

L'UNION MÉDICALE

TOME 95
MONTREAL— NUMÉRO 3
— MARS 1966

DU CANADA

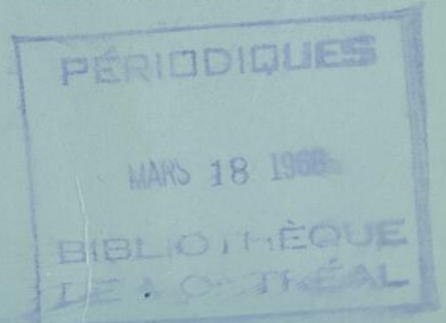
1872-1966



à Québec en 1902

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

| | | |
|---|-----|---------------------------------|
| UNE DERNIÈRE FOIS SUR LA CHIROPRATIQUE <i>Roma Amyot</i> | 271 | BULLETIN |
| VIE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA <i>Pierre Smith</i> | 275 | |
| MALADES CHRONIQUES ET SIGNES MÉTABOLIQUES <i>J. P. DuRuisseau et E. Laurendeau</i> | 276 | TRAVAUX ORIGINAUX |
| ÉVALUATION À LONG TERME DE LA VALVULOPLASTIE MITRALE <i>Claude Chartrand, Louise Monday, Paul Roy, Jean de L. Mignault et Paul Stanley</i> | 283 | |
| LA TUBERCULOSE ACTIVE DANS UN HÔPITAL GÉNÉRAL <i>Roland Charbonneau, Fernand Turgeon, Jean Robert et Jacques Bernier</i> | 288 | |
| LES URÉTRITES — MALADIES QUI EXISTENT ENCORE <i>Lucien Sylvestre et Zoltan Gallai</i> | 295 | REVUE GÉNÉRALE |
| LA CHIMIOTHÉRAPIE DU CANCER <i>Maurice LeClair</i> | 301 | MOUVEMENT MÉDICAL |
| L'EMPLOI DU CURARE PAR LA VOIE INTRA-RECTALE DANS LE TRAITEMENT DE LA SPASTICITÉ <i>Michel Dupuis</i> | 309 | |
| RÔLE DU MAGNÉSIUM DANS LE MÉTABOLISME DE L'HISTAMINE <i>Pierre Bois</i> | 313 | ÉDITORIAL |
| LE RAPPORT DE LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR L'ENSEIGNEMENT ET LA MÉDECINE SCOLAIRE <i>Jean-Guy Bonnier</i> | 316 | |
| LA CRIMINOLOGIE DU PASSÉ ET DU PRÉSENT <i>H. F. Ellenberger</i> | 317 | VARIÉTÉS |
| L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL CONTINU PARTIE INTÉGRANTE DES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES <i>Osman P. Gialloredo</i> | 326 | |
| ATHÉROSCLÉROSE CÉRÉBRALE ET CRIMINALITÉ <i>Nikola Schipkovensky</i> | 328 | |
| CONCEPTION NOUVELLE DU TRAITEMENT À DOMICILE DE LA LEUCORRHÉE <i>Marcel Ferron</i> | 338 | MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES |
| L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE CHEZ LES DÉLINQUANTS <i>N. Moamai</i> | 341 | |
| LA THÉRAPEUTIQUE ANTICOAGULANTE <i>Camille Dufault</i> | 343 | ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE |
| | 344 | |
| SOCIÉTÉS | 344 | |
| REVUE DES PÉRIODIQUES | 345 | |
| NÉCROLOGIE | 348 | |
| NOUVELLES | 349 | |
| COMMUNIQUÉS | 360 | |
| LIVRES REÇUS | 376 | |
| L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1897 | 382 | |
| NOUVELLES PHARMACEUTIQUES | 384 | |



lors de la crise douloureuse...

ALGOVERINE

(phénylbutazone & Provérine*)

*Citrates de bis-(phényl-3-propyl) éthylamine "Rougier" Q.C. (Qualité Contrôlée)

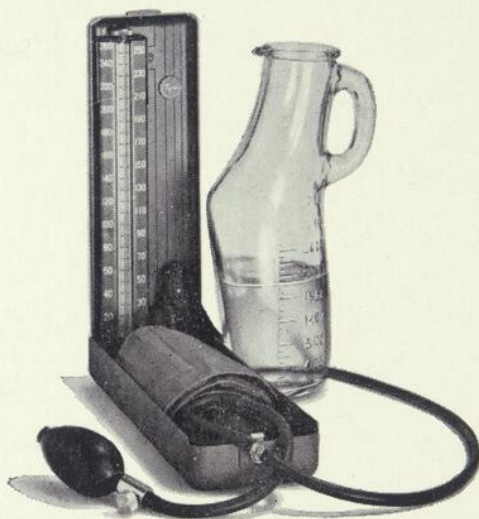
pour une action analgésique et spasmolytique efficace dans la
dysménorrhée, les douleurs post partum et dans les ALGIES
musculaires, arthritiques et rhumatismales

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

R
ROUGIER

Attaquez
l'hypertension avec la
NOUVELLE
association

SERPASIL[®]-ESIDRIX[®] 50



à la dose quotidienne d'un comprimé
constitue le traitement rationnel de principe
chez la majorité des hypertendus

Indications: Thérapeutique fondamentale de l'hypertension essentielle aux stades bénin et modéré; au stade sévère, s'emploie comme adjuvant d'autres agents, tel Ismelin.

Posologie: Pour commencer le traitement, administrer un comprimé de Serpasil-Esidrix 50 par jour. La plupart des hypertendus répondent de façon satisfaisante à cette dose. Au bout de deux semaines, la posologie peut être augmentée ou diminuée; dans les cas nécessitant plus de deux ou trois comprimés par jour, il faut envisager l'adjonction d'autres agents au traitement.

Effets secondaires et précautions

à prendre: Les doses réduites de chacun des composants de l'association minimisent leurs effets secondaires respectifs; il faut néanmoins administrer avec prudence en présence des facteurs suivants: dépression, hypokaliémie, hyperglycémie, hyperuricémie, insuffisance rénale avancée, coma hépatique imminent, affection coronarienne ou accident cérébro-vasculaire récent. Tous autres détails seront fournis sur demande.

Présentation: Comprimés de Serpasil-Esidrix 50 (beiges, sécables) dosés à 0.2 mg. de réserpine et 50 mg. d'hydrochlorothiazide; flacons de 100 et 500.

C I B A
DORVAL, QUÉBEC



DANS TOUTES LES FORMES DE

TOUX

PHÉNERGAN VC EXPECTORANT

5 ml (c. à thé) renferment
5 mg de PHÉNERGAN (prométhazine)
et 5 mg de phényléphrine HCl
dans une formule bien équilibrée

expectorant
antihistaminique
analgésique local

+

décongestif

(VASO-CONSTRICTEUR)

Renseignements complets sur demande

poulenc LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL 11

L'Union Médicale

du Canada

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

G. Cordier, doyen.

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

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

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

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

Le doyen de la Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke,
Gérald Lasalle;

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

Paul Letondal,

Rosario Fontaine,

Georges Dumont,

Adélar Groulx,

Richard Lessard.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction :
André Barbeau

BUREAU DE COLLABORATION

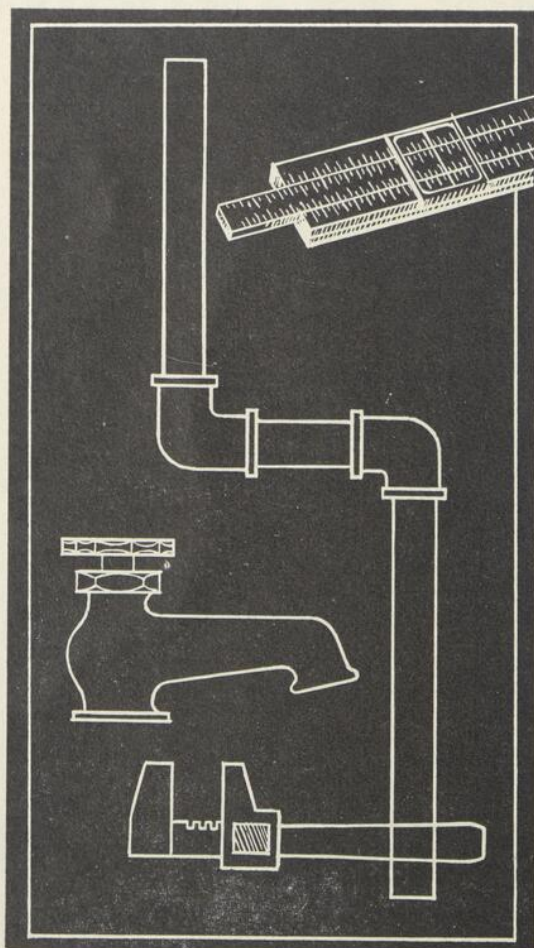
MM. André Barbeau, Raymond Barcelo, Jacques Bailargeon, Jacques
Bernier, Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, J.-R. Brunette,
Jean Chagnon, Roland Charbonneau, Luc Chicoine, Jacques
Gagnon, Cecil Gendreau, Ghislaine Gilbert, Fernand Grégoire,
Pierre Grondin, Roland Guy, Jules Hardy, M. Kaludi, Michel

MM. Lacombe, Simon Lauzé, R. Lebeau, Gilles Leboeuf, André Leduc,
François Léger, Charles Lépine, Gérard Migneault, Pierre Pesant,
Roger Plante, 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).

MM. L. Mantha, L. Potvin (Ottawa),
Georges-L. Dumont (Campbellton, N.-B.),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières).



Conçu pour un soulagement à double
action de la constipation chronique

"KONDRÉMUL"

MARQUE DÉPOSÉE

- il pénétre les matières fécales et les amollit
- il lubrifie pour un passage plus facile sans entraîner de suintement.

Une émulsion d'huile minérale et de mousse d'Irlande, stable et remarquablement exquise.

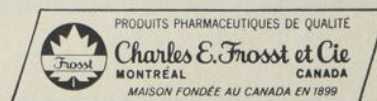
POSOLOGIE—ADULTES—Une cuillerée à soupe au coucher et au lever; à mesure que l'état s'améliore, diminuer à une cuillerée à soupe au coucher.
ENFANTS—Une à deux cuillerées à thé au coucher suffisent habituellement.

"KONDRÉMUL"
(étiquette bleue)

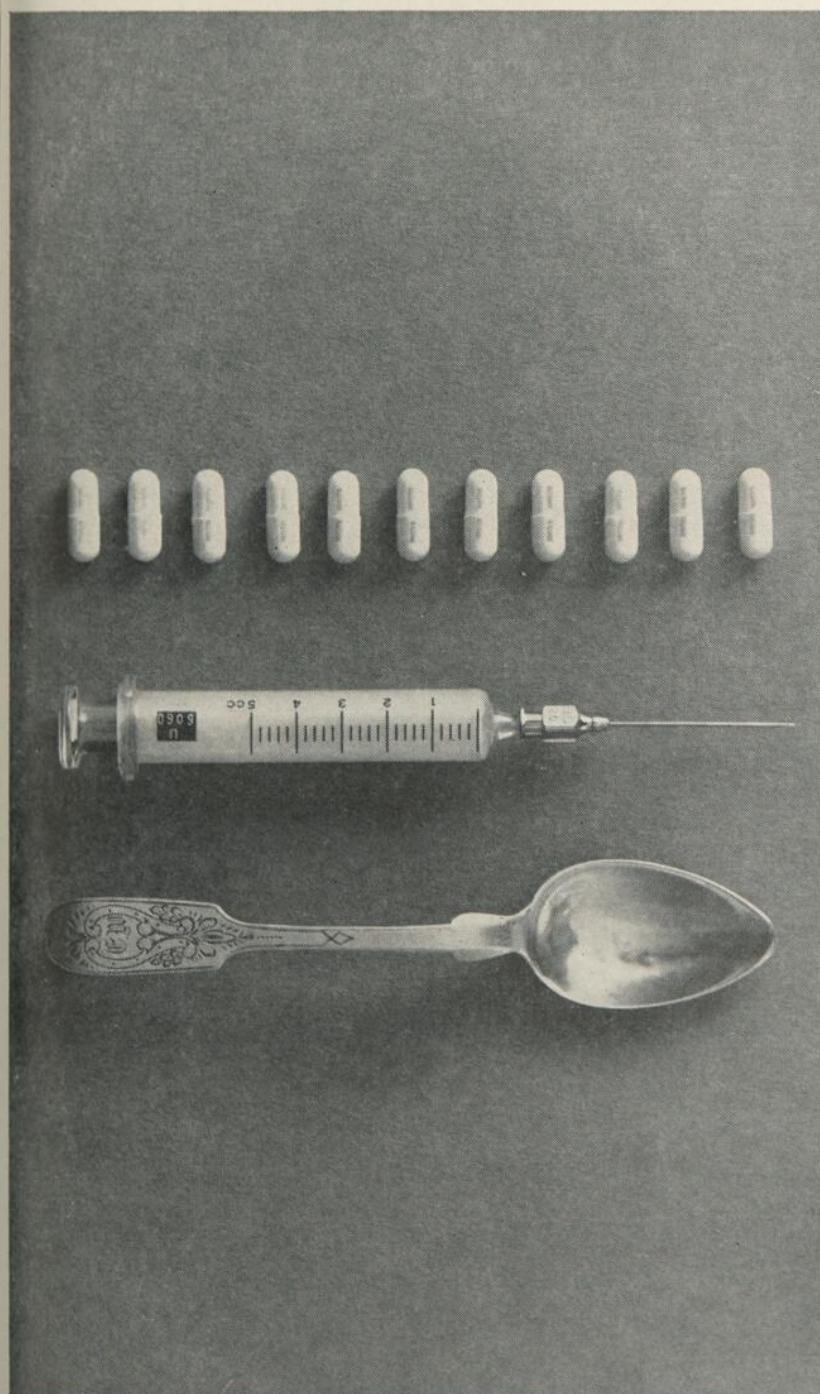
"KONDRÉMUL"
à la
Phénolphtaléine
(étiquette rouge)

"KONDRÉMUL"
au Cascara
(étiquette verte)

Flacons de 8 et de 16 onces liquides.



Dès que vous soupçonnez la présence du staphylo...commencez par un traitement de **PROSTAPHLINE** (OXACILLINE SODIQUE)



Trois formes posologiques pour répondre à tous les besoins—selon l'âge du patient et le degré de l'infection.

Prostaphline vous assure du traitement "anti-staphylococcique" par excellence avec le maximum de souplesse dans les dosages.

PROSTAPHLINE CAPSULES

Administration pratique et bonne absorption. 250 mg.—flacons de 48. 500 mg.—flacons de 24.

PROSTAPHLINE POUR INJECTION

Pour usage I.M. et I.V.—lorsque des niveaux sanguins élevés et rapides sont désirables. Fioles de 250 mg., 500 mg. et 1.5 Gm.

PROSTAPHLINE POUR SOLUTION ORALE

Une formule idéale pour usage pédiatrique. 250 mg. / 5 cc.—bouteilles de 60 cc.

SOMMAIRE THERAPEUTIQUE—BRISTOL: Voir dépliant officiel pour informations détaillées. *Efficacité*—Les expériences cliniques confirment l'efficacité de l'oxacilline sodique—une pénicilline semi-synthétique—dans le traitement des infections dues au staphylocoque, particulièrement les souches de ce dernier qui résistent à la pénicilline G. *Effets secondaires*—Quelques cas d'une légère élévation de la transaminase oxaloacétique glutamique sérique ont été notés—ce fait ne semble pas avoir de signification particulière. La possibilité d'une surinfection causée par des organismes non sensibles est toujours possible au cours des traitements. *Précautions*—Les réactions allergiques courantes à la pénicilline en général peuvent se produire. *Dose ordinaire*—Adultes: 500 mg. aux 4 à 6 heures.

BRISTOL

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED

L'Union Médicale

du Canada

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

ADMINISTRATION

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

MM. J.-P. Paquette, Paul David, Roma Amyot,
P.-A. Archambault et Édouard Desjardins.

BUREAU DE DIRECTION

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

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

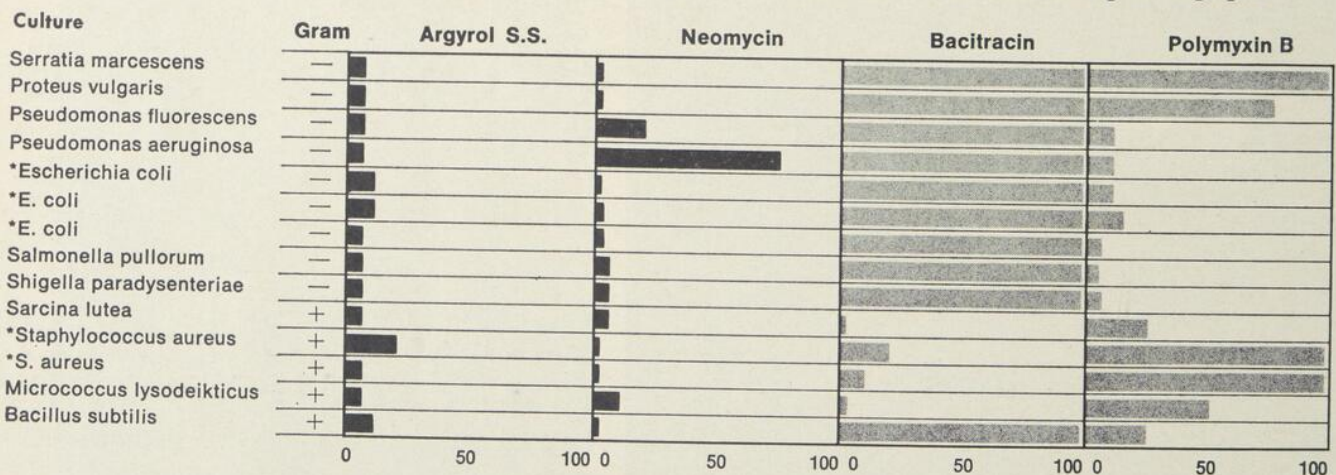
ADMINISTRATION et SecrÉTARIAT :
PUBLICITÉ : Jacques-D. Clerk.

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

ARGYROL S.S.

Contre l'infection des yeux, du nez et de la gorge ARGYROL S. S. offre

Une efficacité antimicrobienne constante, dépassant même celle des antibiotiques topiques.



Culture bactérienne diluée étalée sur milieu nutritif d'agar.

Données énoncées en mcg/ml nécessaires pour obtenir une inhibition complète.

* E. coli et S. doré (micrococcus aureus) sont présents normalement dans des souches de résistance variable; par conséquent, plusieurs types ont servi pour ces tests.

Seul le nouvel ARGYROL S. S. (Solution Stabilisée) a ces avantages :

Une action non irritante et émoullissante pour le soulagement
des muqueuses irritées des yeux, du nez et de la gorge.

Garde sa stabilité
et sa fraîcheur indéfiniment.

Pas de sensibilité ni d'irritation locale.

la seule solution stabilisée de protéinate d'argent doux — solution 10% et 5%

CROOKES-BARNES CANADA, LTD.

Ste-Thérèse, P.Q.



[®] STÉMÉTIL

ANTI-ÉMÉTIQUE
TRANQUILLISANT
ANTIPSYCHOTIQUE

COMPRIMÉS — LIQUIDE
SUPPOSITOIRES — AMPOULES
FLACONS MULTIDOSES

DEMANDEZ NOTRE BROCHURE
pour renseignements détaillés sur:
posologie, tolérance, effets secondaires.

poulenc LIMITÉE

8580 ESPLANADE, MONTRÉAL 11

STÉMÉTIL, nom déposé
de la prochlorpérazine

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

Publicité : Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 5064, avenue du Parc. Téléphone: 273 - 3065.

Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite. Tout ce qui regarde la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de "L'Union Médicale du Canada", 5064, avenue du Parc. — Téléphone : 273 - 3065.

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

MÉDICATION ANTI-ASTHÉNIQUE et ANTI-ANOREXIQUE

DRAGÉES AFAGON "C" DESBERGERS

FORMULE DE SUBSTANCES ÉNERGÉTIQUES

Pour une dragée: Proglutathion (Glutamyl-Cystéinyl-Glycine): 75 mg. — Acide ascorbique: 250 mg. — Sulfate de strychnine: 1 mg. — Méthylarsinate de sodium: 15 mg.

INDICATIONS GÉNÉRALES

Une médication qui offre un apport réplétif de substances essentielles à la santé trouve nécessairement un grand nombre d'indications.

D'une façon générale, tout état de STRESS, toute fatigue qui ne s'explique pas par l'effort fourni ou par des troubles ou lésions spécifiques.

Amorphisme de certains patients post-opératoires ou convalescents de maladies contagieuses. Certains malades nerveux souffrant de somnolence ou d'affaissement.

Courbatures et fatigue musculaires persistantes.

Accidents de la sulfathérapie et pénicillinothérapie.

Peut se prescrire en préparation aux examens ou pour accomplir un travail ardu et prolongé.

Se prescrit pour augmenter la résistance aux infections.

POSOLOGIE :

Selon le cas. — Au début, une dragée le matin et le midi au repas. Une dragée à 4 heures de l'après-midi, avec un léger goûter et ceci pour la durée d'une semaine. — Par la suite, une dragée le matin et une le midi au repas. — Dans bien des cas, une dragée le matin ou le midi avec le repas est une dose suffisante pour augmenter la résistance aux fatigues de l'après-midi.

AFAGON "C" est une nouvelle spécialité de

DESBERGERS LIMITÉE

MONTREAL

FABRICANT DE SPÉCIALITÉS THÉRAPEUTIQUES

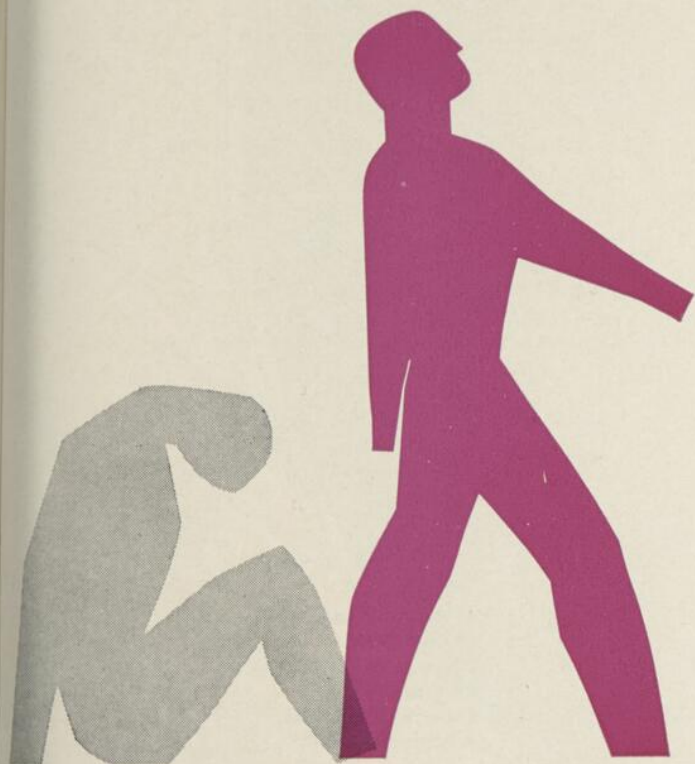
CANADA



Flacons de 30 dragées

PERTOFRANE® Geigy

Le **PERTOFRANE** est spécifiquement indiqué lorsque la dépression est associée à une inhibition psycho-motrice. En pratique courante, cet état se reconnaît surtout par les symptômes suivants: **humeur déprimée** • **inhibition psycho-motrice** • **diminution de l'ambition et de l'initiative** • **apathie et épuisement** • Chez ces patients, le **PERTOFRANE** produit un "élan vital" qui se traduit par une plus grande aptitude à se concentrer et à communiquer avec autrui, une conception plus optimiste de la vie en général et un accroissement manifeste de l'activité psycho-motrice.



Posologie

Le Pertofrane se prend oralement, sous forme de dragées à 25 mg. Pour les cas bénins, la dose d'attaque habituelle est d'une dragée deux ou trois fois par jour (50-75 mg) ; dans les cas plus graves, il peut être nécessaire de l'augmenter jusqu'à 100-150 mg par jour. Après l'initiation du traitement, on règle la posologie en fonction de la réponse thérapeutique de chaque patient.

Les patients hospitalisés et les patients gravement atteints peuvent avoir besoin de doses proportionnellement plus fortes. Au besoin, après l'initiation du traitement on peut élever la posologie jusqu'à 200 mg par jour. On a utilisé des doses beaucoup plus fortes sans encourir d'effets secondaires, mais il est rare que cette posologie plus élevée s'impose.

Ci-dessous la posologie d'entretien suggérée:

Maintenir la dose au taux auquel on obtient un soulagement optimum durant un mois ; par la suite, on réduit la dose à un taux suffisant pour maintenir l'amélioration.

Lorsque la maladie dépressive de base s'accompagne d'anxiété, d'agitation et d'insomnie, ces états peuvent être contrôlés par l'adjonction de tranquillisants ou de sédatifs.

Effets secondaires

Le Pertofrane est bien toléré par la plupart des patients. Les effets secondaires, lorsqu'ils ont lieu, sont habituellement bénins et transitoires. On a signalé des effets de xérostomie, de diaphorèse, de constipation, et des troubles de l'accommodation visuelle, lesquels proviennent de la

La rapidité d'action et l'efficacité de la désipramine (Pertofrane) "... pourraient bien en faire le médicament de choix pour commencer le traitement de la dépression ..."

Mann, A.M. et Haseltine, G.F.D. :
Canad. M.A.J. 88:1102, 1963.

nature anticholinergique du médicament. On a également associé les effets suivants au Pertofrane: insomnie, somnolence, étourdissements, céphalalgie, nausées et éruptions cutanées (y compris photosensibilisation). Bien que rarement, on a relevé aussi les conséquences suivantes: hypotension orthostatique, symptômes extrapyramidaux, rétention urinaire, pollakiurie, tachycardie, ictère transitoire, tremblements et éosinophilie transitoire. Une réduction de la posologie suffit généralement pour contrôler ces effets, mais si l'état l'indique, on cesse le traitement.

Mise en Garde:

On ne doit pas prendre le Pertofrane en même temps, ou immédiatement après des anti-dépressifs qui inhibent la monoamine oxydase.

Présentation

Le Pertofrane est du 10,11-Dihydro-5-(3-méthylamino-propyl)-5H-dibenz b, f, chlorhydrate d'azépine. Il est disponible sous forme de dragées à 25 mg, en flacons de 50 et 500.

Documentation complète et guide thérapeutique décrivant la posologie, les effets secondaires et les contre-indications, procurables directement ici, ou de votre représentant médical Geigy.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990, rue Rachel, Montréal

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

Roma AMYOT, Montréal.
Wilfrid-M. CARON, Québec.
Roger R. Dufresne, Montréal.
Jean LAFRAMBOISE, Ottawa.
Richard LESSARD, Québec.

Relations Extérieures :
Pierre SMITH.
Antonio LECOURS.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

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

René-L. DuBERGER,
Roma AMYOT,
Lucien LaRUE,
Georges-L. DUMONT,
Pierre SMITH,

Alphonse-E. LeBLANC,
Pierre JOBIN,
Edouard DESJARDINS,
Richard LESSARD,
Roger R. DUFRESNE,
Antonio LECOURS.

COMITÉ DU 36e CONGRÈS

Président : Wilfrid-M. CARON.
Secrétaire : Jacques BRUNET.

Adjoint au président : Jacques TURCOT.
Adjoint au secrétaire : André MOISAN.

MEMBRES DU CONSEIL

AUDET-LAPOINTE, Pierre, 5773, avenue Déom, Montréal, P.Q.
AUGER, Gustave-L., 1061, des Erables, Québec 6, P.Q.
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.
BÉGIN, B.-G., 12075, rue Pasteur, Montréal, P.Q.
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Building, Windsor, Ont.
BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.
BUNDOCK, J. B., Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Ont.
CAMPBELL, Maurice, 384, Notre-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.
CASGRAIN, Gérard, 3447, rue St-Hubert, Montréal, P.Q.
CHRETIEN, Maurice, 537, Station Shawinigan, P.Q.
COTTON, Odilon, Gaspé, P.Q.
COUTU, Lucien-L., Faculté de Médecine, Université de Montréal, P.Q.
COUTURE, Jean, 1000, chemin Ste-Foy, Québec 6, P.Q.
DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont, P.Q.
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal, P.Q.
DORION, J.-Ed., 609 est, boul. Charest, Québec, P.Q.
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal, P.Q.
DUMOUCHEL, Jean-Paul, 152, boulevard Leclerc, Granby, P.Q.
ETHIER, Fernand, 114, 1ère Rue, Iberville, P.Q.
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.
GAUDET, Paul-E., Tracadie, N.-B.
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.
GEOFFROY, Marc, 1603, boul. Laird, Ville Mont-Royal, P.Q.
GENEST, Jacques, 3840, rue St-Urbain, Montréal, P.Q.

ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.
JOUBERT, Jacques, 116 Church, Buckingham, P.Q.
LABOSSIERE, Sylvia, Saint-Timothée, P.Q.
LACHANCE, Robert, 50, avenue de l'Eglise, Verdun, P.Q.
LAFRAMBOISE, Jean, 247 River Road, Eastview, Ont.
LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.
LAROUCHE, Gérard-L., 430, rue Denonville, Sherbrooke, P.Q.
LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal, P.Q.
LESSARD, Jean-Marc, 240, rue St-Jean, Québec, P.Q.
LUSSIER, J. Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.
MAJOR, Willie, Hôpital St-Jean-de-Dieu, Gamelin, Montréal 5, P.Q.
MIREAULT, Jean-Paul, 339, Papineau, Joliette, P.Q.
MOREAU, J.-P., 104 LeMarchand Mansion, Edmonton, Alta.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
PAIEMENT, Raymond, 252, chemin Montréal, Eastview, Ont.
PANNETON, André, 421, boul. Laviolette, Trois-Rivières, P.Q.
PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.
POWERS, Arthur, 135, Gloucester, Ottawa, Ont.
RIOUX, Armand, 1175, des Erables, Québec, P.Q.
ROBERGE, Raoul, 1000, chemin Ste-Foy, Québec, P.Q.
RODRIGUE, Gaston, 66, boul. Gall, Drummondville, P.Q.
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, boul. Mercure, Drummondville, P.Q.
THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.
TURCOT, Jacques, 35, rue Sainte-Ursule, Québec, P.Q.
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

Siège social : 5064, avenue du Parc, Montréal 8, Qué. — Tél. : 273-2321 - 273-3881



La femme complète

La postménopausée qui jouit des bénéfiques métaboliques de l'œstrogénothérapie cyclique substitutive est protégée contre le vieillissement précoce et la perte de féminité associée.

Au cours du dernier quart de siècle, le perfectionnement des techniques de labo et surtout la mise au point de microscopes électroniques ont permis de recueillir des renseignements précieux concernant l'effet puissant qu'exercent les œstrogènes sur les structures et les fonctions de l'organisme féminin. "Il semble que les œstrogènes sont essentiels à la santé au même titre qu'un régime bien équilibré."¹ "En général, la femme intelligente et active, engagée dans une carrière artistique, professionnelle ou autre requiert une sécrétion œstrogénique plus abondante que celle qui mène une existence sédentaire", écrit le docteur Robert A. Wilson.² Passant en revue les préparations œstrogéniques pour usage clinique, Swyer déclare: "La "Prémarine" à l'encontre des autres œstrogènes oraux possède l'avantage extraordinaire d'être très peu toxique."³

Bibliographie:

1. Willson, Beecham, Carrington, Obstétrique et Gynécologie, C.V. Mosby Compagnie, 1963.
2. Wilson, Robert A.: J. Am. Geriat. Soc.: vol. XI, no 4, avril 1963.
3. Swyer, G. I. M.: Brit. M. J. 1:1029, 18 avril 1959.

'PRÉMARINE'

(substances œstrogènes conjuguées)



Produits
pharmaceutiques
mis au point par
la recherche
médicale

RÉQUISITION DE BACTÉRIOLOGIE

ÉCIMENT
EXAMEN REQUIS

Prélèvement dans la gorge
Culture et antibiogramme

TEMPS DU PRÉLÈVEMENT

9.30

AM
PM

SENSIBILITÉ AUX ANTIBIOTIQUES
MÉDICAMENT SOUCHES

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------|---|---|---|---|
| PÉNICILLINE G | S | M | | |
| MÉTHICILLINE | M | S | | |
| CLOXACILLINE | M | S | | |
| AMPICILLINE | S | S | | |
| ÉRYTHROMYCINE | R | M | | |
| NOVOBIO | R | | | |
| TÉTRACYCLINE | S | S | | |
| CHLORAMPHÉNIC | M | | | |

S SENSIBLE
M MODÉRÉMENT SENSIBLE
R RÉSISTANT

RAPPORT:—

cette situation
exige
'PENBRITINE'

Lorsque le micro-organisme impliqué est sensible à l'ampicilline, recommandez la **"PENBRITINE"**

- Est bactéricide et donc d'une plus grande efficacité que les agents bactériostatiques. La "Penbritine" n'inhibe pas seulement mais tue les bactéries.
- L'importance des prises n'entraîne pas une augmentation du risque de toxicité comme chez les autres antibiotiques à large spectre.
- Ne cause
 - ni décoloration des dents
 - ni altération de la croissance des os
 - ni lésion rénale
 - ni dyscrasie sanguine

Présentée dans une vaste gamme de formules posologiques :

- "PENBRITINE" -Capsules—125, 250 et 500 mg d'ampicilline.
- "PENBRITINE" -Liquide—125 mg d'ampicilline à la c. à thé (5 cm³).
- "PENBRITINE" -Gouttes pédiatriques—100 mg d'ampicilline au cm³.
- "PENBRITINE" -Injectable—125, 250, 500 et 1 000 mg d'ampicilline.

Renseignements détaillés fournis sur demande.

LABORATOIRES AYERST

division de Ayerst, McKenna & Harrison, Limitée—Montréal, "Penbritine" de fabrication canadienne selon accord avec LES LABORATOIRES DE RECHERCHE BEECHAM

Produits
pharmaceutiques
mis au point
par la recherche
médicale





Pourquoi prescrire le
FIORINAL
dans la
CÉPHALÉE
DE TENSION

Parce qu'il permet au médecin de traiter **SIMULTANÉMENT**, non seulement la douleur, mais aussi la tension nerveuse qui est le facteur responsable de la céphalée de tension

L'action du FIORINAL est la suivante:

| | | |
|--|---|---|
| élèvent le seuil de sensibilité à la douleur | | Acide acétylsalicylique Phénacétine Caféine |
| calme la tension nerveuse | — | Sandoptal (itobarbital) |

Les avantages du FIORINAL sont:

le soulagement SIMULTANÉ de la douleur, de la tension nerveuse et des spasmes musculaires
sa rapidité d'action — la simultanité de son action analgésique-sédative — économie

Composition—chaque comprimé contient: acide acétylsalicylique 200 mg, phénacétine 130 mg, caféine 40 mg, Sandoptal (itobarbital) 50 mg. Posologie moyenne: 2 comprimés dès les premiers signes de la crise, suivis d'un comprimé une demi-heure plus tard et d'un comprimé toutes les 3 à 4 heures, si nécessaire.

Conditionnement: flacons de 100, de 500 et de 1000 comprimés.

Renseignements plus détaillés sur demande, ou dans le Vademecum International

Fiorinal

est le médicament le plus souvent prescrit dans la céphalée de tension.



SANDOZ PHARMACEUTICALS, DORVAL, P.Q.

SANDOZ

une crème d'un emploi agréable—assurant une prompte
pénétration pour le traitement des douleurs ostéo-articulaires



VASCUTONEX

Hydrosoluble, le salicylate de diéthylamine que contient le Vascutonex est rapidement absorbé; mais son effet analgésique, normalement court, est prolongé par le glycol-salicylate (ester) liposoluble qui est plus lentement éliminé et atteint les cellules nerveuses et les tissus adipeux des régions affectées.

Le soulagement apporté par le salicylate de diéthylamine dans les douleurs rhumastismales est si constant que Bonis (1949)* considère qu'il peut servir à réaliser des épreuves de diagnostic.

Le Vascutonex ne tache pas; il est inodore et ne contient aucun irritant de contact. Sa valeur thérapeutique dépend entièrement de son absorption et de l'action anti-rhumatismale des salicylates entrant dans sa composition.

MODE d'EMPLOI: Étendre doucement le Vascutonex sur les régions affectées deux ou trois fois par jour. Si l'affection est grave, il est préférable de soumettre la région atteinte à une chaleur modérée avant d'appliquer la crème.

Renseignements complets sur demande.

COMPOSITION

Glycol-salicylate.....10% w/w
Salicylate de diéthylamine.....10 w/w
dans une base hydrosoluble

PRÉSENTATION

Pots de 30 g et de 450 g.
Référence:* Bonis, M.P. (1949) J. de Méd.
de Bordeaux, 126, 434.

CALMIC

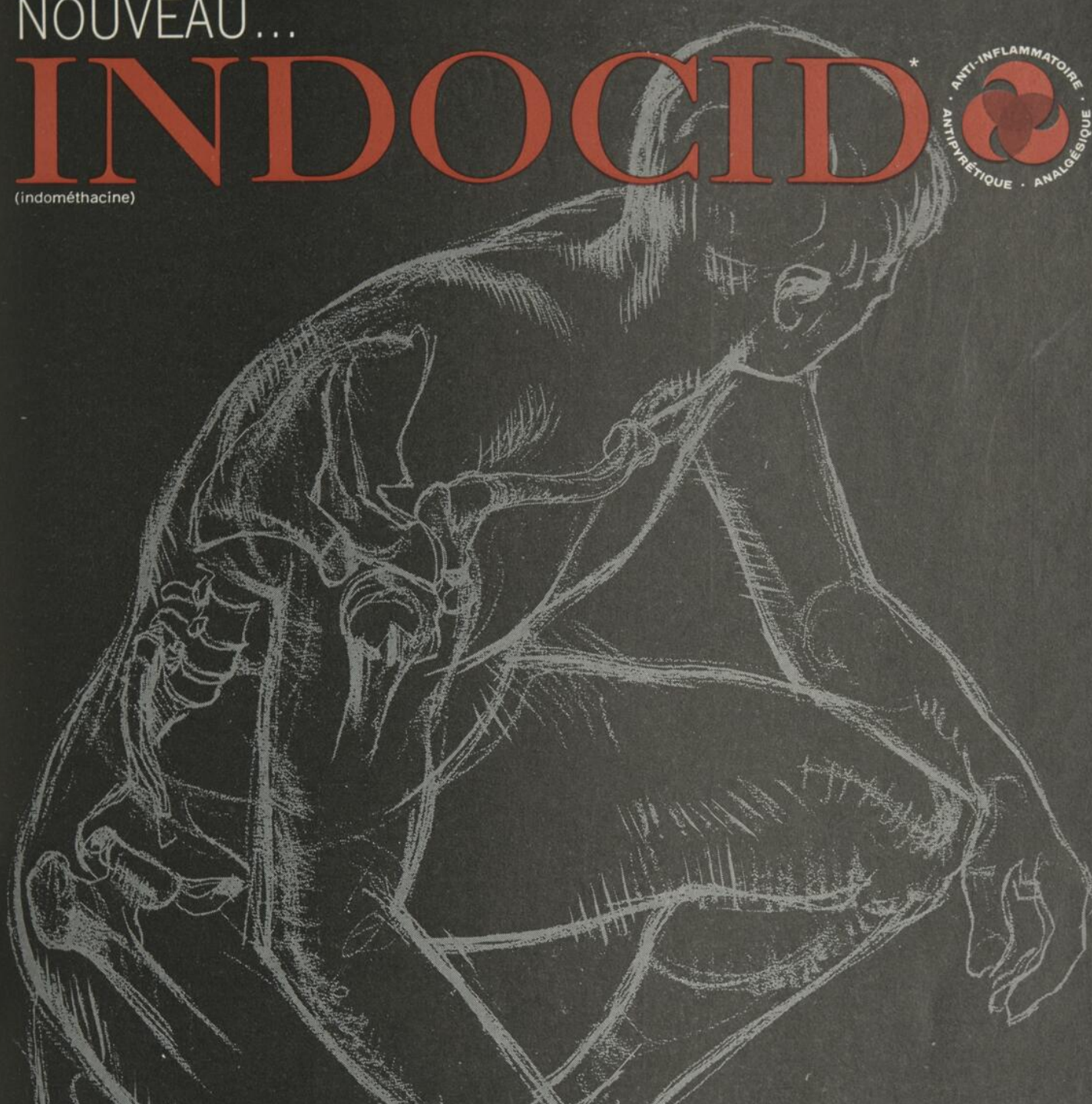


CALMIC LIMITED, Toronto, Canada

NOUVEAU...

INDOCID*

(indométhacine)

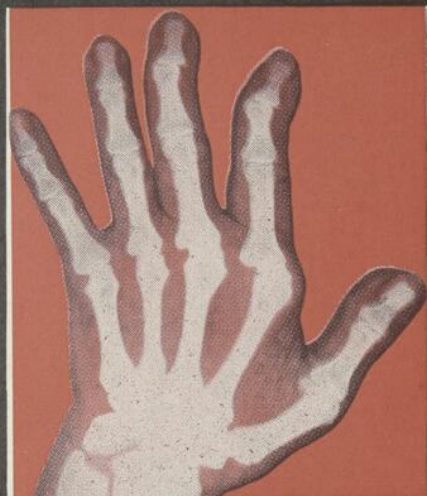


*Dans les affections rhumatismales
et arthritiques aiguës et chroniques
un agent anti-inflammatoire non corticoïde
d'une nouvelle catégorie*

*Étend la marge de sécurité du traitement
à long cours des affections
arthritiques*

* Marque déposée

Objet d'études de centaines de malades depuis près de quatre



L'INDOCID étend la marge de sécurité du traitement à long cours de la polyarthrite rhumatoïde

- supprime l'inflammation
 - soulage la douleur
 - aide à augmenter la motilité
- Amélioration signalée chez 50 à 80% des malades. "...le premier agent non cortico-stéroïde qui produit une réduction prévisible et mesurable du gonflement articulaire dans la plupart des cas de polyarthrite rhumatoïde active."*

Hart, F. D. et Boardman, P. L.: Brit. M. J. 2:965, 19 oct. 1965.

L'INDOCID étend la marge de sécurité du traitement à long cours de la spondylite ankylosante

- soulage rapidement les douleurs dorsales
- améliore souvent la motilité vertébrale dans les trois à dix jours
- augmente l'expansion thoracique

Amélioration signalée chez 80 à 90% des malades. "Les résultats thérapeutiques ont été uniformément excellents ou bons dans la spondylite ankylosante..."

Rothermich, N. O.: Some pharmacologic effects of indomethacin, Arthritis Rheum., 7:340, juin 1964.

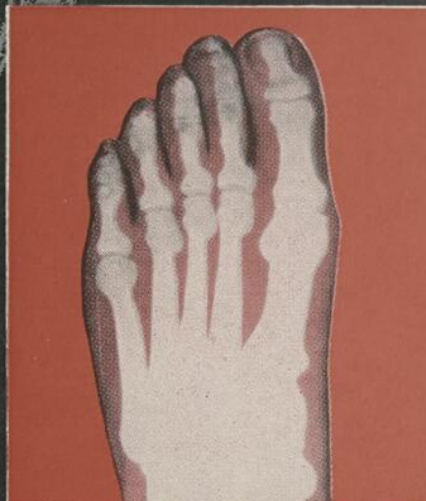


NOUVEAU...

INDOCID*

(indométhacine)

cliniciens chez des milliers de ans...au Canada et à l'étranger



L'INDOCID accroît le degré d'efficacité du traitement de la goutte aiguë

- entraîne rapidement les
attaques aiguës chez presque
tous les malades
- soulage la douleur d'une
manière frappante, souvent
dans les 2 à 4 heures
- soulage la sensibilité et
l'inflammation de l'articulation
dans les 24 à 36 heures
- réduit le gonflement de
l'articulation dans les
3 à 5 jours

*Amélioration signalée chez
75 à 85% des malades. "Il
semble être le médicament de
choix dans la goutte aiguë,
en raison de son action rapide;
le soulagement étant d'ordinaire
l'affaire de quelques heures."*

Hart, F. D. et Boardman, P. L.: Indomethacin,
Practitioner, 192:828, juin 1964.

L'INDOCID convient bien à un traitement prolongé ininterrompu de l'ostéo-arthrite grave (y compris l'arthropathie dégénérative de la hanche) rebelle au traitement à l'aide d'autres médicaments telles que les salicylates

- rétablit progressivement une
plus grande activité chez les
malades dont la motilité est
restreinte
- soulage rapidement la douleur
- fait preuve d'efficacité dans
bien des cas où d'autres
médicaments ont échoué

*Amélioration signalée chez
75 à 85% des malades. "Le
soulagement marqué de la
douleur dans les quelques cas
d'ostéo-arthrite soumis à l'étude
rend vraisemblable l'hypothèse
que le médicament possède
des propriétés analgésiques
indépendantes de ses propriétés
anti-inflammatoires..."*

Hart, F. D. et Boardman, P. L.: Indomethacin:
a new non-steroid anti-inflammatory agent,
Brit. Med. J., 2:965, 19 oct. 1963.





INDOCID*

(indométhacine)

Un tout nouveau médicament contre les affections rhumatismales et arthritiques aiguës et chroniques

INDOCID: posologie et administration (offert en capsules de 25 mg)

Dans la polyarthrite rhumatoïde chronique et la spondylarthrite rhumatoïde: Amorcer le traitement par une capsule, 2 f.p.j. ou 3 f.p.j. Si la réponse n'est pas satisfaisante, ajouter une capsule par jour *chaque semaine* jusqu'à l'obtention d'une réponse convenable ou jusqu'à une dose globale de huit capsules par jour au maximum.

Dans l'arthrite rhumatoïde aiguë et les crises aiguës de l'arthrite rhumatoïde: Amorcer le traitement par une capsule, 2 f.p.j. ou 3 f.p.j. Si la réponse n'est pas satisfaisante, augmenter la posologie quotidienne d'une capsule *par jour* jusqu'à l'obtention d'une réponse convenable ou jusqu'à une dose globale de huit capsules par jour au maximum.

Dans la goutte aiguë: Amorcer le traitement par deux capsules, 3 f.p.j. Augmenter jusqu'à une dose globale de huit capsules par jour au maximum selon le besoin. Continuer jusqu'à ce que tous les signes et les symptômes se soient atténués.

Dans la goutte chronique: Une capsule, 2 f.p.j. administrée conjointement avec un agent uricosurique.

Dans l'ostéo-arthrite grave et l'arthropathie dégénérative de la hanche: Amorcer le traitement avec une capsule, 2 f.p.j. ou 3 f.p.j. Si la réponse n'est pas satisfaisante, augmenter la dose quotidienne d'une capsule, à intervalles d'environ une *semaine* jusqu'à l'obtention d'une réponse convenable ou jusqu'à une dose globale de huit capsules par jour au maximum.

À NOTER: Dans les troubles chroniques, il est important de commencer avec une posologie faible et de l'augmenter progressivement afin d'assurer les meilleurs résultats et réduire les effets secondaires.

Toujours administrer l'INDOCID avec des aliments ou immédiatement après les repas afin de réduire l'irritation gastrique.

Une réduction du quart ou de la moitié de la posologie des corticostéroïdes est souvent possible; cette réduction doit s'échelonner au cours de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et doit s'entourer des précautions habituelles.

INDICATIONS: Polyarthrite rhumatoïde chronique et aiguë; spondylarthrite ankylosante; goutte; ostéo-arthrite grave (y compris l'arthropathie dégénérative de la hanche) rebelle au traitement à d'autres médicaments telles que les salicylates.

CONTRE-INDICATIONS: Ulcère gastro-duodéal actif, entérite régionale ou colite ulcéreuse. User de précautions si l'anamnèse révèle des troubles du genre dans le passé. La sécurité d'emploi durant la grossesse et chez les enfants n'a pas encore été déterminée.

PRÉCAUTION: On a signalé, à la suite de l'emploi de l'INDOCID, une ulcération de l'estomac, du duodénum ou de l'intestin grêle et certains cas d'hémorragies graves et de perforations, accidents dont quelques-uns furent mortels. On a aussi noté des hémorragies gastro-intestinales sans signe évident d'ulcération; en présence de saignement d'origine gastro-intestinale, on doit discontinuer l'emploi d'INDOCID. Par suite d'un saignement d'origine gastro-intestinale certains malades peuvent manifester de l'anémie. C'est pourquoi l'on

recommande une détermination périodique de l'hémoglobine. L'emploi d'INDOCID doit s'entourer de précautions chez les malades ayant déjà souffert d'ulcère, de gastrite, de colite ulcéreuse et d'entérite régionale.

EFFETS SECONDAIRES: Des effets secondaires indésirables les plus fréquents associés à l'emploi d'INDOCID citons: céphalée, vertiges, étourdissements et troubles gastro-intestinaux tels que nausées, anorexie, vomissements, épigastralgie, douleurs abdominales et diarrhée. Les effets touchant le système nerveux central sont souvent transitoires et disparaissent fréquemment en cours de traitement ou à la suite d'une réduction de la posologie. On peut minimiser les effets gastro-intestinaux en administrant le médicament soit immédiatement après les repas, soit accompagné d'aliments. La gravité de ces effets peut, à l'occasion, nécessiter l'arrêt du traitement. Parmi les autres effets indésirables, de fréquence moindre, il faut noter: de la somnolence, des bourdonnements d'oreilles, de la confusion mentale, de la dépression et autres perturbations psychiques, des troubles de vision, de la stomatite, du prurit, de l'urticaire, de l'œdème angioneurotique, des éruptions cutanées et de l'œdème. On a signalé chez certains malades une faible augmentation du BUN d'ordinaire transitoire, quoique la prépondérance des faits semble plutôt mettre en évidence le fait que l'INDOCID n'exerce aucune action nocive sur la fonction rénale, même chez des malades souffrant déjà d'une affection du rein. Néanmoins, il y a lieu de vérifier périodiquement la fonction rénale chez des malades soumis à un traitement prolongé. Certains cas de leucopénie ont été signalés chez des sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde. On a aussi observé une élévation transitoire de la phosphatase alcaline, de la flocculation à la céphaline—cholestérol et dans les épreuves de turbidité au thymol chez certains malades et, rarement, une élévation dans les valeurs de la SGO-T. Cependant, la corrélation entre ces modifications et le médicament, s'il en existe, n'a pas encore été déterminée. Comme c'est le cas avec l'emploi de tout nouveau médicament, les malades doivent faire l'objet d'une surveillance étroite afin de déceler toute manifestation d'idiosyncrasie médicamenteuse.

AVERTISSEMENT: Les malades en traitement à l'INDOCID qui éprouvent des vertiges, des étourdissements ou de l'apathie doivent être prévenus du danger de conduire des véhicules automobiles ou autres machines, de gravir une échelle, etc., en présence de tels symptômes. Il faut user de prudence dans l'emploi d'INDOCID chez les malades souffrant de troubles psychiatriques, d'épilepsie ou de parkinsonisme. L'INDOCID ne doit pas être administré aux malades souffrant d'un ulcère gastro-duodéal actif.

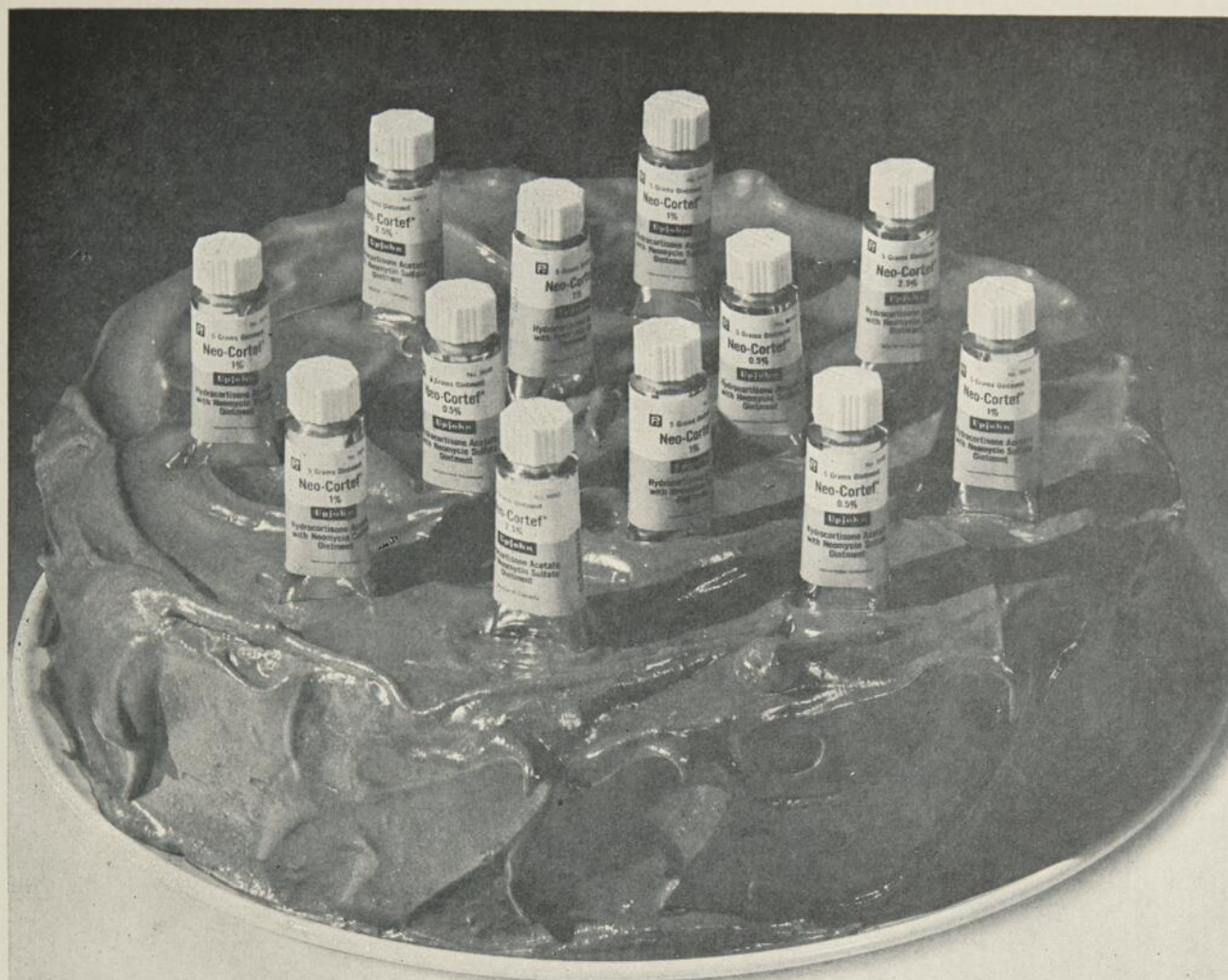
Avant de prescrire ou d'administrer, consulter le prospectus accompagnant le produit ou qu'on peut obtenir sur demande.

PRÉSENTATION: capsules dosées à 25 mg
*Marque déposée



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTREAL

La recherche d'aujourd'hui au service de la thérapeutique de demain



12 ans d'âge

Nombre de nouveaux produits ont leurs beaux jours, puis tombent bientôt dans l'oubli. Toutefois, le Neo-Cortef, 12 ans après sa mise sur le marché, continue d'exercer la même action efficace qui a fait de ce produit un classique dans le domaine de la corticothérapie. Le Neo-Cortef s'est révélé comme un produit efficace et fiable.

MARQUES DÉPOSÉES: CORTEF ET NEO-CORTEF CF 3540.1

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

ONGUENT Neo-Cortef

Composition par gramme:
Acétate d'hydrocortisone 5 mg (0.5%)
ou 10 mg (1.0%)
ou 25 mg (2.5%)

Sulfate de néomycine 5 mg
(correspondant à 3.5 mg de néomycine base)

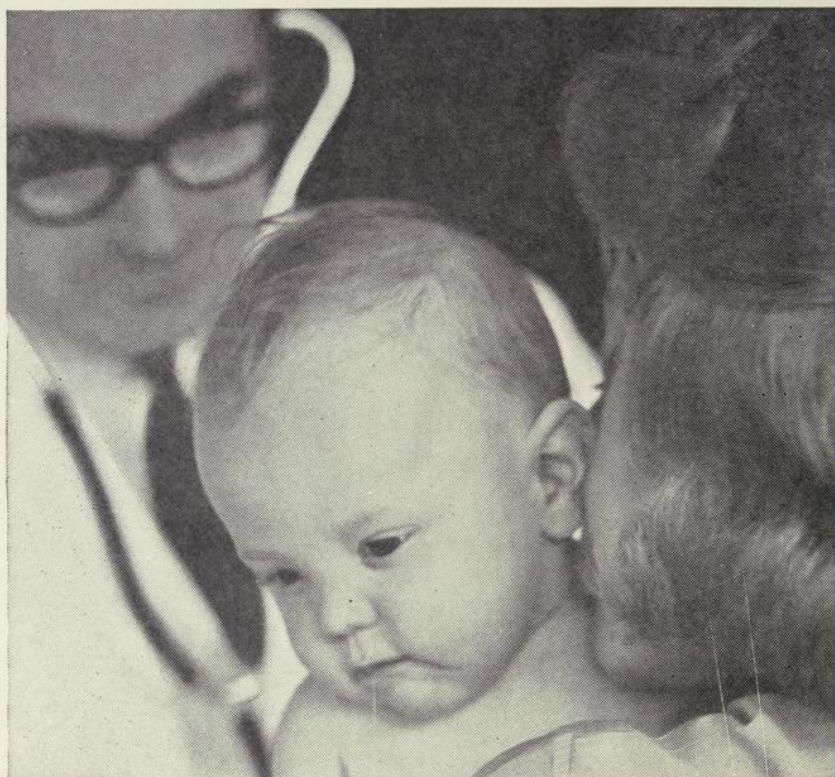
Présentation:

Concentration à 0.5%, en tubes de 5, de 20 et de 40 g;
Concentration à 1.0%, en tubes de 5 et de 20 g;
Concentration à 2.5% en tubes de 5 et de 20 g.

Upjohn



Le Diagnostic: BRONCHITE A prendre en Considération: PREMIÈRE ENFANCE



Trois raisons de prescrire: **ERYTHROCINE***

STÉARATE D'ERYTHROMYCINE
ETHYL SUCCINATE D'ERYTHROMYCINE

1 Le taux de guérisons cliniques des infections respiratoires supérieures est de l'ordre de 90 à 95%. L'an dernier, dans des études sur six groupes¹, l'Erythrocline a été donnée à 1240 malades "non choisis". Tous sauf 52 ont répondu—soit un taux global de guérisons de 95.7%.

2 Le risque de résistance bactérienne en clientèle est minime. Dans les études précitées, moins de 7% des souches de staphylos et de streptos se sont montrées résistantes à l'Erythrocline. Les taux de résistance des staphylos et des streptos à la tétracycline étaient respectivement de 20.4% et de 16.4%.

3 Il n'y a pas de restrictions à l'emploi de l'Erythrocline—sauf les rares personnes reconnues sensibles à l'érythromycine. Il ne s'est pas produit de tachetage des dents et on n'a signalé aucune autre complication chez

les nouveau-nés et les jeunes enfants.

INDICATIONS: L'Erythrocline est indiquée dans toutes les infections érythromycino-sensibles, qui comprennent la majorité des infections bactériennes se rencontrant dans la pratique journalière. Elles sont dues essentiellement à des cocci Gram positifs. L'Erythrocline est cliniquement efficace aussi contre des infections causées par divers autres germes pathogènes.

Contre-indication: L'Erythrocline est contre-indiquée chez les personnes reconnues étant sensibles à l'érythromycine.

Précautions et Effets Secondaires: Les effets secondaires sont peu fréquents. S'il se manifeste une sensibilité, interrompre la médication. La pullulation de germes non sensibles est rare.

1. Alberti, R.I., et coll., sous presse, 1965.

Renseignements médicaux complets fournis sur demande.

*Marque déposée



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

embonpoint et hypertension



Préludine®... l'anorexigène de choix
dans l'hypertension bénigne ou modérée.

Neuf années d'expérience clinique
prouvent le fait que la Préludine modère
effectivement l'appétit, mais n'exerce
pas, ou à peu près pas d'effets
défavorables sur la tension
artérielle, ni sur la fréquence ou
la régularité du rythme cardiaque.



Préludine (chlorhydrate de phenmétrazine)

Posologie: Préludine Endurettes à 50 et 75 mg, comprimés d'action prolongée: un comprimé au lever. Préludine Comprimés à 25 mg: un comprimé deux ou trois fois par jour, une heure avant les repas.

Effets secondaires: Xérostomie et érythème facial. Rarement: insomnie, étourdissements ou céphalée.

Mise en garde: Conformément aux principes médicaux acceptés, on doit être prudent en administrant des produits pharmaceutiques durant le premier trimestre de la grossesse.

Contre-indications: Affections coronaires graves, thyrotoxicose, hypertension sévère.

Guide thérapeutique complet procurable sur demande.



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

B5188F-66



*Voici...le NOUVEAU comprimé
à faible posologie*

Ortho-Novum*1mg

*Pas de
grossesse
imprévue †
avec Ortho-Novum* 1 mg*
COMPRIMÉS noréthindrone AVEC mestranol

Ses hormones ont fait leurs preuves.
Exceptionnellement bien toléré.
Plus économique.
Et le distributeur DIALPAK*
lui sert d'aide-mémoire.

COMPOSITION: ORTHO-NOVUM, c'est de la noréthindrone (17 alpha-éthynyl-17-hydroxy-4-oestren-3-one) avec du mestranol (éther d'éthynyl-oestradiol-méthyl-3).

Chaque comprimé ORTHO-NOVUM 1 mg renferme 1 mg de noréthindrone et 0.05 mg de mestranol.

INDICATION: Régulation de la conception.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION: Un comprimé par jour durant chaque cycle menstruel, du 5e au 24e jour inclusivement. S'il se produit un saignement intermenstruel plus ou moins intense, porter la dose à deux comprimés par jour, jusqu'à ce que le saignement cesse. Les règles peuvent, très rarement, ne pas survenir; en ce cas, recommencer à prendre les comprimés le 8e jour après le dernier traitement de 20 jours.

EXPÉRIENCE CLINIQUE: Cette formule nouvelle à posologie réduite des comprimés ORTHO-NOVUM s'est révélée efficace à 100% pour la régulation de la conception. L'expérience clinique a porté sur 2,858 patientes, soit un total de 17,038

cycles menstruels. Des effets secondaires bénins, qui se sont produits chez un faible pourcentage de patientes, ont eu tendance à disparaître spontanément après les premiers cycles.

† Il n'y eut pas de grossesses imprévues chez les patientes qui utilisèrent régulièrement les comprimés ORTHO-NOVUM 1 mg.

DURÉE D'UTILISATION: Tant que le médecin le juge à propos.

PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS: Bien qu'on n'ait pu démontrer aucune relation de cause à effet entre l'utilisation des composés de progestine-oestrogène et le développement d'une thrombo-phlébite, les médecins doivent être prudents lorsqu'ils prescrivent les comprimés ORTHO-NOVUM 1 mg à des patientes souffrant de maladie thrombo-embolique ou ayant des antécédents de thrombo-phlébite.

Les comprimés ORTHO-NOVUM 1 mg ne doivent pas être pris: en présence de tumeurs malignes du sein ou des voies génitales, en présence d'insuffisance et de maladie hépatiques graves, en présence de troubles cardiaques ou rénaux que pourrait aggraver un certain degré de rétention des liquides, durant la période d'allaitement au sein.

PRÉSENTATION: Les comprimés ORTHO-NOVUM 1 mg se vendent en distributeurs DIALPAK* de 20 comprimés et en flacons de 120 et de 500.



ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD., Don Mills, Ontario

*Marque déposée

Avec Synthroid[®], vous vous attendez à (sodium-lévo-thyroxine, FLINT) des résultats prévisibles...et vous les obtenez



SYNTHROID, sodium-lévo-thyroxine, FLINT, est synonyme de résultats prévisibles, car son activité biologique est invariable. Standardisé au poids, il n'est pas sujet aux caprices d'une standardisation biologique. Avec SYNTHROID, il n'y a plus de perte de l'efficacité en cas d'entreposage prolongé! On peut prédire les résultats de façon précise . . . et on obtient les résultats prévus, car SYNTHROID, est de l'hormone thyroïdienne pure pour thérapie de restitution. Et la réaction du patient à la thérapie est *entièrement* mesurable par la méthode sûre du code protidique sanguin (P.B.I.). De plus, contrairement à la tri-iodothyronine, SYNTHROID, n'entraîne pas d'augmentation soudaine du taux du métabolisme basal. Pour une grande pureté, des résultats prévisibles, une efficacité uniforme et une absorption rapide . . . prescrivez "la préparation d'hormone thyroïdienne maintenant recommandée comme étant supérieure . . . la sodium-lévo-thyroxine [SYNTHROID]"*. Également disponible: SYNTHROID, INJECTABLE.

*Starr, P., in Conn, H. F.: *Current Therapy*, Philadelphie, Pennsylvanie, W. B. Saunders Company, 1962, p. 315.

Indications: En cas d'états hypothyroïdiens. **Précautions:** De même qu'avec les autres préparations thyroïdiennes, une dose trop forte peut être une cause de diarrhée ou crampes, nervosité, tremblements, tachycardie et perte de poids continue. Dans ces cas, la médication doit être interrompue pendant 2 à 6 jours, et reprise ensuite à une dose moins élevée. Chez les patients atteints de diabète sucré, il faut observer scrupuleusement tout changement dans les paramètres qui sont utilisés comme guides pour la thérapie antidiabétique. **Contre-Indications:** Thyrotoxicose, infarctus aigu du myocarde. **Administration et posologie:** Administrer les comprimés en une seule dose par jour, de préférence après le déjeuner. Les injections peuvent se faire par voie intraveineuse, sous forme de solutions contenant 100 mcg par ml. **Présentation:** Comprimés: rainurés et codés selon la couleur, de 0,025 mg, 0,05 mg, 0,1 mg, 0,15 mg, 0,2 mg, 0,3 mg, en flacons de 100 et de 500 comprimés. Injectable: 500 mcg, sous forme lyophilisée, en fioles de 10 ml pour dose unique, avec une fiole de 5 ml de diluant.

Synthroid[®] sodium levothyroxine, FLINT

ÉPROUVÉ • PRÉFÉRÉ POUR LES
PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE
THYROÏDIENNE

Un comprimé de 0.1 mg de SYNTHROID (sodium-lévo-thyroxine) équivaut approximativement à l'efficacité de 1 gr. de thyroïde U.S.P.



