifications hémodynamiques entraînées par l'anastomose: à l'obstacle organique de la sténose du segment cave rétro-hépatique visible sur les cavographies pré-opératoires se surajoute un véritable obstacle fonctionnel au courant cave, créé par l'anastomose du segment cave rétro-hépatique visible sur les cavographies pré-opératoires se surajoute un véritable obstacle fonctionnel au courant cave, créé par l'anastomose et objectivé sur les splénoportographies de contrôle par le reflux du produit iodé dans la veine cave inférieure vers le bas, et sur les cavographies post-opératoires par le blocage de l'index opaque en amont du défect créé par l'afflux sanguin portal. Un bilan cardio-vasculaire clinique et électrique normal, des épreuves fonctionnelles rénales normales, des ionogrammes non perturbés, l'absence d'ascite enfin viennent encore renforcer cette hypothèse d'un trouble hémodynamique. Certes, on ne peut formellement éliminer le rôle de l'insuffisance hépatique. Mais dans bien des cas, la sérinémie est normale, et même lorsqu'elle est abaissée, sa correction n'entraîne pas la disparition de ces œdèmes. Peut-on attribuer avec autant de certitude au shunt la *survenue d'un diabète* 3½ ans après une anastomose porto-cave latéro-latérale et l'aggravation par l'anastomose d'un diabète pré-existant chez un autre malade ? L'anastomose porto-cave chirurgicale représente sans doute un court circuit pour toute substance apportée par l'intestin. Une augmentation rapide de la glycémie après épreuve d'hyperglycémie per os est d'ailleurs un bon test de perméabilité de la dérivation. Mais expliquer ainsi ces diabètes post-opératoires serait simpliste. On doit plutôt retenir les 3 hypothèses de Hearn, Patton et Hunt: plus grande fréquence du diabète au cours des cirrhoses en général; fréquence de la fibrose pancréatique chez les cirrhotiques; rôle de l'hémochromatose enfin, bien que cette dernière ne puisse être évidente qu'après la dérivation.

On peut par contre considérer comme iatrogènes certaines *complications septiques*: les auteurs ont ainsi observé 3 septicémies post-opératoires à hémoculture positive aux staphylocoque pathogène et admettent la mise hors circuit du foie et la septicité du sang portal dans la genèse de ces accidents. Bertrand et coll. ont ainsi rapporté un cas de méningite listérienne suraiguë mortelle chez un homme porteur d'une anastomose porto-cave termino-latérale, la porte d'entrée du germe étant digestive.

Il en est de même de la *sensibilité accrue à certains médicaments,* après anastomose portocave, le court circuit du foie supprimant la détoxication hépatique par sulfo et glycuro-conjugaison des thérapeutiques qui passent alors directement dans la veine cave: c'est ainsi que les auteurs ont observé chez un de leurs malades une véritable anesthésie générale après injection par sonde duodénale de 1 cm^3 d'éther. Un malade de Mériaux et Navarrane a présenté un syndrome parkinsonien après la prise de 2 comprimés à 25 mg de chlorpromazine . . . On ne saurait trop insister sur la prudence

avec laquelle on doit prescrire chez les sujets porteurs d'une anastomose porto-cave.

Guy ALBOT

GASTRO-ENTÉROLOGIE

G. ALBOT, J. LUNEL et Mme V. PAGNIEZ: **Physiopathologie des ictères à la chlorpromazine.** Actualités Hépato-Gastro-Entérologiques de l'Hôtel-Dieu - Paris, **1**: 467 (janvier-mars) 1966.

Les auteurs exposent et discutent les divers mécanismes pathogéniques qui ont été invoqués pour expliquer les ictères à la chlorpromazine. Leur documentation est basée sur l'observation dans un hôpital psychiatrique d'une série d'ictères survenus simultanément tantôt chez des malades en traitement par la chlorpromazine, tantôt sans l'intervention de ce facteur médicamenteux (31 cas).

La comparaison des résultats biologiques observés chez les deux sortes de sujets, leur confrontation avec ceux qui furent observés pendant la même période dans un service de gastroentérologie non psychiatrique, quelques notions statistiques et l'enseignement fourni par un 32e cas d'ictère à la "chlorpromazine" ayant évolué vers l'ictère grave, les incitent à penser que la plupart de ces ictères dits à la chlorpromazine sont, effectivement, dus à des manifestations virales en coïncidence.

Pourtant, la fréquence particulière de ces ictères chez les malades en traitement par la chlorpromazine, la fréquence particulière de la note biologique cholostatique dans les ictères survenus chez ces mêmes malades, la connaissance des petites anomalies de la B.S.P. décelées chez les sujets non ictériques traitées par de fortes doses de chlorpromazine et enfin la notion des anomalies ultra-structurales de l'appareil de Golgi des cellules hépatiques au cours des traitements par des doses élevées du même produit suggèrent l'idée que, du fait de lésions ou de troubles hépatiques préalables et inapparents ou même seulement d'une occupation inusitée de certains organites de l'hépatocyte, l'infestation virale serait plus volontiers pathogène, ictérigène et souvent accompagnée d'une note biologique cholostatique.

C'est dans ce sens qu'ils comprennent le terme d'ictère d'étiologie mixte.

Guy ALBOT

J. BARTHE, M. MANCHET, A. SEDALLIAN, P. VINCENT et P. PALLIARD: **La cytologie gastrique en fluorescence après administration de mexocine. Son intérêt dans le diagnostic du cancer gastrique. Premiers résultats. 34 cas dont 12 cancers.** Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition, **54**: 935-944, 1965.

La fluorescence jaune en lumière ultraviolette des dérivés de la tétracycline est caractéristique. Les tissus de l'organisme peuvent former avec ces antibiotiques des complexes très lumineux. Rall a montré en 1957 que d'une manière générale les tissus cancéreux fixaient plus intensément la tétracycline et la gardaient plus longtemps.

Reprenant la technique de Klinger et Katz, il a été pratiqué 34 lavages gastriques après administration pendant 4 jours de 600 mg de mexocine. Le culot de centrifugation du produit de lavage a été observé en lumière ultraviolette. Dix tests furent positifs, ils correspondaient tous sauf un à des cancers gastriques; celui que l'on peut considérer comme "faux positif" a été opéré pour une sténose pylorique sans lésion à l'intervention, et bien que la moelle fut paranéoplasique, les radiographies gastriques étaient normales. Vingt-quatre tests furent négatifs: 8 correspondaient à des ulcères gastriques dont la niche a entièrement disparu avec le traitement, 4 à des ulcères duodénaux, hernies hiatales ou anomalies de morphologie gastrique, 8 à des estomacs normaux, 1 à une tumeur bénigne (myome) de l'estomac, et 3 à des cancers gastriques opérés. Ces "faux négatifs" peuvent s'expliquer soit par l'absence de fixation de la mexocine sur la tumeur, soit par l'absence de desquamation de celle-ci, problèmes auquel se heurte toute la cytologie gastrique.

La simplicité de la méthode, et la facilité de son interprétation, les résultats assez bons qu'elle semble donner mériteraient qu'elle soit poursuivie.

Guy ALBOT

G. ALBOT et M. KAPANDJI: **Les syndromes fonctionnels et organo-fonctionnels de l'anse afférente de gastrectomies et leur pathogénie.** Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, **1**: 225, 1965.

Les syndromes fonctionnels et organo-fonctionnels de l'anse afférente ne doivent pas être confondus avec les affections organiques importantes siégeant sur cette anse afférente, tels que ulcère, fistule, sténose, coudure, volvulus.

Leur aspect clinique est très spécial réalisant des formes bilio-gastriques pures, bilio-gastriques alimentaires, bilio-intestinales douloureuses. Les deux caractéristiques de ces syndromes d'une part à l'anse afférente et aux sphincters duodénaux, d'autre part à la bouche et à l'anse efférentes. Peuvent également jouer un rôle l'hypercholérèse et les modifications du péristaltisme duodénal et jéjunal consécutives aux lésions du système nerveux myentérique.

HORMONOTHÉRAPIE RATIONNELLE

hormodausse

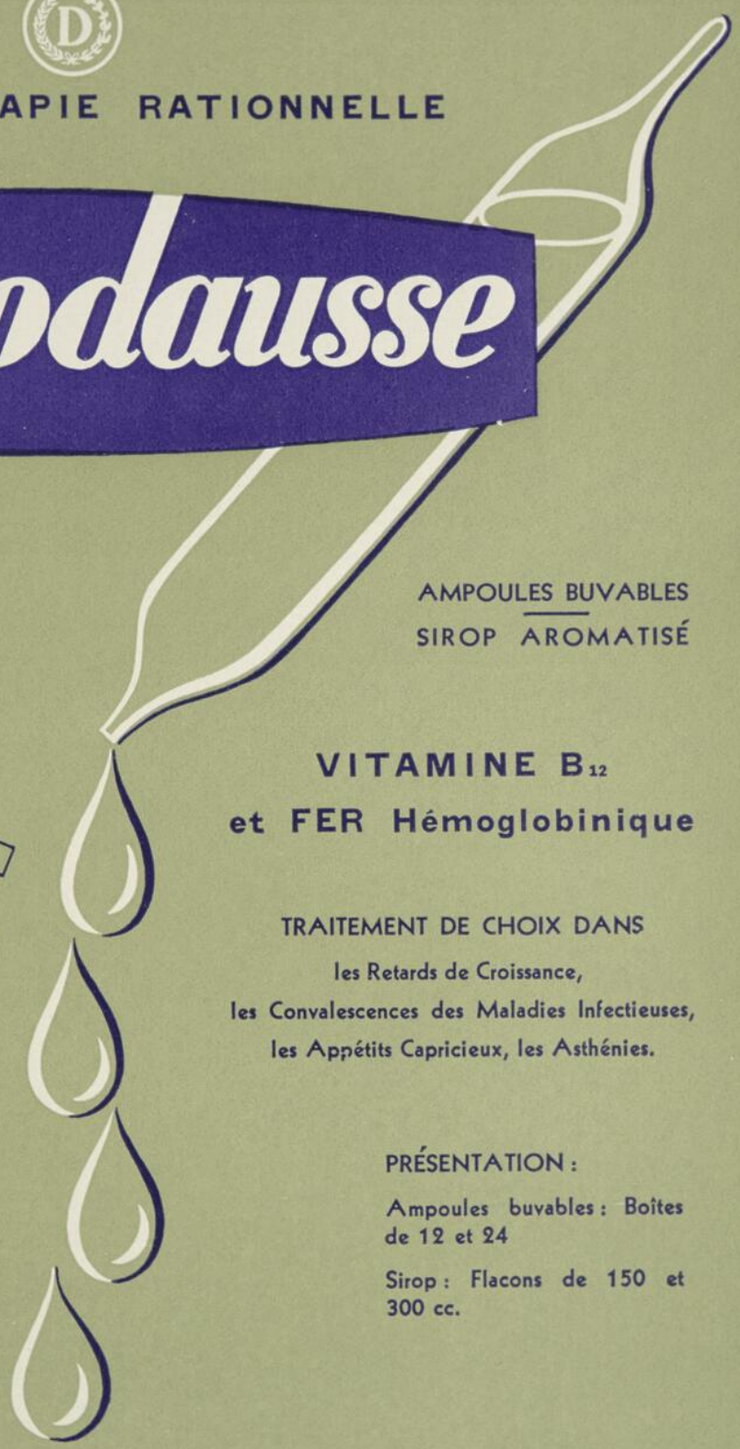
FORMULE
EXTRAITS TOTAUX DE

Sang de Taureau
Sang de Génisse
Sang de Veau

EXTRAIT DE FOIE DE VEAU

EXTRAIT SPÉCIAL DE LEVURE DE BIÈRE

EXTRAIT SPÉCIAL DE CÉRÉALES



AMPOULES BUVABLES
SIROP AROMATISÉ

VITAMINE B_{12}
et FER Hémoglobinique

TRAITEMENT DE CHOIX DANS
les Retards de Croissance,
les Convalescences des Maladies Infectieuses,
les Appétits Capricieux, les Asthénies.

PRÉSENTATION :
Ampoules buvables : Boîtes de 12 et 24
Sirop : Flacons de 150 et 300 cc.

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU MONTREAL, P.Q.

Dans les syndromes organo-fonctionnels les facteurs essentiels sont encore les spasmes afférents et efférents qui expliquent l'allure clinique, et l'évolution par crises; mais de petits facteurs organiques, variables, contribuent à amplifier et à perpétuer les troubles fonctionnels (anse afférente trop longue ou trop courte, tranche gastrique horizontale, hypotonie de la gouttière anastomotique, grand écart entre orifices afférent et efférent, prolapsus de la muqueuse afférente).

La thérapeutique, qui doit être discutée pour chaque cas, va des médications les plus simples (anesthésiques de contact intra-duodénaux ou intra-péritonéaux; infiltrations du stellaire droit) jusqu'aux interventions chirurgicales complexes: parmi celles-ci les opérations qui actuellement semblent les plus indiquées sont la transposition de l'anse efférente dans le moignon duodénal et l'opération de Bergeret.

Guy ALBOT

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Mme M. PARTURIER-ALBOT et coll.: **L'artériographie sélective dans le cancer du rectum.** La Semaine des Hôpitaux, **43:** 1177 (14 avril) 1967.

Les auteurs ont pratiqué 9 artériographies sélectives de l'artère mésentérique inférieure et 6 angiographies de pièces opératoires dont 4 artérielles et 2 veineuses, dans divers cas de cancer du rectum.

Ils retrouvent au niveau des cancers du rectum les signes angiographiques généraux des épithéliomas (dilatation de l'artère nourricière, anarchie artériocapillaire, retour veineux précoce).

Ils décrivent deux particularités de gros intérêt pratique ou l'amputation de certains troncs veineux témoignent de l'envahissement cancéreux en profondeur.

Dans les cancers traités par radiothérapie de contact, la guérison s'accompagne de la disparition de tous les signes de malignité, ce qui fait penser que cette exploration peut donner des renseignements précieux quant aux indications de la radiochirurgie.

Guy ALBOT

PNEUMOLOGIE

Otto L. BETAG, Clifton HALL: **Le test de Mantoux à la tuberculine. Méthode traditionnelle contre l'injection à jet.** (Mantoux tuberculin testing; standard method vs jet injection.) Disease of the Chest, **51:** 530 (mai) 1967.

Une société médicale dans l'Illinois a choisi une de ses villes avec une population de 450,000 âmes dans le but d'évaluer le test de Mantoux à la tuberculine selon deux méthodes, l'une classique, l'autre par injection à jet. Ces épreuves ont été pratiquées chez des étudiants d'un "high School".

Les deux méthodes ont été employées chez 4,938 étudiants. Les réactions ont été positives chez 1.7% la première année. On a noté 20 fausses réactions positives. Parmi eux, 5,911 étudiants ont subi les deux tests et 128 réactions positives ont été trouvées. Or la méthode standard a donné le résultat suivant: 99.875% contre 99.671% par le jet.

L'injection par jet offre deux avantages. Elle est très rapide et le public s'y prête très facilement. Enfin, c'est une méthode qu'on doit employer surtout dans les grandes agglomérations urbaines.

Toutes les réactions positives doivent être vérifiées scrupuleusement en employant la méthode standard traditionnelle. Il est toujours possible d'obtenir des réactions fausses. Nous devons toujours penser qu'il peut aussi se glisser des réactions négatives qui ne le sont pas.

Cette étude, faite en 1965-66, preuve cependant que la méthode traditionnelle (test de Mantoux) est l'un des tests le plus scientifique en médecine, même si l'injection par jet offre certains avantages.

Paul-René ARCHAMBAULT

NEUROLOGIE

J. C. LAGOS et M. R. GOMEZ: La sclérose tubéreuse. (Tuberous sclerosis.) Mayo Clinic Proceedings, **42:** 26 (janvier) 1967.

Très intéressante revue générale sur l'aspect clinique et l'histoire naturelle de cette entité. Cette revue est couplée au recensement des cas d'épiloïa observés à la Clinique Mayo depuis 1935 à 1964, soit 71 cas. On doit se rappeler que sa prévalence est faible, étant de 1 cas sur 150,000 individus.

L'appellation de sclérose tubéreuse est due à Bourneville (1880); l'autre dénomination aussi employée est épiloïa, vocable composé des deux premières syllables d'épilepsie et anoïa qui signifie déficience mentale.

Les lésions typiques à la face, adénomes sébacés, furent décrites par Balzer et Ménetrier en 1885 et par Pringle en 1890 qui leur a laissé son nom.

Si on se reporte aux manifestations majeures ou les plus communes de cette maladie d'étiologie génétique, telles qu'elles furent observées par les auteurs chez leurs 71 cas et qui constituent la partie personnelle de leur travail, on trouve que 93% de ces sujets eurent des crises comitiales, 87% un EEG anormal, 83% des adénomes sébacés à la face, 62% un retard mental, 53% de la phakomatose rétinienne, 21% des calcifications intra-crâniennes décelées à la radiographie, 21% des aires

CHOLÉRÉTIQUE • HYPOCHOLESTÉROLÉMIANT

SULFARLEM *CHOLINE



Mobilise les graisses de surcharge

Augmente la tolérance humorale aux lipides.

Hépatite - Stéatoses - Cirrhoses
Athérosclérose -
Hypercholestérolémie
Obésité - Diabète : Diathèse rhumatismale

ADULTES : 6 à 12 dragées par jour
ENFANTS : 1 à 6 dragées par jour

Cures de 15 jours par mois

Boîte de 60 - 360 - 1000 Dragées

Distributeurs exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU MONTREAL, P.Q.

de peau chagrinée. Il est remarquable que tous les sujets à quotient intellectuel déficient montrèrent des manifestations épileptiques, alors que la comitialité n'avait pas été observée que sur 69% des sujets à niveau mental normal.

D'autre part, il ne paraît pas exister de rapport direct entre l'oligophrénie et la présence des calcifications. Un processus tumoral aux reins accompagne le plus souvent la lésion tubéreuse du cerveau.

Cette étude possède des faits cliniques sûrement instructifs sur la sclérose tubéreuse et une particularité sur laquelle d'ailleurs insistent les auteurs est l'effet que 38% de leurs malades possédaient un quotient intellectuel normal.

L'étude, en plus, contient des considérations analytiques concernant les rapports de fréquence et de coïncidence entre les différents groupes de symptômes et les stades existentiels où sont apparus les divers critères objectifs de la maladie.

Roma AMYOT

RHUMATOLOGIE

S. BERKOWITZ, J. LAURIAN, E. GARIGLIA et O. STEINBROCKER. **Réaction au latex dans le liquide synovial et le sérum** (Letex agglutination reaction in synovial fluid and blood serum). Arch. Interamer. Rheum, **8:** 259, 1965.

Étude très intéressante ayant pour sujet la réaction au latex dans le sérum et dans le liquide synovial.

Les malades étudiés ont été divisés en trois groupes:

a) Le premier groupe composé de 25 observations comprend des cas de rhumatismes inflammatoires, non rhumatoïdes. Ici la réaction au latex s'est montrée négative, dans le liquide synovial et dans le sérum.

b) Le deuxième groupe, formé de 65 cas, ne contient que de l'arthrite rhumatoïde "définie". Ici, la réaction fut positive à la fois dans le liquide synovial et dans le sérum. A signaler un taux de positivité supérieure dans le liquide synovial.

c) Le troisième groupe composé de 13 malades porteurs d'arthrite "d'allure rhumatoïde" (possibles). La réaction fut négative, d'une manière constante, dans le sérum et positive 12 fois sur 13 dans le liquide synovial.

On voit immédiatement le parti qu'on peut tirer de ces constatations: la création au latex du liquide synovial semble devoir devenir un examen de routine. Reste à savoir si ces vues seront confirmées, car des voix discordantes semblent faire écho dans certaines publications.

M. KALUDI

W. S. ADAM: **Structure intime de la membrane synoviale: phagocytose de particules de charbon par la cavité articulaire.** (Fine structure of synovial membrane: phagocytosis of colloidal carbon from the joint cavity.) Lab. Invest., **15:** 680, 1966.

Après avoir injecté des particules de charbon dans la cavité articulaire du genou du lapin, l'auteur excise la membrane synoviale à des intervalles allant de 2 heures à 104 jours. L'autre genou lui sert de témoin.

Il classe les cellules qui composent cette membrane en deux types: les cellules du type A et celles du type B.

Après l'injection, il se produit un exsudat cellulaire et au niveau de la cavité articulaire et au niveau de la membrane. Cette invasion de polynucléaires a lieu au bout de 10 heures, mais l'invasion par les macrophages débute immédiatement après l'injection et atteint son maximum le 7e jour. Elles se chargent lourdement de particules et finissent par se disperser un peu à travers toute la membrane. Un peu plus tardivement, il y a migration dans les couches profondes et formation de travées en doigts de gant.

M. KALUDI

ALLERGIE

G. F. BONNET et P. NEPVEUX: **Le facteur allergique dans les migraines hépato-biliaires.** Semaine des Hôpitaux de Paris, **43:** 295 (no 5, janvier) 1967.

L'examen clinique et biologique de 302 malades atteints de migraines hépato-biliaires montre que 69,5% des cas évoluent sur un terrain allergique.

Le caractère allergique repose sur la constatation d'antécédents allergiques (asthme, urticaire, etc.), sur la provocation de la migraine par un aliment, sur la positivité de la réaction de séro-agglutination à l'histamine sur latex de C. Mikol, M. Renoux et F. P. Merklen. Cette réaction comporte une zone douteuse pour une dilution du sérum à 1/80: dans ce cas, une agglutination à 1/60 correspond à un état allergique dans 86,6% des cas et une agglutination à 1/120 correspond à un état non allergique dans 76,8% des cas. On peut ainsi éliminer la zône douteuse de la réaction. 92 cas de migraines cliniquement non allergiques avaient une réaction à l'histamine latex normale dans 81,5% des cas (supérieure à 1/80).

210 cas de migraines cliniquement allergiques avaient une réaction à l'histamine latex pathologique (inférieure à 1/80), dans 80% des cas.

Guy ALBOT

SERVICE
DIABÉTIQUE
HOECHST

Orinase (tolbutamide) est devenue, depuis sa mise au point par Hoechst, le traitement diabétique oral le plus utilisé dans le monde.

Orinase apporte l'efficacité, la sécurité et la flexibilité thérapeutique et posologique à vos diabétiques adultes et récemment dépistés. Et maintenant, Orinase 1.0 g ajoute une nouvelle flexibilité au traitement oral des diabétiques — la flexibilité d'administration. Orinase 1.0 g est spécialement indiquée pour les malades chez qui une seule dose quotidienne suffit. Cette nouvelle préparation peut être avalée ou prise dans un verre d'eau, par ceux qui ont de la difficulté à avaler.

Orinase 0.5 g a prouvé sa valeur clinique au cours des dix dernières années, aux mains de milliers de médecins à travers le Canada, comme traitement habituel chez des milliers de diabétiques.

Le traitement antidiabétique oral le plus utilisé au monde — maintenant disponible sous forme d'ORINASE 0.5 g et d'ORINASE 1.0 g. Une autre innovation de Hoechst.

Composition: Comprimés de tolbutamide. **Indications:** Diabète sucré non compliqué, sans cétose, de type stable, léger, survenant à l'âge adulte et qui est mal équilibré par le régime seul. **Posologie—nouveaux diabétiques:** 2 g par jour en une seule dose le matin, ou en doses fractionnées, durant 4 semaines ou jusqu'à ce que le malade réagisse; régler la posologie d'entretien (d'ordinaire de 0.5 à 1.0g) à la dose quotidienne minima pour la régulation optimale. **Posologie — diabétiques sous insulinothérapie:** 1. Moins de 20 unités par jour—abandonner l'insuline, donner Orinase. 2. de 20 à 40 unités—réduire l'insuline de 30 à 50%, donner Orinase, puis réduire l'insuline selon la réaction quotidienne. 3. Plus de 40 unités — réduire l'insuline de 20%, donner Orinase et continuer à réduire l'insuline selon la réaction du malade. Pour garantir la prise de la dose complète d'Orinase 1.0 g avec de l'eau, le malade doit être renseigné : laisser se désagréger le(s) comprimé(s), brasser et boire aussitôt ; ajouter de l'eau, brasser et boire à fond. **Contre-indications:** Diabète juvénile, acétonémie grave, acidose, coma ; les conditions de stress comme les infections sévères, traumatisme, chirurgie et la grossesse. **Précautions:** Respecter le régime, le contrôle du poids, l'exercice, l'hygiène, éviter les infections et suivre la posologie. **Effets secondaires:** L'Orinase est remarquablement exempte d'effets secondaires ; on a observé des dérangements gastro-intestinaux légers et des réactions d'allergie cutanée. L'hypoglycémie est remarquablement rare et plus apte à survenir durant la période de transition de l'insuline à l'Orinase. **Présentations:** Comprimés à 0.5 g, blancs, sécables, en flacons de 50 et 500 ; comprimés à 1.0 g, oblongs, blancs, sécables, en boîtes de 30 et 300. Renseignements supplémentaires sur demande.

ORINASE®
et la thérapie orale standard du diabète



®Reg. 435/617

HOECHST PHARMACEUTICALS, 3400 o., rue Jean Talon, Montréal 16.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-ÉMILIEN DANDURAND

Le docteur J.-Émilien Dandurand est décédé le 9 septembre 1967 à l'âge de 71 ans. Il avait fait ses études classiques au collège de Joliette, ses deux premières années de médecine à l'Université Laval et ses trois dernières à l'Université de Montréal. Il obtint son doctorat en 1923.

Le docteur J.-Émilien Dandurand fit ses études post-scolaires dans des hôpitaux pour tuberculeux des États-Unis. De retour à Montréal, vers 1928, il s'installa dans le quartier Hochelaga, où il exerça à titre d'omnipraticien.

Émilien Dandurand était un homme modeste, qui fuyait les honneurs. Il était dévoué et compatissant; ses malades très nombreux qui se recrutaient dans la classe laborieuse lui conservèrent toujours un grand attachement et, même après qu'il eut cessé de tenir bureau, continuèrent à le consulter, pendant un certain temps par téléphone, car il souffrit durant de longs mois d'une hémiplégie gauche. Une fois qu'il eut récupéré l'usage de ses membres, il continua ses visites à domicile. Dandurand avait une influence profonde sur ses malades; la simplicité de ses manières, les mots de réconfort qu'il prononçait d'une voix sans éclat avaient tout de même assez de chaleur pour affirmer sa participation totale au dialogue.

Dandurand était un ascète qui se satisfaisait d'une frugale nourriture, mais qui acceptait parfois de s'asseoir à la table de ses patients, heureux de le voir participer à leurs modestes agapes. Dandurand a mené l'existence d'un humble serviteur de la société; toujours coiffé d'une casquette, il portait des vêtements sombres qui lui permettaient de se promener dans la grisaille des rues sans être remarqué; la seule évasion qu'il se permit jamais le fut au profit de la chorale de sa paroisse, à laquelle en toute simplicité il se joignit pendant des années. Atteint dès son cours de médecine par une maladie impitoyable, il mesura ses activités à la somme des forces qu'elle lui laissait. Dandurand avait tout du mystique; il croyait encore à la notion du sacerdoce médical et, pour lui, le malade n'était pas le cadet de ses soucis.

Mis en face d'un grand malade dont il n'arrivait pas à résoudre le problème, il n'hésitait pas à exiger une consultation avec un collègue. Son sens clinique était à la hauteur d'une qualité naturelle; penché sur son patient, il observait les moindres signes; son esprit inquisiteur lui suggérait la question à poser; l'analyse des réponses reçues le conduisait aisément à la recherche de la bonne formule thérapeutique.

Jusqu'en 1949, l'image physique d'Émilien Dandurand se confondit avec celle de René Dandurand. Même stature, même détachement des marques extérieures de succès, même magnétisme sur les malades; l'un et l'autre passèrent pour des oracles, et tous deux, sans autre affinité qu'un patronyme commun, avaient un sens inné de la chose à dire à leurs malades.

Émilien Dandurand eut sa large part d'épreuves, mais il ne se plaignit jamais. Ses souffrances physiques lui firent comprendre l'état de ses malades; elles lui fournirent les mots de compassion dont ils avaient soif. À bas bruit, son âme quitta un corps malingre pour partir à la recherche d'un monde meilleur. Son souvenir vivra longtemps.

ÉDOUARD DESJARDINS

LE DOCTEUR LOUIS-PHILIPPE GASCON

Le docteur Louis-Philippe Gascon est décédé subitement le 15 septembre 1967 à l'âge de 57 ans. Le docteur Gascon avait fait ses études à l'Université de Montréal et obtenu en 1939 son doctorat en médecine. Il a toujours depuis exercé sa profession à l'Assomption.

LE DOCTEUR GEORGES-THOMAS GAUTHIER

Le docteur Georges-Thomas Gauthier est décédé à Chicoutimi le 21 juin 1967, à l'âge de 55 ans. Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval et obtenu son doctorat en 1938.

Le docteur Georges-Thomas Gauthier a exercé sa profession à Chicoutimi. Il avait fait ses études classiques au Petit Séminaire de Chicoutimi et sa médecine à l'Université Laval. Au cours de ses années de spécialisation, il avait fait des stages dans les Hôpitaux Boucicault et Quinze-Vingts de Paris, France; il obtenait par la suite son diplôme de spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Ophtalmologie du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. En 1941, le docteur Georges-Thomas Gauthier était admis dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi et, en 1963, il accédait à la direction de ce service. Au cours de sa carrière, le docteur Georges-Thomas Gauthier fut successivement secrétaire

Hoechst élargit le cadre de son service diabétique avec l'introduction de Chloronase (chlorpropamide).

Pourquoi, en vue du record enviable de sécurité et d'efficacité obtenu avec Orinase® (tolbutamide), le traitement antidiabétique oral le plus utilisé au monde, introduire Chloronase ?

Parce que, comme c'est le cas avec l'insuline, il y a des diabétiques aux besoins variés qui pourraient bénéficier d'une thérapie orale d'action prolongée. De plus, Hoechst désire offrir au médecin un service diabétique étendu sous forme de produits supplémentaires et information destinée aux médecins et aux malades.

Hoechst met à votre disposition Chloronase (chlorpropamide) — forme alternative de thérapie antidiabétique orale, destinée à occuper une place spéciale dans votre pratique quotidienne.

Le service diabétique Hoechst . . . une autre innovation de Hoechst, pionniers et à l'avant-garde dans le domaine du diabète.

SERVICE
DIABÉTIQUE
HOECHST

Composition: Chlorpropamide 250 mg et 100 mg. **Indications:** Diabète sucré non compliqué, sans cétose, de type stable, léger, survenant à l'âge adulte, non pas équilibré par le régime seul. **Posologie — Nouveaux diabétiques:** 250 mg par jour (âgés : 100-125 mg). **Posologie — Diabétiques recevant un autre hypoglycémiant oral:** Remplacer le traitement antérieur par Chloronase (voir ci-dessus). **Posologie — Diabétiques sous insulinothérapie:** 1. Moins de 40 unités par jour —remplacer l'insuline par Chloronase (voir ci-dessus). 2. Plus de 40 unités par jour—diminuer l'insuline de 50%, administrer Chloronase (voir ci-dessus) et diminuer encore l'insuline par la suite selon la réaction. La dose d'entretien variera de 100-500 mg par jour. Ne pas donner de dose de charge ; dose d'entretien maximum : 500 mg par jour. **Contre-indications:** Diabète juvénile, forte cétose, acidose, coma ; états de stress tels que les infections sévères, traumatisme, chirurgie, grossesse ; ictère franc et maladie hépatique ; atteinte sévère du rein ; maladies de la glande thyroïde. **Précautions:** Respecter le régime, le maintien du poids, l'exercice, l'hygiène, éviter les infections et suivre la posologie. Renseigner le malade sur les réactions hypoglycémiques et sur la façon de les enrayer. On recommande des épreuves de la fonction hépatique et des numérations globulaires. Les barbituriques peuvent prolonger l'action du chlorpropamide. Administrer avec prudence dans les cas de maladie d'Addison. **Effets secondaires:** Généralement les mêmes qu'avec les autres sulfonylurées, mais un peu plus fréquents. On a observé une hypoglycémie grave chez quelques malades âgés. L'ictère cholestatique, généralement passager, a été signalé dans les 6 premières semaines du traitement ; administrer avec prudence à des malades ayant des antécédants d'insuffisance hépatique. Les autres effets défavorables comprennent : réactions allergiques, leucopénie, thrombocytopénie, agranulocytose, diarrhée et éruptions cutanées. On a signalé de rares cas d'amblyopie d'origine toxique. Des malaises gastro-intestinaux et de vagues symptômes neurologiques, comme la faiblesse ou la paresthésie, peuvent aussi se produire. On a observé une tolérance à l'alcool chez environ 10% des malades. **Présentation:** Comprimés à 250 mg, oblongs, blancs, sécables, en flacons de 100 et 500 ; comprimés à 100 mg, blancs, sécables, en flacons de 100. Renseignements supplémentaires sur demande.