FLINT LABORATORIES
DIVISION OF BAXTER LABORATORIES OF CANADA, LTD.
Alliston, Ontario

Canada
1966

nez

noctec - sommeil rapide,
sans danger

noctec - sommeil sans suites
désagréables

noctec - sommeil presque
naturel

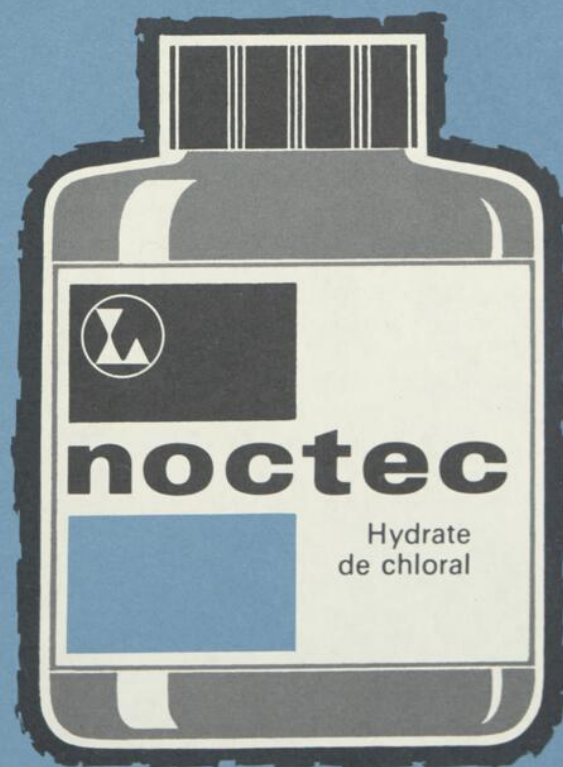
noctec - un vrai sommeil

Un produit qui a
sa raison d'être

INDICATIONS — Sédatif de nuit pour toutes catégories de malades, et surtout les personnes souffrantes, les malades jeunes et âgés.

POSOLOGIE — *Adultes*: 1 à 2 capsules dans un verre d'eau ou 1 à 2 cuillerées à thé de la solution dans un demi-verre d'eau, de 15 à 30 minutes avant le coucher. *Enfants*: de 5 à 10 mg par livre de poids vif (maximum: 1 g) peuvent être administrés.

RÉACTIONS SECONDAIRES ET PRÉCAUTION — Il se produit de l'irritation gastrique chez certains malades. On ne doit pas donner de fortes doses aux malades atteints d'affections cardiaques graves ou d'une altération marquée de la fonction rénale ou hépatique.



Les produits pharmaceutiques **Linson**

division de E.R. Squibb & Sons Ltd., Montréal, Canada

rauzyde est une préparation fort utile au traitement de l'hypertension essentielle

Un produit qui a
sa raison d'être

INDICATIONS— Tous les degrés d'hypertension essentielle.

PRÉSENTATION— RAUZIDE existe à deux concentrations :
RAUZIDE MILD et RAUZIDE.

Chaque comprimé de RAUZIDE renferme 50 mg de racine
entière de Rauwolfia serpentina et 4 mg de bendrofluméthia-
zide. Flacons de 100 et de 500.

Chaque comprimé de RAUZIDE MILD contient 50 mg de
racine entière de Rauwolfia serpentina et 2 mg de bendro-
fluméthiazide. Flacons de 100.

POSOLOGIE— Dose d'attaque, 1 à 4 comprimés de RAUZIDE
ou 2 à 6 de RAUZIDE MILD par jour, de préférence à l'heure
des repas. Dose d'entretien, 1 ou 2 comprimés de RAUZIDE
ou bien 2 à 4 de RAUZIDE MILD par jour.

CONTRE-INDICATIONS— Détérioration grave de la fonc-
tion rénale. Défaillance complète des reins.

PRÉCAUTIONS ET RÉACTIONS SECONDAIRES — Les
préparations de Rauwolfia peuvent provoquer des symptômes
réversibles extra-pyramidaux et une dépression émotive. La
prudence s'impose dans le cas des malades qui ont souffert
de dépression, de tendance au suicide ou d'ulcère peptique. Il
se produit parfois de la diarrhée, une augmentation de poids,
de l'œdème et de la somnolence. La bendrofluméthiazide peut
augmenter l'acide urique du sérum et accroître la glycosurie.
Administer avec prudence aux malades qui prennent de la
digitaline. On relève parfois des crampes, du prurit, de la
paresthésie, des nausées et des éructations.



Les produits pharmaceutiques **Linson**

division de E.R. Squibb & Sons Ltd., Montréal, Canada

**avec cette
pénicilline
orale b.i.d.,
aucune
interruption
du sommeil**

"FALAPEN"

MARQUE DÉPOSÉE

Pénicilline d'action rapide et prolongée

500,000 unités de pénicilline G potassique par comprimé

**une pénicillothérapie efficace
avec un seul comprimé aux 12 heures
... et malgré tout, économique**

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

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

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

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

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

*Breveté en 1959

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

Flacons de 10 comprimés.

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



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ

Charles E. Frosst et Cie
MONTREAL CANADA

MAISON FONDÉE AU CANADA EN 1899

DIURÈSE SATISFAISANTE CONTRE L'ŒDÈME CHEZ LA FEMME

La rétention des sels et des liquides semble être une caractéristique fâcheuse de plusieurs phases des cycles menstruel et gravidique. Tandis que la cause peut être obscure, les conséquences d'une rétention anormale de sodium non maîtrisée n'en sont pas moins évidentes, allant du processus bizarre accompagné de symptômes imprévus du syndrome prémenstruel aux convulsions d'une toxémie grave.

L'œdème qui accompagne le cycle menstruel et la grossesse répond d'habitude rapidement et d'une façon surprenante au DIURIL (chlorothiazide), un diurétique digne de confiance qui a fait ses preuves.



Tension prémenstruelle

Lorsque la rétention des liquides en est un facteur, l'administration de DIURIL grâce à son action diurétique efficace, contribue beaucoup au soulagement des symptômes.



Œdème de la grossesse

Les mesures thérapeutiques majeures dans le traitement de l'œdème de la grossesse comprennent, à titre de traitement adjuvant, l'emploi d'un diurétique efficace.



Toxémie de la grossesse

Ici encore, les mesures thérapeutiques majeures dans le traitement de la toxémie comprennent, à titre de traitement adjuvant, l'emploi d'un diurétique efficace.

DIURIL*

(CHLOROTHIAZIDE N.F.)

D'AUTRES AFFECTIONS JUSTIFIENT L'EMPLOI DU DIURIL...

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Le DIURIL est indiqué dans toutes les formes et à tous les degrés de gravité qui nécessitent un traitement diurétique.

ŒDÈME D'ORIGINE RÉNALE

Le DIURIL procure un traitement diurétique efficace de plusieurs formes d'œdème.

ŒDÈME ASSOCIÉ À UNE AFFECTION HÉPATIQUE

Le DIURIL peut aider à réduire l'œdème d'une manière satisfaisante.

ŒDÈME D'ORIGINE MÉDICAMENTEUSE

Lorsqu'un effet secondaire à l'emploi d'un médicament se traduit par une augmentation de poids attribuable à une rétention de liquide, le DIURIL sera d'un précieux secours en provoquant une déperdition rapide de l'excès de sels et de liquide.

POSOLOGIE EN VUE D'UNE DIURÈSE: La posologie habituelle est de 0.5 à 1.0 gm, une ou deux f.p.j. suivant les besoins et la réponse du patient. En cas d'œdème grave et de toxémie de la grossesse, une posologie de 2.0 gm, en doses fractionnées, peut être utilisée durant de courtes périodes.

PRÉCAUTIONS

On doit user de précautions dans l'emploi de la chlorothiazide dans les cas de déséquilibre électrolytique, chez les patients soumis à un traitement à la digitaline, chez les opérés, et chez ceux qui souffrent d'arythmie. L'administration de la chlorothiazide exige aussi de la prudence chez les malades atteints d'une affection rénale ou hépatique grave ou dont l'anamnèse révèle un coma hépatique, de l'oligurie ou l'élévation de l'azote total non protéique. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a signalé de l'hyperuricémie ou une diminution de la tolérance au glucose. Parmi les effets secondaires rares, mais susceptibles d'apparaître en cours de traitement, on a signalé: de la thrombocytopenie, du purpura, des éruptions et de la photosensibilité de même que des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée, des vertiges et des paresthésies. On recommande de surveiller avec soin tous les malades afin de déceler des réactions ou des manifestations inusitées d'idiosyncrasie médicamenteuse telles que la leucopénie, l'agranulocytose et l'anémie aplastique. Si l'emploi de la chlorothiazide est associé à d'autres antihypertenseurs, il est essentiel de réduire, d'au moins la moitié, la posologie des autres agents antihypertensifs, en particulier celle des ganglioplégiques ou des adrénolytiques.

CONTRE-INDICATION: Anurie. Idiosyncrasie.

AVERTISSEMENTS: Le DIURIL peut précipiter ou augmenter l'hyperazotémie. User de précautions chez les malades dont le fonctionnement rénal est affecté et chez ceux qui souffrent de cirrhose. Réduire, d'au moins la moitié, la posologie des autres antihypertenseurs, celle des ganglioplégiques en particulier.

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

PRÉSENTATION

Les comprimés de **DIURIL** sont dosés à 250 mg ou à 500 mg de chlorothiazide N.F. et offerts en flacons de 100 et de 1,000.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL

*La recherche d'aujourd'hui
au service de la thérapeutique de demain*



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 le rhume sans narcotique. Elle a reçu 1 cuillerée à thé de dihydrocodéinone et phényltoxoamine complexées avec une résine (TUSSIONEX) au coucher, et "tous les symptômes ont disparu."¹

Le Tussionex enraie même les toux rebelles • Une dose procure un soulagement de 8 à 12 heures • Bien toléré par tous les groupes d'âge • La présentation du médicament sous forme de résinate offre la commodité de doses largement espacées et d'un minimum de narcotique.^{2,3}

1. Townsend, E. H., Jr.: New England J. Med. 258:63, 1958. 2. Chan, Y. T., et Hays, E. E.: Am. J. M. Sc. 234:207, 1957. 3. Bickerman, H. A., in Modell, W.: Drugs of Choice 1964-1965, St. Louis, Mosby, 1964, pp. 498, 509.

Quand il s'agit d'un problème de toux

TUSSIONEX

SUSPENSION/COMPRIMÉS

Béchique d'action prolongée qui fait ses preuves sur le plan clinique

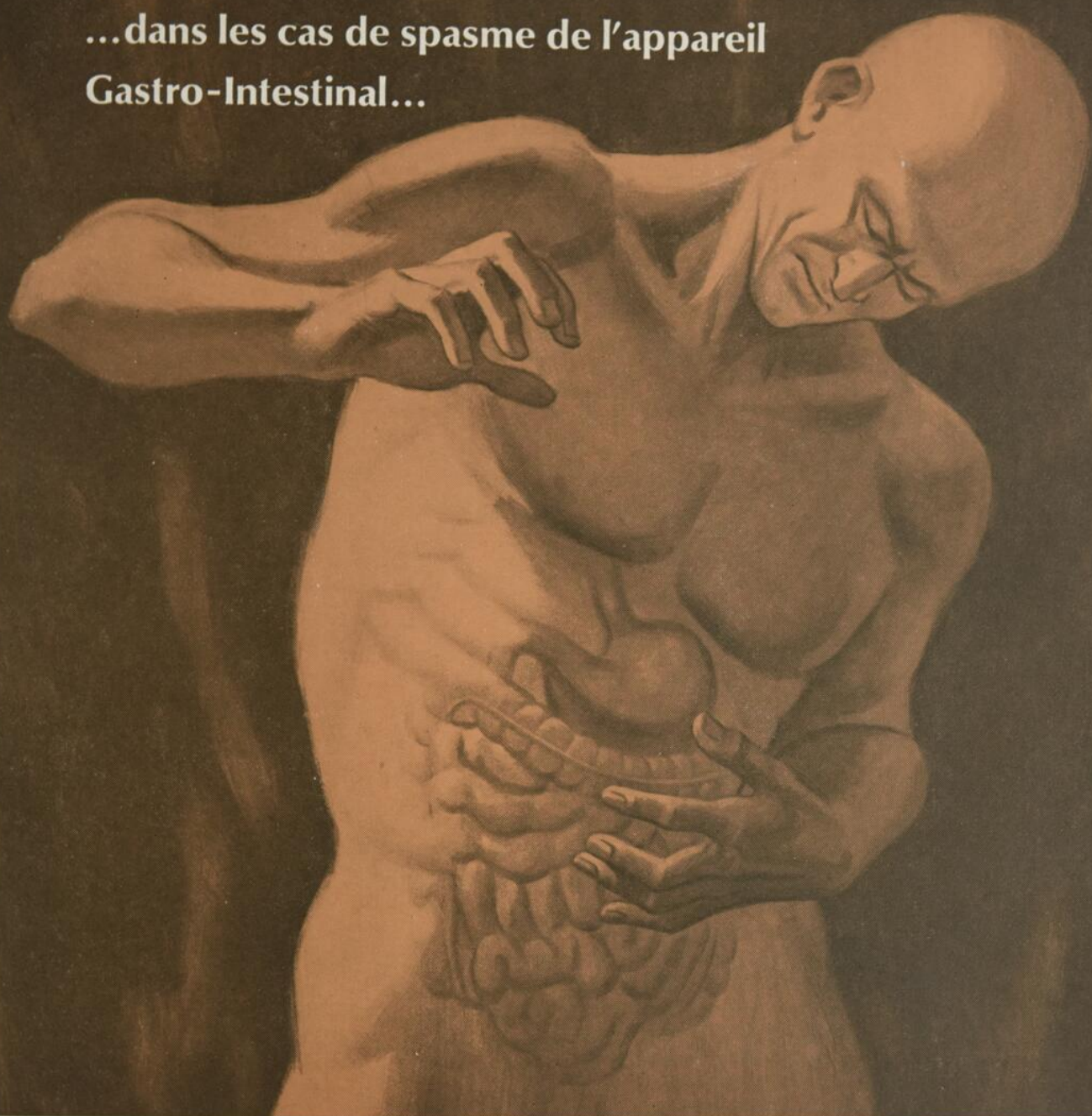
FORMULE: Renferme par c. à thé (5 cm³) ou comprimé: 5 mg de dihydrocodéinone (avertissement: peut causer l'accoutumance), 10 mg phényltoxoamine et 42 mg de résine échangeuse de cations. (N) Prescription orale autorisée. POSOLOGIE: Enfants—moins de 1 an, ¼ de c. à thé q12h; 1 à 5 ans, ½ c. à thé q12h; plus de 5 ans, 1 c. à thé q12h. Adultes—1 c. à thé ou 1 comprimé q8-12h.

STRASENBURGH

R. J. STRASENBURGH CO. OF CANADA, LTD., TORONTO



...dans les cas de spasme de l'appareil
Gastro-Intestinal...



Valpin®-PB assure une action spasmolytique où elle est requise!

Efficacité clinique remarquable dans une vaste gamme d'indications

Indication: Tous les spasmes viscéraux récurrents, persistants ou chroniques, dans le spasme du pylore, l'ulcère gastro-duodénal, les spasmes gastro-intestinaux associés à des troubles émotifs superficiels, l'entérocolite muco-membraneuse, l'irritabilité de l'estomac et du colon, la colite ulcéreuse, la dyscinésie biliaire et la cholécystite.

Posologie: Un comprimé ou une cuillerée à thé d'élixir, trois ou quatre fois par jour, avant les repas et au coucher.

Avertissements: A employer avec discernement dans les cas d'affections cardiovasculaires et d'obstruction organique du tractus gastro-intestinal. Cette prudence est d'ailleurs à observer dans ces cas avec tous les antispasmodiques.

Contre-Indications: Chez les malades accusant une obstruc-

tion du col vésical, du pylore, ou encore un ulcère peptique ou duodénal avec sténose et rétention gastrique importante.

Valpin®-PB

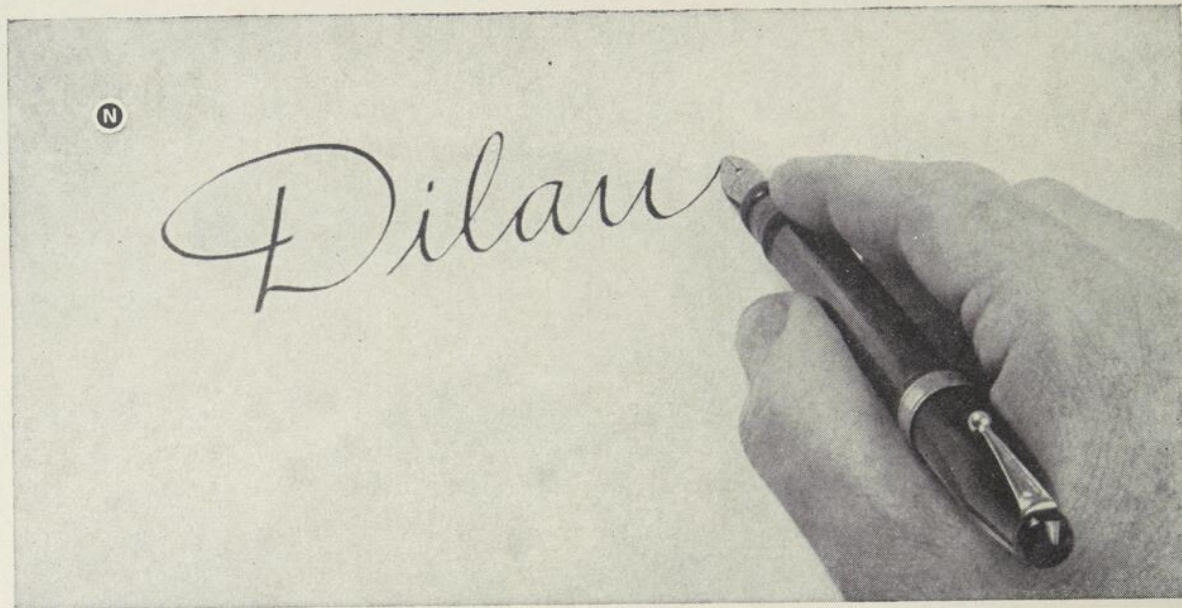
Présentation: Un comprimé Valpin-PB jaune, sécable, ou une cuillerée à thé d'élixir rose, aromatisé aux fruits, fournit 10 mg. (de méthylbromure) d'anisotropine et 8 mg. de phéno-barbital.

Autre présentation: Valpin, (2- propylpentanoyl tropinum bromure de méthyl) 10 mg. par comprimé ou cuillerée à thé.

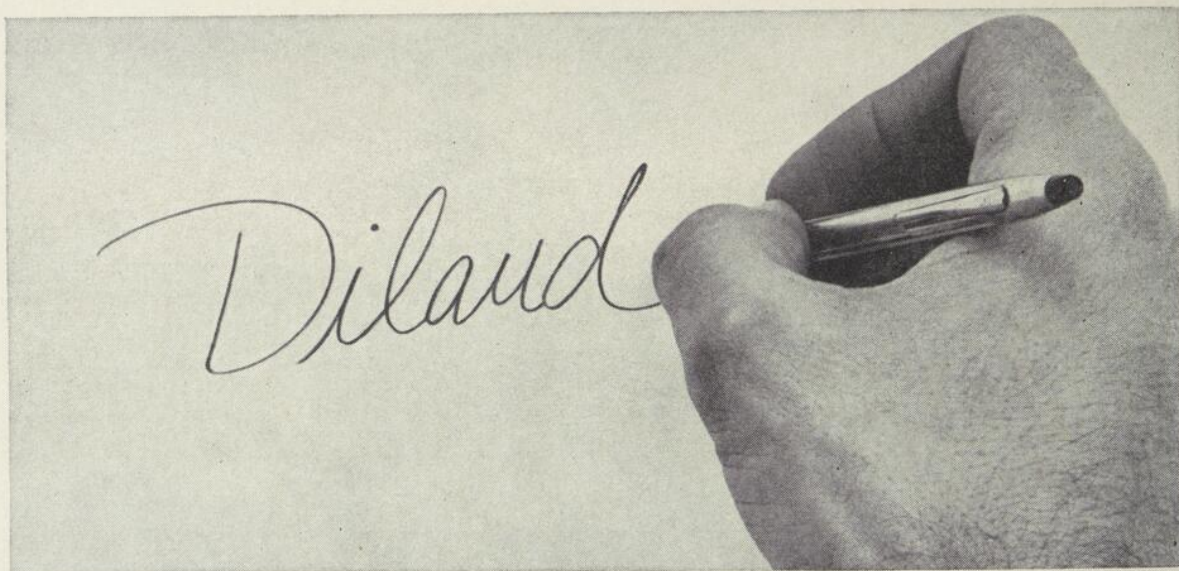
Comprimés sécables, roses.

Elixir jaune, aromatisé au citron. **Documentation sur demande.**

Endo® POUR ÉCHANTILLONS, ÉCRIRE À
ENDO DRUGS (CANADA) LTD., MONTREAL 15



Deux générations de médecins ont une chose en commun...



Dilaudid (hydromorphone)... dont l'activité analgésique est toujours sans égale.

Dans une étude récente à double anonymat¹, on a évalué l'efficacité de quatre médicaments pour soulager la douleur post-opératoire. On a constaté que 1.5 mg de DILAUDID (hydromorphone) exerçait le même effet que 10 mg de morphine (rapport de 1 à 7). Bien que le moment où commence le soulagement et celui où il atteint son maximum soient les mêmes que ceux de 75 mg de mépéridine (rapport de 1 à 50) ou de 40 mg d'alphaprodine (rapport de 1 à 27), l'activité de ces médicaments a été remarquablement plus courte. "Nausées et vomissements ont été des effets secondaires bénins dans ces cas post-opératoires, après administration de dihydromorphinone (DILAUDID), même à des doses de 3 et 4 mg." □ Trente années d'emploi ont prouvé et confirmé que DILAUDID (hydromorphone), administré par voie buccale, parentérale ou rectale, exerce une activité analgésique rapide et n'entraîne que des effets secondaires bénins — deux propriétés qui lui ont gagné la confiance de deux générations de médecins. □ 1. Hanna, C., Mazuzan, J. E., Jr., et Abajian, J., Jr.: An Evaluation of Dihydromorphinone (Dilaudid) in Treating Postoperative Pain, Anesthesia and Analgesia, 41:755-761 (novembre-décembre) 1962. Assujetti aux règlements fédéraux sur les stupéfiants. ANALGESIE RAPIDE, SURE, GENERALEMENT NON TROUBLEE PAR LES NAUSEES ET VOMISSEMENTS

DILAUDID
(hydromorphone)



KNOLL PHARMACEUTICAL COMPANY • COOKSVILLE, ONTARIO, CANADA

Tandéaril®
Geigy

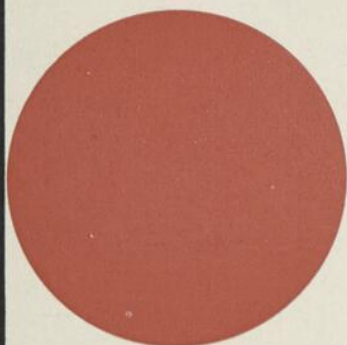
Agent non hormonal Contrôle efficacement l'inflammation

En médecine—

le Tandéaril contrôle les signes et symptômes causés par une inflammation non spécifique, aiguë ou chronique.

En chirurgie—

le Tandéaril soulage la douleur et la tuméfaction causées par l'inflammation post-opératoire, sans prolonger ou compliquer la cicatrisation de la plaie.



Présentation:

Le Tandéaril est le monohydrate de la 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butyl pyrazolidine; il se présente sous forme de dragées à 100 mg, d'un brun clair.

Documentation et guide thérapeutique complets, y compris posologie, effets secondaires et contre-indications, procurables de votre Représentant Médical Geigy, ou directement ici, sur demande.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.

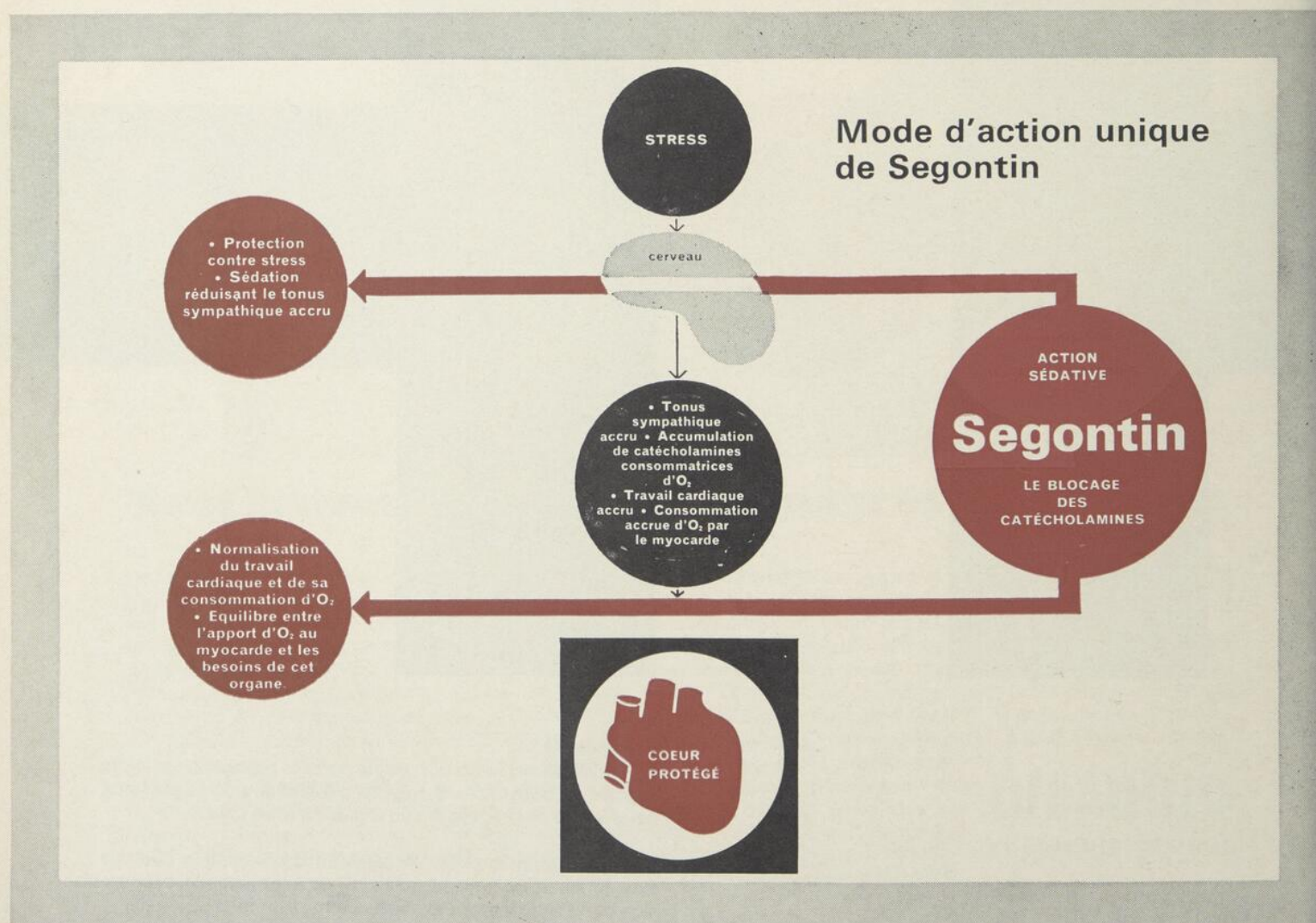
concept nouveau . . .
"le blocage des catécholamines"

Segontin

(lactate de prénylamine)

Pour le traitement efficace de l'angine de poitrine au moyen d'une action combinée sur les causes *physiques* et *émotionnelles* de l'angine de poitrine.

Effets des catécholamines sur le myocarde. Les catécholamines (noradrénaline, adrénaline) accroissent les besoins en oxygène du myocarde, en augmentant le travail et le métabolisme cardiaques. Le surrénale et le sympathique stimulés par le stress et l'exercice libèrent les catécholamines et cette stimulation provoque la décharge de noradrénaline et d'adrénaline dans les cellules myocardiques. Ceci provoque l'accumulation dans le myocarde de "catécholamines consommatrices d'oxygène" entraînant ainsi l'angine de poitrine. **Mode d'action unique de Segontin.** Segontin agit comme un puissant agent de blocage des catécholamines, les empêchant d'atteindre les cellules du myocarde. Segontin exerce aussi une activité légèrement sédatrice qui soulage l'angine provoquée par les stimuli sympathiques centraux déclenchant la libération des catécholamines. Cette action combinée permet un blocage efficace des catécholamines et maintient ainsi l'équilibre normal entre l'apport d'oxygène au myocarde et les besoins de cet organe, prévenant de cette façon l'angine de poitrine. En outre, on a démontré que Segontin peut dilater les artères coronaires pourvu qu'elles soient dilatables.



Dans le cadre de son service constant à la profession médicale, Hoechst présente ses "Notes cliniques sur Segontin", revue de l'angine de poitrine et de son traitement. Détachez le dépliant du journal et gardez-le dans votre cahier de "Notes cliniques Hoechst". Vous pouvez obtenir ce cahier spécial à trois anneaux de votre représentant Hoechst.



et elle ajoute un élément de confusion à la terminologie cardiaque. La terminologie serait classée si on prenait soin de faire la distinction entre un dérangement physiologique, une lésion pathologique et un portrait clinique. L'insuffisance coronarienne a longtemps désigné un dérangement physiologique. Elle peut résulter de tout facteur qui diminue le débit sanguin des coronaires, abaisse sa teneur en oxygène ou augmente le travail du myocarde de façon disproportionnée au débit coronarien. La thrombose ou l'oblitération coronarienne désigne une lésion pathologique. On ne devrait pas utiliser le terme au sens clinique car la lésion peut être suivie ou non d'un infarctus du myocarde. L'infarctus du myocarde est un terme qui sert à décrire une modification pathologique aussi bien qu'un portrait clinique car les caractéristiques cliniques et électrocardio-

graphiques sont déterminées de fait par l'infarctus, avec variations uniquement dans l'ampleur et la localisation des dommages au myocarde.

L'angine de poitrine est un syndrome clinique. Sa pathologie sous-jacente est variable, mais comprend le plus couramment l'oblitération coronarienne, le rétrécissement prononcé des coronaires, la sténose aortique avec calcification ou le rétrécissement syphilitique des orifices. L'insuffisance coronarienne est le dérangement physiologique sous-jacent de la nécrose ou de l'infarctus du myocarde.

BIBLIOGRAPHIE :

Friedberg, C. K.: Diseases of the Heart, 2e éd., Philadelphie: W. B. Saunders Company, 1956, pp. 455-459.

Winbury, M. W.: Advances in Pharmacology, New York: Academic Press Inc., 1964, Vol. 3, pp. 2-6.

VOL. 1, NO 3

notes cliniques sur Segontin®

Segontin®

(lactate de prénylamine)

Pour le traitement efficace de l'angine de poitrine au moyen d'une action combinée sur les causes physiques et émotionnelles de l'angine de poitrine.



HOECHST
PHARMACEUTICALS
3400 O. RUE JEAN-TALON, MONTRÉAL 16
DIVISION DE HOECHST DU CANADA LIMITEE

299/616

'angine de poitrine -
insuffisance
coronarienne'

'angine de poitrine — insuffisance coronarienne'

Dès que le débit sanguin des coronaires, quantitativement ou qualitativement, ne répond pas aux besoins du myocarde, on dit qu'il y a insuffisance coronarienne. L'insuffisance coronarienne est utilisée ici comme terme de physiologie et ne doit pas être confondue avec l'acceptation récente qu'on donne au terme pour désigner un syndrome clinique présenté comme distinctif. On définit ainsi l'insuffisance coronarienne comme le déséquilibre entre l'approvisionnement en oxygène et le besoin des cellules du myocarde. L'approvisionnement ou apport est tributaire (a) d'un débit coronarien suffisant, (b) d'une saturation suffisante en oxygène du sang artériel, (c) de la distribution et du transfert efficaces de l'oxygène et du véhicule dans les capillaires, (d) de l'utilisation appropriée par les tissus. Le besoin est tributaire (a) de la charge de travail et (b) de l'état métabolique du cœur. Toute diminution de l'approvisionnement ou augmentation du besoin compromet l'équilibre et entraîne l'insuffisance coronarienne. Voici les causes particulières de l'insuffisance coronarienne: (a) oblitération coronarienne (récente ou ancienne), (b) athérosclérose corona-

rienne avec rétrécissement extrême, (c) rétrécissement ou oblitération des orifices des coronaires par suite d'aortite syphilitique, (d) rétrécissement aortique, (e) maladies associées à une diminution de la tension aortique, par exemple l'embolie pulmonaire massive et autres états de choc, (f) maladies associées à la diminution de la teneur en oxygène du sang, par exemple l'anémie, l'hypoxémie artérielle due à une maladie pulmonaire ou maladie congénitale du cœur, ou encore à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, (g) médicaments, par exemple l'épinéphrine administrée à titre thérapeutique.

Il est résulté une certaine confusion de la tentative de limiter le terme "insuffisance coronarienne" aux carences "fonctionnelles" de la circulation coronarienne, ce qui excluait l'obstruction mécanique de l'artère coronarienne, c'est-à-dire l'oblitération coronarienne. L'angine de poitrine, un des symptômes les plus frappants de l'insuffisance coronarienne, est attribuable plus souvent à une ancienne oblitération coronarienne qu'à toute autre cause. Angine de poitrine et insuffisance coronarienne ne sont pas synonymes. L'insuffisance corona-

rienne est un dérangement qui, dans des circonstances particulières, peut produire l'angine de poitrine et, dans d'autres, la nécrose ou l'infarctus du myocarde, ou bien elle peut s'exprimer uniquement par des anomalies électrocardiographiques qui ne s'accompagnent pas de douleur. L'insuffisance coronarienne révèle nécessairement l'anoxie ou l'hypoxémie du myocarde.

Normalement, la circulation coronarienne suffit aux besoins du myocarde à tout moment particulier. Au repos, il y a peu de différence entre le débit coronarien de la personne normale et celui de la personne atteinte d'angine. Il existe un vaste écart entre le débit coronarien dans les conditions de base et le débit accru au moment où les besoins du myocarde sont à leur maximum. Cet écart peut s'appeler la réserve coronarienne. Dans les circonstances qui suscitent une augmentation du besoin d'oxygène du cœur, le débit coronarien de la personne normale peut s'accroître grandement, ce qui révèle une large "réserve coronarienne"; toutefois, dans le cas du malade atteint d'angine, le débit ne peut s'accroître que fort peu en raison de la réserve coronarienne restreinte et il peut se manifester des signes d'insuffisance coronarienne. Ainsi, la vaso-dilatation est presque maximale au repos chez les sujets atteints d'angine. La diminution de la réserve coronarienne chez ces derniers tient probablement à une diminution de l'aptitude des vaisseaux coronaires à se dilater par suite de l'athérosclérose sous-jacente. L'insuffisance coronarienne résulterait alors d'une augmentation du besoin d'oxygène plutôt que d'une diminution de l'approvisionnement.

Lorsque la réserve coronarienne diminue au point que le débit ne suffit plus qu'aux besoins ordinaires, toute diminution supplémentaire soudaine de

l'apport de sang ou toute augmentation soudaine des besoins du myocarde peut provoquer l'insuffisance coronarienne et l'hypoxémie du myocarde. Le débit coronarien peut être abaissé par une oblitération récente des coronaires, par une hémorragie aiguë, etc.; ou bien le besoin de sang du myocarde peut être accentué par l'effort physique, l'excitation ou quelque autre facteur qui amplifie le travail du cœur. Si l'insuffisance coronarienne est prononcée, l'anoxie du myocarde qui en résulte peut donner source à un infarctus du myocarde. Toutefois, lorsque l'insuffisance coronarienne est moins marquée, l'anoxie du myocarde qui en découle ne suscite que certains dérangements temporaires et métaboliques du muscle cardiaque. On estime que ces épisodes d'insuffisance coronarienne aiguë et temporaire sont responsables de la manifestation de l'angine de poitrine.

Insuffisance coronarienne aiguë

L'existence d'une telle entité clinocopathologique est une question assez discutée. L'insuffisance coronarienne comme entité clinique se distingue de l'insuffisance coronarienne, dérangement physiologique révélant l'insuffisance du débit coronarien par rapport aux besoins du myocarde. Master et ses collaborateurs se sont attachés à décrire l'insuffisance coronarienne aiguë comme une entité complète comportant ses propres facteurs définis de prédisposition et de déclenchement, sa pathologie et sa physiologie particulières, ses modifications électrocardiographiques et ses moyens de traitement distincts. Friedberg s'oppose à cette façon de voir et ne croit pas justifiable de donner une nouvelle définition clinique à un terme physiologique bien établi.

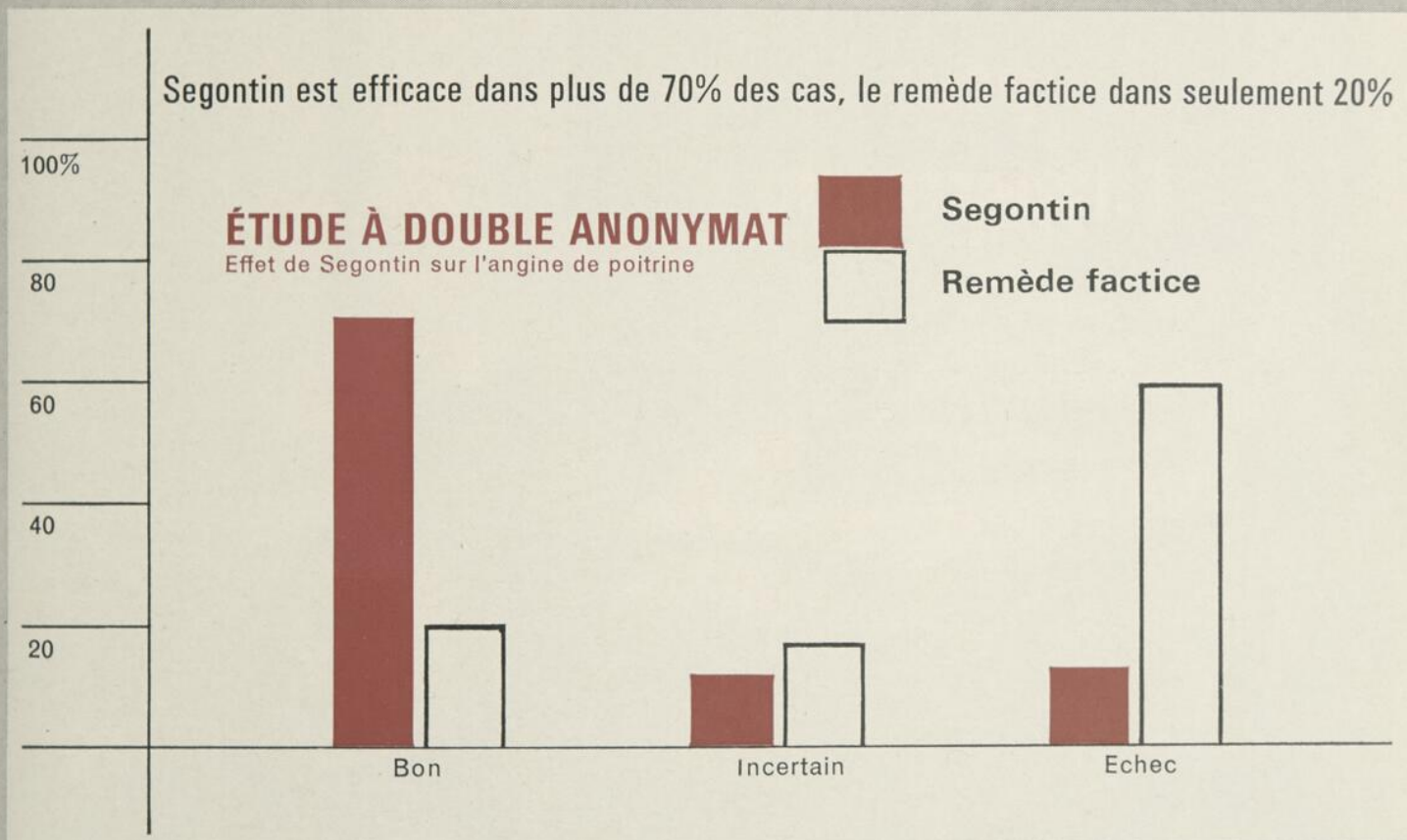
L'insuffisance coronarienne aiguë n'est pas une entité clinique distincte

nouvelles preuves cliniques . . . étude à double
anonymat

Segontin®

(lactate de prénylamine)

Les causes physiques et émotionnelles de l'angine de poitrine sont soumises à de nombreux facteurs de milieu. Aussi l'étude en jeu a-t-elle été poursuivie chez des malades externes qui poursuivaient leurs habitudes normales. On n'a pas pris de mesures générales supplémentaires comme l'interdiction absolue de fumer ou quelque protection particulière contre le froid.



Ce graphique révèle les résultats d'une étude à double anonymat avec Segontin et un remède factice chez 32 malades souffrant d'angine de poitrine.

"Les résultats de l'étude à double anonymat démontrent un effet statistiquement reconnu de Segontin"

Kappert, A., Zeitschrift für Therapie, 3:2, 82-86, 1965.

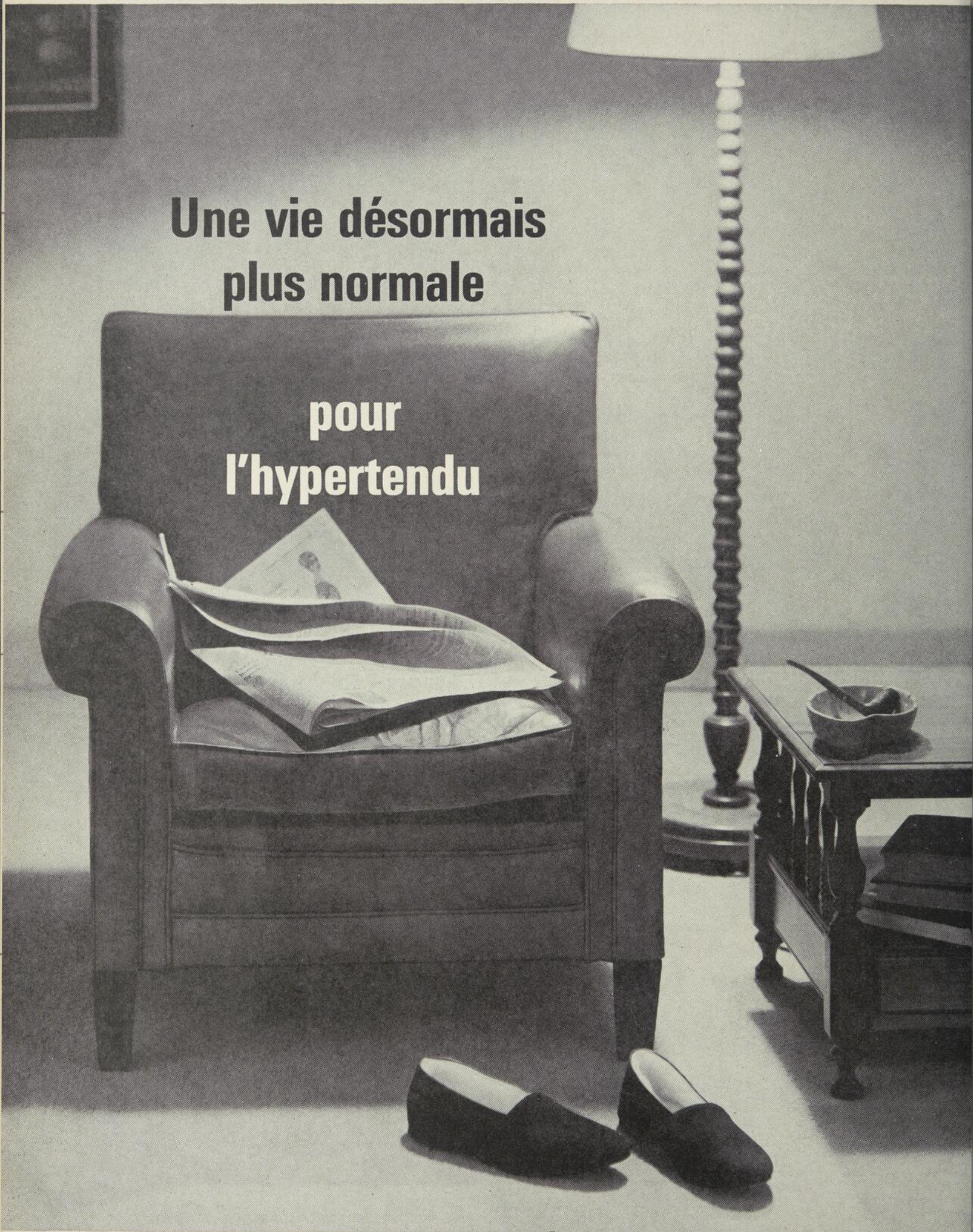
Indications: Segontin est indiqué pour le traitement à longue échéance de l'angine de poitrine, non pour le soulagement immédiat d'une crise aiguë étant donné que des effets durables sont obtenus seulement après plusieurs jours de traitement. Le médecin pourrait trouver souhaitable de continuer le médicament habituel (nitroglycérine) durant cette phase initiale en cas de crise aiguë. **Posologie:** en général, on commence le traitement avec 60 mg (1 comprimé) 3 fois par jour jusqu'à l'apparition d'une amélioration. On peut accroître cette posologie jusqu'à 60 mg 4 fois par jour chez les malades qui ne réagissent pas au traitement dans les 7 jours. Par la suite, on doit adapter la posologie à chaque malade particulier. La dose habituelle d'entretien est de 60 mg deux fois par jour. **Effets secondaires:** Segontin est bien toléré en général même au cours de l'administration prolongée. On a rapporté occasionnellement des effets secondaires tels que nausées, vomissements ou diarrhées. Une rougeur de la face peut survenir au cours des premiers jours de traitement. On a observé de la somnolence en certains cas. On a rapporté des signes de dépression mentale à la suite de l'administration de fortes doses. On a constaté aussi des cas occasionnels d'éruption cutanée. **Précautions:** on ne doit pas administrer Segontin conjointement avec des inhibiteurs de la monoaminoxydase. Il peut potentialiser l'action des médicaments antihypertensifs d'où la nécessité d'une réduction de la posologie de l'un ou des deux agents. Comme avec tous les nouveaux médicaments, Segontin doit être administré avec prudence chez les malades ayant une fonction hépatique ou rénale déficiente. A la suite de l'administration prolongée de fortes doses de Segontin (240 mg/jour) on a observé des altérations réversibles de la fonction hépatique chez des sujets ayant un antécédent d'ingestion chronique excessive d'alcool. On doit procéder à des évaluations régulières des fonctions hépatique et rénale et analyser le sang lorsque Segontin est administré en traitement prolongé. Les malades doivent être avertis de ne pas dépasser les limites de leur réserve coronarienne quand leur état s'améliore. **Contre-indications:** Segontin est contre-indiqué en présence d'un bloc auriculoventriculaire ou intraventriculaire grave. Les études de la reproduction chez les rats, lapins et souris n'ont pas révélé d'anomalies fœtales. Toutefois, tant que l'on n'aura pas rassemblé suffisamment de données expérimentales pour déterminer la sécurité de ce médicament chez l'être humain, Segontin ne devra pas être administré pendant la grossesse. **Présentation:** Segontin (lactate de prénylamine), est présenté en flacons de 50 et de 500 dragées. Chaque dragée rose renferme du lactate de prénylamine correspondant à 60 mg de base.

Segontin
protège le coeur.



**Une vie désormais
plus normale**

**pour
l'hypertendu**



Un progrès notable dans l'hypertension



**l'antihypertenseur qui stabilise la tension
au cours des 24 heures d'une journée—au
travail, au repos ou durant le sommeil.**

Les avantages de l'ALDOMET procurent au patient
plusieurs bienfaits:

- Maîtrise de l'hypertension durant le jour et la nuit que le patient soit à l'état de veille ou de sommeil.
- Emploi possible même chez les patients dont la fonction rénale est atteinte puisque, administré à des doses thérapeutiques, il permet de maintenir le débit de filtration glomérulaire et le flux sanguin rénal.
- Possibilité pour le patient de poursuivre une activité normale car des effets secondaires indésirables telle l'hypotension de posture le gênent rarement.
- Stabilisation de la tension artérielle sans entraîner d'écarts trop prononcés.
- Collaboration du patient assurée en raison de la sensation de bien aise qu'il ressent dès le début et tout au cours du traitement.

L'ALDOMET réduit la tension par une diminution de la résistance périphérique.

POSOLOGIE: La posologie quotidienne per os varie habituellement de 500 mg à 2.0 gm, suivant les besoins et la réponse du patient. On recommande de ne pas excéder une dose quotidienne de 3.0 gm.

CONTRE-INDICATIONS: Phéochromocytome et affection hépatique active; emploi non recommandé chez les femmes enceintes. User de précautions si l'anamnèse révèle une affection hépatique. Emploi non recommandé en cas d'hypertension bénigne ou labile répondant à un traitement au moyen de sédatifs ou de thiazides employés seuls.

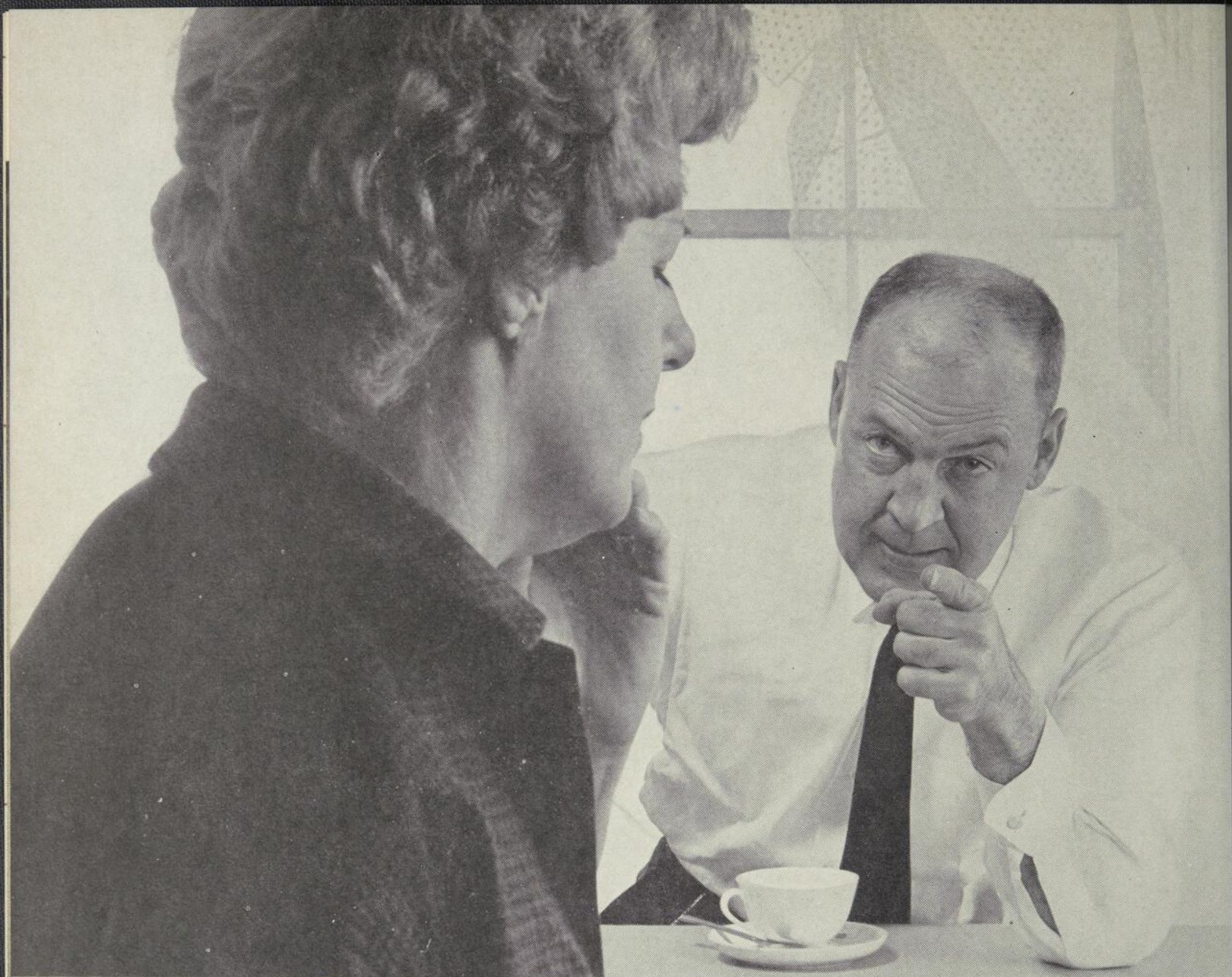
Renseignements détaillés concernant les indications, la posologie, les effets secondaires et bibliographie sur demande.

Présentation: L'ALDOMET est présenté sous forme de comprimés laqués, jaunes, dosés à 250 mg de méthildopa, en flacons de 50 et de 500.



**MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL**

*La recherche d'aujourd'hui au service de la
thérapeutique de demain*



pour atténuer les rigueurs d'une personnalité trop marquée

◇ **BUTISOL*** SODIUM
BUTABARBITAL SODIUM

McNEIL

exerce une action douce et calmante qui restitue à l'esprit son calme et sa mesure sans porter préjudice aux facultés intellectuelles.

Des études comparées¹ se sont révélées en faveur de BUTISOL SODIUM butabarbital sodium, comme le sédatif diurne le plus approprié au traitement des états ordinaires de tension-anxiété, tels qu'on les rencontre chaque jour dans la pratique médicale.

Précautions et effets secondaires : Contre-indiqué chez les patients qui réagissent aux barbiturates. L'employer avec précaution dans les cas de troubles hépatiques de modérés à graves. Aux doses prescrites, ce sédatif diurne n'a provoqué qu'en de rares occasions de la somnolence, des éruptions cutanées, une intoxication comme "après boire", et des perturbations dans l'organisme.

Posologie : En tant que sédatif diurne, 15 mg ($\frac{1}{4}$ gr) à 30 mg ($\frac{1}{2}$ gr) trois ou quatre fois par jour.


Présentation : Comprimés, 15 mg ($\frac{1}{4}$ gr), 30 mg ($\frac{1}{2}$ gr), 50 mg ($\frac{3}{4}$ gr), 100 mg ($1\frac{1}{2}$ gr); Elixir, 30 mg/5cc (alcool à 7%).

1. Batterman, R.C., Grossman, A.J., Leifer, P., et Mouratoff, G. J.: Clinical Re-evaluation et Daytime Sedatives, Postgrad. Med. 25:502-509 (oct.) 1959.

*MARQUE DÉPOSÉE

Mc NEIL LABORATORIES (CANADA) LIMITED

11 GREEN BELT DR., DON MILLS, ONT.



Puisque le spectre
d'activité n'est pas le
seul avantage que vous
considérez dans le choix
d'une tétracycline...

Tetrex*

(PHOSPHATE COMPLEXE DE TÉTRACYCLINE)

vous offre des traite-
ments de tétracycline
plus efficaces

Bibliographies: 1. P.A. Bunn et G.A. Cronk: *Antibiotic Med. & Clin. Ther.* 5:379 (juin) 1958. 2. *New and Nonofficial Drugs*, Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1963, p. 173. 3. B.A. Shidlovsky, *et al.*: *Antibiot. Ann.* 1957-58:459, 1958. 4. C.E. Roberts, Jr., *et al.*: *A.M.A. Arch. Int. Med.* 107:204 (févr.) 1961. 5. G.A. Cronk, D.E. Naumann et K. Casson: *Antibiot. Ann.* 1957-58: 397, 1958. 6. Editorial: *Antibiotics & Chemother.* 11:427 (juillet) 1961. Documentation sur demande.

BRISTOL

BRISTOL LABORATORIES
OF CANADA LIMITED *MARQUE DÉPOSÉE

Tetrex—
l'antibiotique prescrit le plus fréquemment par les médecins canadiens

Absorption
plus rapide
que celle que
l'on obtient
avec la
tétracycline
HCl¹

Absorption
plus complète
que celle que
l'on obtient
avec la
tétracycline
HCl^{2,3}

Liaison
protéinique
moindre
que celle
de la
déméthylchlor-
tétracycline⁴

Tolérance
supérieure à
celle de
l'oxy-⁵ et
de la
déméthylchlor-
tétracycline⁶

Ovulen 1 mg.*

Chaque comprimé d'Ovulen 1 mg. contient: diacétate d'éthynodiol 1.0 mg., mestranol 0.1 mg.

régulation de la conception efficace à 100% tel que rapporté...¹

Tyler, E. T. "L'Ovulen comme contraceptif". Article lu à Guadalapin, Mexique, Monteray (3 novembre 1964).
"...¹La tolérance à l'Ovulen, considérée sur l'ensemble des études a été très bonne, du point de vue statistique et, à la dose de 1 mg. de progestine, l'efficacité de la médication a été excellente. On n'a pas signalé un seul cas de grossesse sur un total de près de 44,000 cycles."

effets secondaires moins nombreux...

Des médecins du monde entier ont confirmé que l'Ovulen 1 mg. provoque des réactions secondaires moins nombreuses.

"Nous estimons que l'Ovulen est le contraceptif per os le plus satisfaisant qui ait jamais été mis sur le marché."—Flowers, C. E. (1964) North Carolina Medical Journal 25, 139.

expérience sans précédent...

1. Searle a mis sur le marché le premier contraceptif per os il y a 12 ans. Aujourd'hui, plus de 3,000,000 de femmes emploient les contraceptifs per os chaque jour.
2. Ces nombreuses années de recherches ont donné à Searle une expérience sans égale dans ce domaine.
3. L'aboutissement logique de ce leadership en matière de recherches a été l'Ovulen 1 mg., le contraceptif per os à faible dose.

acceptation maximum par la patiente...

"La dose a pu être réduite parce que le diacétate d'éthynodiol est plus actif. Ceci coïncide avec une réduction des effets secondaires et rend plus acceptable l'administration de progestines."

Andrews, W.C., and Andrews, M.C.: Reduction of Side Effects from Ovulation Suppression by the Use of Newer Progestin Combinations, Fertil. Steril. 15:75-83 (Jan.-Feb.) 1964.

l' "inoubliable"

Ovulen 1mg. Compack*



L'Ovulen 1 mg. en Compack et les recharges pour Compack peuvent maintenant s'obtenir dans toutes les pharmacies.

DISQUE DE RECHANGE: Prescrire le Compack d'Ovulen 1 mg. avec six disques de recharge pour que votre patiente possède une provision suffisante jusqu'à son retour au bout de six mois.

POSOLOGIE: Un comprimé par jour, le premier étant pris le jour cinq du cycle menstruel (le 1er jour de l'écoulement étant le jour un) et le traitement étant poursuivi jusqu'au vingt-quatrième jour inclusivement.

CONTRE-INDICATIONS: Tumeur maligne des seins ou des voies génitales. Mères qui allaitent. Hépatopathies. Antécédents de thrombo-phlébite ou de thromboembolie. Employer avec prudence chez les malades souffrant de maladies cardiaques ou rénales, d'hypertension, d'épilepsie ou d'asthme. A prohiber en présence de saignement vaginal non diagnostiqué, d'antécédents d'accidents cérébro-vasculaires, ou en présence d'une diminution inexplicée de la vision, de défauts du champ visuel, de diplopie ou d'exophtalmie.

PRÉCAUTIONS: Il est de saine pratique de procéder à un examen somatique, comportant un frottis de Papanicolaou, avant de prescrire l'Ovulen. En présence d'un saignement inter-cycle persistant, il faudra éliminer d'abord des étiologies non fonctionnelles possibles. Si deux périodes menstruelles consécutives font défaut, il faudra alors déterminer s'il n'y a pas grossesse. A employer avec circonspection en cas de dépression psychique et de maladies affectant le métabolisme du calcium et du phosphore. Des fibromes utérins risquent parfois d'augmenter de volume. Les besoins en insuline d'une diabétique peuvent parfois être modifiés quand elle prend des estrogènes.

DOCUMENTATION DÉTAILLÉE SUR DEMANDE

*MARQUES DÉPOSÉES

DE SEARLE OU "LA PILULE" A VU LE JOUR

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



Le médecin a passé une bonne nuit

Terpo-Dionin soulage de "3 façons" (comme sédatif, antalgique et expectorant), procurant ainsi aux malades qui toussent—et à leur médecin—une nuit paisible.

Chaque c. à thé (5 ml) contient 5.5 mg de chlorhydrate d'éthylmorphine; 13.9 mg d'hydrate de terpine; 5.0 mg de gäiacol; 10.2 mg de glycérophosphate de calcium; base extraite du pin blanc. Posologie: une c. à thé toutes les trois heures et une au coucher.

^N TERPO-DIONIN



réduit les appels de nuit dus à la toux

Laboratoires

Winthrop

MONTRÉAL AURORA VANCOUVER

PEN·VEE*·*Oral*

PÉNICILLINE V WYETH

La PEN·VEE·*Oral* produit des taux sanguins comparables à ceux produits par la pénicilline-procainée G injectable.* Des taux sanguins démontrables sont atteints en 15 minutes; des taux maximums en 30 minutes.* PEN·VEE, contrairement à la pénicilline G, est acido-résistante et peut être prise sans tenir compte des repas.** Liquides à saveur plaisante et comprimés à très haute puissance encouragent la coopération du patient et l'acceptance de la dose thérapeutique complète.

*Peck, F. B. and Griffith, R. S. *Antibiot. Ann.* 1955/56, p. 506

**Griffith, R. S. and Black, H. R. *Current. Therap. Res.* 6:253 (April) 1964

UNE PÉNICILLINE PER OS AVEC



L'ACTIVITÉ D'UNE INJECTION



indications . . . Fièvre scarlatine avec ou sans otite moyenne • périamylgadalite • pharyngite • bronchite • néphrite • lymphadénite • pneumonie à pneumocoques • otite moyenne à la suite de la coqueluche • complications bactériennes de la rougeole prophylaxie de la fièvre rhumatismale, endocardite bactérienne, infections secondaires.

précautions . . . Les précautions standardisées qui doivent être observées avec le traitement de la pénicilline orale s'applique également à la PEN·VEE·*Oral*.

PRÉSENTATION:

comprimés—PEN·VEE·*Oral* 200,000 unités (125 mg.)

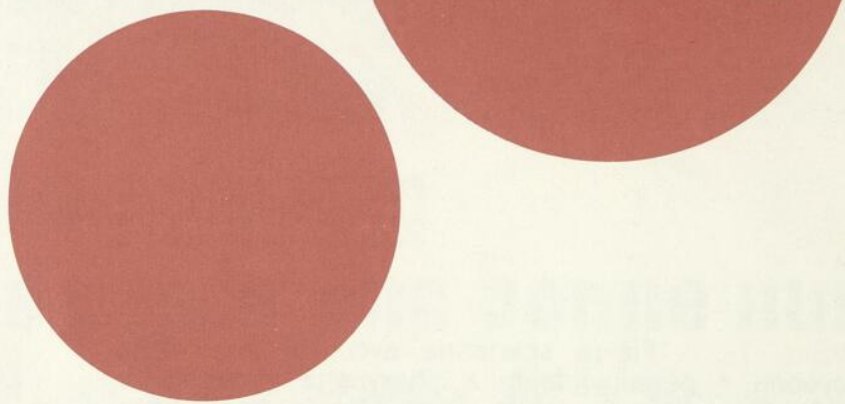
PEN·VEE·*Oral* 500,000 unités (300 mg.) en flacons de 12 et de 100 comprimés

suspension—PEN·VEE en suspension 150,000 unités par dose de 5 cc. (90 mg.)

PEN·VEE en suspension 300,000 unités par dose de 5 cc. (180 mg.) en flacons de 60 cc. et 100 cc.



*Marque Déposée



SERAX*

OXAZEPAM, WYETH



SPÉCIFIQUE POUR L'ANXIÉTÉ

Agent psychotrope pour le contrôle des symptômes de réaction de stress communément vus en pratique courante. Informations complètes sur demande.

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
Windsor Ontario

lorsque vous prescrivez

votre patient reçoit la

CÉFRACYCLINE

MARQUE DÉPOSÉE

TÉTRACYCLINE

TAMPONNÉE

FROSST

de haute qualité mais à bas prix

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



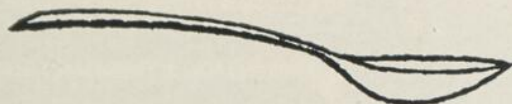
COMPRIMÉS

Chaque comprimé contient 250 mg de chlorhydrate de tétracycline.

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

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

Flacons de 16 et de 100 comprimés



SUSPENSION

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

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

Flacons de 60 et de 100 cc



GOUTTES

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

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

Flacons de 10 cc, avec compte-gouttes gradué

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



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ

Charles E. Frosst et Cie
MONTREAL CANADA

MAISON FONDÉE AU CANADA EN 1899

dans la lutte contre les dermatoses: attaquons par la force

Lançons l'attaque avec

CELESTODERM-V

(concentration normale) valérate de betaméthasone à 0.1%

"L'une des meilleures préparations à base de corticostéroïdes pour application locale".¹

Même dans les cas de dermatoses rebelles, quelques jours de traitement suffisent souvent à une nette amélioration.

Et lorsqu'un résultat satisfaisant a été obtenu...

Et maintenant... à ce stade... continuez avec le nouveau

CELESTODERM-V/2

(nouveau produit à concentration réduite de moitié) valérate de betaméthasone à 0.05%

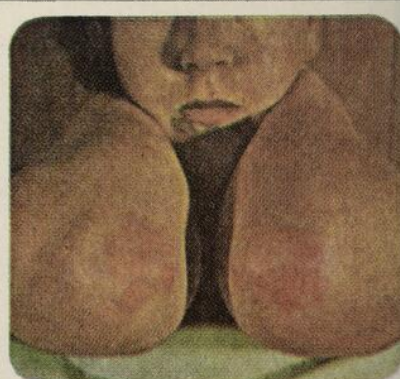
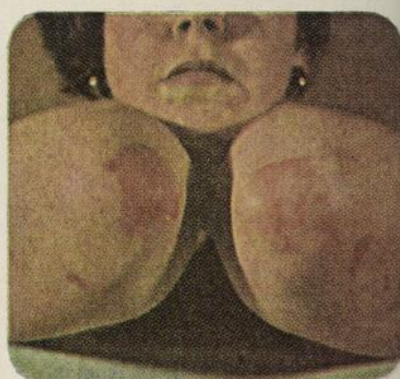
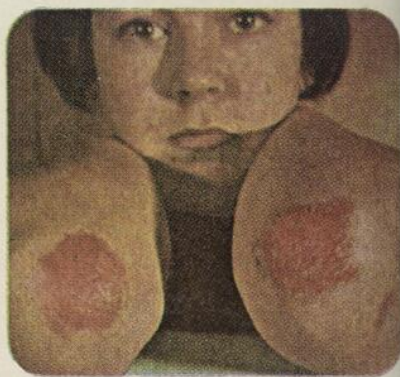
Une fois la situation sous contrôle, vous pouvez continuer le traitement avec CELESTODERM-V/2. Cette formule à concentration réduite de moitié permet une thérapie d'entretien, souvent aussi efficace que d'autres stéroïdes à pleine concentration. Le coût réduit du CELESTODERM-V/2 le rend particulièrement avantageux pour traitements de longue durée.

le valérate de betaméthasone

entraîne rapidement l'érythème, l'enflure et l'infiltration. Il agit également sur les manifestations allergiques, diminuant les démangeaisons et, par là même, les risques d'infection secondaire provoquée par le grattage. C'est le médicament idéal pour la corticostéroïdothérapie topique avec la technique occlusive, dans les cas de dermatoses rebelles.

psoriasis

(Réponse favorable après application quotidienne de Crème CELESTODERM-V pendant 8 jours.)