CHLORONASE®
pour cette place spéciale dans votre pratique



℮Reg. 436/637

HOECHST PHARMACEUTICALS, 3400 o., rue Jean-Talon, Montréal 16.

puis vice-président du Bureau Médical; au cours des années 1962 et 1963, il fut secrétaire du Conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier. En plus de ses titres de spécialiste en oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie, le docteur Georges-Thomas Gauthier était assistant universitaire, membre titulaire de la Société Française d'Ophtalmologie, membre de la Société Canadienne-française des Oto-Rhino-Laryngologistes, de la Société Canadienne-française des Ophtalmologistes et de l'Association Médicale Canadienne.

A l'Hôtel-Dieu de St-Vallier, il a réalisé un centre d'audiologie et d'orthophonie et un peu plus tard un centre d'orthoptique. Il a toujours été à l'avant-garde du progrès dans sa spécialité.

En sa qualité de chef du Service d'Oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie, il a donné l'exemple d'un homme qui prend ses responsabilités et qui à chaque instant fait progresser son Service. Grâce à lui, l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier jouissait d'une affiliation à la Faculté de Médecine à Lyon, en France.

NOUVELLES

SECOND CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEURO-GÉNÉTIQUE ET DE NEURO-OPHTALMOLOGIE

Le Second Congrès International de Neuro-Génétique et de Neuro-Ophtalmologie de la Fédération Nationale de Neurologie s'est tenu à Montréal du 17 au 22 septembre 1967. Le président honoraire était le docteur MacDonald Critchley d'Angleterre, le président actif était le docteur André Barbeau de Montréal qui était assisté d'un vice-président le docteur Jean-Réal Brunette de Montréal.

Les vice-présidents honoraires étaient les docteurs P. Amalric, A. Dubois-Poulsen et R. Garcia de France, P. E. Becker et E. Kuhu de l'Allemagne de l'Ouest, D. Cogan, R. N. de Jong, Lt. W. Kloepfer, V. A. McKusick et F. W. Newell des États-Unis, A. Francheschetti et D. Klein de Suisse, J. François et A. Lowenthal de Belgique, F. C. Fraser et F. L. McNaughton du Canada et J. N. Walton d'Angleterre.

Le programme scientifique était divisé en neuf séances principales: le symposium 1 sur les maladies du Muscle, le symposium 2 sur la maladie de Parkinson, le symposium 3 sur la maladie de Huntington, le symposium 4 sur le neuro-génétique, le symposium 5 sur la neuro-ophtalmologie, le symposium 6 sur les atrophies optiques héréditaires, le symposium 7 sur les manifestations oculaires des myopathies et dystrophies, le symposium 8 sur les manifestations oculaires des maladies héréditaires et le symposium 9 sur les ophtalmoplégies congénitales.

Il y eut également des conférences spéciales, le 18 septembre par le professeur Hans Selye sur "les myopathies expérimentales", le 21 par le docteur S. Reed de Minneapolis sur "la recherche concernant la maladie de Huntington", le 22 par le docteur H. Falls d'Ann Arbor sur "les manifestations oculaires des maladies métaboliques", le 22 par le docteur J. François de Gand sur "les Ophtalmoplégies congénitales".

La cérémonie d'ouverture du Congrès eut lieu à l'auditorium de l'Université de Montréal, le 17 septembre 1967.

Parmi les nombreux rapporteurs on remarque les noms des docteurs C. Lopez-Pinto de Montréal (Agénésie du corps calleux — à propos de 50 cas), T. L. Sourkes et Louis Poirier de Québec (Striatal mono amines and their metabolism in extrapyramidal disturbances at Brain Shem structures relative to the presence of dopamine and serotomine in the striatum of the cat and the monkey) J. Montplaisir et André Barbeau de Montreal (Serum tyrosine in Parkinson's disease), André Barbeau et S. Trombitas de Montréal (The metabolism of tritium labelled dopamine in parkinsonian patients) R. Garcia de Paris (sur l'aspect de rétraction de la paupière supérieure dans les formes oculaires de la myasthénie bulbo-spinale), C. Beaudry, J. Réal Brunette, M. Amyot de Montréal (traitement des intoxications à l'alcool méthylique par hémodialyse) R. Élie, A. Barbeau, P. Bourdois et J. C. Panisset de Montréal (Interactions of 3, 4-dimethoxy phenylthylamine and dopamine at adrenergic nerve endings), A. Dubois-Poulsen de Paris (Agnosies morphologiques et chromatiques localisées à un secteur du champ voyant chez certains hémianopsiques), Ph. Vérin, M. J. LeRebellier, J. Rougier-Houssin de Bordeaux (L'acuité visuelle en basse luminosité dans le diagnostic neuro-ophtalmologique), G. Bernier de Montréal (étude d'une famille d'atrophie optique de Leber avec récupération), M. Boucher et P. Girard de Lyon (observation d'homocystinurie).

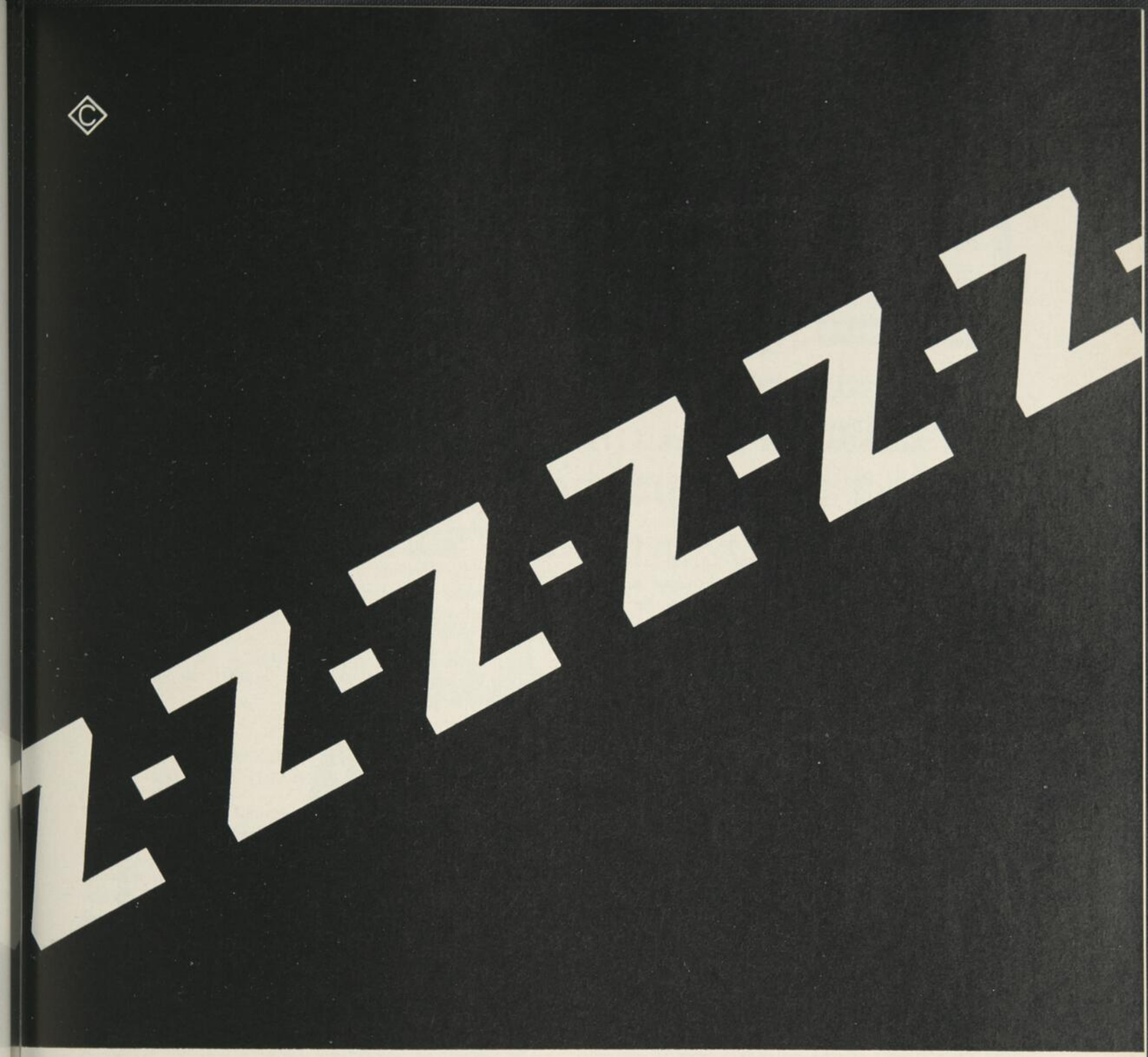
Les docteurs Jean Saucier et Roma Amyot de Montréal ont présidé chacun une séance.

LE DOCTEUR FERNAND HOULD EST NOMMÉ SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAVAL

La faculté de Médecine de l'Université Laval a un nouveau secrétaire, le docteur Fernand Hould, qui devient aussi l'adjoint du doyen de la faculté, le docteur Rosaire Gingras.

Professeur à temps complet à la faculté, le docteur Fernand Hould dirige les services de pédiatrie à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Il est également gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. Le docteur Hould était secrétaire de la commission Bonneau qui a étudié les relations de la faculté de Médecine avec ses hôpitaux affiliés.



pour bien dormir...
Kapseals® Carbrital®

Quand votre patient prend CARBRITAL, c'est une association d'agents hypnotiques qui lui apporte rapidement le sommeil . . . et le lui garde toute la nuit. Lorsque vous prescrivez Carbrital, vous prescrivez le sommeil.

COMPOSITION: Association de pentobarbital sodique et de carbromal. INDICATION: Sédatif et hypnotique. POSOLOGIE: Adultes—sommeil: 1 ou 2 capsules, pleine ou demi-concentration, au coucher. Adultes—sédation: 1 capsule demi-concentration ou de ½ à 2 c. à thé d'élixir trois fois par jour. Enfants—½ à 1 c. à thé d'élixir, suivant l'âge et les circonstances. CONTRE-INDICATIONS: Chez les patients que les barbituriques excitent ou rendent agités, dans les cas de sénilité, de maladies pulmonaires, de troubles des reins ou du foie.
PRÉCAUTIONS: Administrer avec précaution en association avec d'autres sédatifs, hypnotiques ou stupéfiants. Ne pas administrer aux personnes chez qui l'anesthésie peut présenter un danger. Peut engendrer l'accoutumance.
PRÉSENTATION: Kapseals® renfermant 1½ grain de pentobarbital sodique et 4 grains de carbromal; Kapseals® demi-concentration; élixir renfermant 2 grains de pentobarbital sodique et 6 grains de carbromal par once liquide. Renseignements détaillés sur demande. CP-14966F

PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTRÉAL 9

LE PROFESSEUR CHARLES DUBOST, CONFÉRENCIER INVITÉ DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le professeur Charles Dubost, titulaire de la chaire de chirurgie cardio-vasculaire de l'Université de Paris a donné, mercredi le 27 septembre 1967, une conférence clinique à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

PRIX BORDEN ACCORDÉ AU DOCTEUR SERGE RENAUD

Le docteur Serge Renaud, directeur du laboratoire de pathologie expérimentale à l'Institut de Cardiologie de Montréal, assistant de recherches au titre de professeur agrégé au Département de pathologie de la Faculté de médecine, s'est mérité le huitième prix annuel Borden accordé au nutritioniste canadien qui s'est particulièrement distingué au cours des cinq dernières années. C'est la première fois qu'un Canadien reçoit ce prix.

ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES DE L'INSTITUT ALBERT-PRÉVOST

Le docteur Gilles Lortie, contrôleur médical à l'Institut Albert-Prévost, a récemment été nommé directeur médical à l'Institut Albert-Prévost. De plus dans la cadre des services psychiatriques au ministère de la Santé de la Province de Québec, le docteur Gilles Lortie a été nommé directeur régional pour la région montréalaise.

Le docteur Camille Laurin, psychiatre-chef à l'Institut Albert-Prévost, a participé du 24 au 30 août 1967, à Chicago, au quinzième Congrès international des hôpitaux et a présenté une conférence intitulée "Contribution de l'hôpital à l'enseignement de la psychiatrie".

L'Institut Albert-Prévost compte maintenant au sein de son personnel médical les psychiatres suivants: le docteur Jean Montpetit qui s'occupe du service des adolescents; le docteur Yvon Forget attaché au service infantile; les docteurs Édouard Beltrami et Bernard Hade attachés au service interne. Ces nouveaux membres du personnel médical viennent s'ajouter au groupe actuel des vingt-cinq psychiatres et participeront de façon intensive à l'enseignement postgradué qui est dispensé aux vingt-cinq résidents en psychiatrie attachés à l'Institut Albert-Prévost.

Au programme, s'ajoute cette année, l'enseignement de la psycho-thérapie familiale sous la direction du docteur Édouard Beltrami.

LE DOCTEUR H. G. HERS, CONFÉRENCIER À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Sous les auspices du Comité de recherches cliniques de l'Hôpital Sainte-Justine, le professeur H. G. Hers, du laboratoire de chimie physiologique de l'Université de Louvain, a donné le 11 septembre 1967 dans l'amphithéâtre de cet hôpital une conférence portant le titre: "Regulation du métabolisme du glucose et du glycogène".

L'ARGENT RECUEILLI DANS LA FONTAINE DU PAVILLON DE LA BELGIQUE SERVIRA À LA RECHERCHE EN OPHTALMOLOGIE

Le baron Patrick Nothomb, Commissaire adjoint du pavillon de la Belgique à l'Expo 67 a remis le 18 août dernier, à M. Paul Huot, trésorier général de l'Université, la somme de $3,215.00 en menue monnaie recueillie dans la fontaine ornant le hall d'honneur du pavillon de la Belgique. Cette somme, comme la précédente ($1,960.00), a été remise à l'Université à la demande de l'Union des aveugles du Canada et servira à des recherches en ophtalmologie.

LE DOCTEUR S. LEES, CONFÉRENCIER PFIZER

Le Comité scientifique de l'Institut de Diagnostic et de Recherches cliniques de Montréal a invité le docteur S. Lees du Rockefeller Institute à donner la conférence Pfizer, lundi le 11 septembre 1967. Le docteur Lees a parlé sur: "Tangier's disease and a betalipoprotleinema, aids in understanding the hyperlipidemas".

Le docteur Lees a aussi participé le même jour et à l'Institut également à un séminaire intitulé: "Studies on the structure of beta lipiproteinas".

NOMINATION DE DEUX ADJOINTS AU DOCTEUR RICHARD AUTHIER

En raison de l'abondance du travail et de l'importance grandissante que prend la morgue de Québec, deux pathologistes viennent d'être nommés assistants du docteur Richard Authier. Par décision du ministère de la Justice, les docteurs R. Larouche et J.-P. Bachand assisteront désormais le docteur Authier dans son travail. Les laboratoires de la morgue de Québec possèdent déjà un matériel considérable.

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION BONNEAU

Le Conseil de l'Université Laval a posé un accord de principe sur le rapport de la commission Bonneau et a approuvé, au cours de sa dernière séance, huit des quelque trente recommandations du rapport. Les autres seront étudiées au cours de séances subséquentes.

On sait que la commission Bonneau avait été chargée de faire une enquête et de rédiger un rapport sur les relations qui existent entre l'université Laval, la faculté de Médecine et les hôpitaux d'enseignement.

Le Conseil de l'université en est venu à la conclusion que le rapport Bonneau propose la "formule souhaitable dans l'établissement des relations qui doivent exister entre les trois organismes".

Sur le plan administratif, il ressort que le Conseil a étudié la partie du rapport qui vise à encourager les relations entre les hôpitaux d'enseignement de façon à donner aux étudiants en médecine la meilleure formation possible.

Voici le texte des recommandations acceptées par l'autorité universitaire:

1) "Que l'Université Laval réalise, le plus tôt possible, un centre hospitalier universitaire intégré.

"...une association de novobiocine et de tétracycline n'entraine qu'un développement minime de la résistance à la novobiocine et élimine virtuellement le développement de la résistance à la tétracycline."[1]

Telle est la conclusion d'une nouvelle étude in vitro (sur le staphylocoque doré) où on a employé les mesures les plus sensibles du développement de la résistance bactérienne.

AlbamycinT

NOVOBIOCINE-TETRACYCLINE

freine le développement de la résistance dans les infections staphylococciques

1. Etude présentée comme contribution scientifique à la réunion annuelle de l'American Medical Association, Chicago, Illinois, 1966, par G.M. Savage, J.J. Vavra, et J. E. Grady.

Indications: L'Albamycin T est indiquée comme traitement d'attaque de toutes les infections bactériennes dont les germes pathogènes n'ont pas encore été identifiés. Elle est aussi indiquée dans les infections mixtes où les pathogènes sont plus sensibles à l'association de novobiocine et de tétracycline qu'à l'un des deux antibiotiques utilisés séparément.

Posologie: *Adultes:* Capsules—dans la majorité des infections, deux capsules toutes les 12 heures; dans les infections graves, deux capsules 3 ou 4 fois par jour.

Enfants: Granulé aromatisé—on calculera la posologie de façon à ce qu'elle apporte au moins 7 mg du total des antibiotiques par livre de poids corporel et par jour, cette dose étant donnée en deux ou quatre prises égales. Dans les infections graves, cette dose peut être augmentée.

Présentation: *Capsules*—en flacons de 16 et de 100 capsules. Une capsule renferme 125 mg de novobiocine (sous forme de novobiocine sodique) et 125 mg de chlorhydrate de tétracycline. *Granulé aromatisé*—En flacons de 40 et 60 c.c. (après solubilisation). Une dose de 5 c.c. (cuillerée à thé) renferme 62.5 mg de novobiocine (sous forme de novobiocine calcique) et la tétracycline base correspondant à 62.5 mg de chlorhydrate de tétracycline.

Avertissements: Faible toxicité, bonne tolérance clinique. Les réactions secondaires sont rares et consistent principalement en légère nausée et en coliques abdominales. On a signalé des cas d'urticaire et de dermatite maculopapulaire. De la leucopénie et d'autres dyscrasies sanguines sont parfois survenues.

La décoloration des dents est peu probable, à moins que la tétracycline ne soit adminisrtée à fortes doses ou durant de longues périodes pendant le dernier trimestre de la grossesse, au nouveau-né ou durant la première enfance. Chez un sujet souffrant d'insuffisance rénale, la tétracycline risque de s'accumuler et d'entrainer une éventuelle toxicité hépatique. Dans ces états, on donnera des doses inférieures à la normale et, si le traitement antibiotique devait se prolonger, on devrait prendre la précaution de déterminer les concentrations sériques de tétracycline.

On déconseille de donner le produit à des nourrissons de moins de six mois, pour tenir compte de la possibilité que la novobiocine vienne entraver la conjugaison de la bilirubine. Abandonner la médication si un ictère apparait. Une information détaillée est envoyée sur demande.

MARQUE DÉPOSÉE: ALBAMYCIN CF 4533-2

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA/DON MILLS, ONTARIO

Upjohn

2) Que l'Université Laval et les corps professionnels continuent les efforts entrepris pour trouver et appliquer les méthodes les plus efficaces d'enseignement médical permanent.

3) Que l'Université Laval et les hôpitaux d'enseignement favorisent l'établissement d'unités d'enseignement dans les milieux hospitaliers ainsi que l'épanouissement d'équipes médicales.

4) Que l'Université Laval et les hôpitaux d'enseignement considèrent comme essentielle la présence de chercheurs dans les milieux hospitaliers universitaires.

5) Que tout hôpital d'enseignement détienne un contrat avec l'Université Laval.

6) Que les normes générales d'agrément du Collège des médecins et chirurgiens du Canada soient précisées, au besoin, par les départements facultaires et approuvées par la faculté de Médecine et que la mise en application de ces normes relève directement des autorités de la faculté de Médecine.

7) Que le poste déjà créé de vice-doyen à la faculté de Médecine soit doté d'un titulaire.

8) Qu'un directeur de l'enseignement médical hospitalier soit désigné dans chaque hôpital d'enseignement dit "affilié".

Si certaines autres recommandations seront étudiées lors de prochaines séances, il en est d'autres qui, selon les termes d'un porte-parole de l'institution universitaire québécoise, "inspireront les délibérations et les décisions du Comité de développement et de planification des études ainsi que celles des autres organismes compétents qui se préoccuperont du développement de la faculté de Médecine".

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE À QUÉBEC

Les ophtalmologistes européens et québécois fraternisent et travaillent ensemble à l'occasion d'un congrès qui a réuni, à Québec, les membres de la Société française d'Ophtalmologie et les membres de la Société d'Ophtalmologie de Québec, les 22 et 23 septembre 1967.

Ces médecins spécialisés se penchent plus particulièrement sur les résultats thérapeutiques dans le glaucome, une maladie qui se caractérise par une tension trop forte de l'œil et qui frappe 4 pour cent des personnes âgées de 40 ans et plus.

Au cours d'une entrevue, le professeur André Dubois-Poulsen, secrétaire de la Société française, a dit que l'ophtalmologie enregistre partout des progrès bien qu'elle soit une spécialité qui remonte à 700 ans. Le professeur Dubois-Poulsen est chef de Service en Ophtalmologie à l'Hôpital des Quinze-Vingts, à Paris, fondé par le roi saint Louis, en 1267.

Dans le groupe d'ophtalmologistes se trouvent plusieurs médecins de renommée internationale comme le docteur Jules François, ophtalmologiste de Gand, en Belgique, qui a reçu en 1966 la médaille "Gonin", l'équivalent d'un prix Nobel en ophtalmologie.

Il y a également le docteur Louis Guillaumat, professeur à l'Hôpital des Quinze-Vingts, qui a opéré le général de Gaulle pour une cataracte.

Le président de la Société d'Ophtalmologie de Québec est le docteur Jacques Audet; le docteur Émile Pelletier est vice-président de la Société d'Ophtalmologie de Québec. Le docteur Dubois-Poulsen est le président de la Société française d'Ophtalmologie.

CONFÉRENCE DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le docteur Henri Gastaut, doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, a donné mercredi, le 27 septembre 1967, une conférence au pavillon de la France à l'Expo 67 sous les auspices du Commissaire Général et de Madame Robert Bordaz.

Il a parlé de"La maladie et l'art de Vincent Van Gogh".

LES DOCTEURS PANISSET ET BIRON RAPPORTEURS AU CONGRÈS DE MILAN

Le docteur Jean-Claude Panisset, directeur intérimaire du Département de pharmacologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, et le docteur Pierre Biron, professeur assistant au même département, ont pris part au *"International symposium on the pharmacology of hormonal polypeptides"* qui a eu lieu à Milan du 14 au 16 septembre dernier. Ils y présentèrent chacun une communication, celle du docteur Panisset intitulée *"Cholinergic effects of angiotensin and bradykinin"*, et celle du docteur Biron, *"Removal of vaso-active peptides from the systemic and pulmonary circulation"*.

Le docteur Panisset assista, de plus, du 17 au 19 septembre, au *Symposium sur les animaux de laboratoires* qui se tint à l'Université de Lyon. Il donna également, à l'Institut de Pharmacologie de l'Université de Lausanne, une conférence intitulée *"Effets des polypeptides sur la transmission neurohumorale"*.

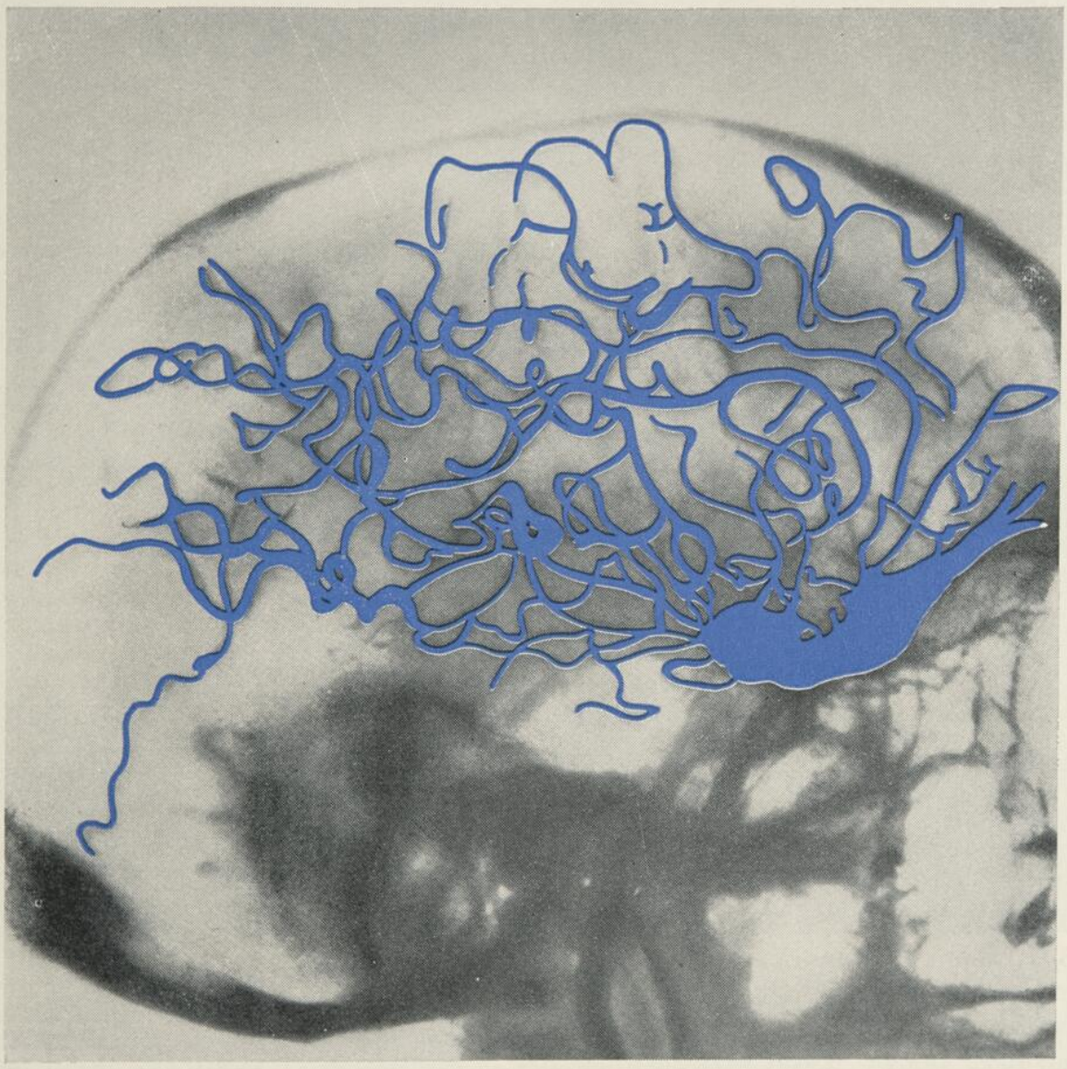
LE DOCTEUR MICHEL GINGRAS, DIRECTEUR AU CONSEIL CANADIEN DE L'ACCRÉDITATION DES HÔPITAUX

Le docteur William Ivison Taylor, directeur exécutif du Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux, au nom de Charles G. Drake, MSc, M.D., F.R.C.S.(C), F.A.C.S., M.S., président de l'Exécutif, se fait un plaisir d'annoncer la nomination du docteur Michel Gingras au poste de directeur exécutif adjoint du Conseil.

Les qualifications du docteur Gingras à cette fonction comprennent entre autres, bachelier ès-arts et doctorat en médecine de l'Université Laval, et maîtrise en administration hospitalière de l'Institut supérieur d'administration de l'Université de Montréal, où il obtenait la bourse Robert Wood Johnson. Il fit un stage en administration hospitalière au "Royal Victoria Hospital", Montréal, et remplit par la suite les fonctions d'assistant directeur médical à l'Hôpital Enfant-Jésus, Québec. Il fut chargé des recherches à faire sur la possibilité de mettre sur pied une école de médecine à Rwanda, Afrique Centrale. Et comme employé de Woods Gordon et Cie, il faisait partie de l'équipe responsable de l'enquête par la Commission Castonguay sur les Services de Santé dans la Province de Québec.

Le docteur Gingras est entré en fonction le dix-huit septembre 1967.

complamin®



TROUBLES CIRCULATOIRES PÉRIPHÉRIQUES ET CÉRÉBRAUX

Traitement parentéral et oral des THROMBOSES et EMBOLIES cérébrales — de l'APOPLEXIE des ÉTATS POST-APOPLECTIQUES

Complamin est un dérivé xanthinique de l'acide 3-pyridine carbonique

Comprimés et ampoules.

Bibliographie et matériel pour évaluation clinique sur demande.

Concessionnaire et Distributeurs:

LABORATOIRE OCTO LIMITÉE, MONTRÉAL, P.Q.

ELLIOTT-MARION COMPAGNIE LTÉE, MONTRÉAL, P.Q.

Après entente avec **JOHANN A. WULFING,** *Düsseldorf*

REVUE DE LIVRES

Atlas of Surgical Operations, Vol. II par Robert M. Zollinger et Robert M. Zollinger, jr. The Macmillan Co. - Collier-MacMillan Ltd., édit., New York, London, 1967.

Le volume II de l'Atlas of Surgical Operations, par R. M. Zollinger et R. M. Zollinger, Jr, vient de paraître, et complète le volume I, dont la troisième édition avait été publiée en 1961.

Ce livre décrit avec précision les étapes techniques de différentes opérations. Tandis que le volume I traitait des interventions les plus habituelles de la chirurgie générale, le volume II fournit celles d'une pratique plus spécialisée, notamment en thoracique, vasculaire, pancréatique et hépatique.

Comme il s'agit d'un atlas, le texte se limite aux seuls commentaires destinés à expliciter les planches anatomiques, qui ne présentent pas d'ailleurs une originalité particulière.

Les interventions décrites sont suffisamment détaillées, mais il manque des modalités essentielles.

En somme, ce livre ne mérite qu'une place toute relative dans la bibliothèque du chirurgien. Il faudrait d'ailleurs être bien convaincu de l'utilité réelle de ces descriptions livresques dans l'acquisition d'une technique chirurgicale qui est tellement moins indigeste à la salle d'opération.

PIERRE LAVOIE

H. E. MacDERMOT: **One Hundred Years of Medicine in Canada (1867-1967.** McClelland and Stewart Limited, Toronto/Montréal, 1967.

Les volumes touchant l'histoire de la médecine au Canada sont extrêmement rares; ceux du passé font prime sur le marché du livre. Les ouvrages du docteur MacDermot, registraire au "Montreal General Hospital", apportent périodiquement des lumières sur le fait médical au pays; rédacteur en chef pendant 23 ans de "The Canadian Medical Association Journal", il a pu suivre le mouvement scientifique au pied même de la rampe. Déjà, il a démontré ses connaissances historiques dans son histoire, publiée en deux volumes, de l'Association Médicale Canadienne.

A l'occasion du centenaire de la Confédération, il a colligé des renseignements précieux concernant les événements importants et les hommes qui les ont posés. Le volume de 212 pages a été rédigé à la demande de l'Association Médicale Canadienne. Il se compose de douze chapitres de longueur inégale qui traitent du Canada sur le plan médical, de l'organisation de la médecine, du rôle des gouvernements face à la Santé et à la médecine, des différentes facultés de médecine au Canada, de la formation médicale, du Collège Royal des Médecins et chirurgiens du Canada, des organismes paramédicaux, du Collège de médecine pratique, des sociétés médicales, des journaux de médecine, du problème de la recherche au Canada et en dernier lieu, des problèmes que l'évolution médicale engendre et de ses possibilités. Le dernier chapitre a un peu l'allure d'une conclusion ou d'une appréciation par anticipation. En appendice, le volume contient la liste des présidents et secrétaires généraux de la C.M.A., de 1867 à 1967, celle des présidents du Conseil général et des membres honoraires de l'Association. Le dernier tableau donne par ordre chronologique la date de naissance des diverses divisions provinciales, dont celles de la Nouvelle-Écosse et de l'Île du Prince-Édouard sont antérieures à la fondation de 1867.

Le volume du docteur MacDermot a une valeur considérable de référence; l'auteur a fait des recherches approfondies sur les sujets qui font l'objet des onze premiers chapitres. La lecture en est aisée, car l'écriture est simple et sans apprêts. Le texte est bien présenté et plusieurs illustrations donnent de la vie à l'alignement en série des faits historiques.

Le docteur MacDermot est un lettré dont la culture générale apparaît comme l'un de ses premiers soucis. Ses jugements sur les hommes ne manquent pas de saveur; l'analyse qu'il a faite de leurs actes apparaît parfois sévère, mais jamais empreinte de méchanceté. L'auteur a beaucoup d'humour; l'exemple suivant en semble le prototype. En bas de la page 181, il écrit au sujet du directeur de la Fondation Rockefeller "Later in his address, Dr. Morison made the pardonally magniloquent comment: "A thousand years from now people will know Montreal as the place where Wilder Penfield made his classic maps of the cerebral cortex, Hans Selye made "stress" a household word and Jacques Genest helped to blaze a trail through the Laurentian mountains to an understanding of hypertension". The meeting was at Ste-Adèle-en-Haut in the Laurentians."

Les commentaires du docteur MacDermot sont toujours appropriés et instructifs.

Comme il arrive fréquemment pour les travaux historiques publiés chez nous, certaines erreurs risquent de fournir à la génération prochaine des renseignements inexacts; les causes peuvent être multiples: coquilles typographiques, erreurs de

Elle savait qu'elle allait faire de l'équitation cette fin de semaine ...Elle avait fait ses plans à l'avance. (Elle a choisi le meilleur temps pour être libre de menstruations). Elle peut se fier au Lyndiol-22. Le contraceptif oral qui lui donne un cycle régulier de 28 jours. Lyndiol-22 est unique: elle peut choisir le jour où elle termine et commence son cycle... seulement un jour à se rappeler!



Le Lyndiol-22 agit de la façon suivante: Dans le cycle initial, elle prend un comprimé chaque soir, le premier comprimé étant pris au coucher n'importe lequel des premiers 5 jours de menstruations. La patiente peut donc choisir le jour qu'elle désire commencer. ▲ 22 jours après, le dernier comprimé est pris exactement le méme jour de la semaine qu'elle avait débuté. La patiente termine ainsi son traitement automatiquement le jour qu'elle avait précédemment choisi. ▲ Aucun comprimé n'est pris durant les 6 prochains jours du cycle, pendant lesquels les menstruations apparaissent (généralement de 3 à 5 jours). La patiente a, de ce fait, choisi le temps de sa période menstruelle. ▲ Le cycle de traitement suivant commence le 7e jour, le premier comprimé étant pris exactement le même jour de la semaine que la patiente a choisi pour débuter et terminer son cycle. SEULEMENT UN JOUR A SE RAPPELER! ▲ Pour plus d'informations ou pour un échantillon gratuit, écrivez à:

ORGANON INC., MONTREAL, P.Q., 286 ouest rue St. Paul.

Lyndiol-22
dans le Plan-Pak

Le Lyndiol associe un nouvel agent progestatif oral, le lynestrénol (2.5 mg.) à un oestrogène, le mestranol (0.075 mg.). Il a reçu, en 1963, l'approbation du "British Family Planning Association." Effets secondaires: ceux qui accompagnent les associations de ce genre, tels: saignements inter-menstruel, gain pondéral et nausées peuvent se produire avec le Lyndiol. Ces effets secondaires sont rares et diminuent après le premier cycle. Contre-indications: tumeurs malignes des seins ou des organes génitaux, cardiopathie, troubles hépatiques graves, femmes jeunes chez qui les fusions épiphysaires sont incomplètes, mères qui allaitent; la rétention hydrique peut également nuire aux malades atteints d'épilepsie, de migraine ou d'asthme. Précautions: l'emploi intelligent des produits qui inhibent l'ovulation exige que certaines précautions soient observées, par exemple chez les patientes souffrant de troubles métaboliques ou endocriniens. Las fibromes peuvent augmenter de volume au cours de l'administration d'une association progestine-oestrogène et tout gain pondéral subit ou tout saignement inexpliqué peut justifier un arrêt de l'administration du Lyndiol. Si une grossesse accidentelle survient, le traitement doit être arrêté immédiatement.

Organon MONTREAL, P.Q.

transcription ou reproduction de données puisées à des sources adultérées. Les recherches historiques sont plus laborieuses à certains endroits qu'à d'autres; les archives médicales canadiennes semblent avoir souffert de la négligence de certains scribes. Les erreurs de date et de nom sont fréquentes; aussi faut-il retenir certains faits avec les précautions d'usage du contrôle direct et croisé.

Le volume du docteur MacDermot contient certaines assertions contraires à la vérité; ainsi, à la page 71, il donne l'année 1920 comme celle de la fondation de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, alors que celle-ci a été fondée à Québec en 1902. A la page 183, l'ouvrage consacre une erreur en donnant le nom de J.-P. Fauteux au lieu de Mercier Fauteux en parlant des travaux de ce dernier publiés en 1940 sur la ligature de la veine coronaire.

Les textes des pages 97, 98 et 99 sont en français et contiennent des coquilles dues à des erreurs techniques, ce qui n'enlève rien à leur valeur.

Une affirmation faite à la page 41 concernant le docteur Frank Buller qui fut nommé oculiste et auriste en 1876 au "Montreal General Hospital" semble ignorer la présence de l'ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu qui se livra dès 1868 à l'étude de sa spécialité; ces chicanes de priorité n'ont guère d'importance, sauf dans un volume d'histoire.

Bref, le volume du docteur MacDermot mérite les plus grands éloges; comme l'ouvrage des docteurs Ahern de Québec, ses notes serviront à l'histoire de la médecine au Canada. Toutes les bibliothèques de nos hôpitaux et de nos Instituts se doivent de lui faire une place de choix.

ÉDOUARD DESJARDINS

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Les examens du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine interne ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. Les demandes d'admission aux examens de 1968 seront acceptées entre le 1er janvier et le 31 mars 1968.

Les candidats éventuels qui désirent obtenir une évaluation préliminaire de leur entraînement passé et proposé en vue des examens du Collège peuvent soumettre une demande à cette fin à n'importe quel temps de l'année.

On peut obtenir la documentation suivante du Bureau du Collège:

— Règlements et Normes de Formation régissant les examents du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada — on doit spécifier si on désire les Règlements dans la division de Médecine ou dans la division de Chirurgie.

— Liste des hôpitaux canadiens reconnus pour l'entraînement en résidence par le Collège royal.

— Formules de demande d'évaluation préliminaire de l'entraînement.

— Formules de demande d'admission aux examens.

Toute communication doit être adressée comme suit :

Le Secrétaire,
LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA
74, avenue Stanley, Ottawa 2, Canada

Programme d'entraînement postgradué en psychiatrie à l'Université d'Ottawa

— Quatre ans d'entraînement postgradué en psychiatrie reconnu pour résidents dans les hôpitaux suivants: Sanatorium Royal d'Ottawa, Hôpital Municipal et Hôpital Général d'Ottawa et le Centre Médical de la Défense Nationale, affiliés à la Faculté de Médecine.

— Poste plus avancé pour ceux qui ont eu un entraînement partiel antérieur.

— Salaire de $4,720.00 à $6,920.00.

— Bourses supplémentaires de $1,500.00 à $4,000.00 par année accordées aux candidats qualifiés.

— S.V.P. écrire au :

DIRECTEUR MÉDICAL,
Hôpital Général d'Ottawa,
43, rue Bruyère,
Ottawa 2, Ontario.

"...et pas plus tard qu'hier, docteur,
mon coiffeur a refusé de me coiffer."



Voilà un cas où LOCACORTEN® s'impose.

Le dermocorticostéroïde à action locale remarquable dans l'eczéma et la dermatite de contact. Calme la démangeaison, atténue l'inflammation. Effet rapide.

Indications:
Eczéma, dermatite de contact.
Posologie:
Faire des applications 2 ou 3 fois par jour. En présence d'infection bactérienne concomitante, employer conjointement le traitement anti-infectieux approprié. Si l'infection tarde à régresser, cesser les applications de Locacorten jusqu'à ce qu'elle soit enrayée.
Effets secondaires:
Irritation légère, peu fréquente. Avec les pansements occlusifs, on a observé quelques cas de vergetures.
Précautions à prendre:
Lors de l'emploi prolongé, sous occlusion, de la médication, la possibilité d'effets systémiques sur le métabolisme est un risque dont il faut tenir compte.
Contre-indications:
Dermatoses de nature tuberculeuse, dermatoses d'origine syphilitique, varicelle, infections virales ou fongiques, éruptions post-vaccinales, grossesse. Le Locacorten ne doit pas servir au traitement des affections oculaires.
Renseignements détaillés fournis sur demande.
Présentation:
Crème Locacorten (pivalate de fluméthasone CIBA) à 0.03% dans un excipient hydrosoluble; tubes de 15 Gm, pots d'une livre.

"Pour un parfumeur, quelle enseigne!"
(Rostand)



alors... c'est tout?

"Le nez est le trait le plus apparent du visage" a dit Buffon, cela suffirait-il à en faire la partie la plus méprisable?

Aucun autre point de l'anatomie humaine ne subit autant d'humiliation . . . Le coeur reçoit toutes les attentions, le foie a toute notre sympathie et tous nos soins vont à la peau. Mais notre pauvre nez . . . busqué, courbé, crochu, tortu ou épaté, camard ou en trompette . . . enluminé ou bourgeonnant . . . attrape tous les quolibets . . . On prétend qu'il est toujours fourré partout. . . qu'on lui tire les vers . . . qu'il se fait toujours regarder par en-dessous . . . et pourtant . . . tant de choses lui pendent au bout! Songez au nez de Cléopâtre...

Les Romains faisaient de leur nez l'objet de leur orgueil . . . leur long nez aquilin était un signe de distinction. Mais avec le temps le nez tomba en disgrâce.

Pourtant, quoi de plus gracieux qu'un nez mutin, spirituel, même impertinent et parfois fripon. Heureusement, vint un jour Rostand, qui sauva l'honneur des nez . . . Cyrano, qui avait autant d'esprit que de nez, a bien vengé tous les grands nez du monde.

"Apprenez que je m'enorgueillis d'un pareil appendice, attendu qu'un grand nez est proprement l'indice d'un homme affable, bon, courtois, spirituel."

Les auteurs n'ont pas tous traité le nez avec autant de respect et pour bien démontrer que le nez est un endroit où les enfants ne doivent pas se mettre les doigts, Jules Romain a écrit: ". . . le nez est un organe qui renifle, et qu'il faut moucher de temps en temps avec bruit, le mouchoir s'attardant ensuite une seconde à curer le creux de chaque narine." (Les hommes de bonne volonté)

C'est si sensible un nez . . . aux humiliations, aux insultes, aux coups d'encensoir . . . et si sensible aussi au froid . . . aux courants d'air . . . Un nez . . . c'est si vite enchifrené . . . alors au moins traitons-le avec respect . . . Avec Otrivin, bien sûr, . . . car Otrivin traite les nez avec tout le respect qu'on leur doit.

Otrivin ressemble au vaso-constricteur "idéal" plus que tout autre décongestif nasal sur le marché.

Otrivin soulage les voies nasales enflammées, l'enchifrènement, la sinusite aiguë et chronique, le rhume des foins et l'otite moyenne en ramenant à la normale, en quelques minutes, les muqueuses nasales enflées. Otrivin conserve son activité durant au moins 12 heures. On attribue l'efficacité d'Otrivin au fait que son activité s'exerce graduellement et élimine ainsi les effets ischémiques soudains de l'adrénaline et des médicaments du même type. L'effet prolongé d'Otrivin ne cause aucun dommage aux muqueuses, n'affecte pas l'activité ciliaire, ne produit pas d'accoutumance et son action douce prévient toute réaction de sevrage. Aussi, Otrivin est-il devenu le médicament le plus fréquemment prescrit au Canada pour ces affections.

Sûr, même pour les nourrissons, Otrivin est bien accepté par les malades de tout âge et par les médecins. "Nous sommes d'avis qu'Otrivin à 0.1% libère et draine les voies nasales de façon douce et efficace, produisant la décongestion prolongée des muqueuses sans entraîner les effets secondaires habituels des vaso-constricteurs. Otrivin est efficace en faibles concentrations et on peut l'administrer en toute sécurité même aux jeunes enfants."[1]

Otrivin, pour les nez enchifrenés . . .

Indications:
Congestion nasale accompagnant le rhume, la rhinite, la sinusite; mal de tête de tension, blocage de l'oreille ou otite moyenne grave causée par la congestion nasale. Otrivin facilite l'exploration; c'est aussi un adjuvant précieux avant et après une intervention.

Posologie:
Deux ou trois fois par jour ou plus souvent s'il y a lieu. Adultes et enfants d'au moins 12 ans: une ou deux vaporisations ou deux ou trois gouttes d'Otrivin à 0.1% dans chaque narine. Enfants de 6 à 12 ans: une ou deux vaporisations ou deux ou trois gouttes d'Otrivin à 0.05% dans chaque narine. Enfants de moins de 6 ans: une vaporisation ou une goutte d'Otrivin à 0.05% dans chaque narine.

Effets secondaires:
Enflure de compensation, tintement et picotement sont des réactions rares et bénignes. On a parfois observé des maux de tête, des palpitations et des étourdissements. On peut demander des renseignements détaillés sur l'activité thérapeutique, les effets secondaires et les précautions à observer.

Présentation:
Gouttes nasales d'Otrivin à 0.1%, flacon de 10 ml liquide avec compte-gouttes et flacon compressible de 20 ml pour vaporisations. Gouttes nasales d'Otrivin à 0.05%, pour enfants; flacon de 10 ml liquide avec compte-gouttes et flacon compressible de 20 ml pour vaporisations.

Bibliographie:
1. Peluse, A. "An Improved Topical Vasoconstrictor for the Stuffy Nose." Eye, Ear, Nose and Throat Monthly, 38:936, nov. 1959.

OTRIVIN
(xylométazoline CIBA)
traite les nez avec respect

CIBA
DORVAL, QUÉBEC



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

POSOLOGIE: La dose quotidienne habituelle est de 1 à 2 mg, mais peut varier de 0.5 à 6 mg, par voie buccale ou parentérale, suivant les besoins et la réponse du malade.
CONTRE-INDICATION: Aucune n'a été signalée.

Renseignements détaillés concernant les indications, la posologie, les effets secondaires et bibliographie sur demande.

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

MSD MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL

COGENTIN*
(Mésylate de benztropine)
*Marque de commerce

COMMUNIQUÉS

LIGUE CANADIENNE DE SANTÉ

Une excellente protection est à notre disposition contre la variole, la diphtérie et le tétanos; le vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole donnent aussi une très bonne protection et quoique le vaccin contre la coqueluche ne fournisse pas une protection aussi efficace il vaut bien la peine d'être administré aux jeunes enfants. Le vaccin contre l'influenza ne fournit qu'une protection médiocre et il est sans doute préférable de ne l'administrer que dans ces cas spéciaux.

Parmi les autres immunisations disponibles, qui ne présentent ordinairement d'intérêt que pour ceux qui voyagent à l'étranger, figurent celles contre la fièvre typhoïde et paratyphoïde, le typhus, le choléra, la peste, la fièvre jaune et bien d'autres encore.

Les chiffres ci-dessous vous donneront une idée de ce qui a été accompli au Canada depuis que la Semaine Nationale d'Immunisation fut célébrée pour la première fois en 1943.

Année	*Diphtérie*		*Variole*		*Coqueluche*		*Poliomyélite*	
	Cas	*Décès*	*Cas*	*Décès*	*Cas*	*Décès*	*Cas*	*Décès*
1943	2,804	287	6	—	19,082	416	327	26
1944	3,211	311	—	—	13,382	333	722	38
1945	2,786	270	5	—	12,192	457	384	24
1946	2,535	229	2	—	7,676	226	2,527	179
1947	1,550	139	—	—	10,327	221	2,291	88
1948	898	86	—	—	7,084	155	1,168	74
1949	799	79	—	—	7,942	206	2,438	175
1950	421	49	—	—	12,182	306	911	41
1951	253	37	—	—	8,889	202	2,568	162
1952	190	26	—	—	8,520	142	4,755	311
1953	132	15	—	—	9,387	134	8,787	481
1954	208	18	—	—	11,600	96	2,390	157
1955	139	15	—	—	13,682	136	1,021	36
1956	135	8	—	—	8,513	118	607	51
1957	142	20	—	—	7,459	63	273	26
1958	66	6	—	—	6,932	40	323	26
1959	38	—	—	—	7,259	46	1,886	182
1960	53	7	—	—	6,104	71	909	83
1961	93	5	—	—	5,478	36	189	11
1962	71	9	1	—	8,076	24	89	7
1963	76	7	—	—	6,136	28	123	16
1964	25	5	—	—	4,844	26	19	5
1965	51	6	—	—	2,475	9	3	1
1966	37	—	—	—	4,478	—	3	—

BOURSES DE RECHERCHES

La Fondation Canadienne des Maladies du Cœur désire donner des renseignements concernant les bourses qu'elle accorde pour fins de recherches au Canada.

Les subventions accordées aux personnes engagées dans des projets de recherches cardiovasculaires se présenteront sous les formes suivantes:

Bourses de recherches à titre de "Fellowship"	$3,000 — $10,000
Bourses de recherches à titre de "Senior Fellowship"	$7,000 — $13,000

Chaque aspirant devra se faire admettre dans une institution reconnue et présenter son certificat d'admission dûment signé par le directeur ou une autre personne responsable. Une demande pour une bourse de recherches à titre de "Senior Fellowship" se fera par l'intermédiaire de l'institution en faveur du candidat.

Les subventions pour projets de recherches de nature expérimentale dans le domaine cardiovasculaire sont accordées sur une base annuelle. Les Fondations accepteront de la part d'hommes de sciences qualifiés des demandes de subventions sur une base de trois ans.

Le programme de "Fellowship" est, en général, la responsabilité de la Fondation Canadienne des Maladies du Cœur. Quant aux programmes de subventions aux projets de recherches, ils sont du ressort des Fondations Provinciales. L'interprétation des règlements régissant l'octroi des bourses peut toutefois varier selon les cas. Toutes les demandes devront être envoyées aux Fondations Provinciales, là où ces bureaux existent, au plus tard le 1er octobre de chaque année. Ces octrois prennent ordinairement effet le premier juillet de l'année suivante.

The Alberta Heart Foundation, 109 - 8th Avenue S.E., Calgary. British Columbia Heart Foundation, 1956 West Broadway, Vancouver 9. Manitoba Heart Foundation, 642 Somerset Building, Winnipeg. Ontario Heart Foundation, 247 Davenport Road, Toronto 5. Fondation du Québec des Maladies du Cœur, 6565 boul. Décarie, Montréal 29. Saskatchewan Heart Foundation, 511 Canada Building, Saskatoon.

;Les divisions suivantes des Provinces Atlantiques sont: New Brunswick Division, Canadian Heart Foundation, 2 Germain Street, Saint John, New Brunswick. Newfoundland Division, Canadian Heart Foundation, Room 16, Board of Trade Building, Water Street, Saint John's, Newfoundland. Nova Scotia Division, Canadian Heart Foundation, 406 Roy Building, Halifax, Nova Scotia.

Les formules de demandes et de renseignements peuvent être obtenues des Fondations Provinciales mentionnées ci-dessus ainsi que de la Fondation Canadienne des Maladies du Cœur, 1130 rue Bay, Toronto 5, Ontario.

TROIS ÉTABLISSEMENTS DE TORONTO REÇOIVENT DES SUBVENTION FÉDÉRALES DE L'AIDE À LA SANTÉ

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, M. Allan J. MacEachen, a annoncé l'octroi de $127,659 en subventions fédérales provenant de la Caisse d'Aide à la Santé, à trois établissements de Toronto. Chacune des subventions sera affectée à l'achat de matériel élémentaire de recherche.

Une somme de $88,848 a été aprouvée pour fins de recherche en faveur de l'Hôpital Wellesley qui vient d'être agrandi. Cette subvention servira à l'achat de matériel de recherche, grâce auquel on effectuera des recherches sur les affections rhumatismales et arthritiques, la thyroïde, le rôle des stéroïdes, l'immunité de l'enfant par la mère, le virus verruqueux chez les humains et la gérontologie.

L'Institut Banting de l'Université de Toronto recevra une somme de $24,125 pour le matériel nécessaire aux travaux

℞ SERAX*

OXAZÉPAM-WYETH



Un nouvel étalon dans le domaine du traitement contre l'anxiété

- ☐ supprime l'anxiété et la tension, qu'elles se présentent soit isolément, soit comme symptômes connexes de maladies organiques
- ☐ les symptômes suivants sont ceux qui sont soulagés le mieux: anxiété, tension, irritabilité, agitation et anxiété accompagnant la dépression
- ☐ possède une posologie extrêmement souple
- ☐ entraîne une sédation minimum
- ☐ les malades restent en éveil, mais calmes et dociles
- ☐ les malades collaborent volontiers à l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes
- ☐ les malades hospitalisés ont besoin de moins de soins
- ☐ exerce son effet thérapeutique tout en produisant peu d'effets secondaires
- ☐ ne s'accumule pas ou s'accumule peu
- ☐ est doté d'une grande sécurité dans les traitements de longue haleine

INDICATIONS: Le Serax est indiqué pour le traitement des symptômes suivants: anxiété, tension, appréhension, agitation, irritabilité, insomnie et anxiété associée à de la dépression.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION: En raison de la souplesse d'administration du Serax et de l'ampleur de la gamme de troubles émotifs qui y réagissent, il importe de régler individuellement la posologie, pour en tirer le maximum d'effets favorables. La dose quotidienne courante varie de 10 à 30 mg., 3 à 4 fois par jour.

NOTE IMPORTANTE: En gériatrie, la posologie de 10 mg., 3 fois par jour pourra être portée prudemment (si nécessaire) à 15 mg., 3 ou 4 fois par jour.

PRÉCAUTIONS: Comme les malades sur pied qui sont traités à l'oxazépam peuvent devenir somnolents ou étourdis, comme, d'autre part, leur tolérance à l'alcool peut être réduite, il faudra les prévenir de ne pas conduire d'auto et de ne pas manoeuvrer de machines dangereuses.

RÉACTIONS SECONDAIRES: L'obligation d'abandonner la médication en raison d'effets défavorables ne se produit que rarement. Une légère somnolence, transitoire du reste, s'observe couramment durant les quelques premiers jours du traitement. Si elle devait persister, il faudrait réduire la posologie.

En cas de traitement prolongé, il peut être sage de procéder périodiquement à des hémogrammes et des épreuves de la fonction hépatique. Étant donné qu'on a signalé de la leucopénie et des troubles hépatiques fonctionnels en cours de traitement, il importe de se montrer prudent chez les malades ayant des antécédents de lésions hépatiques.

En de rares cas, on a rapporté de l'ataxie avec l'oxazépam. Elle n'est liée spécifiquement ni à la dose ni à l'âge.

CONTRE-INDICATIONS: Bien que les expériences sur l'animal et l'administration du produit à six femmes enceintes n'aient produit aucun effet tératogène jusqu'ici, l'oxazépam n'est pas recommandé dans la grossesse.

PRÉSENTATION: SERAX (oxazépam Wyeth) en capsules à 10 mg. (rose et blanc), à 15 mg. (rouge et blanc), à 30 mg. (marron et blanc), en flacons de 100 et de 500 capsules.

Documentation détaillée envoyée sur demande.

Wyeth

* AU SERVICE DE LA MEDECINE

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WINDSOR ONTARIO

*Marque déposée



le cafard...
les crises de larmes...
le sommeil agité...

peuvent traduire un état dépressif
où serait tout indiqué l'emploi du

TRIPTIL®-5

(Chlorhydrate de protriptyline Frosst)

un antidépressif plus utile

La malade dit avoir des "crises de larmes ridicules", elle se plaint d'un manque d'ambition, ou de sentiments de futilité et de découragement. Si ces griefs traduisent une dépression légère, voilà quelqu'un qui pourrait bénéficier du Triptil-5.

Grâce à la polyvalence de ce médicament, l'humeur s'améliore et les sentiments d'inutilité se dissipent; la malade léthargique retrouve son entrain et son dynamisme habituels. Lorsque le sommeil et l'appétit sont perturbés par les troubles émotifs liés à la dépression, le Triptil-5 les ramène à l'état normal.

Les effets du Triptil-5 sont rapides: d'ordinaire, l'état d'esprit et l'humeur s'améliorent pendant les cinq premiers jours du traitement. Même dans les affections de longue date, la réaction peut se manifester en une semaine, accélérant ainsi la guérison.

POUR AMÉLIORER L'HUMEUR ET L'ÉTAT D'ESPRIT

TRIPTIL-5

Indications:

Le TRIPTIL enraie les symptômes suivants qui peuvent traduire une légère dépression: découragement, apathie, insomnie, anorexie, fatigue, léthargie, crises de larmes, sentiments d'inutilité ou de futilité, et méditations sombres. Le TRIPTIL est également utile dans la dépression moyenne à grave (voir prospectus).

Posologie:

Dose d'attaque, un comprimé de TRIPTIL à 5 mg, trois fois par jour. La posologie doit être adaptée selon les besoins du malade et l'effet obtenu.

Contre-indications, effets secondaires et mise en garde:

Les effets secondaires les plus fréquents sont: agitation, surexcitation et nervosité, insomnie, faiblesse, étourdissements, fatigue et hyperhidrose. Les effets secondaires que l'on a rapportés plus rarement sont: nausée, épigastralgie, goût désagréable dans la bouche, tremblements, dystonie, ataxie, paresthésie, somnolence, confusion, ainsi qu'hypotension orthostatique.

L'activité anticholinergique peut se manifester sous forme de pouls rapide, mydriase, sécheresse buccale, vision brouillée, rétention urinaire ou mictions retardées, ou constipation. Une réduction de la dose maîtrise habituellement ces effets. Des réactions allergiques sous forme de lésions cutanées, prurit, pétéchies et urticaire ont été rapportées. Etant donné que de la tachycardie a été observée, ce médicament doit être administré avec prudence à ceux qui ont des affections cardio-vasculaires.

En présence d'anxiété et d'agitation marquées, surtout chez les maniaco-dépressifs ou les schizophrènes, l'on conseille d'administrer un tranquillisant. On doit surveiller les malades gravement déprimés car des tendances suicidaires peuvent demeurer. Pendant les premières semaines de la thérapie, à mesure que la dépression régresse et que l'activité croît, il peut être nécessaire d'administrer un tranquillisant au malade ou de l'hospitaliser et le traiter à l'électrochoc. Le TRIPTIL est contre-indiqué chez les personnes atteintes de glaucome et prédisposées à la rétention urinaire. Son usage n'est pas recommandé pendant la grossesse.

Présentation:

TRIPTIL®-5: Comprimés (couleur saumon) de chlorhydrate de protriptyline Frosst à 5 mg, marqués d'un phi.

TRIPTIL®-10: Comprimés laqués (blancs) de chlorhydrate de protriptyline Frosst à 10 mg, marqués d'un phi.

Documentation complète sur demande.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
Charles E. Frosst et Cie
MONTRÉAL CANADA
MAISON FONDÉE AU CANADA EN 1899

de recherche sur l'aspect métabolique du choc. Ces travaux s'effectueront dans les locaux rénovés de l'Institut.

Une subvention de $14,685 a été accordée en vue de doter la partie reconstruite de l'Hôpital St. Michael's, du matériel nécessaire aux travaux de recherche sur le plasma des hormones sexuelles femelles.

En annonçant ces subventions, M. MacEachen a déclaré qu'elles témoignaient de l'étendue de la valeur et des avantages que la Caisse d'Aide à la Santé procure aux Canadiens. "Ces subventions, dit-il, offrent aux chercheurs et aux enseignants éminents du domaine de la médecine, les installations de recherche indispensables à la création de normes élevées en ce qui concerne les soins sanitaires accessibles à tous les Canadiens".

LES DIX PROVINCES SIGNENT LES ACCORDS DU RÉGIME D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU CANADA

L'honorable Allan J. MacEachen, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le gouvernement fédéral a signé avec toutes les provinces des accords sur le Régime d'assistance publique du Canada.

Le dernier des dix accords — avec la Province de Québec — a été signé le 21 août.

Ces ententes, qui sont rétroactives au 1er avril 1966, permettront au gouvernement fédéral d'augmenter de façon substantielle ses contributions aux régimes provinciaux de bien-être social.

Le Régime d'Assistance publique du Canada, qui a été mis au point à la faveur d'une collaboration étroite avec les provinces, permet l'utilisation de fonds beaucoup plus considérables qu'auparavant, pour favoriser l'intégration, l'expansion et l'amélioration des régimes provinciaux d'assistance publique.

La Loi, qui formalise ces récents accords, a pour but de fournir aux gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux, de même qu'aux organismes bénévoles, un cadre précis mais souple, à l'intérieur duquel les différents organismes intéressés dans la lutte contre la pauvreté et l'indigence pourront collaborer de façon plus profitable.

Aux termes du Régime, comme l'a fait remarquer l'honorable MacEachen, le gouvernement fédéral pourra non seulement accroître son aide aux provinces pour les régimes d'aide aux vieillards nécessiteux, aux aveugles, aux invalides et aux chômeurs, mais il contribuera aussi à l'aide dispensée aux mères nécessiteuses et à leurs familles, ainsi qu'aux enfants qui sont sous la responsabilité des autorités du bien-être de l'enfance. Ainsi la plupart des provinces se sont rapprochées davantage de la mise au point d'un régime d'assistance unique et complet pour remplacer les divers régimes qui s'appliquaient auparavant à de multiples catégories de personnes nécessiteuses.

Le Régime d'Assistance publique du Canada prévoit aussi l'allocation de subventions fédérales pour supporter le coût des soins de santé aux personnes nécessiteuses, de même que pour l'expansion et l'amélioration des services de bien-être. Ces soins de santé comprennent, selon les différentes options qui s'offrent aux provinces, une partie ou l'ensemble de soins médicaux, chirurgicaux, obstétriques, optiques, soins dentaires et infirmiers ainsi que les médicaments, les pansements, les appareils de prothèse, les dentiers et les verres.

Dans chacun de ces cas, le gouvernement fédéral défraie 50% des coûts. Les provinces qui ont considérablement amélioré les prestations ou l'administration de leurs régimes de soins de santé pour les indigents, depuis le 1er avril 1966, comprennent le Québec, l'Ontario et la Saskatchewan.

Le régime de services sociaux de prévention qui est en voie d'être établi en Alberta permettra, selon M. MacEachen, d'accorder une aide pour l'amélioration des services de bien-être social.

Dans le domaine du bien-être social, les services à frais partagés comprennent l'étude des cas, l'orientation, l'adoption, les services de soins à domicile et des ménagères visiteuses, et tous les services analogues dispensés par les organismes bénévoles et qui sont approuvés par les provinces. Cette aide du gouvernement fédéral vise à améliorer la qualité des services de bien-être par la consultation, la recherche, et la formation d'un personnel hautement qualifié.

M. MacEachen a aussi fait remarquer que, dans la plupart des provinces, les taux d'assistance sociale ont connu une hausse remarquable, à la suite de la mise en vigueur du Régime.

Terre-Neuve, par exemple, a augmenté ses taux d'assistance en avril et juillet 1966, de même qu'en avril 1967, et le Manitoba a haussé ses prestations d'allocation sociale en juillet 1966 et en avril 1967.

En Nouvelle-Écosse le versement des prestations s'effectue maintenant à partir d'une évaluation des besoins, ce qui remplace l'ancien système de l'évaluation des ressources, et la prestation maximum versée aux mères nécessiteuses est passée de $90 à $150 par mois. Des augmentations semblables ont été effectuées dans les taux d'assistance au Nouveau-Brunswick; depuis le 1er janvier 1967, cette province a assumé le coût des charges administratives qui relevaient précédemment des municipalités.

Par ailleurs, l'Ontario vient de mettre en œuvre un nouveau régime d'aide à la famille; ce programme vise à aider les personnes qui ont besoin d'une assistance à long terme, en se basant sur leurs besoins budgétaires. Ce nouveau régime remplace six programmes différents qui apportaient une aide financière aux personnes âgées, aux aveugles, aux invalides, aux veuves et aux femmes célibataires de plus de soixante ans, ainsi qu'aux mères nécessiteuses. Cette mesure est analogue à celle qu'a prise la Saskatchewan, le 1er avril 1966, alors que le Régime d'Assistance publique de cette province est entré en vigueur. En outre, M. MacEachen a souligné qu'à cause du Régime d'Assistance publique du Canada et du nouveau Régime du Supplément de Revenu garanti, la Colombie-Britannique a amélioré son régime d'allocations supplémentaires pour les pensionnés de la vieillesse. En vertu de ce régime, des prestations pouvant s'élever jusqu'à $135 peuvent être versées à un seul pensionné, le maximum était de $210 par mois pour un couple marié.

M. MacEachen a d'autre part insisté sur l'aspect de la prévention et celui de la réadaptation que comporte le nouveau Régime. "Il n'est plus suffisant, a-t-il déclaré, de se contenter d'apporter une aide financière aux personnes dans le besoin, quoique cela soit important. On doit aussi aider les personnes dans le besoin à surmonter les problèmes et les handicaps qui ont pu les empêcher d'atteindre le maximum de leurs capacités".

Le ministre a souligné que le Régime permet d'aider les chômeurs à se trouver un emploi stable, en leur fournissant

Tandéaril® Geigy dans le traitement prolongé des affections rhumatismales

Posologie
Traitement médical: Dose d'attaque: 400 à 600 mg (4 à 6 dragées) par jour, répartie en plusieurs prises, durant 2 à 3 jours. *Dose d'entretien:* la plus petite dose efficace possible, soit, habituellement 100 à 300 mg (1 à 3 dragées), mais pas plus de 400 mg (4 dragées) par jour, en plusieurs prises.