Références: 1. Mazzini, R. H. E.: El Medico Practico (Argentine) No 240, (Mars) 1965. 2. McKenzie, A. W., and Atkinson, R. M.: Arch. Dermat. 89:741 (mai) 1964. 3. Lozano, M. M.: à publier. 4. Sanabria, J. M. L.: Semana Med., Mexico, à publier. 5. Kaminsky, A., et al.: "New Observations on Betamethasone Valerate (Communication No. 2)", rapport présenté à l'Association dermatologique de l'Argentine, à Buenos Aires le 18 avril 1964. 6. Williams, D. I., et al.: Lancet I:1177 (mai 30) 1964.

Description: Toutes les formes de CELESTODERM-V et CELESTODERM-V/2 renferment le 17-valérate de betaméthasone, le nouvel et très actif esther de la betaméthasone pour le traitement topique des dermatoses allergiques et inflammatoires. Le produit se présente sous trois formes: (1) l'onguent et la crème CELESTODERM-V. Chaque gramme renferme 1.0 mg (0.1%) de betaméthasone, sous forme de 17-valérate; (2) l'onguent et la crème CELESTODERM-V avec néomycine. Chaque gramme renferme 1.0 mg (0.1%) de betaméthasone, sous forme de 17-valérate, et 3.5 mg (0.35%) de néomycine base (sous forme de sulfate); (3) l'onguent et la crème CELESTODERM-V/2. Chaque gramme renferme 0.5 mg (0.05%) de betaméthasone sous forme de 17-valérate.

Action: La crème et l'onguent CELESTODERM-V sont doués d'une excellente activité anti-inflammatoire, antiallergique et antiprurigineuse dans toutes les dermatoses répondant à la corticostéroïdothérapie, enrayant le prurit, l'érythème, l'enflure et l'infiltration. CELESTODERM-V/2 (concentration réduite de moitié) présente un degré d'efficacité comparable dans ses indications particulières.

Indications: La crème et l'onguent CELESTODERM-V sont indiqués pour le traitement par application locale des dermatoses répondant aux corticostéroïdes, telles que: eczéma allergique, infantile et nummulaire, prurit ano-génital et sénile, dermatite de contact (dermatite vénéneuse), dermatite séborrhéique, neuro-dermatite (lichen simplex chronique), intertrigo, dermatite exfoliatrice, dermatite solaire, dermatite de stase et psoriasis. Dans la dermatite allergique ou de contact, la crème CELESTODERM-V procure un excellent soulagement symptomatique en attendant l'identification des allergènes. Le psoriasis rebelle peut être traité avec succès avec la crème ou l'onguent CELESTODERM-V, employé conjointement avec la méthode d'hydratation (pansements occlusifs). La crème et l'onguent CELESTODERM-V avec néomycine sont indiqués dans les mêmes affections lorsqu'elles sont infectées ou menacées d'infection. L'onguent peut être préféré pour le traitement de lésions sèches, squameuses et fissurées. La crème et l'onguent CELESTODERM-V/2 sont indiqués: (a) pour les traitements d'entretien des dermatoses graves ou rebelles, après qu'une amélioration satisfaisante de l'état ait été obtenue avec la crème ou l'onguent CELESTODERM-V (0.1%); (b) pour un traitement plus économique des grandes surfaces cutanées.

dermatite atopique

(Résultats frappants obtenus en 7 jours seulement de traitement à la Crème CELESTODERM-V q.i.d. plus érythromycine *per os*, pour enrayer une infection secondaire.)

eczéma

(Traitement à la Crème CELESTODERM-V b.i.d. Résultats illustrés obtenus en 17 jours.)



lorsque l'activité est à considérer

Le produit CELESTODERM-V s'est avéré avoir une activité anti-inflammatoire trois fois supérieure à celle des corticostéroïdes à base d'acétonide de fluocinolone et autres.² Il a été jugé "... un agent thérapeutique très précieux pour le traitement des affections cutanées exigeant un stéroïde topique très actif".³

grande souplesse thérapeutique

CELESTODERM V/2 est le médicament de choix, non seulement pour la dermatothérapie d'entretien, mais encore pour le traitement de grandes surfaces cutanées, par la méthode d'hydratation (pansements occlusifs). Dans ses indications particulières, la nouvelle forme du produit à concentration réduite présente un degré d'efficacité et de sécurité thérapeutique comparable à celui de CELESTODERM-V à 0.1%.

réussit souvent là où d'autres stéroïdes ont échoué

Sur 164 cas ayant résisté à d'autres stéroïdes, des résultats allant de "bons" à excellents ont été obtenus pour 139 cas, à la suite du traitement avec CELESTODERM-V (0.1%).⁴ Un pourcentage de 95.9% de guérison ou d'amélioration a été rapporté à la suite d'une étude sur 421 patients souffrant d'affections cutanées inflammatoires.⁵ Dans les cas de psoriasis et d'eczéma, "on peut s'attendre à un meilleur résultat avec le valérate de bétaméthasone qu'avec tout autre corticostéroïde essayé".⁶

Posologie et Mode d'Emploi: Appliquer une petite quantité de crème sur la région affectée deux ou trois fois par jour. Les lésions rebelles du psoriasis et autres dermatoses profondes telles que le lichen simplex chronique, le lichen plan hypertrophique, l'eczéma allergique, les éruptions chroniques eczémateuses et lichenifiées aux mains, les éruptions pustuleuses réfractaires à la paume des mains et à la plante des pieds, cèdent mieux aux corticostéroïdes appliqués localement en utilisant la méthode hydratante par pansements occlusifs. Cette méthode réduit l'évaporation au moyen d'un pansement imperméable appliqué sur la lésion. Des renseignements détaillés sur la technique occlusive seront fournis sur demande par Schering.

Précautions et contre-indications: Les préparations contenant du 17-valérate de bétaméthasone ne doivent pas être employées en présence de tuberculose de la peau. Elles ne doivent pas être employées dans l'oeil ni dans la région péri-oculaire. La varicelle, l'herpès simplex et la vaccine sont des contre-indications à l'emploi de ces produits. Un traitement spécifique doit être institué chez les malades souffrant d'infections superficielles causées par des agents fongiques ou des levures. Comme les corticostéroïdes sont absorbés par voie cutanée, il ne faut pas écarter, dans le cas d'un traitement occlusif prolongé, la possibilité de réactions métaboliques généralisées. En présence d'infection, on devrait employer de préférence la crème ou l'onguent CELESTODERM-V avec néomycine, ou toute autre préparation anti-bactérienne appropriée, jusqu'à disparition de l'infection.

PRÉSENTATION—Formes et concentration

| | | Conditionnement | | | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | Tube 5 g | Tube 15 g | Tube 45 g | Pot 120 g | Pot 454 g |
| Celestoderm-V, | 0.1% Crème | • | • | • | • | • |
| Celestoderm-V, | 0.1% Onguent | • | • | • | • | • |
| Celestoderm-V, | 0.1% Crème avec Néomycine | • | • | • | • | • |
| Celestoderm-V, | 0.1% Onguent avec Néomycine | • | • | • | • | • |
| Celestoderm-V/2 | 0.05% Crème | | • | • | | • |
| Celestoderm-V/2 | 0.05% Onguent | | • | • | | • |

Schering
Corporation Limited
Pointe Claire, Québec

*Marque déposée

WILL

SÉRUM ANTITÉTANIQUE (HUMAIN)

- Préparé avec du sang humain (non placentaire) provenant de **DONNEURS SAINS**.
- Les anticorps sont présents sous forme de **PROTÉINES HUMAINES HOMOLOGUES**.
- Aucun cas de sensibilisation, de réaction anaphylactique ou de maladie du sérum n'a été signalé.
- Ne transmet pas l'hépatite.
- A trois fois la durée d'action thérapeutique du sérum antitétanique d'origine équine.
- Les anticorps s'infiltrant dans les humeurs environ **4 FOIS PLUS RAPIDEMENT** que les anticorps équins.
- Supérieur au sérum équin aussi bien pour la **PROPHYLAXIE** que pour le **TRAITEMENT**.

TÉTABULLIN^{*}

(SÉRUM ANTITÉTANIQUE - HUMAIN)

- Maintenant présenté sous formes lyophilisée et liquide.
- Stérilité et apyrogénéité garanties.
- Fioles unidoses de 500 U.I. - lyophilisé et liquide.

AUTRES PRODUITS WILL DÉRIVÉS DU SANG

Imbullin - Immuno-Sérumglobuline (Humaine)

Perbullin - Immuno-Globuline Anticoquelucheuse (Humaine)

RÉFÉRENCES :

- (1) Rubinstein, H. M.: Studies on Human Tetanus Antitoxin. *Amer. J. Hyg.* 76, 276 (1962). (2) Smolens, J., Vogt, A. B., Crawford, M. N., and Stokes, J., Jr.: The Persistence in the Human Circulation of Horse and Human Tetanus Antitoxins. *J. Pediat.* 59, 899 (1961). (3) Suri, J. C. and Rubbo, S. D.: Immunization against Tetanus. *J. Hyg. (London)* 59, 29 (1961). (4) Rubbo, S. D., and Suri, J. C.: Passive Immunization against Tetanus with Human Immune Globulin. *Brit. Med. J.* 2, 79 (1962). (5) Ellis, M.: Human Antitetanus Serum in the Treatment of Tetanus. *Brit. Med. J.* 1, 1123 (1963). (6) Auerswald, W., and Doleschel, W.: Distribution Velocity and Disappearance Rate of Intramuscularly Administered Homologous Antibody (*Verteilungsgeschwindigkeit und Verschwinderate Intramuskulär Zugeführter Homologer Antikörper*), *Wien. Med. Wschr.* 113, 191 (1963). (7) Greenberg, L.: The Prophylactic Use of Tetanus Antitoxin. *Med. Services J. Canada*, Vol. 19, No. 7, p. 469-472, July-Aug. 1963.

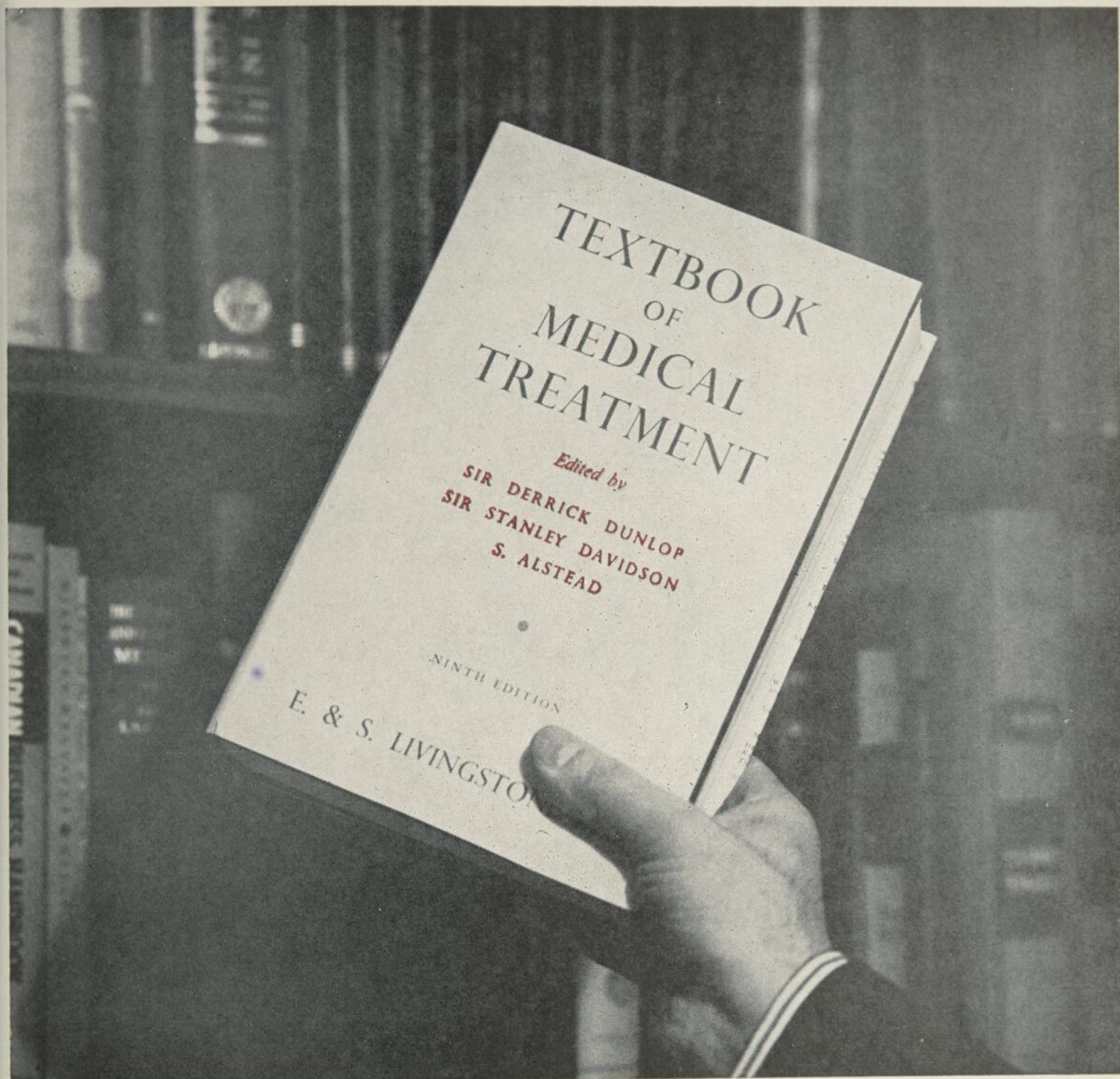
WILL PHARMACEUTICALS

Une division de **CANADA DUPHAR LIMITED**

LONDON — CANADA

* Marque déposée de Immuno (Canada) Ltd.

WILL



Les Autorités Médicales Acclament

Ilosone[®]

(estolate d'érythromycine, Lilly)

● "L'estolate produit des niveaux sanguins plus élevés et plus prévisibles que l'érythromycine base ou que le stéarate en même temps qu'une plus grande activité bactériostatique ou même bactéricide."

● "La meilleure préparation buccale pour adultes est l'estolate et, dans la plupart des infections, une dose de 250 mg doit être administrée toutes les six heures."

● "Cette préparation a le grand mérite d'être très peu toxique et les enfants la tolèrent très bien. On devrait la préférer dans le traitement des infections courantes à cocci gram-positifs."

ELI LILLY AND COMPANY
(CANADA) LIMITED
TORONTO, ONTARIO





Zelus Fierbasse #1 Keller

comme un tapis de neige fraîche..

oyons... l'illustration au lavis à gauche. En regardant
ntivement, un effet voulu d'optique permet de
inguer dans les formes abstraites un ensemble
anisé représentant les bâtiments d'une ferme
bécoise typique, se détachant sur un paysage de
ge fraîche inspirant la sérénité. Ce lavis fait partie
ne série de dix dessins de 15" x 20" de Marie
hler, artiste de grand talent. À sa manière, ce tableau
gère le calme apporté par TRILAFON aux personnes
prises avec des conditions simples d'anxiété et
tension nerveuse.

es symptômes e l'anxiété traités l'aide d'un ranquillisant offrant ne activité et une fficacité accrues

orsque l'anxiété empêche un patient
s'acquitter convenablement de ses
onctions, le médecin traitant devrait-il
prescrire un tranquillisant faible... ou
tôt un dérivé phénothiazinique offrant
n degré d'activité et d'efficacité accru ?
ette deuxième formule présente
ertains avantages qui méritent consi-
ération. Il est à noter que TRILAFON*,
perphénazine de Schering, a subi
vec succès l'épreuve concluante de
euf années d'usage en pratique psy-
hiatrique et dans le milieu hospitalier,
t mérite d'être repris en considération.
ertaines études décisives de son
fficacité et le traitement de quelques
as très graves ont eu pour résultat
e faire oublier un fait important :
RILAFON s'est graduellement affirmé

un agent thérapeutique de tout premier
ordre pour le traitement des états *plus
simples* d'anxiété et de tension nerveuse,
rencontrés en clinique externe ou en
consultation privée.

L'efficacité particulière de TRILAFON
offre la possibilité d'utiliser des doses
réduites et de *cesser plus rapidement*
la chimiothérapie. Revoyons... les
avantages de TRILAFON

Faible dose : TRILAFON a un degré
d'activité au milligramme d'au moins
six fois celle des premières phé-
nothiazines, et de plusieurs fois celle
des agents thérapeutiques plus faibles
couramment employés. Une dose
initiale de 2 à 4 mg b.i.d. ou t.i.d. peut
être prescrite pour les patients pré-
sentant de simples conditions de stress.
Le dosage réduit permet un traitement
vraiment économique pour le patient.

*Sécurité d'emploi inégalée au cours des
neuf dernières années* : La sécurité du
traitement au TRILAFON est indis-
cutablement prouvée par le fait de son
emploi depuis neuf ans en pratique
psychiatrique et en traitement hospitalier,
situation enviable. Au cours des neuf
années qui se sont écoulées depuis la
mise en marché au Canada, TRILAFON
s'est avéré le médicament le plus efficace
et le plus sûr de sa catégorie. Pourtant,
on a signalé son administration à des
doses extrêmement fortes, (un malade
a même reçu jusqu'à 900 mg par jour).
Il est à noter que les manifestations de
photosensibilisation, de jaunisse et
d'agranulocytose, rapportées avec la
plupart des autres tranquillisants
phénothiaziniques, ont été presque
totalement absentes chez les patients
traités au TRILAFON.

*Action de type sélectif — Acuité
mentale préservée* : TRILAFON a la
propriété d'agir au siège même du stress
émotionnel, le mésencéphale primitif ;
les centres du cortex cérébral affectant
les processus de la pensée ne sont
relativement pas atteints. TRILAFON
améliore directement les symptômes des
troubles émotionnels. Les personnes
légèrement ou même modérément
atteintes d'anxiété et de tension nerveuse
peuvent continuer à vivre et à travailler
normalement.

Agent antiémétique par excellence :
Peut-être parce que le centre de contrôle
des vomissements se trouve étroitement
lié aux autres centres mésencéphaliques
répondant à son action, TRILAFON est
un antiémétique extraordinairement
efficace. Cette coïncidence d'action est
très utile dans le traitement de nombreux
états tensionnels de faible intensité,
puisque les nausées et les vomissements
figurent parmi les principaux symp-
tômes de l'anxiété que rencontre
le médecin.

Indications : TRILAFON est indiqué pour le traitement de
l'anxiété, de la tension et de l'hyperactivité psycho-
motrice, qu'elles soient d'origine fonctionnelle ou asso-
ciées à des troubles organiques tels que la tuberculose, la
colite, les céphalées tensionnelles, le prurit rebelle, les
dermatoses, douleurs, etc. C'est un antiémétique pour les
cas de vomissements incoercibles de la grossesse, les
vomissements et nausées causés par la migraine, la
céphalalgie tensionnelle, la gastro-entérite, les états post-
opératoires, etc. En pédiatrie, il s'est montré particuliè-
rement utile pour venir à bout des enfants hyperactifs et
manifestant des troubles mentaux et émotifs.

Posologie : Etats anxieux et tensionnels simples : de
2 à 4 mg t.i.d., à modifier selon la réaction au traitement.
Cas de dispensaire modérément troublés : de 4 à 8 mg
t.i.d., dose initiale à réduire rapidement à la dose minimum
efficace.

Cas psychiatriques hospitalisés : de 8 à 16 mg de deux à
quatre fois par jour. Il n'est pas recommandé de dépasser
64 mg par jour.

Nausées et vomissements : de 4 à 8 mg t.i.d. (réduire la
dose aussitôt que possible). Il n'est pas recommandé de
dépasser 24 mg par jour.

Enfants de 1 à 6 ans : 2 mg b.i.d. ou t.i.d.

Enfants de 6 à 12 ans : commencer par 2 mg t.i.d. ou q.i.d.

Contre-Indications : Cas de dépression psychique, états
dépressifs résultant de l'emploi de dépresseurs du système
nerveux central, et cas de dépression de la moëlle osseuse.

Précautions — Effets secondaires : Les patients traités au
TRILAFON doivent être surveillés régulièrement. Aucun
cas d'agranulocytose n'a été signalé avec TRILAFON,
mais il ne faut cependant pas écarter cette possibilité.
L'effet antiémétique de TRILAFON peut obscurcir les
signes de toxicité dus à d'autres médicaments, ou peut
rendre plus difficile le diagnostic d'autres troubles. Une
augmentation significative de la température du corps
peut suggérer une intolérance individuelle et dans ce cas
il faut cesser le traitement au TRILAFON. Ce médicament
doit être employé avec une grande prudence s'il y a des
antécédents de troubles convulsifs. Des effets secondaires
autonomes ne se sont que très rarement manifestés avec
une dose de moins de 24 mg par jour. Des cas de dyscin-
sie, d'acathésie, de réactions parkinsoniennes, de dystonie,
d'hyperreflexie et d'ataxie se sont rarement présentés.
Une documentation complémentaire sera fournie sur
demande.

TRILAFON

(perphénazine)

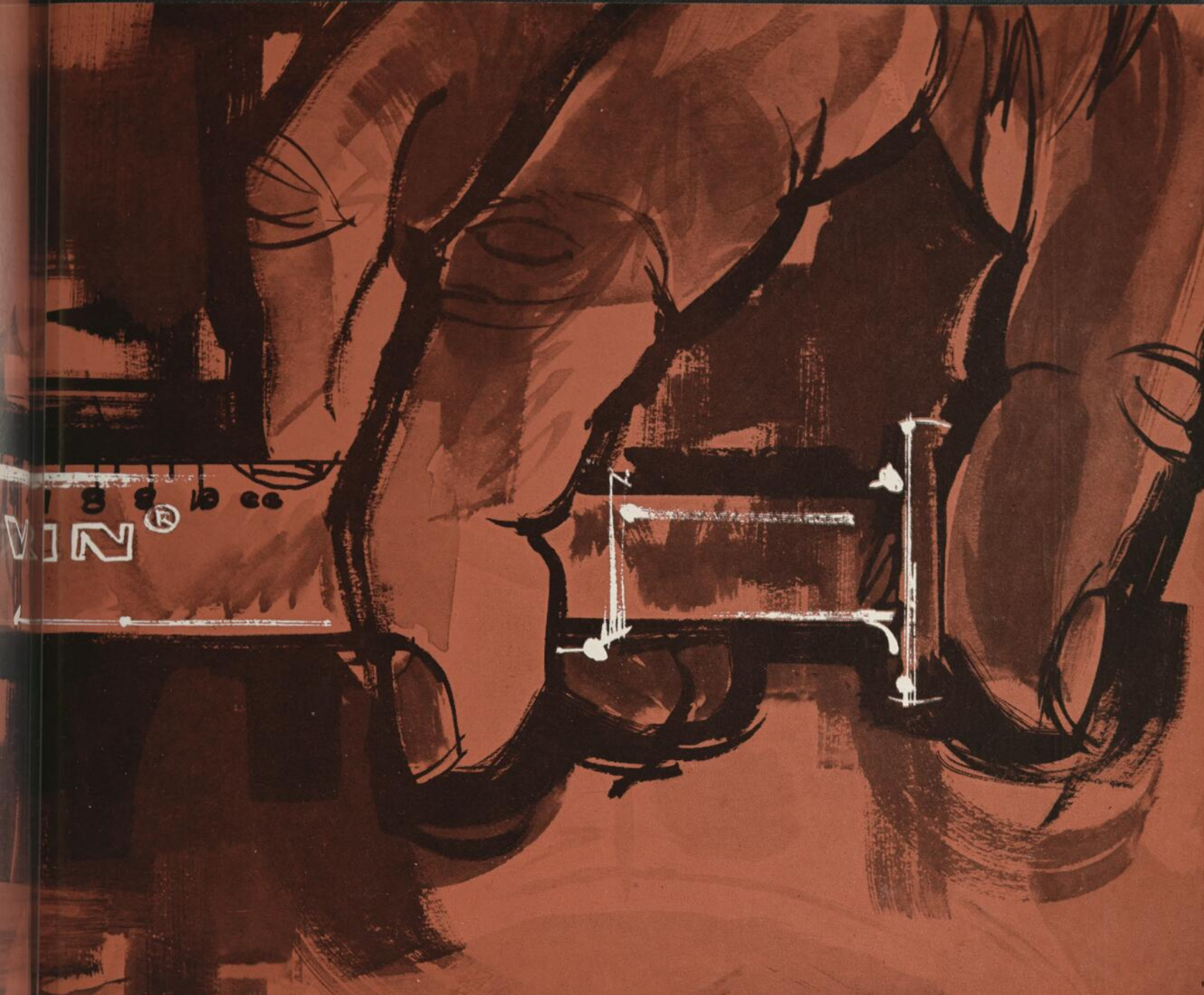
Comprimés : 2, 4, 8 ou 16 mg
REPETABS : 8 mg en deux couches
de 4 mg chacune
Sirop : 2 mg par 5 cc (1 cuillère à thé)
Concentré : 16 mg/5 cc
Injection : 5 mg/cc

*Marque déposée



Les médecins qui auparavant réservaient **Reverin®** pour les cas critiques l'utilisent maintenant en premier lieu lorsqu'une antibiothérapie parentérale est indiquée □
Pourquoi?

REVERIN® — Un antibiotique à large spectre — semi-synthétique — de la famille des tétracyclines pour injection intra-veineuse directe en une minute. **Composition**: chaque flacon-ampoule contient 275 mg ou 110 mg de pyrrolidino-méthyl-tétracycline. **Posologie**: chez les adultes, la dose habituelle est une ampoule (275 mg de Reverin) par jour. Dans les cas d'une exceptionnelle gravité, des injections additionnelles peuvent être administrées à 12 ou 8 heures d'intervalles. Pédiatrique — 10 mg/kg poids corporel. Enfants de 3 ans et plus — La dose maximum normale est de 275 mg par jour. Nourrissons et enfants jusqu'à 3 ans — La dose maximum normale est de 110 mg par jour. Si dans des cas extrêmes, il est nécessaire d'augmenter la dose quotidienne au-dessus des limites normales, il est recommandé de l'administrer en 2 injections, à 12 heures d'intervalle. Les nourrissons et les jeunes enfants ne doivent pas recevoir plus de 110 mg en une seule injection. **Précaution**: la durée de l'injection ne doit pas être inférieure à 1 minute. Reverin intraveineux contient un sel de magnésium. Tout comme les ions de calcium, les ions de magnésium prolongent la durée de la conduction cardiaque. Pour cette raison, on recommande d'observer les précautions spéciales suivantes lorsque l'on traite des patients recevant de la digitale ou de la strophanthine: 1. La durée de l'injection de Reverin doit être augmentée de 1 à 2 minutes. 2. Reverin et la strophanthine ne doivent pas être injectés dans la même seringue. 3. On doit injecter la strophanthine lentement avec une autre seringue, soit quelques minutes avant ou après l'injection de Reverin. **Effets secondaires**: une injection intraveineuse trop rapide (moins d'une minute) peut provoquer des étourdissements passagers, des bouffées de chaleur, des rougeurs de la figure et quelquefois même des états de collapsus. Ces réactions secondaires disparaissent rapidement lorsque l'injection est discontinuée. Pendant ou après l'injection, le patient peut éprouver des sensations gustatives ressemblant à l'éther. Ces sensations sont inoffensives et disparaissent rapidement. Lorsque l'on emploie Reverin pour traiter des infections causées par des germes particulièrement sensibles à la tétracycline, il se peut parfois qu'après les premières injections, il y ait apparition de frissons; ceux-ci ne ressemblent que très rarement à de véritables frissons fébriles (réaction de Herxheimer). Les réactions allergiques



Efficace sûr action rapide dosage
minime après 7 ans, Reverin® demeure
l'antibiotique parentéral par excellence



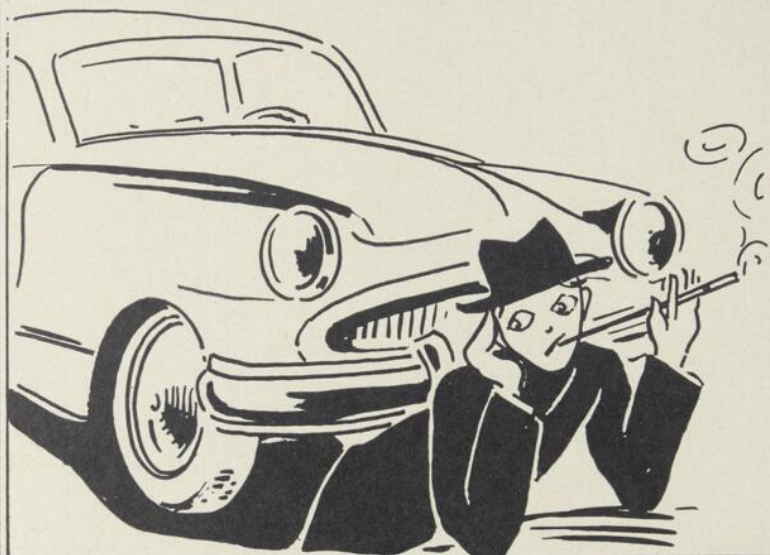
HOECHST
PHARMACEUTICALS

3400 O., RUE JEAN-TALON, MONTRÉAL 16
DIVISION DE HOECHST DU CANADA LIMITÉE

imposant l'abandon de Reverin sont très rares. En pareils cas, on recommande l'administration intraveineuse de préparations à base de calcium. Lorsque Reverin est injecté conjointement avec des quantités considérables de dérivés de la phénothiazine, il convient de se rappeler l'action de ces préparations sur la circulation. On injectera la solution très lentement (durant 2 à 3 minutes) et le patient devra être allongé. Dans de tels cas, on ne devra pas excéder la dose de 275 mg par jour. Etant donné que de très faibles quantités de Reverin sont excrétées dans l'intestin, le risque d'entérite est bien moindre qu'après l'administration orale d'antibiotiques à large spectre. **Avertissement:** en présence de troubles de la fonction rénale surtout, une dose quotidienne de deux grammes a été associée à des cas de décès causés par une défaillance hépatique. Lorsque le besoin d'un traitement intensif est plus important que la présence de ses dangers possibles (surtout durant la grossesse ou chez des individus qui présentent ou chez qui on soupçonne la présence de troubles hépatiques ou rénaux), il est recommandé d'effectuer des tests de fonction rénale et hépatique avant et durant le traitement. De plus, on devra noter les concentrations sériques de tétracycline. En présence de troubles de la fonction rénale, même les doses orales ou parentérales habituelles peuvent produire une accumulation systémique excessive et possiblement une toxicité du médicament. Jusqu'à date, on n'a pas rapporté de ces réactions contraires avec la pyrrolidino-méthyl-tétracycline (Reverin). Si le médicament doit être donné en doses excessives, tel que mentionné plus haut, on devra tenir compte de cette possibilité. Cependant, la dose thérapeutique quotidienne de Reverin i.v. n'est en moyenne que de 275 mg (une ampoule) et, même dans des infections aiguës, la dose maximum recommandée n'est que de 3 injections de 275 mg par 24 heures. Des doses dépassant cette quantité n'offrent aucun avantage thérapeutique. **Présentation:** boîtes de 1 et 25 flacons-ampoules (avec ampoules de 10 ml d'eau bi-distillée). Aussi disponible: Reverin Pédiatrique. Flacons contenant 110 mg de Reverin avec ampoules de 5 ml d'eau bi-distillée. **Remarques:** la concentration sanguine initiale exceptionnellement élevée fait de Reverin i.v. l'antibiotique "universel" de choix.

SUPEUDOL

^N SUPPOSITOIRES D'EUDOL (DIHYDROXYCODÉINONE)
GROUPE NARCOTIQUE DE LA MORPHINE

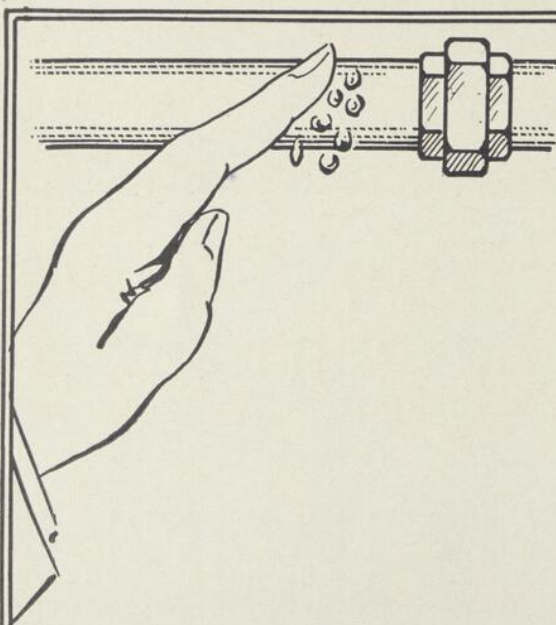


Spasmolytique et sédatif
plus fort que la morphine
l'Eudol mieux toléré
et moins toxique n'est
pas euphorique.

Dose normale:
1/3 gr. (20 mgm)
Demi-dose:
1/6 gr. (10 mgm)

MAITRE DE LA DOULEUR

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LTEE - MONTRÉAL



Une HÉMORRAGIE n'est pas liée uniquement
au taux de prothrombine mais également
à une LÉSION DE LA PAROI VASCULAIRE (Quick)

ÉCONOMIE DE SANG

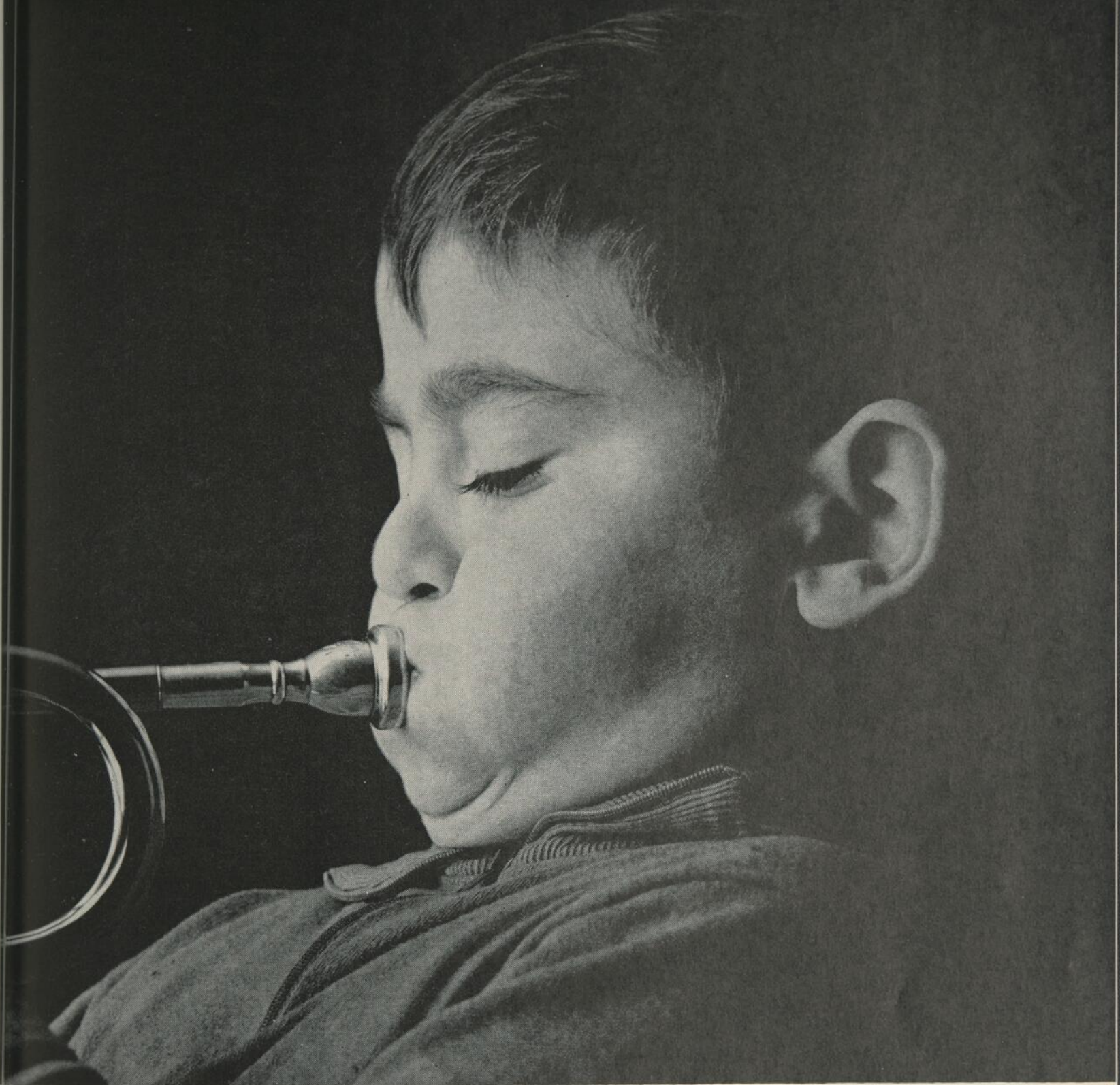
FLAVONOÏDES DÉFINIS, SÉPARÉS, DOSÉS
HESPÉRIDINE MÉTHYLCHALCONE. ESCULINE. RUTINE
VITAMINES C et K

FRAGILITÉ CAPILLAIRE
SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES

HÉMO COAVIT

COMPRIMÉS - AMPOULES

Corporation Pharmaceutique Française - Ltée - Montréal



Ⓝ

Nous présentons l'expectorant Novahistine, décongestif d'administration buccale pour votre patient bronchitique qui attend et doit obtenir un soulagement rapide. L'expectorant Novahistine non seulement produit une action décongestive et maîtrise la toux mais il facilite aussi l'expectoration du mucus épais et tenace et il soulage l'obstruction bronchique. **Pitman-Moore**, division de la Dow Chemical of Canada, Limited, Don Mills, Ontario.

Cet expectorant doit être administré avec prudence chez les personnes souffrant d'hypertension grave, de diabète sucré, d'hyperthyroïdisme ou de rétention urinaire. Avertir les patients non hospitalisés que la somnolence peut survenir. Un long traitement ininterrompu est contre-indiqué, le

bitartrate de dihydrocodéinone pouvant provoquer l'assuétude.

Une cuillerée à thé de 5 ml d'expectorant Novahistine renferme: chlorhydrate de phényléphrine 10 mg, chlorhydrate de diphénylpyraline 1 mg, bitartrate de dihydrocodéinone 1.66 mg, gaïacolate de glycéryle

100 mg, chloroforme (environ) 13.5 mg, l-menthol 1 mg, (saccharose 32%).

Formule établie spécialement pour les enfants. Posologie — Enfants de 1 à 12 ans, de ½ à 1 c. à thé toutes les 4 heures; de 6 mois à 1 an, de ¼ à ½ c. à thé toutes les 4 heures. Livré en flacons de 4 oz.



Une seule visite... Une seule injection Immunité contre la rougeole grâce à RUBÉOVAX*

Virus vaccin vivant et atténué contre la rougeole

Les observations cliniques et immunologiques d'une durée de plus de six ans ont démontré qu'une injection de RUBÉOVAX (virus vaccin vivant et atténué contre la rougeole) administré seul, sans globuline-gamma, constitue un moyen efficace et bien toléré de protéger les enfants contre la rougeole.

L'expérience en champ clinique repose sur l'immunisation de plus de sept millions d'enfants dont plus d'un million qui ont reçu le RUBÉOVAX seul. Et, fait à signaler, les réactions au RUBÉOVAX employé seul n'ont pas été gênantes.

Les données immunologiques recueillies pendant plus de six ans ont démontré que les taux de séroconversion que confère le RUBÉOVAX employé seul atteignent de 99 à 100 p. cent. Des observations récentes ont confirmé que le degré d'atténuation de la souche de virus utilisée dans le RUBÉOVAX est tel que les niveaux d'anticorps conférés égalent ceux qui assurent l'immunisation permanente acquise à la suite de la rougeole naturelle.

Cette protection est durable et les enfants vaccinés au RUBÉOVAX sont demeurés exempts de la rougeole même durant des épidémies survenant des années plus tard.

Si vous rencontrez au cours de votre pratique des enfants qui n'ont pas été vaccinés et qui n'ont pas eu la rougeole, vous pouvez les protéger à l'aide de cette méthode simple au cabinet de consultation: une injection de RUBÉOVAX seul... sans besoin d'y joindre de la globuline-gamma.

Posologie: Injection sous-cutanée de 0.5 cc dans le haut du bras.

Indication: Immunisation contre la rougeole en une seule dose des enfants âgés de neuf mois et plus.

Contre-indications: Leucémie; tuberculose active non traitée; lésion cérébrale chez les enfants âgés de moins d'un an; lymphomes et autres affections malignes généralisées; traitement actif aux corticoïdes, aux radiations, aux agents d'alcoylation ou aux antimétabolites.

Précautions: Les enfants inoculés au virus vaccin vivant et atténué sont atteints de fièvre ou d'éruption environ cinq à douze jours après la vaccination. La poussée fébrile est d'ordinaire bénigne, mais, en certains cas, elle peut parfois atteindre un degré assez élevé pour nécessiter un traitement à l'aide d'un antipyrétique selon une posologie pédiatrique. User de précaution chez les enfants ayant des antécédents de convulsions fébriles et chez les adultes. Différer l'emploi en présence d'affections respiratoires accompagnées de fièvre, d'infections actives, en temps d'épidémie de poliomyélite, chez des enfants ayant reçu une transfusion ou plus de 0.01 cc d'immuno-sérum-globuline par livre de poids dans les six semaines précédentes. Ce produit n'est pas recommandé pour l'immunisation des enfants âgés de moins de neuf mois et des femmes enceintes. Une idiosyncrasie aux oeufs, au poulet ou aux plumes de poulet peut se manifester.

Si le vaccin vivant contre la rougeole doit être administré à des enfants affectés de fibrose kystique, ayant des antécédents de tuberculose ou de convulsions accompagnées de fièvre ou de tout autre syndrome d'agression physiologique, on recommande l'administration de la globuline-gamma titrée pour son contenu en anticorps antimorbilleux à raison de 0.02 cc par livre de poids.

Effets secondaires: Peuvent survenir de la fièvre, une éruption et quelques rares réactions locales de même qu'une adénopathie régionale. Sont possibles aussi des réactions graves à la protéine des oeufs ou aux injections de globuline. Une injection d'immuno-sérum-globuline peut donner lieu à une sensibilité locale et à de la rigidité musculaire.

Renseignements détaillés au sujet des indications, de la posologie, des effets secondaires, des précautions et bibliographie sur demande.

Présentation: Fiole de 0.5 cc de vaccin lyophilisé accompagnée dans un emballage à part d'une ampoule de 0.7 cc de solvant stérile pour la reconstitution et d'une seringue stérile uniservice avec aiguille.

*Marque déposée



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL

La recherche d'aujourd'hui au service de la thérapeutique de demain

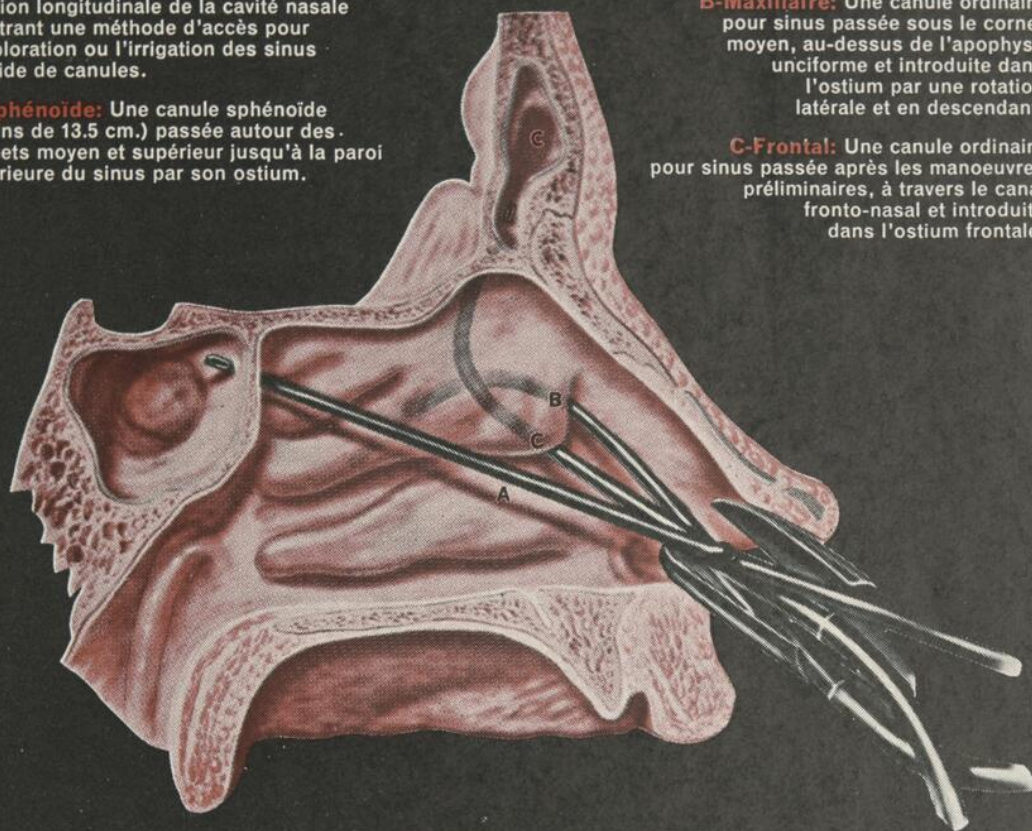
Un accès rhinologique aux sinus

Section longitudinale de la cavité nasale montrant une méthode d'accès pour l'exploration ou l'irrigation des sinus à l'aide de canules.

A-Sphénoïde: Une canule sphénoïde (moins de 13.5 cm.) passée autour des cornets moyen et supérieur jusqu'à la paroi antérieure du sinus par son ostium.

B-Maxillaire: Une canule ordinaire pour sinus passée sous le cornet moyen, au-dessus de l'apophyse unciforme et introduite dans l'ostium par une rotation latérale et en descendant.

C-Frontal: Une canule ordinaire pour sinus passée après les manoeuvres préliminaires, à travers le canal fronto-nasal et introduite dans l'ostium frontale.



En cas de rhumes et de sinusite

Néo-Synéphrine plus tôt

chlorhydrate

(Marque de chlorhydrate de phényléphrine)

pare aux mesures d'urgence plus tard

Avant que ne surviennent les complications dans les cas de rhumes et de sinusite, l'administration de Neo-Synéphrine par vaporisateur nasal ou en solution diminue la turgescence nasale au contact—ce qui favorise l'aération et le drainage indispensables. Les cornets se contractent, les orifices des sinus se dégagent et le drainage se rétablit. Le soulagement est instantané et la possibilité de complications est ainsi diminuée.

Dans le traitement de la sinusite, la solution à $\frac{1}{4}$ pour cent est un vaso-constricteur de préférence, "... qui se rapproche le plus de la composition physiologique avec la plus faible tendance à produire un 'rebondissement'..."* L'action douce de la Neo-Synéphrine est bien tolérée par les tissus délicats des voies respiratoires. Il ne se produit pratique-

ment aucun effet à l'intérieur de l'organisme, la turgescence post-thérapeutique est minime et des applications répétées n'en amoindrissent pas l'efficacité. La Neo-Synéphrine a été estimée un modèle entre les vaso-constricteurs depuis 1935.


VAPORISATEURS: pour adultes, $\frac{1}{4}\%$ 15 ml,
 $\frac{1}{2}\%$ 20 ml;
pour enfants, $\frac{1}{4}\%$ 20 ml.

SOLUTIONS: pour adultes, $\frac{1}{4}\%$ 1 oz fl.,
 $\frac{1}{2}\%$ 1 oz fl., 1% 1 oz fl.
pour enfants, $\frac{1}{4}\%$ 15 ml.

*Reed, G. F.: Sinusitis, J. Med. New England 267:402, 23 août 1962.

LINODIL,
marque déposée au Canada. MONTRÉAL AURORA VANCOUVER

Laboratoires **Winthrop**



Voici...

Composition: Un comprimé noir, "double force", et à enrobage vaporisé, qui contient 500 mg de tétracycline HCl (B.P.).

Indications: Administré deux fois par jour, il sert au traitement des infections aiguës causées par une grande variété de bactéries Gram-positives et Gram-négatives, aérobies et anaérobies, gros virus du groupe psittacose-lymphogranulome, rickettsies

pathogènes, certains fungi (actinomycètes) et protozoaires.

Posologie: Un comprimé de 500 mg b.i.d., ou selon les indications du médecin.

Mise en garde: Quand le rein est affecté, même des doses orales usuelles peuvent entraîner une accumulation systémique excessive de la drogue avec risque d'hépatotoxicité. Dans ces cas, des doses

plus faibles que d'habitude sont indiquées, et si le traitement doit être prolongé, on recommande de déterminer les niveaux de la tétracycline dans le sérum.

Présentation: Flacons de 8, de 100 et de 500 comprimés à enrobage noir.

Informations sur demande.

Double-T de Horner le nouveau comprimé de tétracycline b.i.d.

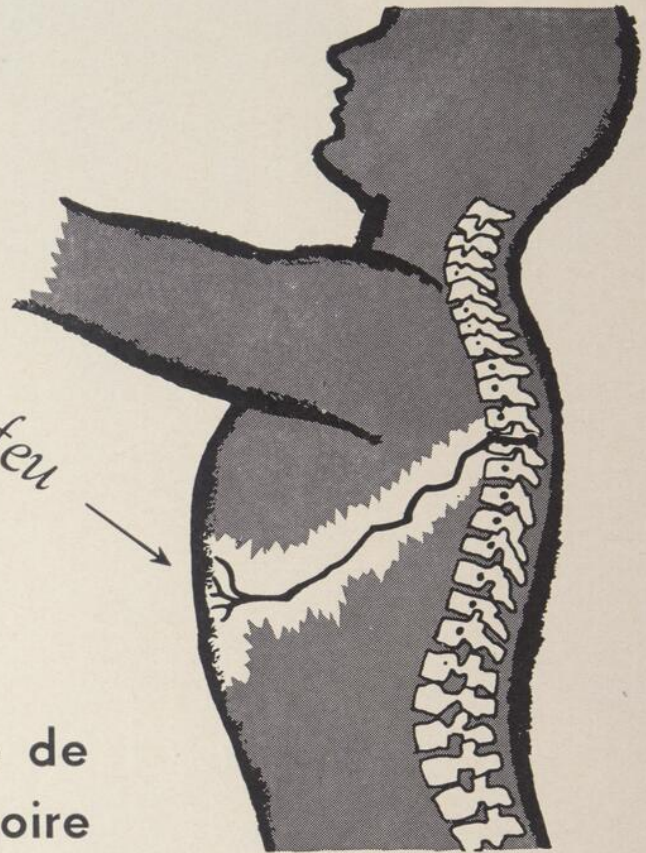
Double-T, nouveau comprimé de tétracycline, "double force", noir jais. Présentant cet antibiotique en 500 mg pour la première fois au Canada, Double-T offre plusieurs avantages qui en valent la peine. Double-T a une forme et une couleur

distinctives; et des niveaux sanguins thérapeutiques de tétracycline peuvent être obtenus toute la journée et toute la nuit, avec une posologie q. 12 h. Le double enrobage de charbon et de méthylcellulose, appliqué par vaporisation — méthode unique en son genre — protège la tétra-

cycline contre l'humidité et retient le goût et l'odeur. Parce que l'enrobage devient glissant au contact de la salive, le comprimé Double-T est ainsi plus facile à avaler. Les niveaux sanguins thérapeutiques se continuent jusqu'à 24 heures après la dose finale.

 **Double-T**
500 mg de tétracycline HCl

Comme un fil rougi au feu



la Douleur cuisante de
la névrite inflammatoire

PROTAMIDE

solution colloïdale
d'enzyme protéolytique
dénaturé

produit le soulagement sélectif rapide voulu...

Dans les études cliniques publiées,¹⁻¹⁰ les chercheurs ne cessent d'insister sur les propriétés thérapeutiques suivantes :

- le soulagement de la douleur inflammatoire (non traumatique) est rapide — surtout si ce médicament est administré de bonne heure.¹⁻⁴
- la durée de l'incapacité n'est plus question de semaines mais de jours.⁷
- Protamide est si spécifiquement efficace qu'une réaction positive permet de diagnostiquer la névrite inflammatoire.^{3,4}
- on constate un soulagement rapide même dans les cas de zona ophtalmique.^{5,6}
- le taux des séquelles telles que la névralgie zostérienne, s'en trouve réduit.¹⁻⁴
- constamment décrit comme le traitement de choix.^{1,3-6}

Administration

Dans les cas de névrite et de zona, une ampoule I.M. par jour pendant 2 à 5 jours fait habituellement disparaître la douleur complètement si les malades sont traités de bonne heure. Bonne tolérance.¹⁻¹⁰ Cependant, l'administration intraveineuse mal avisée peut causer une réaction anaphylactique.

— Boîtes de 10 ampoules, 1,3 cm³ chacune.

Références. (1) Baker, A.G.: Penn. Med. J. 63:697-698 (mai) 1960. (2) Smith, R.T.: New York Med. 8-16-19 (20 août) 1952. (3) Smith, R.T.: Med. Clin. N. America (mars) 1957. (4) Lehrer, H.W.; Lehrer, H.G., et Lehrer, D.R.: Northw. Med. 54:1249-1252 (nov.) 1955. (5) Sforzolini, G.S.: Arch Ophthal. 62:381-385 (sept.) 1959. (6) Shupala, E.: W. Virginia Med. J. 56:191-193 (juin) 1960. (7) Xander, G.W.: Western Med. 1:14-77 (sept.) 1960. (8) Combs, F.C., et Canizares, O.: New York J. Med. (15 mars) 1952, pp. 706-708. (9) Marsh, W.C.: U.S. Armed Forces Med. J. 1:1045 (sept.) 1950. (10) Love, T.R.: Rocky Mountain Med. J. 50:873 (nov.) 1953.

Sherman Laboratories Ltd.

WINDSOR, ONTARIO

Dans la cardiopathie ischémique

Persantine[®]

ne se limite pas aux symptômes



Amélioration soutenue avec traitement continu

En pharmacologie

les expériences démontrent que la Persantine protège en accélérant le développement d'une circulation collatérale et en maintenant le métabolisme myocardique en présence d'hypoxie.^(1,2)

Persantine: 2,6-bis di (2-hydroxyéthyle) amino-4,8-bis (1-pipéridyl) pyrimido-(5,4-d)-pyrimidine.

Posologie: Persantine Dragées à 25 mg. Deux dragées (50 mg) trois fois par jour, prises au moins une heure avant les repas.

Effets secondaires: Rarement, une irritation gastrique bénigne.

Mise en garde: Comme de fortes doses peuvent produire une vasodilatation périphérique, on doit être prudent en présence d'hypotension.

Contre-indications: On ne connaît pas de contre-indications à l'emploi de ce médicament.

Guide thérapeutique complet procurable sur demande.

En clinique

les observations établissent que la Persantine, en traitement prolongé, protège contre les attaques angineuses ou en diminue la fréquence.^(3,4)

1) Du Boistesselin, R: *Thérapie*, XIX, 1291-1296, 1964

2) Vineberg, A. M. et al: *Canad. Med. Ass. J.*, 87:336, 1962

3) Gaddy, C. G.: *Virginia M. Month.*, 91:155, 1964

4) Neumann, M., et Luisada, A. A.: *Am. J.M. Sc.*, 247:156, 1964.



Produits Boehringer Ingelheim

Division de Geigy (Canada) Limited, Montréal, Qué.

Maitriser l'hémorrhagie

sans troubler
l'équilibre endocrinien

... quand vous abritez les capillaires avec le

DUO-C.V.P.[®]

avortement habituel ou imminent

Le Duo-C.V.P. augmente la viabilité fœtale en enrayant l'extravasation capillaire qui risque de provoquer le détachement prématuré du placenta.^(1,2,3)

ménorrhagie

Le Duo-C.V.P. diminue la perte de sang en corrigeant la fragilité capillaire ordinairement liée à la ménorrhagie habituelle de l'ovulation. Les malades manifestent souvent l'amélioration de leur bien-être et leur aptitude à se livrer à une activité normale.^(4,5,6)

incompatibilité du Rh

Le Duo-C.V.P. aide à prévenir les fuites capillaires qui favorisent la pénétration de la circulation maternelle par les érythrocytes du fœtus, cause principale des difficultés engendrées par l'immunisation du facteur Rh.^(7,8,9,10)

saignement profus du postpartum

Le Duo-C.V.P. atténue le saignement et le suintement capillaires en conservant intactes la charpente et la fonction de ces vaisseaux.⁽¹⁾

Formule par capsule:

Composé bioflavonoïde
d'agrumes 200 mg
Acide ascorbique (C) 200 mg
Flacons de 50, 100 et 500.

En outre: Duo-C.V.P. et vitamine K en capsules; C.V.P. en capsules; C.V.P. et vitamine K en sirop.

Dose courante: Une capsule Duo-C.V.P. *t.i.d.*

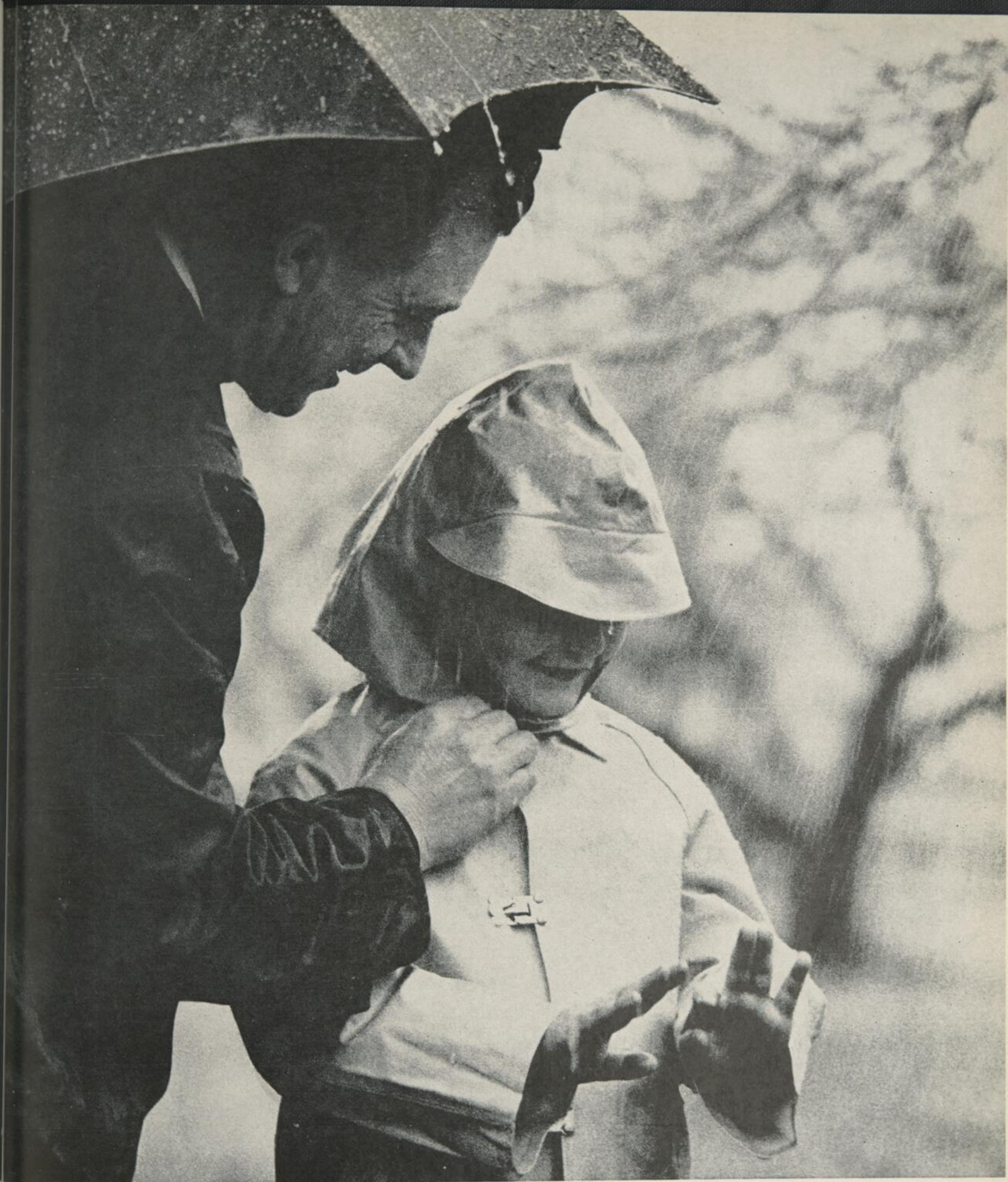
References: 1. Taylor, F. A.: West. J. Surg. Obstet. & Gynec. 64: 280, 1956. 2. Pearse, H. A. & Trisler, J. D.: Clin. Med. 4:1081, 1957. 3. Ainslie, W. H.: Obstet. & Gynec. 13:185, 1959. 4. Cohen, J. D. & Rubin, H. W.: Curr. Ther. Res. 2:539, 1960. 5. Prueter, G. W.: Appl. Therapeutics 3:351, 1961. 6. Clemetson, C. A. B. & Blair,

L. M.: Am. J. Obstet. & Gynec. 83:1269, 1962. 7. Rogers, G. C. & Fleming, J. M.: West. J. Surg. Obstet. & Gynec. 63:386, 1955. 8. Jacobs, W. M.: Surg. Gynec. & Obstet. 102:233, 1956. 9. Jacobs, W. M.: Surg. Gynec. & Obstet. 110:33, 1960. 10. Jacobs, W. M.: Obstet. & Gynec. 25:648, 1965.

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES

div. U. S. Vitamin Corp. of Canada, Ltd.

C.P. 779, Montréal 3, Québec



®

L'élixir **Novahistex-DH** est un décongestif nasal et un antitussif d'administration buccale pour adultes. L'élixir **Novahistine-DH** est destiné spécialement aux enfants de moins de 12 ans. On lira les précautions à prendre dans le Vademecum International. Pour renseignements, s'adresser à **Pitman-Moore**, division de la Dow Chemical of Canada, Limited, Don Mills, Ontario.

NOUVEAUX SERVICES

L'AUDIOLOGIE, L'ORTHOPTIQUE MÉDICALE ET L'ERGOTHÉRAPIE DEVIENNENT DES SERVICES GRATUITS ET SONT DÉCLARÉS "SERVICES ASSURÉS" EN VERTU DE LA LOI DE L'ASSURANCE-HOSPITALISATION DU QUÉBEC

Audiologie et orthophonie

Les traitements de rééducation vocale et auditive pourvu qu'ils soient donnés sur ordonnance médicale à des personnes assurées en vertu de la loi de l'assurance-hospitalisation, dans les hôpitaux de la province de Québec, liés par contrat avec le service de l'assurance-hospitalisation, et qu'ils soient donnés sous le contrôle et la surveillance d'un médecin spécialisé en oto-rhino-laryngologie et reconnu comme tel par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec par des audiologistes et orthophonistes membres en règle de la Corporation des audiologistes et orthophonistes.

Orthoptique médicale

Les traitements par orthoptique médicale (y compris les épreuves diagnostiques) pourvu qu'ils soient donnés sur ordonnance médicale à des personnes assurées en vertu de la loi de l'assurance-hospitalisation, dans les hôpitaux de la province de Québec, sous contrat avec le service de l'assurance-hospitalisation et qu'ils soient donnés sous le contrôle et la surveillance d'un médecin spécialisé en la matière, reconnu comme tel par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

Les traitements d'ergothérapie pourvu qu'ils soient donnés sur ordonnance médicale à des personnes assurées en vertu

LE MINISTÈRE

EXTERNES GRATUITS

de la loi de l'assurance-hospitalisation, dans les hôpitaux de la province de Québec, sous contrat avec le service de l'assurance-hospitalisation et qu'ils soient donnés sous le contrôle et la surveillance d'un physiatre ou médecin spécialisé en la matière, reconnu comme tel par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

CES SERVICES VIENNENT S'AJOUTER AUX DEUX SERVICES EXTERNES QUI ÉTAIENT DÉJÀ GRATUITS, SOIT LA PHYSIOTHÉRAPIE ET LA RADIOTHÉRAPIE.

Radiothérapie

Les traitements de radiothérapie (y compris la cobalthérapie, la radiumthérapie, la césiumthérapie et la thérapie aux radio-isotopes) pourvu qu'ils soient donnés sur prescription médicale à des personnes assurées en vertu de la loi de l'assurance-hospitalisation, dans les hôpitaux de la province de Québec, sous contrat avec le service de l'assurance-hospitalisation et dont le service de radiothérapie est reconnu par le ministère de la Santé.

Physiothérapie

Les traitements de physiothérapie, pourvu qu'ils soient donnés sur prescription médicale à des personnes assurées en vertu de la loi de l'assurance-hospitalisation, dans les hôpitaux de la province de Québec, sous contrat avec le service de l'assurance-hospitalisation et dont le service de physiothérapie est reconnu par le ministère de la Santé.