Réactions secondaires
Les réactions graves sont rares. Il peut parfois se produire des troubles gastriques (réduits au minimum par la prise de Tandéaril avec du lait, ou aux repas), une rétention modérée de sodium et d'eau, ou de légères éruptions cutanées.

Précautions d'emploi
Oedème clinique. Faire des numérations globulaires complètes avant le traitement et à intervalles réguliers par la suite. Le malade doit signaler immédiatement: accès de fièvre, mal de gorge, lésions buccales, méléna, ganglions douloureux.

Contre-indications
Allergie médicamenteuse, ulcère gastrique, diverticulite ou dyscrasie sanguine. Atteinte cardio-vasculaire, hépatique ou rénale grave, ou hypertension.

Présentation
Tandéaril: (monohydrate de la 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3, 5-dioxo-4-n-butylpyrazolidine): dragées brun clair, à 100 mg.

Renseignements complets sur demande, ou par l'entremise de votre visiteur médical Geigy; également publiés dans le Vademecum International.

Geigy

Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.

G-2004F

QUESTION DE CHOIX

dans le
traitement prolongé
des affections
rhumatismales

Lequel choisir?
Celui qui offre:
efficacité maximale
et risque minimal
d'effets secondaires
graves.

Choix judicieux qui repose sur
une vaste expérimentation, le

TANDÉARIL

oxyphenbutazone

offre:

soulagement rapide des douleurs et de l'inflammation ☐
amélioration de la motilité articulaire ☐
efficacité soutenue ☐
posologie d'entretien faible ☐
action plus puissante que celle des salicylés ☐
risque moindre d'effets secondaires graves qu'avec d'autres traitements de puissance égale ☐
absence de phénomènes de rebond ou de sevrage ☐

par exemple des vêtements de travail spéciaux ou des outils; le Régime permet aussi l'octroi de services de santé, incluant les appareils de prothèse; la disponibilité de services spéciaux de consultation et de réadaptation de même qu'une aide pour l'embauchage ou le réembauchage des travailleurs qui peuvent parfois éprouver des difficultés sérieuses à obtenir ou simplement conserver un emploi stable.

Bien que le Québec participe au Régime de la même manière et qu'il en retirera les mêmes avantages que les autres provinces, le mode de paiement de la contribution fédérale est différent; la plus grande partie des fonds fédéraux versés au Québec en vertu du Régime sera accordée sous forme de paiements d'ajustement; un montant moindre sera financé au moyen de remises d'impôt. De cette façon, les dispositions adoptées en 1965 en vertu de la Loi sur les Programmes établis (Dispositions intérimaires) et selon lesquelles la province peut se retirer de certains programmes à frais partagés, s'appliqueront à l'entente conclue avec le Québec en vertu du Régime.

"Le Régime d'Assistance publique du Canada, a conclu M. MacEachen, reconnaît à la fois le rôle fondamental et la responsabilité des provinces dans le domaine de l'assistance publique, ainsi que le souci et la responsabilité du gouvernement du Canada de s'assurer que les services d'assistance et de bien-être soient disponibles pour tous ceux qui en ont besoin".

RÉUNION ANNUELLE CONJOINTE DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE DE LA FONDATION CANADIENNE DES MALADIES DU CŒUR

Hôtel Reine Elizabeth
23-28 octobre 1967

PHYSIOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

26 octobre

Docteur J. M. Dieudonne et coll.: Similarity of rapid ejection phase to impulse response in left ventricule.

Docteur R. F. Burns et coll.: A method to define and adjust the dynamic response characteristics of a pressure recording system using the fluid bistable switch.

Docteur R. S. Fowler et coll.: Use of the digital computer in electrocardiographic studies.

Docteur F. A. Roberge et coll.: A model study of ventricular response to atrial flutter and atrial fibrillation.

Docteur K. M. McDonald et coll.: Role of the nervous system in the control of extracellular fluid (ECF) volume.

Docteur C. Goresky: The movement of glucose into liver cells: A bidirectional process during a single passage.

Docteur H. L. Goldsmith: The motions of red blood cells in small tubes.

Docteur A. R. Cox et coll.: The effect of a beta adrenergic blocking agent, propanolol on the transmembrance potential of rabbit atrial cells.

Docteur C. E. Challice et coll.: The atrioventricular node: Ultrastructural features and their possible physiological significance.

Docteur R. H. DesPointes et coll.: Inhibition of renin response in pyridoxine treated pregnant and non-pregnant rats.

CARDIOLOGIE EN PÉDIATRIE

Docteur S. Virmani et coll.: Shunt timing in congenital heart disease with a fibreoptic cardiac catheter.

Docteur R. Lamontagne et coll.: Évolution des communications interventriculaires avec hypertension pulmonaire opérées.

Docteur W. Jegier et coll.: Operative treatment of patent ductus arteriosus complicating respiratory distress syndrome of the premature.

Docteur J.-M. Guay: Sténose aortique supra-valvulaire, retard mentaly et faciès particulier.

Docteur G. Gilbert et coll.: Étude anatomo-clinique de 35 cas de canal atrio-ventriculaire.

Docteur Gordon R. Cumming: Congenital corrected transposition of great vessels with an intact ventricular septum.

Docteur J. E. Blundell: The importance of recognizing intracranial arterio-venous malformations in infancy.

Docteur J. E. Gibbons et coll.: An unusual primary myocardial tumour.

Docteur S. J. K. Lee et coll.: Estimation of right ventricular end-diastolic volume and cardiac output using constant infusion of indocyanine green.

Conférencier invité

Docteur André Cournand (New York): La circulation pulmonaire chez les normaux et chez les maladies cardiaques.

HÉMODYNAMIQUE CARDIO-PULMONAIRE

Docteur J. H. Burgess et coll.: Cardiorespiratory effects of nicotine injected into the human ascending aorta.

Docteur J. Agarwal et coll.: Effect of hypertonic saline on pulmonary vascular resistance.

Docteur M. G. Bourassa et coll.: Angiographic and metabolic correlation in coronary artery disease.

Docteur L. D. MacLean et coll.: Diagnosis and treatment of pulmonary embolism.

Docteur J. O. Parker et coll.: Hemodynamics in coronary heart disease.

27 octobre

Première conférence "John Keith"

Docteur John D. Keith (Toronto): Quelques aspects de l'évolution de maladies cardiaques congénitales.

TRANSPLANTATION VALVULAIRE

Docteur M. H. King et coll.: Importance of techniques in preserving and sterilizing human aortic valves.

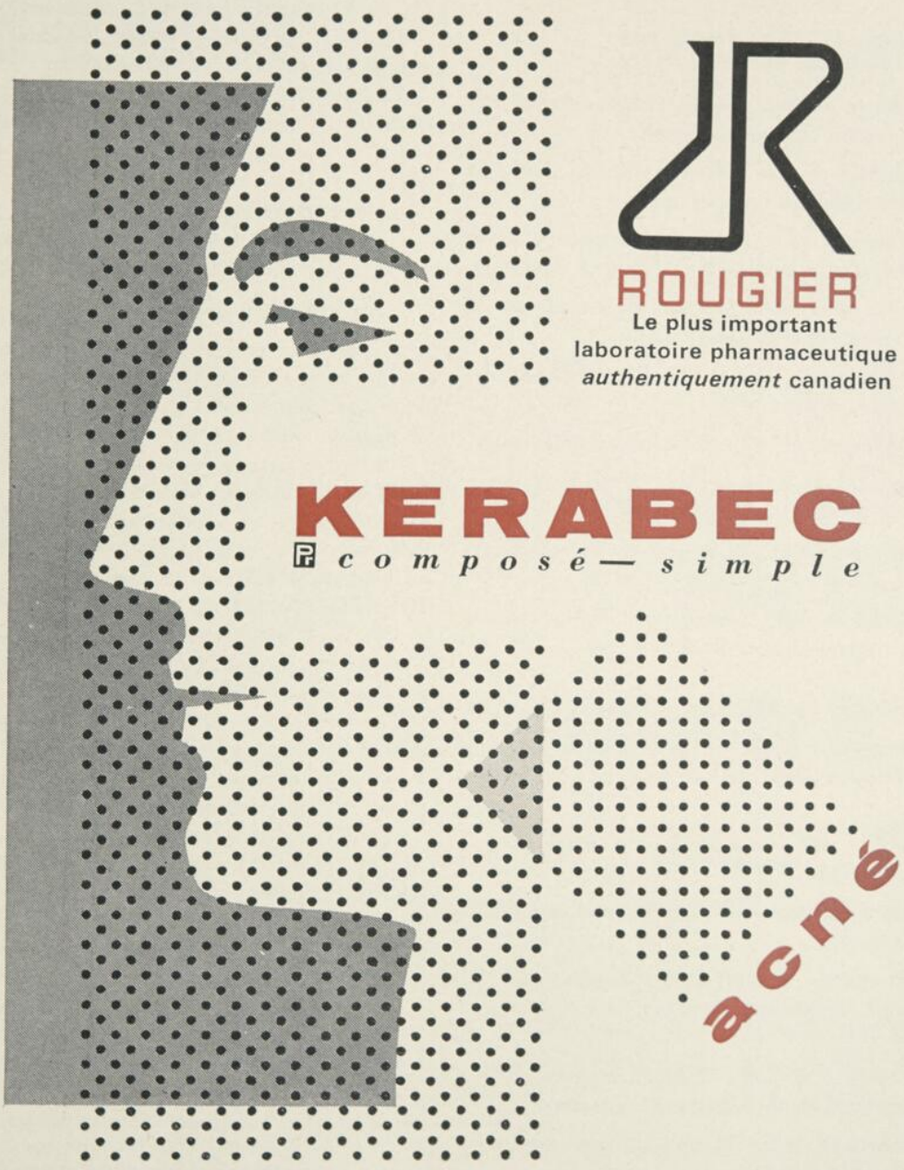
Docteur P. E. Blundell et coll.: Histology of aortic valve heterografts and homografts in calves.

Docteur J. P. Kim et coll.: An in vitro assessment of aortic insufficiency related to valve size after homografts valve replacement.

Docteur W. G. Williams et coll.: Allotransplantation of the mitral valve with preservation of papillary muscle function.

PHARMACOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Docteur L. Garvey et coll.: Further observations on the cardiac noradrenaline-blocking action of iproveratril.



Documentation sur demande

Docteur L. N. Roberts et coll.: A study of the effect of dipyridamole on the coronary circulation in man.

Docteur A. McClish et coll.: Place du propranodol intraveineux dans le traitement des arythmies rencontrées durant et après anesthésie pour chirurgie cardiaque.

Docteur H. F. Mizgala et coll.: The treatment of angina pectoris with propranolol: A double blind crossover study using 160 mg and 320 mg per day.

Docteur R. N. Mahabir et coll.: Clinical evaluation of diuretics (furosemide and triamterene) in congestive heart failure utilizing balance study techniques.

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
EN CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE

Docteur Emile Bertho: Adaptability of the coronary circulation to sudden ligation of a major vessel.

Docteur S. Chatterjee et coll.: Hemodynamic validity of the ameroid myocardial ischemia preparation.

Docteur C. E. Kinley et coll.: An X-ray microscope study of myocardial revascularization by the Vineberg operation.

Docteur C. H. Pierce et coll.: Cardiac tamponade as an experimental cardiogenic shock model.

Docteur H. A. Heggtveit: Some pathological considerations of artificial cardiac pacemakers.

Docteur J. L. Wellington et coll.: Raunaud's Syndrome.

Docteur Morley Cohen: Late failure of the ball valve (Starr) aortic valve prostheses: A report of six cases.

Docteur M. Bois et coll.: Aneurysmes ventriculaires: Étude de 10 cas.

Docteur P. Grondin et coll.: Aneurysmes disséquants de l'aorte: Diagnostic, traitement et évolution.

RECHERCHES EN ARTÉRIOSCLÉROSE

Docteur L. Campeau et coll.: Selective cine coronary arteriography Correlation with clinical findings in 250 patients.

Docteur C. Allard et coll.: Usefulness of a simple B-lipoproteins assay in cardiology.

Docteur A. Vost: Lipid metabolism in the perfused rabbit heart.

Docteur T. Shiff et coll.: The effect of 4-amino-pyrazolopyrimidine on plasma lipoprotein formation and lipid transport.

Docteur E. J. Pinter et coll.: Further studies on the metabolic effects mediated by the adrenergic receptors.

Docteur S. Renaud et coll.: Thrombosis prevention by estrogens in hyperlipemic rats.

Docteur E. E. Nishizawa et coll.: The effect of suppression of the platelet surface reaction on thrombosis and hemostasis.

Docteur M. Gorelick et coll.: Sex hormone metabolism and platelet economy in male survivors of myocardial infarction.

Docteur G. Evans et coll.: Platelet surface reaction and its relation to thrombosis in vascular prosthesis.

28 octobre

Conférencier invité

Docteur David Sabiston (Durham, N.C.) : La physiologie, pathologie, diagnostic et traitement de l'embolisme pulmonaire.

EXPÉRIENCE CHIRURGICALE PARTICULIÈRE

Docteur P. Stanley et coll.: Évaluation post-opératoire des coarctations de l'aorte chez le nouveau-né et le nourrisson.

Docteur J. Barwinsky et coll.: Surgical management of coronary artery disease with follow up studies.

Docteur G. Lepage et coll.: Pacemakers and their problems: Experience from 142 operations on 100 patients.

Docteur S. Pitsele et coll.: Method and apparatus for function evaluation of isolated hearts.

Docteur A. M. Vineberg: Myocardial revascularization of the entire heart. 17 year clinical experience.

DÉCLARATION DE L'HONORABLE ALLAN J. MacEACHEN, MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL :

SEPTEMBRE EST LE MOIS DE L'ARTHRITE

La douleur et les souffrances causées par l'arthrite et par les autres affections rhumatismales sont devenues l'apanage quotidien de plus d'un million de Canadiens. Trop peu de gens se rendent compte du tribut onéreux que réclament ces maladies en misère humaine et en perte économique.

Plus de 285,000 Canadiens souffrent d'arthrite et de rhumatisme; de ce nombre 63,000 sont totalement ou gravement invalides. L'an dernier, ces maladies ont fait perdre au Canada 9 millions de jours ouvrables et une somme de 100 millions de dollars en salaires seulement.

On peut maintenant maîtriser l'arthrite sous quelques-unes de ses formes. Les arthritiques peuvent vivre une vie presque normale.

Les recherches efficaces et progressives des dernières années ont démontré que cette incapacité peut être prévenue chez quatre malades sur cinq, grâce à un diagnostic précoce et aux techniques modernes de traitement.

Voilà l'espoir de tous les arthritiques.

Des recherches sur l'arthrite ont été parrainées par la Société Canadienne contre l'Arthrite et le Rhumatisme. Cette société a été fondée en 1949 en vue d'améliorer les méthodes de traitement et de connaître la cause et de trouver les moyens de guérir ces maladies.

En ma qualité de ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, je recommande le travail de l'Association à tous les Canadiens et je les exhorte, surtout au cours *du mois de l'arthrite,* à appuyer ses efforts inestimables en vue de combattre et de prévenir cette affligeante condition.

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE [1]
(Mai 1967)

Sujets actuels

AFFECTIONS D'ALLURE GRIPPALE

Québec

Dans les localités indiennes et esquimaudes qui s'échelonnent sur la côte est de la Baie James et de la Baie d'Hudson,

[1] Division de l'Epidémiologie, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada.

Quand elle est tout en pleurs et qu'elle a de la température



Tylenol* (acetaminophen)

le réducteur de la fièvre

Deux études différentes ont conclu qu'il était un antipyrétique et un analgésique . . .

— possédant un record exceptionnel de sécurité et d'efficacité pour le contrôle de la fièvre "au contraire des autres médicaments qui ont une toxicité connue" . . . [1]

— insurpassable pour son efficacité analgésique, ses facteurs de sécurité, son bon goût et la facilité de son emploi chez les enfants.[2]

Effets secondaires et précautions: Le TYLENOL ne produit que rarement des effets secondaires ou des réactions inattendues, comme le malaise gastrique.

Son emploi doit être cessé, si une réaction rare de sensibilisation apparaît.

(1) Mintz, A. A.: Management of the Febrile Child, J. Ky. Acad. Gen. Pract. 5:26-31 (janv.) 1959.

(2) Reuter, S. H., et Montgomery, W. W.: Aspirin vs. Acetaminophen After Tonsillectomy, Arch. Otolaryng. 80: 214-217 (août) 1964.

* Marque déposée

Présentation :

Elixir TYLENOL — 120 mg (2 gr) par 5 cc

Gouttes TYLENOL — 60 mg (1 gr) par 0.6 cc

Comprimés TYLENOL — 300 mg (5 gr)

Mode d'emploi:

ADULTES — 1 ou 2 tablettes à toutes les quatre heures.

ENFANTS — ½ à une tablette à toutes les quatre heures.

Des renseignements supplémentaires sont disponibles sur demande

McNEIL

McNEIL LABORATORIES (CANADA) LIMITED
11 GREEN BELT DR., DON MILLS, ONT.

MEMBRE ACFP

plus de 500 personnes ont souffert, en mars 1967, d'une épidémie d'affections d'allure grippale, caractérisées par une fièvre de 102° F, une forte toux et de la bronchite. En avril, dans la localité de Great Whale, sur la côte est de la Baie d'Hudson, cent nouveaux cas étaient signalés. Les caractéristiques épidémiologiques de l'épidémie correspondaient à la grippe du type B. Des études de virus sont encore en cours sur des échantillons représentatifs.

POLIOMYÉLITE PARALYTIQUE

Saskatchewan

Dans la localité de Hafford, on signale un cas de poliomyélite paralytique; il s'agit d'une femme mariée. Vers le 11 mars, cette personne se plaignait de douleurs abdominales. Les mêmes symptômes, accompagnés de douleurs dorsales et de sensibilité musculaire, ont repris, plus forts, le 23 mars. Le 30 mars, une paralysie bilatérale des membres inférieurs, devenus flasques, était apparente et le diagnostic provisoire était, dans ce cas, le syndrome de Guillain-Barré. Le 19 avril, un virus de poliomyélite du type II, était isolé dans les selles et un diagnostic de poliomyélite clinique était établi.

Une enquête a ensuite révélé que la fille de la malade avait reçu, le 15 mars dernier, soit quatre ou cinq jours après l'apparition des premiers symptômes chez la malade, un vaccin oral vivant et atténué contre la poliomyélite. On ne pense pas que le vaccin soit en cause, à moins de considérer la deuxième phase de la maladie comme vraie poliomyélite et de diagnostiquer les premiers symptômes tout simplement comme une maladie sans aucun rapport avec la poliomyélite. L'isolat de virus de la poliomyélite du type II, ainsi qu'un échantillon des selles de la malade, ont été envoyés au Laboratoire de virologie des Laboratoires d'hygiène au Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, afin de déterminer s'il s'agit d'un vaccin ou d'une souche quelconque. Pour fins de comparaison, un autre virus de la poliomyélite du type II, isolé, en janvier, par le laboratoire provincial et provenant des intestins d'un bébé mort au berceau et pour lequel une contamination due au vaccin Sabin était quasi impossible, a aussi été envoyé au laboratoire. Les épreuves en vue de déterminer si l'une ou l'autre de ces souches provenait d'un vaccin ne sont pas encore terminées.

Les autorités des services d'hygiène publique ont offert du vaccin Sabin à tous les adultes et à tous les enfants de la localité de Hafford afin de protéger les contages et aussi de démontrer publiquement leur confiance en ce vaccin.

PARA-INFLUENZA

Manitoba

Dans la petite localité de Garden Hill (1,085 habitants), une épidémie de para-influenza, qui a commencé au début du mois de mars, a atteint 40 personnes et a provoqué quatre décès. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'enfants; la maladie était caractérisée par des crises soudaines de malaises, d'irritabilité et de troubles gastro-intestinaux sous forme de diarrhée et d'anorexie; ces symptômes étaient suivis de pyrexie et de fièvre de 106° F et plus. Dans environ 30 pour 100 des cas atteints, il s'est produit une éruption pigmentaire localisée sur tout le corps, mais qui ne touchait que très peu les extrémités ou la figure. Les malades qui n'ont pas eu d'éruption présentaient des symptômes respiratoires très graves. Trois des quatre personnes décédées souffraient d'infections respiratoires et la quatrième avait subi une violente éruption. Il n'y a eu, dans aucun des cas, de signes de Koplick, même si l'on comptait plusieurs cas de rougeole dans la région; les malades atteints par l'éruption, au cours de cette épidémie, ne présentaient aucun des symptômes caractéristiques de la rougeole ordinaire.

Dix mois environ avant le début de l'épidémie, il y a eu, parmi les enfants de la localité, de nombreux cas d'infections des voies respiratoires supérieures, de diarrhées et d'autres maladies moins graves. Peu avant l'épidémie, trente enfants avaient reçu des vaccins de la rougeole, vivants mais atténués; ce programme d'inoculation a été interrompu provisoirement en raison de la prédominance des infections des voies respiratoires et aussi d'autres maladies.

On a prélevé des échantillons de selles et de sang chez des cas représentatifs; ces échantillons ont été envoyés au Laboratoire d'hygiène publique de Winnipeg où le virus para-influenza du type A a été isolé. Aucun anticorps de la rougeole n'a été dépisté dans les échantillons de sang envoyés au laboratoire après avoir été prélevés chez des personnes atteintes.

LÈPRE

Colombie-Britannique

A Vancouver, un cas de lèpre chez une jeune Chinoise de 16 ans, venant de Bombay (Inde) et émigrée au Canada depuis un an et demi, a été signalé. Les premiers nodules sont apparus, il y a neuf mois, sur la jame gauche. Maintenant, elle a des nodules et des plaques sur les deux jambes et la jambe gauche est légèrement anesthésiée. Après biopsie, le diagnostic a été confirmé et des enquêtes se font actuellement au sujet des autres membres de la famille.

DIPHTÉRIE

Colombie-Britannique

A Vancouver, un homme âgé de 58 ans est décédé par suite de diphtérie. Il vivait, depuis cinq ans, dans un hôtel de Vancouver où on l'a trouvé mort, dans son lit, le 17 mai dernier. Un prélèvement de la gorge fait après sa mort a donné un résultat positif à un *Corynebacterium diphtheriæ* virulent.

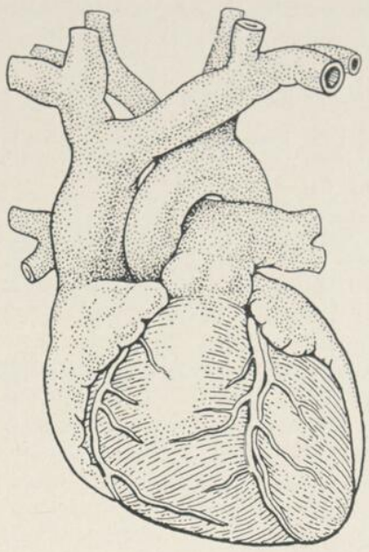
Le malade était allé consulter son médecin l'après-midi avant sa mort, car il souffrait, depuis une semaine, d'un violent mal de gorge et avait de la difficulté à parler et à respirer. Le médecin qui avait alors diagnostiqué de l'angine, lui avait conseillé d'entrer à l'hôpital, mais le malade avait refusé.

L'homme en question ne s'éloignait pas beaucoup de son hôtel; il n'avait pas d'endroit régulier où il prenait ses repas et il n'avait pas quitté la ville. Jusqu'à présent, tous les prélèvements provenant de contages sont négatifs, mais l'enquête se continue.

Manitoba

Une école pour les enfants arriérés, au Manitoba, a signalé un cas de diphtérie chez un garçon de 10 ans, souffrant d'un écoulement chronique de l'oreille. Une enquête, faite en série, sur des cultures provenant des nez et des gorges, a eu lieu. On a procédé à 175 épreuves de Shick et des injections de rappel à l'anatoxine de la diphtérie ont été administrées, selon les besoins, aux enfants et aux membres du personnel.





Chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque globale... si vous prescrivez de la digitaline pour le coeur prescrivez

DYAZIDE* contre L'OEDÈME

Chaque comprimé renferme 50 mg de Dyrenium* (triamtérène, SK&F) et 25 mg d'hydrochlorothiazide. En flacons de 50 et de 500.

Comparativement à l'emploi de l'hydrochlorothiazide ou des autres thiazides administrées seules, le danger d'intoxication digitalique et d'arythmies graves qui en résultent se trouve réduit avec 'Dyazide' lorsqu'il est prescrit contre l'oedème. La raison en est que 'Dyazide' entraîne une fuite potassique bien plus faible. L'hypokaliémie se présente rarement durant la cure par 'Dyazide' grâce à l'effet de conservation potassique exercé par son composant 'Dyrenium'.

Contre-indications: ne pas poursuivre la cure chez les patients souffrant de dysergie rénale progressive (y compris accroissement de l'oligurie et de l'azotémie), d'un accroissement de la dysergie hépatique, ou chez ceux qui manifestent de l'hyperkaliémie. Autres contre-indications: forte kaliémie avant la cure; hypersensibilité à l'un ou l'autre des composants.

Attention: on ne doit pas administrer de suppléments potassiques aux malades conjointement avec 'Dyazide', à moins qu'une hypokaliémie ne se manifeste ou que l'apport de potassium ne soit nettement défectueux. Comme son composant 'Dyrenium' conserve le potassium, 'Dyazide' peut, occasionnellement, provoquer de l'hyperkaliémie, surtout chez les malades âgés ou les sujets accusant une atteinte rénale.

Réactions délétères: les effets secondaires, généralement bénins, comprennent les crampes musculaires, la faiblesse, les étourdissements, la céphalée et la xérostomie; le purpura; les éruptions et autres dermopathies; les nausées et les vomissements qui peuvent également être le signe d'un déséquilibre électrolytique et autres troubles gastro-intestinaux.

Pour tous renseignements, veuillez consulter la monographie correspondante figurant dans le *Vademecum International*.

*Marque déposée au Canada

Smith Kline & French • Montréal 9

DZ-M17F

Les enquêtes ont permis de dépister un autre cas, un garçon de 17 ans qui résidait dans la même institution que le cas initial. De plus, on a découvert cinq porteurs.

Rapport de l'étranger

SALMONELLOSE

États-Unis

Une glace, imitation cachir, semble être à l'origine de 14 épidémies de gastro-entérite fiévreuse qui ont eu lieu dans les États de New-York, du New-Jersey, du Connecticut et du Maine, au cours des trois premières semaines d'avril 1967. Chaque épidémie s'est déclarée un à trois jours après un banquet organisé où des aliments cachirs étaient servis. Sur les quelque 3,300 personnes qui assistaient aux banquets, environ 1,800 (soit 54 pour 100) ont souffert de diarrhée, de douleurs ou de crampes abdominales, de fièvre, de frissons, de maux de tête, de nausées et de vomissements. La durée moyenne de la maladie était de trois jours. Il n'y a pas eu de décès. La *Salmonella typhimurium* a été trouvé dans des échantillons de selles chez douze personnes représentant des participants à six différents banquets.

On croit que 60,000 portions de ce dessert congelé, provenant d'une seule compagnie sise à New-York, ont été fabriquées et vendues au cours des trois premières semaines d'avril. Des cultures provenant des glaces, qui restaient après les banquets, présentaient le *S. typhimurium*. Les cultures prélevées dans l'usine même et les cultures des selles des employés, ainsi que tous les ingrédients nécessaires à la fabrication des glaces, ont donné des résultats négatifs; seuls les jaunes d'œufs congelés présentaient le *S. typhimurium*.

Les jaunes d'œufs congelés étaient un produit non pasteurisé provenant d'une usine psécialisée dans la casse des œufs, à New-York. Les cultures prises dans l'usine ont révélé plusieurs sérotypes de salmonelle, y compris le *S. typhimurium*. Les cultures des selles des employés n'ont donné qu'un seul résultat positif pour la salmonelle, mais il ne s'agissait pas du *S. typhimurium*.

Par suite des mesures prises par les fonctionnaires du Service d'Hygiène publique de New-York, l'usine de fabrication des glaces et l'usine spécialisée dans la casse des œufs ont dû fermer provisoirement. Grâce aux méthodes utilisées conjointement par le Service de Santé municipal, les fonctionnaires de l'État et l'Administration des Aliments et des Drogues aux États-Unis, il a été possible de récupérer ou de détruire plusieurs milliers de portions des glaces contaminées.

LEUCÉMIE

États-Unis

Depuis que le Centre des Maladies contagieuses a créé, en 1966, son programme de déclaration des cas de leucémie, on a signalé, à trois reprises, des cas multiples de leucémie parmi les occupants d'une même maison, soit au Missouri, au Kansas et en Géorgie.

Un homme de 18 ans, qui avait emménagé au deuxième étage d'une maison de North Kansas City (Missouri), en avril 1964, a souffert de leucémie lymphocytaire aiguë en janvier 1966. Une femme de 28 ans, qui habitait au premier étage de la même maison, de juin 1962 à juin 1966, a souffert, elle aussi, de leucémie myélocytaire aiguë, en janvier 1967.

Un homme de 41 ans a souffert de leucémie myélocytaire chronique, en février 1961, treize mois après avoir quitté une maison de Prairie Village (Kansas). En janvier 1960, une autre famille emménageait dans cette maison et y a habité jusqu'en octobre 1966. Une fille de la famille, âgée de 15 ans, a eu de la leucémie myélocytaire aiguë en janvier 1967.

Un membre de chacune des trois familles qui résidaient dans une petite maison de Gouglas (Géorgie) ont souffert de leucémie aiguë. Un garçon de 7 ans est tombé malade en juillet 1958, treize mois après que sa famille ait quitté cette adresse. En mars 1963, après avoir vécu dans cette maison pendant six ans, une femme de 36 ans a souffert de leucémie. Enfin, en octobre 1964, une autre famille a emménagé dans cette maison et, en décembre 1966, un enfant de la famille, âgé de 5 ans, a fait un début de leucémie.

Les niveaux de rayonnement dans la maison de rapport de North Kansas City ont été étudiés; ils étaient normaux. La maison à Douglas (Géorgie) sera examinée de la même manière; on recherchera également les occupants précédents de la maison afin de dépister tous les autres cas possibles de maladies néoplasiques.

MALADIES VÉNÉRIENNES AU CANADA [1]

Rapport annuel 1966

Introduction

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE: NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS, CANADA, 1966

Maladie	*Cas déclarés*
Maladies vénériennes	23,450
Fièvre scarlatine et mal de gorge streptococcique	19,636
Hépatite infectieuse	5,767
Dysenterie	4,662
Tuberculose	4,517
Coqueluche	4,480
Toxi-infection alimentaire	1,700
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	136
Méningite virale ou aseptique	120
Diarrhée du nouveau-né	64

Le présent rapport fournit les renseignements statistiques disponibles sur les maladies vénériennes pour la période allant de 1944 à 1966. Il se fonde sur les cas déclarés aux ministères provinciaux de la Santé par les médecins. Il n'existe pas de renseignements détaillés pour le pays tout entier avant 1944. Ces statistiques représentent la fréquence minimum. La fréquence réelle est beaucoup plus élevée.

Tendances de la syphilis

Le taux d'incidence de la syphilis déclaré au Canada depuis 1944 a considérablement baissé depuis la seconde guerre mondiale et le début de l'ère de la pénicilline. Ce déclin a cependant pris fin en 1958. Au cours des années suivantes, le taux d'incidence a graduellement augmenté, atteignant un sommet en 1963; il a cependant baissé au cours de chacune des trois années subséquentes.

Une comparaison des tendances de la syphilis par province montre que les taux des provinces maritimes furent

[1] Division de l'Epidémiologie, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada.

HORMONE CORTICOTROPE (ACTH) D'ACTION TRÈS PROLONGÉE

DURACTON®

HORMONE CORTICOTROPE (40 U.I. au ml.) + CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE

INDICATIONS

A DÉFICIENCES ENDOCRINIENNES:

Hypopituitarisme fonctionnel, Panhypopituitarisme, Maladie de Simmonds, Hypoglycémie idiopathique.

B INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE CAUSÉE PAR UN LONG TRAITEMENT AUX STÉROÏDES

C MALADIES SE RAPPORTANT AU "STRESS"

inflammations, douleurs, fièvre et choc.

BIBLIOGRAPHIE, TIRÉS À PART ET ÉCHANTILLONS ENVOYÉS SUR DEMANDE.

Fabriqué par:
NORDIC BIOCHEMICALS LTD.
filiale du
LABORATOIRE OCTO LTÉE
Montréal



octo

généralement plus bas que ceux des provinces plus peuplées du Centre et de l'Ouest.

La similitude dans l'évolution de l'incidence de la syphilis vénérienne entre un nombre aussi grand de pays différents ne surprend guère, étant donné le volume important de circulation internationale entre les grandes villes, d'où proviennent la majorité des cas de syphilis. En 1966, les autorités canadiennes ont fourni des rapports sur les contacts des personnes atteintes à 20 villes et États américains, tandis qu'elles en recevaient de 23 villes et États américains.

On estime désormais qu'au moins trois millions de nouveaux cas de syphilis vénérienne se déclarent dans le monde à chaque année; le nombre total de cas est actuellement d'au moins trente millions.

Les taux de syphilis latente, cardiovasculaire et congénitale, de même que ceux de neurosyphilis, sont demeurés relativement stables depuis cinq ans. Cependant, il y a encore beaucoup trop de cas de syphilis primaire qui, faute de détection au bon moment, se compliquent et deviennent des cas de syphilis avancée. A partir de l'étude, fait par Bruusgaard à Oslo, sur les cas de syphilis non-traitée, on prévoit qu'une personne atteinte sur 200 perdra l'usage de la vue, que 1 sur 50 souffrira de troubles mentaux; 1 sur 25 sera atteinte d'ataxie locomotive ou tabès; enfin, qu'un patient sur quinze deviendra invalide par suite de syphilis cardiovasculaire.

Le soin des patients qui souffrent des complications de la syphilis non-traitée représente une lourde charge pour la collectivité. Il faut consacrer plus de trois millions de dollars chaque année au traitement d'environ 1,000 patients souffrant de neurosyphilis, dans les hôpitaux pour malades mentaux ou dans des institutions connexes. Aux États-Unis, plus de cinquante millions de dollars sont nécessaires pour l'hospitalisation des personnes rendues invalides par les complications de la syphilis tertiaire.

Âge des cas de syphilis déclarés

Seulement 4.2% de toutes les personnes atteintes de la syphilis (les cas connus seulement) sont âgées de 15 à 19 ans. Cependant, 15% des cas des maladies vénériennes infectieuses déclarés au Canada en 1966 (c'est-à-dire la syphilis primaire et secondaire ainsi que la blennorragie) appartiennent à ce groupe d'âge. Ces chiffres sont sensiblement les mêmes que ceux qu'on a relevés aux États-Unis, où, en 1965, 20% des cas de maladies vénériennes infectieuses connus appartiennent au groupe d'âge des 15-19 ans.

Il est démontré une baisse générale des taux de la plupart des groupes d'âge depuis les deux dernières années.

La baisse de la natalité explique partiellement l'absence de diminution des taux d'incidence chez les moins d'un an; 7 ou 8 cas de syphilis congénitale ont été déclarés au cours de chacune des cinq dernières années, ce qui représente 12% des 57 cas de syphilis congénitale déclarés en 1966. Cette situation est similaire à celle des États-Unis où 11%, ou 370 des 3464 cas de syphilis congénitale déclarés en 1966 furent enregistrés chez les moins d'un an.

On n'a noté aucune tendance définie des taux de syphilis infectieuse, si ce n'est en ce qui concerne les mâles entre 20 et 39 ans où l'on remarque une légère baisse du taux pour chacune des cinq dernières années. Cela est à l'opposé de la situation qui prévaut aux États-Unis où le taux d'incidence de la syphilis infectieuse chez les adolescents des deux sexes entre 15 et 19 ans continue d'augmenter à un rythme plus important que chez tous les autres groupes d'âge.

Concernant la tendance de la syphilis infectieuse au Canada au cours des deux dernières décennies, on enregistra un déclin important entre 1946 et 1955; le taux d'incidence des cas déclarés augmenta, au cours des sept années suivantes, aussi rapidement qu'il avait baissé auparavant; depuis lors, il se caractérise par un mouvement de fluctuation.

Tout comme dans le cas du total des cas de syphilis, le taux des provinces maritimes est plus bas que celui des provinces du Centre et de l'Ouest.

En 1966, les cas de syphilis primaire et secondaire atteignaient environ le tiers de tous les cas de syphilis déclarés.

Aux États-Unis, en 1966, on enregistra une baisse de la syphilis infectieuse de 3.3% par rapport à 1965; cette baisse était la première à survenir depuis 9 ans.

Sexe des cas de syphilis déclarés

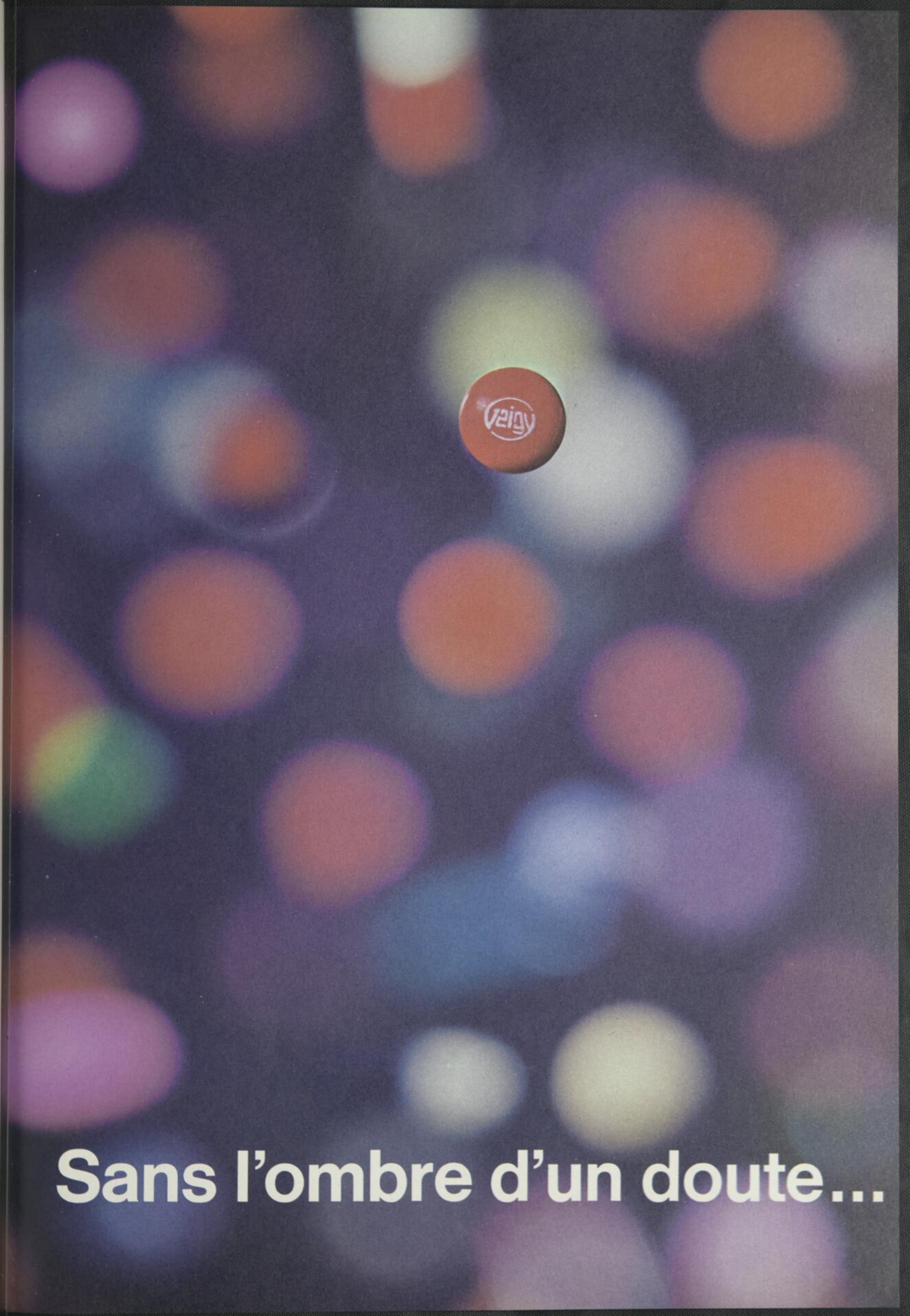
Comme au cours des années précédentes, le taux d'incidence est plus élevé chez les hommes âgés de plus de 20 ans. Cette situation reflète une augmentation réelle du taux pour le sexe masculin ainsi qu'une plus grande probabilité que l'on découvre et que l'on diagnostique les lésions primaires chez les hommes. De plus, l'homosexualité joue toujours un rôle important dans la diffusion de la syphilis infectieuse, tant en Amérique du Nord qu'en Europe. Certaines cliniques rapportent qu'un nombre déclaré de personnes atteintes de syphilis infectieuse aussi élevé que 73% sont des homosexuels reconnus. Au Canada, on ne dispose de statistiques récentes ni sur les infections acquises par une relation homosexuelle, ni sur le nombre des infections déclarées transmises par la prostitution. Certaines villes et certains États américains tiennent à jour des listes sur le nombre de personnes atteintes de maladies vénériennes infectieuses ayant identifié des prostituées comme partenaire sexuel: en 1966, 25% des hommes identifièrent des prostituées dans les États et 18% dans les villes.

Blennorragie

Le taux d'incidence des cas de blennorragie déclarés se maintient à un niveau élevé. Il est permis de soupçonner que les cas déclarés ne représentent qu'un dixième du taux d'incidence véritable. Les taux sont presque aussi élevés qu'il y a vingt ans a'ors que l'ont crût que la pénicilline et les sulfamidés allaient s'avérer des remèdes déterminants pour éliminer la maladie. Cet insuccès dans le contrôle de la blennorragie reflète d'ailleurs une situation qui prévaut à l'échelle mondiale.

On estime généralement qu'au moins douze millions de nouveaux cas se produisent dans le monde à chaque année. Bien que les complications découlant de la blennorragie ne soient pas aussi graves que celles découlant de la syphilis, cette maladie peut quand même provoquer des complications sérieuses, telles des réactions inflammatoires dans la cavité pelvienne chez la femme, la stérilité chez l'homme et la femme et l'ophtalmie des nouveau-nés.

Parmi les obstacles qui contrecarrent les efforts pour diminuer l'incidence de la blennorragie, notons: la femme asymptomatique mais porteuse du germe de la maladie; les limitations qu'accusent les techniques actuelles pour diagnos-


Sans l'ombre d'un doute...

Sans
l'ombre
d'un
doute

Butazolidine®
phénylbutazone

Recherche..... Geigy
Formulation ..... Geigy
Développement .. Geigy
Données ..... Geigy
Expérience ..... Geigy
Garantie ..... Geigy

Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited, Montréal 9, Qué.

MEMBRE
ACFP
G-1989F

ASADRINE

le seul comprimé EFFERVESCENT

d'acide acétylsalicylique (A. S. A.) avec 200 mg de vitamine C

Acide acétylsalicylique	330 mg
Vitamine C	200 mg
Citrate de Sodium	2,65 gm

dans un milieu tamponné.

3 RAISONS DE PRESCRIRE :

1 SOLUBLE : absence de particules acides irritantes et salicylémie précoce

2 TAMPONNÉE pH = 5,8
Excellente tolérance digestive

3 VITAMINÉE C - 200 mg
Renforce la résistance aux agressions

1 à 8 comprimés d'ASADRINE par jour, dans 1/2 verre d'eau, donnent une solution gazeuse et agréable.

ÉTATS GRIPPAUX et INFECTIEUX - CORYZA
ALGIES MUSCULAIRES, ARTICULAIRES, NERVEUSES
RHUMATISMES - CÉPHALÉES - MIGRAINES

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LIMITÉE - MONTRÉAL

LABORATOIRE U P S A (NORMOGASTRYL), AGEN - FRANCE

tiquer de façon adéquate la blennorragie chez la femme; le nombre de cas non rapportés et le fait que le gonocoque offre une résistance croissante aux médicaments auxquels il était auparavant sensible.

Âge des cas de blennorragie déclarés

Le pourcentage de cas de blennorragie déclarés en 1965 appartient aux différents groupes d'âge. Ces pourcentages ne diffèrent guère de ceux des années précédentes, soit moins de 1 an: 0.1%; 1 à 14 ans: 0.5%; 15 à 19 ans: 15%; 20 à 39 ans: 66.1%; plus que 40 ans: 7.9%; âge non identifié: 10.4%.

Il n'y a aucune tendance définie dans l'évolution de la blennorragie au cours des cinq dernières années. Les taux de 1966 indiquent un accroissement de l'incidence chez certains groupes d'âge; le total des cas déclarés (21,475) est le plus élevé depuis 1947. La situation est identique aux États-Unis: les statistiques de l'année 1966 révèlent une augmentation des pourcentages plus élevée qu'au cours de chacune des 8 années précédentes.

Sexe des cas de blennorragie déclarés

Le taux de blennorragie plus élevé chez les hommes âgés de vingt ans résulte probablement de la plus grande facilité de diagnostic clinique pour les hommes et du fait qu'une grande proportion des femmes atteintes peuvent présenter seulement de légers symptômes ou aucun symptome: sexe masculin 413.7 pour 100,000; sexe féminin 132. pour 100,000.

CONTRIBUTION IMPORTANTE DE LA CAISSE D'AIDE À LA SANTÉ AU PROFIT DES PROGRAMMES MÉDICAUX DE L'UNIVERSITÉ DE TORONTO

L'honorable Allan J. MacEachen, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a approuvé aujourd'hui trois subventions au montant global de $18,883,178 tirées de la Caisse d'aide à la santé du gouvernement fédéral, pour la planification et la mise en place d'installations visant la formation du personnel sanitaire de l'Université de Toronto.

La plus grande partie de ce montant, soit $18,532,910, sera affectée à la construction d'un nouvel immeuble des sciences médicales; cette somme est la plus forte jamais accordée jusqu'à présent par la Caisse d'aide à la santé. Des montants de $150,500 et de $199,768, vont respectivement permettre la planification administrative du grand Centre de sciences sanitaires et de l'immeuble des sciences médicales.

"L'aide financière accordée à l'Ontario et à l'Université par le truchement de la Caisse d'aide à la santé, permettra la construction du plus gros immeuble des sciences médicales, situé sur le domaine d'une université canadienne, a déclaré M. MacEachen. Comme dans le cas des autres institutions subventionnées par la Caisse, la nouvelle subvention marque un grand pas en avant dans la création d'installations utilisées pour la formation du personnel sanitaire de demain."

Le nouvel immeuble des sciences médicales, conçu de façon à s'intégrer aux structures actuelles de l'Université, servira surtout à l'éducation et aux recherches dans les sciences médicales de base, comme l'anatomie, la biochimie, la physiologie et la génétique. Des locaux pour la recherche seront aménagés à l'intention des représentants des sections de médecine clinique.

En temps normal, on s'attend à voir quelque 2,000 étudiants universitaires de toutes les facultés venir assister aux cours donnés dans cet immeuble. De ce nombre, on compte environ 500 étudiants en médecine, 400 étudiants en chirurgie dentaire, 250 étudiants en pharmacie et 100 étudiants en soins infirmiers. Les étudiants des autres facultés, comme la physiothérapie et l'ergothérapie, l'éducation physique et l'éducation sanitaire, les arts et les sciences, profiteront également de ces installations.

Le nombre des inscriptions prévues, pour les classes de sciences médicales pendant une année, passera de 175 (chiffre actuel) à 250.

L'immeuble sera complété probablement en septembre 1970.

La Section de planification administrative du grand Centre des sciences sanitaires poursuit actuellement une étude portant sur toutes les sciences sanitaires enseignées à l'université, en collaboration avec l'équipe de planification et les conseillers venus de l'université même.

Un des objectifs du projet est la programmation d'ordinateur pour régler les problèmes immédiats, pour définir une formule de planification à long terme en analysant différentes propositions par rapport à leur valeur éducative, comme par rapport aux problèmes du personnel, de l'espace et du financement, ainsi que pour constituer une base pour les efforts continus de planification visant à assurer un développement harmonieux à l'avenir.

Les branches des sciences sanitaires enseignées à l'Université de Toronto comprennent les facultés de médecine, de chirurgie dentaire, de pharmacie et des sciences de l'alimentation, ainsi que les écoles d'hygiène, de sciences infirmières, d'éducation physique et d'éducation sanitaire et le Département *Banting et Best* de recherches médicales. La coordination de toutes ces disciplines sera confiée au groupe de planification administrative, une fois complétée l'évaluation des installations d'éducation, de recherche et des services de tous les établissements sanitaires et des hôpitaux.

Le projet de planification administrative pour l'immeuble des sciences médicales porte sur l'élaboration des programmes et sur l'aménagement des locaux à l'intérieur de l'immeuble.

La Caisse d'aide à la santé s'élève à 500 millions de dollars; elle a été instituée en 1966. Depuis le 1er janvier de cette année-là, elle fournit jusqu'à 50% des frais de construction, d'acquisition, de réaménagement et d'achat de matériel pour des installations utilisées pour la formation du personnel sanitaire, comme les écoles de médecine, les hôpitaux d'enseignement et les instituts de recherche.

Spécialement...

Quand le syndrome de bronchite emphysémateuse se complique d'hypertension ou de maladie cardiaque —

l'ELIXOPHYLLINE PER OS

Chaque 15 cc. contient 80 mg. de théophylline; 3 cc. d'alcool

... a constamment apporté une bronchodilatation rapide et soutenue,[1] sans les inconvénients des médicaments du genre adrénaline.

Employée à la dose recommandée de t.i.d. "(l'Elixophylline) ... apporte rapidement un niveau sanguin d'efficacité comparable à ce qui se produit lorsque le médicament est administré par voie intra-veineuse"[2]. De tels niveaux sanguins ont été reconnus[3] comme amenant une augmentation significative et prouvée de la fonction pulmonaire. Grâce à l'Elixophylline qui maintient une dilatation bronchique efficace, le risque d'attaques aiguës peut être réduit, l'atteinte croissante du tissu bronchique peut être réprimée, le rôle fonctionnel de ce tissu est protégé et l'évolution vers un emphysème incurable est retardée.

Habituellement bien supportée — Contrairement à plusieurs composés disponibles, la théophylline dans l'Elixophylline n'est pas précipitée en présence de l'acide gastrique, évitant ainsi l'irritation gastrique. De plus, grâce à sa forme soluble, l'Elixophylline pénètre sans délai dans le courant sanguin et donne ainsi un *effet bronchodilatateur souhaitable.*

Médication orale simple et précise — minimise le danger d'une auto-médication trop forte :

Adultes, 45 cc. (3 cuillerées à table) avant le petit déjeuner, à 3 heures p.m. et avant le coucher. Après deux jours, 30 cc. (2 cuillerées à table) t.i.d. Ne Contient pas de drogues du type épinéphrine; le contenu alcoolique n'est pas granuleux et il est hypoallergique. Peut être contre-indiquée dans les cas d'ulcère peptique et de goutte.

1. Corroboré par 40 études publiées.
2. Miller, W. F. : Postgrad. Med. **39**: 230-239 (mars) 1966.
3. Jackson, R. H. et coll. : Dis. Chest **45**: 75-85 (janv.) 1964.



Sherman Laboratories

DÉTROIT, MICHIGAN

LIVRES REÇUS

Massage et manœuvres de réductions vertébrales. 3e édition édition complètement remaniée et augmentée. Par A.-L. PECUNIA. — Un volume de 372 pages, 173 figures (12 x 16). 20 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1967.

Le massage a été trop longtemps une thérapeutique oubliée et même méprisée puisque, récemment encore, n'importe qui pouvait se dire masseur et exercer son art... ou ses ravages sur les blessés et les malades. Les décrets réglementant son exercice et codifiant les études et l'examen du difficile diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ont mis bon ordre à cet état de choses.

La première édition de *"Massage"* était surtout destinée aux étudiants impétrants à ce diplôme.

Le massage prend place de plus en plus dans l'arsenal thérapeutique moderne. Il est officiellement enseigné dans le programme du *Certificat d'études spéciales de rééducation et réadaptation fonctionnelles.*

Cette troisième édition s'adresse particulièrement aux jeunes médecins qui suivent cet enseignement. Beaucoup de ses têtes de chapitres sont les mêmes que celles de l'arrêté instituant son enseignement.

L'étudiant et le médecin chevronné y trouveront beaucoup à apprendre ne seraient-ce que:

1) les techniques de l'auteur pour les traitements rachidiens;

2) le signe pathognomonique du blocage si important de l'articulation de la cinquième vertèbre lombaire avec la première sacrée.

Un livre dans le vent de l'évolution de la thérapeutique que tout médecin lira avec profit.

Les mouvements conjugués oculaires et leurs diverses modalités d'atteinte (Étude clinique et physiopathologique). Par Jean de RECONDO, Chargé de Recherches au C.N.R.S. Préface du professeur Raymond GARCIN. — Un volume de 116 pages, avec 25 figures (16,5 x 25) 30 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1967.

Intéressant la neurologie, l'ophtalmologie et l'otologie, l'étude des mouvements conjugués oculaires n'avait pas fait l'objet d'un travail d'ensemble au cours de ces dernières années. L'auteur de cette monographie a donc essayé d'en faire une mise au point, en reprenant les données de la pathologie humaine qu'il a confrontées avec les apports récents des sciences anatomiques et physiologiques, tout en essayant de dégager ainsi une sémiologie précise de la motilité conjuguée oculaire.

Son définis les différents types de mouvements conjugués oculaires que l'on peut observer chez l'homme, ainsi que les divers systèmes fonctionnels (anatomiques et physiologiques) qui concourent à leur réalisation. L'auteur aborde successivement les différents types d'atteinte de la motilité conjuguée oculaire observés en clinique, en essayant de préciser, pour chacun des syndromes étudiés, les caractères sémiologiques et les bases anatomo-pathologiques. Il précise les conditions requises pour qu'une étude de la motilité conjuguée oculaire soit valable, et pour qu'elle puisse aider au diagnostic topographique de la lésion causale et à la compréhension physiopathologique du syndrome observé.

Grandes divisions de l'ouvrage

I. *Les données de l'anatomie et de la physiologie.* — Le système d'exécution. Le système de contrôle.

II. *Les données de la pathologie humaine.* — Les paralysies dissociées de la motilité conjuguée oculaire. — La paralysie de la motilité volontaire. La paralysie de la fixation. La paralysie de la motilité réflexe d'origine vestibulaire. — Les paralysies complètes de la motilité conjuguée oculaire. — La paralysie de la verticalité (Syndrome de Parinaud). Les ophtalmoplégies internucléaires. Le syndrome de Foville protubérantiel inférieur. — Conclusions.

Médecine et biochimie — Problèmes d'actualité. Par Alfred GAJDOS, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine (Paris). Directeur adjoint à l'École Pratique des Hautes Études. — Un volume de 360 pages, avec 46 figures et de nombreux tableaux (16,5 x 24) 54 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1967.

Ce livre réunit neuf grands chapitres de la biochimie moderne, caractérisés tous par un progrès considérable réalisé au cours de ces dernières années, par leur importance biologique et clinique, par leurs nombreuses ouvertures sur l'avenir.

Les sujets suivants sont traités:

— Le rôle des acides nucléiques dans le mécanisme de la biosynthèse des protéines.

— La composition chimique des hémoglobines normales et anormales.

— La biochimie du métabolisme du fer.

— Données récentes sur la biosynthèse physiologique et pathologique des porphyrines.

— Mécanisme de la régulation quantitative.

— Données récentes sur la biosynthèse normale et pathologique des pigments biliaires.

— Phosphorylation oxydative et structure mitochondriale. Leur intérêt en biologie clinique.

— Les lysosomes.

— Métabolisme du glycogène et aspect biochimique des glycogénoses.

— Dictionnaire enzymologique.

Ces sujets d'actualité sont exposés d'une façon condensée, claire et précise. Le développement biochimique est complet. Il tient compte des dernières acquisitions. Les liens qui unissent *fonction* et *morphologie* sont constamment soulignés. Mais les détails les plus complexes restent accessibles aux lecteurs non spécialisés.

Destinées avant tout aux médecins, les *descriptions biochimiques* sont orientées vers les problèmes *cliniques*. Elles montrent les progrès déjà acquis et indiquent les voies nouvelles qui semblent s'ouvrir, dans les domaines traités, à la recherche médicale. Certains tableaux cliniques, récemment reconnus ou particulièrement enrichis par les découvertes biochimiques, sont sommairement résumés.

L'effort constant de traiter parallèlement biochimie et clinique, de montrer l'effet stimulant de leur confrontation sur



Voyez-vous docteur, ma voisine m'a parlé de ces merveilleuses pilules jaunes et j'ai décidé de venir vous voir pour que vous me prescriviez les mêmes.

Avec un peu de chance, vous réussirez à la convaincre qu'il existe un grand nombre de petites pilules jaunes, rondes, et qu'elles ne sont pas toujours conçues pour soulager la douleur et la congestion des rhumes, de la sinusite et de la grippe. Mais vous pouvez lui expliquer que vous avez exactement ce dont elle a besoin — des petites pilules blanches — Novahistex APC&C.

Un seul comprimé apporte un effet analgésique rapide pour le soulagement des douleurs de la sinusite. Novahistex APC&C s'attaque aussi à la cause cachée des maux de tête — favorisant l'ouverture des voies respiratoires bloquées et le dégagement des sinus. L'effet décongestif obtenu en prenant un comprimé Novahistex APC&C toutes les 4 heures réduit la possibilité de voir une sinusite aiguë passer à l'état chronique.

Pour les mêmes symptômes chez les enfants, Novahistine APC&C est recommandé.

Utilisez ces deux produits avec précaution chez les patients présentant de l'hypertension, de la méliturie et de l'hyperthyroïdisme. Les patients ambulatoires devront être avertis que ces comprimés peuvent causer une certaine somnolence. Un dosage continu pour une période prolongée est contre-indiqué.

Chaque comprimé Novahistex APC&C (pour adultes) contient HCl de phényléphrine 20 mg., HCl de diphénylpyraline 2 mg., acide acétylsalicylique 5 gr., phénacétine, 3 gr., caféine ½ gr., phosphate de codéine ¼ gr. Chaque comprimé Novahistine APC&C (pour enfants) contient les ingrédients ci-dessus mais la quantité de ces ingrédients est réduite exactement de moitié.

Ces deux produits sont indiqués pour un soulagement rapide de la congestion des voies respiratoires, de la fièvre et des douleurs normales dues à la sinusite, à la grippe et aux rhumes. Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans, un comprimé de Novahistex APC&C toutes les 4 heures est recommandé. Dosage recommandé q. 4 h. pour enfants; 10 à 12 ans, un comprimé de Novahistine APC&C; 5 à 9 ans, ½ comprimé; 2 à 4 ans, ¼ comprimé.

Des renseignements complets seront fournis sur demande.

NOVAHISTEX APC&C® pour adultes
NOVAHISTINE APC&C® pour enfants

MEMBRE ACFP

PITMAN-MOORE Division de Dow Chemical of Canada, Limited, Don Mills, Ontario



Le Lirugen®

est vraiment un vaccin à une seule injection

Il n'a pas besoin de la globuline gamme. *Son taux de réaction est le plus bas.*[8]

Il donne une immunité durable![7]

Lirugen, contrairement aux autres vaccins contre la rougeole, est dérivé d'une souche Schwarz plus atténuée du virus de la rougeole. Cette atténuation plus poussée réduit le taux de la réaction d'une façon si efficace que la nécessité d'une utilisation simultanée de la globuline gamme, ou d'une injection préalable de vaccin non-activé est supprimée. Le Lirugen n'a vraiment besoin que d'une seule injection.

Le Lirugen est tout à fait comparable aux autres vaccins vivants par son efficacité et par la durée de la protection qu'il procure. Les essais cliniques ont établi une efficacité de 97% à 100% chez des enfants sensibles à la rougeole.[1-6] *Des témoignages de publication récente semblent prouver qu'une seule injection de Lirugen devrait fournir une immunité à vie.*[7]

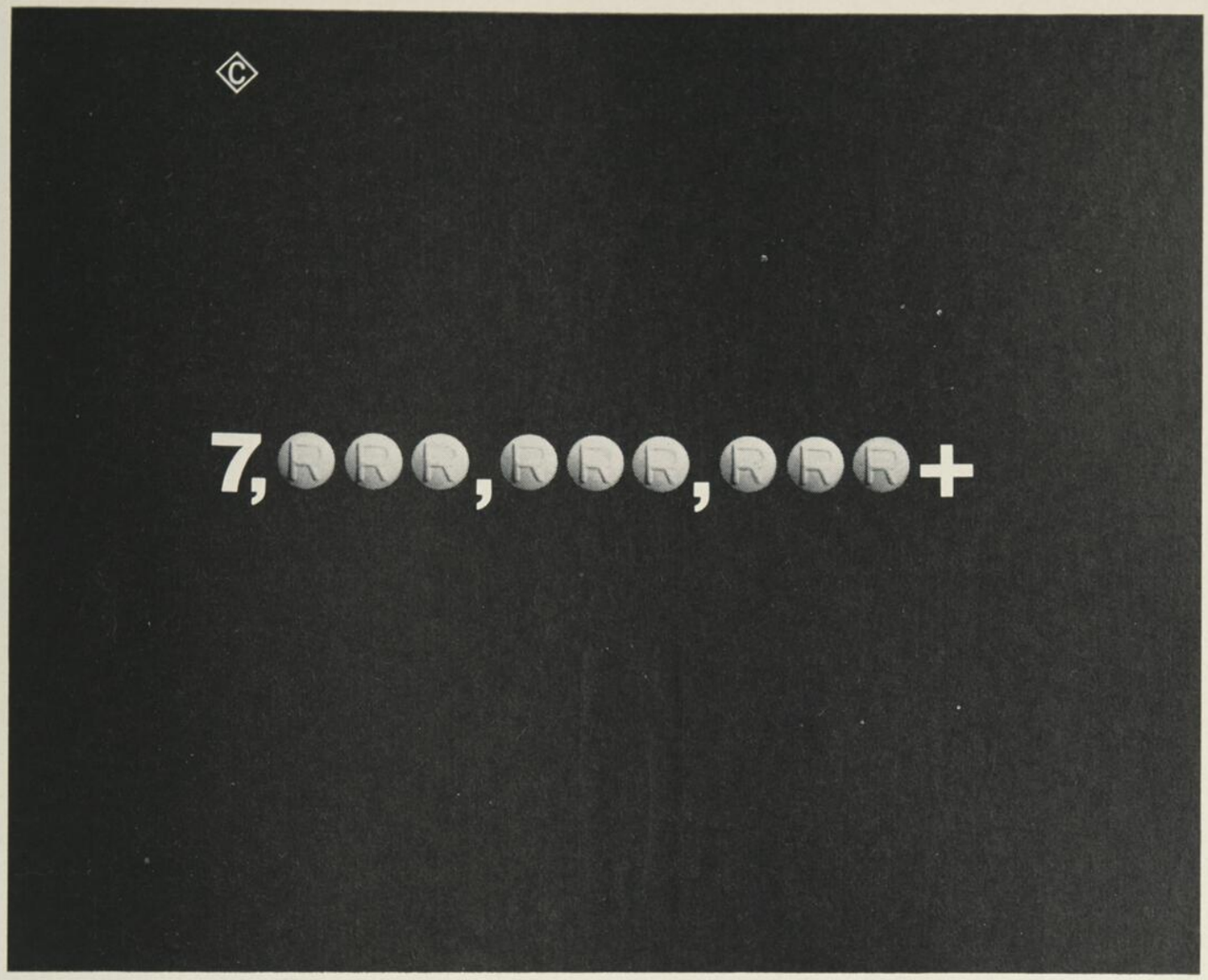
Nous ne connaissons aucun autre vaccin qui puisse être comparé aux résultats que donne le Lirugen. Contre-indications: Grossesse, leucémie, lymphome et autres malignités généralisées; traumatisme cérébral chez les enfants de moins d'un an; maladie fébrile; allergie à la protéine des oeufs; néomycine ou streptomycine. Précautions: A utiliser prudemment chez les patients ayant des antécédents de tuberculose et les patients ayant été traités par stéroïdes, rayonnements, agents d'alcoylation et antimétabolites. Consultez les indications données sur la boîte avant d'administrer le Lirugen.

Références:

1. Schwarz, A. J. F.: Amer. J. Dis. Child., **103:** 386-389, 1962
2. Krugman, S. et al.: Pediatrics, **31:** 919-928, 1962
3. Andelman, S. L. et al.: J.A.M.A., **184:** 721-723, 1963
4. Measles Vaccines: W.H.O. Technical Report Series No. 263, 1963
5. Schwarz, A. J. F.: Annales Paediatrici, **202:** 241-253, 1964
6. Morley, D. C. et al.: Bull W.H.O. **30:** 733-739, 1964
7. Krugman, S. et al.: J. Pediatrics, **66:** 471-488, 1965
8. Cockburn, W. C. et al.: Bull W.H.O. **34:** 223-231, 1966

MEMBRE
ACFP

PITMAN-MOORE Division de Dow Chemical of Canada, Limited, Don Mills, Ontario



Plus de Donnatal® est prescrit par les médecins que tout autre antispasmodique.