DE LA SANTÉ

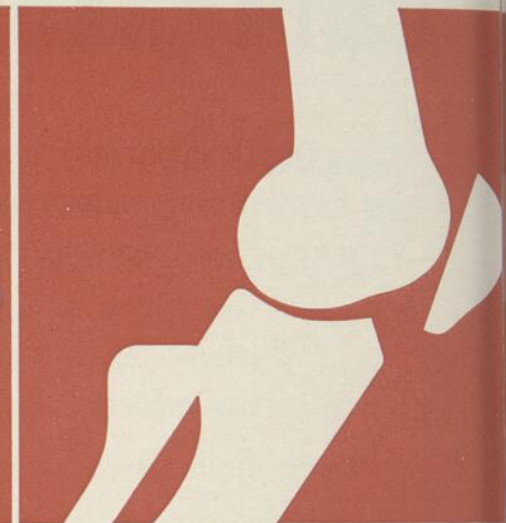
Succès mesurable dans l'arthrite et les troubles connexes **Butazolidine® Geigy**



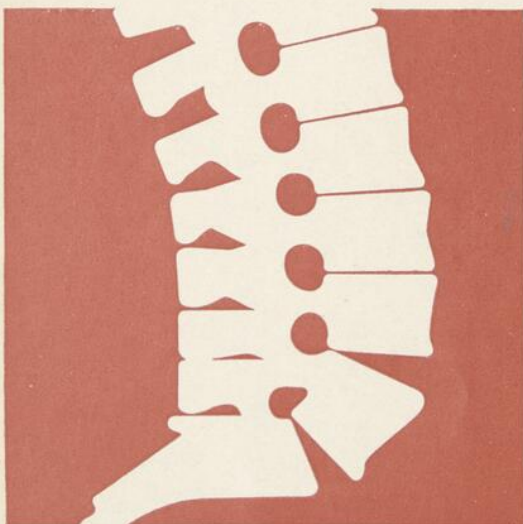
Arthrite Goutteuse Aiguë
Sur 623 patients traités à
la Butazolidine®,
94% furent améliorés*



**Syndrome de l'Épaule
Douloureuse (Péri-arthrite)**
Sur 402 patients traités à
la Butazolidine®,
78% furent améliorés*



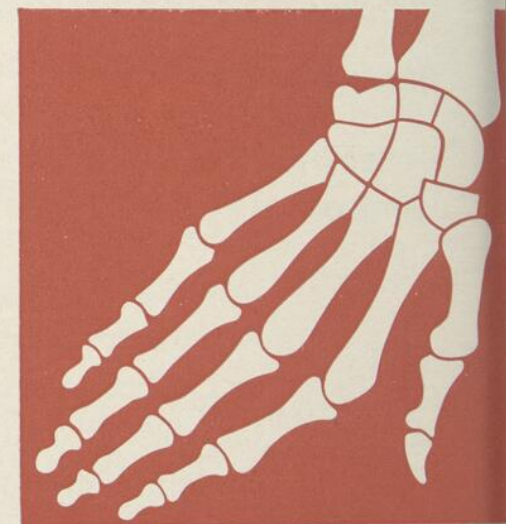
Ostéo-arthrite
Sur 1146 patients traités à
la Butazolidine®,
78% furent améliorés*



Spondylite Ankylosante
Sur 374 patients traités à
la Butazolidine®,
80% furent améliorés*



**Thrombo-phlébite
Superficielle Aiguë**
Sur 1319 patients traités à
la Butazolidine®,
94% furent améliorés*



Arthrite Rhumatoïde
Sur 1735 patients traités à
la Butazolidine®,
64% furent améliorés*

*Estimé cumulatif du pourcentage de patients améliorés, tiré de nombreux rapports publiés.

Posologie :

La dose d'attaque recommandée est de 300 à 600 mg (3-6 dragées) par jour, fractionnée et prise avant ou après les repas ou avec un verre de lait. Une fois l'amélioration obtenue, ce qui se produit généralement en deux ou trois jours, il faut réduire promptement la posologie au minimum requis pour obtenir le soulagement. La dose d'entretien ne doit pas excéder 400 mg par jour à cause de la possibilité d'effets toxiques cumulatifs. Une posologie aussi faible que de 100 à 200 mg par jour produit souvent des résultats satisfaisants.

Contre-indications et Précautions à prendre :
La Butazolidine est contre-indiquée en présence d'oedème, de décompensation car-

diacque, ou chez les sujets dont l'anamnèse révèle un ulcère peptique ou une dyscrasie sanguine. Il faut être très prudent chez les patients qui ont des antécédents d'allergie médicamenteuse, d'hypertension ou d'atteinte rénale, cardiaque ou hépatique. On doit suivre de très près les patients âgés traités à la Butazolidine ; chez les patients franchement séniles on l'omet complètement. L'emploi de la Butazolidine simultanément avec d'autres puissants agents chimiothérapeutiques n'est pas non plus recommandé.

La Butazolidine est un agent thérapeutique puissant et elle ne doit être donnée que sous une étroite surveillance médicale. Il faut faire des numérations globulaires complètes à intervalles hebdomadaires durant la phase initiale du traitement, et à intervalles de deux semaines par la suite. On doit avertir le patient de communiquer immédiatement avec

son médecin dès l'apparition de fièvre, d'un mal de gorge, de lésions buccales ou de méléna.

Butazolidine®, marque de phénylbutazone : dragées à 100 mg, coloration rouge.

Butazolidine® alka, pour les patients qui présentent de l'irritabilité gastrique : capsules de coloration orange et blanche, renfermant 100 mg de Butazolidine, 100 mg d'hydroxyde d'aluminium, 150 mg de trisilicate de magnésium et 1.25 mg de bromure de méthyle d'homatropine.

Documentation et guide thérapeutique complets procurables de votre Représentant Médical Geigy ou directement ici.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.



PortabidayTM

*Une conception nouvelle d'hygiène féminine
pour le traitement de la leucorrhée.*^{1,2,5}

Une technique employée en chirurgie gynécologique pour la désinfection vaginale. La solution Portabiday renferme du sulfate d'alkylamine lauryle, détergent doux et légèrement acidulé et 2% d'hexachlorophène par volume.^{3,4}

Cette nouvelle méthode est bien acceptée par les patientes "Toutes celles qui ont fait l'essai de Portabiday ont été unanimes à louer sa simplicité de préparation et sa facilité d'administration ainsi que le bien-être qu'il procure" Portabiday a été employé avec succès par cinquante patientes présentant une leucorrhée non-spécifique.⁵

BIBLIOGRAPHIE: 1 — "The management of physiological leucorrhœa", Thomas M. Léonard, Medical Times, Janvier 1964. 2 — "New relief for leucorrhœa", Thomas M. Léonard, Medical Annals of the District of Columbia, Vol: XXXI, No: 9, Septembre 1962. 3 — "The use of Hexachlorophene Soap Antisepsis for Vaginal Examination during Labor", J. A. Ostlund, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol: 83, p: 1099-101, Avril 1962. 4 — "A Clinical Bacteriologic Evaluation of Surgical antisepsis and a Plastic Drape", Max. S. Rittenburg and Ass., Surgery Gynecology and Obstetrics, Vol: 119, 568-74, Septembre 1964. 5 — "Conception nouvelle du traitement de la leucorrhée à domicile", Marcel Ferron, M.D., L'Union Médicale du Canada. Tome: 95, No: 3, Mars 1966.

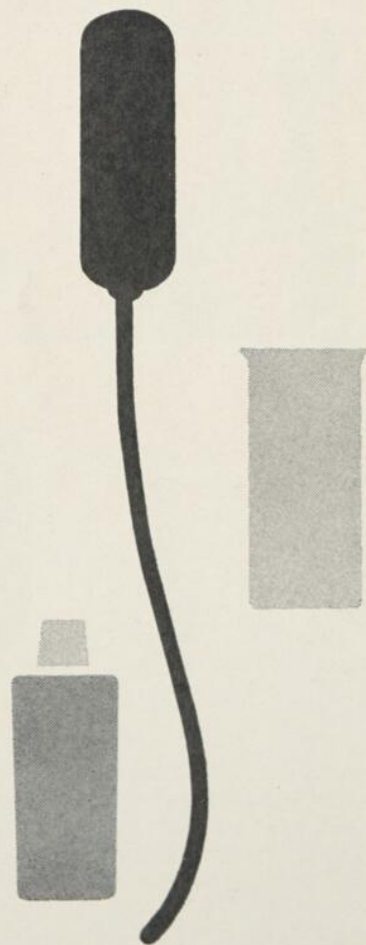


LA COMPAGNIE

WINLEY-MORRIS LTÉE

MONTRÉAL

QUÉBEC



Le Portabiday est disponible dans toutes les pharmacies sous forme de trousse renfermant une éponge avec applicateur, un flacon de solution de 3 onces et un récipient d'aluminium pour effectuer le mélange.

contre les allergies par

INHALATION



CONTACT



INGESTION



Clistin*

maléate de carbonoxamine

Renseignements détaillés sur demande

McNEIL

*Marque déposée

McNEIL LABORATORIES (CANADA) LIMITED
11 GREEN BELT DR., DON MILLS, ONT.

Canada
mars 1986

ON

ON

ON

ON

ON

ON

ON

ON

ON



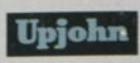
dans l'arthrite
Medrol Medules
signifient
la mobilité
dès le saut
du lit

La libération lente et progressive du corticoïde à partir des Medrol Medules, qui s'opère pendant la nuit, se traduit par l'abolition en douceur et prolongée des symptômes. La raideur matinale se trouve souvent diminuée et la reprise des tâches quotidiennes s'effectue avec moins de peine. En nombre de cas, le soulagement peut être obtenu avec deux doses par jour.

Présentation :
Capsules de méthylprednisolone à 2 mg et à 4 mg, en flacons de 30 et de 100 capsules

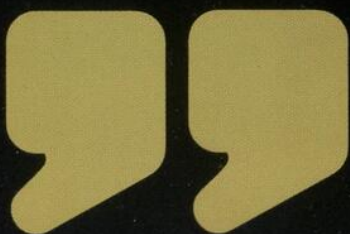
MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, MEDULES CF 3536.1

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





D'après notre expérience, la Lotion contre l'acné Neo-Medrol s'est révélée efficace comme seul traitement de l'acné vulgaire. Des nombreux produits que nous avons essayés, c'est celui qui semble le plus prometteur.¹



Lotion contre l'acné Neo-Medrol

UN PRODUIT PROFESSIONNEL POUR LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ



Acné juvénile, joue gauche avant traitement

Quatre semaines après une application b.i.d. de Lotion contre l'acné Neo-Medrol



La Lotion contre l'acné Neo-Medrol constitue un traitement complet de l'acné, grâce à l'action anti-inflammatoire de la méthylprednisolone et à l'action anti-infectieuse de la néomycine et, de plus, grâce à l'action siccative efficace du chlorhydroxyde d'aluminium et du soufre. Tous ces composants sont incorporés dans une lotion neutre et incolore qui s'applique aisément au simple toucher et qui sèche en une pellicule invisible. La lotion contre l'acné Neo-Medrol forme une base satisfaisante pour recevoir la poudre de riz des filles et qui, pour les garçons, n'a pas l'apparence d'un cosmétique.

Composition par c.c.:

Acétate de méthylprednisolone.....2.5 mg (0.25%)
Sulfate de néomycine.....2.5 mg (0.25%)
(correspondant à 1.75 mg de néomycine base)

Complexe de
chlorhydroxyde d'aluminium.....100 mg (10.0%)
Soufre (tiré du soufre colloïdal).....50 mg (5.0%)

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

1. McGuinness, B.W., et al.; Brit. J. Clin. Pract., 19: 181-184 (Mars 1965)

865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

MARQUE DÉPOSÉE: NEO-MEDROL CF 3534.1

Upjohn

BULLETIN

UNE DERNIÈRE FOIS SUR LA CHIROPRATIQUE

Ceci est une quatrième chronique sur la chiropratique publiée dans ce journal depuis 1949. La première parue en 1949, commentait les conclusions d'une Commission gouvernementale d'enquête sur la chiropratique. Ces conclusions étaient que la majorité des membres de la Commission rejetaient le bien fondé de la demande des chiropraticiens d'être autorisés à pratiquer leur art et qu'ils recommandaient de ne pas accéder à cette demande.

Un deuxième Bulletin parut en 1953. Il y était affirmé entre autres formulations: "Au surplus, un autre aspect de la question réside dans l'attitude des médecins auprès de leurs clients, auprès de la population, lorsqu'ils ont à affirmer leur opinion sur la chiropratique... Notre opposition, doit-on faire entendre, ne se trouve pas sur le plan matériel, mais sur celui de la vérité, de la bonne foi, de la salubrité et de l'indignation contre l'outrecuidance et l'abus de confiance..."

"Le public recevra pour ses maux les soins qu'il mérite et la médecine ne sortira jamais affaiblie ou blessée dans une concurrence même légalisée contre les chiropraticiens..."

"Si le public par ses représentants désire légaliser la chiropratique, que la chose se fasse donc. Ni la médecine, ni les médecins n'en souffriront, mais ils plaindront le public et surtout ses gouvernants et le préjudice sera à l'adresse des malades."

Le troisième Bulletin parut en 1964, alors que la seconde enquête sur la chiropratique avait épuisé la série des nombreuses auditions publiques à travers la Province et que de multiples mémoires avaient été présentés à l'entendement du Commissaire, l'Honorable juge Gérard Lacroix. Nous disions alors:

"Le juge commissaire à l'enquête a été impartial dans ses remarques au cours des nombreuses séances de cette longue enquête. Cependant, il laissa entendre que certaines exigences devraient être respectées, par exemple le baccalauréat comme condition d'admission à l'étude. Un état existe actuellement, disait-il, les médecins croient qu'il est un mal. On doit le contrôler, l'empêcher de se répandre, surtout prévenir l'activité de sujets inacceptables auprès des malades. A mon avis, concéder certains droits à la chiropratique ne signifie pas qu'on admet la véridicité du postulant sur lequel elle fonde son activité. Bien sûr, on devrait exiger le baccalauréat comme condition d'admissibilité aux études; celles-ci devraient être dispensées dans des écoles parfaitement accréditées, comprenant un nombre d'heures bien définies selon les normes les plus sérieuses pour une excellente formation.

"Ces remarques de l'Honorable juge peuvent faire prévoir, sauf erreur, le sens possible de ses recommandations..."

“La dernière responsabilité dans toute cette affaire sera assumée par le gouvernement. Les médecins ont donné leur avis; on peut espérer qu’il est connu du public, comme il le sera des législateurs. Ainsi les responsabilités seront prises en toute connaissance de cause”.

Nous venons de prendre connaissance du volumineux rapport de l’Honorable Commissaire. Il est basé sur les informations, les opinions et l’argumentation présentées de part et d’autre au cours des auditions de l’enquête, complétées au surplus par des renseignements reçus directement et sur place auprès de personnalités et d’organismes ou institutions autorisés, en Europe, en Angleterre et aux États-Unis, enfin étayées par une abondante documentation sur la chiropratique puisée soit dans des publications officielles et juridiques, soit dans des écrits de personnalités jouissant d’une certaine notoriété.

Essayons de ramasser brièvement l’esprit, la logique et l’essentiel de la conclusion à laquelle en est venu l’Honorable juge.

La première enquête de 1949 avait porté sur la validité du postulat de la chiropratique. On avait rejeté la demande de légalisation, parce qu’on avait présenté à l’enquête une preuve concluante que ce postulat n’était pas admissible et que les allégations des chiropraticiens étaient aussi fallacieuses que le principe sur lequel ils basaient l’édifice de leur méthode thérapeutique.

Les conclusions de la dernière enquête découlent de toute une autre proposition. Elles ignorent le postulat pour envisager exclusivement le fait de la chiropratique en Québec, comme dans d’autres provinces canadiennes, dans un nombre impressionnant d’états américains, en Angleterre et en Europe. Selon la vaste enquête menée par le Commissaire, la chiropratique serait une méthode de traitement valable, une partie importante de la population y a recours, on doit conséquemment reconnaître ce fait acquis. Il y a environ 400 chiropraticiens dans la Province de Québec, on doit donc imposer à la chiropratique une loi restrictive, plutôt qu’une loi prohibitive qui encourrait l’illégalité, la clandestinité et la dégradation des soins que le malade confiant va chercher chez le chiropraticien.

La réglementation recommandée cherche à obtenir un état intermédiaire entre celui qui existe en Allemagne et en Angleterre où les chiropraticiens sont intégrés, sans statut, dans la foule des guérisseurs et celui qu’on a établi en France en obligeant les chiropraticiens à être docteurs en médecine pour pratiquer légalement leur activité.

Ainsi qu’en certains Cantons suisses et États américains et plus particulièrement en l’État de New York, on recommande qu’en légalisant la chiropratique, on puisse exercer sur elle un contrôle qui limite son action dans des cadres très exactement définis et selon des exigences d’admission à la pratique, sévères et précises.

A cette fin, le rapport accorde une importance capitale à la valeur primordiale du diagnostic différentiel, afin que la chiropratique ne soit appli-

quée qu'aux malades qui pourraient en profiter et qu'elle soit en mesure conséquemment d'identifier ceux qui devraient requérir des soins d'autre nature.

Le rapporteur insiste avec autant de vigueur sur le champ de l'activité chiropratique qui, selon la doctrine elle-même, devrait se limiter exclusivement à l'ajustement manuel ou la manipulation de la colonne vertébrale, ce qui ne serait, dans l'esprit du Commissaire, ni de la vertébrothérapie, ni de la physiothérapie.

Pour appliquer un contrôle bénéfique de l'exercice de la chiropratique, pour obtenir de ceux qui la pratiquent l'aptitude à appréhender un diagnostic différentiel, l'habilité à procéder à des manœuvres manipulatives acceptables et inoffensives, une compréhension et un comportement irrépréhensibles à l'adresse des malades qui consultent, l'Honorable Commissaire formule des recommandations bien précises.

En quelques paragraphes, nous tâcherons de les résumer:

I — Le contrôle et l'administration de la chiropratique s'exerceront par une Commission créée par le gouvernement et composée d'hommes de science détenteurs d'un doctorat dans une des sciences de base qui font partie du programme d'enseignement et des examens. Cette Commission possédera les pouvoirs de réglementer pour l'admission à l'étude, pour la durée des cours, pour les programmes d'enseignement, pour le mode des examens de compétence à la pratique, pour les titres professionnels et la publicité; ces pouvoirs devraient être autorisés par le Ministère de la Santé et approuvés par le lieutenant-gouverneur en conseil ainsi que tout amendement subséquent.

II. — Parmi les conditions à l'admission à la pratique, on remarque l'obligation de posséder le titre de bachelier ès arts ou son équivalent à la date de l'admission à l'étude de la chiropratique, et les preuves de 4 ans d'études de 9 mois chacune (4200 heures) au moins de cours dans une école trouvée valable par la Commission.

III. — La Commission d'administration devrait créer une commission d'examineurs qui auront à juger des connaissances suffisantes des candidats, surtout en vue du diagnostic différentiel.

IV. — Les droits et restrictions que comporterait un certificat de pratique, pourvus par la loi elle-même, devraient définir ce que le chiropraticien peut et ne peut entreprendre ou effectuer dans l'exercice de ses droits. Le Commissaire avise qu'on pourra s'inspirer à cette fin de la loi de l'État de New York légalisant la chiropratique et édictée en 1963.

V. — Pour rendre possible la compétence en vue du diagnostic différentiel, le rapport recommande de valoriser l'étude des sciences de base et un internat obligatoire d'un an au moins dans une école de chiropratique (si possible et de préférence dans le Québec) acceptée par la Commission pour un enseignement au lit du malade, donné par des hommes de sciences possédant un doctorat dans les sujets composant le programme d'études de cette période d'internat.

VI. — Les titres et l'éthique professionnels, de même que la publicité, sont également portés à l'attention du Commissaire: le titre de docteur ne devrait pas être permis au chiropraticien, un tel titre ne peut servir qu'à ceux qui l'ont obtenu d'une université reconnue. Seul le titre de chiropraticien devrait désigner sa fonction ou son action sans adjonction de "spécialiste", ni quelqu'autre désignation complémentaire.

* * *

Et voilà où en sont les faits et événements en chiropratique dans le Québec. Nous ne parlerons plus, personnellement, de chiropratique dans ce journal, quelle que soit la décision définitive du législateur en regard du rapport qu'il a maintenant entre les mains. Il connaît l'opinion de la médecine; par ce rapport exhaustif du juge Lacroix, il peut prendre connaissance de l'état actuel de la chiropratique dans les différents pays où il y a des chiropraticiens. Les opinions et les recommandations du juge Lacroix sont logiques. Sont-elles réalisables, surtout en ce qui concerne un contrôle efficace en deçà des cadres étroits dans lesquels on limite l'activité des chiropraticiens? Pourra-t-on surtout obtenir qu'ils puissent atteindre le degré de compétence suffisant pour maîtriser l'ultime difficulté de diagnostic différentiel, qu'ils puissent l'appliquer au bénéfice du malade et d'un traitement bénéfique?

L'excellente suggestion d'un an d'internat obligatoire dans un centre clinique dirigé par des chiropraticiens et des porteurs de doctorats nous paraît fragile et d'exécution pour le moins laborieuse.

Enfin, que décidera-t-on en définitive vis-à-vis le statut des quatre cents chiropraticiens qui exercent actuellement dans la Province, qui pour la plupart sont très loin de satisfaire à des exigences élémentaires de compétence à tout point de vue, pour traiter des malades?

Attendons et on pourra juger individuellement et privément de la façon qu'on utilisera pour sortir de cette énorme difficulté que représente une solution juste, applicable, rentable et comportant un minimum de nocivité à l'égard de la population.

Roma AMYOT

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

L'A.M.L.F.C. AU COMITÉ CONSULTATIF DES SERVICES DE SANTÉ D'URGENCE

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada a été invitée à faire partie du Comité Consultatif Fédéral des Services de Santé d'Urgence.

Ce comité a été fondé en 1961 par ordre en conseil du Cabinet et comprend dix-huit membres. Il a pour mandat: "d'assister et de conseiller le Ministre de la Santé et du Bien-être pour la défense civile et l'assistance aux pouvoirs provinciaux, municipaux et autres, en tout ce qui touche les services médicaux, hospitaliers, infirmiers et sanitaires".

Ce Comité est lui-même renseigné par dix-sept services fédéraux, dont chaque chef lui fait rapport.

La dernière réunion du Comité s'est tenue à Ottawa le 24 janvier dernier. L'Association était représentée par le docteur Antonio Lecours, le président de notre 35e Congrès, et maintenant attaché aux relations publiques.

Le docteur Lecours fera, en mai, un rapport détaillé aux membres du Conseil sur la participation de l'Association aux Services de Santé d'Urgence et le rôle qu'elle peut y jouer.

RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE L'A.M.L.F.C.

Sous la présidence du docteur Émile Blain, directeur général, l'Exécutif de l'A.M.L.F.C. a tenu son assemblée régulière le samedi 12 février dernier au siège social de l'Association.

L'ordre du jour comprenait d'abord la lecture du procès-verbal de la dernière assemblée de l'Exécutif (14 janvier 1966) et la lecture de la correspondance; puis l'exposé de plusieurs motions et rapports: motion Powers, motion Wilfrid Caron, motion Laframboise, rapport des délibérations du Bureau de direction de "L'Union Médicale du Canada", rapport Lachance. Ces motions et rapports seront de nouveau soumis à l'étude et aux décisions du Conseil dont la prochaine réunion se tiendra le samedi 7 mai prochain.

Puis les membres présents furent informés de l'état actuel des préparatifs en cours pour le Congrès de Québec, au Château Frontenac, les 26, 27, 28 et 29 octobre de la présente année et de ceux du Congrès international des Médecins de Langue Française qui aura lieu à Montréal en 1967.

LE 36e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C. À QUÉBEC

Ce Congrès sera sous la présidence du docteur Wilfrid Caron, professeur à l'Université Laval et chirurgien-chef de l'Hôpital du Saint-Sacrement à Québec; il sera secondé dans ses fonctions par les docteurs J. Turcot, à titre d'adjoint au président, du docteur J. Brunet, et du docteur A. Moisan qui agiront respectivement comme secrétaire et secrétaire-adjoint.

Le programme scientifique comprendra des symposiums: séance neurologique, clinique, gastro-entérologie, éducation médicale; des conférences: conférence Brochu, génétique, conférence du délégué officiel de la France; des travaux scientifiques par sections: médecine-chirurgie et deux sections de sciences de base; sont également prévus, de nombreux exhibits scientifiques.

Le programme social est également en voie de préparation et comme toujours à Québec, nous réserve des surprises heureuses.

Pierre SMITH

Directeur des relations extérieures

TRAVAUX ORIGINAUX

MALADES CHRONIQUES ET SIGNES MÉTABOLIQUES ¹

J. P. DURUISSEAU et E. LAURENDEAU

INTRODUCTION

Certains signes métaboliques sont-ils plus fréquents que d'autres chez le malade chronique? Depuis 1958, nous essayons de répondre à cette question en déterminant l'incidence de divers signes métaboliques chez des patients âgés, souffrant de maladies chroniques, hospitalisés à l'Hôpital Notre-Dame de la Merci. Déjà une certaine image prend forme. Le PBI, le T³, la Captation de I¹³¹, les protéines sériques totales sont fréquemment abaissés (1). Dans le présent article, nous voudrions ajouter quelques autres incidences sur la glycémie, l'hyperglycémie provoquée, le magnésium sérique et tissulaire, l'éosinophilie.

PATIENTS, MATÉRIEL ET MÉTHODES

Patients. Les patients étaient tous du sexe mâle, âgés, à quelques exceptions près, de 50 à 90 ans. Tous étaient des malades chroniques et la plupart furent hospitalisés pour une durée d'au moins 90 jours.

Matériel et méthodes

Glycémie: méthode de Bénédic. Normale: 70 à 100 mg% du sang total.

Hyperglycémie provoquée: La glycémie est déterminée à 0, 30, 60, 120 et 180 minutes, après l'ingestion orale de 100 grs de glucose.

Magnésium sérique: méthode du jaune titane de Masson et Coll. (2).

Magnésium tissulaire: méthode de Orange et coll. (3).

Éosinophilie: le pourcentage d'éosinophiles circulants a été obtenu à partir du leucogramme fait de routine, à l'admission du patient.

Glycémie

Le fait que la glycémie d'un patient chronique âgé à jeun soit normale permet-il de conclure à l'absence de diabète chez ce patient? Il faut conclure dans la négative. En effet, la glycémie à jeun élevée indique presque à coup sûr, un trouble du métabolisme glucidique; il y a peu de faux positifs. Par contre, la glycémie normale, chez le patient chronique âgé et à jeun, peut impliquer beaucoup de faux négatifs. Il est intéressant de comparer les résultats obtenus chez un groupe de 72 patients externes dont l'âge variait de 20 à 50 ans, avec ceux de nos 88 malades chroniques hospitalisés âgés de 60 à 90 ans. Le Tableau I indique que 90% des patients externes, à jeun, avaient une

TABLEAU I

HYPERGLYCÉMIES PROVOQUÉES

Patients externes:
Age: 20 à 50 ans
Nombre: 72

Malades chroniques hospitalisés:
Age: 60 à 90 ans
Nombre: 88

| Patients externes: | | Malades chroniques hospitalisés: | | | | | |
|---|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------|----------|----------|----------|
| Moins de 120mg% à jeun | Plus de 120mg% à jeun | Moins de 120mg% à jeun | Plus de 120mg% à jeun | | | | |
| 90% | 10% | 93% | 7% | | | | |
| Après l'ingestion de 100 gms de glucose | | | | | | | |
| < 175mg% | > 175mg% | < 175mg% | > 175mg% | < 175mg% | > 175mg% | < 175mg% | > 175mg% |
| 65% | 25% | 0 | 10% | 42% | 51% | 1% | 6% |

Courbes E.N.M. de ce type de patients montrent toutes de la dépolarisation.

glycémie inférieure à 120 mg%. On voit que ce résultat est sensiblement le même que celui obtenu chez les chroniques, soit 93% dans les mêmes conditions. Mais, la surcharge glucidique permet de mettre en évidence les défauts du métabolisme des sucres à la fois chez des supposés "normaux" et chez le malade chronique. Dans le premier groupe

25% des patients externes dont la glycémie à jeun était normale ont montré des maxima de glycémie après ingestion de 100 grs de glucose, supérieurs à 175 mg%. Chez le malade chronique, on constate que ce résultat a doublé, soit 51%. Ces résultats sont intéressants au point de vue de la médecine préventive. Mitchell et Strauss (5) ont étudié la glycémie exactement deux heures après l'ingestion de 50 grs de glucose chez 11,341 sujets.

¹ Contribution de l'Institut de Gérontologie de l'Hôpital Notre-Dame de la Merci, Montréal.

TABLEAU II
DISTRIBUTION DU Ca ET Mg DANS DIVERS TISSUS DU RAT

| Groupe | Traitement | | Calcium (mEq/Kg) | | | | | | Magnesium (mEq/Kg) | | | | | |
|--------|--|------|------------------|--------|-------|-------|-------|---------|--------------------|--------|-------|-------|-------|---------|
| | | | Serum | Muscle | Cœur | Foie | Rein | Cerveau | Serum | Muscle | Cœur | Foie | Rein | Cerveau |
| I | Aucun | Av. | 5.03 | 3.79 | 22.5 | 11.9 | 13.0 | 6.2 | 2.45 | 22.1 | 30.4 | 34.5 | 15.9 | 4.6 |
| | | S.E. | ± 0.07 | ± 0.26 | ± 2.2 | ± 1.0 | ± 2.2 | ± 0.5 | ± 0.13 | ± 1.0 | ± 1.4 | ± 1.3 | ± 1.6 | ± 0.26 |
| II | NaH ₂ PO ₄ | Av. | 4.31 | 4.61 | 31.2 | 13.7 | 16.6 | 6.3 | 3.71 | 22.8 | 32.5 | 38.5 | 24.8 | 4.6 |
| | | S.E. | ± 0.06 | ± 0.27 | ± 4.2 | ± 2.0 | ± 2.8 | ± 0.7 | ± 0.36 | ± 1.0 | ± 2.1 | ± 1.3 | ± 3.2 | ± 0.39 |
| III | Me-Cl-Col-Ac | Av. | 2.98 | 4.43 | 33.2 | 18.2 | 17.7 | 5.7 | 2.63 | 23.0 | 23.2 | 36.5 | 14.9 | 3.9 |
| | | S.E. | ± 0.14 | ± 0.37 | ± 2.6 | ± 2.2 | ± 3.7 | ± 0.6 | ± 0.21 | ± 1.6 | ± 1.8 | ± 1.0 | ± 3.4 | ± 0.21 |
| IV | NaH ₂ PO ₄ + Me-Cl-Col-Ac | Av. | 2.20 | 5.93 | 35.1 | 24.9 | 32.9 | 6.1 | 1.33 | 19.5 | 15.0 | 37.8 | 16.0 | 4.4 |
| | | S.E. | ± 0.12 | ± 0.51 | ± 4.0 | ± 2.8 | ± 3.0 | ± 0.7 | ± 0.12 | ± 1.3 | ± 1.1 | ± 2.2 | ± 3.8 | ± 0.08 |

Les valeurs en italique sont significatives (P < 0.05) si on les compare avec les valeurs normales correspondantes (Groupe I).

TABLEAU III

DISTRIBUTION DE L'EAU ET DES ÉLECTROLYTIQUES
DANS LE MUSCLE CARDIAQUE DU RAT VIEILLISSANT

| Groupe: | H ₂ O g | Na meq | K meq | Ca meq | Mg meq | Cl meq | P mmole |
|--------------------|-----------------------|-------------|-------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| I (1.1 mois) | 3701 ± 50 | 230 ± 10 | 385 ± 16 | 41.2 ± 3.9 | 86.4 ± 7.6 | 173 ± 8 | 335 ± 14 |
| II (1.6 mois) | 3682 ± 61 | 247 ± 8 | 396 ± 12 | 30.7 ± 1.9 | 82.7 ± 5.9 | 175 ± 9 | 344 ± 9 |
| III (11.6 mois) | 3549 ± 45 | 190 ± 9 | 389 ± 15 | 25.5 ± 2.0 | 68.8 ± 5.7 | 167 ± 7 | 348 ± 11 |
| IV (35.4 mois) | 3382 ± 95 | 112 ± 5 | 355 ± 14 | 21.1 ± 1.4 | 47.4 ± 4.5 | 141 ± 6 | 339 ± 9 |

TABLEAU IV

DISTRIBUTION DE L'EAU ET DES ÉLECTROLYTIQUES
DANS LE MUSCLE SQUELETTIQUE DU RAT VIEILLISSANT

| Groupe: | H ₂ O g | Na meq | K meq | Ca meq | Mg meq | Cl meq | P mmole |
|--------------------|-----------------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| I (1.1 mois) | 3608 ± 62 | 195 ± 8 | 551 ± 32 | 27.0 ± 1.6 | 87.8 ± 4.5 | 64.7 ± 4.9 | 295 ± 18 |
| II (1.6 mois) | 3518 ± 39 | 186 ± 5 | 540 ± 34 | 25.8 ± 1.4 | 94.2 ± 5.0 | 61.8 ± 4.6 | 324 ± 17 |
| III (11.6 mois) | 3479 ± 54 | 178 ± 9 | 580 ± 36 | 22.0 ± 1.2 | 91.0 ± 6.6 | 63.5 ± 3.8 | 296 ± 9 |
| IV (35.4 mois) | 3301 ± 42 | 184 ± 13 | 477 ± 39 | 19.9 ± 1.3 | 84.1 ± 7.6 | 52.4 ± 3.1 | 313 ± 16 |

Les résultats sont exprimés comme la moyenne en g. mEq ou mmole par Kg de tissu sec et dégraissé ± erreur standard.

Ils concluent que ce test relativement simple et peu incommodant pour le patient permet de détecter des états de diabète avec presque autant de sensibilité et de spécificité que l'hyperglycémie provoquée classique.

Magnésium sérique et tissulaire

Bien que le rôle du magnésium dans le système cardio-vasculaire ne soit pas entièrement élucidé, plusieurs faits suggèrent fortement qu'il y joue un rôle important. Ces faits sont d'origine expérimentale (4, 6, 7, 8, 9, 10, 11) et clinique. Quant aux faits d'origine expérimentale, nous nous bornerons à renvoyer le lecteur aux références précédemment mentionnées. Nous ajouterons cependant quelques faits expérimentaux observés dans nos laboratoires. Le Mg diminue dans le cœur du jeune rat, si ce dernier est traité d'une manière telle qu'il développe une lésion cardiaque infarctoïde. Cette diminution du Mg cardiaque n'est accompagnée d'aucun changement de concentration du Mg dans le muscle squelettique des mêmes animaux, malgré le fait que le Mg sérique diminue de 50% dans les mêmes circonstances (Tableau II). La détermination du Mg tissulaire chez les animaux vieillissants amène des résultats similaires. En

effet, un examen du Tableau III permet de constater que le Mg cardiaque s'abaisse avec l'âge pour devenir environ 50% de la valeur trouvée chez le jeune animal. Ces considérations ne s'appliquent pas aux concentrations du Mg dans le muscle squelettique dans les mêmes conditions. Il est intéressant de rapprocher ces constatations du fait que la nécrose cardiaque est bien plus fréquente que la nécrose du muscle squelettique. Il semblerait que la diminution du Mg cardiaque observée chez les animaux vieillissants s'applique à l'homme normal vieillissant. Ces résultats sont indiqués au Tableau V, où l'on voit que la concentration du Mg est de 10.9 mEq/Kg de cœur frais pour des individus âgés, alors qu'elle est de l'ordre de 12.6 mEq/Kg pour des individus plus jeunes. De plus, on sait que les complications cardio-vasculaires sont plus répandues chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.

Or, on voit, dans le Tableau V, que 3 patients souffrant de diabète chronique ont montré des concentrations de Mg cardiaque de 7.3 mEq/Kg. Cette constatation suggère qu'une oxydation normale est nécessaire au métabolisme du Mg cardiaque. Si cette oxydation est brusquement stoppée par du monoxyde de C (voir cas du patient

TABLEAU V

ÉLECTROLYTES DANS LE MUSCLE CARDIAQUE NORMAL ET PATHOLOGIQUE CHEZ DES HUMAINS VIEILLISSANTS

| Groupe: | Age (années) | Nombre de cœurs | Poids du cœur (gr) | Electrolytes (meq./Kg de tissus frais) ¹ | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---|---------------------------------|------------|----------------------|---------------|--------------------|
| | | | | Na | K | Ca | Mg | Cl | P |
| NORMAL | | | | | | | | | |
| I | 0.16 - 2 | 2 | 30 - 55 | 61.1 | 50.6 | 9.3 | 12.6 | 46.9 | 29.0 |
| II | 17 - 27 | 4 | 279 - 304 296.0 | (49.1) ² 2.5 | (67.3) 3.3 | 7.5 0.6 | 12.6 0.5 | (37.2) 1.9 | (42.0) 2.5 |
| III | 37 - 76 | 7 | 167 - 350 267.8 | (50.4) 2.4 | <u>55.9</u> ³ 2.8 | 9.3 1.3 | <u>(10.9)</u> 0.4 | (39.4) 3.3 | (39.8) 2.3 |
| PATHOLOGIQUE | | | | | | | | | |
| Non-infarctus avec diabète chronique. | 53 - 83 | 3 | 189 - 285 274.3 | 62.5 4.2 | <u>49.7</u> 3.4 | 7.4 1.3 | <u>7.3</u> ± 2.1 | 28.9 6.1 | <u>31.2</u> 1.5 |
| Empoisonnement CO | 49 | 1 | 251 | 52 | 39.6 | 15.4 | 8.4 | 46 | 33.4 |

1) Toutes les valeurs représentent la moyenne ± l'erreur standard.

2) Les valeurs entre parenthèses sont significativement différentes des valeurs correspondantes du groupe I.

3) Les valeurs soulignées sont significativement différentes des valeurs correspondantes du groupe II.

décédé par monoxyde de C, Tableau V), on a une diminution du Mg cardiaque, du même ordre de grandeur que celle observée dans le cœur du diabétique. Dans le cas des travaux faits chez les humains, nous admettons que notre série est petite,

mais vu que les résultats concordent assez bien avec ceux obtenus chez les animaux, ils conservent au moins une valeur suggestive.

La cellule cardiaque est particulièrement sensible à des diminutions de concentration de Mg

dans les liquides extracellulaires. Ceci se montre bien dans le Tableau II, où l'on peut voir qu'une diminution de Mg sérique d'environ 50% (4e groupe d'animaux) est accompagnée d'une diminution parallèle dans le muscle cardiaque, mais non dans le muscle squelettique. Brandt et coll. (12) ont rapporté que le tissu cardiaque du chien montre la concentration la plus élevée de Mg²⁸ et possiblement le taux le plus élevé d'échange entre le Mg non-étiqueté et le Mg²⁸.

Cependant, il n'est pas facile de déterminer le Mg tissulaire soit par des moyens isotopiques ou à l'aide de biopsies. C'est pourquoi Laborit (13) et Coirault (14) ont mis au point une technique simple, peu coûteuse et peu incommode pour le patient, d'estimation des électrolytes tissulaires par l'utilisation du rhéotome de base.

Cet appareil permet de déterminer la courbe d'excitabilité neuro-musculaire (ENM). D'après Coirault qui s'appuie sur 5 années d'études et plus de 15,000 courbes ENM, la courbe musculaire exprime l'activité métabolique générale et la courbe du nerf exprime l'activité du tissu nerveux. Il ajoute: "il s'agit évidemment d'une expression très schématique des phénomènes, chaque courbe s'intégrant dans un contexte clinique et biologique propre à chaque malade". Cette courbe consiste en trois segments:

1 — segment des temps courts: répond surtout au Ca membranaire;

2 — segment des temps moyens: fait intervenir le Mg intracellulaire;

3 — segment des temps longs: répond au potassium cellulaire.

Après avoir déterminé environ 300 courbes ENM, chez nos malades chroniques, nous pouvons affirmer qu'ils sont tous en état de dépolarisation.

Pour conclure, nous formulons l'hypothèse que certaines nécroses myocardiques et cardiopathies séniles peuvent résulter de déséquilibres électrolytiques mettant particulièrement en cause des diminutions de Mg tissulaire.

Éosinophilie

L'éosinophilie est très répandue chez le malade chronique hospitalisé à l'Hôpital Notre-Dame de la Merci. En effet, 32% des 497 patients chez qui un leucogramme a été fait, ont montré 4% ou plus d'éosinophiles circulants (Tableau VI).

Les causes possibles d'éosinophilie sont assez nombreuses. Lapiere, Bonin et Tamakori en ont discuté dans un article récemment paru dans l'Union Médicale (15).

TABLEAU VI

DISTRIBUTION DES ÉOSINOPHILES CIRCULANTS
DANS UNE POPULATION DE MALADES CHRONIQUES MÂLES
HOSPITALISÉS À NOTRE-DAME DE LA MERCI

| Normaux | | Anormaux | |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| % d'éosinophiles: | % Incidence: | % d'éosinophiles: | % Incidence: |
| 0 | 19.9 | 4 | 19.9 |
| 1 | 16.9 | 5 | 5.0 |
| 2 | 17.9 | 6 | 5.9 |
| 3 | 13.1 | 7 | 3.4 |
| Total: | 67.8% | 8 | 2.2 |
| | | 9 | 1.1 |
| | | 10 | 1.4 |
| | | 11 | 0.6 |
| | | 12 | 0.2 |
| | | 13 | 0 |
| | | 14 | 0.2 |
| | | 15 | 0.2 |
| | | 16 | 0.4 |
| | | 21 | 0.2 |
| | | 28 et plus | 0.4 |
| | | Total: | 32.2% |

Nous nous limiterons ici à rapporter certains faits reliant éosinophilie et cancer, obtenus à partir de 42 patients étudiés cliniquement et à l'autopsie. 25 de ces patients étaient porteurs de néoplasie et 17 étaient des malades chroniques, mais exempts de néoplasie (Tableau VII).

On voit à l'examen du Tableau VII que l'éosinophilie est beaucoup plus fréquente chez le cancéreux (56%) que chez le malade chronique non-cancéreux (18%). Stickney et Heck (16) notent que la plus grande fréquence d'association parmi les néoplasies revient aux tumeurs métastatiques du foie et ils observent en outre que toute forme de destruction hépatique soit par cancer, soit par cirrhose, peut entraîner une augmentation des éosinophiles. Nous avons eu un cas typique avec métastase hépatique sans cirrhose. Le patient A.C., âgé de 75 ans, est admis à l'Hôpital Notre-Dame de la Merci avec un diagnostic de cirrhose alcoolique et d'hypertension artérielle. Le patient est ré-examiné cliniquement et métaboliquement et l'on confirme le diagnostic de cirrhose, car les résultats des épreuves hépatiques sont tous compatibles avec ce diagnostic. De plus, le patient est connu comme un buveur de bière. Cependant, 2 leucogrammes faits à 5 jours d'intervalle, montrent une éosinophilie de 36 à 43%. Aucun examen radiologique de l'abdomen ne permet de déceler une néoplasie.

L'évolution de sa maladie se traduit par un affaiblissement et une cachexie graduels, s'accompagnant d'hémorragies rectales épisodiques. Le 9 avril 1965, on répète le leucogramme qui ne montre que 9% d'éosinophiles circulants et un pourcen-

TABLEAU VII

NÉOPLASIE ET ÉOSINOPHILIE

| Néoplasie: | Métastases: | % d'éosino- philes: | Néoplasie | Métastases: | % d'éosino- philes: |
|--|--------------|------------------------|--|---------------------|------------------------|
| Adéno-carcino- me du rectum | Généralisées | 14 | Epithelioma pulmonaire | généralisées | 1 |
| Epithelioma rectal | hépatiques | 5 | Epithelioma bronchique | ? | 4 |
| Epithelioma rectal | ? | 1 | Epithelioma bronchique indifférencié | généralisées | 5 |
| Epithelioma de la vessie | pulmonaires | 6 | Hépatome | ? | 4 |
| Epithelioma grade IV de la vessie | généralisées | 5 | Cancer primaire du pancréas | généralisées | 35 - 43 - 9 |
| Epithelioma de la vessie | pulmonaires | 2 | Cancer de la tête du pancréas | ? | 4 - 2 - 0 |
| Epithelioma du rein droit | ? | 6 | Carcinome de la prostate | ganglionnaires | 4 |
| Epithelioma du rein droit | hépatiques | 2 | Epithelioma de la prostate | vessie et rectum | 0 |
| Epithelioma stomacal | généralisées | 1 | Epithelioma de la prostate | nil | 0 |
| Linite plastique stomacale | ? | 3 | Epithelioma spino-cellu- laire lèvre inférieure | ? | 4 - 0 - 4 |
| Epithelioma épidermoïde de l'œsophage | généralisées | 6 | | | |
| Cancer du poumon | généralisées | 2 - 1 | | | |
| Epithelioma spino-cellu- laire du poumon | généralisées | 0 - 0 | | | |
| Epithelioma indifférencié type "Oat Cell" du poumon | ? | 3 | | | |
| Epithelioma épidermoïde du poumon | généralisées | 5 | | | |

Sommaire:
14 patients cancéreux sur 25 ont 4% ou plus d'éosino-
philes circulants, soit une incidence de 56%.

3 patients sur 17 patients non-cancéreux ont 4% ou plus
d'éosinophiles circulants, soit une incidence de 18%.

tage d'hémoglobine de 67. (L'hémoglobine ayant été de 77% quelques semaines auparavant, il ne semble pas que la chute rapide des éosinophiles soit attribuable aux hémorragies rectales). Le patient décède le 7 juin 1965, soit 10 semaines après son admission.

L'autopsie révèle entre autres une tumeur rétro-péritonéale volumineuse, infiltrant le pancréas, une région du côlon transverse, le foie et les surrénales. Cette tumeur qui, macroscopiquement a l'apparence d'un lympho-sarcome, s'avère histologiquement être un cancer primaire du pancréas, n'intéressant pas les cellules Alpha et Bêta. Il n'y a pas de cirrhose hépatique.

En conclusion, l'éosinophilie est très répandue chez le malade chronique (32%). Elle peut être surtout d'origine allergique, neurologique ou néoplasique.

Pour terminer, le Tableau VIII résume les incidences de signes métaboliques ou syndromes observés dans une population de malades chroniques, mâles, âgés, hospitalisés à l'Hôpital Notre-Dame de la Merci (Tableau VIII).

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET CONCLUSION

Si nous transposons ces données métaboliques dans la médecine gériatrique, nous pouvons les utiliser à la fois comme adjuvants préventifs et guides

TABLEAU VIII

INCIDENCE DE SIGNES MÉTABOLIQUES
FRÉQUEMMENT RENCONTRÉS CHEZ
LE MALADE CHRONIQUE MÂLE ÂGÉ

| Signes ou syndromes: | Nombre de patients examinés: | Incidence sur 100 patients |
|---|------------------------------|----------------------------|
| PBI < 4 mcg% | 120 | 48 |
| PBI < 0.06 | 624 | 33 |
| Captation de I ¹³¹ < 15% | 624 | 14 |
| T _s < 25% | 143 | 11 |
| Protéines sériques < 6 gr% | 218 | 15.6 |
| Beta-Lipo-protéines > 2.7 mm | 257 | 51.3 |
| Glycémie à jeun > 120 mg% chez chroniques ¹ | 88 | 7 |
| Hyperglycémie provoquée dont maximum > 175 mg% chez chroniques ¹ | 88 | 51 |
| Eosinophilie > 4% | 497 | 32 |
| Transaminases: | | |
| SGO-T > 50 U.F. | 178 | 24.6 |
| SGP-T > 45 U.F. | 178 | 20.2 |
| Phosphatases: | | |
| acide: > 0.63 U.sigma | 288 | 47.2 |
| prostatique > 0.20 U.S. | 288 | 11.4 |
| alcaline: > 2.30 U.S. | 288 | 61.4 |

¹ Glycémie et hyperglycémie provoquée correspondent aux mêmes patients.

dans le traitement des maladies des personnes âgées. La médecine préventive, dans les maladies à long terme, doit considérer l'aspect gérontologique de la cellule vieillissante. L'usure ou les débuts d'une déficience organique se traduisent souvent par une fausse vitalité.

Le patient de 45 ans et plus qui consulte, à la suite d'un malaise bénin ou pour un "check up" veut être rassuré; la vie, avec ses obligations, ses plaisirs, le commande. Il veut être confirmé dans la certitude que son organisme ne présente aucune faille.

L'investigation, en milieu hospitalier, grâce à l'éventail d'analyses biochimiques, hématologiques, pathologiques ou radiologiques permet d'observer une lésion évidente, mais souvent, par contre, toutes les analyses s'avèrent normales et ce patient, rassuré, retourne à une vie disproportionnée à son âge physiologique. Ceci aurait pu possiblement être évité, si l'on avait procédé à des épreuves de surcharge.

C'est pourquoi nous croyons que l'investigation clinique doit se compléter par:

1° certaines épreuves de surcharge ou d'efforts: l'électrocardiogramme avant et après l'effort, la glycémie, 2 heures après l'ingestion de glucose, la lipémie et tout ce que cela suppose, le cholestérol, les B-lipoprotéines, les lipides totaux, la turbidité sérique, avant et après repas gras;

2° certaines analyses hématologiques ou biochimiques, qui semblent plus souvent anormales que d'autres, chez le malade chronique âgé: PBI, protéines sériques, phosphatases. Une éosinophilie élevée met souvent sur la piste d'une néoplasie;

3° il doit s'établir un dialogue médecin-patient. On doit scruter la vie passée et présente du patient de 45 ans et plus, étudier ses habitudes alimentaires, récréatives, sexuelles, son travail, etc., afin de pouvoir le conseiller sur une hygiène de vie, qui sera probablement un peu différente, mais plus proportionnée à un organisme possiblement moins vigoureux, moins résistant aux stress de la vie, qu'il ne l'était auparavant.

En conclusion, la médecine gériatrique doit suppléer aux déficiences décelées dans le contexte de la cellule vieillissante et s'attacher à détecter des états de pré-maladie.

Dans un rapport subséquent, nous donnerons nos statistiques sur la fonction d'absorption intestinale chez le chronique âgé.

Résumé

Le rôle du Mg dans l'étiologie des cardiopathies a été étudié chez le rat souffrant de lésions cardiaques infarctoïdes expérimentales, chez le rat normal vieillissant, chez l'humain normal vieillissant, ainsi que chez le diabétique. De plus certains signes métaboliques pathologiques les plus fréquemment rencontrés chez le malade mâle, chronique, âgé, sont étudiés parce qu'ils présentent un certain intérêt en médecine préventive.

Summary

The role of Mg in the etiology of cardiopathies has been studied in the rat suffering of experimentally induced "infarctoid" heart lesions, in the normal ageing rat, in the normal ageing human being, also in the diabetic patient. In addition to that, certain metabolic pathological signs most frequently met amongst male, aged, chronically ill patients were studied because they may be interesting from a preventive medicine point of view.

REMERCIEMENTS

Nous sommes très reconnaissants aux docteurs J. Bourgeois et Y. McKay qui sont responsables des travaux d'anatomie pathologique, ainsi qu'à M. G. Lamanque, i.g. qui a compilé les résultats montrant une corrélation entre néoplasie et éosinophilie.

BIBLIOGRAPHIE

1. DuRUISSEAU, J. P.; LEBEL, E. et LAURENDEAU, E.: L'Insuffisance thyroïdienne chez le malade chronique. *Union Méd. Canada*, 94: 51-55, 1965.
2. MAURAT, J. P.: Méthode de dosage du magnésium sérique. Le Magnésium en Pathologie. L'Expansion, édit., Paris, 1958.
3. ORANGE, M. et RHEIN, H. C.: *Pf. Biol. Chem.*, 189: 379, 1951.
4. SELYE, H. et MISHRA, R. K.: *Amer. Heart J.*, 55: 163, 1958.
5. MITCHELL, F. L. et STRAUSS, W. T.: Relation of Postprandial Blood Glucose Level to the Oral Glucose Tolerance Curve. *The Lancet*, 1: 1185, 1964.
6. LEROY, J.: Nécessité du Magnésium pour la naissance de la souris. *C.R. Soc. Biol.*, 94: 431, 1926.
7. KRUSE, H. D.; ORENT, E. R. et McCOLLUM, E. U.: Studies of Magnesium Deficiency in Animals. I. Symptomatology Resulting from Magnesium Deprivation. *J.B.C.*, 96: 519, 1932.
8. Idem: III. Chemical changes in the Blood Following Magnesium Deprivation. *J.B.C.*, 100: 603, 1933.
9. DuRUISSEAU, J. P. et MORI, K.: Biochemical Studies on Experimental Cardiopathy: Electrolytes in Rat Tissues. *Brit. J. Exp. Path.*, 40: 250-254, 1959.
10. MORI, K. et DuRUISSEAU, J. P.: Water and Electrolyte Changes in Ageing Process with Special Reference to Ca and Mg in Cardiac Muscle. *Can. J. Biochem. Physiol.*, 38: 919, 1960.
11. LAURENDEAU, E. et DuRUISSEAU, J. P.: Electrolytes in Ageing Human and Animal Normal and Pathological Heart. *Memorias Del IV Congreso Mundial De Cardiologia*, 5: 245, 1962.
12. BRANDT, J. L.; GLASER, W. et JONES, A.: Soft Tissue Distribution and Plasma Disappearance of Intravenously Administered Isotopic Mg with Observations on Uptake in Bone. *Metabolism*, 6: 355, 1958.
13. LABORIT, H.: Physiologie humaine, cellulaire et organique. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
14. COIRAULT, R.: Agression et Réanimation en Neuro-psychiatrie. p. 4-5. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.
15. LAPIERRE, J.; BONIN, A. et TAKAMORI, M.: Eosinophilie, Angéite et Dermites allergiques, Neuromyopathie et Cancer. *Union Méd. Canada*, 94: 997, 1965.
16. STICKNEY, J. M. et HECK, F. J.: The Clinical Occurrence of Eosinophilia. *Med. Clin. N. Amer.*, 18: 915, 1944.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

PRIX ANNUEL

- 1) *L'Association des Médecins de Langue Française du Canada offre un prix de cinq cents dollars pour un travail personnel et inédit de recherche fondamentale ou clinique, susceptible d'apporter une contribution originale à l'avancement de la science médicale. Il devra être écrit en langue française.*
- 2) *Il ne sera pas divisible ni nécessairement attribué si aucun travail n'est jugé méritant.*
- 3) *Le prix sera attribué à l'auteur principal, si le travail est fait en collaboration.*
- 4) *Le Comité Scientifique de l'Association remplira les fonctions de jury.*
- 5) *L'attribution du prix et la présentation du travail seront faites lors du Congrès annuel de l'Association.*

ÉLIGIBILITÉ

- 6) *Le concours est ouvert à tout membre en règle avec l'Association.*

MANUSCRITS

- 7) *Les manuscrits doivent comporter au plus 30 pages de texte, rédigés en cinq copies, dactylographiés à double interligne, sur papier de format 8½ x 11 — et envoyés au secrétaire-trésorier général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, 5064 avenue du Parc, Montréal 8. Le manuscrit sera signé d'un pseudonyme. L'auteur devra s'identifier dans une lettre séparée, adressée au secrétaire-trésorier.*

DATE LIMITE

- 9) *Les manuscrits doivent être remis au plus tard le 1er septembre 1966.*

ÉVALUATION À LONG TERME DE LA VALVULOPLASTIE MITRALE

Claude CHARTRAND, Louise MONDAY, Paul ROY, Jean de L. MIGNAULT
et Paul STANLEY¹

INTRODUCTION

Le remplacement valvulaire mitral par une prothèse à bille (1) a gagné la faveur d'un nombre de chirurgiens de plus en plus grand. Aussi, les indications de la valvuloplastie mitrale, préconisées antérieurement par plusieurs (2-6) se sont limitées progressivement. Cependant, devant la mortalité et la morbidité inhérentes à l'emploi d'une prothèse mitrale, nous avons cru nécessaire de réévaluer les malades chez qui une valvuloplastie avait été pratiquée, afin de préciser les indications de cette technique.

MATÉRIEL CLINIQUE

De novembre 1959 à avril 1964, nous avons procédé à une plastie mitrale chez 34 patients. Cinq décès sont survenus dans les suites post-opératoires immédiates. Les causes de décès furent: le déséquilibre électrolytique grave chez une malade, l'embolie gazeuse systémique chez une autre, une thrombose mésentérique chez un artérioscléreux avancé et enfin, l'insuffisance cardiaque chez deux patients dont nous dirons un mot plus tard. Une patiente ne s'est pas présentée à l'étude de groupe. Cette évaluation à long terme porte donc sur 28 cas.

Dix-neuf femmes et neuf hommes composent ce groupe. Leur âge variait de 14 à 56 ans. La majorité était âgée de 25 à 50 ans.

Une insuffisance mitrale pure était présente chez 12 patients, alors que 16 étaient porteurs d'une maladie mitrale. Sous circulation extra-corporelle, nous avons procédé chez tous à une plastie mitrale variable selon le type de lésion rencontrée: annuloplastie, valvuloplastie, décalcification. A ces procédés, nous avons associé une commissurotomie chez plusieurs et une thrombectomie chez quelques-uns.

La durée de l'évolution post-opératoire a varié entre 12 et 57 mois avec une moyenne de 26 mois.

MÉTHODE

Nous avons procédé chez tous ces patients à une évaluation pré et post-opératoire comparée en suivant un protocole standardisé. La symptomatologie, le rendement fonctionnel et l'examen objectif complet furent évalués par une équipe

d'au moins 3 examinateurs. Sur les clichés cardiaques de routine, l'index cardio-thoracique, la vascularité pulmonaire et les dimensions volumétriques des différentes cavités cardiaques furent appréciés par le même radiologue à qui aucun renseignement clinique, électrocardiographique ou hémodynamique n'était fourni. Il en fut de même pour l'interprétation des électrocardiogrammes. Un cathétérisme pré-opératoire fut pratiqué chez tous les patients; il ne fut répété à la période post-opératoire que dans quelques circonstances jugées nécessaires.

RÉSULTATS

TABLEAU I

VALVULOPLASTIE MITRALE - 28 CAS
Groupes fonctionnels pré et post-op.

| Groupe fonctionnel | I | II | III | IV |
|--------------------|----|----|-----|----|
| Pré-op. | 0 | 2* | 3 | 23 |
| Post-op. | 21 | 2 | 3 | 2 |

* (1) C.I.A. associée
(1) Embolie cérébrale,
Thrombus résiduel dans O.G.

Symptomatologie (Tableau I)

Le groupement fonctionnel des patients selon la classification de la "New York Heart Association" résume la symptomatologie importante et permet une comparaison d'ensemble de la période pré et post-opératoire. Avant l'intervention, 23 des 28 patients étaient invalides; 3 autres présentaient une symptomatologie grave. Deux malades appartenaient au groupe II et furent opérés à cause des lésions suivantes; une patiente avait été victime d'une embolie cérébrale et présentait un thrombus auriculaire gauche résiduel; l'autre patient avait une communication inter-auriculaire associée.

A la revue des patients, 21 sont asymptomatiques. Deux accusent une légère dyspnée d'effort. Chez une patiente, l'auscultation cardiaque, l'image radiologique et l'électrocardiogramme sont à peu près normaux; elle présente toutefois une fibrose pulmonaire étendue, consécutive à une ancienne tuberculose pour laquelle elle a déjà subi une thoracoplastie droite. L'autre malade souffre

¹ Section cardio-vasculaire, Hôtel-Dieu de Montréal.

d'insuffisance aortique grade III. Le 3e groupe comprend 3 patients dont 2 sont améliorés sur le plan fonctionnel seulement. Deux mauvais résultats forment le groupe IV.

Auscultation

L'étude des variations du souffle systolique mitral permet une comparaison intéressante. Avant l'intervention, on entendait un souffle systolique de pointe III-IV/IV chez presque tous les malades et l'irradiation était typique chez tous, sauf dans un seul cas (Tableau II).

TABLEAU II

VALVULOPLASTIE MITRALE — 28 CAS
Souffle systolique mitral post-op.

| Grade/IV | 0-1 | II | III | IV |
|------------------|-----|----|-----|----|
| Nombre | 11 | 12 | 4 | 1 |
| Sans irradiation | 9 | 2 | 0 | 0 |

A la réévaluation post-opératoire, nous observons que l'intensité du souffle systolique a diminué chez la plupart pour disparaître chez plusieurs. L'irradiation est disparue chez 11 malades; elle a diminué chez quelques autres. Vingt-et-un des vingt-trois patients présentant des souffles de 0 à II appartiennent à la classe fonctionnelle I. Les deux autres patients présentant les mêmes signes stéthacoustiques appartiennent à la classe II; nous avons déjà dit un mot de ces deux derniers.

Cinq patients présentent des souffles d'insuffisance mitrale significative. Trois d'entre eux, considérés comme étant de mauvais résultats appartiennent à la classe fonctionnelle III et IV. Les deux autres ont un meilleur rendement fonctionnel, mais ne montrent que très peu ou pas d'amélioration objective.

Il est à noter qu'aucun souffle systolique mitral III ou IV n'est entendu dans le groupe I ou II et qu'aucun souffle systolique I ou II ne l'est dans le groupe III ou IV. Il semble donc exister une corrélation assez étroite entre la symptomatologie et les signes stéthacoustiques mitraux.

Évaluation radiologique

Nous présentons les données comparées des clichés de routine cardiaque en nous limitant aux indices radiologiques les plus importants dans l'évaluation d'une maladie mitrale (Tableau III).

TABLEAU III

VALVULOPLASTIE MITRALE — 28 CAS
Technique cardiaque post-op.

| | Groupe total (28) | I (21) | II (2) | III (3) | IV (2) |
|------------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Vascularité pulmonaire | 17 | 15 | 2 | 0 | 0 |
| O.G. | 15 | 13 | 2 | 0 | 0 |
| V.G. | 18 | 16 | 2 | 0 | 0 |
| Index C/T | 24 | 21 | 2 | 1 | 0 |

Nombre de patients présentant des paramètres radiologiques améliorés ou normaux après l'intervention.

Avant l'intervention, le ventricule gauche présentait un aspect pathologique chez 20 patients; la vascularité pulmonaire était accentuée chez 26; l'oreillette gauche et l'index cardio-thoracique étaient augmentés chez tous.

Le tableau ci-haut représente le nombre de patients chez qui on observe une amélioration ou même un aspect radiologique normal de ces mêmes paramètres après l'intervention.

Si nous étudions le groupe entier, nous pouvons constater une amélioration de l'image radiologique de la silhouette cardiaque ou de la vascularité pulmonaire chez un bon nombre de patients.

Si nous passons aux résultats analytiques constatés au niveau du groupe fonctionnel post-opératoire, nous observons les faits suivants: tous les patients montrant une amélioration de la vascularité pulmonaire, une diminution du volume de l'oreillette ou du ventricule gauche, ou encore une image radiologique normale, appartiennent au groupe I et II. Aussi l'index cardio-thoracique a diminué ou est redevenu normal chez tous les patients du groupe I et II. Par ailleurs, les 5 patients du groupe III et IV ne montrent aucune diminution de la vascularité pulmonaire ou du volume des cavités gauches et un seul a un index cardio-thoracique diminué (Tableau IV).

TABLEAU IV

VALVULOPLASTIE MITRALE — 28 CAS
Evolution post-op. des paramètres radiologiques

| | Groupe total | I | II | III | IV |
|--------------|--------------|-------|-----|-----|-----|
| 2/4 et plus* | 23/28 | 21/21 | 2/2 | 0/3 | 0/3 |

* Patients présentant une amélioration de 2 paramètres et plus, ou une image radiologique normale après l'intervention.

Avant l'intervention, tous les patients présentaient une image pathologique portant sur 2 et plus des 4 paramètres radiologiques ci-haut mentionnés. L'évaluation post-opératoire démontre que 23 des 28 patients ont une amélioration de 2 et plus de ces mêmes paramètres. À noter que cette amélioration se retrouve chez tous les malades du groupe I et II alors qu'elle est absente chez les autres.

Électrocardiographie

Parmi les paramètres électrocardiographiques importants dans l'évaluation de l'insuffisance mitrale, seuls les potentiels ventriculaires gauches ont pu nous servir de critères de comparaison. Le volume de l'oreillette gauche n'a pu être évalué à

cause d'une fibrillation auriculaire présente chez un bon nombre de malades. De plus, les surcharges ventriculaires gauches n'ont pu être comparées à cause de l'imprégnation digitalique chez plusieurs (Tableau V).

Douze patients présentaient une hypertrophie ventriculaire gauche avant l'intervention; l'insuffisance était prédominante chez tous. Après l'opération, cette hypertrophie a diminué ou est même disparue dans 9 cas, alors qu'elle s'est accentuée dans trois cas.

Cette amélioration se retrouve chez tous les patients du groupe I ou II. De plus, nous n'avons observé aucune accentuation des potentiels ventriculaires gauches chez les autres malades de ces deux premiers groupes.

L'hypertrophie ventriculaire gauche notée chez les 4 malades du groupe III et IV s'est aggravée dans 3 cas et n'a regressé que dans un seul cas.

TABLEAU V

VALVULOPLASTIE MITRALE — 28 CAS
Evolution post-op. de ECG

| | Groupe total (28) | I (21) | II (2) | III (3) | IV (2) |
|--------------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| H.G.V. ↑ ou normal | 9 | 7 | 1 | 1 | 0 |
| H.V.G. ↑ | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 |

12 patients présentaient une H.V.G. avant l'intervention.

RÉSULTATS D'ENSEMBLE

Cette brève analyse des différents critères d'évaluation montre une corrélation assez étroite entre le rendement fonctionnel, les signes stéthacoustiques, les images radiologiques et les tracés électrocardiographiques. Ceci nous permet de grouper ces données pour obtenir une appréciation globale des résultats (Tableau VI).

TABLEAU VI

VALVULOPLASTIE MITRALE — 28 CAS
Résultat d'ensemble post-op.

| NB | Résultats | Groupe fonctionnel | S.Syt. mitral | Rx | ECG | Remarques |
|----|-------------------------|-----------------------|------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 21 | Très bons | I | 0-2 | Tous améliorés ou normaux | Tous améliorés ou normaux | |
| 2 | Bons (1) (1) | II | 0 | amélioré | N | Fibrose pulm. post T.B. I.A.s |
| | | II | 2 | amélioré | N | |
| 2 | Améliorés (1) (1) | III | 3 | lég. amélioré | H.V.G. ↑ | I.M. résiduelle |
| | | III | 3 | Vasc. pulm. ↑ | H.V.G. ↓ | |
| 3 | Mauvais | III + IV | 3-4 | Non amélioré ou paramètres ↑ | Non amélioré ou H.V.G. ↑ | I.M. résiduelle sévère |

A) 21 très bons résultats: ces patients sont asymptomatiques et présentent un souffle systolique mitral de 0 à II; il ont tous une image radiologique améliorée ou normale et un électrocardiogramme amélioré ou normal.

B) 2 bons résultats: une patiente est légèrement dyspnéique, malgré une auscultation normale, une amélioration de l'image radiologique et un électrocardiogramme normal. La dyspnée chez cette patiente est attribuable à la fibrose pulmonaire

secondaire à une tuberculose. L'autre malade, légèrement dyspnéique, a un souffle systolique mitral II/IV, une image radiologique améliorée et un électrocardiogramme normal. L'insuffisance aortique grade III, selon la classification de Lehman, explique peut-être sa symptomatologie.

C) 2 malades sont améliorés sur le plan fonctionnel, mais ils accusent quand même une dyspnée assez importante, ils ont un souffle systolique III et ils présentent peu d'amélioration radiologique ou électrocardiographique. Ce résultat médiocre

est vraisemblablement dû à une insuffisance mitrale résiduelle.

D) Enfin, trois échecs sont dus à une insuffisance mitrale grave récidivante.

COMMENTAIRES

A part la pneumopathie et l'insuffisance aortique déjà mentionnées plus haut, de tous les facteurs pouvant influencer les résultats à long terme, seules la lésion valvulaire et la technique chirurgicale nous semblent importantes (Tableau VII).

TABLEAU VII
VALVULOPLASTIE MITRALE — 28 CAS
Aspect pathologique valvulaire

| <i>Lésions mitrales</i> | <i>Nb</i> | <i>Résultats d'ensemble</i> | <i>Remarques</i> |
|--|-----------|---|--|
| Déformée et calcifiée | 7 2** | 5 très bons 1 amélioré 1 mauvais * 2 décès post-op. immédiats ** | * Réop.: progression de la valvulopathie |
| Fibreuse, peu de souplesse de feuillets | 2 | 1 très bon 1 bon | |
| Fibreuse, feuillet assez souple | 8 | 7 très bons 1 mauvais * | Réop.: points ayant cédé. |
| Rupture de cordages ou brèche valvulaire | 6 | 4 très bons 1 amélioré * 1 mauvais ** | * Pas de valvuloplastie ** Pas de valvuloplastie, Réop.: points ayant cédé |
| Anneau dilaté | 5 | 5 très bons | |

Sept malades étaient porteurs d'une valve mitrale déformée et calcifiée. Un patient est amélioré au point de vue fonctionnel, mais il persiste chez lui une insuffisance mitrale résiduelle significative. Une fillette de 14 ans a dû être réopérée; à la deuxième intervention, 4 ans plus tard, la valvulopathie avait progressé et les calcifications étaient plus étendues. Nous avons inclus dans ce groupe 2 décès post-opératoires immédiats. En effet, deux patients sont morts d'insuffisance cardiaque secondaire à l'insuffisance mitrale grave qui n'avait pu être corrigée.

Le 3e groupe est formé de 8 malades porteurs d'une valve mitrale fibreuse qui avait cependant conservé des feuillets assez souples. Dans ce groupe, on note, un seul mauvais résultat; il s'agit d'une malade chez qui, à la deuxième intervention, on a constaté que les points avaient cédé.

Une rupture de cordage ou une brèche valvulaire était responsable de l'insuffisance mitrale chez 6 malades. Deux patients de ce groupe, chez qui

la valvuloplastie de McGoon (7) n'avait pas été associée à l'annuloplastie, ont présenté une évolution défavorable. De plus une nouvelle opération dans l'un de ces 2 cas a révélé que les points avaient cédé.

De cette analyse quelques conclusions semblent évidentes:

1 — le risque d'échec est très grand dans les cas de valves déformées et calcifiées. En conséquence, on doit procéder à un remplacement valvulaire total chez les malades qui en sont porteurs;

2 — les points peuvent céder. Il nous paraît donc important d'employer du gros matériel de suture et de bien ancrer les points dans l'anneau;

3 — s'il existe une rupture de cordage tendineux, une valvuloplastie doit être associée à l'annuloplastie;

4 — en tenant compte de ces deux facteurs de technique chirurgicale que nous venons de discuter et qui peuvent être facilement adoptés, la plastie mitrale semble donner de très bons résultats dans

tous les cas d'insuffisance mitrale où la valve n'est pas calcifiée, ni trop déformée.

Conclusion et résumé

Nous vous avons présenté l'évaluation à long terme de 28 cas de valvuloplastie mitrale. Ces patients ont été examinés de 12 à 57 mois après l'intervention chirurgicale. L'évaluation comparée à l'aide d'examen standardisés nous a permis d'établir une bonne corrélation entre le rendement fonctionnel, les signes stéthacoustiques, la technique cardiaque et l'électrocardiogramme. La compilation des données nous a permis d'exprimer le résultat d'ensemble comme suit: 21 très bons résultats, 2 bons, 2 améliorés et 3 échecs.

Les causes d'insuffisance mitrale résiduelle significative ont été discutées. A notre avis, les facteurs techniques défavorables peuvent être évités. Quant aux valves déformées et calcifiées, elles doivent être remplacées par une prothèse artificielle. Enfin, dans les cas d'anneaux dilatés, de rupture de cordage tendineux, de brèches valvulaires, de désinsertion et même dans les cas de valves fibreuses ayant toutefois conservé une assez bonne souplesse des feuillets, nous croyons qu'une valvuloplastie mitrale est l'opération de choix. Chez la plupart de nos malades, ce type d'intervention a donné de très bons résultats qui se maintiennent, dans certains cas, après un recul de 5 ans.

Summary

We have presented a long-term follow-up (12 to 57 months) of 28 patients who underwent mitral valvuloplasty.

The data obtained from different ways of comparison allowed us to establish a close correlation between the functional status, the auscultatory signs, cardiopulmonary X-Rays and E.C.G. The results were as follows: 21 very good, 2 good, 2 patients improved and 3 failures.

We believe that calcified or severely fibrotic valves should be replaced by a prosthesis, as most of the poor results were seen among these cases.

Mitral incompetence due to dilatation of the annulus, ruptured chordae tendinae, mitral cleft, desinsertion and even when due to mild fibrosis of the leaflets is well amenable to valvuloplasty. Most of our patients in this group have shown very good results that are maintained up to five years after surgery in many cases.

BIBLIOGRAPHIE

1. STARR, A. et EDWARDS, M. L.: Mitral replacement: clinical experience with a ball-valve prosthesis. *Ann. Surg.*, 154: 726, 1961.
2. LILLEHEI, C. W.; GOTT, V. L.; de WALL, R. A. et VARCO, R. L.: Surgical correction of pure mitral insufficiency by annuloplasty under direct vision. *Lancet*, 77: 446, 1957.
3. KAY, E. B.; NOGUERIA, C. et ZIMMERMAN, H. A.: Correction of mitral insufficiency under direct vision. *Circulation*, 21: 568, 1960.
4. ANDERSON, A. M.; COBB, L. A.; BRUCE, R. A. et MERENDINO, K. A.: Evaluation of mitral annuloplasty for mitral regurgitation. Clinical and hemodynamic status four to forty-one months after surgery. *Circulation*, 26: 26, 1962.
5. STEINMETZ, G. P., Jr.; ANDERSON, A. M.; COBB, L. A.; BRUCE, R. A. et MERENDINO, K. A.: Posteromedial annuloplasty for acquired mitral insufficiency: methods and results. *Progr. Cardio. Dis.*, 5: 280, 1962.
6. BJORK, V. O. et MALERS, E.: Annuloplastic procedures for mitral insufficiency: late results. *J. Thoracic. Cardiovasc. Surg.*, 48: 251, 1964.
7. McGOON, D. C.: Repair of mitral insufficiency due to ruptured chordae tendinae. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 39: 357, 1960.

LA TUBERCULOSE ACTIVE DANS UN HÔPITAL GÉNÉRAL
 À PROPOS DE 108 OBSERVATIONS ÉTUDIÉES À L'HÔPITAL SAINT-LUC
 DE JANVIER 1962 À SEPTEMBRE 1965

Roland CHARBONNEAU¹, F.R.C.P.(C), F.C.C.P.,
 Fernand TURGEON², M.Sc., F.R.C.P.(C), F.C.C.P., Jean ROBERT³, M.Sc.
 et Jacques BERNIER⁴, F.R.C.P.(C), F.C.C.P.

L'enthousiasme engendré par les méthodes thérapeutiques modernes entretient la fausse illusion que la tuberculose est une maladie devenue historique ou légendaire; la réalité des faits est tout autre, car la tuberculose reste un problème médical majeur même si son taux de mortalité régresse tant aux États-Unis (1) que chez nous (2); en effet 55,000 nouveaux cas sont rapportés chaque année aux États-Unis (3) et près de 3,000 nouveaux cas dans le Québec (2). Cette maladie est qualifiée "d'infection la plus chronique et la plus persistante", "de maladie infectieuse qui présente la plus longue période d'inféctivité" selon les spécialistes qui l'étudiaient en 1963 lors du Congrès de "New York Academy of Sciences".

Dans cette optique, nous avons voulu nous rendre compte de cette vérité en relevant pas moins de 108 observations de tuberculose documentées cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement durant une période de temps qui s'échelonnait de janvier 1962 à septembre 1965 dans notre Institution et c'est le résultat de ces observations que nous voulons mettre en relief en tenant compte de nos méthodes d'investigation clinique, instrumentale, anatomique et bactériologique mises à notre disposition et des différents facteurs étiopathogéniques qui accompagnaient l'affection.

Incidence

L'étude d'ensemble a porté sur 108 patients (Tableau I).

87 étaient de sexe masculin dont l'âge moyen se situait à 51 ans; les limites variant de 15 à 85 ans.

21 femmes furent observées. Leur âge moyen était de 43 ans; les fluctuations d'âge variaient entre 24 et 80 ans.

Ceci est conforme du reste aux observations des autres auteurs qui affirment la prédominance de la tuberculose chez l'homme et plus particulièrement chez l'homme d'âge mûr.

¹ Département de Médecine, Service de Pneumologie, Hôpital Saint-Luc.

² Département de Laboratoire, Microbiologie, Hôpital Saint-Luc.

³ Département de Laboratoire, Microbiologie, Hôpital Saint-Luc.

⁴ Directeur du Département de Médecine, Hôpital Saint-Luc.

TABLEAU I

| | |
|---------------------|----------------|
| Nombre de patients: | 108 |
| Hommes: | 87 |
| âge moyen: | 51 ans (15-85) |
| Femmes: | 21 |
| âge moyen: | 43 ans (24-80) |

Preuve bactériologique

Tous les patients eurent une preuve bactériologique.

73 malades avec un Ziehl positif.

108 présentant au moins une culture positive.

Les moyens diagnostiques bactériologiques font l'objet d'un chapitre spécial auquel le lecteur peut se reporter.

TABLEAU II

PREUVE BACTÉRIOLOGIQUE

| | |
|--|-----|
| Nombre de patients avec au moins une culture positive: | 108 |
| Nombre de patients avec au moins un Ziehl positif: | 73 |

Formes cliniques topographiques et incidence selon le sexe

Les formes cliniques et topographiques ont été disséquées et sont révélatrices; la tuberculose pulmonaire prend une place nettement prédominante avec 100 cas en tout, dont 86 malades de sexe masculin (Tableau III). Les autres manifestations intéressent les sphères génito-urinaires, osseuses, ostéo-articulaires, cutanées, intestinales, péritonéales; ce qui est conforme, semble-t-il, avec les études d'ensemble de la maladie tuberculeuse faites dans d'autres milieux.

Le devenir des malades

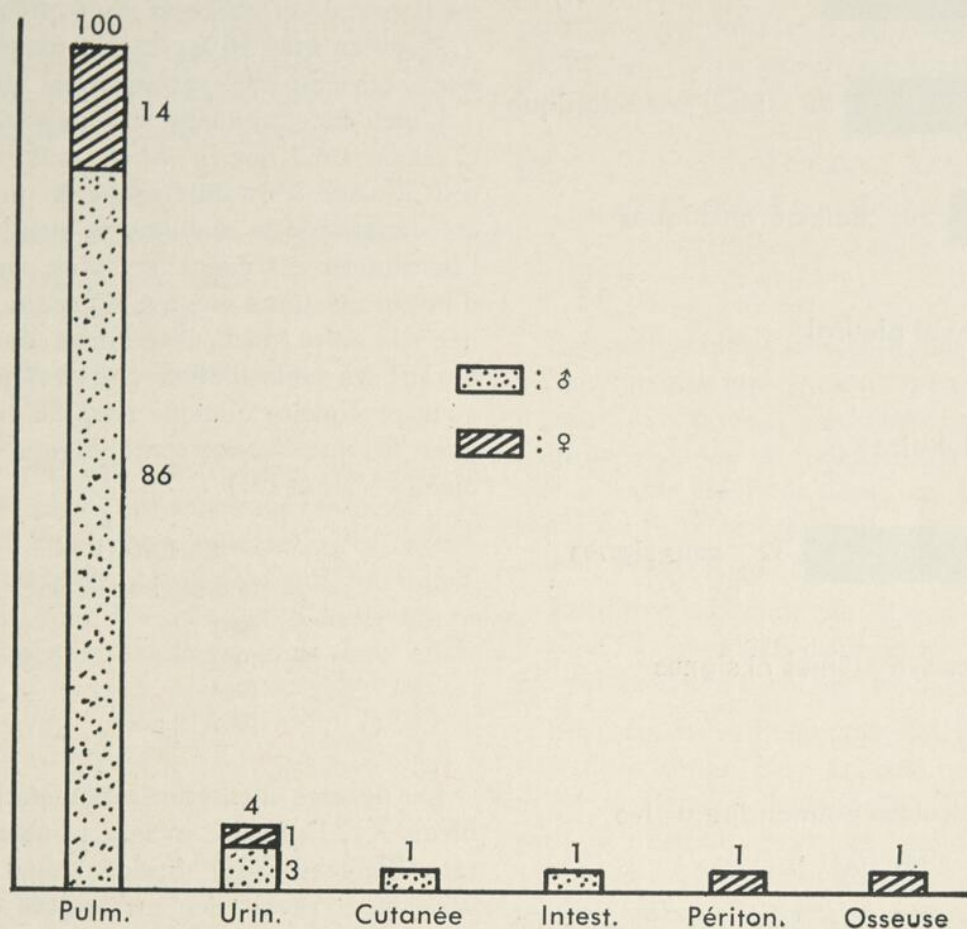
La grande majorité des patients ont subi en milieu spécialisé les traitements ultérieurs; certains retournèrent dans leur milieu familial; une proportion de 10% ou à peu près, décéda en milieu hospitalier local (Hôpital Saint-Luc).

TABLEAU IV

DEVENIR DES MALADES

| | |
|---------------------------|----|
| Décès | 12 |
| Transfert en sanatorium | 68 |
| Retour en milieu familial | 28 |

TABLEAU III



L'étude de la confirmation diagnostique fut complexe, en ce sens que l'extériorisation bactériologique se fit à points de départ variés.

Les formes pulmonaires prédominantes firent leurs preuves bactériologiques à partir des expectations

TABLEAU V

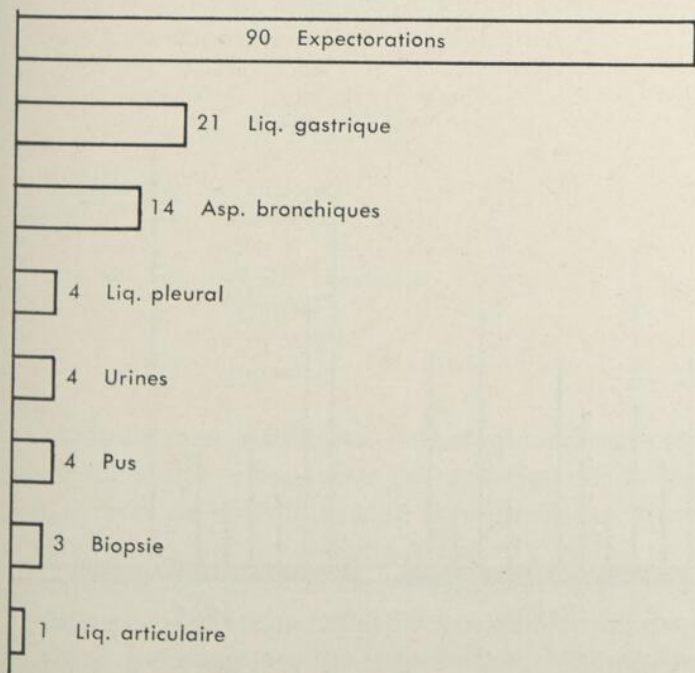
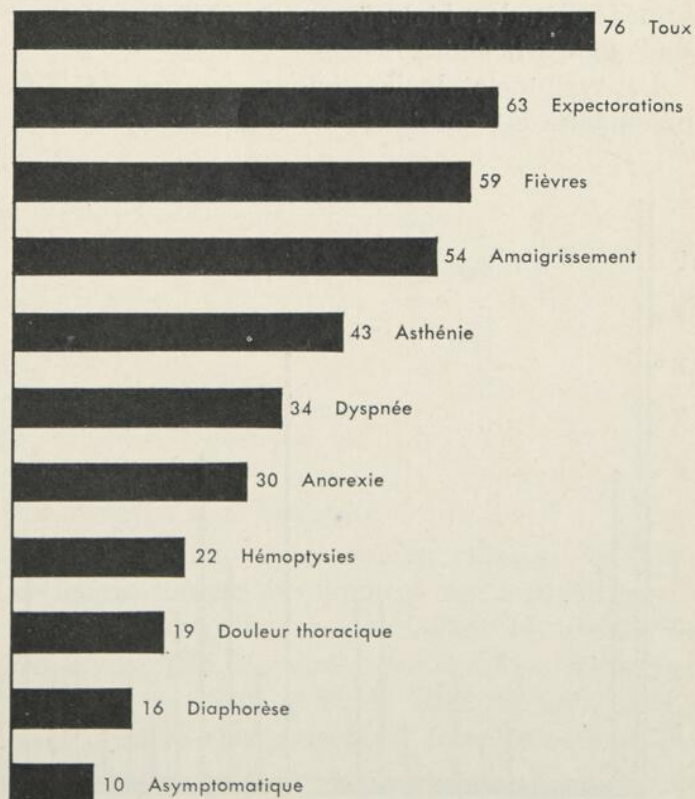
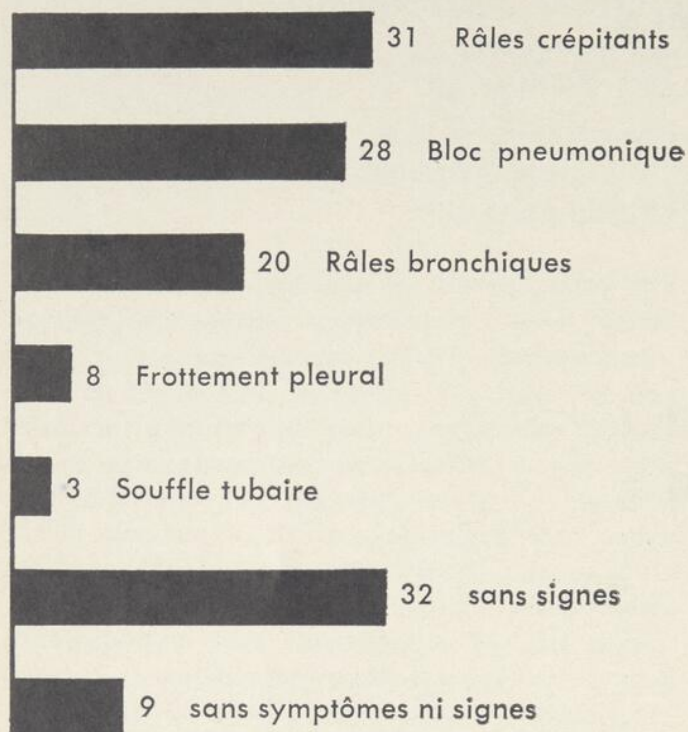


TABLEAU VI



Symptomatologie

100 cas de Tuberculose pulmonaire active



Signes objectifs

100 cas de Tuberculose pulmonaire active

TABLEAU VII

torations, du liquide gastrique, de l'aspiration bronchique et du liquide pleural. 16 autres formes furent confirmées bactériologiquement à partir des urines, d'études biologiques et d'ensemencement du liquide articulaire.

La symptomatologie clinique des cas de T.B. pulmonaire est consignée en tableaux VI et VII,

et rend compte de la symptomatologie généralement connue et observée chez nos patients.

A noter que 10% étaient asymptomatiques et que moins de 25% présentaient des hémoptysies.

L'incidence annuelle et mensuelle fut étudiée. C'est en 1963 que le chiffre maximum fut atteint, soit 36 cas. Il est fort probable que ce chiffre eut été dépassé si la stabilité du nombre de lits dans l'Institution eut existé et qu'un nombre identique d'hospitalisations eut été conservé d'année en année. D'autre part, l'incidence de la tuberculose durant les mois d'hiver nous est apparue absolument révélatrice quoique nous ne puissions en évoquer la signification pathologique certaine (Tableaux VIII et IX).

TABLEAU IX

INCIDENCE MENSUELLE

| | |
|---------------|----|
| 1962 | 16 |
| 1963 | 36 |
| 1964 | 31 |
| 1965 (9 mois) | 25 |

Les formes d'extériorisation pathologique (Tableau X), l'enquête sociale (Tableau XI), l'habitat (Tableau XII) furent l'objet d'une analyse sérieuse et révélatrice sur le plan démographique.

Nous avons tenu à préciser exactement la coïncidence et le rôle possible des conditions pathologiques associées.

Les formes d'extériorisation pathologique sont évocatrices et cliniquement, le diagnostic a pu être sanctionné de façon définitive chez 74 malades;

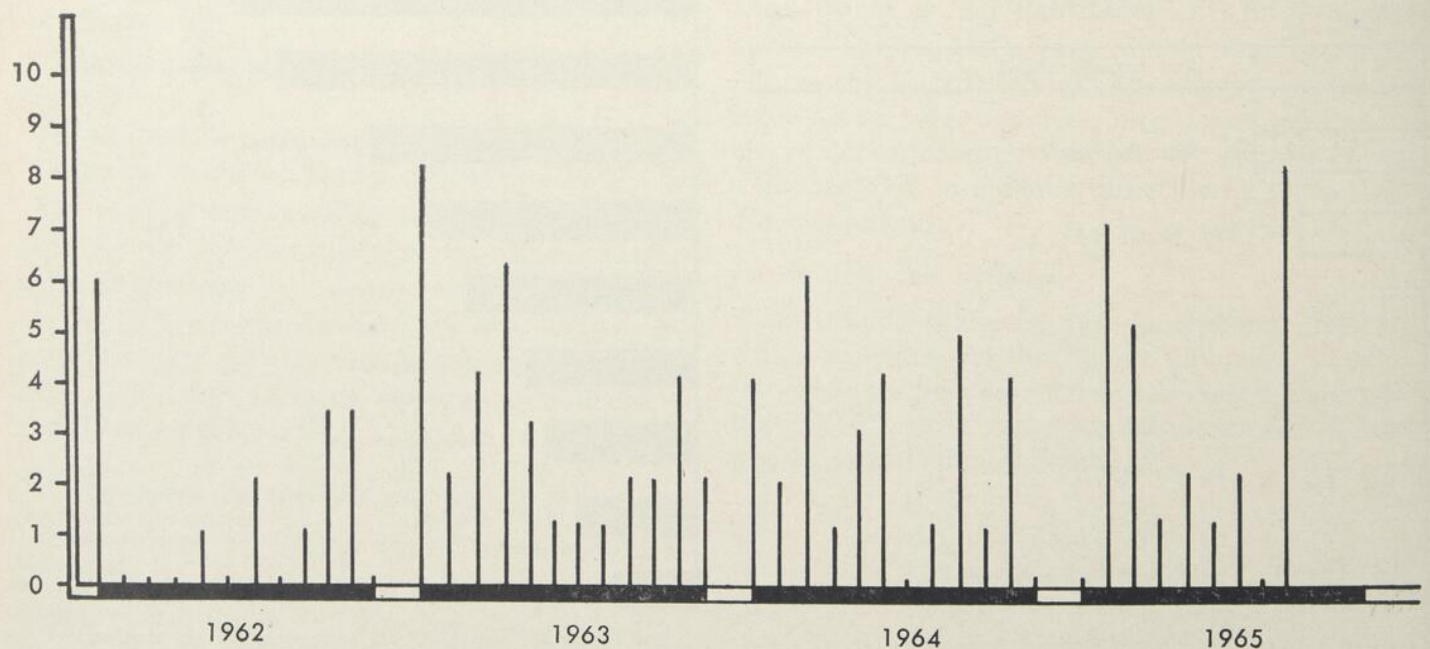


TABLEAU VIII

23 cacs furent des découvertes radiologiques et ce chiffre évoque encore une fois l'importance primordiale du film pulmonaire de routine et l'importance énorme du dépistage radiologique systématique dans la population adulte.

TABLEAU X

FORMES D'EXTÉRIORISATION PATHOLOGIQUE

| | |
|---------------------------------|----|
| Symptomatologie pulmonaire | 74 |
| Découverte radiologique | 23 |
| Découverte bactériologique | 2 |
| Découverte anatomo-pathologique | 1 |
| Autres formes | 8 |

L'enquête sociale est constructive; en effet la tuberculose n'est plus l'apanache de l'indigent, du taré physique et dans notre expérience, cette maladie frappe autant le non indigent que l'indigent. Cette notion fut pour nous l'objet d'observations sur lesquelles nous reviendrons dans une étude ultérieure.

TABLEAU XI

ENQUÊTE SOCIALE

| | |
|---------------|----|
| Indigents | 61 |
| Non-indigents | 46 |
| Inconnu | 1 |

Nous avons cependant vérifié l'aspect démographique des cas observés qui s'avéra également instructif à plusieurs points de vue. Le Centre-Ville et l'Est de la Cité restent le réservoir actif de la maladie. Plus de 80% des cas observés viennent de ces régions. 2 cas habitent l'Ouest de la ville; 9 cas viennent du Nord de la Cité; 7 cas habitent la banlieue; 6 cas nous arrivent de la Province et 1 cas n'a pu être retracé de façon définitive.

TABLEAU XII

HABITAT

| | |
|------------------|----|
| Centre-ville | 59 |
| Est (Montréal) | 24 |
| Ouest (Montréal) | 2 |
| Nord (Montréal) | 9 |
| Banlieue | 7 |
| Province | 6 |
| Inconnu | 1 |

L'étude des conditions pathologiques associées fut sommaire; nous nous en sommes tenus aux influences de la malnutrition chronique, de l'alcoolisme prouvé et du diabète (Tableau XIII), et à l'enseignement de cette dernière maladie nous avons toujours soutenu son influence possible et son association fréquente avec la tuberculose. Malgré l'en-

quête poussée, nous ne relevons cette influence possible que dans une proportion infime, soit à peine 5%. Plus significative est l'association de l'éthylisme, soit 20% des cas.

TABLEAU XIII

CONDITIONS PATHOLOGIQUES ASSOCIÉES

| | |
|-----------------|----|
| Ethylisme connu | 18 |
| Diabète | 5 |

Les autres influences morbides n'ont pas retenu plus longtemps notre attention vu leur rôle incertain à notre avis dans le déclenchement, l'entretien ou l'aggravation de la maladie; l'enquête psychologique n'a pas été faite dans son ensemble vu l'absence de facilités essentielles et la courte durée de séjour avant le transfert en milieu spécialisé.

La durée moyenne de séjour dans l'Institution fut de 17 jours; les dispositions ultérieures ayant été prises comme notées au début de cet exposé.

Sur le plan radiologique, les diagnostics furent envisagés d'une part et catalogués d'autre part selon l'extension lésionnelle. Tous les malades sauf 3 subirent l'examen radiologique standard (Film 14 x 17, postéro antérieur et latéral). L'extension lésionnelle fut authentifiée selon la nomenclature généralement adoptée en milieu radiologique.

T-1: (Minime) (Pas de cavitation.

T-2: Modérément avancé. (Cavitation présente, 4 cm).

T-3: Très avancé. (Cavitations multiples et extension avancée) (Tableau XIV).

TABLEAU XIV

FORMES RADIOLOGIQUES

| | |
|---------------|----|
| T-1 | 29 |
| T-2 | 33 |
| T-3 | 35 |
| Autres formes | 8 |
| R-X non fait | 3 |

Les moyens d'investigation

L'investigation systématique clinique fut faite en tenant compte des données de l'examen physique. L'aspect clinique du patient fut étudié de façon complète et compte tenu de l'âge, des signes d'atteinte de l'état général. Rien ne fut épargné pour préciser cliniquement et complémentaiement le diagnostic.

L'investigation systématique a compris:

1 — l'examen physique;

2 — les études complémentaires furent: radiologiques (examen standard, tomographies, fluoroscopie, incidences radiologiques spéciales, etc.), bronchoscopiques, bactériologiques (tests cutanés, intradermo réactions, etc.), anatomiques (biopsies).

Le tout fut précédé par un questionnaire poussé et précis.

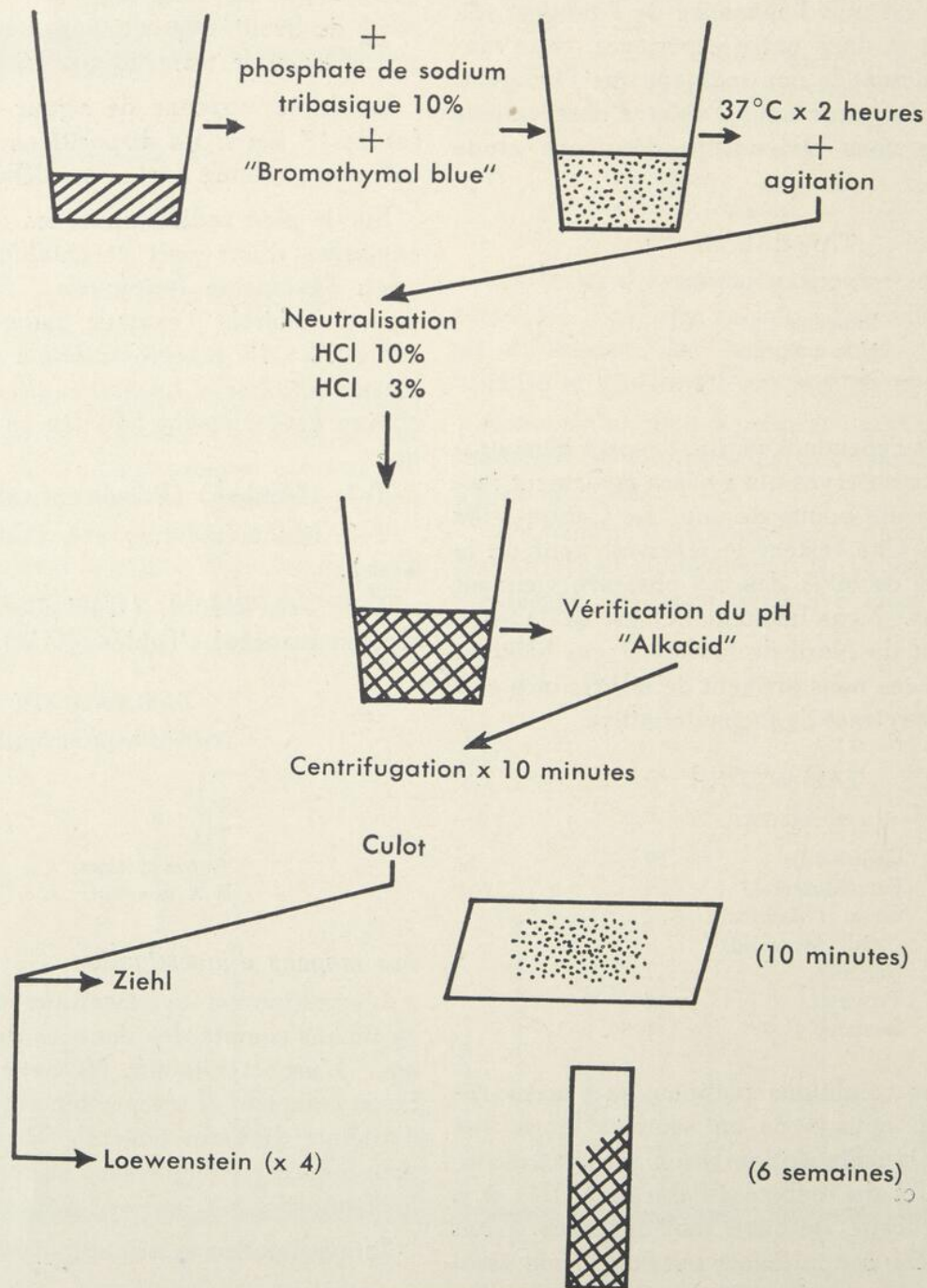
Tous les cas étudiés furent l'objet d'une vérification bactériologique et d'une identification bactérienne certaine.

Méthodologie bactériologique

La vaste majorité des patients étudiés furent hospitalisés dans notre Institution. Quelques-uns,

chez qui la clinique, la radiologie et le Ziehl nous orientaient de façon quasi certaine vers une tuberculose, ont été immédiatement transférés des cliniques externes vers un centre spécialisé.

Pour la collection des spécimens nous avons suivi les techniques standardisées déjà décrites (5, 6). Nous aimerions insister sur l'importance des expectorations de 24 heures, et sur la répétition de cette analyse trois jours consécutifs, surtout si le patient expectore moins de 30 cc par jour. Nous nous permettons d'attirer l'attention sur le fait précis car, comme constaté dans l'analyse de nos résultats, la majorité de nos cultures positives ont été obtenues à partir de cet échantillon.



TABEAU XV

Le Tableau XV résume la technique que nous avons suivie avec la plupart de nos spécimens. Une fois parvenus au laboratoire les spécimens étaient homogénéisés en ajoutant une quantité égale d'une solution à 10% de phosphate tribasique de sodium. Le mélange était incubé et agité à 37° C pendant 2 heures.

L'homogénat était ensuite neutralisé par de l'acide chlorhydrique à 10% puis à 3% en présence d'un indicateur colorant, le bleu de bromothymol. Puis le pH de chaque spécimen était vérifié à l'aide de papier indicateur afin de s'assurer de la neutralité de la solution. Après centrifugation pendant 10 minutes, le surnageant était décanté et à partir du culot, un frottis était fait et coloré par la méthode de Ziehl-Neelsen puis examiné pendant 10 minutes au microscope à immersion. Quatre tubes de Loewenstein étaient ensemencés généreusement à l'aide d'un pipette Pasteur. Les tubes de Loewenstein étaient incubés horizontalement pendant 24 heures à 37° C, puis placés verticalement.

Les cultures étaient examinées une fois par semaine et conservées pendant six semaines avant d'être rapportées négatives.

Avant de rapporter une culture positive, un Ziehl était fait sur tous les tubes contenant des colonies suspectes. Dans quelques cas douteux nous avons fait appel au docteur E. Mankiewicz de l'Hôpital Royal Edward Laurentian afin qu'elle fasse pour nous des épreuves de virulence chez le cobaye.

Résultats

Nous avons retrouvé du *Mycobacterium tuberculosis* chez nos 108 malades, 73 d'entre eux avaient au moins un Ziehl positif (Tableau II). Nos patients ont totalisé 325 cultures positives, ce qui nous donne en moyenne 3 cultures positives par patient.

Comme le montre le Tableau V la majorité de nos cultures positives ont été obtenues à partir des expectorations. Si l'on totalise les chiffres du Tableau V, on obtient un nombre qui dépasse de beaucoup le total de nos 108 malades, soit 141. Ceci signifie simplement que pour plusieurs malades nous avons obtenu des cultures positives à partir des expectorations et du liquide gastrique ou des aspirations bronchiques, et même dans certains cas des trois endroits différents chez le même patient.

Chez 51 de nos malades nous avons retrouvé, associées au bacille tuberculeux, une ou plusieurs bactéries pathogènes. Les Tableaux XVI et XVII

illustrent les associations bactériennes et les bactéries retrouvées.

Comme l'indique le Tableau I la majorité de nos patients, soit 87, étaient des hommes. L'âge moyen de nos patients confirme d'autres publications (7, 8, 9) qui tendent à montrer que depuis le début du siècle l'âge moyen des tuberculeux a constamment augmenté.

Chez 98 de nos malades (Tableau XVIII) il s'agissait de nouveaux cas tandis que chez 10, une tuberculose ancienne réactivée était en cause.

TABLEAU XVI

ASSOCIATION MICROBIENNE

| | |
|---------------------------|----------------|
| Bactéries pathogènes | 51 cas |
| Sans bactéries pathogènes | 49 cas |
| Pas de culture | 4 cas |
| Inconnue | 4 cas |
| | <u>108 cas</u> |

TABLEAU XVII

BACTÉRIES PATHOGÈNES ASSOCIÉES

(51 malades)

| | |
|---|----|
| <i>Staphylococcus pyogenes</i> | 14 |
| <i>Diplococcus pneumoniae</i> | 13 |
| <i>Candida albicans</i> | 11 |
| <i>Hæmophilus influenzae</i> | 6 |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 4 |
| Autres (<i>Klebsiella</i> , <i>E. coli</i> , <i>Streptococcus</i> ...) | 8 |

TABLEAU XVIII

| | |
|--------------|------------|
| Nouveaux cas | 98 |
| Anciens cas | 10 |
| | <u>108</u> |

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les 108 cas de tuberculose active diagnostiqués dans notre Institution illustrent bien que cette maladie occupe encore une place de choix dans la pathologie moderne.

Cette étude met également en relief le problème de contagiosité de la maladie, car pas moins de 28 de ces malades retournèrent dans leurs milieux familiaux, où ils deviennent potentiellement des sources de contamination pour leur famille et leur entourage.

Sur le plan hospitalier et surtout dans l'hôpital général le danger de contamination vis-à-vis les autres patients ne doit pas être minimisé si l'on tient compte du manque de facilités d'isolement et les délais apportés à la confirmation diagnostique de la maladie; en effet la durée moyenne de séjour de nos malades fut de 17 jours, le plus long séjour enregistré se chiffant à 70 jours.

Sur le plan étiopathogénique, nous redirions:

- 1 — l'influence possible des saisons froides;
- 2 — le rôle apparemment secondaire du diabète comme facteur aggravant de la maladie;
- 3 — l'importance des facteurs de mal nutrition et de l'alcoolisme comme facteurs étiologiques adjutants.

En conclusion, l'éradication de la tuberculose ne s'accomplira qu'en établissant un programme bien défini dont nous nous bornerons ici à tracer les grandes lignes:

- 1 — programme d'information publique;
- 2 — entraînement de personnel spécialisé dans la recherche et le diagnostic de la tuberculose;
- 3 — effort de tout instant de la part des cliniciens qui doivent s'appliquer à connaître les multiples facettes de la tuberculose, de même que les grandes lignes de dépistage et de traitement;
- 4 — déclaration de tous les cas et enquête épidémiologique;
- 4 — surveillance médicale, radiologique et bactériologique de tout individu suspect ou porteur de cette maladie;
- 6 — réhabilitation du patient sur le plan socio-économique;
- 7 — prévention de la maladie par examen radiologique de routine et vaccination des suspects exposés.

Il ne s'agit là, que de quelques suggestions. Il serait en dehors des cadres de cet exposé général de tracer des directives absolues.

En Amérique, l'action est concertée vis-à-vis l'élimination de cette maladie. Suffirait-il de rappeler notre contribution canadienne et celle de l'Association Nationale Américaine contre la tubercu-

lose pour demander l'effort commun contre un ennemi commun.

C'est cet effort d'éducation que nous avons voulu mettre en évidence en rapportant notre expérience personnelle de cette maladie et les ravages qu'elle a pu engendrer. Souhaitons que cette contribution soit utile au lecteur.

Résumé

108 cas de tuberculose active mise en évidence dans l'Hôpital Général sont étudiés sur le plan clinique et bactériologique. Différents facteurs étiopathogéniques sont mis en relief et certaines conclusions pratiques sont soumises au lecteur.

Summary

108 cases of active Tuberculosis in a General Hospital are reviewed, on clinical and bacteriological backgrounds. Some etio-pathogenic factors are demonstrated and some practical conclusions are considered.

REMERCIEMENTS

Nous remercions très sincèrement de leur collaboration le docteur E. Mankiewicz de l'Hôpital Royal Edward Laurentien, messieurs Guy Albert et Pierre Laflamme, étudiants en Médecine et garde Denyse Goulet.

BIBLIOGRAPHIE

1. DOEGE, T. C.: Tuberculosis Mortality in the United States 1900 to 1960. *J.A.M.A.*, **192**: 1045-1054 (21 janv.) 1965.
2. DESMEULES, R. et DORVAL, C. H.: La Tuberculose dans la Province de Québec. *Laval Méd.*, **34**: 10-12 (déc.) 1963.
3. BOBROWITZ, I. D.: The changing pattern in hospital treatment of tuberculosis. *Ann. N.Y. Ac. Sc.*, **106**: 9-15 (fév.) 1963.
4. EDITORIAL: The significance of Tuberculosis in Public Health. *Ann. N.Y. Ac. Sc.*, **106**: 5-8 (fév.) 1963.
5. BAULEY, W. R. et SCOTT, E. G.: Diagnostic microbiology. The C. V. Mosby Company, édit., Saint-Louis, 1962.
6. MANKIEWICZ, E.: Cahier de laboratoire du "Royal Edward Laurentien".
7. LEBLANC, M. et BIZOT, J.: Divers aspects de la tuberculose pulmonaire à l'échelon d'un service hospitalier. *Concours Méd.*, **42**: 5889-5892 (16 oct.) 1965.
8. STEAD, W. W.: The pathogenesis of pulmonary tuberculosis among older persons. *Am. Rev. Resp. Dis.*, **91**: 811-821 (juin) 1965.
9. TEMPEL, C. W.: Tuberculosis Control. The role of the physician in private practise. *J.A.M.A.*, **19**: 398-404 (fév.) 1965.

REVUE GÉNÉRALE

LES URÉTRITES — MALADIES QUI EXISTENT ENCORE

Lucien Sylvestre et Zoltan Gallai¹

Cette revue générale de la littérature sera divisée en 2 parties:

1) *Les urétrites gonococciques*; 2) *Les urétrites non gonococciques*.

URÉTRITES GONOCOCCIQUES

Il est assez étrange que depuis quelques années la courbe de la morbidité gonococcique ait tendance à remonter malgré l'emploi des antibiotiques.

Pourtant le diagnostic étiologique d'une gonococcie récente chez l'homme est facile. Le microscope peut confirmer le diagnostic par une simple coloration au bleu de méthylène. En l'absence de microscope, il faut faire un prélèvement, l'étaler sur une lame et l'envoyer au Laboratoire du Ministère de la Santé ou à tout autre laboratoire.

L'obstacle majeur au contrôle de la gonococcie se trouve dans la difficulté du diagnostic chez la femme. Elle devient souvent un réservoir chronique de la maladie. Les frottis et les cultures ont peu de valeur comme moyen de diagnostic chez elle. La nouvelle méthode par immunofluorescence donne encore 20% de résultats négatifs erronés. (Deacon et Coll., Preece).

Une autre raison de l'augmentation de la gonococcie réside dans l'apparition des souches de gonocoques résistant aux antibiotiques.

Le traitement de la gonorrhée par des gens non qualifiés diminue également les chances de contrôle.

Un malade traité par un pharmacien n'a pas de contrôle de laboratoire, ni de sa maladie, ni de sa guérison.

Aujourd'hui la majorité des malades qui nous consultent sont des résistants à la pénicilline chez qui l'auto-traitement a échoué.

Symptomatologie et signes cliniques

Chez l'homme la durée de l'incubation oscille entre 3 et 7 jours. À la période d'état, l'écoulement est franchement purulent, souvent le méat est rouge, œdémateux, le malade ressent une brûlure pénible à la miction.

Chez la femme, la maladie peut être asymptomatique, quoique le col, les glandes de Skène, de Bartholin et même l'urètre peuvent être infectés, mais dans la majorité des cas, la clinique est muette.

Les complications chez la femme sont beaucoup plus graves que chez l'homme à cause du retentissement sur les annexes. Chez elle, le prélèvement doit être fait dans l'urètre (avec l'écouvillon on prélève la sécrétion à l'intérieur de l'urètre en pénétrant d'un centimètre) et dans le canal cervical (le spéculum sera mis en place avec douceur et entr'ouvert lentement: le prélèvement sera toujours fait avec l'écouvillon, à l'intérieur du col, en pénétrant d'un centimètre et tournant l'écouvillon sur son axe). Même si le prélèvement est bien fait, le diagnostic bactériologique sur lame est en défaut dans 1 cas sur 5. La culture donne des résultats supérieurs. Actuellement c'est la méthode par immunofluorescence qui donne le meilleur résultat.

Traitement

Le meilleur moyen d'éviter les auto-traitements est de recourir à un produit injectable qui ne puisse être administré que par une main médicale.

Chez l'homme, selon tous les auteurs, la guérison survient en quelques heures si les gonocoques sont sensibles à la pénicilline à la dose de 600.000 à 1.200.000 unités intramusculaires.

Rosenblum, dans les urétrites gonococciques non compliquées, donne 900.000 unités de Benzathine-pénicilline G, King se contente de 600.000 unités de procaïne-pénicilline (P.A.M.), Durel et Siboulet utilisent 1.000.000 unités, Conger 1.200.000 unités et Gjessing et Ødegaard préconisent l'emploi d'une injection i.m. de 600.000 u. de pénicilline procaïne combinée à une dose unique de 1 gr. d'ampicilline (Penbritine) per os, Sylvestre et Ethier emploient l'ampicilline — nouvelle pénicilline semi-synthétique (Penbritine) intramusculaire à la dose de 250 à 500 mg.

Mais depuis quelques années, on a constaté une résistance croissante de diverses souches de gonocoques vis-à-vis de la pénicilline. Durel et coll. ont trouvé que seulement 72.5% des souches de gonocoques y sont sensibles. Cradock-Watson, Shooter et Nicol, Curtis et Wilkinson disent qu'environ 20% des souches se montrent résistantes à des taux élevés de pénicilline.

Pour cette raison, nous pensons que si l'écoulement ne disparaît pas au bout de 24 heures après avoir donné une injection de 600.000 à 1.200.000 unités de pénicilline procaïne (P.M.A.) ou Benzathine-pénicilline G, il faut donner un autre anti-

¹ Service d'Urologie (docteur J. P. Brault). Clinique de Vénérologie, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

biotique comme la Terramycine, la Rovamycine, la Streptomycine, etc.

A la Clinique vénéréologique, de l'Hôpital Notre-Dame, pendant longtemps, (près de 10 ans) nous avons employé la dihydrostreptomycine qui nous a donné le même résultat spectaculaire que la pénicilline à la dose unique de 1.5 gramme intramusculaire. Sur plusieurs milliers de cas traités, nous n'avons jamais eu de réactions secondaires. Malheureusement, depuis un certain temps, la dihydrostreptomycine a été retirée du marché et le sulfate de streptomycine n'a pas donné de loin d'aussi bons résultats. Pour cette raison, nous employons de plus en plus la Terramycine, 300 mg en 6 cc et le résultat thérapeutique est excellent. D'ailleurs cette étude fera l'objet d'une publication ultérieure.

Une certaine douleur locale peut survenir chez quelques malades et dans 3 cas, nous avons vu la formation d'une certaine réaction locale à l'endroit de l'injection, due probablement à la mauvaise résorption du produit.

Chez la femme, nous employons les mêmes antibiotiques mais pour la Streptomycine ou la Terramycine nous donnons 2-3 injections.

Si la pénicilline est utilisée, ne jamais oublier d'avoir sous la main une ampoule d'adrénaline ou encore une ampoule de Solu-Cortef et se tenir prêt à l'employer en cas de choc.

Il reste évidemment les antibiotiques buccaux qui peuvent être employés soit seuls ou encore associés aux antibiotiques injectables.

On prescrit chez l'homme comme chez la femme:

Rovamycine: capsules de 500 mg, 2 grammes matin et soir, pendant 2 jours, ou en deux prises de 1.50 gramme séparées par un intervalle de 4 heures (Durel et Siboulet), ou en une prise unique de 3 à 4 grammes (Willcox) ou encore 3 prises de 1.50 gramme séparées par deux intervalles de 2 heures (Sylvestre et Ethier).

Tout dernièrement, Siboulet et Durel ont préconisé l'emploi de la Rovamycine en une seule prise de 2.5 grammes (5 capsules de 500 mg) au bureau du médecin. On appelle cette méthode le "traitement-minute" ou en anglais "one-minute treatment".

Terramycine: capsules de 250 mg, 8 capsules par jour (2 grammes) durant 2 jours, Willcox emploie des posologies différentes allant de 1 à 2 grammes, Gjessing et Ödegaard propose la dose de 32 capsules de 250 mg de Terramycine (1 cap., 4 fois par jour durant 8 jours) tandis que Durel emploie 1 gramme durant 2 jours.

Penbritine: capsules de 250 mg, 2 grammes par jour durant 2 jours (Sylvestre et Ethier). Gjessing et Ödegaard proposent une cure de 48 caps de 250 mg, 2 capsules 4 fois par jour durant 6 jours. Par contre, Marmell et Coll. se contentent d'une dose totale de 1 gramme ou 1.5 gramme en doses divisées.

Ces antibiotiques, sauf la Streptomycine, agissent aussi sur le tréponème et il faut convaincre le malade de faire pratiquer un examen sérologique 30 à 60 jours après le traitement.

Test de guérison

Chez l'homme: le malade doit s'abstenir de rapports durant 7 jours, ne pas boire d'alcool et sera revu le 7^{ème} jour. S'il n'y a aucun écoulement urétral et que les urines sont claires sans filaments, lui faire prendre de la bière ou de l'eau de Vichy et le revoir 2-3 jours après, avant d'autoriser la reprise de la vie normale.

Chez la femme: le test de guérison consiste en plusieurs examens successifs qui doivent être négatifs. L'absence de gonocoques dans l'urètre et dans le col, constatée par culture et par immunofluorescence est une condition absolue.

LES URÉTRITES NON GONOCOCCIQUES

Depuis 1951, la fréquence des urétrites non gonococciques a considérablement augmenté. Elles sont devenues un problème beaucoup plus important que les urétrites gonococciques, surtout au point de vue étiologique, et c'est un chapitre de la pathologie en pleine étude. Ces urétrites sont graves pour l'individu, pour le couple et pour la société. Elles représentent une lourde charge pour les organismes de la Santé publique et exigent des examens longs et coûteux.

Combien de malades viennent nous consulter à la suite de ce qu'on leur a dit être l'échec d'un traitement par les antibiotiques, malades qui n'ont pas eu d'examen bactériologique et qui, peut-être, n'ont jamais eu de gonocoques. Car il est impossible, par le seul examen clinique, de dire que le gonocoque est l'agent causal.

L'écoulement purulent, le prurit, les brûlures à la miction, l'œdème du méat urétral, et dans quelques cas, l'association de complications épидидymaires, prostatiques, articulaires, oculaires même, tout cela peut être dû à une urétrite non gonococcique, microbienne ou aseptique. Passons rapidement en revue l'étiologie et la symptomatologie des urétrites non gonococciques, pour nous attarder plus longuement sur le chapitre du traitement.

Problème étiologique

Les étiologies les plus diverses ont été envisagées pour ces U.N.G.: agents chimiques, parasites, bactéries, virus, champignons, allergies, etc. Dans cette diversité étiologique, le *Trichomonas vaginalis* occupe une position particulièrement solide. Dans la majorité des cas l'étiologie est inconnue (Csonka).

Parasites. Le rôle du *Trichomonas vaginalis* comme cause d'urétrite chez l'homme est démontré. Bauer, dès 1943, a entrepris des études d'inoculation du *Trichomonas vaginalis* chez l'homme et a réussi dans 11 cas. Durel, Siboulet, Roiron ont trouvé ce parasite dans 10.4% des cas, Feo et Coll dans 41%, Jira dans 8.8%, Whittington dans 15.3%. Nous-mêmes l'avons trouvé lors de nos consultations (1958) dans 10.8%. Son diagnostic n'est pas toujours facile et la recherche du parasite nécessite des conditions particulières. L'examen immédiat de la sérosité, examen à l'état frais entre lame et lamelle, est facile, rapide, mais n'a de valeur que si le parasite est mobile. La méthode de coloration, la culture, donnent parfois de meilleurs résultats.

Inclusions virales. Les vénéréologues doivent beaucoup aux ophtalmologistes pour l'étude de cette urétrite. En 1910, Lindner fut le premier à trouver chez 3 hommes atteints d'U.N.G., des inclusions identiques à celles observées dans certaines conjonctivites des nouveau-nés.

La gravité de certaines urétrites à virus est leur possibilité d'évolution vers un syndrome conjonctivo-uréthro-synovial (syndrome de Reiter). Siboulet et Galistin ont trouvé dans l'urètre de 5 malades, souffrant de la maladie de Reiter, le chlamydozoon oculo-génital. Tout dernièrement Jones et Coll. ont isolé le TRIC virus ("Trachoma Inclusion Conjunctivitis Virus") dans quelques cas d'urétrites.

Pour le prélèvement, on racle la paroi urétrale avec une petite curette pour détacher des cellules épithéliales. Après coloration de Giemsa, on peut avoir la chance d'en trouver quelques-unes contenant des inclusions coiffant le noyau en croissant. Ces inclusions doivent être bien arrondies, régulières, d'aspect homogène.

Les urétrites à inclusions virales sont les moins fréquentes des U.N.G., leur incidence varie de 3 à 5% (Harkness, Thygeson, Durel et Siboulet).

Les Bactéries. On a prétendu que tous les germes pyogènes pouvaient créer et entretenir une irritation ou une suppuration urétrale.

On accusait les *Escherichia*, les *Aerobacter*, les *Klebsiella*, les staphylocoques, certains streptocoques, etc., et tout dernièrement l'*Haemophilus vaginalis* (Gardner et Duke). Mais rien ne paraît certain, ce sont des présomptions et non des certitudes.

Les champignons. Il est banal de trouver des filaments mycéliens dans le pus des U.N.G. (*Monilia*, *Aspergillus*, etc). Certains auteurs attachent de l'importance à ce fait, d'autres ne lui attribuent aucune valeur étiologique. Selon plusieurs, des champignons sont trouvés dans environ 5% des U.N.G.

P.P.L.O. ("Pleuropneumonia like organisms") La constatation de P.P.L.O. constitue une preuve de présomption mais non de certitude de l'U.N.G.

Dans certaines urétrites masculines on a trouvé des inclusions ayant tous les caractères bactériologiques des pleuropneumonia. On a hésité à affirmer l'identité des deux germes, humain et bovin, d'où le nom "pleuropneumonia like organism". Dienes et Edsall ont été les premiers à démontrer la présence de P.P.L.O. dans le tractus uro-génital humain. Plusieurs auteurs, dont Siboulet, Durel, et nous-mêmes, avons trouvé des P.P.L.O. dans les U.N.G. et avons pensé que ces agents pouvaient être pathogènes chez l'homme. Mais Roiron-Ratner a trouvé des cultures positives chez 18% des témoins masculins sains. Klieneberger-Nobel a trouvé le P.P.L.O. dans 48% des urétrites non gonococciques, dans 30% des urétrites gonococciques et dans 3% chez l'homme sain.

Ces résultats incitent donc à la prudence. Il est vraisemblable que parmi les P.P.L.O. certains soient pathogènes pour l'urètre mais nous ne pouvons les distinguer.

Autres causes. D'autres causes ont été invoquées pour les U.N.G.: l'irritation chimique et médicamenteuse, l'allergie, le rétrécissement urétral, la prostatite chronique et les facteurs psychologiques (Siboulet).

La pauvreté regrettable de nos connaissances sur l'étiologie des urétrites non gonococciques a empêché jusqu'ici d'entreprendre avec confiance une action quelconque sur le plan épidémiologique (Willcox).

En résumé, la question d'étiologie des urétrites non gonococciques pose un problème considérable, car si dans 10% le *Trichomonas vaginalis* est en cause, dans 2-3% les inclusions virales, dans 2-3% les champignons, dans 10-12% les organismes de la pleuropneumonie (P.P.L.O.) et dans 20% les bac-

téries diverses, que faire des autres 50% ? Il reste donc encore beaucoup de recherche à faire.

Symptomatologie et clinique

Dans environ 4% de ces urétrites, l'écoulement est important et se produit toute la journée; dans près de 25% des cas, l'écoulement existe dans la journée, mais il est atténué; dans les autres cas, il ne s'agit que de la simple goutte matinale. Ces U.N.G. ont une caractéristique fâcheuse: elles récidivent facilement.

L'examen de ces malades doit être fait dans de bonnes conditions soit:

1) le plus éloigné possible d'une miction, 3-4 heures sont un minimum. Certaines urétrites, même très rebelles, peuvent se manifester uniquement par une sécrétion matinale au réveil;

2) sans aucun traitement local ou général récent.

Il faut vérifier la sécrétion à l'état frais entre lame et lamelle, faire une coloration au bleu de méthylène, au Gram. Pour ceci un microscope est indispensable. Recommencer l'examen de la sécrétion au besoin quarante-huit heures plus tard, après réactivation par la bière.

Une fois la sécrétion examinée, faire uriner le malade dans 2 verres, pour vérifier si les urines présentent certaines anomalies, des filaments mucopurulents, etc. Pour terminer l'examen, un toucher rectal doit être fait, car nous pouvons parfois trouver le trichomonas dans la goutte après expression prostatique. Nous avons eu l'occasion de voir nager le trichomonas dans la 5e goutte. Vérifier également les testicules et les épididymes.

Parfois l'urétrite est plus ancienne, remonte à des mois, même à des années. Elle gêne le malade dans sa vie, dans son activité sexuelle, elle retentit sur son comportement psychique.

Dans ces cas, il faut chercher les causes d'une telle durée.

Les urétrites à inclusion ou à trichomonas peuvent revêtir une durée désespérante. Il faut pousser la recherche de laboratoire plus loin, faire de la coloration et des cultures. Examiner ensuite les foyers urétraux, c'est-à-dire la prostate (prostatite chronique), les vésicules séminales, les glandes de Littre. Penser aussi à un rétrécissement urétral ou à une balano-posthite qui peut entretenir une sécrétion et des filaments. Chez quelques malades il peut se développer un écoulement urétral à la suite d'abus d'alcool. Ne pas oublier non plus de faire l'examen d'un autre foyer: la partenaire. Finalement dans certains cas, un examen cysto-

urétroscopique sera nécessaire pour objectiver les causes de rechutes incessantes.

Traitement des urétrites non gonococciques

Le traitement des urétrites non gonococciques est plus délicat et plus long que celui des urétrites gonococciques et dépend de la cause de ces urétrites.

Si l'on trouve le *Trichomonas vaginalis*, prescrire le Flagyl, comprimés dosés à 250 mg, 2 fois par jour pendant 10 jours, mais lorsque la chose est possible il faut toujours traiter en même temps la partenaire. Chez la femme, prescrire également un traitement local, le Flagyl vaginal dosé à 500 mg, une fois par jour pendant 10 jours. Interdire les rapports sexuels jusqu'à guérison complète.

Champignons. Quand on trouve des *Candida Albicans* chercher les mêmes champignons chez la partenaire. Prescrire un traitement par voie générale: Mycostatin 500,000 unités, 4-8 comprimés par jour pendant 10 jours (Durel et Siboulet) et chez la femme un traitement local également (Stovaginal, mycostatin, Tricofuron).

Dans les urétrites à inclusions virales, on peut prescrire des antibiotiques par voie générale: l'Auréomycine, la Rovamycine, la Terramycine agissent bien et guérissent la majorité des cas; ceux particulièrement rebelles nécessitent des traitements prolongés.

Urétrites à bactéries. Dans un premier stade, il est indispensable d'éliminer toute cause mécanique, facteur d'infection, et de détruire les foyers locaux (massage de la prostate, instillations locales, dilatations, etc.). Puis après l'étude de la résistance des germes aux antibiotiques, prescrire l'antibiotique approprié. Bien souvent le résultat reste décevant.

Dans les cas de P.P.L.O., prescrire l'Auréomycine, la Terramycine. Les récurrences sont fréquentes et nécessitent plusieurs cures.

Quand on ne trouve rien de spécial, et ceci se produit dans 8 cas sur 10, le traitement est bien difficile.

Par des traitements assez simples, on obtient environ 75-80% de bons résultats (Csonka); pour les cas résiduels, l'aide du spécialiste est nécessaire et celui-ci reste souvent embarrassé.

Les médicaments suivants peuvent être prescrits:

La pénicilline à la dose de 1-3 millions d'unités, mais elle a peu de valeur dans le traitement des urétrites non gonococciques (Conger).

La penbritine par voie orale, à la dose de 250 mg, 3 fois par jour pendant 4 jours (Sylvestre et Éthier).

La dihydrostreptomycine, à la dose de 1.5 gramme par injection répétée 2-3 fois, mais depuis qu'elle a été retirée du marché nous employons le sulfate de Streptomycine à la même posologie, avec des résultats variables. Doyle, Gill et Laird proposent 1 gramme de Streptomycine par jour pendant 3 jours.

La Rovamycine, à la dose de 2-3 grammes par jour pendant 4-5 jours (Sylvestre et Éthier) ou bien 2 capsules de 500 mg, 4 fois par jour pendant 5 jours (Durel et Siboulet, Willcox).

La Terramycine, par voie orale, à la dose de 250 mg, 4 fois par jour pendant 4 jours, ou par voie intramusculaire 300 mg en 6 cc, répétés de 3-4 fois. King préconise 250 mg par voie orale toutes les 6 heures, pendant 5 jours.

Auréomycine: 250 mg toutes les 6 heures pendant 4 jours (Willcox, Doyle, Gill et Laird). Avec les traitements sus-mentionnés, il y a des récurrences et des échecs.

En cas de récurrences, les mêmes traitements sont habituellement actifs.

Restent les échecs souvent désespérants. Nous les reprenons par un traitement général: antibiotiques + sulfamides associés à un traitement local. Ce traitement local consiste en lavages du canal par une solution de nitrate d'argent à 1/5000, 2 fois par semaine.

Si la goutte persiste, il faudra faire un examen de la prostate et s'il y a du pus faire des massages prostatovésiculaires, des dilatations sur béniqué et surtout une uréthroscopie, mais à ce moment ceci devient un problème urologique.

L'usage de l'alcool est le pire obstacle à la guérison dans tous les cas quelle qu'en soit la nature. Chez quelques malades l'obsession est fréquente, soit que ceux-ci s'inquiètent d'une vague sécrétion, soit que, en l'absence de goutte, ils se plaignent de douleurs périnéales ou d'irritation de la fosse naviculaire.

Au cours des visites, on essaiera de savoir ce que cache cette anxiété; cela touche un peu à la psychiatrie, il est vrai, mais parfois la prescription d'un anxiolytique règlera le problème.

Résumé

Les auteurs ont passé en revue l'étiologie, le diagnostic, la symptomatologie des urétrites gonococciques et non gonococciques. Ils ont surtout

insisté sur le traitement des urétrites et souligné la difficulté du traitement qui résulte de la résistance croissante des gonocoques vis-à-vis des antibiotiques et, dans les cas des urétrites non gonococciques, des récurrences et des échecs.

Summary

The authors have reviewed the clinical manifestations, the diagnosis and the symptomatology of gonococcal and non-gonococcal urethritis. They have given special attention to the treatment of urethritis and have also underlined the difficulty of treatment resulting from the increasing resistance of gonococci to antibiotics and, in the case of non-gonococcal urethritis, from relapses and failures.

BIBLIOGRAPHIE

- DUREL, P.: La Blennorragie. p. 649. Masson et Cie, édit., Paris, 1950.
DUREL, P. et SIBOULET, A.: Traitement des suppurations uréthro-génitales et de leurs complications chez l'homme et chez la femme. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1959.
Symposium à Monaco: Les urétrites non gonococciques. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
Symposium à Reims: Les infestations à Trichomonas. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
Symposium à Montréal: Premier symposium canadien sur les urétrites non gonococciques et la trichomonase humaine. Karger et Cie, édit., Bâle-New York, 1960.
BAUER, H.: L'urétrite à trichomonas chez l'homme — Les urétrites non gonococciques. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
BAUER, H.: Sur la fréquence de la trichomonase chez l'homme. Les infestations à Trichomonas. p. 21-27. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
CONGER, B. Kyril: Gonorrhoea and non specific urethritis. *Med. Clin. N. Amer.*, 48: (3), 767-772 (mai) 1964.
CSONKA, G. W.: Non gonococcal urethritis. *Brit. J. Vener. Dis.*, 1: 1-8, 1965.
DOYLE, J. O.; GILL, A. J. et LAIRD, S. M.: Treatment of non-gonococcal Urethritis. *Brit. J. Vener. Dis.*, 33: 100, 1957.
DUREL, P.: Un nouvel antibiotique: la spiramycine. Journées Thérapeutiques de Paris de 1955. p. 437. G. Doin et Cie., édit., Paris, 1955.
DUREL, P.: La morbidité gonococcique persiste. Nécessité de prévenir les réinfections. *Presse Méd.*, 65: 829, 1957.
DUREL, P.: Etat actuel du traitement de la trichomonase chez l'homme. *Gynec. Prat.*, 8: 459, 1957.
DUREL, P.: Traitement actuel de la gonococcie. *Gynec. Prat.*, 6: 699-706, 1962.
DUREL, P. et ROIRON, V.: Quelques remarques sur l'urétrite à T. V. Les infestations à trichomonas. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
FEO, L. G.; VARANO, N. R. et FETTER, T. R.: T.V. in urethritis of the male. *Brit. J. Vener. Dis.*, 32: 233, 1956.
GARDNER, H. L. et DUKES, Ch. D.: *Hæmophilus vaginalis* vaginitis. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 69: 962, 1955.
GJESSING, H. C. et ODEGAARD, K.: Sensitivity of the gonococcus to antibiotics and treatment of gonorrhoea (1,000 cases). *Acta Dermatovener.*, 44: 132-136, 1964.
JIRA, J.: Les problèmes de la trichomonase masculine. Les infestations à trichomonas. p. 123. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
KING, A. J.: Non-gonococcal urethritis and trichomoniasis in the male. *Urol. Int.*, 9: 127-145, 1959.
KING, A. J.: The treatment of venereal diseases. *Prescriber's J.*, 4: 45-47 (août) 1964.
KLIENEBERGER-NOBEL, E.: Micro-organismes du groupe pleuropneumonique. Les urétrites non gonococciques. p. 43. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
LINDNER, K.: Weber den jetzigen der Trachomforschung. *Wien. Klin. Wschr.*, 22: 742, 1909.
MARMELL, M.; SILLS, J. R.; BROWN, C. D. et PRIGOT, A.: Gonococcal urethritis treated with Ampicillin, a synthetic oral penicillin. *J. Med.*, 61: 985-986 (15 avril) 1964.
ROIRON, V.: Les Neisseria non gonococciques. *Rev. Prat.*, 7: 513, 1957.
RESENBLUM, B. F.: Recent advances in diagnosis and treatment of venereal diseases. *Public Health Rep.*, 78: 611-617 (juillet) 1963.
SHAPIRO, L. H.: Gonorrhoea in female. *G.P.*, 6: 78-82 (déc.) 1963.
SIBOULET, A.: Urétrites à virus et à Organismes L. *J. Urol. Méd. chir.*, 58: 408, 1952.
SIBOULET, A.: Inclusion bodies in non gonococcal Urethritis. Also skin lesions with Inclusions. *Brit. J. Vener. Dis.*, 31: 235, 1955.
SIBOULET, A.: Contribution à l'étiologie des Urétrites non gonococciques masculines. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Paris*, 109: 7 (9), 1957.
SIBOULET, A.: Thérapeutique des Urétrites infectieuses et de leurs complications. *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 25.022, 1958.
SIBOULET, A.: Traitement minute des urétrites gonococciques masculines (6,000 cas). *Sem. Thé.*, 5: 307-309 (mai) 1965.