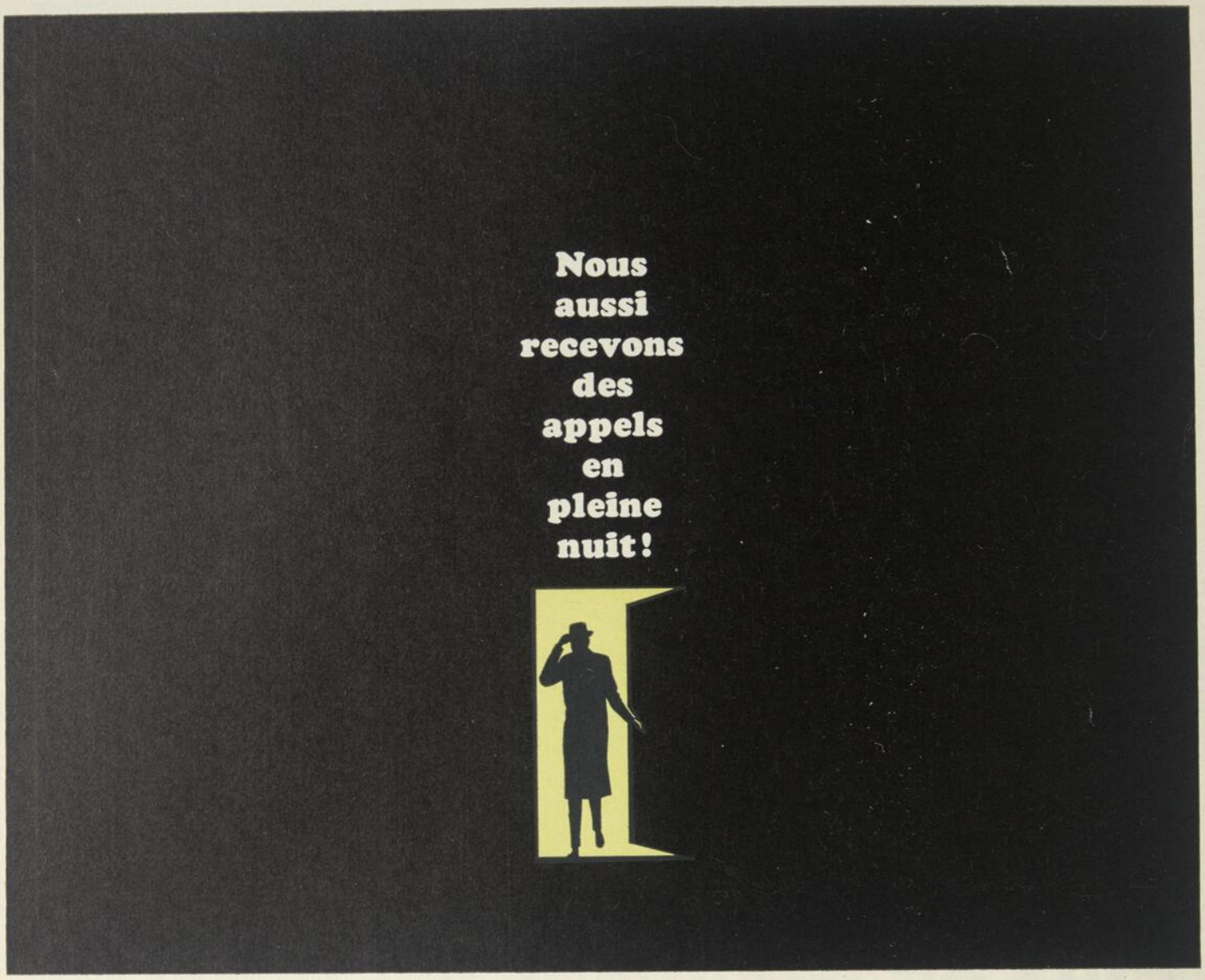
Après plus d'un quart de siècle et au-delà de sept milliards de doses, Donnatal est encore prescrit par plus de médecins que tout autre antispasmodique. Un assentiment aussi général et soutenu doit s'expliquer par le fait que Donnatal est un médicament sur lequel l'on peut compter, aussi bien pour son efficacité que pour l'absence d'effets secondaires sérieux. Sept milliards de doses! Si Hippocrate avait pu commencer à prescrire Donnatal en 430 av. J.-C., il lui eût fallu le donner à 2,670 patients t.i.d. pour atteindre au-delà de sept milliards de doses en l'an 1966!

Pour de plus amples renseignements, consulter la documentation ou le Vademecum International.



Chaque Comprimé, Capsule ou 5 c.c. d'Elixir contient:		Chaque Extentab® contient:
0.1037 mg	sulfate d'hyoscyamine	0.3111 mg
0.0194 mg	sulfate d'atropine	0.0582 mg
0.0065 mg	bromhydrate d'hyoscine	0.0195 mg
16.2 mg (¼ gr)	phénobarbital	(¾ gr) 48.6 mg

A. H. Robins Company of Canada, Ltd., Montréal, Québec A·H·ROBINS



Pas aussi fréquemment que vous, bien sûr.

Mais il nous faut alors être prêts—et vite.

C'est le cas, par exemple, lorsqu'une urgence réclame de nous
l'envoi de médicaments rares.
Nombre de nos compagnies affiliées fabriquent des sérums, des antitoxines,
des vaccins qui répondent aux besoins les plus spécifiques.
Elles font l'impossible pour que vous les receviez en temps voulu—allant
jusqu'à s'assurer le concours de l'aviation militaire ou à affrêter un avion.

Ces spécialités—que vous pouvez vous procurer à nos services
d'urgence—sont rarement demandées, et c'est heureux, mais quand
elles le sont, le besoin en est pressant. Non seulement les compagnies qui
assurent ces services ne font aucun bénéfice, mais encore vous font-elles souvent
parvenir ces produits gratuitement.

Pourquoi?

Parce qu'il serait de toute façon presque impossible de recouvrir les frais
occasionnés par la mise au point de ces médicaments.
Or, ces Services d'urgence ne constituent qu'un des nombreux
avantages d'avoir, au Canada, une industrie pharmaceutique axée sur la recherche.

Renoncer à la recherche c'est refuser le progrès.

ACFP

Vous pouvez vous fier a ces entreprises

Abbott Laboratories Ltd.
Ames Company of Canada, Ltd.
Anglo-French Drug Cie Ltée
Arlington-Funk Laboratories
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd.
Laboratoires Ayerst
Baxter Laboratories of Canada Limited
Bristol Laboratories of Canada Ltd.
The British Drug Houses (Canada) Limited
Burroughs Wellcome & Co. (Canada) Ltd.
Calmic Limited
CIBA Compagnie Limitée
Cyanamid of Canada Limited
FBA Pharmaceuticals Limited
Fisons (Canada) Limited
Charles E. Frosst et Cie
Geigy (Canada) Limited
Glaxo-Allenburys (Canada) Ltée
The J. F. Hartz Company Limited
Hoechst
Hoffmann-La Roche Limitée
Frank W. Horner Limited
Ingram & Bell Limited
Lakeside Laboratories (Canada) Ltd.
Laboratoires Laurentiens Ltée
Eli Lilly and Company (Canada) Limited
Mallinckrodt Chemical Works Ltd.
May & Baker (Canada) Limited
McNeil Laboratories (Canada) Limited
Mead Johnson of Canada Ltd.
Merck Sharp & Dohme of Canada Limited
The Wm. S. Merrell Company
Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd.
Parke, Davis & Cie, Ltée
Penick Canada Ltée
La Compagnie Pfizer Ltée
Pharma-Research Canada Limited
Pitman-Moore
Poulenc Limitée
The Purdue Frederick Company (Canada) Ltd.
Riker Pharmaceutical Company Limited
A. H. Robins Company of Canada, Ltd.
Rougier Inc.
Roussel (Canada) Ltée
Sandoz Pharmaceuticals
R. P. Scherer Limitée
Schering Corporation Limited
G. D. Searle & Co. of Canada Ltd.
Sherman Laboratories Limited
Smith Kline & French
E. R. Squibb & Sons Ltd.
Strong Cobb Arner of Canada, Ltd.
The Upjohn Company of Canada
Les Laboratoires Warner-Chilcott, Limitée
Will Pharmaceuticals
Les Laboratoires Winthrop
John Wyeth & Brother (Canada) Ltd.

L'Association canadienne des fabricants en pharmacie est une organisation sans but lucratif, qui s'est vouée depuis 53 ans à la fabrication de médicaments de haute qualité.

ACFP

Association Canadienne des fabricants en pharmacie
Porte 1110, Edifice Gillin, 141, avenue Laurier Ouest
Ottawa 4, Ontario

l'avancement des deux disciplines, constitue sans doute l'originalité de "Médecine et Biochimie".

Cette conception se trouve amplement motivée par l'*importance croissante des connaissances biochimiques* non seulement pour la recherche médicale, mais aussi pour l'activité professionnelle quotidienne des médecins. Pathogénie, diagnostic, thérapeutique y font constamment appel. Par la présentation des liens entre la clinique et les découvertes récentes dans quelques grands domaines de la chimie biologique, cet ouvrage veut faciliter la tâche souvent très ardue pour qui veut acquérir ces connaissances.

De la bibliographie énorme, pour chaque chapitre une centaine de références ont été retenues parmi les publications particulièrement importantes ou les plus récentes.

Problèmes actuels d'oto-rhino-laryngologie. Conférences d'Actualités O.R.L. de l'Hôpital Boucicaut, Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, sous la direction de R. MADURO, J. LEROUX-ROBERT et J. BOUCHE. — Un volume de 332 pages, 141 figures dont 40 en couleurs (16 x 24). 56 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1967.

Les *Problèmes actuels d'oto-rhino-laryngologie* que dirigent le professeur R. Maduro et les docteurs J. Leroux-Robert et J. Bouche, publient chaque année le texte des conférences faites à l'Hôpital Boucicaut, sous les auspices du Collège de Médecine des Hôpitaux, par les principaux spécialistes de Paris et diverses personnalités invitées.

On sait le succès de ces conférences. Chaque vendredi, dans la soirée, devant un amphithéâtre comble, un médecin qualifié par ses travaux et son expérience en la matière traitée expose à ses confrères de même discipline l'état actuel d'un problème. Il lui appartient d'en préciser les contours, d'en schématiser les données, et de soumettre à la critique l'ensemble des solutions proposées avant d'évoquer celle que sa compétence lui suggère. Tâche difficile qui nécessite une longue préparation, mais tâche hautement utile en un temps où, pour beaucoup, les obligations professionnelles sont si exigeantes que peu sont en mesure de suivre l'évolution des connaissances et des techniques qui ne cessent de s'élargir et de devenir plus complexes.

Tous les grands sujets d'oto-rhino-laryngologie se trouvent ainsi condensés et discutés dans cette collection, qui ne saurait être considérée comme une concurrente des différents périodiques de la spécialité, car elle est, en fait, par sa vocation propre, de mise à jour systématique et exhaustive, l'indispensable complément.

Sept volumes (années 1961 à 1967) sont parus à ce jour.

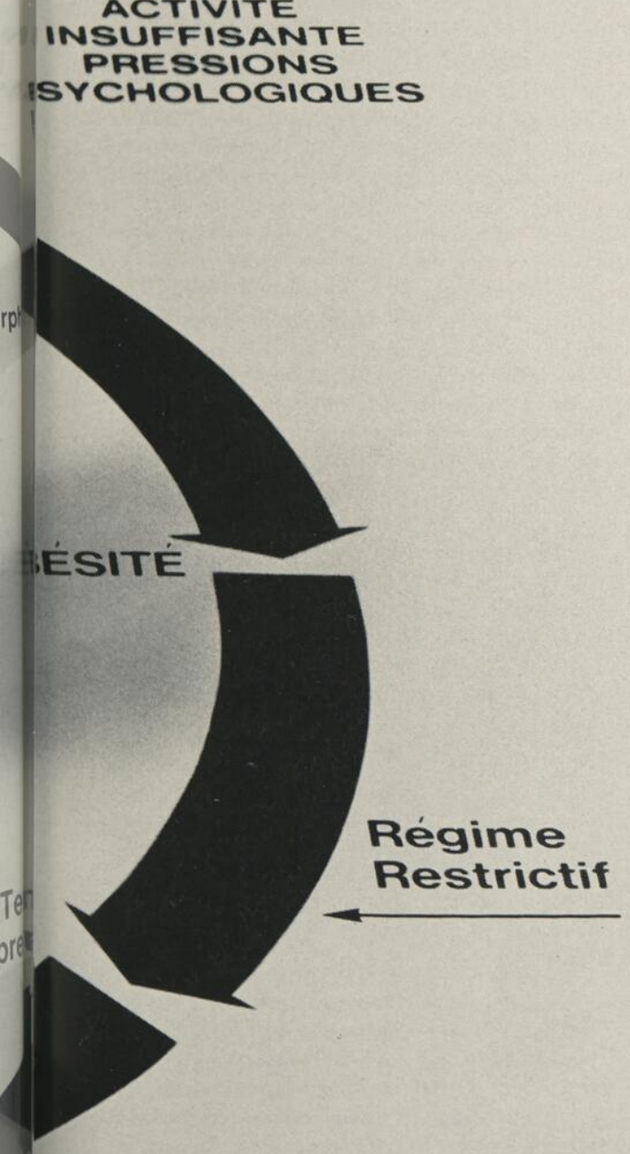
Volume paru en 1967

1. L'otite séreuse par J. Bouche et Ch. Frèche.
2. La fenêtre ovale dans la chirurgie de la tympanoplasie, par Paul Aboulker.
3. L'audiométrie automatique par J.-E. Fournier.
4. Essai d'anatomo-physiologie du nystagmus, par P. Pialoux et M. Burgeat.
5. L'anatomie fronto-ethmoïdale vue sous l'angle chirurgical, par J. Lemoyne et P. Fleury.
6. Complications et échecs des rhinoplasies, par G. Sénéchal.
7. La paralysie récurrentielle unilatérale, par J. Labayle.
8. La chimiothérapie par voie intra-artérielle en cancérologie cervico-faciale, par Y. Cachin et J. Richard.

La Biphétamine-T peut aider vos malades à échapper au cycle vicieux de l'obésité

Selon Reichlin,[1] "des facteurs psychologiques, l'inactivité et l'hyperphagie réagissent réciproquement pour produire le syndrome de l'obésité . . ." De récents travaux[1-4] indiquent que lorsqu'une personne est devenue obèse, il s'établit un enchaînement d'événements physiologiques et psychologiques tendant à perpétuer la situation.





Bien que la cause immédiate de l'obésité soit toujours un apport calorique excédant les besoins, le traitement qui consiste exclusivement en un régime hypocalorique est rarement couronné de succès.[5]

Les pressions psychologiques et le régime

Comme l'absorption de nourriture réduit la tension et confère une sensation de bien-être, les troubles émotionnels prédisposent à l'hyperphagie.[6] Il y en a beaucoup qui ont recours à la nourriture pour satisfaire quelque besoin émotionnel qui ne peut être satisfait autrement. Cela pourrait expliquer pourquoi "la mise au régime peut, par suite des pressions psychologiques qui l'accompagnent et de la privation de l'influence stabilisatrice de la nourriture, provoquer une dépression légère, ou même forte."[1]

Nécessité d'un mode d'abord thérapeutique multiple

Pour le sujet chroniquement obèse, le problème devra généralement être abordé de plusieurs côtés à la fois.[7] Chaque cas devra être étudié individuellement pour déterminer si le malade a besoin d'une plus grande activité physique, d'être renseigné sur les régimes et les valeurs caloriques, de médication adjuvante, ou de conseils pour résoudre les problèmes journaliers de la vie.

Les anorexiques peuvent aider le malade à mieux supporter les restrictions imposées par son régime en mitigeant le malaise en résultant.[8,9] D'après un récent rapport des services de la santé publique,[10] les nouveaux agents anorexiques "ne semblent pas . . . être supérieurs à l'amphétamine."

Avantages de la Biphétamine-T

1 Combinaison unique en son genre de complexes d'amphétamine et résine assurant une anorexie maintenue de façon égale pendant 10-14 heures

2 Une posologie d'une seule dose par jour rend le régime hypocalorique facile à suivre

3 Par son effet stimulant central, favorise l'activité physique

4 Le relèvement du moral aide à prévenir la dépression causée par le régime

5 L'action calmante du Tuazole* (méthaqualone) relâche la tension anxieuse . . . réduit la fréquence des effets secondaires de l'amphétamine

Deux forces

BIPHÉTAMINE-T® '12½' '20'

(Complexes Résineux de *d*- et *dl*-Amphétamine et Méthaqualone)

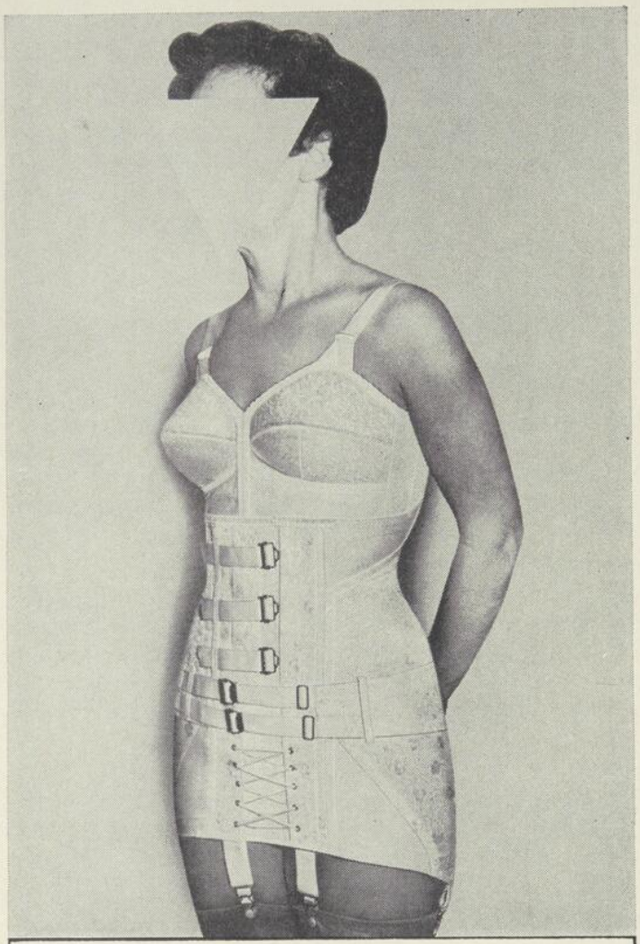
Chaque capsule noir et vert de BIPHÉTAMINE-T '12½' contient 6.5 mg chacune de *d*- et de *dl*-amphétamine; chaque capsule noir et rouge de BIPHÉTAMINE-T '20' contient 10 mg chacune de *d*- et de *dl*-amphétamine—et pour chacune des deux forces 40 mg de Tuazole (méthaqualone), et tous complexés avec du polystyrène sulfoné sous forme de résines échangeuses de cation. Ne se vendent que sur ordonnance médicale.

POSOLOGIE: 1 capsule par jour au lever. EFFETS SECONDAIRES: Parfois, sécheresse de la bouche, insomnie, ou autres signes de stimulation du système nerveux central. PRÉCAUTION: Instituer le traitement avec prudence chez les malades hypertendus, cardiaques ou sensibles aux sympathicomimétiques.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Reichlin, S.: *Med. Sci.* 15:45, N° 10, 1964. 2. Mayer, J.: *Postgrad. Med.* 37:A-103, N° 4, 1965. 3. *Idem: Ibid.* 38:A-133, N° 3, 1965. 4. Editorial: *J.A.M.A.* 186:65, 1963. 5. MacBryde, C. M., in Cecil, R. L., et Loeb, R. F.: A Textbook of Medicine, 10e édit., Philadelphie et Londres, W. B. Saunders Company, 1959, pp. 636-641. 6. Markham, J. E.: *Ann. New York Acad. Sci.* 133: Art. 3, 23 sept. 1966, pp. 814-819. 7. Duncan, G. G., et coll.: *Postgrad. Med.* 38:523, 1965. 8. A.M.A. Council on Drugs: New Drugs, Chicago, American Medical Association, 1966, p. 101. 9. Rosenberg, B. A.: Medical News, *J.A.M.A.* 186:45, N° 7, 1963. 10. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Heart Disease Control Program: Obesity and Health, Washington, U.S. Govt. Printing Office, 1966.

Renseignements supplémentaires fournis sur demande. *Nom déposé

STRASENBURGH · R. J. STRASENBURGH CO. OF CANADA LTD., TORONTO



Spencer

LE SOUTIEN CONÇU POUR VOTRE ÉLÉGANCE

Une lésion empêchait cette patiente de marcher et de se pencher. Une fracture du sacrum et une lésion subséquente, en coup de fouet,avaient fait naître une douleur dans la zône lombaire inférieure.

Des orthopédistes ont prescrit de la chaleur et le port d'un corset Spencer, le soutien qui permet à la patiente de vaquer à ses occupations quotidiennes.

Le soutien Spencer rend et conserve au corps sa silhouette attrayante. Le soutien Spencer plaît à la patiente car elle sait qu'il a été fait spécialement pour elle. Elle le sait parce qu'elle en ressent les effets bénéfiques. Elle sait apprécier la sensation de soutien que le corps demande et dont elle a besoin, en plus de son confort et de sa liberté de mouvements.

Spencer

LE SOUTIEN QU'UNE PATIENTE PORTE AVEC FIERTÉ

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, P.Q.

Veuillez m'adresser GRATUITEMENT votre livre "Les supports SPENCER dans la Thérapeutique Moderne"

NOM.....

ADRESSE.....

VILLE..... 151-10-67

9. L'insuffisance vertébro-basilaire en oto-rhino-laryngologie, par Y. Guerrier.
10. Les stylalgies, par R. Maduro et G.-C. Mouchard.
11. Les syndromes sympathiques en O.R.L. par J. Gandron.
12. Le nodule thyroïdien, par P. André et G. Sénéchal.
13. Malformations trachéo-bronchiques congénitales, par F. Paquelin.
14. Tumeurs de l'œsophage, par Y. Lallemant.
15. Maladies du larynx de l'enfant, par H. Muler.

L'hypertension artérielle et son traitement dans l'exercice journalier de la médecine praticienne. Par D. FRITEL, en collaboration avec P. MEYER. — Un volume de 244 pages. 35 figures dont 4 en couleurs (13,5 x 21); Relié 38 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1967.

Dans cet ouvrage, conçu pour le praticien, les auteurs se sont efforcés de respecter un double but, d'une part, présenter les différents problèmes pratiques d'ordre étiologique et thérapeutique que pose au médecin toute hypertension artérielle et, en corollaire, démontrer et préciser les mécanismes physiopathologiques complexes de l'hypertension artérielle.

C'est ainsi que tour à tour sont passés en revue:

— l'examen clinique complet de l'hypertendu et les différents examens complémentaires que le médecin a à sa disposition pour apprécier le degré de gravité et l'étiologie des hypertensions artérielles;
— les étiologies si variées dominées par les causes rénales et surrénales;
— la pathogénie de la maladie à laquelle est annexé un court chapitre consacré aux hypertensions artérielles expérimentales;
— enfin, la thérapeutique si diverse et si mouvante des hypertensions artérielles expérimentales;
— enfin, la thérapeutique si diverse et si mouvante des hypertensions artérielles secondaires et de l'hypertension artérielle essentielle.

A la fin des principaux chapitres, les auteurs ont tenu à présenter une conclusion, essentiellement d'ordre pratique, permettant de classer et de hiérarchiser les nombreuses données qui venaient d'être exposées: ces résumés constituent autant de précieux guides pour le praticien.

Ce livre illustré d'une riche iconographie a été écrit par des médecins habitués à examiner et à traiter de nombreux sujets hypertendus. Il sera particulièrement apprécié du généraliste soucieux de mieux comprendre et de mieux traiter cette maladie d'une extrême fréquence.

Gymnastique pour tous et ses applications thérapeutiques. Par Roger GALOPIN. Préface du professeur J. N. MULLER. — Un volume de 480 pages, 40 tableaux d'exercices (16 x 24); Cartonné 56 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1967.

C'est un ouvrage sur la gymnastique destiné à toucher un grand nombre de lecteurs. Le seul mérite de l'auteur, chevronné et pratiquant convaincu de la gymnastique et par hasard dessinateur, c'est d'avoir eu l'idée de réglementer la gymnastique par tableaux de dix leçons suivant les besoins ou les déformations. On pourra critiquer à perte de vue le principe "style recette de cuisine"; cependant, comme toute

chose, cela présente des inconvénients, mais aussi des avantages. En général le kinésithérapeute se contente de faire exécuter dix ou vingt séances de gymnastique à son client; mais allez donc garder celui-ci pendant huit ou dix ans avec les mêmes exercices. C'est justement ce que l'auteur a réussi à obtenir avec son système, n'est-ce pas la meilleure preuve d'intérêt ?

Dans la table des matières nous trouvons:

— la *Préface* du Pr. J. N. Muller, chirurgien orthopédiste,

— une *Introduction* qui explique et résume,

— un *Historique* qui "remet les pieds sur terre" avec un *tableau chronologique*.

— un *Examen* des sujets particulièrement simple et pratique (et qu'ainsi on ne néglige pas),

— une *Pédagogie* axée surtout sur les tableaux,

— des commentaires sur quatre points importants: les gymnastiques *respiratoire, abdominale, dorsale, pieds plats.*

— Font suite des explications sur les tableaux comprenant le plus souvent deux cents exercices chacun suivant un plan classique pour les gymnastiques:

Cypro-lordose, respiratoire, corrective, scoliose totale gauche, scoliose double courbure, hémithorax, amincissante, exercices de rééducation et d'entretien des algies de la colonne vertébrale, exercices de rééducation des fractures de la colonne vertébrale, athlétique, la gymnastique des organes du professeur Desbonnet, exercices de poulie-thérapie, postures manuelles Marcel Bienfait.

Manuel de physiologie — à l'usage des kinésithérapeutes et des professions paramédicales. Par M. BONNET et Y. MILLET. Préface de G. MORIN, Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille. — Un volume de 764 pages, avec 412 figures (17 x 25). Cartonné toile 92 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1967.

Ce manuel, nouveau venu après d'excellents ouvrages plus importants et publiés par d'éminents physiologistes, n'est toutefois pas superflu. Son intérêt actuel tient au fait qu'il est le *premier manuel de physiologie écrit pour les kinésithérapeutes,* en fonction de l'esprit et de la matière de leur programme d'études, et aussi de leur participation active, précieuse à la rééducation fonctionnelle.

Celle-ci s'appuie sur des notions de physiologie, variables et souvent complexes suivant l'appareil à rééduquer, et dont les éléments dispersés dans des ouvrages spécialisés n'avaient jamais été réunis.

Préfacé par le professeur G. Morin, qui en souligne le volume, la qualité d'illustration, certains caractères nouveaux de présentation, ce livre doit servir utilement la kinésithérapie, la rééducation, l'éducation physique et d'autres disciplines paramédicales.

Le chapitre I est un exposé sommaire de la *Physiologie générale de la cellule,* indispensable à connaître pour la compréhension de certains des phénomènes étudiés dans les chapitres suivants.

Le chapitre II traite du *Milieu intérieur.* Les données pratiques concernant les globules et le plasma (vitesse de sédimentation numération, formule, groupe sanguin, coagulation) . . . en sont clairement dégagées.

Le Système nerveux végétatif et *l'Endocrinologie* constituent les chapitres III et IV. On ne les trouve habituellement

La formule *originale* de la povidone-iode.
Purdue Frederick vous offre maintenant 7 préparations BETADINE composées conformément à la formule povidone-iode *originale:*

Chirurgical
BETADINE
Solution
BETADINE
Gelée Vaginale
BETADINE
Injection Vaginale
BETADINE
Shampooing
BETADINE
Vaporisation
BETADINE
Gargarisme/
Antiseptique Buccal
BETADINE

Renseignements détaillés sur demande.

THE PURDUE FREDERICK
COMPANY (CANADA) LTD.
TORONTO, ONTARIO

MEMBRE
ACFP

pas à cette place, mais il a paru préférable de grouper dès l'abord, en général, les systèmes de régulation utilisés ensuite sur un mode particulier par chaque fonction ou groupe de fonctions.

Au chapitre V, de la *Circulation,* la partie réservée à la circulation dans les vaisseaux a été plus développée que généralement, en raison de son importance dans la massothérapie.

La *Respiration,* chapitre VI, est un chapitre fort de l'ouvrage; l'étude de la mécanique respiratoire, si utile à la rééducation respiratoire, est richement traitée et illustrée.

Les *Fonctions de nutrition proprement dite* (Bioénergétique, rations alimentaires, digestion, absorption, métabolisme intermédiaire, rein) sont groupées dans les chapitres VII et VIII; leur développement, d'intérêt moindre ici tout en restant suffisant, est plus modeste.

Le *Système nerveux de relation* (chapitre IX) et le *Muscle* (chapitre X) sont traités au contraire dans l'orbitre de la rééducation, c'est-à-dire avec une attention particulière que mérite leur intérêt dans ce livre.

Le chapitre XI, sur la *Physiologie et la kinésithérapie,* a été conçu pour créer un chapitre homogène où se trouvent groupés pour la première fois la "Physiologie spéciale du mouvement", la "Physiologie de la peau" (étude physiologique toute nouvelle sous l'angle de l'entité), les "Conséquences des massages et mouvements". C'est une synthèse particulièrement intéressante pour le public visé.

Évolution et réalité pharmaceutiques. Par J. DARRÉ. — Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1967.

L'évolution en fonction de la réalité

L'évolution inquiète et à juste titre: elle peut paraître négative. Mais ne peut-elle pas permettre une revalorisation professionnelle si on la fait sienne et si l'on cherche à ouvrir l'esprit de nos contemporains et de nos dirigeants sur le vrai visage pharmaceutique et sa réalité profonde? *Que faut-il changer? Que fault-il garder? Par quels moyens? Vers quels buts? Médicament ou Marchandise?*

Vous intéressez-vous aux questions suivantes:

— la recherche pharmaceutique; C.A. moyen par officine; évolution du C.A. total de l'officine; la pharmacie minière; biologie; bénéfice ou honoraire? pharmacie et politique; économie et officine; officine, mutualité et Sécurité Sociale; la fabrication industrielle du médicament, etc . . .

Vous trouverez matière à réflexion et à information.

Étude de la morbidité et de la mortalité: tendances actuelles, par divers auteurs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1966 (**Cahiers de santé publique,** No 27), 209 pages. Prix: $2.75. Également publié en anglais et en espagnol.

Dans tout travail de planification ou de recherche intéressant la santé publique, il est essentiel, pour obtenir des renseignements valables, de disposer de bases statistiques satisfaisantes. Ignorer cette nécessité serait s'exposer à de grandes déconvenues. C'est dans l'étude de la mortalité que la statistique a trouvé ses premières applications médicales. Depuis lors, la structure de la morbidité dans les pays évolués s'est considérablement modifiée et, pour répondre à des besoins nouveaux, ces pays ont dû transformer profondément leurs services de statistique traditionnels. Par exemple, avec le recul des décès dus aux maladies transmissibles et l'augmentation rapide de la fréquence des maladies cardio-vasculaires et autres affections chroniques, la morbidité a, dans ces pays, remplacé la mortalité comme indice de choix pour l'étude de l'état sanitaire. La situation est différente dans les pays en voie de développement où les maladies transmissibles et les taux de mortalité restent d'importance primordiale. Cependant, il est certain que dans ces pays mêmes, la structure de la morbidité et les besoins médicaux correspondants vont se modifier et, en fait, se modifient déjà; on peut donc espérer que leurs services de statistique, encore embryonnaires mais en pleine expansion, pourront profiter de la précieuse expérience accumulée par les pays avancés.

Les dix articles présentés dans le volume qui paraît aujourd'hui sont dus à des spécialistes de la statistique sanitaire de différentes régions du monde; ils donnent un intéressant aperçu des méthodes couramment employées, tant par les pays avancés que par les pays en voie de développement, pour la collecte des statistiques de mortalité et de morbidité. On y trouve en particulier des considérations sur les problèmes à résoudre pour rendre les statistiques internationalement comparables et sur la nécessité de recherches internationales pour l'introduction de méthodes suffisamment uniformes dans tous les pays. Y sont également passées en revue des méthodes naguère considérées comme trop compliquées pour être susceptibles d'application universelle, par exemple l'évaluation des données rassemblées par les omnipraticiens. Parce qu'ils envisagent ces méthodes dans une perspective nouvelle, suggèrent des formules neuves et illustrent la nécessité d'améliorer les statistiques de morbidité et de mortalité, ces articles devraient être d'un grand intérêt pour tous ceux qui s'occupent de santé publique et de statistique médicale, et leur apporter d'utiles enseignements.

Nouveau traité de technique chirurgicale. Publié sous la direction des professeurs Jean PATEL et Lucien LÉGER. Tome IX. Paroi abdominale. Sutures digestives. Laparotomies, par Ph. DETRIE. — Un volume de 474 pages, 463 figures. Cartonné toile: 115 F. (par souscription 98 F). Masson et Cie, édit., Paris, 1967.