- SIBOULET, A. et DUREL, P.: A new one minute treatment of gonorrhoea. *Brit. J. Vener. Dis.*, **4**: 240-243, 1961.
- SIBOULET, A. et DUREL, P.: Traitement minutes des urétrites gonococciques masculines à propos de 5,000 cas. *Soc. Méd. Paris*, 24 oct. 1963; *Presse Méd.*, **72**: 785 (14 mars) 1964.
- SYLVESTRE, L. et ETHIER, J.: La Rovamycine dans le traitement des urétrites gonococciques. *Union Méd. Canada*, **86**: 657, 1957.
- SYLVESTRE, L. et ETHIER, J.: La Rovamycine dans le traitement des urétrites non gonococciques. *Union Méd. Canada*, **86**: 659, 1957.
- SYLVESTRE, L. et ETHIER, J.: Traitement des urétrites par l'Ampicilline et par un sulfamide (Mesulfin). *Union Méd. Canada*, **93**: 305-310 (mars) 1964.
- SYLVESTRE, L. et ETHIER, J.: Traitement des urétrites chez l'homme par l'oxytétracycline. *Union Méd. Canada*, **92**: 1411-1414 (déc.) 1963.
- TIEDERMANN, J. H.; HACKNEY, J. F. et PRICE, E. V.: Acute gonorrhoeal urethritis in men. *J.A.M.A.*, **191**: (2), 89-91 (11 janv.) 1965.
- THAYER, J. D. et MOORE, B. jr.: Gonorrhoea: present knowledge research and control efforts. *Med. Clin. N. Amer.*, **48**: (3), 755-765 (mai) 1965.
- THYGESON, P.: Inclusion blennorrhoea in Diagnostic Procedure for virus and Rickettsial diseases. Amer. Pub. Health Ass., édit., New York, 1948.
- THYGESON, P.: Urétrite et cervicite à inclusions. Les urétrites non gonococciques. p. 28. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
- WHITTINGTON, J.: Epidemiology of infections with T.V. in the light of improved diagnostic methods. *Brit. J. Vener. Dis.*, **33**: 80, 1957.
- WILLCOX, R. R.: Orally administered antibiotics and the Venereal diseases. *Nature*, **616**: 466, 1950.
- WILLCOX, R. R.: The bacterial flora of the urethra in non specific urethritis. *Can. Med. Ass. J.*, **72**: 220, 1955.
- WILLCOX, R. R.: Treatment of N.G.U. with spiramycine. *Brit. J. Vener. Dis.*, **32**: 115, 1956.
- WILLCOX, R. R.: Treatment of gonorrhoea with spiramycine. *Brit. J. Vener. Dis.*, **32**: 117, 1956.
- WILLCOX, R. R.: Treatment of vaginal Trichomoniasis with Aminotroazole given orally. *Brit. J. Vener. Dis.*, **33**: 115, 1957.
- WILLCOX, R. R.: A review of the treatment of gonorrhoea with drugs other than penicillin. *Acta Derm. Vener.*, **42**: 484-496, 1962.
- WILLCOX, R. R.: Ampicillin in the treatment of gonorrhoea. *Acta Derm. Vener.*, **44**: 228-230, 1964.

MOUVEMENT MEDICAL

LA CHIMIOTHÉRAPIE DU CANCER

Maurice LeCLAIR

Service de Médecine, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Dans le traitement de la plupart des tumeurs solides, la chirurgie et la radiothérapie sous une forme ou une autre, constituent encore le traitement de choix. Toutefois, ces deux méthodes thérapeutiques comportent des désavantages importants et leur champ d'action est nécessairement limité. Dans le domaine du cancer, la chirurgie des derniers vingt ans a progressé surtout à cause de l'aide des disciplines connexes telles: les transfusions, les antibiotiques, des meilleurs soins pré, per et post-opératoires qui ont permis une chirurgie plus radicale avec une meilleure survie; mais en fait, la technique elle-même a peu varié. La chirurgie ne sera probablement pas la solution définitive au cancer à cause de la nature systémique de la plupart des néoplasmes, de leurs petites métastases inconnues à distance et la dissémination possible de cellules cancéreuses lors de l'acte opératoire. La chimiothérapie n'offrira probablement pas la guérison ultime en cancérologie, mais pour le moment, c'est dans ce domaine que la recherche se fait le plus, et il y a tout de même parfois des résultats satisfaisants.

HISTORIQUE

Depuis toujours, certains remèdes ont été préconisés dans la médecine empirique de tous les peuples: onguents, potions, lotions, herbage, etc. Parmi ceux-ci, plusieurs étaient possiblement efficaces, car certains des nouveaux médicaments les plus prometteurs proviennent des plantes alcaloïdes. Durant les récentes décennies, l'arsénite de potassium sous forme de la solution de Fowler était en usage dans le traitement des néoplasies, bien que Thomas Fowler décédait en 1801. Au milieu du XIX^e siècle, il y a plus de cent ans, on fit la synthèse d'un poison liquide et vésicant, soit la moutarde sulfurée utilisée pendant la première guerre par les Allemands en 1917. On remarqua à ce moment une action toxique sur la moelle osseuse. En 1940, les Alliés recommencèrent l'étude de ces substances sous forme de moutarde azotée en substituant un atome d'azote à celui du soufre et on le désigna sous le sigle militaire de HN². En 1942, Gilman observa un effet cytotoxique sur le tissu lymphoïde du lapin. Toutefois, ce n'est qu'après la guerre, en 1946, que C. P. Rhoads (37) et ses collaborateurs publièrent leurs résultats des cent soixante cas de lymphomes

traités par la moutarde azotée. Malgré une expérimentation sur une grande échelle, on n'a vraiment pas encore trouvé un meilleur cytotoxique. Chaque année, le "Cancer Chemotherapy Institute of the United States" examine environ cinquante mille nouveaux produits chimiques; un sur mille se rend à l'essai clinique, et depuis 1946, on n'en a conservé qu'environ vingt en usage courant. (12, 27).

PRINCIPES D'ACTION

Malgré plusieurs années de recherche, on n'a découvert aucune différence fondamentale entre le métabolisme d'une cellule saine et celui d'une cellule cancéreuse, du moins aucune différence utilisable en thérapie. Nous devons donc utiliser les différences normales qui existent entre une cellule immature et une cellule mature, soit des différences surtout quantitatives. Puisque les armes sont dirigées vers une cellule en pleine croissance (cellule cancéreuse), la plus grande toxicité se retrouve parmi les cellules se multipliant le plus rapidement, soit celles de la moelle osseuse et de la muqueuse intestinale. Dans la plupart des cas de cancer, l'hôte ne semble pas posséder le mécanisme de défense capable de tuer la tumeur; l'agent chimiothérapeutique doit détruire toute la masse tumorale par son action propre. Parfois, il existe certaines défenses naturelles, bien qu'incomplètes, contre la progression de la tumeur et l'agent chimiothérapeutique peut enrayer cette défense au détriment de l'organisme (49). Ceci est différent de ce qui se produit dans la chimiothérapie de l'infection (7) où les défenses de l'organisme peuvent faire leurs part, le "nettoyage" pour ainsi dire après ou concomitamment à l'action du médicament. Ce fait et l'action non spécifique des médicaments demandent une dose thérapeutique très près et parfois au-delà de la dose toxique. La plupart, sinon tous les médicaments, doivent être poussés à la toxicité avant d'observer une action thérapeutique. Dans la chimiothérapie de l'infection, l'agent étiologique est attaqué directement, tandis que dans la chimiothérapie du cancer l'attaque est sur le tissu tumoral dont l'étiologie est probablement multiple, de toute façon inconnue et possiblement disparue lors de la thérapie, laissant un état irréversible et un tissu autonome. De plus, dans la thérapie de l'infection, le médicament s'attaque au métabolisme relativement sim-

ple de la bactérie, métabolisme très différent de celui des cellules de l'individu. Par ailleurs, le métabolisme des cellules cancéreuses est très différencié et très semblable à celui des cellules saines. Chaque tissu de l'organisme peut être le site de transformations malignes et chaque tissu peut donner des tumeurs différentes les unes des autres; l'agent chimiothérapeutique doit donc avoir un effet sélectif pour une telle tumeur dans un tissu donné. Il est donc évident que la chimiothérapie du cancer est très difficile et malgré tout plusieurs agents ont une action remarquable sur certaines tumeurs. Quelques principes fondamentaux doivent être respectés; la cure chirurgicale d'un cancer demande une extirpation totale et radicale, il en est de même dans la chimiothérapie du cancer. Malheureusement, souvent le chimiothérapeute ne voit que le malade avancé, après l'échec des autres méthodes de traitement, comme la chirurgie et la radiothérapie, quand les masses tumorales sont volumineuses, les métastases nombreuses, l'état général du malade précaire ou alors que la douleur est devenue le problème majeur. Il va s'en dire que dans ces circonstances, la chimiothérapie a peu à offrir.

Le mode d'administration du médicament est important pour obtenir cet effet optimum. La plupart des cas nécessitent plusieurs séries de traitements avec dose d'entretien à longue échéance. Les études expérimentales et cliniques ont démontré que les chances de succès avec la chimiothérapie sont inversement proportionnelles au volume de la masse tumorale (28); la chirurgie doit donc enlever autant que possible la masse tumorale au complet et les métastases évidentes si possible. La radiothérapie est souvent complémentaire à ces deux méthodes.

CLASSIFICATION

Le Tableau I montre une classification pratique des médicaments les plus couramment employés. Les quatre groupes principaux sont: les agents alcoylants, les antimétabolites, les antibiotiques et les dérivés des plantes alcaloïdes. Les hormones y sont inscrites, malgré qu'elles ne soient pas strictement des agents chimiothérapeutiques, à cause de leur importance dans le traitement du cancer (22).

LE MODE D'ACTION

Le mode d'action diffère d'un groupe à l'autre, et d'un médicament à l'autre. Le mécanisme d'ac-

tion biochimique est encore inconnu dans la plupart des cas, mais certaines théories sont énoncées.

TABLEAU I

CHIMIOTHÉRAPIE DU CANCER

- I — *Agents alcoylants*
 - A. *Moutarde azotée*
HN2 (Methyl-bis, Mustargen)
Cyclophosphamide (Procytox-Endoxan-Cytoxan)
Chlorambucile (Leukéran)
Melphalan, Sarcosine, Moutarde uracile
 - B. *Les éthylèneimines*
TEM et thioTEPA
Bayer E39 et Trénimon
 - C. *Les esters de dimétanesulfonyl*
Myléran (Busulfan)
 - D. *Les diépoxydes*
Eponate
- II — *Les antimétabolites*
 - A. *Les antagonistes de l'acide folique*
Méthotrexate (améthoptérine)
 - B. *Les antagonistes des purines*
6-mercaptopurine (Purinéthol)
 - C. *Les antagonistes des pyrimidines*
5-FU (le 5-fluoruracile)
5-FUDR (le 5-fluoro désoxyriboside)
- III — *Les antibiotiques*
 - A. Actinomycine-D
 - B. Mitomycine-C
 - C. Dérivés de certains Streptomyces
DON-Azasérine
- IV — *Dérivés des plantes alcaloïdes*
 - A. Vincaléukoblastine (Velbe-velban-vinblastine)
 - B. Leurocristine
 - C. Colchicine
- V — *Divers*
 - A. Uréthane
 - B. O,p'DDD
- VI — *Hormones*
 - A. ACTH et Stéroïdes
 - B. Androgènes
 - C. Oestrogènes
 - D. Progestérone (Delalutine-Provera)

AGENTS ALCOYLANTS

Un agent alcoylant est celui qui perd un atome d'hydrogène à un radical négatif comme par exemple un radical aminé, phosphaté, sulphydyle, hydroxyle, imidazole, carboxyle, acide, etc.

Les propriétés chimiques des 2-chloréthylamines sont probablement responsables de l'action pharmacologique particulière de la moutarde azotée et de ses dérivés. La moutarde azotée a deux groupements $\text{CH}_2\text{-CH}_2\text{-Cl}$ rattachés par un atome d'azote; de même le chlorambucile (Leukéran) a deux groupements $\text{CH}_2\text{-CH}_2\text{-Cl}$ unis par un atome d'azote. Dans le TEM et le thioTEPA, nous avons des radicaux CH_2 cycliques et multiples rattachés à l'atome d'azote. Ces substances, en milieu physiologique, peuvent alcoyler une grande variété de radicaux organiques importants au point de vue

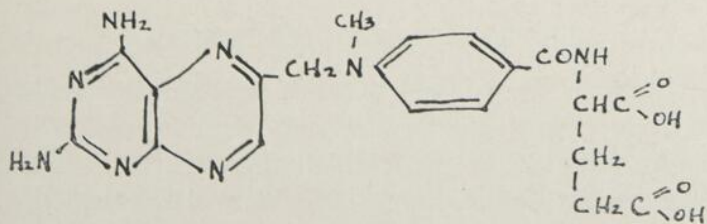
biochimique (5). Les manifestations cytotoxiques surviennent lorsque les radicaux attaqués sont vitaux au métabolisme cellulaire. Les agents alcoylants antinéoplasiques ont en général deux ou plusieurs groupements alcoylants; l'hémisulfure de moutarde serait une exception à cette règle (13). De ce jumelage essentiel des radicaux alcoylants proviennent les théories d'action soit: la formation intra ou intermoléculaire de ponts entre les groupements réactifs des macromolécules de RNA et DNA (11, 21, 40, 47), empêchant la multiplication des chromosomes ou dérangeant leur métabolisme. Cette réaction sur la DNA pourrait être une estérification au niveau d'un groupement phosphaté avec insertion d'un radical alkyl dans la séquence nucléotide (14).

Le cyclophosphamide (Procytox), un produit très prometteur au début, agit un peu de la même façon que la moutarde azotée, mais l'anneau phosphaté doit d'abord être ouvert par les phosphatases et les phosphamidases. Les cellules néoplasiques sont en général plus riches en enzymes du genre que la cellule normale et théoriquement nous aurions ici une situation idéale où un médicament est activé d'une manière préférentielle par les cellules cancéreuses. Le cyclophosphamide, malgré qu'il se soit avéré toxique pour les cellules normales de la moelle osseuse, est tout de même un médicament très employé et très utile. L'observation que certaines tumeurs absorbaient l'uracile très avidement mena à la synthèse d'un médicament antinéoplasique très puissant, le 5-fluoruracile.

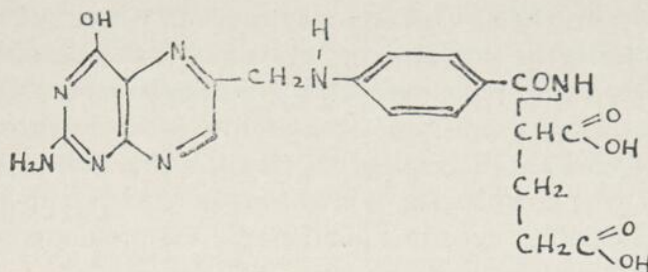
LES ANTIMÉTABOLITES

Le méthotrexate est un membre représentatif de ce groupe de médicaments; sa formule chimique ressemble énormément à celle d'un acide essentiel, l'acide folique, mais le méthotrexate est un poison cellulaire important. La seule différence qui existe entre ces deux substances est le remplacement d'un $-OH^-$ par un $-NH_2$ et d'un $-H^+$ par un $-CH_3$ (Fig. 1 et 2).

Dans la synthèse des acides nucléiques, le transport des atomes de carbone est capital et cette



MÉTHOTREXATE - AMÉTHOPTÉRINE



ACIDE (FOLIQUE) PTÉROYLGLUTAMIQUE

réaction nécessite un coenzyme, l'acide tétrahydrofolique formé par l'action d'un enzyme intracellulaire, la réductase de l'acide folique, sur l'acide folique et l'acide dihydrofolique. L'affinité de l'enzyme pour le méthotrexate est de beaucoup supérieure à celle pour l'acide folique. Toutefois, un dérivé tétrahydrofolique, l'acide folinique, (acide 5-formyltétrahydrofolique ou facteur citrovorum) peut être converti en d'autres dérivés de l'acide tétrahydrofolique et agir comme antidote si donné au début du traitement. Contrairement aux agents alcoylants qui ont une action rapide, les antimétabolites doivent agir sur une longue période de temps pour être efficaces. Récemment, l'action de l'actinomycine-D sur le RNA (40) a suscité beaucoup d'intérêt en biochimie; l'actinomycine-D a un effet fondamental dans la synthèse du "messenger-RNA" et ceci implique des possibilités thérapeutiques assez intéressantes.

Le mylérane, un ester alcoylant, agit de la même façon que l' HN_2 et nous rend d'énormes services dans les syndromes myéloprolifératifs. L'actinomycine-D, un antibiotique utile dans les sarcomes, la tumeur de Wilm et le choriocarcinome, est employée surtout en association avec la radiothérapie. La vincaléukoblastine est employée dans la maladie de Hodgkin et le choriocarcinome.

Au Tableau II, on verra la liste des moyens divers employés pour administrer les médicaments ou pour augmenter leur effet. Pour chaque médicament il existe des conditions optimum d'emploi qui permettent une augmentation de l'effet thérapeutique et une diminution de la toxicité. Ces conditions varient d'un malade à l'autre et d'une tumeur à l'autre. Parfois, l'action synergique d'un ou plusieurs médicaments peut potentialiser l'effet thérapeutique plutôt que l'effet toxique. Une chimiothérapie locale maximum combinée à un antidote systémique peut diminuer l'effet toxique sur la moelle et la muqueuse intestinale tout en augmentant l'effet local toxique sur la tumeur. Une moelle détruite peut être remplacée par une transfusion de moelle autologue prélevée au préalable

et réfrigérée. Certains médicaments peuvent être injectés in situ ou dans certaines cavités comme l'espace intrapleurale, intra-abdominale et intrathécale. Les perfusions intra-artérielles et extracorporelles ont été employées. Enfin, la chimiothérapie comme complément à la chirurgie (32, 41) ou en association avec la radiothérapie est prometteuse.

TABLEAU II

MODES D'EMPLOI DES AGENTS CHÉMOTHÉRAPEUTIQUES

| | |
|----------------------|---------------------------------------|
| I. <i>Systémique</i> | III. <i>Avec d'autres techniques</i> |
| Intraveineux-I-A | Concomitant à la chirurgie |
| Intramusculaire | Potentialiser la radiothérapie |
| Oral | Auto-transfusion de moelle |
| II. <i>Local</i> | IV. <i>Combinaison de médicaments</i> |
| Intracavitaire | |
| Intrathécal | |
| Perfusion | |
| Infusion | |

LES TECHNIQUES DE PERFUSION

La perfusion artérielle d'une région malade par un médicament chimiothérapeutique avec une pompe extracorporelle a reçu une grande publicité et a fait l'objet de plusieurs expériences. Théoriquement, la région visée est isolée de la circulation systémique et la pompe extracorporelle contrôle l'oxygénation, la température, etc. Il est donc possible d'avoir une recirculation continue du médicament sans toxicité systémique. Malheureusement, à date du moins, les problèmes de fuite, le choix des agents chimiothérapeutiques et la chirurgie extensive nécessaire n'en ont limité l'usage qu'à des fins expérimentales. (1, 2, 8, 9, 10, 23, 29, 31, 34, 38, 39, 42, 43, 50).

Les avantages de la perfusion sont: 1) Une augmentation de la dose efficace dans un territoire tumoral donné; 2) une diminution de la toxicité systémique; 3) l'administration intra-artérielle directe; 4) une résistance de l'hôte intacte et 5) une augmentation de l'efficacité des médicaments en variant certains facteurs locaux comme la tension de l'oxygène, le pH, l'hyperthermie locale associée à l'hypothermie systémique (42), etc.

Les désavantages de la perfusion sont: 1) la tolérance locale du tissu au médicament; 2) la fuite systémique et 3) l'effet de nécrose trop rapide dans les tumeurs volumineuses.

Les complications de la perfusion sont importantes. Sur une série de deux cent trente et un cas, Reemtsma (35) rencontra des infections locales dans vingt-sept cas, des infections urinaires dans quinze cas, des complications pulmonaires dans quinze cas et des complications diverses dans

trente-sept cas (thrombophlébite superficielle, réaction transfusionnelle, hémorragie digestive, arrêt cardiaque, arythmie, insuffisance rénale, éviscération et obstruction intestinale). Ces complications étaient secondaires à l'acte chirurgical plutôt qu'à la perfusion elle-même. Les complications inhérentes à la perfusion étaient au nombre de trente-sept, soit un œdème sévère et persistant dans quatorze cas, une hémorragie locale dans douze cas, une thrombophlébite dans cinq cas, une embolie pulmonaire dans quatre cas et une occlusion artérielle dans deux cas. Les complications inhérentes à la chimiothérapie furent: un érythème avec œdème et nécrose dans dix-sept cas, une névrite dans quatorze cas, des complications gastro-intestinales dans six cas et une alopecie dans cinq cas. Une dépression importante dans la moelle fut rencontrée dans 15% des cas de perfusions régionales à l' HN_2 . Même en excluant les dépressions de la moelle, il y eut cent soixante-treize complications sur deux cent trente et une perfusions, soit un taux de 75%.

Les contre-indications à la perfusion sont: 1) Une insuffisance rénale ou hépatique; 2) une infection sévère; 3) une malnutrition importante; 4) une dépression de la moelle préalable et 5) une maladie généralisée.

Les résultats des techniques de perfusion ont été en général plutôt décevants. Certaines tumeurs des extrémités comme les mélanosarcomes, les sarcomes des tissus mous et quelques épithéliomas épidermoïdes ont montré une palliation temporaire; les adénocarcinomes se sont avérés particulièrement résistants. Dans un système expérimental, la stérilisation in vivo de cellules leucémiques transplantées (très sensibles à l' HN_2) n'est jamais obtenue avec l' HN_2 en doses supra-léthales avec un système de perfusion idéale sans fuite (7); ceci nous laisse très sceptiques sur les possibilités de cette technique en clinique avec des masses tumorales volumineuses et des tissus résistants à la chimiothérapie. Les techniques de perfusion sont surtout expérimentales et sont employées pour l'évaluation de nouveaux médicaments.

LES TECHNIQUES D'INFUSION

Sullivan (4, 16, 44) a été le protagoniste de la technique d'infusion artérielle continue avec dosage supra-léthale d'un agent chimiothérapeutique dans une région donnée avec l'injection simultanée de l'antidote par voie parentérale. Ceci permet la neutralisation efficace de l'action toxique du mé-

dicament au niveau de la moelle et de l'intestin mais localement à cause des doses massives qui inondent la tumeur en tout temps, la concentration de l'antidote n'est pas assez élevée et l'action toxique du médicament se fait sentir. A date, la meilleure combinaison métabolite-antimétabolite connue est le méthotrexate avec l'acide folinique (facteur citrovorum) comme antidote.

Le méthotrexate peut être infusé continuellement dans l'artère hypogastrique, l'iliaque interne, la carotide externe, l'artère hépatique, etc., pendant plusieurs jours en diminuant la toxicité systémique par l'injection intramusculaire périodique mais régulière du facteur citrovorum pendant toute la durée de l'infusion. L'infusion par l'intermédiaire d'artères de gros calibre, comme l'iliaque interne, peut ne pas donner une concentration locale du médicament plus élevée que la concentration systémique; toutefois, une concentration locale de médicament peut être beaucoup plus élevée que la concentration systémique, si le calibre des artères est petit, comme c'est le cas pour la carotide externe via la thyroïdienne supérieure. L'infusion artérielle continue est même possible chez le patient ambulatoire suivi en externe et ceci pendant des semaines ou des mois à l'aide d'un petit appareil portatif assez ingénieux (48).

Les désavantages et les contre-indications de la technique d'infusion artérielle sont semblables à ceux de la perfusion.

Les complications de l'infusion artérielle sont énumérées au Tableau III.

TABLEAU III
COMPLICATIONS DES INFUSIONS

- A. Locales
 - 1. Infection
 - 2. Hémorragie
 - 3. Erythème, ulcérations ou nécrose sévère
- B. Systémiques
 - 1. Hématologiques
 - 2. Gastrointestinales
 - 3. Embolies gazeuses
 - 4. Septicémie

Les résultats sont assez douteux; comme c'est le cas pour les perfusions, l'infusion peut parfois permettre l'extirpation chirurgicale d'une tumeur qui ne l'était pas auparavant. Certaines malades avec un épithélioma épidermoïde massif du col (36) ont eu des régressions dramatiques, mais temporaires du volume des masses tumorales. En général, l'infusion au méthotrexate permet une nécrose importante de la masse tumorale mais

malheureusement, les cellules néoplasiques non détruites semblent récupérer leur fonction de multiplication aussitôt la thérapie cessée. L'infusion intralymphatique nous promet des résultats assez spectaculaires sans la toxicité systémique associée aux infusions intra-artérielles (3, 45).

LA CHIMIOTHÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE

La chimiothérapie associée à la chirurgie (32, 33, 41) ou à la radiothérapie (30) a été étudiée d'une manière intensive. En mil neuf cent cinquante-six (1956), une étude coopérative fut entreprise groupant vingt-deux centres médicaux américains sous la direction du "Cancer Chemotherapy National Service Center" (32). On étudia l'association d'une chimiothérapie dans la chirurgie des cancers du poumon, du sein, de l'estomac et du côlon.

Dans le cancer du poumon, on étudia six cent douze malades (612) avec six cent onze cas (611) contrôles. La morbidité chirurgicale fut de 46% chez les cas traités et de 34% chez les cas contrôles. La mortalité opératoire était la même chez les deux groupes et la survie n'en fut pas changée. On utilisa ici la moutarde azotée (HN₂) à raison de 0.1 mg/kg. intraveineux per-opératoire, 0.1 mg/kg. dans la cavité pleurale avant la fermeture et 0.1 mg/kg. intraveineux à la première journée post-opératoire.

Dans le cancer de l'estomac (six cent sept cas (607) et le cancer du côlon (six cent quatre-vingt-seize cas (696)), on utilisa le thioTEPA comme suit: 0.2 mg/kg. intraveineux per-opératoire, 0.2 mg/kg. intrapéritonéal au moment de l'intervention et 0.2 mg/kg. intraveineux à la première journée post-opératoire. On ne mit en évidence aucune différence entre les cas traités et les cas contrôles en ce qui concerne la morbidité et la mortalité opératoire ainsi que la survie. Dans le cancer du sein, toutefois, il semblait y avoir un certain bénéfice avec le thioTEPA chez les malades avant la ménopause ayant des ganglions axillaires positifs. Des résultats semblables furent obtenus chez au-delà de trois mille malades (3000) dans le "Veterans Administration Adjuvant Surgical Cooperative Chemotherapy Study" aux États Unis. Même si, dans ces cancers étudiés avec les agents employés, les résultats ne furent pas trop impressionnants, ces projets ont démontré la valeur d'une étude centralisée et simultanée provenant de plusieurs centres à cause du grand nombre de malades qui peuvent être étudiés dans un laps de

temps relativement court et également la mise à jour d'effets secondaires importants en peu de temps.

* * *

La situation en chimiothérapie du cancer décrite plus haut n'est pas très encourageante, mais elle est véridique. À dessein, les dosages, les indications et les caractéristiques de chaque médicament ont été laissés de côté. Toutefois, il faudrait terminer sur une note optimiste et dissenter un moment sur un cancer qui peut être guéri par la chimiothérapie et probablement à date par nul autre moyen. Il s'agit ici du choriocarcinome avec métastases chez la femme; c'est une maladie assez rare mais les seules guérisons chimiothérapeutiques documentées sont dans ce groupe de malades. Au moins 30% des patients traités et probablement un pourcentage beaucoup plus élevé dans les cas traités au début sont guéris avec des survies à date de huit à neuf ans dans certains cas. Le choriocarcinome chez le mâle, malgré un traitement vigoureux avec les mêmes médicaments est fatal à près de 100% en moins de deux ans. L'explication de cette différence dans la réponse thérapeutique n'est pas connue, mais le mécanisme d'immunité joue probablement un rôle dans les soi-disant cures spontanées et les 30% ou plus de cures après traitement dans le choriocarcinome métastatique chez la femme. Le tissu placentaire provient du chorion du fœtus et comme tel il est en partie étranger à la mère (la moitié serait du père); il y aurait donc une réaction de défense de la part de la mère contre les tumeurs placentaires. Dans le chorioépithéliome du mâle, cet élément de tissu étranger n'existerait pas.

En mil neuf cent quarante-quatre (1944), Hertz et Sebrell (19) ont noté que les antagonistes de l'acide folique pouvaient empêcher la croissance du système génital stimulée par les œstrogènes. En mil neuf cent cinquante (1950), Thiersch (46) démontra l'effet léthal de l'aminoptérine sur le fœtus in utero. En mil neuf cent cinquante-six (1956), Li et ses collaborateurs (24, 25, 26) et d'autres (20) ont employé le méthotrexate dans le traitement du choriocarcinome.

Li a donné le méthotrexate à doses très élevées en série d'une durée de cinq jours. La thérapie est continuée jusqu'à la disparition complète de tout symptôme et signe et jusqu'à l'absence de gonadotrophines chorioniques urinaires. Dans environ 50% des cas, il y a rechute, progression de la maladie ou persistance des gonadotrophines; dans ces cas il utilise la "triple-thérapie" qui con-

siste à donner de fortes doses de méthotrexate, chlorambucile et actinomycine-D. La thérapie doit être individualisée et le succès dépend énormément de la condition générale et de la résistance immunitaire de la malade. Hertz et ses collaborateurs (17, 18) ont traité intensivement soixante-trois (63) cas de choriocarcinome métastatique chez la femme avec le méthotrexate parfois associé à la vincaléukoblastine. Il y eut guérison complète dans trente cas suivis de six mois à cinq ans, guérison incomplète, mais survie dans sept cas, guérison incomplète et éventuellement mort dans vingt-deux cas (un à quarante-trois mois) et aucune réponse dans quatre cas. Cinader et collaborateurs (6) ont rapporté un cas très intéressant de choriocarcinome postgestationnel avec métastases pulmonaires et gonadotrophines chorioniques qui était résistant à la chimiothérapie. Ils ont cru que la résistance de la malade contre la tumeur pouvait possiblement être augmentée par immunisation avec les tissus du conjoint. Comme immunisation active, on injecta à trois reprises par voie sous-cutanée et intraveineuse des globules blancs du mari et plus tard on procéda à l'immunisation passive en se servant des spermatozoïdes du mari chez le lapin. Ces procédures furent suivies de la disparition complète des métastases et des gonadotrophines chorioniques urinaires. Ce cas peut représenter une soi-disant cure spontanée (si elle existe!), mais il est tout de même très intéressant.

Durant les trois dernières années, nous avons eu à traiter sept cas de choriocarcinome métastatique chez le mâle avec présence de gonadotrophines urinaires d'origine testiculaire, et trois cas de choriocarcinome métastatique chez la femme. Les sept mâles sont décédés en moins d'un an, ayant eu une thérapie intensive. Par ailleurs, les trois femmes sont actives et en parfaite santé, les urines de chacune d'entre elles sont négatives au point de vue gonadotrophines et tous les symptômes et signes sont disparus chez ces trois malades.

CONCLUSIONS

Notre philosophie sur la chimiothérapie du cancer en général et des tumeurs solides en particulier est conservatrice, pour le moment du moins. Dans les derniers cinq à six ans, nous avons observé les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments, nous les avons utilisés personnellement. Notre attitude conservatrice peut changer avec la découverte de nouveaux médicaments ou l'amélioration des techniques existantes.

Il faut faire une nuance entre le centre ou l'hôpital où il se fait un travail expérimental et l'hôpital ordinaire. Au premier, il est permis d'expérimenter avec les nouvelles drogues et les nouvelles techniques, le deuxième ne doit utiliser que les agents bien établis.

La nature a donné à tout individu une certaine défense immunitaire contre les néoplasmes auto-gènes. L'équilibre délicat entre l'hôte et la tumeur peut facilement être perturbé par les puissants produits chimiothérapeutiques, souvent au détriment de l'hôte; des doses inefficaces mais toxiques peuvent augmenter le volume et le nombre des métastases en chambardant les mécanismes de défense de l'hôte contre son propre cancer (15, 49). Ces mécanismes de défense d'ailleurs, expliquent pourquoi certaines tumeurs évoluent lentement pendant des années chez un sujet donné et sont parfois d'une évolution foudroyante chez un autre. Nous avons observé ce phénomène personnellement par exemple avec le 5-fluoruracil chez certains cancers du sein. Sauf dans les cas de choriocarcinome chez la femme et possiblement dans l'épithélioma de l'endomètre avec de très fortes doses de progestatifs, les médicaments sont utilisés comme palliation et non comme agent curatif. Il faut réaliser que la morbidité des perfusions et des infusions est très élevée et que les résultats sont douteux.

Le futur est encourageant. Nous aurons possiblement des drogues moins toxiques mais plus spécifiques. Toutefois, les succès proviendront peut-être de l'utilisation d'autres techniques, surtout dans le domaine de l'immunité. Des anticorps antitumeurs spécifiques transportant des radio-isotopes ou autres agents chimiothérapeutiques permettront peut-être une meilleure localisation dans les tumeurs. La vaccination active ou passive sera probablement possible, l'agent causatif simple ou multiple sera possiblement découvert et contrôlé. Enfin, il est permis de croire qu'un jour le cancer sera une maladie curable.

Résumé

Après une brève revue de l'histoire de la chimiothérapie du cancer, on discute des principes fondamentaux qui gouvernent l'emploi des agents chémothérapeutiques et les conséquences pratiques qui en découlent. On insiste surtout sur les différences qui existent entre la chimiothérapie du cancer et celle de l'infection et du rôle important de l'immunité.

L'action biochimique des agents alcoylants et des antimétabolites est exposée ainsi que les

moyens divers employés pour l'administration des médicaments.

Les techniques de perfusion et d'infusion sont examinées et on en présente les indications, les résultats, les contre-indications et les désavantages.

La chimiothérapie complémentaire fait l'objet du prochain chapitre et le traitement du chorio-épithéliome métastatique chez la femme est décrit en détail.

Les conclusions nous livrent l'opinion personnelle de l'auteur sur la valeur de la chimiothérapie actuelle et sur ce que nous réserve le futur.

Summary

Following a brief review of the history of the chemotherapy of cancer, the fundamental principles of use are discussed as well as their clinical application. There is some emphasis placed on the differences between the chemotherapy of cancer and that of infection and the important rôle of immunity.

The biochemical actions of the alkylating agents and that of the antimetabolites are presented as well as the different ways of administering the drugs.

The perfusion and infusion techniques are discussed with their indications, results, contraindications and disadvantages.

Adjuvant chemotherapy follows next and the treatment of metastatic chorioepithelioma of the female is discussed in detail.

Finally the author presents his personal views of the contemporary situation in the chemotherapy of cancer.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSMAN, R. K. et AUST, J. B.: Isolated perfusion of the liver with HN₂. *Surg. Forum*, 10: 77, 1960.
2. AUSTEN, W. G.; MONACO, A. P.; RICHARDSON, G. S.; BAKER, W. H.; SHAW, R. S. et RAKER, J. W.: Treatment of malignant pelvic tumors by extra-corporeal perfusion with chemotherapeutic agents. *New Eng. J. Med.*, 261: 1037-1045, 1959.
3. ARIEL, I. M. et RESNICK, M. I.: Intralymphatic administration of radioactive isotopes and cancer chemotherapeutic drugs. *Surgery*, 55: 355-363, 1964.
4. CAHILL, J. J. et ZEIT, P. R.: Intra-arterial infusions of pelvic tumors with amethopterin. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 81: 970-876 (mai) 1961.
5. CALABRESI, P. et WELCH, A. D.: Chemotherapy of neoplastic diseases. *Ann. Rev. Med.*, 13: 147-202, 1962.
6. CINADER, B.; HAYLEY, M.A.; RIDER, W. D. et WARWICK, O. H.: Immunotherapy of a patient with choriocarcinoma. *Can. M.A.J.*, 84: 306-309 (fév.) 1961.
7. Comité d'experts. Chimiothérapie du Cancer. Rapports Techniques 232, Organisation Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.
8. CREECH, O.; KREMENTZ, E. T.; RYAN, R. F. et WINBLAD, N. J.: Chemotherapy of cancer: Regional perfusion utilizing an extracorporeal unit. *Ann. Surg.*, 148: 616, 1958.
9. CREECH, O.; KREMENTZ, E. T.; RYAN, R. F.; REETSMA, K. et WINBLAD, N. J.: J.N. Experiences with isolation-perfusion techniques in the treatment of cancer. *Ann. Surg.*, 149: 627, 1959.
10. CREECH, O.; RYAN, R. F. et KREMENTZ, E. T.: Treatment of melanoma by isolation perfusion technique. *J.A.M.A.*, 169: 339-343, 1959.
11. GOLDTHWAIT, D. A.: Nucleic acids and cancer. *Amer. J. Med.*, 29:1034-1059 (déc.) 1960.
12. COLOMB, F. M.: Agents used in cancer chemotherapy. *Amer. J. Surg.*, 105: 579-590 (mai) 1963.
13. GREEN, T. H. Jr.: Hemisulfur mustard in palliation of patients with metastatic ovarian carcinoma. *Obstet. Gynec.*, 13: 383-393 (avril) 1959.
14. HART, G. D.: Chemotherapy of malignant disease: A Review of Theory and Practice. *Can. Med. Ass. J.*, 86: 575-583 (mars) 1962.
15. HATIBOGLU, et coll.: Effects of chemotherapeutic agents on wounds contaminated with tumor cells: an experimental study. *Ann. Sur.*, 152: 559-567 (oct.) 1960.

16. HERTER, F. P.; MARKOWITZ, A. M. et FEIND, C. R.: Cancer chemotherapy by continuous intra-arterial infusion of antimetabolites. *Amer. J. Surg.*, **105**: 628-639 (mai) 1963.
17. HERTZ, R.; BERGENSTAL, D. M.; LIPSETT, M. B.; PRICE, E. R. et HILBISH, T. F.: Chemotherapy of choriocarcinoma and related trophoblastic tumors in women. *J.A.M.A.*, **168**: 845-849, 1958.
18. HERTZ, R.; LEWIS, J. Jr. et LIPSETT, M. B.: Five years' experience with chemotherapy of metastatic choriocarcinoma and related trophoblastic tumors in women. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **82**: 631-640 (sept.) 1961.
19. HERTZ, R. et SEBRELL, W. H.: *Science*, **100**: 293, 1944.
20. HRESHCHYSHYN, M. M. et HOLLAND, J. F.: Chemotherapy in patients with gynecologic cancer. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **83**: 468-489 (15 fév.) 1962.
21. HUMPHREY, E. W. et HITCHCOCK, C. R.: Biological effects of the phosphoramides in patients with advanced cancer. *Cancer*, **10**: 231-238 (mars-avril) 1957.
22. KELLEY, R. M. et BAKER, W. H.: Progestational agents in the treatment of carcinoma of the endometrium. *New Engl. J. M.*, **264**: 216-222 (2 fév.) 1961.
23. KREMENTZ, E. T. et KOKAME, G. M.: Current status of regional chemotherapy by perfusion. *Amer. J. Surg.*, **105**: 598-606 (mai) 1963.
24. LI, M. C.; HERTZ, R. et SPENCER, D. B.: Effects of methotrexate therapy upon choriocarcinoma and chorioadenoma. *Proc. Soc. Exp. Biol. N.Y.*, **93**: 361-366, 1956.
25. LI, M. C. et coll.: Continued study of combined drug therapy of metastatic testicular cancers. *Proc. Amer. Ass. Cancer Res.*, **3**: 129, 1960.
26. LI, M. C.: Management of choriocarcinoma and related tumors of uterus and testis. *Med. Clin. N. Amer.*, **45**: 661-676 (mai) 1961.
27. MACDONALD, I. et YETTRA, M.: Medical treatment of cancer. *Med. Clin. North. Amer.*, **43**: 971-1002 (juillet) 1959.
28. MARTIN, D. S. et FUGMANN, R. A.: Clinical implications of the interrelationship of tumor size and chemotherapeutic response. *Ann. Surg.*, **151**: 97-100 (janv.) 1960.
29. MARTIN, D. S.; HOBBS, J. C.; WHITE, B. S. et PICKENS, J.: Experiences with a pelvic tourniquet in man. *Surg. Forum*, **12**: 434, 1961.
30. MOERTEL, C. G.; REITEMEIER, R. J.; CHILDS, D. S.; COLBY, M. Y. et HOLBROOK, M. A.: Combined 5-fluorouracil and super-voltage radiation therapy in the palliative management of advanced gastrointestinal cancer: a pilot study. *Mayo Clinic Proc.*, **39**: 767-771 (oct.) 1964.
31. MONACO, A. et AUSTEN, W. G.: Treatment of Kaposi's sarcoma of the lower extremity by extracorporeal perfusion with chemotherapeutic agents. *New Eng. J. Med.*, **261**: 1045-1052, 1959.
32. MOORE, G. E.; ROSS, C. A. et STIVER, R. B.: Chemotherapy as an adjuvant to surgery. *Amer. J. Surg.*, **105**: 591-597 (mai) 1963.
33. MORALES, F.; BELL, M.; McDONALD, G. O. et COLE, W. M.: Prophylactic treatment of cancer at time of operation. *Ann. Surg.*, **146**: 588-593 (oct.) 1957.
34. REEMTSMA, K.; RYAN, R. F.; KREMENTZ, E. T. et CREECH, O.: Treatment of selected adenocarcinomas by perfusion technique. *A.M.A. Arch. Surg.*, **78**: 724, 1959.
35. REEMTSMA, K.: Complications of perfusion. *Cancer Chemother. Rep.*, **10**: 75-78 (déc.) 1960.
36. RICHARDSON, G. S.; HALL, T. C. et GREEN, T. H.: Chemotherapy of cervical carcinoma. *Ann. N.Y. Acad. Sc.*, **97**: 841-869 (29 sept.) 1962.
37. RHOADS, C. P.: Nitrogen mustards in treatment of neoplastic disease. *J.A.M.A.*, **13**: 656, 1946.
38. RYAN, R. F.; WINBLAD, J. N.; KREMENTZ, E. T. et CREECH, O.: Treatment of malignant neoplasms with chemotherapeutic agents utilizing pump-oxygenator: technics and early results. *Bull. Tulane Med. Fac.*, **17**: 133-143, 1958.
39. RYAN, R. F.; KREMENTZ, E. T.; CREECH, O.; WINBLAD, J. N.; CHAMBLEE, W. et CHURK, M.: Selected perfusion of isolated viscera with chemotherapeutic agents. *Surg. Forum*, **8**: 158, 1958.
40. SAMUELS, L. D.: Actinomycin and its effects. *New Engl. J. M.*, **271**: 1252-1258 et 1301-1308 (déc.) 1964.
41. SHIMKIN, M. B. et MOORE, George E.: Adjuvant use of chemotherapy in the surgical treatment of cancer. *J.A.M.A.*, **167**: 1710-1714 (2 août) 1958.
42. SHINGLETON, W. W.; PARKER, R. T. et MAHALEY, S.: Abdominal perfusion for cancer chemotherapy with hypothermia and hyperthermia. *Surgery*, **50**: 260-265, 1961.
43. STEHLIN, J. S.; CLARK, R. L.; WHITE, E. C.; SMITH, J. L.; GRIFFIN, A. C.; VEESE, R. H. et HEALEY, J. E.: Regional chemotherapy for cancer: Experiences with 116 perfusions. *Ann. Surg.*, **151**: 605, 1960.
44. SULLIVAN, R. D.; MILLER, E. et SYKES, M. P.: Antimetabolite-metabolite combination cancer chemotherapy. *Cancer*, **12**(6): 1248-1262, 1959.
45. THEPOT, M. J.: A propos du traitement des tumeurs malignes par chimiothérapie endo-lymphatique continue. *Mém. Acad. Chir.*, **19-20**: 607-616 (juin) 1965.
46. THIERSCH, J. B. et PHILIPS, F. S.: Effect of 4-amino-pteroyl-glutamic acid (aminopterin) on early pregnancy. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **74**: 204-208, 1950.
47. TRAMS, E. G.; MORESHWAR, V. N. et SMITH, P. K.: On the mechanism of action of the alkylating agents. I: Interaction of alkylating agents with nucleic acids. *Cancer Res.*, **21**: 560-566 (mai) 1961.
48. WATKINS, Jr. E.: Chronometric infusor - an apparatus for protracted ambulatory infusion therapy. *New Engl. J. Med.*, **269**: 850-851 (oct. 19) 1963.
49. WOLF et all.: Nitrogen mustard and the steroid hormones in the treatment of bronchogenic carcinoma. *Amer. J. Med.*, **29**: 1008-1016 (déc.) 1960.
50. WOODHALL, B.; HALL, K.; MAHALEY, S. et JACKSON, J.: Chemotherapy of brain cancer: experiment and clinical studies in localized hypothermic cerebral perfusion. *Ann. Surg.*, **150**: 640, 1958.

L'EMPLOI DU CURARE PAR LA VOIE INTRA-RECTALE DANS LE TRAITEMENT DE LA SPASTICITÉ ¹

Michel DUPUIS, D.Phys. Med. (Eng.), F.R.C.P.(C) ²

Le mot curare est un terme générique servant à désigner différentes substances autrefois utilisées par les guerriers de l'Amazone pour enduire les pointes de leurs flèches, qu'ils rendaient ainsi mortelles. On savait depuis fort longtemps que la mort était causée par une paralysie des muscles respiratoires, mais toute étude pharmacologique plus approfondie avait été impossible, parce que pendant des siècles, il n'avait été possible de se procurer que des préparations brutes de ces substances. Leurs sources botaniques étaient le secret des sorciers et leur composition chimique était inconnue. Claude Bernard fut le premier chercheur à faire des commentaires intéressants à propos de l'action du curare sur la transmission neuro-musculaire, démontrant que la drogue supprime l'excitation du muscle par le nerf, le muscle pouvant toujours être excité directement. En 1935, King (1) réussissait à isoler la D-Tubocurarine et Gill (2) en faisait l'investigation pharmacologique. Dès lors, l'emploi du curare en médecine fut considéré sérieusement. En 1940, Bennett (3) l'utilisa en convulsivo-thérapie et en 1942, Griffith (4) commença à l'employer en anesthésiologie. Pendant ce temps, Burman (5) et Bennett (6) commençaient à s'en servir dans le traitement des maladies neurologiques. Denhoff et Bradley en 1941 (7), Schlesinger en 1946 (8), Delay et ses collaborateurs en 1952 (9) et Carsalade en 1954 (10), pour n'en mentionner que quelques-uns, ont ensuite tenté chacun de leur côté de diminuer la spasticité par l'administration du curare.

Les agents curariformes bloquent la conduction cholinergique au niveau des plaques motrices en élevant le seuil de leur réponse à l'action de l'acetylcholine. Il a donc semblé à plusieurs auteurs que l'hypertonie musculaire puisse être diminuée en bloquant ainsi par le curare la transmission au niveau de la plaque motrice, quoique l'on sache maintenant que la physiologie de la spasticité est beaucoup plus complexe et que les terminaisons proprioceptives jouent un rôle primordial. Il est acquis que les agents curarisants peuvent diminuer le tonus en paralysant graduellement la musculature. Mais cet effet n'est-il pas accompagné d'une perte concomitante de la motricité volontaire, aussi

bien dans les muscles spastiques que dans la musculature normale? Le problème est donc celui de trouver une dose et une voie d'administration qui peuvent si cela est possible, réduire le tonus tout en ne donnant pas d'effets secondaires trop marqués. La musculature extrinsèque de l'œil étant la première affectée par les agents curarisants, la diplopie est un effet secondaire fréquent. Il se produit ensuite une diminution du tonus au niveau de la musculature du dos, du cou, des membres supérieurs, des membres inférieurs et finalement des muscles respiratoires. La dépression respiratoire reste une complication très rare de l'emploi du curare comme agent anti-spasmodique, mais l'atonie généralisée qui la précède peut se produire plus facilement et est très désagréable. La vasodilatation de la figure, la diaphorèse, l'hypotension artérielle et l'augmentation du péristaltisme intestinal sont des effets secondaires moins sérieux, mais non négligeables. Les cliniciens qui ont utilisé les agents curariformes par la voie intra-musculaire ont eu de la difficulté à établir la posologie désirable pour éviter ces effets secondaires et comme l'effet du médicament est par ailleurs très court, ils ne l'ont jamais employé sur une haute échelle. Cependant, Schlesinger a réussi en 1946 à obtenir une action plus prolongée et mieux réglée en utilisant du curare en suspension dans de l'huile d'arachides et de la cire blanche. Cette préparation est encore parfois employée, surtout chez les patients souffrant de sclérose en plaques où l'on veut, à cause de la nature de la maladie, éviter de prendre des mesures trop radicales. En 1952, Delay et ses collaborateurs (9) ont étudié l'emploi du curare par la voie intra-rectale chez les lapins d'abord, puis chez l'homme. Ils tirèrent de leurs travaux la conclusion que le curare employé par la voie intra-rectale agit de façon beaucoup plus étalée que par la voie intra-musculaire et que les effets secondaires sont minimes. Depuis ces travaux, plusieurs observations ont été publiées, et il ressort de leur lecture que le curare employé par la voie intra-rectale peut diminuer la spasticité sans produire d'effets secondaires dangereux, mais personne ne semble très enthousiaste de son utilité pratique réelle. Devant le fait qu'aucune de ces observations n'avait été faite très rigoureusement et que l'appréciation de la spasticité n'avait été que subjective, nous avons décidé d'entreprendre une étude de

¹ Travail présenté au Congrès de l'Association Canadienne de Médecine Physique tenu à Toronto en août 1965.

² Psychiatre à l'Institut de Réhabilitation de Montréal.

l'utilité du curare employé par la voie intra-rectale pour diminuer la spasticité, utilisant la méthode croisée à double insu.

MÉTHODE DE TRAVAIL

L'agent curarisant utilisé fut un dérivé méthylé de la bébéérine, curare naturel dont la formule est très proche de celle de la D-Tubocurarine. Les suppositoires, contenant chacun 400 unités-curare de chlorhydrate de diméthyl-éther de la méthyl-bébéérine, furent administrés par la voie intra-rectale à toutes les quatre heures. Cette posologie était basée sur le fait que l'action de ce produit débute environ 15 minutes après l'administration, atteint son effet maximum après 30 à 60 minutes, pour s'étaler ensuite sur une période de trois heures. Notre but était d'obtenir une infracurarisation, c'est-à-dire une diminution du tonus musculaire sans perte de la motricité volontaire. A cause de la nature de notre étude, nous fûmes obligés d'employer la même posologie chez tous les patients. Idéalement, il est évidemment préférable d'ajuster la posologie selon chaque patient, mais ceci est impossible dans une étude croisée à double insu faite sur un petit nombre de patients et nous avons dû nous en tenir à la posologie recommandée par le fabricant du médicament. En contrepartie, nous avons utilisé comme placebo des suppositoires de beurre de coco. Dix patients dont l'état clinique était assez stable furent choisis pour l'étude préliminaire. Ils étaient divisés comme suit:

5 quadriplégiques, dont 4 à la suite d'un traumatisme de la moelle épinière et 1 à la suite d'un méningiome;

1 paraplégique, à la suite d'une myélopathie d'origine indéterminée;

4 hémiparaplégiques, dont 3 à la suite d'un accident cérébro-vasculaire et 1 à la suite d'une contusion du tronc cérébral.

Nous avons utilisé la méthode croisée à double insu, c'est-à-dire que personne, excepté le pharmacien, ne savait à aucun moment donné si le patient recevait le médicament ou le placebo. Chaque patient reçut alternativement le placebo pendant une semaine et l'agent curarisant pendant une semaine aussi, selon un ordre pré-déterminé au hasard par le pharmacien, qui ne devait révéler l'ordre suivi qu'au moment de l'appréciation finale des résultats.

ÉTUDE DES RÉSULTATS

On a utilisé dans le passé différentes méthodes d'évaluation de la spasticité. Les unes sont simple-

ment subjectives, d'autres sont purement objectives, sans être nécessairement meilleures. Ces dernières comprennent la mesure du temps requis pour obtenir un étirement déterminé d'un muscle soumis à une tension au moyen d'un poids constant (11), la mesure du potentiel de l'activité électrique dégagée par un muscle lors d'un réflexe musculotendineux (12) ainsi que la mesure du temps écoulé entre l'obtention du premier et du second réflexe H (13). Il est en effet connu que lorsqu'on stimule un nerf mixte au moyen d'un courant d'intensité insuffisante pour exciter les fibres motrices, mais suffisante pour exciter les plus grosses fibres sensorielles, une contraction minime apparaît après un certain délai dans le groupe musculaire correspondant; cette réponse est appelée le réflexe H. L'on sait aussi qu'un intervalle de 100 à 200 millisecondes doit s'écouler, avant qu'un stimulus de même intensité puisse produire un deuxième réflexe H, et qu'il n'atteint l'amplitude du premier réflexe qu'après un autre intervalle de 200 à 300 millisecondes. Cet intervalle étant beaucoup plus court pour le muscle spastique, on peut en le mesurant apprécier objectivement le degré de spasticité. Une autre mesure possible serait l'utilisation de l'appareil ingénieux inventé récemment par le groupe du "Hand Rheology Project" à Cleveland, et destiné à mesurer l'influence des facteurs visco-élastiques dans la main (14). Cet appareil consiste en un mécanisme qui meut un doigt sur lequel n'agit aucune force musculaire, ceci étant vérifié par un enregistrement électromyographique concomitant; un appareil enregistreur rend simultanément compte de l'énergie perdue par la visco-élasticité. Cet appareil peut certainement donner une image fidèle de la résistance accrue à cause du tonus musculaire exagéré, mais à ma connaissance, il n'a pas encore été utilisé aux fins d'évaluation d'un médicament anti-spasmodique.

Nous avons choisi pour notre étude une méthode moins mathématique, mais plus fonctionnelle et plus clinique. En pratique, le but d'un médicament anti-spasmodique est de diminuer les inconvénients dus aux spasmes et de relâcher la musculature suffisamment pour laisser apparaître des mouvements actifs possiblement masqués par la spasticité, de façon à ce que leur fonction puisse être améliorée par la physiothérapie. Pour cette raison, nous avons choisi une méthode qui a, en fait, été utilisée par d'autres auteurs dans le passé et qui repose sur l'évaluation de 5 critères:

1 — Mesure de l'amplitude articulaire aux genoux et (ou) aux coudes, selon les cas.

2 — Mesure de l'angle d'apparition du réflexe d'étirement.

Pour ces deux premiers critères, considérant qu'il n'est habituellement possible de mesurer l'amplitude articulaire qu'à 5° près, à des intervalles variés, nous n'avons considéré comme significatifs

que les changements d'amplitude articulaire de plus de 5°. Ces mesures furent prises par le médecin avant le début d'administration des suppositoires, quotidiennement durant l'étude thérapeutique, ainsi que deux jours après la fin de l'expérience.

| CRITÈRES | PATIENTS | | | | | | | | | | TOTAL |
|--|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 1 — Amplitude articulaire des mouvements passifs. | | | | | | | | | | | |
| a) Amélioration par le curare. | | x | | | x | x | | | | | 3 |
| b) Amélioration par le placebo. | x | | | | | | | | | | 1 |
| c) Amélioration par le curare et le placebo. | | | | | | | | | | | 0 |
| d) Aucune amélioration. | | | x | x | | | x | x | x | x | 6 |
| 2 — Mesure de l'angle d'apparition du réflexe d'étirement. | | | | | | | | | | | 0 |
| a) Amélioration par le curare. | | x | | | x | x | | | | | 3 |
| b) Amélioration par le placebo. | x | | | | | | | | | | 1 |
| c) Amélioration par le curare et le placebo. | | | | | | | | | | | 0 |
| d) Aucune amélioration. | | | x | x | | | x | x | x | x | 6 |
| 3 — Temps de marche pour une distance déterminée. | | | | | | | | | | | 0 |
| a) Amélioration par le curare. | | | | | | | | | | | 0 |
| b) Amélioration par le placebo. | | | | | | | | | | | 0 |
| c) Amélioration par le curare et le placebo. | | | | x | | | | | | | 1 |
| d) Aucune amélioration. | x | x | x | | x | x | x | x | x | x | 9 |
| 4 — Capacité fonctionnelle. | | | | | | | | | | | 0 |
| a) Amélioration par le curare. | | | | | | | | | | | 0 |
| b) Amélioration par le placebo. | | | | | | | | | | | 0 |
| c) Amélioration par le curare et le placebo. | | | | | | | | | | | 0 |
| d) Aucune amélioration. | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 10 |
| 5 — Appréciation subjective du patient. | | | | | | | | | | | 0 |
| a) Amélioration par le curare. | | | | | | x | | | | | 1 |
| b) Amélioration par le placebo. | | | | | | | | x | | | 1 |
| c) Amélioration par le curare et le placebo. | | | | x | | | x | | | | 2 |
| d) Aucune amélioration. | x | x | x | | x | | | | x | x | 6 |

3 — Mesure du temps requis pour parcourir une distance de 30 pieds, pour les cas où ce test pouvait s'appliquer et facilité de faire les exercices, pour les autres. Ce dernier point était évalué subjectivement par la physiothérapeute.

4 — Capacité fonctionnelle, variant selon les patients. Ainsi, dans le cas d'un patient qui avait de la difficulté à passer de sa chaise roulante à son lit à cause de la spasticité des membres inférieurs, l'appréciation consistait à noter toute amélioration de cet état.

5 — Appréciation subjective du patient, surtout en ce qui concerne la fréquence des spasmes.

Tous les patients avaient été informés qu'un nouveau médicament était à l'essai. Un questionnaire minutieux fut fait chaque jour, en vue de déceler les effets secondaires possibles.

Résultats

Les résultats observés chez les dix patients furent les suivants (voir Tableau).

Effets secondaires

Deux patients eurent de la diarrhée au cours de la semaine pendant laquelle ils reçurent du curare. Cet accident n'étant survenu dans les deux cas que lors du dernier jour d'évaluation, ces deux patients purent quand même être évalués complètement. Un autre patient se plaignit de coliques abdominales tout au cours de l'administration du curare. Personne ne présenta de diplopie ni de dépression respiratoire.

DISCUSSION

Nous avons noté chez quelques patients une amélioration de l'amplitude articulaire des mouvements passifs et de l'angle d'apparition du réflexe d'étirement, mais ceci ne se traduisit pas sur le plan clinique par une plus grande facilité à faire les exercices ou à accomplir des activités fonctionnelles. En fait, aucun patient ne montra une amélioration des 5 points évalués. Nous avons donc conclu qu'à la dose administrée pendant la période de temps choisie pour cette étude, la méthode d'évaluation que nous avons utilisée ne nous permet pas d'affirmer que le curare réduit appréciablement la spasticité.

De meilleurs résultats auraient-ils été observés avec une dose plus élevée de curare? Nous croyons que si, mais étant donné les effets secondaires observés chez 3 des 10 patients, il est logique de penser qu'une dose plus élevée aurait causé des effets secondaires plus nombreux et peut-être plus sérieux. Il nous semble, de plus, improbable que de meilleurs résultats eussent pu être obtenus

par l'administration du médicament pour une période plus longue, parce que le curare a un effet qui est aussi prononcé après la première dose qu'après les doses subséquentes.

Nous admettons aussi que notre méthode d'évaluation n'est pas absolument fidèle, mais nous croyons qu'elle permet une appréciation relativement digne de confiance. Notons en plus qu'en général, les patients n'aiment pas du tout se voir administrer un suppositoire intra-rectal quatre fois par jour et leurs commentaires laissent croire qu'ils ne sont prêts à ce sacrifice qu'en échange de résultats clairement appréciables.

Résumé et Conclusion

Nous avons discuté l'action du curare sur le muscle et avons revu la littérature médicale traitant de son usage dans le traitement de la spasticité. Nous avons ensuite évalué l'efficacité du curare administré par la voie intra-rectale, comparative-ment à un placebo, sur une série de 10 patients souffrant de spasticité causée par des lésions organiques diverses, en utilisant à cette fin une méthode croisée à double insu. Cette étude ne nous donne aucune preuve que l'administration du curare par la voie intra-rectale a une valeur pratique dans le traitement de la spasticité, lorsque la posologie est assez faible pour éviter l'occurrence d'effets secondaires trop marqués.

Summary and Conclusion

The action of curare on muscles is discussed and the literature relative to its use for relief of muscle spasticity is reviewed. The therapeutic efficacy of intra-rectal curare in suppository form was assessed in a series of 10 patients with muscle spasm associated with organic diseases in the central nervous system, using a double-blind cross-over technic. The study described in this report provides no evidence that intra-rectal curare is of value in the medical management of muscle spasticity when employed in a dosage sufficiently low to avoid undue side-effects.

BIBLIOGRAPHIE

1. KING, H.: *Chem. Soc. J.*, (Part II), 1381-89, 1935.
2. GILL, R.: *Anesthesiology*, 7: 14, 1946.
3. BENNETT, A. E.: *J.A.M.A.*, 114: 322-24, 1940.
4. GRIFFITH, H. R. et JOHNSON, G. E.: *Anesthesiology*, 3: 418-20, 1942.
5. BURMAN, M. S.: *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 69: 143-48, 1940.
6. BENNETT, A. E.: *Amer. J. Med. Sci.*, 202: 102-112, 1941.
7. DENHOFF, E. et BRADLEY, C.: *New Eng. J. Med.*, 226: 411-416, 1942.
8. SCHLESINGER, E. B.: *Arch. Neurol. Psych.*, 55: 530-534, 1946.
9. DELAY, J.; THUILLIER, J.; DE MONTERY, J. et TARDIEU, Y.: *Presse Méd.*, 60: 1341-1344 (8 oct.) 1952.
10. CARSLADE, Ch.: Thèse, Toulouse, 1954.
11. TORRES, F.; SANDLER, B. et DE TORRES, T.: *Minnesota Med.*, 43: 16-21 (janv.) 1960.
12. PETERSON, C. R. et WISE, C. S.: *Arch. Phys. Med.*, 42: 566, 1961.
13. CAMPBELL, E. D. R. et GREEN, E. A.: *Ann. Phys. Med.*, 8: 4, 1965.
14. LONG, C. et THOMAS, D.: Présentation à la 4^e Conférence internationale de Médecine physique et Réhabilitation, Paris, 1964.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

(Fondée à Québec en 1902)

Tome 95, No 3 — Montréal, mars 1966

**RÔLE DU MAGNÉSIUM DANS
LE MÉTABOLISME DE L'HISTAMINE**

Les observations, permettant d'établir un rapport entre le magnésium et l'histamine, proviennent principalement de travaux effectués en laboratoire. Plusieurs expériences récentes ont démontré que le régime pauvre en magnésium entraînait une élévation considérable de l'histamine plasmatique et urinaire chez l'animal (1). Le déséquilibre électrolytique associé à la carence et qui se caractérise par une élévation de la calcémie et progressivement par une déperdition de potassium (2), ne semble pas jouer un rôle particulier dans l'élévation de l'histamine. L'accroissement de l'excitabilité neuro-musculaire, induit par la baisse du magnésium sérique, est indépendant de l'augmentation de l'histamine circulante. Ajoutons enfin que la synthèse d'histamine par la flore microbienne intestinale n'est pas accélérée par la carence en magnésium (3).

L'élévation de l'histamine, secondaire à la carence en magnésium même prolongée, n'entraîne qu'une faible élévation passagère de la corticoïdémie (4). L'éosinophilie (5), accompagnant l'histaminémie élevée, permettait déjà de soupçonner une réponse cortico-surrénalienne plutôt faible. L'organisme serait donc capable de s'accommoder d'une élévation durable de l'histamine endogène circulante sans pour cela que l'hypophyse ne soit stimulée à sécréter une quantité plus grande d'ACTH. D'autre part, l'injection intraveineuse de chlorure d'histamine chez

l'animal carencé provoque une stimulation surrénalienne évidente morphologiquement (5). Cette dernière observation souligne la différence importante qui existe entre les effets métaboliques de l'histamine endogène et ceux que l'on obtient par l'administration de l'histamine exogène (6). Il faut aussi se rappeler qu'un grand nombre de phénomènes explicables par une élévation de l'histamine endogène comme la vasodilatation et l'érythème soutenus sont mal reproduits par l'injection d'histamine exogène. L'hypothèse prépondérante à l'heure actuelle suppose que l'histamine aurait son action principalement au niveau de son site de synthèse (7).

La possibilité que l'augmentation de l'histamine chez l'animal carencé en magnésium soit le résultat d'une inhibition du catabolisme de l'histamine est peu probable. Le taux d'activité de l'histaminase demeure dans les limites normales. Par conséquent, l'élévation de l'histamine ne peut résulter en dernière analyse que d'une surproduction de l'amine ou encore d'une libération de l'histamine à partir des réserves de l'organisme (8). La recherche d'une activité accrue de la décarboxylase de l'histidine dans plusieurs tissus des animaux carencés en magnésium a révélé une légère augmentation de la biosynthèse de l'histamine. Cependant, le taux d'augmentation de la biosynthèse ne semble pas suffisant en lui-même pour expliquer les niveaux élevés d'histamine rencontrés chez les animaux carencés. Il est possible que cette synthèse ait une très grande importance au niveau

1. BOIS, P.; GASCON, A. et BEAULNES, A.: Histamine-liberating effect of magnesium deficiency in the rat. *Nature*, **197**: 50, 1963.
2. MACINTYRE, I. et DAVIDSSON, D.: The production of secondary potassium depletion, sodium retention, nephrocalcinosis and hypercalcaemia by magnesium deficiency. *Biochem. J.*, **70**: 456, 1958.
3. BOIS, P.: Effect of magnesium deficiency on mast cells and urinary histamine in rats. *Brit. J. Exp. Pathol.*, **44**: 151, 1963.
4. RICHER, C. L.; VEILLEUX, R.; JEAN, P. et BOIS, P.: Effect of magnesium deficiency on hypophyso-adrenal functions in rats (En préparation).
5. HUNGERFORD, G. F. et KARSON, E. F.: The eosinophilia of magnesium deficiency. *Blood*, **16**: 1642, 1960.
6. SCHAYER, R. W.: Catabolism of physiological quantities of histamine in vivo. *Physiol. Rev.*, **39**: 116, 1959.
7. SCHAYER, R. W.: Evidence that induced histamine is an intrinsic regulator of the microcirculatory system. *Amer. J. Physiol.*, **202**: 66, 1962.

des sites d'action de l'histamine, mais ceci demeure encore à établir. Il se peut aussi que l'activation de la décarboxylase de l'histidine soit secondaire à une libération d'histamine (8).

Cette dernière possibilité apparaît plus conforme à la réalité. En effet, l'examen des mastocytes dans différents tissus révèle une baisse dans le nombre de ces cellules et un changement dans leur distribution (3, 9, 10). Les mastocytes de la cavité péritonéale sont les premiers à libérer de l'histamine (5). Il est toutefois étrange que la dégranulation mastocytaire dans plusieurs régions n'apparaisse qu'après quatre ou cinq semaines de carence et dans certains tissus, le nombre des mastocytes demeure inchangé même après des périodes encore plus prolongées (3).

Si l'on parle de dégranulation mastocytaire, on suppose aussitôt l'existence d'une substance capable d'entraîner cette dégranulation. Les libérateurs d'histamine comme le composé 48/80 peuvent reproduire chez l'animal un tableau qui ressemble à celui de la carence en magnésium (10) et l'on pourrait conclure que la carence entraîne l'absorption dans l'organisme d'une macromolécule qui agirait comme un libérateur d'histamine endogène. Cependant, ce rapprochement ne se confirme pas dans les faits. La recherche d'un libérateur d'histamine dans le sérum des animaux carencés n'a produit

qu'une évidence très indirecte. Le sérum de l'animal carencé ne manifeste d'activité libératrice de l'histamine que si on l'inocule à un autre animal carencé; il n'a pas d'effet chez le témoin. Ce résultat pourrait plutôt s'interpréter par l'absence d'un inhibiteur du système enzymatique responsable de la libération d'histamine chez l'animal carencé (11). L'absence d'inhibiteur causerait une augmentation d'activité de ce système enzymatique, ce qui peut expliquer les résultats susmentionnés. Cet état de choses ressemble beaucoup à la situation que l'on rencontre dans l'œdème angioneurotique familial caractérisé par l'absence dans le sérum d'un inhibiteur normal du facteur estérasique du complément (12, 13). Les kinines plasmatiques et d'autres facteurs de perméabilité, qui auraient aussi un rôle à jouer dans la pathogénèse de cet œdème (14, 15), n'ont pas encore été beaucoup étudiés chez l'animal carencé en magnésium.

En conclusion, le magnésium aurait-il un rôle à jouer dans la pathogénèse des œdèmes angioneurotiques cliniques ou dans certains phénomènes histaminergiques? L'expérimentation chez l'animal ne nous permet tout au plus que de poser la question. Il est cependant intéressant de noter ici l'observation récente d'un magnésium sérique habituellement bas chez une patiente souffrant d'œdème angioneurotique (16).

Pierre Bois

LE RAPPORT DE LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR L'ENSEIGNEMENT ET LA MÉDECINE SCOLAIRE

Comme tous les citoyens, les médecins ont entendu parler de cette Commission Royale d'Enquête. Le Rapport de ses recommandations (mieux connu sous le nom de "Rapport Parent") après avoir soulevé plusieurs commentaires et éditoriaux

8. BOIS, P. et BEAULNES, A.: Histamine, magnesium deficiency and thymic proliferation. *Can. J. Physiol. Pharmacol.*, (sous presse).
9. BELANGER, L. F.; VAN ERKEL, G. A. et JAKEROW, A.: Behavior of the dermal mast cells in magnesium-deficient rats. *Science*, 126: 29, 1957.
10. BOIS, P.; BYRNE, E. H. et BELANGER, L. F.: Effect of magnesium deficiency on the regeneration of mast cells after treatment with 48/80 in rats. *Can. J. Biochem. Physiol.*, 38: 585, 1960.
11. BOIS, P.: (non publié).
12. DONALDSON, V. H. et EVANS, R. R.: A biochemical abnormality in hereditary angioneurotic edema. Absence of serum inhibitor of C'1 esterase. *Amer. J. Med.*, 35: 37, 1963.
13. DONALDSON, V. H. et ROSEN, F. S.: Action of complement in hereditary angioneurotic edema. The role of C'1 esterase. *J. Clin. Invest.*, 43: 2204, 1964.
14. LANDERMAN, N. S.; WEBSTER, M. E.; BECKER, E. L. et RATCLIFFE, H. E.: Hereditary angioneurotic edema. II. Deficiency of inhibitor for serum globulin permeability factor and/or plasma kallikrein. *J. Allergy*, 33: 330, 1960.
15. BECKER, E. L. et KAGEN, L.: The permeability globulins of human serum and the biochemical mechanism of hereditary angioneurotic edema. *Ann. N.Y. Acad. Sciences*, 116: 866, 1964.
16. GENEST, J.: (communication personnelle).

dans les journaux, joue une influence prépondérante dans la réforme des structures pédagogiques de notre système scolaire.

Le chapitre XXXII de la deuxième partie du Rapport nous intéresse plus particulièrement puisqu'il traite du Service Médical, du Service Social et du Service Psychologique. Les points saillants du Rapport sur le service médical sont les suivants:

"... plusieurs indices laissent croire que la santé de la population du Québec a quelque retard par rapport au reste du pays..."

"Il y a sans doute plusieurs explications à cette situation. L'insuffisance de l'éducation physique en est une; celle des services scolaires de santé en est une autre".

Les membres de la Commission résument les réalisations scolaires du Ministère de la Santé du Québec (1181), mais, "les progrès accomplis leurs paraissent encore bien insuffisants". (1182) — On mentionne "la pénurie du personnel dans les Unités Sanitaires" et aussi les inconvénients occasionnés par le fait que "le service scolaire de l'Unité Sanitaire reste en dehors des structures de l'enseignement".

Ils ajoutent: "Il faut, par exemple, se rendre compte que le service de santé scolaire ne couvre pas actuellement le domaine de la santé mentale de l'enfant". (1182)

Selon eux, "l'un des premiers problèmes à résoudre, si l'on veut une action vraiment efficace en faveur de la santé des écoliers, c'est celui de l'intégration du service de santé dans les structures scolaires". (1183)

Ils souhaitent que "chaque commission scolaire régionale soit tenue d'assurer à ses élèves des services de santé et de requérir à plein temps les services d'un médecin qui soit de préférence un pédiatre". (1185)

Enfin les membres de la Commission recommandent une fiche cumulative de

santé uniforme, "plus d'intérêt et de soins au développement de la médecine scolaire", (1187), et "que les facultés de médecine des universités de la province développent leur enseignement de pédiatrie et leurs recherches en médecine scolaire". (1202)

Certaines restrictions s'imposent immédiatement. Il semble en effet que les commissaires n'ont examiné que les services de santé scolaires desservis par les unités sanitaires. Le Service de Santé de Montréal, par exemple, couvre le domaine de la santé mentale de l'enfant. Il est d'ailleurs reconnu que les standards de ce Service sont assez élevés.

Quant à "l'intégration des services de santé dans les structures scolaires", nous aurions préféré certaines distinctions plutôt qu'une affirmation très catégorique. Le lecteur aurait ici intérêt à consulter l'"Étude des services de santé scolaires" publiée dans le Bulletin d'Hygiène de Montréal.

L'intégration n'est pas le facteur prédominant dans la revalorisation des services de santé scolaires. Il faudrait plutôt mentionner: des budgets plus élevés, un personnel plus nombreux et plus compétent, etc. Le changement des structures administratives ne signifie pas nécessairement que les lacunes seront alors comblées.

Après cette mise au point, voyons quels sont les aspects pratiques qui découlent de cette étude sérieuse et objective.

- Sur le plan administratif, les Commissions Scolaires seront appelées à participer aux frais encourus par le service de santé scolaire.

Notons toutefois que certaines organisations du "Protestant School Board" administrent depuis toujours leurs propres services de santé scolaires.

- Le concept de médecine scolaire doit subir des modifications importantes. Sauf ex-

ceptions, la médecine scolaire était la responsabilité unique des médecins-hygiénistes. La plupart ayant rompu le contact avec la médecine clinique et la pédiatrie, à l'emploi d'organismes ayant un programme continu de perfectionnement scientifique inexistant ou insuffisant, les médecins-hygiénistes ne peuvent plus assumer seuls la responsabilité complexe de la médecine scolaire.

Par ailleurs, les pédiatres et les médecins doivent acquérir et intensifier leurs connaissances en hygiène publique, en médecine préventive et sociale. La dissociation qui existe entre la médecine curative et la médecine préventive doit disparaître pour faire place à un concept de médecine globale apte à jouer son véritable rôle communautaire. Dans ce rôle d'éducation, on est en droit de s'attendre à des efforts conjugués des Facultés de Médecine et de l'École d'Hygiène.

Devant les nombreuses lacunes de nos services de santé scolaires il est prématuré

d'établir d'une façon définitive qui est *le responsable* de leur fonctionnement. Disons que le service de santé scolaire est une responsabilité conjointe du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Éducation, des médecins-hygiénistes et des cliniciens, des parents et des élèves eux-mêmes.

La médecine scolaire doit réduire au minimum le caractère routinier de ses activités et il est urgent de procurer à cette discipline médicale un tonique stimulant telle que la recherche.

Il faudrait ajouter que la médecine scolaire n'est que le complément d'un programme adéquat d'hygiène prénatale, maternelle et infantile. Enfin le concept de médecine scolaire serait faussé, si on se limitait à la santé physique de l'écolier, sans penser à la santé mentale, l'influence du milieu, etc. C'est pourquoi la médecine scolaire est multi-disciplinaire et dépend d'un travail d'équipe, mais sa base essentielle est la prévention.

Jean-Guy BONNIER, D.H.P.

VARIÉTÉS

LA CRIMINOLOGIE DU PASSÉ ET DU PRÉSENT¹

H. F. ELLENBERGER

C'est un grand honneur pour moi d'avoir à parler aujourd'hui parmi vous d'un sujet d'actualité: la Criminologie. Le fait que le Cinquième Congrès International de Criminologie ait tenu ses assises récemment à Montréal montre que la grande métropole canadienne est devenue un centre criminologique important. Il n'est que de rappeler le nom et les travaux du Père Mailloux, les recherches du docteur Cormier et de son groupe, et le fait que notre Université de Montréal ait été, sous l'impulsion du docteur Denis Szabo, la première au Canada à être pourvue d'un Département de Criminologie. C'est donc avec confiance que l'on peut envisager l'avenir de la Criminologie, à Montréal comme ailleurs.

Mais si nos regards se fixent naturellement sur l'avenir, il convient aussi de se pencher un peu vers le passé, et avant tout comme un acte de justice envers nos prédécesseurs. "L'humanité", disait Auguste Comte, "est composée de plus de morts que de vivants." Et en effet le nombre des criminologues actuels est largement dépassé par celui des hommes qui, au cours des siècles, ont progressivement édifié cette science, et l'on ne saurait exagérer l'importance de notre dette à leur égard. Auguste Comte ajoutait: "Nous naissons chargés d'obligations de toute espèce envers nos prédécesseurs, nos successeurs et nos contemporains... Quels que puissent être nos efforts, la plus longue vie bien employée ne nous permettra jamais de rendre qu'une portion imperceptible de ce que nous avons reçu."

Mais en accomplissant cet acte de piété, il se peut que nous en recevions un bénéfice imprévu. Le progrès d'une science ne consiste pas seulement dans la recherche et la découverte du nouveau, mais aussi dans la conservation et l'intégration des acquisitions passées, et il n'est pas sans danger de se lancer vers de nouvelles découvertes en oubliant celles déjà faites. Combien de fois n'arrive-t-il pas à un chercheur de trouver, en feuilletant quelque vieux bouquin, une formulation meilleure que la sienne de choses qu'il croyait avoir découvertes! Un regard sincère vers le passé peut donc contribuer à nous guérir de cette illusion par laquelle chaque génération s'imagine que la science com-

menc eavec elle, et nous aider à éviter certaines fausses routes.

Où faudra-t-il diriger nos regards et fixer l'origine de la Criminologie? Sera-ce avec la génération qui nous a précédée, ou bien avec l'École Positive de Lombroso et Ferri? Ou bien remonterons-nous au début du 19e siècle pour parler de Gall, de Quetelet, de Feuerbach? Mais ces pionniers eux-mêmes avaient eu des précurseurs, à commencer par Beccaria dont l'Université de Montréal a célébré l'an dernier le 200e anniversaire de son *Traité des Délits et des Peines*. Cependant Beccaria lui-même n'avait fait que cristalliser des idées assez répandues à son époque, et avant lui nous trouvons une succession de réformateurs, de philanthropes, d'hommes d'État, de philosophes, de littérateurs et de juristes, dont les œuvres abondent en réflexions profondes sur les problèmes du crime. Il faudrait donc remonter de Beccaria à Zacchias, fondateur de la médecine légale psychiatrique, puis de Zacchias de proche en proche jusqu'aux grands juristes romains qui ont formulé avec une précision inégalée les principes du Droit criminel, ainsi qu'aux philosophes grecs, aux Stoïciens, à Aristote, à Platon dont la pensée influença si fortement l'œuvre de ces juristes. Mais faudra-t-il conclure que les premiers éléments de la criminologie ont commencé avec les Grecs et les Romains, ou peut-être avec leurs prédécesseurs égyptiens ou babyloniens? En réalité, l'Histoire ne nous renseigne que sur les quelque trente ou quarante siècles qui nous ont précédés, et derrière eux s'étendent des millénaires insondables. Or, il est sûr que ces époques lointaines n'ont pas été vouées uniquement aux ténèbres et à la barbarie, mais qu'elles ont vu naître des sages et des génies en grand nombre. Ces hommes n'ont pas seulement découvert l'art de tailler et de polir la pierre, d'utiliser le feu, de fabriquer de la poterie, des vêtements, des armes et des outils; ils n'ont pas seulement peint les fresques de Lascaux et d'Altamira, ils ont aussi instauré les premières formes du gouvernement, de l'organisation sociale et de la justice; ils ont élaboré les notions du juste et de l'injuste, de la loi et de l'illégalité, du crime et du châtement, si élémentaires qu'elles aient pu être au début.

Si l'on nous demandait quels sont les premiers fondateurs de la criminologie, il nous faudrait répondre qu'ils sont cachés au milieu de cette multi-

¹ Leçon inaugurale prononcée à l'Université de Montréal le 10 novembre 1965.

tude anonyme. Mais ces sages des anciens temps, nous ne les connaissons jamais, et il ne nous reste qu'à nous incliner silencieusement devant leur ombre.

On peut du moins affirmer que leur œuvre a été solide, car ces notions du juste et de l'injuste, de la légalité, du crime et du châtement qu'ils nous ont léguées, ces notions ont persisté à travers les siècles et dans les pires circonstances. Si l'on évoque cette chose que du temps de Beccaria on appelait la Justice, ces lois mal faites et inégales suivant les classes sociales, l'arbitraire des juges, la cruauté des peines, si l'on pense que l'humanité, après avoir subi de telles conditions pendant si longtemps a continué à croire à la notion de Justice, on ne peut qu'admirer l'œuvre de ces prédécesseurs inconnus qui avaient instauré ces principes qui restent le fondement essentiel de la criminologie.

Après cette rapide excursion dans le passé, il convient de revenir à notre époque et de nous demander: Qu'est-ce que la Criminologie? A quels besoins répond-elle? Quels sont ses problèmes immédiats, ses perspectives d'avenir?

Tout d'abord, nous sommes frappés par une singularité difficilement explicable. L'unanimité n'est pas encore établie quant à la définition de la Criminologie. A la question: "Qu'est-ce que la Criminologie?", diverses réponses sont encore données couramment.

Une première opinion en fait simplement une branche d'une autre discipline. Lombroso la considérait comme une subdivision de la biologie. D'autres en ont fait une branche de la psychologie, ou de la sociologie, ou encore une sorte d'appendice au droit pénal.

Une seconde opinion considère la Criminologie comme une mosaïque scientifique composée de morceaux empruntés au droit pénal, à la sociologie, à la psychologie, à la biologie, et à d'autres encore, et cousus ensemble tant bien que mal.

Une troisième opinion envisage la criminologie comme un ensemble de connaissances empiriques amassées par les personnes qui effectuent un travail direct avec les criminels, que ce soit dans les tribunaux, les prisons, ou les diverses organisations vouées à la réadaptation des délinquants.

Une quatrième conception, qui est la nôtre et qui est professée dans notre Université, proclame que la Criminologie est une science autonome et unifiée. Cette science a une partie théorique qui la relie étroitement avec la sociologie, la psychologie, la biologie et le droit pénal, et elle a son champ d'application naturel dans la criminologie clinique,

mais elle est plus que la somme de tous ces domaines théoriques et de ces activités.

A notre avis, il ne s'agit pas là d'une discussion oiseuse, mais d'un problème fondamental, car de la réponse donnée à la question: "Qu'est-ce que la criminologie?" dépendent la nature de la théorie criminologique, l'organisation de la recherche, et en fin de compte les résultats auxquels pourront aboutir les applications pratiques.

On peut se demander pourquoi la Criminologie n'a pas encore pu faire reconnaître universellement son statut de science autonome.

Ce n'est certes pas le manque de chercheurs et de recherches. Il suffit de parcourir les bibliographies, les listes de travaux, les catalogues des recherches en cours, pour être frappé par l'abondance et souvent la qualité des travaux effectués. Mais au-delà de cette masse de faits règne une assez grande confusion due à un enchevêtrement de notions et de théories contradictoires.

C'est Jérôme Hall qui a vu le plus clairement d'où provenait cette confusion. La criminologie moderne, a-t-il dit, souffre de son incapacité à intégrer en un système les principes qu'elle a hérités de deux Écoles: l'École Classique issue de Beccaria, et l'École Positive de Lombroso et Ferri; c'est pourquoi elle constitue "un assemblage de controverses non résolues". En réalité, la situation est plus complexe encore, car d'une part l'École Positive représente elle-même un assemblage de tendances mal unifiées, et d'autre part la Criminologie moderne a subi l'influence de nouvelles tendances issues d'Écoles psychologiques et sociologiques, difficiles à concilier avec les précédentes.

Ce qui manque donc le plus à la Criminologie d'aujourd'hui, c'est une théorie d'ensemble qui permettrait de synthétiser toutes ces tendances divergentes. Tant que ce problème ne sera pas résolu, la Criminologie continuera d'être obscurcie par une confusion idéologique sans issue, et son statut de science autonome continuera d'être contesté.

* * *

Pour identifier les principes qui permettront de définir la Criminologie et de fonder son autonomie, il nous faut commencer par un bref retour en arrière dans l'histoire, en évoquant l'œuvre de Beccaria, car c'est lui qui, historiquement, nous paraît avoir établi les fondements théoriques et l'autonomie de cette science.

Le rôle Beccaria à l'égard de la Criminologie est comparable à celui d'Hippocrate pour la médecine. Avant Hippocrate il y avait des malades et des maladies, des guérisseurs, des thaumaturges,

des praticiens empiriques, des charlatans, qui tous soignaient les malades d'après des recettes traditionnelles et au petit bonheur, des philosophes qui dissertaient sur les causes des maladies, quelques naturalistes qui étudiaient la structure et le fonctionnement de l'organisme humain, mais il n'existait pas de Médecine au sens actuel du mot.

Hippocrate et son École réalisèrent la fusion de ces divers éléments. La pratique médicale empirique prit un ferme appui sur les sciences naturelles et se lia indissolublement à une éthique professionnelle rigoureuse (codifiée dans le serment d'Hippocrate). Pour grands qu'aient été, d'Hippocrate à nos jours, les progrès de la médecine, ils n'ont rien changé d'essentiel à la structure de cette science, et l'on peut dire qu'il y a moins de distance entre Hippocrate et un médecin du XXe siècle qu'il n'y en avait entre un prêtre d'Esculape et Hippocrate.

Cette comparaison avec la médecine pourra nous aider à comprendre comment la criminologie est devenue une science autonome.

Avant Beccaria, il y avait naturellement des crimes et des criminels, des tribunaux, des lois et des juges, et parfois des experts chargés d'évaluer la responsabilité de certains inculpés; il y avait des poètes pour décrire l'état d'âme des grands criminels, des philosophes, des philanthropes, et des hommes d'État qui chacun étudiaient le crime et le criminel de leurs points de vue respectifs. Néanmoins, il n'y avait pas de Criminologie; il n'existait que les membres épars de ce qui devait devenir cette science. C'est alors que Beccaria écrivit en 1764 son *Traité des délits et des peines*, lequel est bien plus qu'un pamphlet contre la torture et les abus judiciaires, puisqu'il contient la première doctrine criminologique cohérente où l'on trouve les éléments d'une définition véritable de la criminologie.

Les idées professées par Beccaria procèdent de la philosophie du XVIIIe siècle, notamment de Rousseau, de Montesquieu, d'Helvetius. L'homme est un être rationnel dont la raison doit guider les pas, mais qui est aussi dominé par la recherche du plaisir et la fuite de la douleur. La Société est un agrégat d'hommes libres, unis par un contrat social qui lui impose d'assurer "le plus grand bonheur pour le plus grand nombre", tout en respectant les droits inaliénables de ses membres. Les causes habituelles du crime sont l'ignorance, la misère et l'égoïsme naturel des hommes. La vraie mesure du crime est dans le dommage causé à la Société. Le principe fondamental de la répression est celui du "minimum efficace des peines", c'est-à-dire d'infliger le minimum de souffrance suffisant pour

éloigner du crime, tout en tenant compte de sa gravité sociale et en respectant les droits fondamentaux inaliénables de l'homme. La prévention du crime est une obligation impérieuse de la Société; elle doit s'effectuer par l'éducation, l'instruction et diverses autres mesures générales. Dans ce but, dit Beccaria, il faudra "mettre la connaissance au service de l'éducation", c'est-à-dire fonder la prophylaxie sur une connaissance systématique de la nature humaine et des origines du crime. Si Beccaria insiste peu sur l'étude scientifique de la criminalité, c'est qu'à son époque il fallait donner priorité au problème urgent qu'était la réforme d'une justice inique et atroce, en laissant à des successeurs le soin d'inaugurer ces recherches systématiques.

Dans l'esprit de Beccaria, la nouvelle science dont il esquissait les bases était indissolublement liée à une éthique qui, en son genre, était aussi aprioristique et aussi radicale que celle de Kant. Mais tandis que Kant centre la sienne sur le devoir moral de l'individu, Beccaria insiste avec force sur le devoir moral de la société, et à cet égard il va plus loin qu'aucun de ses admirateurs actuels. La loi et la justice doivent servir de modèle, la torture et les peines cruelles doivent être abolies, car, disait Beccaria, "le même esprit de férocité qui guide la main du parricide et de l'assassin a aussi guidé la main du législateur". La peine de mort est absurde et immorale: absurde car en sacrifiant à la Société une partie de ses droits, l'individu n'a évidemment pas sacrifié son droit à la vie; immorale car la loi qui prétend punir le meurtre en commet un lorsqu'elle fait exécuter le coupable. La confiscation des biens d'un criminel est inique, car elle spolie ses héritiers. La peine ne doit jamais servir de source d'enrichissement pour l'État. La Justice ne doit pas chercher à faire dénoncer un criminel par ses complices en échange de l'impunité, ce qui serait un encouragement à la trahison. Puisque la prévention du crime est un devoir essentiel de l'État, aucun châtement ne peut être appelé juste si la société n'a pas fait tout son possible pour prévenir le délit qu'elle prétend châtier.

Il est facile de critiquer aujourd'hui les points faibles de la doctrine de Beccaria, et il est injuste de réduire son rôle historique à son influence sur la réforme pénale. Un aspect de Beccaria qui n'a pas toujours attiré suffisamment l'attention est sa conception de la criminologie comme d'une science indissolublement liée à un principe éthique autonome.

Il existe en effet diverses variétés de sciences. Les unes sont des sciences du fait particulier, comme l'histoire et la géographie. Un deuxième groupe comprend les sciences descriptives et classificatoires, comme la zoologie ou la botanique. Un troisième groupe comprend des sciences encore plus générales que les précédentes mais fondées sur l'expérimentation, telles que la physique et la chimie. Un quatrième groupe comprend des sciences purement abstraites et comportant un maximum de généralisations, telles les mathématiques et la logique. Il existe enfin des systèmes de connaissances empiriques, acquises par l'expérience personnelle et transmises par la tradition (comme le fut longtemps la médecine clinique). Où placerons-nous maintenant la criminologie? Elle ne se confond avec aucune des sciences précédentes, quoiqu'elle en utilise les résultats et certaines de leurs méthodes. Nous classerons la criminologie à côté de la médecine, dans un groupe tout différent, celui des "sciences complexes".

Nous avons vu que la médecine comprend, depuis Hippocrate, une science descriptive, qui est l'histoire naturelle des maladies, qu'elle s'appuie sur les sciences expérimentales comme la physique et la chimie, mais qu'à la différence des autres sciences, la médecine n'est pas "neutre". Tandis que le physicien et le chimiste adonnés à la "science pure" se désintéressent de savoir si leurs découvertes seront bienfaisantes ou destructives, le médecin ne conçoit la médecine qu'en fonction de son application à la guérison et à la prévention des maladies. Il est impossible de prouver scientifiquement que la médecine doit être appliquée à la guérison et au soulagement des maladies plutôt qu'à leur production et à leur aggravation. Il faut noter également que l'on n'a pas pu, jusqu'ici, donner une définition rigoureusement scientifique des notions de santé, de maladie et de guérison.

La médecine pourrait donc se définir comme une science complexe, à la fois descriptive, expérimentale et appliquée, dirigée vers une finalité sociale par suite de sa fusion avec un principe éthique autonome.

C'est de la médecine ainsi définie que se rapproche la criminologie telle que l'a édiflée Beccaria, et ainsi se justifie notre comparaison entre Hippocrate et Beccaria. Avec Beccaria, la Criminologie acquiert un double caractère: d'une part, elle se proclame science et énonce la nécessité de faire l'étude objective du crime. D'autre part elle se donne pour but final la prévention du crime

et — puisque la répression est nécessaire — une répression aussi humaine que possible et qui continue à considérer le criminel comme un membre de la Société. A ces deux applications — prévention et répression — ajoutons-en une troisième, le traitement médical et éducatif des délinquants.

De même qu'il est impossible de prouver scientifiquement qu'il faille guérir les malades, de même il est impossible de prouver scientifiquement qu'il faille traiter les criminels de façon humaine et les resocialiser, ni de prouver qu'il faille prévenir le crime plutôt que de le punir. De telles affirmations expriment un impératif moral comparable à celui qui, en médecine, est formulé dans le serment d'Hippocrate. En outre, de même qu'il est impossible de définir scientifiquement les notions de santé, de maladie et de guérison, de même il est impossible de définir scientifiquement les notions du juste et de l'injuste, de la légalité, de la responsabilité, du crime et du châtement. Que l'on appelle ces notions des postulats, des mythes ou des fictions (au sens philosophique du mot), aucune Société, jusqu'ici, n'a pu s'en passer et ce sont eux qui fournissent à la criminologie sa raison d'être et permettent de lui assurer le statut de science autonome.

Pour tous ceux qui se réclament de Beccaria la notion du crime est donc fondamentalement d'ordre éthique, et c'est en vain que certaines Écoles criminologiques ont essayé d'en donner une définition biologique, psychologique ou sociologique.

Ceci nous amène à esquisser brièvement les principaux aspects que la criminologie a subies sous l'influence de théories générales qui s'inspiraient de la biologie, de la psychologie et de la sociologie.

* * *

Les relations entre la biologie et la criminologie ont été pendant longtemps assez lointaines. Au début du XIXe siècle, Gall essaya d'expliquer l'origine du crime par sa doctrine phrénologique, ancêtre des méthodes biotypologiques actuelles. Vers 1880, l'étude de la Criminologie fut de nouveau abordée sous l'angle de la biologie par l'École de Lombroso. Mais Lombroso ne se contenta pas de faire "l'histoire naturelle du crime"; il prétendit assimiler la criminologie à une branche de la biologie, et allant plus loin encore, Lombroso et ses adeptes édifièrent une doctrine criminologique, l'École Positive, inspirée par le matérialisme et le darwinisme, laquelle domina presque

entièrement la Criminologie pendant une génération.

L'École Positive représente l'homme comme dominé par sa nature physiologique où règnent des instincts primitifs, violents et destructeurs. L'homme est d'après Lombroso une sorte d'anthropoïde mal dégrossi, émergeant à peine d'une longue évolution guidée par le principe de la lutte pour la vie. On rencontre parfois des individus qu'un phénomène d'atavisme a fait rétrograder à un niveau d'évolution dépassé par l'humanité. Ce sont les "criminels-nés", qui constituent au sein de la société une minorité d'ennemis naturels dangereux. À côté d'eux existent, d'après Ferri, la foule "des criminels d'occasion", individus faibles et influençables capables de commettre des délits si l'occasion s'y prête. De son côté, Sighele affirme qu'un individu normal mêlé à une foule peut y perdre son individualité et participer à un crime collectif dont il aurait horreur en temps ordinaire. L'École Positive, sous l'influence du darwinisme de fantaisie qui régnait à cette époque, considère la société humaine comme une sorte de jungle où le plus fort domine, opprime ou tue le plus faible, quoique le progrès social ait substitué à la lutte universelle, la guerre entre la Société et "l'armée du crime", et c'est pourquoi, qu'il soit responsable ou non, le criminel fera l'objet d'une mesure de répression afin de "défendre la société". Le principe de la justice distributrice est ainsi remplacé par celui de la "défense sociale".

La différence essentielle entre l'École Positive et l'École Classique issue de Beccaria, réside dans un changement radical d'orientation philosophique. Se réclamant d'Auguste Comte, l'École Positive prétend rejeter toute notion métaphysique et n'étudier les choses que d'un point de vue scientifique. Mais ce refus de la philosophie équivaut à une philosophie particulière, le "scientisme", doctrine d'après laquelle nul problème ne saurait être résolu autrement que par la Science. Si la liberté, la responsabilité, la morale ne sont que des notions métaphysiques, le crime ne peut plus être défini comme un acte anti-éthique et la notion de châtement perd son sens originel. Le crime sera défini comme un "acte nuisible à la société" et le châtement remplacé par une "mesure de défense sociale".

Mais d'autre part l'École Positive professe en sous-main, pour ainsi dire, une philosophie matérialiste, qui, en fait, contredit la précédente. Car si l'on accepte le déterminisme matérialiste il faudrait déclarer le criminel irresponsable, et l'on

serait en droit d'espérer que la science découvre le moyen de le guérir. Mais l'École Positive refuse de tirer ces deux conclusions. Tout en croyant le criminel irresponsable (en vertu du déterminisme), elle le déclare "socialement responsable" (en vertu du principe de l'intérêt social). D'autre part elle le croit incurable et décourage d'avance toute tentative de traitement et de resocialisation. Elle préconise la peine de mort pour les assassins, à l'opposé de Beccaria pour qui la peine de mort n'était pas un droit de la société, mais une "guerre de la nation contre un de ses membres".

Malgré toutes les acquisitions de détail dont l'École Positive a fait bénéficier la criminologie, elle constitue, à bien des égards, une régression par rapport à Beccaria. Pour reprendre notre comparaison avec la médecine, l'École Positive pourrait être comparée à une équipe de médecins qui feraient de savantes études d'anatomie pathologique sans chercher à traiter les malades, en les laissant dans des hôpitaux où ils mourraient sous l'œil hostile des infirmiers. Elle représente en effet une criminologie privée des axiomes fondamentaux et du principe éthique rigoureux qui devraient l'orienter et lui donner tout son sens.

* * *

Tandis que l'École Positive avait abordé l'étude du délinquant sous un angle surtout biologique, la criminologie psychologique réclamait ses droits. Longtemps, elle n'avait été représentée que par les poètes, les auteurs tragiques et les romanciers. Au début du XIXe siècle surgit un grand pionnier, l'Allemand Anselm von Feuerbach, juge, juriste et littérateur. Feuerbach était réputé pour la sagacité extraordinaire avec laquelle il savait démêler les affaires criminelles les plus compliquées et pénétrer les motifs des crimes les plus étranges. En 1828 et 1829, parurent deux forts volumes d'un total de 1300 pages portant ce titre modeste: *Exposé documentaire de crimes remarquables*. Anselm Feuerbach y décrivait un choix de cas-types, caractéristiques pour chacune des grandes variétés de crimes, par exemple l'histoire d'une empoisonneuse ou d'un parricide. Il discutait aussi des énigmes psychologiques, telles que les confessions paradoxales données inopinément par des criminels qui allaient être acquittés, faute de preuves, ou les cas de meurtriers qui se trahissaient involontairement en oubliant un objet sur la scène du crime. Anselm Feuerbach, par ses analyses subtiles et raffinées, faisait pénétrer le lecteur dans les méandres de l'esprit du criminel

et finissait par rendre intelligible la genèse des crimes en apparence les plus incompréhensibles. Anselm Feuerbach se situe ainsi comme un sphinx mystérieux à l'origine de la criminologie psychologique, et il faut déplorer qu'après 130 ans ses œuvres n'aient pas encore été traduites en français. Son seul tort fut d'être en avance d'un siècle sur son époque. Il fallut attendre l'apparition des grandes Écoles de psychiatrie dynamique pour voir reprendre la psychologie criminologique au point où l'avait laissée Feuerbach.

C'est surtout la doctrine de Freud qui a influencé la criminologie moderne. La psychanalyse affirme que les pensées et les sentiments que nous croyons les plus spontanément personnels, les actes que nous croyons les plus libres, sont souvent déterminés à notre insu, par les effets d'anciens traumatismes psychiques, de situations conflictuelles infantiles oubliées. La psychanalyse s'est efforcée de reconstituer la généalogie des tendances instinctives fondamentales, libido et agressivité, leurs métamorphoses en anxiété ou en haine, les vicissitudes qu'elles subissent en s'investissant et se transférant d'un "objet" à l'autre. Elle a étudié particulièrement l'influence des sentiments de culpabilité névrotiques dans la psychogénèse de certains délits, tels que les vols à caractère symbolique, certains crimes sexuels, "les crimes par sentiments de culpabilité", les "meurtres immotivés".

Mais l'influence de la psychanalyse est allée beaucoup plus loin que de fournir une explication plausible pour quelques crimes plus ou moins rares. Le même phénomène qui s'était produit dans les années 1880 avec l'École Positive s'est reproduit dans les années 1920 avec la Criminologie d'inspiration freudienne. Certains psychanalystes ont cru pouvoir révolutionner de fond en comble la Criminologie en lui imposant une nouvelle idéologie, elle aussi inspirée du "scientisme", quoique moins explicite que celui de Lombroso. Ces psychanalystes ont remis en question les fondements de la Criminologie, c'est-à-dire les notions mêmes de responsabilité, de crime et de châtement. En effet, s'il s'avère que des mécanismes psychologiques inconscients sont à l'origine de la plupart des actes délictueux, le problème de la responsabilité doit être remis en question. Quelques-uns de ces psychanalystes affirment que tout criminel est nécessairement malade ou anormal, donc irresponsable. D'autres, plus modérés, affirment que la plupart des délinquants ne sont que partiellement responsables. D'autre part, puisque le crime résulte de

l'action d'énergies psychiques inconscientes, et puisque celles-ci peuvent être canalisées ou sublimées, le criminel devrait être traité au lieu d'être puni, ce qui ouvre de larges perspectives à la prophylaxie. La Criminologie d'inspiration psychanalytique se montre donc aussi optimiste que celle de l'École Positive était pessimiste.

La psychanalyse insiste sur le fait que l'on retrouve à l'état latent chez l'homme non-criminel, les mêmes tendances agressives ou destructives qui, chez les criminels, ont abouti à l'acte délictueux. Chez le non-criminel, ces tendances agressives peuvent prendre les déguisements les plus inattendus, voire les plus "moraux". À la lumière de ces notions, les rôles du public, des autorités répressives, des policiers, procureurs, juges, avocats, et même des victimes, s'éclairent d'un jour nouveau. Déjà autrefois, Quetelet avait déclaré: "C'est la société qui prépare le crime, et le coupable n'est que l'instrument qui l'exécute... Le criminel est donc en quelque sorte la victime expiatoire de la société..." Ce sont là exactement les thèses que de nos jours Reiwald et d'autres ont reprises en les appuyant sur les principes de la psychanalyse. Un petit nombre de psychanalystes en ont tiré une conclusion extrême: l'appareil judiciaire tout entier devrait être aboli et remplacé par un système de diagnostic et de traitement des criminels sous la direction de psychologues, de psychiatres et de psychanalystes.

Que faut-il penser de l'apport de la psychanalyse à la criminologie? Elle a fourni quelques acquisitions précieuses et servi de point de départ à un grand mouvement d'idées. Mais elle est passible de sérieuses critiques. La psychanalyse a apporté une confusion de valeurs entre la morale et la psychologie. Rien de plus caractéristique que la façon dont ses adeptes emploient constamment le mot "culpabilité" dans le sens de "sentiment de culpabilité", ce qui indique une confusion entre la notion de "culpabilité" (objective, réelle) et celle de "sentiments de culpabilité" (subjectifs, parfois névrotiques). De cette façon les valeurs éthiques sont absorbées par les valeurs psychologiques, le crime se réduit à une "réaction psychique anormale", la répression est remplacée par le traitement, et la criminologie devient une branche de la psychologie. Il est fréquent de voir par exemple la délinquance juvénile assimilée à de simples troubles d'adaptation, et il n'est pas exclu que son augmentation récente en certains pays ne soit en relation avec la diffusion de cette façon de voir.

En réalité, le crime et la maladie ressortissent à deux ordres différents. La maladie dérive d'une perturbation de l'ordre naturel des choses, le crime d'une perturbation de l'ordre éthique. La Criminologie psychologique se trouvera dans une impasse tant que cette confusion ne sera pas dissipée.

* * *

Après la biologie et la psychologie, ce sont des Écoles Sociologiques qui ont cherché à renouveler les fondements de la criminologie. Les débuts d'une application vraiment scientifique de données sociologiques à la criminologie remontent aux fondateurs de la statistique criminelle, le Français Guerry et le Belge Quetelet. Ce sont eux qui ont fourni l'instrument dont l'utilisation de plus en plus perfectionnée constitue un élément essentiel de la Criminologie actuelle. Nous ne saurions aborder ici ce sujet, non plus que l'étude de l'influence sur la Criminologie de doctrines telles que le marxisme, les théories de Tarde, de Durkheim et de leurs successeurs. Tandis que la psychologie, partie de l'étude approfondie de l'individu, aboutissait à renouveler notre connaissance de la société, la psychologie sociale prenait le chemin inverse. Elle entreprenait l'étude des structures sociales et des relations psychologiques de leurs membres, mais cette approche, secondairement, jetait une lumière nouvelle sur l'étude du délinquant individuel.

La sociologie moderne aperçoit, en effet, entre l'individu et la collectivité générale, une série de structures sociales emboîtées les unes dans les autres ou se recoupant de diverses façons. Telles sont la famille, les groupements professionnels, les quartiers de ville ou de faubourgs, les milieux ruraux et urbains, les sub-cultures, les minorités ethniques ou religieuses, et enfin la communauté nationale elle-même avec sa table des valeurs. Chacune de ces structures est maintenant étudiée en elle-même ainsi que pour les caractères spécifiques de sa criminalité, par des méthodes qui vont de l'entrevue individuelle à l'analyse statistique, de la micro-sociologie à l'ethnologie.

Ces recherches constituent une nouvelle manière d'aborder l'étude du criminel. Telle la monade de Leibniz qui réfléchissait l'univers, l'individu devient une sorte de microcosme qui réfléchit les diverses structures du macrosocisme social, ainsi que leurs valeurs. La psychanalyse avait déjà montré comment l'individu incorporait en lui les "images" de ses parents ou autres personnages importants de son enfance, et comment ces "identifications" jouaient un rôle essentiel pour son développement.

On conçoit que des anomalies de ces "images" ou leur dysharmonie puissent produire une perturbation grave. Le conflit qui divisait les parents peut ainsi se perpétuer dans l'individu sous forme de conflit intra-psychique, parfois précurseur d'une activité délinquante. Telle est la théorie du "foyer brisé", dont Healy et d'autres ont fait la source principale de la délinquance juvénile. Mais bien d'autres sortes de conflits peuvent être incorporés de la même manière par un individu. Cohen explique la délinquance du jeune ouvrier américain par le conflit entre les valeurs de la classe à laquelle il appartient et celle de la classe moyenne que l'éducation cherche à lui imposer. Le rôle criminogène de la désagrégation et des conflits culturels a été souligné maintes fois par des auteurs américains, ainsi que celui de la "désorganisation sociale" qui règne dans les "aires de délinquance" dont la population change continuellement. Ces travaux font apparaître la personnalité humaine comme un champ clos où se déroulent d'incessantes batailles, lesquelles reflètent les conflits entre les parents, entre les classes sociales, entre les sub-cultures, et en général entre toutes les formations sociales auxquelles le sujet appartient. Le monde des valeurs peut ainsi se trouver dans un chaos éminemment favorable à l'éclosion de la délinquance.

Quelle a été la contribution de la sociologie et de la psychologie sociale à la criminologie? Elles ont contribué à lui donner le caractère d'une science expérimentale, et ont établi des faits importants théoriquement et pour la prophylaxie du crime. Malheureusement, les sciences sociales ont parfois voulu, apparemment, absorber entièrement la Criminologie au point de faire d'elle une branche de la sociologie et de lui imposer leurs axiomes fondamentaux, en éliminant ceux de la Criminologie considérée comme "science complexe".

C'est ainsi que certaines Écoles socio-criminologiques en sont venues à adopter plus ou moins implicitement l'idéologie du "scientisme", accompagnée de l'illusion que seule la science expérimentale est capable de résoudre les problèmes: il suffirait de formuler des hypothèses, d'élaborer des méthodes, pour les "tester", et voir si elles se trouvent confirmées ou infirmées. Malheureusement les résultats des recherches socio-criminologiques qui semblaient les mieux établis se voient souvent âprement critiqués et remis en question par de nouveaux chercheurs.

Une autre difficulté particulière à la criminologie sociale, c'est que les principes dont elle s'inspire dépendent des idéologies particulières aux cher-

cheurs qui la pratiquent, lesquels chercheurs sont eux-mêmes membres d'un groupe social auxquels appartiennent d'autre part les individus qui font l'objet de leurs recherches. L'équation personnelle du chercheur joue ici un rôle beaucoup plus important que dans toute autre branche de la criminologie. Il en résulte que les mêmes forces obscures qui interviennent dans la sociogénèse du crime interviennent dans la recherche. Plus que toutes les autres branches de la criminologie, celles qui se réclament de la psychologie sociale ont tendance à "scotomiser" les problèmes. Lorsqu'il s'agit d'organiser un projet de recherches expérimentales, le choix en est influencé, consciemment ou non, par l'idéologie du milieu social dont les expérimentateurs font partie et dont ils partagent les "scotomes" ou les "taches aveugles". Récemment, un criminologue allemand faisait ressortir la difficulté qu'il y avait à obtenir des appuis et des subventions pour certaines recherches, et plus encore pour les publier. Ces difficultés tiennent aux mœurs et aux préjugés, à l'échelle des valeurs caractéristiques de toute collectivité et sont parfois associées à de puissants intérêts économiques.

Comme exemples, citons le peu d'écho rencontré par des travaux sur le rôle criminogène de l'alcool, ou sur les délits commis par les automobilistes, ou encore l'opposition rencontrée dans certains pays par les criminologues qui, à tort ou à raison, croient pouvoir démontrer la nocivité des films de bandits et des bandes dessinées à thèmes criminels. On ne saurait non plus s'étonner si les résultats fournis par certaines recherches portant sur des sujets identiques mettent en évidence le rôle des facteurs génétiques lorsque ces recherches sont effectuées dans certains pays, et au contraire des facteurs de l'entourage, lorsque les mêmes recherches sont effectuées dans d'autres pays séparés des précédents par la largeur d'un océan.

Ces considérations expliquent pourquoi la Criminologie s'est bornée si longtemps à travailler sur une portion assez réduite de l'immense domaine de la criminalité. Pendant tout le XIX^e siècle, la criminologie a été essentiellement l'étude du criminel en prison. Or, on savait depuis toujours que parmi la totalité des crimes commis, beaucoup restent ignorés, ou sont déguisés sous des formes non criminelles; que parmi les crimes découverts, beaucoup restent anonymes; que parmi ceux qui sont identifiés, beaucoup voient leurs auteurs relâchés faute de preuves; et que parmi ceux dont les auteurs sont inculpés, beaucoup de ceux-ci sont

acquittés. La Criminologie traditionnelle n'étudie ainsi qu'une sorte de résidu criminel; il y a autour du crime reconnu et châtié une frange énorme qui constitue ce que les Allemands appellent le "chiffre noir", et il n'est guère douteux que si les études jusqu'ici restreintes au résidu criminel des prisons avaient pu s'étendre au "chiffre noir", les résultats en auraient été sensiblement différents.

Mais il existe encore d'autres domaines qui sont restés très longtemps en dehors du champ d'intérêt de la Criminologie, et l'une des tâches les plus immédiates de celle-ci consiste à les explorer. À côté de la criminalité que l'on pourrait appeler "classique" ou "officielle", il en existe plusieurs autres dont l'étude n'est qu'ébauchée. Par exemple le domaine du "crime en col blanc", resté si longtemps inaccessible aux recherches des criminologues. Pourtant Sutherland a montré dans son livre *White Collar Crime* que les délits d'ordre économique perpétrés par le "big Business" représentent une forme de criminalité plus dangereuse que les autres, bien que passée sous silence par les traités classiques. Ces travaux ont été attaqués sous prétexte qu'ils sortaient du domaine de la Criminologie. Il ne s'agirait pas de crimes, puisque leurs auteurs ne se considèrent pas eux-mêmes comme criminels, puisque leurs actes ne sont pas entachés d'infamie aux yeux du public, et ainsi de suite. De telles controverses font voir la confusion où tombe la Criminologie chaque fois qu'elle prétend se passer des axiomes fondamentaux et de la définition éthique du crime.

Parmi les autres domaines étrangers à la criminologie traditionnelle se place celui de "la criminalité des honnêtes gens" (c'est-à-dire les multiples infractions interdites et punissables par la loi que commettent sans remords une foule d'honnêtes gens et qui leur paraissent naturelles). La Criminologie a montré jusqu'ici un singulier manque de curiosité pour cette forme de criminalité. Il en est de même pour la criminalité d'exception, qui surgit lors des guerres, des résolutions et des bouleversements sociaux, pour disparaître dès que l'ordre est rétabli. À plus forte raison pour les formes de criminalité exercées ou encouragées par les autorités publiques. À la fin du siècle dernier Tarde avait montré combien les peuples civilisés faisaient peu de cas des crimes qu'ils commettaient sur les peuples indigènes, crimes allant jusqu'à l'extermination consciente de peuplades entières. On a parfois l'impression que plus les crimes sont énormes, moins la Criminologie traditionnelle à ten-

dance à s'y intéresser. Le massacre de deux millions d'Arméniens lors de la première guerre mondiale n'avait pas suffi à attirer l'attention des criminologues, il fallut arriver à l'extermination de six millions de Juifs pour que le génocide fasse l'objet de rapports dans les Congrès de Criminologie. D'ailleurs la guerre elle-même n'a pas encore été étudiée du point de vue criminologique sinon par ses à-côtés, si l'on peut dire, tels que les crimes de guerre, mais non en elle-même en tant que manifestation de criminalité collective.

Une des objections que l'on peut faire à certaines Écoles de criminologie sociologique est que les résultats de leurs recherches s'appliquent à un criminel individuel abstrait obtenu par réduction statistique, et non au criminel individuel concret dont s'occupe la criminologie clinique. Cette remarque n'est pas nouvelle. Lorsque Quetelet publia sa célèbre statistique criminelle, l'écrivain Ferdinand Kürnberger objecta qu'il y avait un abîme entre le "criminel moyen" de Quetelet et le criminel véritable. Le "criminel moyen", produit de l'interaction entre les influences sociales nocives et le "penchant au crime", était nécessairement dépourvu de personnalité, de conscience morale, de responsabilité, et la notion de châtement ne s'appliquait plus à lui. Quetelet, bien entendu, ne confondait pas le "criminel moyen" et le criminel réel, mais après lui la confusion pourrait facilement se produire et amener à l'illusion que l'on pourrait faire disparaître la criminalité simplement en agissant sur les facteurs sociaux. Ces objections, qui datent d'il y a plus d'un siècle, pourraient être reprises

trait pour trait et adressées à certaines Écoles actuelles de criminologie sociologique.

* * *

Quelle conclusion allons-nous tirer de cet exposé ? Tout d'abord, nous affirmons l'existence de la Criminologie en tant que science autonome et unifiée, en tant que science complexe, à la fois théorique, expérimentale et appliquée. La criminologie n'est ni une discipline auxiliaire du droit pénal, ni une branche de la biologie, de la psychologie, ou de la sociologie. Elle est liée étroitement à ces sciences, tout en étant bien plus que la somme des contributions qu'elle en reçoit. D'autre part, une criminologie uniquement théorique n'aurait aucune raison d'être: on ne peut admettre qu'il existe d'un côté une criminologie purement théorique et expérimentale, et de l'autre une criminologie purement clinique et empirique. Le rôle de la criminologie théorique est de fournir à la criminologie clinique les données qui lui assurent une capacité de synthèse et d'efficacité supérieure. Enfin, le rôle de la criminologie appliquée ne se borne pas au travail clinique dans le domaine de la pénologie et de la rééducation. La criminologie se gardera de tomber dans les erreurs du "psychologisme" et de prétendre se substituer aux fonctions du juge et du législateur, mais, à l'exemple de Beccaria, elle cherchera à servir d'inspiration et de conseil à des réformes dans l'ordre pénal et judiciaire. C'est par de tels moyens que nous pourrions nous rendre dignes de tenir le flambeau que nous avons reçu de nos prédécesseurs et de le transmettre à nos successeurs.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL CONTINU PARTIE INTÉGRANTE DES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES

Osman P. GIALLORETO, F.A.C.C.¹

"Il n'y a rien de plus honteux pour un médecin que prétendre qu'un fait soit dépourvu de cause ou, si la cause peut être connue, vouloir l'ignorer."

Cette phrase, d'il y a plus de deux siècles, contient les deux propositions de base de la médecine: l'observation critique à la recherche de l'élément causal et le devoir continu et permanent à apprendre ce qui vient d'être connu.

La multiplication prodigieuse des connaissances médicales de notre temps a imposé la nécessité de satisfaire au jour le jour ces deux principes fondamentaux de la pratique médicale, d'où la recherche de systèmes capables de fournir ces possibilités dans le cadre de la vie professionnelle de notre époque technologique.

L'école de médecine, par l'enseignement des éléments anatomo-biologiques de base, des mécanismes physio-pathologiques essentiels et des réactions thérapeutiques constantes, a le rôle irremplaçable de former, chez le nouveau médecin, cette pensée scientifique qui lui permettra d'évaluer critiquement l'entité biologique humaine et ses aberrations à la recherche de l'élément causal. L'importance fondamentale de l'enseignement universitaire repose sur l'accomplissement rigide de cette formation de base qui seule conditionnera l'activité médico-scientifique future. Capable d'appliquer la méthode scientifique aux maladies humaines, le médecin pourra alors progressivement bâtir et profiter de son expérience. Cette formation de base contient implicites le dynamisme de ses éléments et la nécessité d'une évolution et d'un renouveau continus. Une telle évolution commence avec l'éducation immédiatement post-scolaire lorsque, par le contact clinique et l'expérience de laboratoire, l'esprit scientifiquement critique nouvellement formé exerce ses premiers contrôles, constate les variantes de l'entité humaine changeante et retient les faits prouvés. Comme pour l'enseignement universitaire, cette deuxième étape de la formation médicale doit être dirigée et se dérouler dans un milieu hospitalier adéquat pour une durée relative aux exigences du type de pratique médicale choisi. A la fin de cette

¹ Directeur du Département de Médecine, Hôpital Santa Cabrini.

Nihil enim turpius est Phisico, quam vel fieri sine causa quidquam dicere, vel si sciri potest, illam ignorare.
(G. M. Lancisi, 1728)

période qu'on appelle, pour la situer, internat ou résidence, la pratique médicale commence et par le fait même se pose le problème de la continuation de l'éducation médicale dont la nécessité est naturellement la même pour le médecin en pratique générale que pour celui qui limite ses activités à une spécialité.

L'évidence prouve qu'une pratique médicale isolée dans un bureau devient nécessairement et rapidement inadéquate sans l'apport d'une activité hospitalière sentie, participante, quotidienne. Cette activité hospitalière, tissée de rapports étroits entre praticiens et spécialistes de différentes disciplines, offre d'excellentes possibilités pour un enseignement continu et sûrement, pour le malade, l'avantage d'un acte médical à la page. Ce travail conjoint, partageant les services hospitaliers organisés pour répondre aux nécessités des disciplines différentes, définit sans contraste les limites et les responsabilités de chacun dans l'enceinte hospitalière et apporte, de façon quasi insensible, les fruits d'une évolution constante de la pensée médicale.

Ces échanges ne peuvent cependant pas être laissés au hasard d'une rencontre dans les couloirs; ils doivent être encadrés dans un système capable de réaliser et faire vivre le contact nécessaire, sans éloigner les intéressés de leur responsabilité de clientèle et de famille pendant des périodes trop longues, fragmentaires et de toute façon insuffisantes.

La formule de l'enseignement périodique, soit théorique ou sous forme de démonstration clinique, a des avantages limités par le temps et par un intérêt circonscrit et souvent peu partagé. D'autre part, le rajeunissement des connaissances médicales au prix d'une interruption prolongée des activités professionnelles devient trop onéreux pour pouvoir être adopté systématiquement.

L'intégration de l'éducation médicale continue aux activités normales de tous les jours, représente possiblement une solution au problème, à condition que l'habitat hospitalier soit particulièrement conçu et organisé dans ce sens. Des départements et des services cliniques sous la responsabilité d'un personnel spécialisé et intéressé à l'enseignement

d'une part, et, d'autre part, des médecins praticiens libres d'évoluer avec leurs malades dans ces différents services, d'où ils pourront recevoir les avantages d'une organisation clinique spécialisée et au besoin l'avis du spécialiste consulté, constituent le cadre dans lequel le contact fréquent et régulier entre praticien et spécialiste peut faire vivre naturellement un programme d'enseignement continu.

L'hôpital Santa Cabrini de Montréal ayant, comme toute institution nouvelle, l'avantage de se prêter à des formules innovatrices, s'est orienté dès son ouverture en 1960, de façon à accueillir sous le même toit des services cliniques spécialisés, organisés et confiés à des spécialistes et un département de médecine générale avec privilège dans ces services cliniques.

Pendant les quelques années nécessaires au recrutement du personnel, le programme d'éducation médicale a été borné à la formule du cours hebdomadaire, tout en sachant l'efficacité relative de ce type d'enseignement. A partir de l'année 1964-65, une formule didactique nouvelle, permettant l'enseignement de huit matières réparties dans une période de deux années académiques, a été mise sur pied. Cette formule a intéressé d'abord les médecins praticiens faisant partie du personnel médical de l'hôpital. Pendant la première année, 24 médecins praticiens, divisés en groupes de 4, ont été assignés à 6 services différents, pour un stage rotatoire de deux mois chacun. Pendant ces deux mois, le médecin spécialiste responsable de la section clinique a donné un enseignement au lit du malade deux fois par semaine et une troisième fois dans une réunion clinique commune à tous les groupes où des malades ayant une importance clinique particulière ont été discutés. Pendant cette première année, l'assistance totale des participants a été de 82%.

Au cours de la deuxième année, ces médecins, avec le même système de rotation aux deux mois, compléteront le programme qui résulte, ainsi constitué des matières suivantes: cardio-pneumologie, gastroentérologie, métabolisme-endocrinologie et néphrologie, obstétrique et gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie, pathologie.

Une fois ces deux années complétées, la continuation du programme d'éducation médicale se fera par la présence active aux réunions cliniques hebdomadaires et par la possibilité de pouvoir répé-

ter périodiquement un stage régulier de deux mois dans le service désiré.

Ce programme, organisé premièrement pour former un corps médical homogène, malgré une pratique médicale à responsabilités différentes, est maintenant ouvert aux jeunes médecins qui se préparent à la pratique générale et aux médecins qui sentent le besoin de rajeunir leurs connaissances médicales. Dix nouveaux médecins se sont ainsi inscrits aux cours cette année et six d'entre eux sont des récents diplômés.

Pour que cette formule d'éducation médicale, conçue comme partie des activités professionnelles de tous les jours, puisse offrir le même cadre aux médecins inscrits et non membres du personnel médical de l'hôpital, le Comité d'Éducation Médicale a obtenu du Conseil d'Administration le pouvoir d'octroyer à ces médecins, pour toute la durée de leur stage, des privilèges spéciaux leur donnant les mêmes avantages qu'aux membres du personnel médical. Cette mesure facilite l'intégration du stagiaire à la vie de l'hôpital et de ce fait, sa participation plus directe et plus intéressée au programme d'enseignement.

Notre expérience, circonscrite à notre hôpital, est trop limitée dans le temps pour pouvoir permettre des conclusions. Néanmoins, on peut dire par l'assistance assez élevée, l'enthousiasme des participants et la facilité des relations humaines qui en ont découlé, que cette formule qui intègre l'éducation médicale aux activités de tous les jours, dans un hôpital départementalisé, est une formule viable.

L'enseignement clinique au lit du malade et la discussion des nosologies intéressantes en présence et avec la participation de tout le personnel enseignant des différentes disciplines est sûrement la formule de choix. Il est intéressant de noter que cette pratique n'a jamais entraîné de complication dans les relations médecin-malade même lorsque le malade en cause était celui du médecin stagiaire. Enfin, et ceci nous semble l'observation la plus importante, nous avons noté que ce contact fréquent et étroit entre médecins praticiens et spécialistes porte à une meilleure compréhension réciproque, à une délimitation naturelle des responsabilités et à la formation de facto d'une médecine d'équipe dont les avantages, sentis et appréciés par les malades, nous donnent la satisfaction morale d'une pratique médicale correcte.

ATHÉROSCLÉROSE CÉRÉBRALE ET CRIMINALITÉ

Nikola SCHIPKOVENSKY,
Professeur à l'Université de Sofia (Bulgarie).

I

Les examens psychiatriques médico-légaux sur la responsabilité des actes commis par des malades souffrant d'une athérosclérose cérébrale ne sont devenus possibles qu'après la différenciation de cette dernière de la démence sénile et présénile. Même après sa délimitation à la fin du XIX^e siècle, comme unité nosologique, l'athérosclérose cérébrale continue d'être confondue, ou du moins assimilée, en médecine légale, aux psychoses involutives et séniles. Certains auteurs recommandent une sentence à responsabilité réduite pour les individus suspects de démence sénile et d'athérosclérose. Dans le *Traité des maladies mentales* de Bumke, Stern expose les "psychoses athérosclérotiques" sur quatre-vingts pages, sans toutefois dire un mot de leur importance médico-légale, et de nombreux auteurs omettent aussi d'en parler. Wollenberg, en 1920, note en une phrase qu'il est difficile de placer sous tutelle un malade atteint d'athérosclérose cérébrale, à moins qu'une aliénation mentale ne soit mise en évidence, ou que l'on ne voie ce malade tomber sous une forte sujétion à des influences étrangères en raison de sa suggestibilité excessive. Quelques auteurs contemporains nous exposent en quelques phrases seulement le problème médico-légal de l'athérosclérose. Mais même dans les manuels de psychiatrie médico-légale, comme dans celui de Davidson en 1952, et dans les monographies de médecine légale, telle celle de Macdonald en 1958, l'athérosclérose n'est pas mentionnée, ou elle n'est que très brièvement traitée, comme par Wyrsh en 1955. Langelüddeke lui accorde un peu plus d'attention (1959), mais il la place toutefois dans le chapitre général intitulé *Troubles mentaux de la vieillesse et autres maladies cérébrales organiques*.

Pourtant, le principe nosologique exige que dans la classification des maladies mentales, l'athérosclérose cérébrale soit l'objet d'une étude à part du point de vue de la psychiatrie médico-légale. Il en est effectivement ainsi dans les manuels de psychiatrie médico-légale soviétiques. Gourévitch et Molotchek l'examinent, même en la séparant de la maladie hypertensive.

Il est vrai que la *maladie hypertensive est une entité nosologique distincte*, qui ne doit pas être

confondue avec l'athérosclérose générale et cérébrale. Dans le matériel psychiatrique médico-légal de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine de Sofia, pour les années 1926 à 1964 inclusivement, on ne trouve aucune mention d'une discussion au sujet de l'hypertension considérée comme cause d'irresponsabilité des actes ou de l'incapacité civile du malade. Il ne pourrait d'ailleurs en être ainsi que s'il se manifestait des actes antisociaux ou des perturbations dans le domaine du droit civil, c'est-à-dire, des actes commis dans un état de *psychose hypertensive*, seule ou associée à une *athérosclérose cérébrale grave*, lesquelles auraient déterminé une dégradation profonde de la personnalité.

Quant à la *démence causée par la maladie hypertensive*, dont parlent Gourévitch et Molotchek, on ne peut admettre son existence indépendamment de son association avec l'athérosclérose cérébrale avancée.

Dans la psychiatrie médico-légale allemande, l'étude de l'athérosclérose cérébrale ou, pour mieux dire, celle des *troubles de la circulation sanguine cérébrale*, ne s'est posée que ces dernières années. Schulte et Harlfinger ont consacré, à juste titre, une attention particulière aux expertises des athéroscléroses cérébrales. Ils se sont arrêtés aux cas de délinquance sexuelle et ont examiné ce problème en détail. Toutefois, ces deux auteurs sous-estiment les autres variétés d'actes antisociaux qui peuvent résulter de l'athérosclérose cérébrale. Ces auteurs affirment qu'un homme à l'âge sénile n'a ni la décision, ni la résistance, ni l'initiative, ni la réactivité nécessaires pour accomplir un délit, tel que vol, détournement, escroquerie, viol ou assassinat. Or, notre expérience démontre que le *champ de force de la criminalité des athérosclérotiques se déploie sur une gamme assez ample*. Ainsi, dans le matériel de notre clinique pour la période déjà mentionnée, il a fallu faire évaluer dans dix cas le degré de responsabilité des actes commis par ce genre de malades. Les individus ainsi expertisés avaient commis trois crimes sur la personne (un assassinat, une tentative d'assassinat et un délit sexuel), deux crimes contre l'État, deux contre les institutions publiques, ainsi que trois délits contre la propriété. Il est d'ailleurs évident que le rôle criminogène des psychoses et des changements de

la personnalité dus à l'athérosclérose cérébrale est peu considérable (moins de 1% dans notre matériel, sur plus de 1200 expertises médico-légales). Sous ce rapport, elle le cède non seulement à la psychopathie, mais à la schizophrénie, à l'épilepsie, à l'oligophrénie, à la maladie traumatique cérébrale, à la paralysie générale, comme nous l'avons établi par nos examens. Il en ressort surtout la fréquence relativement basse de la "criminalité" athérosclérotique en comparaison avec la grande fréquence de l'athérosclérose cérébrale, fréquence qui en Bulgarie comme partout ailleurs augmente sans cesse avec l'élévation de la durée moyenne de la vie. Néanmoins cette criminalité a certainement une importance *médico-légale tant du point de vue théorique que du point de vue clinique*, ainsi que du point de vue des mesures curatives ou pénales qui devraient être prises envers les délinquants athérosclérotiques. Malheureusement, comme nous le démontre l'histoire de la psychiatrie, le problème médico-légal de l'athérosclérose est négligé dans son ensemble, et ce sont d'une façon trop exclusive les délits sexuels et la question de l'incapacité civile des malades qui sont le plus souvent discutés.

II

Déjà en 1938, dans notre monographie *Schizophrénie und Mord*, qui porte sur seize cas de schizophrénie vérifiés à la Clinique psychiatrique de Munich pour la période allant de 1906 à 1937 inclusivement, nous avons montré que dans une des observations en cause il s'agissait probablement d'une psychose athérosclérotique à symptomatologie paranoïde. Voici tout d'abord un bref résumé de l'histoire de cette malade, dont le tableau clinique nous incitait à un diagnostic différentiel. Cette observation illustre le problème du diagnostic entre une schizophrénie et un processus athérosclérotique accompagné de délire de persécution.

Observation 1

Anna B., 59 ans, tua son mari le 3 avril 1922 avec une hache. Deux semaines plus tôt, elle avait confié à des personnes de sa famille son intention de se suicider. On lui avait alors expliqué que commettre un tel acte équivaldrait à confirmer les dires de son mari, lequel affirmait précisément qu'elle était folle. La malade résolut alors d'assassiner son mari plutôt que de se suicider. L'anamnèse familiale souligne que le père d'Anna était mort, à l'âge de 54 ans, d'un ramollissement cérébral ("attaque d'athérosclérose cérébrale").

Discussion

Chez Anna manque le signe pathognomonique de la schizophrénie, qui est la perte du contact vital avec l'homme et le monde, ainsi que la transformation subjective du malade en cible d'intentions et d'actions hostiles du monde entier, visant, *croit-il*, à l'anéantissement de sa personnalité ou de son organisme. Il est vrai que, même dans la schizophrénie, il est possible que le système délirant s'édifie sur la base d'une hostilité préalable entre le délinquant et la victime, hostilité résultant de leurs conflits quotidiens, prépsychotiques et extra-psychotiques. Cette possibilité se trouve réalisée par le dédoublement psychotique du schizophrène, lequel à la fois demeure dans son monde psychotique et en même temps reste dans le milieu commun à tous les hommes normaux, du moins pour certaines de ses relations vécues et de ses actions. Naturellement, il s'agit là d'une relation dynamique: le processus schizophrénique envahit le champ de la conscience et de l'activité (surtout dans les formes catatoniques et dans les accès d'hébéphrénie). Mais dans d'autres périodes, et pendant le cours même de la maladie (par conséquent en dehors des périodes de rémission), le sujet peut se trouver presque dans l'état pré-morbide de sa personnalité, et cela relie le malade, du moins dans quelques secteurs de son "vécu", avec les êtres humains et le monde. Un parallélisme dans les rapports de forces est également possible lorsque le malade est réellement un "homo duplex", dans le sens d'Esquirol (1838). Enfin, et peut-être plus souvent qu'on ne le croit, dans ce "vécu" des malades interfèrent des communications entre ces deux mondes. Toutefois, dans la majorité des cas — nous avons analysé dans notre monographie encore inédite "Schizophrénie et criminalité", de 1960, cent "criminels" schizophréniques — le choix de la victime, en l'occurrence, est déterminé par un motif psychotique, et cela selon les lois de la *parabiose ultraparadoxe* de la réactivité cérébrale, selon la conception de Pavlov. Le processus qui menace le malade est vécu subjectivement par lui comme un désastre inévitable pour sa personnalité, pour sa valeur sociale ou affective, ou encore pour son propre organisme. En règle générale, la victime sera justement un parent avec lequel le malade est particulièrement lié, ou bien le médecin qui le soigne.