Le nouveau traité de technique chirurgicale dont commence avec la sortie des tomes IX et XIII, la publication, comprendra quinze tomes couvrant toute la chirurgie. Les auteurs ont tenu à ce que le chirurgien puisse y trouver la description très explicite des interventions usuellement pratiquées, les variantes techniques exceptionnelles figurant plus brièvement.

Texte et schémas s'éclairent réciproquement, et les figures ont été groupées et placées aussi souvent que possible en face du texte qu'elles illustrent. La qualité technique de l'iconographie a d'ailleurs été particulièrement développée, et une part importante est donnée aux dessins au lavis exécutés en cours d'intervention. En étant le plus complet possible, cet ensemble se présente ainsi comme un instrument de travail pratique, facile et rapide à consulter en cas de besoin.

Le tome IX, dû entièrement au docteur Philippe Détrie, débute par un exposé des soins pré et post-opératoires chez

Doux pour le malade / Energique contre la toux

TUSSIONEX®*

SUSPENSION COMPRIMÉS

Un des rares béchiques d'action prolongée ayant fait ses preuves sur le plan clinique[1-3]

Vous pouvez compter sur le TUSSIONEX pour enrayer la toux improductive durant les activités diurnes et pour supprimer "la toux nocturne gênante".[1,2] Une dose de ses complexes résineux uniques en leur genre procure 8 à 12 heures de protection avec un minimum de narcotique[1,2]—et le TUSSIONEX est reconnu pour son excellente tolérance par les malades de tout âge.

Quand la toux entrave l'efficacité normale ou nuit au rétablissement clinique, spécifiez TUSSIONEX.

FORMULE: Renferme par cuillerée à thé (5 cm³) ou par comprimé: 5 mg de dihydrocodéinone (avertissement: peut être cause d'accoutumance), 10 mg de phényltoloxamine et 42 mg de résine échangeuse de cations. *Prescription orale autorisée.* POSOLOGIE: Enfants—moins de 1 an ¼ de c. à thé q 12 h; 1-5 ans, ½ c. à thé q 12 h; plus de 5 ans, 1 c. à thé q 12 h. Adultes—1 c. à thé ou 1 comprimé q 8-12 h. EFFETS SECONDAIRES: Peuvent comprendre: légère constipation, nausées, prurit facial, somnolence.

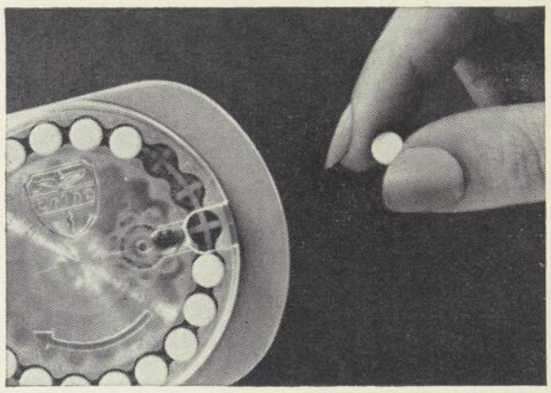
BIBLIOGRAPHIE: 1. Bickerman, H. A., in Modell, W.: Drugs of Choice 1966-1967, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1966, pp. 465, 472, 473. 2. Chan, Y. T., et Hays, E. E.: Am. J. M. Sc. 234:207, 1957. 3. Townsend, E. H., Jr.: New England J. Med. 258: 63, 1958. *Nom déposé

STRASENBURGH
R. J. STRASENBURGH CO. OF CANADA LTD., TORONTO

Une fillette de 16 mois a été amenée à l'hôpital avec une toux nocturne qui éveillait la famille et l'enfant elle-même deux ou trois fois la nuit depuis 21 jours malgré l'administration répétée d'un sirop pour la toux n'exigeant pas une ordonnance pour narcotiques. Elle a reçu 1 cuillerée à thé de déhydrocodéinone et phényltoloxamine complexées avec une résine (TUSSIONEX) *au coucher et "tous les symptômes ont disparu".*[3]



La Ménopause entraîne la carence de 2 hormones.



Ces comprimés les remplacent.

1 Fonction anticonceptionnelle.

En prescrivant les comprimés ORTHO-NOVUM 2mg — exceptionnellement bien tolérés — vous supprimez les possibilités de grossesse. L'action de ces comprimés est, pratiquement, efficace à 100 p.c.

2 Soulagement des symptômes.

Les comprimés ORTHO-NOVUM 2mg remplacent les deux hormones manquantes: progestérone et oestrogène. Ce faisant, ils soulagent les symptômes de la ménopause et empêchent tout déséquilibre hormonal.

3 Régularisation du flux menstruel.

L'ORTHO-NOVUM 2mg supprime les pertes de sang abondantes et irrégulières. Le dosage équilibré de progestérone et d'oestrogène régularise le cycle et minimise le flux menstruel.

Ortho-Novum* **2mg**

COMPRIMÉS noréthindrone AVEC mestranol

ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD.,
Don Mills, Ontario

Ortho

MEMBRE ACFP

*Marque déposée

Ortho-Novum® 2mg
COMPRIMÉS noréthindrone AVEC mestranol

COMPOSITION: L'ORTHO-NOVUM se compose de noréthindrone (17 alpha-éthinyl-17-hydroxy-4-oestren-3-one) et de mestranol (éther d'éthinyl-oestradiol-méthyl-3). Chaque comprimé d'ORTHO-NOVUM 2mg renferme 2mg de noréthindrone avec 0.10mg de mestranol.

DOSAGE ET PRISES: Pour le premier cycle, et celui-ci seulement, prendre un comprimé par jour, 20 jours de suite, à partir du 5e jour de la période menstruelle. A la fin de la série des comprimés d'ORTHO-NOVUM, cesser les prises pendant une semaine.

Se borner dès lors à prendre une série de comprimés avec arrêt d'une semaine à la fin de chaque série. Que les menstruations se produisent, se terminent, ou non, reprendre le traitement.

Si un saignement plus ou moins intense se manifeste pendant les prises, continuer celles-ci normalement. Il n'est pas nécessaire de doubler le dosage.

DURÉE DU TRAITEMENT: Tant que le médecin le jugera à propos.

PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS: Bien qu'aucune relation de cause à effet n'ait été établie entre l'absorption de composés de progestine et d'oestrogène, et l'apparition de troubles thrombo-phlébiques, il est conseillé d'exercer la plus grande prudence en prescrivant l'ORTHO-NOVUM à des patientes manifestant des troubles thrombo-emboliques ou ayant déjà souffert de thrombo-phlébite.

Les patientes ayant des antécédents de fibromes, épilepsie, migraines, asthme ou dépression nerveuse devront faire l'objet d'observations soigneuses. L'examen préalable au traitement devra inclure le test de Papanicolaou.

On évitera de prescrire l'ORTHO-NOVUM 2mg en cas de tumeurs malignes du sein ou des voies génitales, d'insuffisances ou d'affections hépatiques graves.

En présence de troubles cardiaques ou rénaux qu'une certaine rétention des liquides risquerait d'aggraver. Pendant la période d'allaitement.

PRÉSENTATION: Les comprimés d'ORTHO-NOVUM 2mg sont présentés en distributeur DIALPAK* contenant 20 comprimés, en flacons de 120 et de 500.

Renseignements détaillés sur demande.

*Marque déposée

Ortho

ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD.
Don Mills, Ontario

le malade abdominal, en insistant sur la préparation des opérés intestinaux et biliaires. Les procédés pratiques à connaître chez l'opéré sont détaillés: drainage, aspiration digestive, traitement des fistules, etc.

Toutes les techniques de cure des hernies et des éventrations de la paroi abdominale sont présentées. Un chapitre d'indications au lecteur de choisir en connaissance de cause le procédé adéquat.

Les sutures digestives sont l'objet d'un important chapitre étudiant successivement le matériel de suture, les conditions physiologiques de la suture, les différentes techniques (un plan ou plusieurs plans, points séparés ou surjets). Là encore une conclusion essaie d'établir une doctrine pratique. Les différents types d'anastomoses digestives complètent le chapitre, qui se termine sur un aperçu des anastomoses mécaniques de type russe.

Les principes, les techniques et les indications de toutes les laparotomies (médiane, transversale, etc.) avec leurs élargissements possibles, sont présentés, ainsi que la technique de la chirurgie à deux équipes et les principes des incisions esthétiques.

Les laparotomies pour traumatismes de l'abdomen, pour occlusion intestinale, pour péritonite, pour abcès sous-phrénique sont détaillées dans toutes leurs formes étiologiques.

Le volume se termine par un chapitre sur la chirurgie des épiploons.

Le tome XIII étudie deux grands chapitres: la chirurgie du Système Porte, et celle de la Rate.

La chirurgie du Système Porte constitue une acquisition relativement récente, mais en plein développement:

Il ne faudrait cependant pas croire pour autant que cette chirurgie soit réservée aux centres spécialisés. Tout opérateur s'est trouvé, ou se trouvera quelque jour, en face d'une de ces hémorragies digestives supérieures, dont on a appris à connaître qu'elles étaient très fréquemment d'origine hépato-splénique. Tout chirurgien peut être amené à opérer, en urgence, pareille hémorragie, conduit à pratiquer une ligature de varices œsophagiennes ou encore une déconnexion azygo-portale, voire une dérivation porto-cave.

Devant la découverte per-opératoire d'une distension vasculaire, de signes de stase et d'hypertension portale, toute splénectomie entreprise peut entraîner à l'exécution d'une dérivation spléno-rénale. C'est dire la banalité de cette technique.

La chirurgie de la Rate, elle, n'est pas neuve. Et ce n'est pas d'hier que l'on splénectomise pour des raisons diverses: les indications se multiplient; mais surtout la technique se simplifie tout en devenant plus osée. Elle est, actuellement, tout à fait au point. Les moindres petits détails, les astuces à retenir, les recettes à adopter, tout cela est retenu et mis en bonne place.

Cependant, la splénectomie n'est pas la seule intervention qui porte sur la rate. La ligature ischémiante du tronc de l'artère splénique perd de plus en plus de terrain; mais la transposition thoracique de la rate en gagne.

Soucieux du caractère pratique de l'ouvrage et dans le but d'aider aussi bien l'opérateur néophyte que le chirurgien confirmé, mais isolé, les auteurs n'ont pas hésité à indiquer

le fabricant de tel instrument original, indispensable ou simplement commode, et aussi le distributeur de tel film technique qui constitue le complément d'un chapitre, sans omettre, bien entendu, un rappel bibliographique bref et comportant les références essentielles aisément accessibles.

Les auteurs se sont attachés, d'autre part, à côté de la description technique proprement dite, illustrée aussi généreusement que nécessaire à une bonne compréhension, à étudier brièvement le détail anatomique ou physiopathologique indispensable, le rappel sommaire des indications, la conduite à tenir devant certaines complications particulières à telle ou telle intervention.

Ce tome s'adresse donc à tous ceux qui désirent se tenir au courant des tendances de la chirurgie et faire bénéficier leurs malades de ses progrès.

L'utilisation des ressources des services de santé pour l'enseignement de la médecine. Seizième rapport du Comité OMS d'experts de la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire. **Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques,** 1967, No 355; 37 pages. Prix: $1.00. Publié également en anglais et en espagnol.

L'enseignement médical moderne met de plus en plus l'accent sur les aspects sociaux et collectifs des soins médicaux. Le médecin est responsable non seulement de la santé des individus, mais encore de celle de la collectivité tout entière. Il a donc besoin de posséder une connaissance approfondie des nombreux facteurs soit familiaux, soit de milieu qui influent sur la santé. Toutefois, alors que l'enseignement actuel insiste sur ces aspects des soins médicaux, les étudiants en médecine acquièrent la plus grande partie de leur expérience pratique dans des hôpitaux universitaires. On fait peu appel à d'autres institutions ou services sanitaires qui pourraient se révéler de véritables "laboratoires" de médecine sociale.

Dans son seizième rapport, le Comité OMS d'experts de la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire étudie les services sanitaires collectifs représentatifs du cadre dans lequel les futurs médecins travailleront, ainsi que les moyens d'inciter les écoles de médecine à utiliser ces services à des fins pédagogiques.

Après avoir brièvement examiné les objectifs de l'enseignement médical en fonction du rôle du médecin dans la collectivité, le rapport passe en revue les lacunes de la formation hospitalière à cet égard. Elles sont attribuées d'une part au caractère hautement spécialisé du travail dans beaucoup d'hôpitaux universitairees, d'autre part à l'attention exagérée accordée à l'individu au détriment de la santé publique et de la médecine préventive.

Les changements qui pourraient être apportés à l'enseignement hospitalier sont rapidement indiqués, puis on aborde la question de la formation extra-hospitalière. Les possibilités qu'offrent les soins à domicile, les centres de traitement ambulatoire et les centres de santé enseignants sont étudiées de façon assez détaillée. Le centre de santé idéal, est-il noté, doit s'occuper de la prévention à l'échelon de la collectivité, des soins médicaux à dispenser aux malades, dans ses locaux et à domicile, enfin des services de réadaptation en liaison avec les institutions sociales de la collectivité. L'intérêt que présentent les zones de formation pratique et les services régionalisés est également souligné.

La dernière partie du rapport précise les caractéristiques d'un enseignement médical axé sur la collectivité et les sujets qui, dans cette optique, devraient être inscrits au programme des écoles de médecine. L'attention est appelée sur les responsabilités de l'ensemble du corps professoral et, plus particulièrement, sur les questions d'eneignement et de recrutement qui se posent dans les départements de médecine sociale et préventive. Enfin, une brève discussion est consacrée aux dispositions administratives requises pour organiser la formation des étudiants dans des institutions extra-hospitalières.

Le rôle des services de santé publique dans les programmes de logement, par divers auteurs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1967 (**Cahiers de Santé publique,** no 25), 214 pages. Prix: $2.75. Également publié en anglais.

Selon un Comité d'experts de l'OMS qui s'est réuni en 1961, il faut aujourd'hui entendre par habitat, non seulement le bâtiment dans lequel l'homme s'abrite, mais encore ce qui entoure ce bâtiment et notamment tous les services, installations et dispositifs dont l'existence est nécessaire ou souhaitable pour assurer l'hygiène physique et mentale ainsi que le bien-être social de la famille et de l'individu. Pour créer un habitat répondant vraiment aux besoins de l'homme, il ne suffit donc pas de résoudre des problèmes architecturaux, techniques, économiques et financiers; il faut aussi tenir compte des traditions sociales et culturelles de la population, de considérations d'ordre politique, de ce que nous apprennent les sciences du comportement, et des exigences de la santé publique, lesquelles sont inextricablement liées à tous les facteurs énumérés précédemment. Il est inutile de souligner l'importance que présente l'habitat de nos jours, alors que l'explosion démographique et l'exode sans cesse croissant des populations rurales vers les villes posent d'énormes problèmes dans les grandes agglomérations du monde entier. Il est également inutile de souligner l'importance du rôle qui incombe aux services de santé publique dans ce domaine; pour ces services, comme pour les services de l'urbanisme et du logement, la principale difficulté ne consiste pas tant à persuader la population des avantages offerts par un habitat salubre qu'à faire en sorte qu'il soit tenu compte dans tous les programmes de logement des principes établis en matière de santé publique.

Le No 25 des *Cahiers de Santé publique* groupe plusieurs études dues à des spécialistes de Ceylan, de Pologne, des États-Unis d'Amérique et d'URSS. Elles ont trait aux principes fondamentaux de l'hygiène de l'habitat, au rôle des services de santé publique dans le domaine de l'habitat, à l'élaboration des programmes de logement du point de vue de la santé publique, à la participation de la collectivité aux programmes de logement et d'hygiène du milieu, et aux problèmes économiques et financiers que posent les programmes de logement. Comme les auteurs appartiennent à des pays très différents et s'inspirent, chacun, des idées nationales sur le rôle incombant aux services de santé publique dans le domaine de l'habitat, le volume fournit une précieuse vue d'ensemble des diverses conceptions qui existent à cet égard. Les nom-



Quand l'appétit est une force à laquelle votre malade ne peut résister...

il faut lui opposer une force puissante. Pour freiner l'appétit, soulager la dépression, encourager l'activité physique, les médecins savent qu'ils peuvent compter sur la

BIPHETAMINE*

(Complexes résineux de d- et dl-Amphétamine)

Les médecins prescrivent la BIPHÉTAMINE depuis 1955.

- La BIPHÉTAMINE fournit une activité anorexique et une stimulation psycho-motrice
- La BIPHÉTAMINE est mieux tolérée que les sels ordinaires d'amphétamine,[1,2] parce qu'elle fournit de la d- et de la l-amphétamine en proportions optimales, sous forme de complexes résineux
- La BIPHÉTAMINE assure une activité égale soutenue pendant 10 à 14 heures avec une seule dose[2,3]—grâce au dégagement 'Strasionique' contrôlé chimiquement
- La BIPHÉTAMINE se prend une seule fois par jour, ce qui aide les malades a suivre leur régime hypocalorique avec le minimum de risque de doses omises ou de perte de contrôle
- La BIPHÉTAMINE s'est avérée sûre et efficace pour les obèses hypertendus et angineux, diabétiques et enceintes.[1,4]

Informations supplémentaires fournies sur demande.

STRASENBURGH
R. J. STRASENBURGH CO. OF CANADA LTD., TORONTO

Présentée en trois forces...

BIPHÉTAMINE '7½' • '12½' • '20'

Chaque capsule blanche de BIPHÉTAMINE '7½' est titrée à 3.75 mg chacune de d- et de dl-amphétamine; la BIPHÉTAMINE '12½' (capsules noir et blanc) à 6.25 mg chacune; la BIPHÉTAMINE '20' (capsules noires) à 10 mg chacune—dans chaque cas sous forme de complexes de résines de polystyrène sulfoné échangeuses de cations.

DOSE: 1 capsule par jour 10 à 14 heures avant le coucher. EFFETS SECONDAIRES: Parfois, sécheresse de la bouche, insomnie, ou autres signes de stimulation du système nerveux central. PRECAUTION: User de prudence chez les malades hypersensibles aux sympathicomimétiques, fortement hypertendus, souffrant de maladie coronarienne ou présentant des irrégularités cardiaques.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Cohen, B. M.: *M. Times* 90:1087, 1962. 2. Freed, S. C., Keating, J. W., et Hays, E. E.: *Ann. Int. Med.* 44:1136, 1956. 3. Cass, L. J.: *Ibid.* 51:1295, 1959. 4. Reich, W. J., Nechtow, M. J., Reich, J. B., et Alibaz, A.: *Clin. Med.* 69:695, 1962. *Nom déposé

breux organismes et administrations qui s'occupent de l'habitat pourront sans doute y puiser d'utiles enseignements.

Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail, cinquième rapport. **Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques,** 1967, no 354; 20 pages. Prix: $0.60. Publié également en anglais et en espagnol.

De bonnes conditions de travail sont un élément important du développement économique et social d'un pays. Il est donc nécessaire d'accorder à la médecine du travail la place qu'elle mérite dans le cadre des programmes nationaux d'industrialisation. Le rapport est principalement axé sur la situation existant dans les pays en voie de développement et s'ouvre par une revue des ressources existantes pour la protection de la santé des travailleurs.

Cet examen révèle que ces ressources varient énormément d'un pays à l'autre, et, à l'intérieur d'un même pays, d'une industrie à l'autre. Cependant, elles sont en général très insuffisantes, et le plus souvent mal utilisées faute de planification et de coordination. Si les grandes entreprises ont dans certains cas pu mettre sur pied des services médicaux complets, rien n'existe pour les travailleurs des entreprises artisanales, qui emploient la grande majorité de la main-d'œuvre industrielle dans les pays en voie de développement. Très peu de pays possèdent un système de sécurité sociale couvrant les ouvriers agricoles. Il arrive même fréquemment que les employés de l'État ne soient pas protégés par une législation sur la médecine du travail.

Le rapport passe brièvement en revue quelques problèmes de médecine du travail propres aux pays en voie de développement, et examine les caractéristiques et les fonctions des services qu'il faudrait constituer. Les visites médicales d'embauche, qui constituent dans ces pays un des moyens de dépistage les plus efficaces, apparaissent d'une importance fondamentale. Le rapport donne quelques directives susceptibles de guider l'organisation des services de médecine du travail, tout en soulignant qu'il incombe à chaque pays de choisir les méthodes qui apparaissent les mieux adaptées à ses ressources et à ses besoins. Il est donc essentiel, en premier lieu, d'inventorier les disponibilités actuelles. Une mesure préparatoire également importante incombe aux pouvoirs publics: c'est la promulgation des textes législatifs nécessaires. Le succès des services de médecine du travail dépend aussi de la collaboration active des travailleurs, des employeurs, et des autorités nationales, régionales ou locales intéressées. Pour y parvenir, il est nécessaire de constituer un service d'information bien organisé et il est souhaitable de faire participer les représentants des ouvriers à la gestion des services.

Le Comité examine encore la formation du personnel à recruter pour le programme et conclut à la nécessité de créer le plus rapidement possible des laboratoires d'analyses biologiques. Il souligne enfin l'intérêt d'établir des instituts de sécurité du travail susceptibles d'entreprendre des recherches sur les dispositifs et les équipements de protection.

Normes d'identité et de pureté et évaluation toxicologique des additifs alimentaires: Divers antimicrobiens, antioxydants, émulsifiants, stabilisants, agents de traitement des farines, acides et bases. Neuvième rapport du Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires. **Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques,** 1966, no 339; 23 pages. Prix: $0.60 Également publié en anglas et en espagnol.

Depuis plus de dix ans, le Comité mixte FAO/OMS d'expert des additifs alimentaires élabore des normes pour les additifs alimentaires importants et évalue des données biologiques relatives à leurs effets. En outre, depuis 1963, il collabore avec la commission du Codex Alimentarius — organisme international composé de représentants d'États — en vue d'assurer une entente entre gouvernements sur l'acceptabilité et l'utilisation des additifs alimentaires de manière à protéger la santé des consommateurs et à faciliter le commerce international.

A la réunion sur laquelle porte le neuvième rapport, le Comité mixte a examiné un certain nombre d'antimicrobiens, d'antioxydants, d'émulsifiants, de stabilisants et d'agents de traitement des farines dont il ne s'était pas occupé antérieurement. Il a, d'autre part, revu, compte tenu des données biologiques et chimiques récentes, des normes et des évaluations toxicologiques déjà publiées.

Quantité d'études sur les effets biologiques des additifs alimentaires ont paru au cours des dernières années, mais le Comité se trouve handicapé dans ses travaux parce que beaucoup de chercheurs spécialisés ne publient pas les résultats de leurs expérimentations. Il est souligné dans le rapport que le Comité mixte ne saurait prendre en considération des mémoires confidentiels et qu'il ne peut se servir que dans des cas exceptionnels de données non publiées.

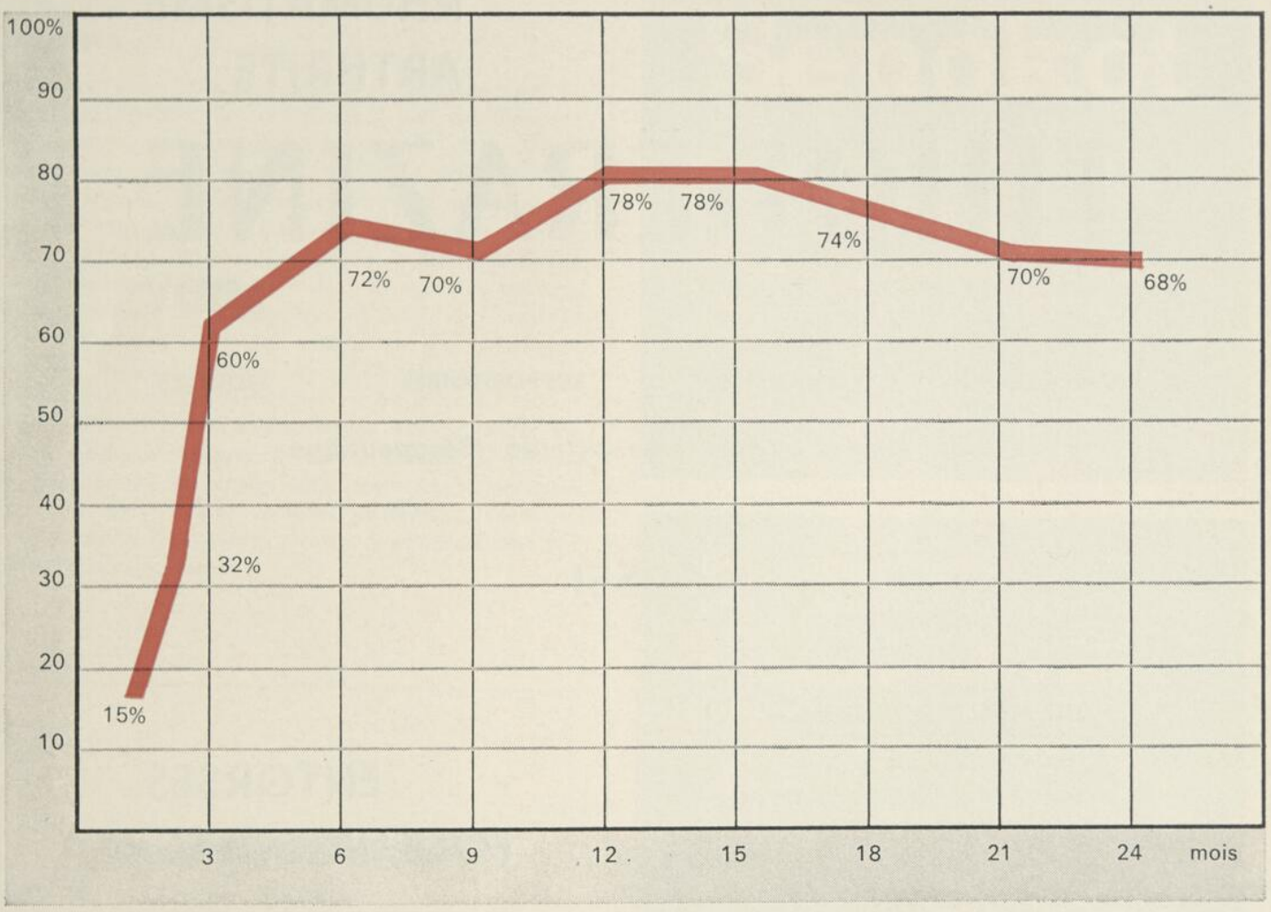
Les normes établies et les évaluations toxicologiques effectuées par le Comité feront l'objet de monographies qui paraîtront ultérieurement. Cependant, le rapport expose les principales considérations sur lesquelles se sont fondées les décisions prises touchant les divers additifs en cause et contient, en annexe, des tableaux indiquent les chiffres recommandés par le Comité en ce qui concerne les doses quotidiennes admissibles pour l'homme de divers antimicrobiens, antioxydants, acides et bases et les taux de traitement admissibles pour divers agents de traitement des farines.

Immunothérapie du cancer. Rapport d'un Groupe scientifique de l'OMS. **Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques,** 1966, no 344, 41 pages. Prix: $0.60. Publié également en anglais et en espagnol.

Ce rapport examine le rôle des facteurs immunitaires dans la résistance au cancer et la possibilité de prévenir ou de traiter cette maladie par des méthodes immunologiques. Les investigations sur les antigènes spécifiques du cancer humain souffrent du manque de modèles expérimentaux satisfaisants, sauf dans les cas d'autotransplantation (et, en théorie, d'isotransplantation entre jumeaux identiques).

L'utilisation de souches animales consanguines a prouvé qu'il existe des antigènes spécifiques de tumeurs dans la plupart des tumeurs animales et que des mécanismes immunologiques sont aptes à entraver la croissance tumorale. Mais les techniques sérologiques qui se sont révélées si fructueuses pour l'analyse antigénique des tumeurs animales d'origine virale n'ont pu être mises au point que dans la mesure où des virus oncogènes étaient connus et disponibles. Tant qu'aucun agent étiologique de ce genre n'aura été

Persantine



Traitement à long terme de l'insuffisance coronarienne

Deux cents malades souffrant d'angine de poitrine furent traités à la Persantine durant 2 ans ou plus. On évalua leur état à tous les trois mois.

Résultats :

"... environ 70% des malades bénéficièrent d'un traitement à long terme au dipyridamole oral ..." "Chez ces malades, l'amélioration se maintient habituellement au degré obtenu après six mois de traitement."

(Griep, A. H.: An Approach to Long-Term Therapy of Ischemic Heart Disease, Vasc. Dis. 1 :229, 1964).

Persantine 2,6 bis di(2-hydroxyéthyl)amino-4,8-bis (1-pipéridyl) pyrimido-(5,4-d)-pyrimidine.
Dragées à 25 mg.

Posologie 50 mg (2 dragées) trois fois par jour, prises au moins une heure avant les repas.

Réactions secondaires De temps à autre une céphalée peut se produire au début du traitement. On a signalé, bien que rarement, de l'irritation gastrique, réaction qu'on peut éviter en prenant les dragées avec un verre de lait.

Contre-indications Aucune contre-indication spécifique n'est connue.

Guide thérapeutique complet sur demande.

BOEHRINGER INGELHEIM

Produits Boehringer Ingelheim
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.

B5234F-66

TRAITEMENT DE BASE

RHUMATISME
ARTHRITE

THIODĒRAZINE

MIDY

AMPOULES • COMPRIMÉS • SUPPOSITOIRES • GOUTTES

bien tolérée - excellente activité thérapeutique

AUSSI

TRAITEMENT D'URGENCE

ENTORSES
FOULURES, ETC.

THIODACAÏNE

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS DISPONIBLES SUR DEMANDE

LYSTER CHEMICALS Ltée

1760, côte Vertu - - - Montréal-9, Québec

identifié pour un cancer humain, l'analyse sérologique devra se fonder sur des comparaisons entre cellules normales et néoplasiques pour déceler les différences de composition antigénique qui ne peuvent être attribuées à d'autres causes que l'état néoplasique. Une difficulté majeure à cet égard tient aux variations considérables des caractéristiques antigéniques selon les individus et selon les tissus normaux, ainsi qu'à la présence d'autres antigènes correspondant à des contaminants microbiens non identifiés. De plus, lorsque de telles méthodes mettent en évidence des antigènes tumoraux spécifiques, rien ne garantit que ceux-ci puissent déclencher des réponses immunitaires capables d'inhiber la croissance des cellules tumorales.

Néanmoins, aussi difficiles que soient les recherches et bien que l'exploration de ce domaine soit relativement récente, certaines observations permettent de croire qu'au moins quelques cancers humains possèdent des antigènes spécifiques; la voie est largement ouverte à de nouvelles études. Dans son rapport, le groupe fait un examen général de la biologie de la réponse immunitaire et des mécanismes immunologiques qui interviennent dans le rejet des tumeurs antigéniques animales. Il examine les possibilités de l'immunothérapie sous quatre rubriques: stimulation non spécifique, immunisation active, utilisation de sérum et utilisation de cellules. Il conclut que les recherches sur les méthodes immunologiques méritent d'être poursuivies en vue de mettre au point une meilleure thérapie du cancer humain; il recommande d'encourager les études expérimentales et, lorsqu'il y a lieu, les investigations cliniques concernant l'immunologie des tumeurs en général et plus particulièrement les procédés immunothérapiques.

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

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

"Dans cette étude, le concentré titré de séné s'avéra efficace dans le traitement de la constipation provoquée ou aggravée par des médicaments".[1]

GRANULES

Senokot

dans la constipation provoquée par des médicaments

1—Rider, J.A., Moeller, H.C.: Clin. Med. vol. 72, pp. 1645 à 1650 (oct.) 1965

Composition: 1 cuillerée à thé contient en moyenne l'équivalent de 326 mg d'un concentré titré de séné. **Posologie et mode d'emploi:** (de préférence au coucher) Adultes —1 cuillerée à thé rase par jour, au maximum 2 cuillerées à thé rases b.i.d., prises avec un verre d'eau ou une autre boisson. Enfants au-dessus de 60 livres—la moitié de la posologie pour adultes. **Contre-indication:** Dans les affections abdominales aiguës. **Présentation:** Boîtes de 2, 4 et 8 onces. **Autres présentations:** Comprimés et suppositoires Senokot. De plus amples renseignements dans le Vademecum ou sur demande.

MEMBRE ACFP

THE
PURDUE FREDERICK
COMPANY (CANADA) LTD.
TORONTO, ONTARIO

L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1898

Octobre 1898

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES

Séance du 29 septembre 1898

NOTE SUR UNE TUMEUR DE L'OVAIRE

M. A. Marien,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon collègue le docteur Merrill et au mien, l'observation d'une malade que nous avons opérée, samedi dernier, pour un kyste proligère de l'ovaire.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, je m'empresse de vous dire qu'il s'agissait d'un cas des plus faciles et des plus banaux.

L'opération fut très simple et je vous ferai grâce de sa description.

Cette observation nous a paru intéressante à quelques points de vue de la symptomatologie et du diagnostic clinique et c'est pourquoi nous vous en faisons part.

La malade est une jeune femme de 45 ans. Comme antécédents héréditaires, nous apprenons que le père vit encore, mais que la mère est morte à 40 ans, d'une maladie de la matrice, ayant évolué très lentement. Sur cinq sœurs, une est morte à 27 ans de consomption. Une tante maternelle est morte à l'âge de 60 ans d'un cancer du nez généralisé à toute la face. Comme antécédents personnels, rien de bien intéressant à noter. Réglée à 12 ans, elle s'est mariée à l'âge de 19 ans; elle a eu sept enfants dont deux sont morts, le dernier il y a trois ans, quelques jours après son dernier accouchement; depuis lors pas de nouvelles grossesses.

Depuis trois mois environ, nous attirons votre attention sur ce point, la malade a commencé à souffrir du ventre et, depuis deux mois seulement, elle s'est aperçu qu'elle avait une grossesse.

Son état général s'est profondément modifié; elle a maigri sensiblement, elle est essoufflée à la marche et au moindre travail. Elle ressent une grande faiblesse et son moral est péniblement impressionné.

A l'examen de la malade, voici ce que nous constatons: par l'inspection, il est aisé de se rendre compte que la cavité abdominale anormalement développée, est occupée par une tumeur qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui, s'étalant surtout du côté droit, remplit tout le flanc droit.

Cette tumeur est bosselée, irrégulière; elle semble bien venir du bassin et sourdre de dessous le pubis. A la palpation, l'on constate qu'elle est mobile mais douloureuse. Sa surface est multilobée; elle offre une consistance inégale, plutôt fluctuante en certains points, dans sa partie supérieure, par exemple; elle devient beaucoup plus ferme en d'autres points, surtout dans sa portion sous-pubienne.

Lorsqu'on percute, sa matité est absolue et l'on soupçonne un peu d'épanchement péritonéal, car les parties déclives autour de la tumeur offrent de la submatité. Au toucher vaginal, l'on trouve les culs-de-sac libres; l'utérus, refoulé en bas, est situé dans une rétroposition. Il est nettement indépendant de la tumeur et à l'hystérométrie, l'on trouve une cavité utérine normale.

En présence de ces symptômes, il semble bien évident que l'on ne peut pas penser à autre chose qu'à une tumeur kystique; mais quelle est la nature de cette tumeur: est-ce tout simplement un kyste proligère bénin ou un épithélioma kystique de l'ovaire ?

C'est précisément à ce point de vue là que nous désirons attirer votre attention sur quelques-uns des caractères atypiques de notre observation. Par exemple, l'existence de l'ascite, l'évolution très rapide de la maladie, les irrégularités de consistance, la surface irrégulière et bosselée du néoplasme, la sensibilité à la pression, l'histoire de famille constituant un tableau clinique qui laisse supposer ou du moins qui doit faire soupçonner la nature maligne de la tumeur.

Nous trouvons, réunis chez notre malade, tous ces caractères cliniques que nous venons d'examiner, en plus un état cachectique très évident; cependant comme nous l'avons dit, au commencement de cette note, il s'agissait tout simplement d'un kyste multiloculaire bénin de l'ovaire, contenant tantôt dans une poche un liquide citrin, tantôt dans une autre une substance gélatiniforme.

Un autre fait banal mais tout de même bizarre, c'est que la tumeur, qui s'était nettement développée dans le côté droit, était dépendante de l'ovaire gauche.

M. Harwood. — Je ne crois pas que la marche des symptômes dans le cas de kyste de l'ovaire que M. Marien vient de nous rapporter nous autorise à qualifier ce cas d'atypique. Le développement rapide d'une tumeur, comme symptôme pris isolément, n'a qu'une valeur relative en gynécologie, attendu que la plupart de nos malades s'observent très mal et ne peuvent pas nous fournir des renseignements précis. Souvent aussi une tumeur à pédicule long est aisément mobile et peut se déplacer considérablement dans l'abdomen. Dans ce cas-ci, la distension du côlon par des gaz pouvait suffire à causer le déplacement.

M. Marien. — Je remercie mon collègue et ami de sa judicieuse critique et j'apprécie beaucoup les observations savantes qu'il vient de me faire mais je le prie de vouloir bien remarquer que je ne rapporte pas cette observation comme une rareté scientifique, mais comme l'un de ces nombreux cas dans lesquels il ne faut pas trop se fier aux données fournies par la clinique, accepter avec réserve les renseignements donnés par les malades et où l'on peut trouver dans un coin du ventre un néoplasme développé aux dépens d'un organe situé du côté opposé.

M. Mercier. — J'aurais, messieurs, à propos de cette observation si intéressante de M. Marien, à vous dire quelques mots d'un cas à peu près semblable que j'ai opéré dernièrement. C'est celui d'une Delle *** âgée de 39 ans, à laquelle j'ai enlevé la semaine dernière un kyste de l'ovaire gauche.

A l'examen, j'avais déjà pu constater assez exactement que l'utérus refoulé tout à fait en avant était rejeté à droite, serré entre la branche du pubis et la tumeur que je sentais à gauche. Au toucher, en mettant le bout de mon index dans le col utérin allongé et hypertrophié et en faisant mouvoir à l'aide de mon autre main, pardessus la paroi abdominale, ce que je croyais être l'utérus, il m'était facile de constater que le col utérin et ce corps mobile rejeté en avant et à gauche était sûrement l'utérus lui-même. De plus, je sentais le cul-de-sac de Douglas absolument rempli par une tumeur lisse, rénitente, que je reconnus avec certitude comme étant une tumeur liquide; mais ce qui venait compliquer mon diagnostic, c'est qu'au palper, entre l'utérus et le kyste, je pouvais sentir une autre tumeur un peu plus grosse que le poing, de la densité d'un

fibrome, et ne faisant pas corps avec l'utérus. Le fait est qu'il me fut impossible de préciser exactement la nature de cette tumeur médiane. La malade que j'avais examinée en mai dernier n'offrait pas alors les caractères pathologiques ci-haut mentionnés; ses tumeurs étaient moitié moins grosses. Je lui avais alors de suite proposé l'opération, mais pour des raisons à elle particulières, elle avait préféré attendre jusqu'à la fin de septembre.

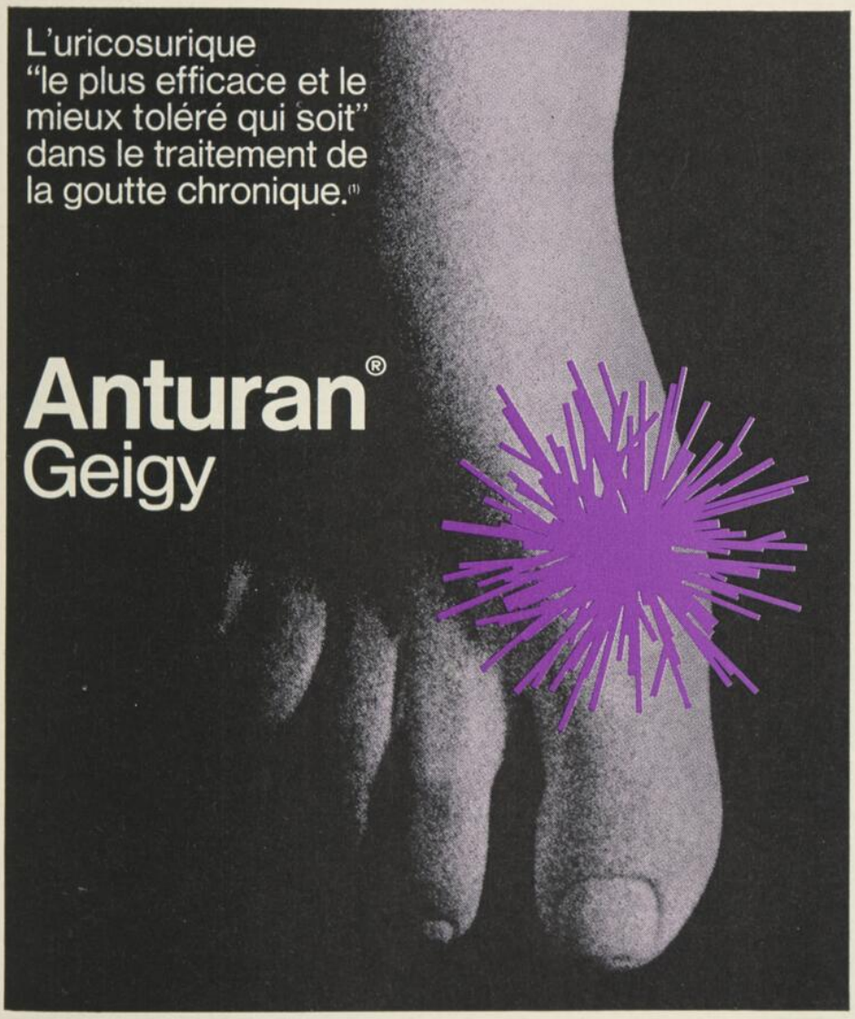
Je pratiquai l'opération à l'Hôpital Notre-Dame. Le ventre étant suffisamment ouvert pour y passer la main, une exploration rapide me démontra que j'avais affaire à plus d'une tumeur indépendante de l'utérus qui était bien en effet rejeté à droite et tout à fait en avant.

Je plantai le trocart dans la petite tumeur médiane, mais il n'en sortit qu'une petite quantité de liquide, son contenu étant plutôt une multitude de petits kystes, tous adhérents les uns aux autres. Voyant l'impossibilité de vider ce kyste, j'agrandis mon incision et réussis facilement à l'énucléer en masse. Je constatai alors que ce kyste folliculaire était bien un kyste de l'ovaire gauche; la trompe était même un peu enflammée. J'embrassai, et le pédicule court de ma tumeur et la trompe elle-même dans une même ligature double et j'excisai le tout. La plus petite tumeur et la plus superficielle était enlevée, mais il restait encore la plus volumineuse. Elle remplissait entièrement tout le petit bassin et était appuyée directement sur toute la concavité du sacrum.

Croyant avoir affaire à un kyste de même nature que l'autre, après m'être assuré qu'il n'avait aucune adhérence, j'essayai de l'extraire en masse, mais cela me fut absolument impossible. J'enfonçai alors le trocart à travers sa paroi, non pas que je croyais le vider entièrement, mais espérant l'amoindrir assez pour lui permettre de passer. A ma grande joie, il se vida d'un seul trait, en laissant une poche kystique vide avec pédicule large mais assez long pour pouvoir faire facilement une ligature double croisée et implantée sur l'extrémité externe du ligament large gauche. Ce second kyste était donc une tumeur kystique hyaline gauche et parovarienne, ou du ligament large.

J'avais donc eu affaire à deux kystes parfaitement distincts l'un de l'autre et prenant origine tous deux à gauche, dont l'un véritable kyste folliculaire de l'ovaire gauche et l'autre kyste hyalin parovarien gauche.

La malade a guéri sans aucune réaction et à la quatorzième journée elle a pu quitter l'hôpital en aussi bonne santé que possible.



(1) Kuzell, W.C. et col., Geriatrics Vol. 19, pp 894-909, déc. 1964.

Posologie *Dose habituelle:* 200 à 400 mg par jour (1 ou 2 dragées à 200 mg ou 2 à 4 comprimés à 100 mg). *Cas spéciaux:* jusqu'à 800 mg par jour au besoin. *Dose d'entretien:* de 100 à 200 mg par jour. *N.B.* Continuer le traitement sans interruption et indéfiniment même au cours des crises aiguës que l'on peut traiter soit à la Butazolidine, soit à la colchicine. Si l'on remplace un autre uricosurique par l'Anturan, l'on doit prescrire la posologie complète. ☐ **Contre-indications** L'ulcère peptique en activité. ☐ **Réactions secondaires** Elles sont rares: malaises gastriques légers; éruption cutanée transitoire. ☐ **Précautions d'emploi** Au début du traitement, il convient de prescrire une abondante ingestion de liquides et d'alcaliniser les urines afin de prévenir la formation de calculs, surtout chez les malades souffrant d'affection rénale. La prudence s'impose chez les malades qui ont déjà souffert d'ulcère peptique actuellement cicatrisé. *N.B.* L'Anturan peut potentialiser les effets des anticoagulants. Les dérivés salicylés ont une action opposée à celle de l'Anturan. ☐ **Présentation** Anturan (marque de sulfinpyrazone): comprimés blancs, rainés, à 100 mg; dragées rouges à 200 mg. ☐ Renseignements complets sur demande.

Produits Pharmaceutiques Geigy • Division de Geigy (Canada) Limited • Montréal 9, Qué. G-2030F

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

BOURSE CIBA

La Compagnie CIBA invite les médecins s'intéressant à la Bourse CIBA de Recherches en Médecine à faire une demande pour l'année 1968.

Conditions d'admission — La bourse CIBA sera octroyée sur candidature à un diplômé d'une école de médecine reconnue à la condition que le boursier élu s'engage à consacrer une année complète à la recherche médicale, fondamentale ou clinique, au Canada.

Applicable — Du 1er juillet 1968 au 30 juin 1969.

Date limite — Les candidatures doivent être posées avant le 15 octobre 1967.

Montant octroyé — $5,000.00. Une somme additionnelle de $500.00 sera versée au département dans lequel le boursier travaillera et une deuxième somme de $500.00 pourra être accordée pour frais de voyage aux congrès médicaux, achat de manuels, etc.

Formules de demande — Les formules de demande et les règlements détaillés concernant l'octroi de cette bourse sont à la disposition des candidats au bureau du doyen de toutes les écoles de médecine, au bureau du directeur médical des hôpitaux affichant cet avis ou chez l'administrateur de la bourse, docteur C. Walter Murphy, CIBA Compagnie Limitée.

BOURSES "LEDERLE"

On annonce que vingt-quatre étudiants inscrits dans douze écoles de médecine canadiennes ont bénéficié de bourses qui leur ont été octroyées par la Lederle Drug Division de Cyanamid of Canada Limited. Le montant total versé à ce titre a atteint près de $17,000.

Ces bourses, de sept cents dollars chacune, sont accordées tous les ans aux étudiants qui vont faire leur internat. Les futurs boursiers sont sélectionnés par l'école de médecine qu'ils fréquent et les allocations versées sont destinées à leur permettre de réaliser un travail spécial de recherche sous la direction d'un professeur.

1967 marque la quatorzième année d'aide de ce genre que Lederle a apportée aux étudiants en médecine canadiens.

Les bénéficiaires de cette année sont les suivants: Université de Colombie-Britannique: MM. Donald McRitchie et Robert Offer; Université de l'Alberta: MM. R. G. Chaytors et D. Serata; Université de Dalhousie: MM. Robert Baillie et David Vinegar; Université Laval: MM. J. Imbeault et P. Lavoie; Université du Manitoba: MM. G. Rodin et G. Harding; Université McGill: MM. F. E. Cashman et H. Zukerman; Université de Montréal: MM. L. Pilon et J.-L. Malo; Université d'Ottawa: Mlle Sheila Carlyle et M. P. Drouin; Université Queen's: MM. J. M. D. Holmes et J. H. Tait; Université de la Saskatchewan: MM. M. L. Johnson et H. B. Biem; Université de Toronto: MM. B. Mutter et R. I. L. Sutherland; Université Western Ontario: Mlle Denise Antoni et M. R. Robins.

NEFROLAN (PR)

Clorexolone

Diurétique et hypotenseur oral

Indications. Œdèmes divers — Insuffisance cardiaque — Hypertension (employé seul ou avec d'autres hypotenseurs).

Effets secondaires et contre-indications. Les seules réactions secondaires relativement fréquentes sont: la nausée (plus rarement les vomissements) et l'anoxerie, particulièrement chez les malades ambulants. Des symptômes associés à l'hypotension ou à un taux faible de potassium sérique sont à prévoir lors de traitements aux hypotenseurs ou aux diurétiques utilisés séparément ou conjointement: ils ne sont pas spécifiques du Nefrolan. Jusqu'ici, le Nefrolan n'a manifesté aucun effet contraire sur le foie, les

Sommeil calme

médomine®

hypnotique/sédatif

Réveil agréable

La Médomine, marque d'heptabarbital, est disponible sous forme de comprimés à 200 mg.

Renseignements complets procurables de votre représentant médical Geigy; également publiés dans Vademecum International.

Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.

G-1919F

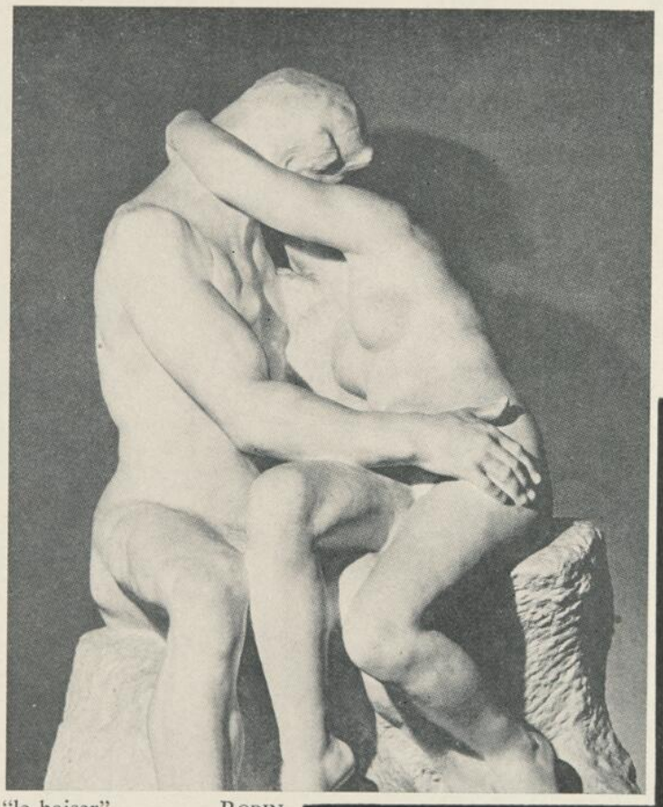
reins, les organes hématopoïétiques ou la glycémie. A doses diurétiques, quelques cas d'urticaire ont été signalés. Le Nefrolan peut provoquer une baisse du taux de potassium sérique et, dans de rares cas, une alcalose hypochlorémique et hypokaliémique pouvant aboutir à la tétanie. L'uricémie peut augmenter et déclencher une crise de goutte chez les sujets prédisposés. La perte de fluides organiques peut provoquer la soif, des mictions fréquentes, de la constipation et de la sécheresse buccale. Les contre-indications sont généralement les mêmes que pour les diurétiques à base de thiazide: insuffisance surrénale; troubles rénaux; maladie grave.

Précautions. Dans les cardiopathies, se rappeler qu'une hypokaliémie augmente la sensibilité du myocarde à la digitale. Si le débit urinaire est insuffisant, interrompre le traitement car il y a risque d'accumulation du médicament dans l'organisme. Employer le Nefrolan avec prudence chez les prédisposés à la goutte. Aucune étude clinique n'a prouvé que le traitement au Nefrolan pendant le premier trimestre de la grossesse provoque des anomalies fœtales; néanmoins, dans l'état actuel de nos connaissances, il est recommandé de ne pas l'administrer aux femmes en début de grossesse. Le Nefrolan a été très peu utilisé en pédiatrie; les renseignements dont nous disposons ne suffisent pas pour en recommander l'emploi chez les enfants.

Administration. Voie orale — dose unique ou en prises fractionnées. Déterminer posologie, fréquence et durée de l'administration en fonction des besoins du malade. Guide posologique pour adultes: *Oedèmes divers et insuffisance cardiaque*: 25 à 50 mg par jour, 1 jour sur 2, ou 3 jours consécutifs par semaine; dans de rares cas, la dose quotidienne pourra atteindre 100 mg. Traitement d'entretien: 10, 20 ou 25 mg par jour peuvent suffire. *Faible rétention d'eau* (comme dans syndrome prémenstruel): 10 mg par jour ou 25 mg trois fois par semaine. *Cirrhose du foie*: 25 à 75 mg, parfois jusqu'à 100 mg par jour pendant 3 à 4 jours. Toujours associer un supplément de potassium. *Hypertension*: le Nefrolan peut agir seul dans les cas bénins ou de gravité moyenne: commencer par une dose de 10 mg par jour et passer à 20 mg si l'effet n'est pas satisfaisant. Parfois 10 à 20 mg 1 jour sur 2 ou trois fois par semaine peuvent suffire. Au besoin, établir une posologie plus élevée ou associer d'autres hypotenseurs. *Traitement d'appoint*: a) *Supplément de potassium* — le Nefrolan peut provoquer une déplétion potassique. On suggère l'ingestion quotidienne de fruits riches en potassium. L'administration d'une supplément de potassium, de 1 à 3 g par jour est recommandée dans la cirrhose du foie — lorsqu'une préparation contenant de la digitale est également utilisée — au cours d'un traitement prolongé aux cortico-stéroïdes. Chez les malades soumis au Nefrolan pendant plus de 2 ou 3 semaines, vérifier fréquemment les taux de potassium, de chlorure et de bicarbonate sérique. Administrer des suppléments de potassium si nécessaire. b) *Spironolactone* — l'associer au Nefrolan si la proportion de chlorure de sodium urinaire est faible et qu'on a des raisons de soupçonner de l'aldostéronisme.

Présentation. Comprimés à 10 et 25 mg, flacons de 50 et de 500.

(Poulenc Frères)



"le baiser" RODIN

Soulagement symptomatique de la plupart des états de tension et d'anxiété

Nack

"NOM DE MARQUE DES CAPSULES DE CHLORHYDRATE DE CHLORDIAZEPOXIDE N.F."

Nack 5 NOIRE JAUNE en bouteille de 50 - 500
Nack 10 NOIRE GRISE en bouteille de 50 - 500
Nack 25 NOIRE BEIGE en bouteille de 50 - 500

octo

LABORATOIRE OCTO LIMITÉE,
920 EST, PORT ROYAL - MONTRÉAL 12, P.Q.

INNOVAR

Un adjuvant de l'anesthésie par inhalation

Chaque ml renferme: Sublimaze fentanyl, 0.05 mg (mise en garde: conduit à l'accoutumance); Inapsine dropéridol, 2.5 mg; Acide lactique pour ajustement du pH.

Actions. Innovar produit un effet caractérisé par un détachement ou une dissociation psychiques et une analgésie profonde qui se prolonge longtemps encore pendant la période postopératoire. Cet effet est consécutif aux actions individuelles et complémentaires de ses composants, Sublimaze (fentanyl) et Inapsine (dropéridol).

Indications. Innovar est indiqué comme adjuvant des techniques anesthésiques au protoxyde d'azote-oxygène couramment employées, tant pour les grandes que pour les petites interventions chirurgicales. Étant donné l'effet stabilisant qu'il exerce sur le système cardiovasculaire, l'utilisation accessoire d'Innovar présente une valeur particulière en gériatrie, pour les patients débiles et les patients pour qui l'issue de l'intervention est aléatoire, ainsi que pour les patients aptes à supporter des interventions chirurgicales de longue durée.

Contre-indications. La seule contre-indication connue à l'utilisation d'Innovar est la sensibilité individuelle à l'un ou l'autre de ses composants, Inapsine (dropéridol), ou Sublimaze (fentanyl). Jusqu'à présent, aucune réaction du genre n'a été rapportée.

Posologie et administration

Dose d'induction: Pour les adultes, la dose recommandée d'Innovar est de 1.0 ml par 25 livres de poids corporel. Une dose réduite (0.5 ml par 25 lbs) est recommandée pour les patients dont le cas est aléatoire et pour les patients extrêmement jeunes ou, au contraire, extrêmement âgés.

Environ un quart de la dose totale prévue doit être administrée par voie intraveineuse, à la cadence de 0.5 ml par seconde. Une à deux minutes après avoir achevé l'injection initiale, il faut procéder à la vérification de la pression sanguine, de la fréquence du pouls et du régime respiratoire. Si l'on ne constate aucune modification, le restant de la dose doit être administré par voie intraveineuse, à la même cadence que précédemment. L'inhalation de l'anesthésique peut être amorcée immédiatement, ou dès que le patient semble être endormi (habituellement dans les 2 à 3 minutes qui suivent).

(McNeil Labo-Canada-Ltd.)

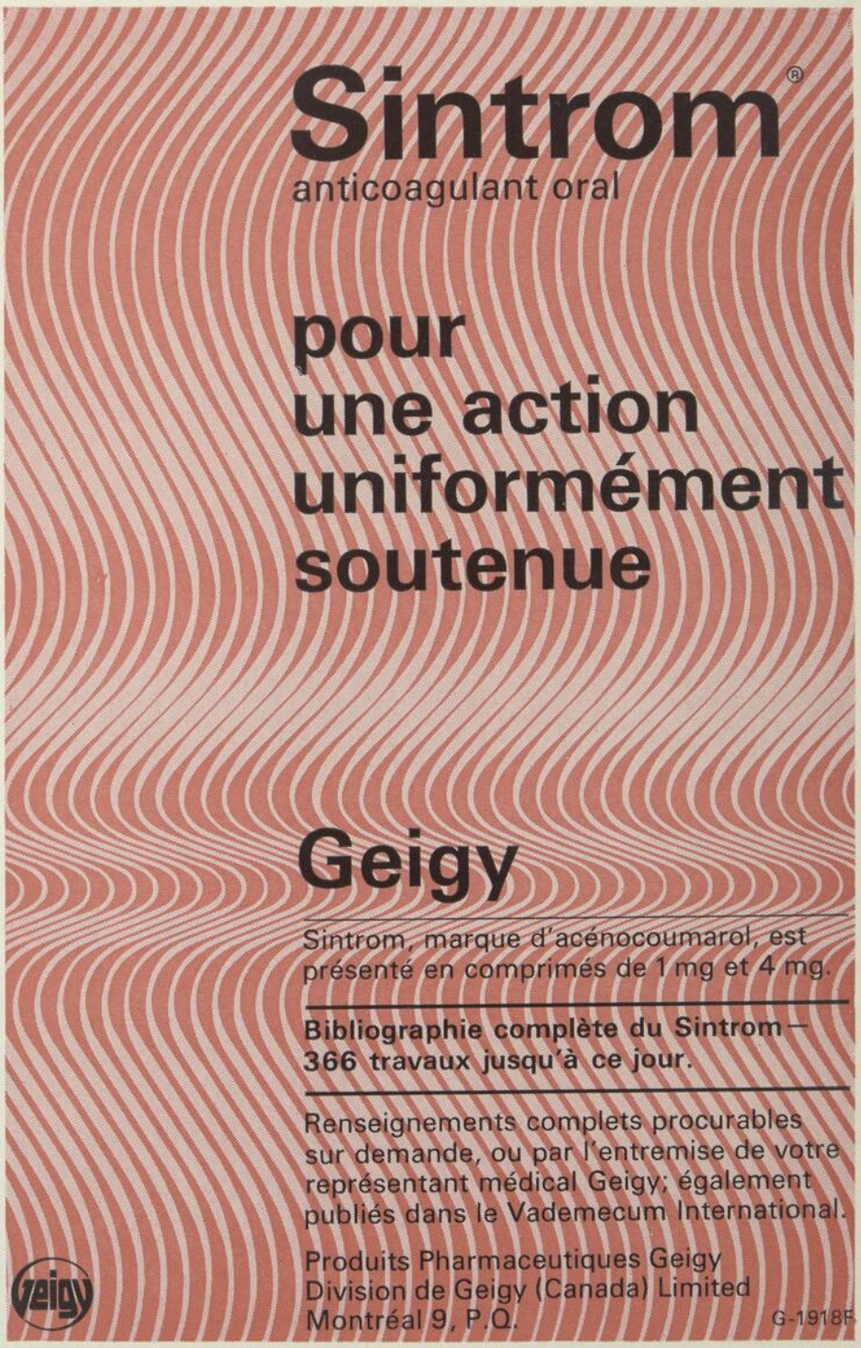


TABLE DES ANNONCEURS

Abbott Laboratoires Limitée (Selsun) ... 14
Abbott Laboratoires Limitée (Erythrocine) ... 26-27
Ames Company of Canada Ltd. (Glucola) ... 22
Arlington-Funk Laboratories (Prevam) ... 15
Arlington-Funk Laboratories (DBI-TD) ... 16-17
Arlington-Funk Laboratories (Bacid) ... 21
Arlington-Funk Laboratories (Vi-Syneral) ... 33
Association Canadienne des Fabricants en Pharmacie ... 84-85
Association Médicale de la Province de Québec ... 8
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Jectofer) ... 36
Boehringer Ingelheim (Persantine) ... 97
Burroughs Wellcome & Co. (Canada) Ltd. (Zyloprim) ... 23
Ciba Ltée (Ismelin) ... Deuxième page de la couv.
Ciba Ltée (Locacorten/Otrivin) ... 57-58
Calmic Ltd. (Polybactrin Soluble) ... 31
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis d'examens) ... 56
Corporation Pharmaceutique Française Ltée (Asadrine) ... 77
Editions Techniques (Encyclopédie Médico-Chirurgicale) ... 28
Eli Lilly (Canada) Ltée (VC-K 500) ... 30
Elliott-Marion Cie Ltée (Protensin) ... 4
Endo Drugs (Canada) Ltée (Percodan) ... 24
Endo Drugs (Canada) Ltée (Valpin-PB) ... 29
Fiduciaires de la Cité et du District de Montréal Ltée ... 6
Frosst, Chas. E. & Cie (Entrophen) ... 7
Frosst, Chas. E. & Co. (Triptil) ... 62-63
Geigy Pharmaceuticals (Tandéaril) ... 64-65
Geigy Pharmaceuticals (Butazolidin) ... 75-76
Geigy Pharmaceuticals (Anturan) ... 101
Geigy Pharmaceuticals (Médomine) ... 102
Geigy Pharmaceuticals (Sintrom) ... 104
Glaxo-Allenburys (Canada) Ltd. (Betnovate Pr) ... 19-20
Herdt & Charton Inc. (Hormodausse) ... 41
Herdt & Charton Inc. (Sulfarlem Choline) ... 43
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Orinase) ... 45
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Chloronase) ... 47
Hôpital Général d'Ottawa ... 56
Laboratoire Nadeau Ltée (Azothizol) ... Quatrième page de la couv.
Laboratoire Octo Ltée (Cortiment) ... 35
Laboratoire Octo Ltée (Complamin) ... 53
Laboratoire Octo Ltée (Duracton) ... 73
Laboratoire Octo Ltée (Nack) ... 103
Lyster Chemicals Ltée (Thiodérazine/Thiodacaïne) ... 98
McNeil Laboratories (Canada) Ltd. (Tylenol) ... 69
Merck, Sharp & Dohme of Canada Ltd. (Cogentin) ... 59
Minnesota Mining & Mfg. Co. Ltd. (Steri-Strip) ... 32
Nestlé (Canada) Ltd. (Pelargon) ... 34
Organon Inc. (Lyndiol - 22) ... 55
Ortho Pharmaceuticals (Ortho-Novum 2 mg.) ... 92-93
Parke-Davis & Co. (Carbrital) ... 49
Pitman-Moore, Div. Dow Chemical of Canada Ltd. (Lirugen) 81-82
Poulenc Limitée (Nozinan) ... 1
Poulenc Limitée (Nefrolan) ... 106-Troisième page de la couv.
Purdue Frederick Co. (Canada) Ltd. (Betadine) ... 89
Purdue Frederick Co. (Canada) Ltd. (Senokot) ... 99
Robins, A. H. & Co. (Donnatal) ... 83
Rougier Inc. (I.D.M.) ... Première page de la couv.
Rougier Inc. (Kerabec) ... 67
Schering Corp. (Celestoderm-V) ... 5
Schering Corp. (Celestone Soluspan/Répétabs) ... 12-13
Searle, G. D. & Co. of Canada Ltd. (Ovulen 0.5 mg.) ... 2-3
Sherman Laboratories Limited (Elixophylline) ... 79
Smith, Kline & French (Dyazide) ... 71
Spencer Supports (Canada) Ltd. ... 88
Strasenburgh Co. of Canada (Biphétamine-T) ... 86-87
Strasenburgh Co. of Canada (Tussionex) ... 91
Strasenburgh Co. of Canada (Biphétamine) ... 95
Syntex Ltd. (Norinyl) ... 9-10-11
Upjohn Company of Canada Ltd. (Medrol Topique/Neo-Medrol Topique) ... 25
Upjohn Company of Canada (Neo Medrol/Cordex/Lincocin) ... 37-38-39-40
Upjohn Company of Canada Ltd. (Albamycin T) ... 51
Warner-Chilcott Laboratories Co. Ltd. (Peritrate SA) ... 18
Wyeth, John & Bro. (Canada) Ltd. (Serax) ... 61

IMPRIMÉ AU CANADA

THÉRIEN FRERES (1960) LIMITÉE

PRINTED IN CANADA

une tentative en vue de concilier
DIURÈSE OPTIMALE ET
INCONVÉNIENTS MINIMAUX . . .

Pr NEFROLAN
CLOREXOLONE

diurétique et
hypotenseur
oral



comprimés à 10 et à 25 mg
flacons de 50 et de 500

renseignements complets sur demande