Après cette digression qui s'est posée du fait qu'à la Clinique psychiatrique de Munich, dans le cas d'Anna B., le diagnostic de schizophrénie avait été posé tandis que nous le rejetions dès

1938; revenons à la discussion du cas. Cette discussion est d'autant plus nécessaire que Wilmanns, dans son compte rendu de *Schizophrenie und Mord* (1940), formulait des objections quant à mon interprétation de la psychose d'Anna B. Sa critique se rattache au fait qu'il considère les limites de la schizophrénie comme très étendues. (Il écrit, p. 592, que "Schipkovensky conçoit cette maladie de façon plus restrictive que moi").

Avant tout, il faut noter que chez Anna B. l'athérosclérose a été démontrée cliniquement et confirmée par l'anatomo-pathologie après son décès. A son entrée dans la Clinique, la malade avait une tension artérielle élevée. Le processus vasculaire cérébral était démontré, tant par l'hémi-parésie spastique du côté droit que par les constatations faites à l'autopsie. Toutefois, ce ne serait pas encore là une preuve suffisante, étant donné qu'un schizophrène pourrait aussi bien être atteint d'athérosclérose dans un âge avancé. Mais, chose plus importante, il y avait eu, en dehors des états proprement psychotiques et durables de la psychose, des contrariétés de nature non psychotique (une haine de 20 ans contre son mari causée par l'infidélité de celui-ci) et le tableau clinique n'avait montré aucun symptôme de schizophrénie. Anna B. concentrait son délire paranoïde exclusivement sur son époux (ce dernier, croyait-elle, la représentait comme "folle" et cherchait à la pousser au suicide), tant avant qu'après l'assassinat, et même jusqu'à la fin de sa vie. Les prétendues "vengeances" auxquelles elle faisait allusion antérieurement, l'affirmation répétée de rapports incestueux entre son mari et sa fille, elle les renia pendant son examen dans la Clinique.

La malade conserva pendant tout ce temps son affection envers sa petite fille: cette circonstance est un argument de plus contre le diagnostic de schizophrénie dans le cas en question.

Non moins important est le fait que l'évolution de la psychose avait présenté, non cette "symbolisation" propre à la schizophrénie, mais au contraire les symptômes de la décadence involutive de la personnalité: son mari lui avait donné, disait-elle, à garder une pièce de cinq pfennigs pour démontrer ainsi qu'elle était "toquée"; il faisait étalage de leur ménage aux voisins; pendant qu'elle était à la messe, il aurait, disait-elle, placé une mèche de cheveux dans les nouilles et changé la place du beurre. Avant tout, il faut souligner que le motif du crime qu'elle avait commis "par haine et désespoir" n'était pas d'origine schizophrénique. Un argument important supplémentaire contre le

diagnostic de schizophrénie réside dans la réaction de la malade, laquelle, après un petit cours de psychiatrie médico-légale, reconnut que, dans son délire, elle avait interprété la conduite de son mari. Elle tomba en larmes, ayant compris qu'elle n'avait pas le droit de tuer ce dernier. Elle se mit en prières pour gagner, par son expiation, la grâce de Dieu. Puis elle se calma, tâchant de ne plus penser à l'irréparable, car elle ne pourrait y survivre. Elle prit conscience de la honte qu'elle avait apportée à sa famille, mais se consola, car son acte, malheureusement, était irréparable. Mais ce qui exclut avec certitude la schizophrénie, ce n'est pas tant que la malade ne présentait pas d'incohérence de la pensée, mais surtout qu'elle n'évolua pas ultérieurement vers d'autres délires paranoïdes, et même pas vers des interprétations, pour ne rien dire des hallucinations.

Il est vrai que même chez Anna B. s'étaient montrées quelques hésitations entre suicide et assassinat. Ce flottement, néanmoins, ne se déployait pas sur le plan caractéristique de la schizophrénie où se révèle une disposition essentielle pour le suicide (ce qui, d'après Janz, ressort de ma monographie et en fait le mérite). Chez Anna B., la pensée du suicide avait pris naissance dans son "désespoir". C'est une forme de "vécu" qui n'est pas propre à la schizophrénie mais bien plutôt à la mélancolie cyclophrénique ou réactionnelle; cette mélancolie peut survenir comme chez des sujets acculés à une situation où ils ne trouvent pas, ou du moins ont l'impression de ne pouvoir trouver aucune issue autre que celle du suicide. Chez Anna B. par conséquent, le *diagnostic différentiel* ne doit pas être discuté entre la schizophrénie et la psychose athérosclérotique, mais entre cette dernière et la paranoïa. Il s'agit d'une réaction morbide de la personnalité, c'est-à-dire, d'une psychose psychogène chez une malade ayant subi une altération de sa personnalité due au processus vasculaire.

Il est vrai encore que, parmi les quatorze cas de réactions morbides observés parmi les 100 athérosclérotiques traités à la Clinique psychiatrique de Sofia de 1958 à 1962, nous n'avons pas trouvé un seul cas de paranoïa, et que c'est la mélancolie psychogène qui prédomine. Chez Anna B. pourtant, la psychose s'était aggravée en fonction du conflit incessant pendant une durée de 20 ans entre la malade et son mari: ce dernier n'avait légalisé ses liens illégitimes avec elle qu'après la troisième grossesse. En dehors de cela, l'idée fixe de la malade se centrait presque uniquement sur

son mari à la seule exception des soupçons qu'elle émettait sur de prétendus rapports incestueux entre sa fille et son mari, soupçons qui, s'ils étaient agissants avant l'assassinat, furent dissimulés ou au moins "désactualisés" une fois l'acte commis. Jusqu'à la fin de sa vie, la malade n'étendra plus ses idées de persécution sur aucune autre personne. Quant à ses affirmations relatives au "penchant de son mari à la compromettre", qu'il nous soit permis d'insister encore une fois sur le fait que ce signe est plutôt un symptôme d'involution sénile que de psychose. Il y a là un argument de plus contre le diagnostic de paranoïa, et il est hors de doute que la structure et la dynamique du délire réactionnel participent comme facteurs pathogènes dans une psychose d'origine vasculaire.

C'est donc le processus athérosclérotique qui pourrait être en fait la cause déterminante de cette psychose, et nous tenons ce diagnostic pour d'autant plus justifié que nous disposons d'une observation semblable dans notre matériel de Sofia. A l'appui de cette possibilité s'ajoute le fait que sur trente cas de psychoses athérosclérotiques accompagnées de modifications de la conscience d'ordre "endogène", dix de nos cas présentent le syndrome paranoïde. Parmi ces derniers, nous n'avons qu'un seul cas d'un sujet ayant commis un assassinat, à savoir sur sa femme légitime. Ce crime avait été prémédité sur un motif paranoïde mais il fut commis, au témoignage du "délinquant" lui-même, dans un état mental exceptionnel (Ausnahmestand), après réveil en pleine nuit.

Observation 2

Bonio D., 67 ans, tue le 26 juillet 1957 sa femme qui, disait-il, voulait le quitter pour "se remarier" avec son ancien patron qu'elle n'avait d'ailleurs jamais vu de sa vie. Le patron tentait de "voler le produit du travail" de l'intéressé et de "l'empêcher de recevoir sa pension" comme ouvrier dans sa fabrique de briques.

L'examen neurologique montre une diminution de l'audition d'origine athérosclérotique. L'EEG montre une atrophie diffuse du cortex cérébral.

L'examen psychologique met en évidence une démence lacunaire et des idées fixes de jalousie et de persécution relatives à une indemnité due par le patron, et concernant l'épouse du délinquant, lesquels ainsi que lui-même l'avoue, n'ont jamais eu de rapports. Or, Bonio est sûr que sa femme "épargne à son insu de l'argent" et s'achète des immeubles.

L'examiné explique qu'il a tué sa femme après s'être réveillé pendant la nuit dans un état d'"étourdissement et d'énervement" qu'il ne put surmonter. Véritablement comme dans un "mauvais rêve", duquel il contracta un mal de tête, comme dans un état d'inconscience ou de "perte de connaissance", de "non-compréhension": "J'ai sorti le couteau, je l'ai enfoncé dans le cou que j'ai tranché".

Discussion

Malgré l'apparence paranoïde de ces idées centrées sur la jalousie et le préjudice matériel, où le patron et la femme de Bonio s'allient dans le but de ruiner ce dernier financièrement et moralement, et de fonder leur propre ménage, la paranoïa — contrairement au cas d'Anna B. — peut être exclue ici. Il reste que la paranoïa peut surgir, tout comme d'autres psychoses réactionnelles, chez des malades atteints d'une athérosclérose cérébrale qui n'a pas détruit le noyau de la personnalité. Mais dans notre cas, ce processus ne s'était pas encore produit; et la catamnèse montre que l'athérosclérose n'a pas évolué vers un état de démence globale. L'accomplissement du délit dans un état d'altération et même, dirait-on, d'obnubilation momentanée de la conscience, renforce le diagnostic de processus vasculaire, à l'encontre d'une origine réactionnelle de la psychose et de la détermination du délit. Dans le cas présent, la paranoïa doit être exclue, puisque le sujet explique lui-même que sa femme n'a jamais rencontré son patron, et qu'elle ne le connaît pas. Seule, une lettre qu'il avait trouvée le jour de l'assassinat, et dont il ne put relater le contenu, avait été tenue par lui comme une preuve de leur liaison.

Néanmoins, nous admettons que le déterminisme pathologique de l'assassinat a résulté du processus vasculaire et que son motif est d'origine délirante. Cette affirmation se confirme avant tout par l'accomplissement du meurtre dans un état de "nervosité", "dans un mauvais rêve", "sans connaissance", "sans compréhension". Finalement, la somme des données neurologiques et psychologiques qui indiquent une athérosclérose cérébrale prouve que la psychose paranoïde dans son ensemble, ainsi que son accentuation au moment du délit, doivent être liées aux troubles de la circulation sanguine cérébrale en général, et en particulier à leur aggravation passagère au moment du réveil nocturne de Bonio. Ce sont ces troubles circulatoires qui déterminèrent la réactivité paranoïde du cerveau et par conséquent la "ven-

geance" envers l'épouse-"ennemie". Cependant cette dernière, contrairement à l'époux d'Anna B., n'avait jamais donné lieu, avant l'apparition de la maladie de son mari, à des raisons qui la fissent soupçonner d'infidélité ou d'hostilité. Le meurtre a été commis, il est vrai, *dans un état exceptionnel de la conscience, mais il ne porte pas les marques d'une affection pathologique*. Il n'existait pas, dans ce cas, de situation immédiate qui ait pu déclencher l'agressivité de l'assaillant. De plus, le malade n'avait pas subi une éclipse de conscience avec amnésie consécutive. Au contraire, le délit, quoique accompli dans un état d'obnubilation, prolonge la ligne continue d'un motif délirant pré-existant: "J'étais irrité par ces choses irrégulières", explique-t-il. Donc chez Bonio D., il ne s'agit pas de la première variété psychotique d'épilepsie réactionnelle, au sens que nous lui donnons.

Il est probable, au contraire, que la maladie se présentait comme dans le cas d'un individu examiné par Gourevitch et Molotchek (1950): Dans une querelle au marché où il proposait une "poule grasse", il blessa grièvement avec un couteau son "agresseur", et perdit tout souvenir de son attaque. Dans ce cas, nous retrouvons les trois traits pathognomoniques de cette forme d'épilepsie réactionnelle: la situation immédiate qui déclenche l'instinct agressif, le remaniement psychotique du conflit dans un état d'obscurité de la conscience, et l'amnésie consécutive.

Catamnèse

Bonio D. fut envoyé en traitement obligatoire à l'hôpital psychiatrique de Lovetch, où il fut admis le 10 décembre 1957. Le 20 octobre 1961, il fut transféré à l'hôpital psychiatrique de Sevliévo, avec le diagnostic "athérosclérose cérébrale et générale, psychose athérosclérotique, syndrome paranoïde." A l'hôpital de Lovetch, les idées fixes de jalousie et de persécution se dissipèrent et lors de son transfert il était presque apsychotique. Il était très assidu à la thérapeutique par le travail, et exprimait son regret pour le crime qu'il avait commis. Au cours de l'observation à Sevliévo, furent constatés des sentiments de jalousie déjà désactualisés et presque dissipés, et le traitement obligatoire arrêté en 1962.

III

L'épilepsie réactionnelle dans sa deuxième variété psychotique — de court-circuit (Kurzschluss) — doit être admise dans le seul de nos cas où il s'agissait d'une tentative d'assassinat.

Observation 3

Arso P., cultivateur, 58 ans, tente en 1957 de tuer un garde-champêtre qui l'avait offensé en lui disant: "Tu es malade, mais je te guérirai".

En 1953, il comença à avoir des pertes de connaissance. Au début il ne les avait que lors de crises de colère, mais plus tard elles survinrent sans irritation préalable — Peu à peu, elles devinrent plus fréquentes, surtout quand Arso se trouvait dans un état de "nervosité". Sa personnalité changea, il devint ombrageux, explosif, querelleur. Parfois il pleurait comme un enfant. Il éprouvait du chagrin parce qu'il se sentait malade et ne pouvait se maîtriser.

L'examen clinique découvrit une sclérose du myocarde, une athérosclérose des vaisseaux rétinieniens et une rétinographie hypertensive (avec taches dégénératives).

L'examen psychologique mit en évidence une mélancolie réactionnelle avec tension anxieuse ("J'ai rêvé des morts, ils me criaient: Viens mourir ici"), qui se transformait en désir de mourir: "N'ai-je pas suffisamment mérité de ce pays pour recevoir une pilule de poison?"

La caractéropathie athérosclérotique d'Arso P., l'incapacité de maîtriser ses sentiments dans leur expression mimique d'une part, et l'agressivité explosive d'autre part, s'associent sans doute à une réactivité ictaffine accrue.

Le malade expertisé avait, au début, des pertes de conscience de nature épileptique réactionnelle, qui plus tard commencèrent à apparaître sans influence psychogène. Le changement de la personnalité elle-même n'était pas suffisamment accentué chez Arso (quoiqu'il fut aggravé par suite du processus vasculaire) pour justifier l'absence de responsabilité de son délit; au moment de son action, *le malade saisissait la qualité et les conséquences de son agression*. Toutefois, *en raison de la réaction de court-circuit d'origine épileptico-réactionnelle, le malade n'était pas en état de diriger ses actes*. La défaillance du critère de volonté (libertas judicii) était suffisante en soi pour disculper un délinquant. La mélancolie réactionnelle avec désespoir et frayeur profonde, qui avait été observée à la clinique, et qui indiquait dans toute la suite de son apparition et son déroulement une relation intelligible avec la situation psychotraumatique, démontrait avec certitude que le noyau de la personnalité chez l'examiné n'était pas anéanti du fait du processus athérosclérotique.

Les observations décrites ci-dessus prouvent que la conception de Gruhle sur la criminalité de l'athérosclérose cérébrale ne peut être retenue. Comme nous l'avons aussi montré pour la schizophrénie et la cyclophrénie, Gruhle tire souvent des conclusions non fondées sur des observations et des expériences médico-légales. Gruhle simplifie les choses à l'excès lorsqu'il admet que l'athérosclérose et la vieillesse ne provoquent de délits qu'en rapport avec la conduite sexuelle (1956, p. 786). Notre expérience nous permet de rejeter les affirmations de Gruhle à l'égard de l'athérosclérose comme de la démence sénile. L'une et l'autre peuvent pousser le sujet à commettre, pour un motif délirant, un meurtre. C'est dans le même sens que s'expriment Porot et Bardenat (1960, p. 91), lesquels trouvent que la mélancolie d'involution "peut pousser ces vieillards, par le mécanisme du raptus anxieux ou coléreux, à commettre un meurtre".

IV

Le troisième cas de crime envers la personne, dans notre matériel de Sofia, se rapporte à un *adultère commis avec un enfant*. Il est communément admis que la criminalité sexuelle dans la *sénilité pathologique* en général, et en particulier dans l'athérosclérose cérébrale, est — malgré le chiffre absolu très bas de délits — la plus élevée, comparativement aux autres âges. Erhardt (1961) signale qu'environ 8% de la criminalité générale des personnes au-dessus de 60 ans est de nature sexuelle, tandis que les groupes d'âges plus jeunes, elle est au-dessous de 1%. Comme nous l'avons déjà relevé, Gruhle répète l'explication apportée aussi par d'autres auteurs, que les crimes sexuels commis à un âge avancé sont dus à l'excitation de l'instinct sexuel, conjointement avec l'impuissance. Mais cette assertion ne correspond pas toujours à la vérité. Certains hommes dont la puissance sexuelle est encore intacte peuvent commettre des adultères avec des enfants, et même avoir des liaisons sexuelles, comme nous l'avons relevé, entre autres, chez un oligophrène décrit dans notre monographie *Schwachsinn und Verbrechen*. D'autre part, Romeney examinant 68 individus montre que dans la plupart des cas des anomalies sexuelles avaient apparu des années avant la venue de la vieillesse et avaient pu parfois se manifester dès leur jeune âge.

Erhardt (1960, p. 346) a démontré qu'il n'existe pas de relation directe entre la délinquance sexuelle et les changements organiques de la personnalité

que provoque par exemple l'athérosclérose cérébrale, et qu'entre la sclérose vasculaire cérébrale et le délit sexuel il y a une grande étape à franchir. Selon nous, le franchissement de cette grande étape ne saurait être expliqué par des interprétations vagues, mais uniquement par une étude approfondie de toute l'anamnèse du patient, y compris sa vie sexuelle. C'est d'ailleurs la seule méthode scientifique par laquelle on puisse élucider le problème de l'irresponsabilité de chaque cas criminel, de chaque délit, y compris ceux de nature sexuelle.

D'autre part, dans notre matériel, *la criminalité sexuelle de notre unique sujet d'observation ne peut être attribuée exclusivement à son athérosclérose*. Combien compliquée peut devenir la tâche de l'expertise, c'est ce que montre le cas suivant.

Observation 4

Elenco I., 62 ans, commit un adultère en 1948, avec une fillette de 11 ans, Liliana: il l'avait attirée en lui donnant de l'argent et du pain. En 1918, il avait souffert d'une encéphalite épidémique, et en 1928, après un accident en temps de service, il était resté pendant deux heures dans l'inconscience. Selon son épouse, il n'avait pas eu, pendant les dernières années, de rapport sexuel avec elle. Il affirmait lui-même qu'avant le mariage, il n'avait pas eu de relations sexuelles en raison de sa timidité.

L'examen clinique montre que Elenco est atteint d'une athérosclérose généralisée avec hypertension (210/140), Gunn positif. En outre, le patient était atteint d'un syndrome de Parkinson depuis 1939: rigidité avec tremblement, crises oculogyres, signe de la roue dentée.

L'examen psychologique décèle une euphorie légère et une démence lacunaire exprimée. Il nie l'adultère: il aime Liliana comme tous les autres enfants. Il prenait soin d'elle sans lui avoir rien fait de mal.

Les experts ont admis que l'athérosclérose cérébrale ne s'exprime pas à un degré tel qu'il aurait rendu le sujet irresponsable de ses actes. Mais si le délit est déterminé par un changement de la personnalité dû à l'encéphalite épidémique, il convient de reconnaître une irresponsabilité partielle, parce que le patient comprenait ce qu'il faisait, sans toutefois pouvoir se retenir de le faire. Il y a sans aucun doute, dans cette conclusion, une faute de logique, car si un processus pathologique de la personnalité détermine la défaillance du critère de la "conscience" soit de la *libertas judicii*, cela suffit déjà pour faire admettre que le délinquant soit

tenu pour irresponsable de ses actes, en vertu des articles du code de tous les pays (voir notamment l'article 10 du Code pénal suisse), ainsi que selon l'esprit de l'article 13 du Code pénal bulgare.

Discussion

Elenco a préparé sa défense; il affirme avoir été l'objet d'un chantage de la part de la mère, qui voulait tirer de l'argent de lui. Son essai de défense démontre que l'athérosclérose cérébrale n'a pas touché le noyau de sa personne, et que sa caractéropathie n'exclut pas la responsabilité de ses actes. Si la tendance pédophile ne constitue pas une anomalie individuelle qui lui est caractéristique (son épouse affirme que depuis un temps assez lointain déjà Elenco aimait les enfants), elle pourrait provenir d'un changement de la personnalité dû à l'encéphalite épidémique, plutôt que de l'existence certaine d'un processus de l'athérosclérose cérébrale.

V

Des actes criminels contre la propriété ont été commis par trois des personnes que nous avons expertisées. Il serait instructif de signaler un vol par effraction, commis dans un état d'obnubilation d'aspect gansérien.

Observation 5

Ivan S., 55 ans, au cours d'un vol par effraction, soustrait des vêtements de travail et autres. Dans les premiers jours d'octobre de l'année 1950, quelques jours avant le délit, il était tombé malade. Il avait soudain perdu connaissance et il lui en était restée une parésie des membres gauches. Il fut admis à l'hôpital régional, d'où il s'évada et, en pleine nuit, il rejoignit le domicile de sa fille. Il était dans un état de "confusion" et parlait de façon incohérente. Malgré son état, sa fille le raccompagna le lendemain jusqu'à l'autocar, avec lequel il partit tout seul pour son village. Là, il commit un vol avec effraction en mettant le dépôt de l'administration régionale des routes en plein désordre. Il revêtit plusieurs habits de travail et des vêtements de peau d'agneau, les uns à l'envers, les autres à l'endroit; avec d'autres encore, il enveloppa ses bras, ses jambes et sa tête "pour se réchauffer". Il prétendit que ces vêtements lui avaient été donnés par le technicien de la route. Le 21 novembre 1950, il fut admis à la Clinique neuropsychiatrique de Sofia, qu'il quitta le 1er décembre 1950 avec le diagnostic: "Atherosclerosis generalisata et cerebri, hæmorrhagia cerebri hemi-

spherii sin., hemiparesis spastica dextra". Après son entrée à l'hôpital, il continua pendant quelque temps à revêtir ses habits à l'envers, "parlant une chose et en faisant une autre".

Examen neurologique: hémiparésie spastique gauche, rétrécissement des artères rétiniennes avec réflexes exagérés.

Examen psychologique: malade bien orienté. Il affirme n'avoir pas commis de vol: "mes choses ont aussi été volées et il me manque 5 000 lévas".

Discussion

Il n'y a aucun doute qu'Ivan S. a commis son vol par effraction sous l'effet d'une confusion mentale, et que la parésie des extrémités gauches permet de préciser son origine athérosclérotique. Il convient aussi de remarquer que l'examiné a manifesté un *syndrome de Ganser*. Comme nous l'avons fait observer en 1962 dans notre étude, *Analogie phénoménologique des psychoses réactionnelles et processuelles*, la personnalité peut aussi déployer des tableaux d'aspect psychogénique dans des processus organiques, comme sont possibles des déroulements de tableaux cliniques d'apparence "exogène" et "endogène" dans les psychoses réactionnelles. Cette histoire est encore une preuve classique de plus en faveur de notre thèse. Dans ce cas, les troubles de la circulation sanguine du cerveau (qui sont causés par l'attaque apoplectique déterminant des phases parabiologiques) se déploient, malgré leur origine organique, en un syndrome de Ganser, c'est-à-dire un syndrome d'aspect psychogène appartenant au domaine de l'hystérie.

L'examen de la deuxième personne inculpée de vol sera d'autant plus significatif que sa conduite confirme notre conception que *la pseudodémence dans un état clair de la conscience est une simulation conforme au but poursuivi, donc à tendance cupide, de présenter une démence qui n'existe pas*. Par conséquent, la pseudodémence ne peut être considérée comme une variété de l'hystérie. Il est vrai que les sujets doués de facultés intellectuelles très basses tentent souvent de tirer profit de cette série de simulations conscientes d'une démence. Ils affirment même être assez rusés pour convaincre les experts de l'origine malade des "tableaux cliniques" feints par eux. Et cela, faute d'une délimitation distincte entre la simulation et les réactions pathologiques de la personnalité.

Observation 6

Hélène M., 58 ans, pendant l'année 1956, dans un délai d'environ six mois, commettait presque

chaque mois de trois à quatre vols de tissus, de chaussettes d'enfants et d'autres articles dans des magasins.

Examen corporel: sclérose du myocarde avec dilatation de l'aorte et Gunn positif.

Examen psychologique: malade bien orientée, en conscience claire. Pour répondre à la question: "Combien de doigts a sa main?" Hélène l'examine longuement, puis comptant à plusieurs reprises ses doigts, elle déclare enfin: "Cinq". Elle compte les jours de la semaine également à l'aide de ses doigts et demande: "Ne sont-ils pas huit jours avec le dimanche, avec le vendredi et le samedi, n'est-ce pas?" Plus tard elle frappe sa tête de ses mains, pleurant à haute voix, mais après observation de la part du médecin, elle termine promptement la scène. Elle énumère les noms des mois de la même manière: "Ne sont-ils pas onze?" Retournant lentement des pièces d'argent dans ses paumes, les examinant des deux côtés, puis tantôt les rapprochant et les éloignant de ses yeux, Hélène explique à la fin que le total erroné qu'elle donne est dû au fait qu'elle ne voit pas sans lunettes.

L'athérosclérose cérébrale n'avait démontré chez elle qu'une légère incontinence de l'expression mimique des sentiments.

Discussion

A part la pseudodémence, le sujet essaie de présenter ses vols comme étant les effets d'une parabolie impulsive: quelque chose l'avait poussée à se saisir de ces objets, mais elle ne s'en est pas servi. Il fut prouvé toutefois que sa "cleptopathie" était une simulation rétrospective puisque le sujet avait fait un usage utilitaire des objets volés, lesquels n'étaient pas sans valeur. La prétendue pseudodémence n'était qu'une simulation effectuée lors de l'examen clinique. La détermination sociale des vols et le caractère intelligible des motivations ici des arguments suffisants pour lui attribuer la responsabilité de ses actes.

VI

Des crimes contre l'État ont été commis par deux malades atteints d'une athérosclérose cérébrale.

Observation 7

Teodor P., fonctionnaire en retraite, 56 ans, écrivit de nombreuses lettres anonymes contenant des menaces adressées à des fonctionnaires publics.

Observation 8

Yordan K., 67 ans, a émis des accusations des plus variées envers le pouvoir et le Parti communiste.

Dans les deux cas, la responsabilité des actes a été reconnue, vu que l'athérosclérose cérébrale n'avait pas provoqué le déclin de leur personnalité à un degré qui pût être comparé à un trouble constant de la conscience, "en accord avec le deuxième critère de l'irresponsabilité d'après l'article 13 du Code pénal bulgare". Pour le deuxième inculpé, les experts ont à deux reprises estimé que ce dernier était incapable de participer à la procédure judiciaire parce qu'on pouvait constater chez lui une psychose hystérique sous la forme d'un syndrome de Ganser.

Des délits contre des institutions publiques ont été commis également par deux des personnes examinées.

Observation 9

Ivan D., 63 ans, a fait une tentative de corruption de fonctionnaire auprès d'un magistrat en vue de recevoir un permis de logement à son profit. Il fut reconnu responsable de cet acte parce qu'il ne fut constaté qu'une *démence lacunaire* et une *caractéropathie athérosclérotique*, sans que le changement de la personnalité ait détruit le noyau de celle-ci.

Observation 10

Danka P., 68 ans, fut reconnue pour irresponsable d'un *faux témoignage*, car elle était déjà atteinte d'une *pleine démence athérosclérotique*. Pour cette raison, son état psychique fut qualifié de "trouble permanent de la conscience". C'est d'ailleurs le seul cas, dans notre documentation, où la perte de la responsabilité soit survenue, non par suite de la psychose réactionnelle ou processuelle due à l'athérosclérose cérébrale, mais à la suite d'une dégradation profonde de la personnalité.

Observation 11

Nous ne l'analyserons pas, vu qu'elle ne présente aucune valeur clinique et médico-légale.

VII

En conclusion et pour nous résumer, nous pouvons relever que l'athérosclérose cérébrale, comme nous le démontre le matériel médico-légal que nous avons pu réunir possède certainement un intérêt criminologique, quoique la fréquence soit peu élevée (moins de 1%).

Notre analyse s'appuie sur onze cas de personnes atteintes d'athérosclérose cérébrale, dont les actes anti-sociaux ont nécessité l'étude du problème de leur responsabilité. Deux de nos sujets, une femme et un homme *avaient tué*: elle son époux, lui son épouse, *sous l'influence d'idées paranoïdes*; un homme avait commis une tentative d'assassinat par une réaction de "court-circuit" (épilepsie réactionnelle dans la conception de Schipkovensky); un homme atteint d'un syndrome parkinsonien d'encéphalite épidémique avait commis un adultère avec une fillette de onze ans; deux hommes avaient commis des *délits contre l'État*; un homme avait fait une tentative de corruption de fonctionnaire; une femme avait fait un *faux témoignage*; trois sujets avaient commis des *vols*, dont l'un avait été effectué dans un état de confusion mentale apoplectique d'aspect gansérien.

L'approfondissement du problème médico-légal de l'athérosclérose cérébrale est une tâche encore ouverte et qui mériterait d'être méthodiquement poursuivie. Une telle étude contribuera à l'enrichissement de notre connaissance clinique de la maladie, comme à la connaissance des psychoses processuelles, ainsi qu'à celle des réactions pathologiques de la personnalité. Parmi ces dernières, nous devons souligner *l'épilepsie réactionnelle* (affection pathologique, court-circuit, passage pathologique du sommeil à la veille), la mélancolie réactionnelle et la paranoïa. D'autre part, il est possible qu'une confusion mentale se manifeste sous la forme d'un syndrome gansérien, c'est-à-dire sous la forme d'une psychose d'aspect psychogène quoiqu'elle soit d'origine organique. Enfin, comme nous le montre un des cas étudiés, elle fournit la possibilité d'éclaircir les questions de la simulation dans l'anamnèse (*fausse cleptopathie*), comme dans l'examen clinique (*pseudodémence*).

Dans tous ces aspects se découvre la valeur théorique et pratique des analyses en général et de celle de l'athérosclérose cérébrale en particulier. La responsabilité des actes n'est pas supprimée simplement par la constatation d'une ou d'une autre maladie mentale, ou plus précisément d'un ou d'un autre degré de *développement maladif de la personnalité* (oligophrénie, psychopathie), d'une ou d'une autre forme de *processus maladif de la personnalité*, et enfin d'une ou d'une autre variété de *ses réactions malades*; elle est supprimée uniquement quand ces états déterminent la perte du critère de la connaissance, ou de la conscience, ou de la volonté. Cette règle garde aussi toute sa validité dans l'athérosclérose cérébrale. Tant que

les psychoses qui y surgissent de par nature processuelle, surtout dans sa variété paranoïde, représentent un *trouble permanent de la conscience*, les psychoses réactivo-épileptiques de brève durée, sont donc des *troubles temporaires de la conscience* dans la conception de l'article 13 du Code pénal de Bulgarie (comme dans les articles 10 et 11 du Code pénal de Suisse). Le changement athérosclérotique de la personnalité qui aggrave jusqu'à un *trouble permanent de la conscience* implique au contraire et en principe le jugement, non de la responsabilité, mais de la capacité civile du malade. En règle générale, une démence globale ne pousse pas, sauf exception, à un acte criminel.

On peut ajouter que l'importance accrue de la pathologie cérébrale vasculaire dans la société contemporaine fait désirer que l'on étudie de façon plus approfondie les divers problèmes de psychiatrie médico-légale relatifs à l'athérosclérose cérébrale.

BIBLIOGRAPHIE

- BARUK, H.: Traité de psychiatrie. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
- BINDER, H.: Die Geisteskrankheit im Recht. Schulthess, édit., Zurich, 1952.
- BIRNBAUM, K.: Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde. Springer, édit., Berlin, 1931.
- BLEULER, E. et BLEULER, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, édit., Berlin, 1960.
- BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Bergmann, édit., München, 1948.
- CLAUDE, H.: Psychiatrie médico-légale. Doin et Cie, édit., Paris, 1932.
- DAVIDSON, A. H.: Forensic Psychiatry. Ronald Press Company, édit., New-York, 1952.
- EHRHARDT, H.: Die zivil- und strafrechtliche Beurteilung bei Hirndurchblutungsstörungen. *Acta Neurochirurgica*, Suppl. VII, 339-348, Wien, 1961.
- ESQUIROL, E.: Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde. Vol. 1, u. 2, Berlin, 1938.
- EY, H.; BERNARD, P. et BRISSET, H.: Manuel de Psychiatrie. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.
- FERRARO, A.: Psychoses with cerebral arteriosclerosis. *American Handbook of Psychiatry*. 1078-1108. Basic Books, édit., New-York, 1960.
- GILJAROWSKIJ, W. A.: Psychiatrie (russe). Medgiz, édit., Moscou, 1954.
- GRUHLE, H. W.: Gerichtliche Psychiatrie und allgemeine Gutachter-tätigkeit. 755-792. Dans *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, de Weygandt-Gruhle. Marhold, Halle/S., 1952.
- GRUNTHAL, E.: Die Arteriosklerose der Hirngefäße; REICHWARDT, M.: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. 582-593. 4e éd., v. E. Grünthal u. G. E. Störing, Fischer, Stuttgart, 1955.
- GOUREVITCH, M. O. et MOLOTCHKE, A. I.: Psychiatrie médico-légale (russe). Moscou, 1938.
- GOUREVITCH, M. O.: Psychiatrie (russe). Medgiz, édit., Moscou, 1949.
- HOCHE, A.: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Springer, édit., Berlin, 1934.
- HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schwabe, édit., Bâle, 1956.
- JANTZ, H.: Schizophrenie und Selbstmord. *Nervenarzt*, 22: 127, 1951.
- KALACHNIK, J. M.: Psychiatrie médico-légale (russe). Moscou, 1961.
- KOLLE, K.: Psychiatrie. Thieme, édit., Stuttgart, 1961.
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie II. Teil I. Barth, édit., Leipzig, 1922.
- KRAFFT-EBING: Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Enke, édit., Stuttgart, 1900.
- LANGE, J. et BOSTROEM, A.: Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie. Thieme, édit., Leipzig, 1941.

- LANGE, J.: Psychische Störungen des höheren Lebensalters und bei Hirnkrankheiten. Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, de A. Hoche. 446-458. Springer, édit., Berlin, 1934.
- LANGELUDDEKE, A.: Gerichtliche Psychiatrie. Gruyter, édit., Berlin, 1959.
- MACDONALD, J. M.: Psychiatry and the Criminal. C. C. Thomas, édit., Springfield (Illinois), 1958.
- MAYER-GROSS, W.; SLATER, E. et ROTH, M.: Clinical Psychiatry. Cassel, édit., London, 1960.
- MEGGENDORFER, F. et VILLINGER, W.: Forensische Bedeutung der einzelnen Krankheiten. Lehrbuch der Psychiatrie de M. Bleuler. Springer, édit., Berlin, 1960.
- NOYES, A. P. et KOLB, L. C.: Modern Clinical Psychiatry. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1959.
- OSERETZKIJ, N. I.: Lehrbuch der Psychiatrie (russe). Medzig, édit., Moscou, 1958.
- PAVLOV, I. P.: Die zwanzigjährige Erfahrung objektiver Erforschung der höheren Nerventätigkeit (des Verhaltens) der Tiere (russe). Moscou, 1951.
- POROT, A. et BARDENAT, Ch.: Psychiatrie médico-légale. Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.
- SCHIPKOVENSKY, N.: Schizophrenie und Mord. Springer, édit., Berlin, 1938.
2. Pathologische Reaktionen der Persönlichkeit: Neurosen und psychogene Psychosen. Maudrich, Wien, Ie partie 1960, Iie partie 1961.
 3. Schwachsinn und Verbrechen ("Geistesschwäche" und Zurechnungsfähigkeit). Fischer, Jena, 1962.
 4. Les principes de la Psychopathologie (bulg.). Sofia, 1954.
 5. Psychiatrie clinique (bulg.). Sofia, I, 1956.
 6. Psychiatrie clinique (bulg.). Sofia, II, 1962.
 7. Phänomenologische Ähnlichkeit reaktiver und Prozesspsychosen ("psychogene" Bilder mit organischer Bedingtheit). *Wien. Zschr. f. Nervenhk.*, 20: 1-3, 178-187, 1962.
 8. Depressive Bilder organischer und psychogener Herkunft bei Hirnarteriosklerose. *Psychiatrie*, 16: 8, 288-293, 1964. Leipzig.
 9. Schizophrenie und Mord. Congress Report, IInd International Congress for Psychiatry, Vol. IV, 433-443, Zurich, 1954.
 10. Zyclophrenie und Mord. Arbeiten des H.M.I., Sofia (bulg.), vol. IV, H. 2, 87-141, 1957.
 11. Epileptische Veränderung der Persönlichkeit und Mord. Arbeiten des H.M.I. (en langue bulgare, avec résumé en anglais). Sofia, vol. XXXVIII/VI, fasc. 5, 193-194, 1959.
 12. Epileptische Psychosen und Mord. Arbeiten des H.M.I., bulg. mit englischer Zussammenfassung), Sofia, vol. XXXIX (VI), fasc. 6, 81-103, 1960.
 13. Psychose und Mord. *Wien. Med. Wschr.*, 54, 1957.
 14. Manie und Mord. *Wien. Zschr. f. Neur.*, 14: Heft 2-3, 212-227, 1957.
 15. Schizophrenie und Verbrechen (unveröffentl. Monographie). Sofia, 1961.
 16. Psychopathie und Mord (unveröffentl. Monographie). Sofia, 1961.
 17. Mitgehen und Mitnehmern in den Tod. Leipzig. *Psychiatrie*, 15: 6-7, 226-234, 1963.
 18. L'omicidio di familiari commesso da minorenni. *Quaderni di Criminologia Clinica*, 5: 4, 425-460, 1963.
 19. Epilepsie und Zurechnungsfähigkeit. *Mtschr. Krim.*, 46: 6, 241-250, 1963.
 20. Atypische endogene Psychosen in gerichtspsychiatrischer Sichtungstypen: Melancholien und Mord. Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, vol. III, 34-38, Toronto, 1954.
- SPIELMEYER, W.: Die arteriosklerotischen Seelenstörungen. Dans: Aschaffenburg, Handb. d. Psychiatr. Spezieller Teil, 5. Abt., 461-547. Deuticke, Leipzig-Wien, 1912.
- STERN, F.: Arteriosklerotische Psychosen. Dans: Bumke, Handb. d. Geisteskrankheiten VIII, Spezieller Teil IV, 461-541. Springer, édit., Berlin, 1930.
- SCHULTE, W. et HARLFINGER, H.: Cerebrale Gefässklerose. Dans: G. Schettler, Arteriosklerose. Thieme, 413-450, Stuttgart, 1961.
- VLADOV, D.: L'homicide en pathologie mentale. Librairie Maloine, édit., Paris, 1911.
- WEITBRECHT, H. J.: Psychiatrie im Grundriss. Springer, édit., Berlin, 1963.
- WILMANN, K.: Über Morde im Prodromalstadium der Schizophrenie. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 170: 583-662, 1940.
- WITTER, H.: Das cerebrovaskulärbedingte Psychosyndrom als forensisches Problem. *Acta Neurochirurgica (Suppl. VII)*, 349-354. Wien, 1961.
- WOLLENBERG, R.: Geistesstörungen bei Arteriosklerose. Dans: Biswanger et Siemerling: Lehrb. d. Psychiatr., 423-428. Fischer, édit., Jena, 1920.
- WYRSCH, J.: Gerichtliche Psychiatrie. Haupt, Bern, 1955.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

CONCEPTION NOUVELLE DU TRAITEMENT À DOMICILE DE LA LEUCORRHÉE

Marcel FERRON¹

Plusieurs femmes se présentent quotidiennement au bureau du praticien général, de l'obstétricien, du gynécologue ou aux consultations externes des hôpitaux se plaignant de leucorrhée. Beaucoup d'autres, pour une foule de raisons, négligent d'en parler spontanément à leur médecin et ce n'est qu'au questionnaire médical systématique qu'il est possible de mettre en évidence un problème de "pertes blanches" souvent fort ennuyeux. Enfin, au cours d'examen gynécologiques routiniers, il nous est arrivé fréquemment de retrouver des sécrétions vaginales de nature pathologique sans que les patientes s'en soient plaintes antérieurement. Les unes consultent pour du prurit ou pour une odeur désagréable; les autres se plaignent plutôt de pertes trop abondantes les obligeant à changer fréquemment leurs sous-vêtements.

Le canal vaginal est constitué d'une muqueuse composée de cellules épithéliales squameuses. L'humidité naturelle du vagin est assurée par les glandes cervicales, les glandes de Bartholin et les glandes de Skene. L'élimination de ces diverses sécrétions, mêlées aux cellules épithéliales desquamées, se fait par gravitation. De la même façon s'éliminent le matériel spermatique et le sang menstruel. Or ce procédé d'élimination ne saurait être suffisant. Les nombreux replis de la muqueuse vaginale permettant la dilatation normale du vagin au moment de l'accouchement retiennent ces débris qui deviennent rapidement une source de prolifération bactérienne (1). Avant tout une question d'hygiène, la leucorrhée physiologique constitue facilement un problème d'ordre strictement médical.

Les pertes vaginales physiologiques ou non ont très peu retenu l'attention du médecin dans le passé, celui-ci se contentant de traiter les infections vaginales sévères. Alors que de nos jours des méthodes d'hygiène publique sont scientifiquement appliquées, le jeune médecin se surprend de constater le peu d'intérêt porté à l'hygiène des voies génitales de la femme. L'hygiène, ceci est accepté par tous, s'avère pourtant le meilleur traitement prophylactique de beaucoup de maladies. Le cuir chevelu, les oreilles, le nez, la bouche, la

peau etc. requièrent régulièrement des soins hygiéniques particuliers où les fonctions naturelles de l'organisme ne suffisent pas.

Il est souvent conseillé aux femmes présentant de la leucorrhée de s'administrer des douches vaginales à base de savon ou de substances médicamenteuses. Cette façon de procéder à l'assainissement vaginal, certainement efficace dans certains cas, n'a malheureusement pas apporté les résultats espérés: soit qu'on ne pouvait retrouver sur le marché pharmaceutique de matériel scientifiquement conçu, soit que les substances assainissantes étaient inefficaces, soit que le mode d'emploi était onéreux ou difficilement contrôlable par le médecin.

Une nouvelle formule d'assainissement vaginal (2) a été mise sur le marché canadien qui associe à l'emploi d'une substance universellement connue pour sa haute valeur germicide, l'hexachlorophène, la technique employée en chirurgie gynécologique pour la désinfection vaginale. La trousse présentée contient:

1) une éponge de polyuréthane fixée solidement à un applicateur de plastique qui peut être soumis à l'ébullition sans risque de détérioration.

2) une solution renfermant un détersif légèrement acidulé, le sulfate de lauryl-alkylamine, avec hexachlorophène à 2% spécialement conçue en véhicule parfumé pour emploi avec l'éponge.

3) un récipient en aluminium pour effectuer la dilution de la solution avant l'usage.

Il devient relativement facile de l'employer après quelques essais. Il suffit de tremper l'éponge dans la solution préalablement diluée et de l'insérer lentement en suivant la courbe naturelle du vagin. Une fois au fond du vagin, il faut imprimer un léger mouvement de rotation pendant environ quinze secondes puis retirer l'applicateur en continuant le même mouvement de rotation.

Nous avons effectué un relevé rapide de la littérature concernant l'efficacité de l'hexachlorophène comme agent germicide. Cet antiseptique, largement utilisé dans les dentifrices et les savons, demeure, malgré l'apparition récente de nouvelles préparations germicides, l'un des plus sûrs si l'on considère sa grande efficacité, sa faible toxicité

¹ Département d'obstétrique-gynécologie, Hôpital Maisonneuve. Professeur titulaire d'obstétrique à l'Université de Montréal.

² Portabiday, de la maison Winley-Morris.

et les rares réactions allergiques qu'il a suscitées au cours de son emploi (2). J. A. Ostlund l'a utilisé au moment de pratiquer les examens vaginaux de ses parturientes. Il a pu constater que cette technique prévenait l'apparition d'infections secondaires chez les femmes où des examens vaginaux répétés étaient faits au cours du travail (3).

Nous avons employé cette formule chez cinquante patientes dont trente présentaient une leucorrhée non spécifique. Chez les vingt autres cas nous avons utilisé cette forme d'assainissement vaginal après traitement d'une cervicite par cauterisation.

Après deux semaines de ce nettoyage vaginal quotidien, toutes les patientes virent disparaître leurs symptômes et furent très heureuses de ne plus souiller leurs vêtements et d'être débarrassées des odeurs désagréables, de la démangeaison et de l'irritation. Il n'y eut aucune réapparition de la leucorrhée un mois après l'arrêt du traitement. Une seule patiente a dû abandonner cette thérapeutique après cinq jours à cause d'une irritation provoquée, semble-t-il, par le médicament. Il faut dire, en toute honnêteté qu'elle était déjà sous traitement pour allergie.

Toutes celles qui ont fait l'essai de ce traitement ont été unanimes à louer sa simplicité de préparation et sa facilité d'administration ainsi que le bien-être qu'il procure.

Il nous a semblé plus facile de faire accepter cette forme de thérapie que la douche vaginale dont la préparation est beaucoup plus longue, ce qui n'est pas sans apporter certains manquements.

Nous savons qu'une douche ordinaire ne représente pas une mesure adéquate de nettoyage vaginal. Cette innovation permet désormais à toutes les femmes d'emprunter le procédé de désinfection vaginale employé dans les centres hospitaliers, c'est-à-dire l'écouvillonnage à l'hexachlorophène. Cette substance est employée dans plusieurs circonstances comme mesure préventive ou même dans les cas d'infection connus. Dans certains centres on l'emploie couramment pour le brossage pré-opératoire des mains.

Nous n'avons encore que peu d'expérience avec l'emploi de la trousse Portabiday. Nous nous permettons donc de reproduire ici les constatations faites par le docteur Thomas M. Léonard au cours d'une étude faite en 1962 et portant sur 200 patientes. Le docteur Léonard était professeur adjoint d'obstétrique et de gynécologie à l'Hôpital Universitaire George Washington.

Chaque patiente subit un examen vaginal. Seules celles présentant une leucorrhée suffisante pour tacher leurs vêtements furent étudiées. Avant de commencer le traitement, une recherche du *Trichomonas Vaginalis* fut faite dans chaque cas et une culture sur Sabouraud dans 154 cas. Des frottis pour cytologie exfoliatrice furent pratiqués dans 100 cas et dans 20 cas une coloration Gram fut faite. Toutes les patientes furent examinées hebdomadairement alors que l'assainissement vaginal se poursuivait pour chacune à la maison (4).

RÉSULTATS

Trichomonas vaginalis

| No. de ptes | 1ère semaine | 2e semaine | 3e semaine |
|-------------|--------------|------------|------------|
| 200 | 16# | 1 | 0 |

3 patientes reçurent en plus un traitement à base de sulfas.

Culture sur Sabouraud (Moniliase)

| No. de ptes | 1ère semaine | 2e semaine | 3e semaine |
|-------------|--------------|------------|------------|
| 154 | 44 | 16 | 11# |

de ce nombre, 6 patientes étaient enceintes et 1 était diabétique.

Cytologie exfoliatrice

De façon générale, le cytologiste a noté qu'après une période de traitement, les frottis étaient plus faciles à interpréter à cause de l'absence de pus et de débris de toutes sortes. Sur les 100 frottis faits avant le début du traitement, un seul fut rapporté Classe 1 (pas d'infection). Après une semaine de traitement, 50% étaient rapportés Classe I (pas d'infection). Deux autres frottis d'abord interprétés comme Classe II devinrent Classe III quand de nouveaux frottis furent répétés après traitement. Dans ces derniers cas, les frottis contenaient tellement de cellules de pus que la présence de cellules anormales ne put être détectée.

Coloration Gram

Avant traitement, les 20 patientes montrèrent un décompte bas des bacilles de Doderlein et une augmentation anormale du décompte des autres bactéries et des cellules de pus. Après traitement, toutes montrèrent une augmentation des bacilles de Doderlein alors que la plupart des autres bactéries et des cellules de pus avaient disparu.

Il nous semble donc essentiel que les médecins attachent désormais plus d'importance aux pertes vaginales physiologiques ou non de leurs patientes. Il n'est pas normal que tant de femmes soient les

victimes d'un concept dépassé qui veut que l'assainissement vaginal se fasse naturellement comme s'il fallait condamner l'utilisation de dentifrices en hygiène dentaire.

Nous ne saurions par contre recommander l'emploi du Portabiday chez toutes les patientes présentant de la leucorrhée. D'une part les infections vaginales spécifiques graves sont déjà traitées d'une façon très satisfaisante par des mesures adéquates. Le Portabiday constitue cependant dans ces cas un traitement adjuvant de premier ordre au cours de la deuxième phase de la thérapie tout en demeurant une mesure prophylactique incomparable. D'autre part certaines conditions psychologiques devraient en restreindre l'application.

Résumé

Une appréciation est donnée sur une nouvelle méthode d'assainissement vaginal pour le traitement, à domicile, de la leucorrhée. Le procédé est celui de l'écouvillonnage vaginal tel qu'employé en désinfection pré-opératoire du vagin. Pour ce faire une éponge de polyuréthane fixée à un applicateur de plastique est trempée dans une solution contenant du sulfate de lauryl-alkylamine et de l'hexachlorophène à 2%. Les propriétés ger-

micides de l'hexachlorophène en font un désinfectant de grande efficacité et de faible toxicité. Ce produit a été employé avec succès par cinquante patientes présentant une leucorrhée non spécifique. Une seule femme, déjà sous traitement pour allergie, a dû interrompre le traitement.

Summary

An appreciation is given on a new method of vaginal disinfection for the treatment of leucorrhea at home. This method is the one employed in the pre-surgical decontamination of the vagina. A sponge of polyurethane fixed on a firm plastic handle is used. This sponge is dipped in a solution containing alkylamine lauryl sulfate and 2% hexachlorophene. The germicidal properties of hexachlorophene make it a disinfectant of high efficacy and low toxicity. This product had been successfully tested on fifty patients with non specific leucorrhea. One of them only, already under allergic treatment, had to discontinue the treatment.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEONARD, Thomas A.: The management of physiological leucorrhea. *Medical Times Reprint*. Janvier 1964.
2. OSTLUND, J. A.: The use of Hexachlorophen Soap Antisepsis for Vaginal Examination during Labor. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **83**: 1099-101 (avril) 1962.
3. RITTENBURGH, Max. S. et coll.: A Clinical Bacteriologic Evaluation of Surgical Antiseptics and a Plastic Drape. *Surg. Gynec. Obstet.*, **119**: 568-74 (septembre) 1964.
4. LEONARD, Thomas M.: New relief for leucorrhea. *Med. Ann. D.C.*, **31**: 506-9 (septembre) 1962.

L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE CHEZ LES DÉLINQUANTS

N. Moamai,

L'électroencéphalographie est une technique devenue indispensable en criminologie et en médecine légale. Les premiers travaux dans ce domaine (entrepris dès 1942 par Gibbs, Delay, Verdeaux et Fischgold) nous ont montré que les tracés électriques des jeunes délinquants sont toujours différents de ceux des sujets sélectionnés.

Le docteur Hill a trouvé 40% des tracés anormaux chez les délinquants dangereux. Ces anomalies du tracé sont dues à l'immaturation bioélectrique du cerveau, dont nous avons longuement parlé dans notre thèse (Paris, 1964).

La délinquance juvénile est un phénomène biopsychosocial; c'est sur ces trois fronts qu'il faut l'étudier et l'attaquer. Le crime perpétré par le mineur est une réaction symptomatique d'une brusque évolution d'un monde de transition. C'est à nous d'étudier la culture et de découvrir une civilisation qui font de l'homme: "le gardien de son frère".

M. Rognant cite le cas d'un criminel qui avait tué tous les membres d'une famille. Son tracé électroencéphalographique était anormal avec une activité d'allure épileptique à l'hyperpné et avec une localisation temporelle décelée par le Cardiazol. Cependant, l'expert ne pouvait prouver si au temps de l'action criminelle, le sujet était en état de crise ou non. Dans tout examen électroencéphalographique, il y a trois possibilités:

- a) électroencéphalogramme normal: l'expert se trouve dans la situation antérieure à l'examen;
- b) électroencéphalogramme anormal: il existe une perturbation dans le fonctionnement cérébral;
- c) électroencéphalogramme perturbé chez le sujet normal au point de vue mental, donc le fonctionnement du cerveau est imparfait.

D'après J. Delay et G. et J. Verdeaux, l'électroencéphalographie doit être pratiquée par un médecin qui donne ses conclusions en utilisant ses connaissances techniques et neuro-psychiatriques, mais les conclusions ne doivent pas être définitives.

C'est à l'expert d'apprécier l'interprétation de l'électroencéphalogramme et de l'intégrer dans son diagnostic. Car si l'électroencéphalographiste doit être neuro-psychiatre, il est indispensable que l'expert soit au courant de la technique encéphalographique. C'est à lui de conclure dans le cas d'épilepsie si le délit a été soumis en état d'absence ou a été favorisé par le caractère épileptique ou, encore, a été préparé indépendamment de toute influence morbide. Il pourra évaluer le degré de responsabilité en établissant une corrélation entre cette dernière et le fonctionnement cérébral dont l'électroencéphalogramme est le reflet.

Selon Planques, il n'y a pas de corrélation entre la délinquance et les tracés, mais plutôt entre une lésion cérébrale et le tracé.

Dans le laboratoire d'électroencéphalographie de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine de Paris (Prof. Jean Delay) et sous la direction de G. et J. Verdeaux, nous avons enregistré les tracés électriques d'un groupe de 120 délinquants provenant du centre spécial de l'observation et de l'éducation surveillée (tous du sexe masculin et âgés de 14 à 18 ans). Un groupe de contrôle, du même sexe et du même âge, a été également choisi dans une école professionnelle. La différence essentielle entre les deux groupes résidait dans l'adaptation sociale.

Nous avons étudié sur chaque tracé: 1) l'amplitude, 2) la symétrie, 3) la morphologie, 4) la fréquence et nous avons obtenu les résultats suivants:

- (1) le rythme alpha (α) chez le délinquant est plus souvent continu, pointu et diffus, tandis que chez le sujet de contrôle, le rythme alpha est discontinu, en bouffée, bien organisé et avec une bonne réaction d'arrêt visuel;
- (2) une prédominance très marquée du rythme thêta chez le sujet délinquant, mais sans une localisation précise;
- (3) la présence d'ondes lentes postérieures avec un pourcentage considérable chez les délinquants (42.5%) et de (7.7%) seulement chez les sujets normaux.

¹ Psychiatre à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu (Montréal).

Résumé

L'électroencéphalographie est une technique devenue indispensable en criminologie et en médecine légale.

Les tracés électriques des jeunes délinquants sont toujours différents de ceux des sujets sélectionnés.

Ces anomalies du tracé sont dues à l'immaturation bioélectrique du cerveau. Nous avons trouvé une prédominance très marquée du rythme thêta et une présence d'ondes lentes postérieures (avec un pourcentage de 42.5% chez les délinquants et 7.7% chez les jeunes normaux).

Summary

Electroencephalography has developed into an indispensable technic in criminology and legal medicine.

Delinquents, as a group, present characteristic E.E.G. with significant variations from control groups.

These graphic signs depend on cerebral bioelectric immaturity. We found a clear predominance of theta rhythm and frequent appearance of slow waves toward the occipital region (with a percentage of 42.5% delinquents as against 7.7% in the controls).

BIBLIOGRAPHIE

1. BRILL, N. G.; SEIDEMANN, H. et MONTAGUE: EEG Studies in Delinquent Behavior Problem Children. *Amer. J. Psychiat.*, **98**: 494-498, 1942.
2. BROWN, N. T. et SOLOMON, C. I.: Delinquency and the EEG. *Amer. J. Psychiat.*, **98**: 499-503, 1942.
3. DELAY, J.; BACHET; VERDEAUX, G. et VERDEAUX, J.: L'EEG chez les délinquants adultes. *Ann. Médico-psychol.*, **110**: 67, 1952.
4. DELAY, J.; VERDEAUX, G. et VERDEAUX, J.: Enregistrements EEG et comparaison d'un groupe de sujets sélectionnés avec un groupe de délinquants. *Revue Neurol.*, **87**: 467, 1952.
5. MEERLOO, J. A. M.: L'éternel Caïn. *Méd. Hyg.*, **123**: 676 (juillet) 1965.
6. MOAMAI, N. en collaboration avec le professeur REZAI, H.: Essai d'explication du fonctionnement du cerveau d'après une énergie résiduelle et des données EEG. *Ann. Médico-psychol.*, **121**: 578-80 (nov.) 1963.
7. MOAMAI, N.: L'aspect électroclinique de la délinquance juvénile. Thèse. Paris, 1964.

ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

LA THÉRAPEUTIQUE ANTICOAGULANTE

Camille DUFAULT,
Hôpital Saint-Luc (Montréal).

Le problème de la thérapie anticoagulante des manifestations thrombo-emboliques se pose de façon majeure par ses indications et ses contre-indications. Au reste, il semble opportun, avant d'en faire l'étude détaillée, de définir la formation du thrombus et les processus subséquents de coagulation.

Grosso modo, trois étapes sont franchies lors de l'hémostase. Les plaquettes s'accollent ou adhèrent aux fibres collagènes et aux cellules endothéliales lésées; puis il se fait une agrégation réversible des thrombocytes sous l'influence de l'ADP pouvant être bloquée par l'AMP, l'ATP, l'adénosine et la 2-chloro-adénosine. Sous l'influence de la thrombine, l'agrégation irréversible prend place et conduit à la métamorphose visqueuse. C'est à ce niveau seulement que l'héparine, à doses pharmacologiques, agit. L'inefficacité prouvée des coumarines et des indanediones à ce stade de l'hémostase sanctionne de ce fait leur apparente inefficacité thérapeutique.

Selon la localisation artérielle ou veineuse, le thrombus se comporte différemment. Dans le système artériel, le caillot s'accroît par addition progressive de plaquettes, de leucocytes et de fibrine; à cause de facteurs hémodynamiques, le processus d'extension du thrombus est différent dans le système veineux. A ce niveau, les facteurs de coagulation participent davantage à l'hémostase à cause du ralentissement de la circulation et c'est précisément là que la thérapie anticoagulante trouve son efficacité; il faut noter également la présence d'un facteur anti-Von Villebrand qui facilite l'agrégation plaquettaire.

Ces faits étant admis presque universellement, quelles sont les indications et les contre-indications de cette thérapie anticoagulante ?

Les indications absolues demeurent encore en territoire veineux. Les thrombophlébites et les phlébothromboses, surtout avec embolies, nécessitent l'emploi de l'héparine et des anticoagulants oraux. L'amorçage de la thérapie se fait avec l'héparine, avec traitement ultérieur par les coumarines et les indanediones.

En territoire artériel, les indications sont plutôt relatives et plus discutables.

Lors de l'infarctus du myocarde, surtout chez les "bons risques", cette thérapie est discutable. Toutefois, l'"American Heart Association" la préconise, surtout "à court terme". Le "British Medical Council" y voit une indication formelle

chez le jeune sujet; mais si des phénomènes emboliques compliquent l'infarctus du myocarde, on ne devrait pas hésiter à utiliser cette médication. Également, la présence d'arythmies cardiaques embolisantes justifie cette médication.

L'ischémie cérébrale intermittente qui ne répond pas au traitement chirurgical semble demeurer une indication sélective. Les embolies et les thromboses nécessitent l'anticoagulation entre 48 et 72 heures après l'accident occlusif, délai exigé pour éviter la suffusion hémorragique au niveau de la zone ischémique. On ne doit pas hésiter à "sintroniser" les affections embolisantes.

Au niveau des territoires artériels périphériques, l'anticoagulant a définitivement cédé le pas à la chirurgie. Le problème ne se pose plus.

Rappelons les contre-indications. Ce sont les hémorragies, l'instabilité émotionnelle et celle du quotient intellectuel, les dyscrasies sanguines, les maladies hépatiques et rénales, une tension artérielle plus élevée que 180/110, l'ulcus gastroduodénal, la cancer, l'endocardite, la chirurgie de la prostate et du système nerveux, la péricardite et les épreuves de laboratoire inadéquates.

Les complications qui surviennent avec l'héparine sont l'alopecie et les réactions allergiques; avec les coumarines et les indanediones, on retrouve des hémorragies du tube digestif, du tractus urinaire, des hémoptysies, des ecchymoses et des hématomes, parfois une hépatite médicamenteuse et une agranulocytose surtout avec les indanediones, de la fièvre, une réaction leucémoïde, un "rash", la thrombocytopenie, des hémorragies chez le fœtus et chez le nouveau-né allaité.

L'héparine, qui s'emploie par voie parentérale, est prescrite au début de la thérapie. Elle est la seule médication anticoagulante indiquée lors de la chirurgie cardio-vasculaire, de l'hémodialyse et chez la femme enceinte. Malheureusement, son coût prohibitif et son mode d'administration en limitent souvent l'usage.

Les anticoagulants oraux de la famille des coumarines et des indanediones sont les plus utilisés. Leur coût modique et leur administration "per os" facilitent ce mode de thérapie. La thérapie anticoagulante reste une énigme en territoire artériel. A mon avis, l'attitude du médecin doit être éclectique, ni trop enthousiaste, ni trop sceptique. L'héparine survivra, mais les anticoagulants oraux céderont probablement le pas à des substances bloquant l'initiation ou facilitant la dissolution du thrombus.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du mardi, 14 décembre 1965

Tenue en l'Hôpital Sainte-Justine

Présidence du docteur Léopold Morissette

Séance spéciale sur les assurances

Il est connu de tous que certains médecins ont des griefs contre les compagnies d'assurances. Ceci a passablement inquiété les compagnies qui ont créé un comité des relations publiques pour essayer de trouver un terrain d'entente entre médecins et assureurs.

Le choix des médecins examinateurs pour une compagnie est très important.

Quand le médecin choisi est compétent, consciencieux et de bon contact, les sources de préjugés et d'incompréhension disparaissent le plus souvent.

Par contre les assureurs éprouvent parfois beaucoup de difficultés à communiquer avec le médecin traitant et des retards inexplicables en résultent et très souvent au détriment du patient qui se voit refuser une protection dont il aurait eu grand besoin. Des médecins invoquent le secret professionnel, mais ceci est plutôt un mythe d'après le docteur Turcotte, car dans les hôpitaux tous les employés subalternes peuvent prendre connaissance de la teneur des dossiers. D'ailleurs, les employés de compagnies d'assurances sont beaucoup mieux disciplinés sur le sujet.

Plusieurs formules de certificats de décès sont ambiguës et elles ne semblent pas plaire aux médecins. Mais il faut se rappeler que l'assurance est un contrat et que l'assureur peut avoir été fraudé. L'angine de poitrine est un exemple typique. — Comme la loi prévoit une période de contestabilité de deux ans où il n'est pas nécessaire de prouver fraude, les compagnies sont donc très intéressées à obtenir toutes les informations médicales précédant

un décès. — En effet la preuve de fraude est légalement très difficile.

Au chapitre de l'assurance accident-maladie, un des principaux problèmes est l'accélération des communications avec la compagnie, car les prestations sont alors retardées. De plus, la période d'invalidité est une autre problème. Un conseil offert par le docteur Turcotte est la lettre confidentielle à la compagnie.

Cette dernière pourra alors se servir d'un tiers sans que le médecin traitant soit ennuyé. L'invalidité trop longue sans justification représente un élément de justice sociale à cause de l'augmentation du coût des primes qui résultera pour les autres assurés non concernés.

En assurance maladie les bénéfices versés doivent être correspondants aux primes perdues.

A l'instar du Collège des Médecins qui possède un Comité de consultation, les compagnies d'assurance aussi possèdent un organisme semblable (C.H.I.A.) où les médecins peuvent soumettre leurs griefs.

En discussion le docteur Bernard Baillargeon a souligné la méfiance que plusieurs médecins entretiennent envers les compagnies qu'ils trouvent trop riches et contre lesquelles le médecin doit protéger son patient. Mais il ne faut pas oublier que les compagnies ont versé aux médecins des millions de dollars et que jusqu'à un certain point, elles sont responsables de l'aisance dont jouit la profession.

Cependant, de poursuivre le docteur Baillargeon, elles ne sont pas toutes sans reproches. La protection que donnent les compagnies sera toujours proportionnelle à la prime payée.

Par la suite plusieurs questions furent posées au docteur Turcotte par les médecins présents.

Gilles LEDUC

Le secrétaire des séances

REVUE DES PÉRIODIQUES

MÉDECINE

L. O. MAC LEAN, J. H. DUFF, H. M. SCOTT et O. I. PERETZ. **Thérapeutique du choc chez l'homme, basée sur un diagnostic hémodynamique.** (Treatment of shock in man based on hemodynamic diagnosis.) Surg., Gynec., Obstet., 120: 1-16 (janv.) 1965.

Le choc se produit ou existe lorsque la distribution de la masse sanguine n'est pas adéquate au niveau des organes vitaux; il peut alors être dû à trois facteurs: insuffisance de la fonction cardiaque, déficience du volume ou augmentation de l'espace vasculaire.

L'hypotension — baisse de la tension artérielle — en est le signe clinique le plus commun, le plus facile à déceler.

C'est une erreur, par trop courante, que de vouloir à priori corriger, à l'aide de vaso-constricteurs, ce syndrome hypotensif sans en connaître l'exacte étiologie.

La tension artérielle n'est pas un indice infailible de la dynamique circulatoire et du débit cardiaque. Pour estimer d'une façon précise et rapide le volume sanguin du patient, un excellent guide est la mesure de la pression veineuse centrale dont la valeur s'accroît habituellement à la suite d'une transfusion de sang. Quand la tension veineuse centrale oscille entre les chiffres 10 et 15 centimètres d'eau, cela signifie que le retour du sang au cœur se fait convenablement et que le volume sanguin se trouve dans les limites de la normale.

On sait que la plupart des malades en état de crise ont un faible débit cardiaque et une tension veineuse centrale peu élevée. En l'occurrence, le remplacement des pertes sanguines est le premier acte à accomplir. Il faut ici transfuser le patient jusqu'au moment où la tension artérielle ou la pression veineuse centrale atteigne leur niveau normal. (La détermination du volume sanguin total est, en ce cas, également utile.)

Les auteurs sont d'avis que même une transfusion donnée rapidement chez les sujets âgés, ou chez ceux qui sont dans un état de choc associé à un infarctus du myocarde, ne cause pas d'œdème pulmonaire, si la tension veineuse centrale de ces malades ne dépasse point quinze centimètres d'eau. D'après les auteurs, lorsque après plusieurs transfusions sanguines la situation reste la même, s'il n'y a aucune amélioration du débit cardiaque et de la tension veineuse centrale, on doit recourir en cette instance à l'administration intraveineuse

d'un soluté de dextran à faible poids moléculaire ou bien à l'isoprotérénol (Isufrel, Aludrine, Isonorine, Norisodrine); ce dernier médicament sera bénéfique pour le malade qui accuse une insuffisante ou un collapse cardiaque.

Les auteurs font cette remarque qu'il s'agit vraisemblablement d'une déficience du volume sanguin, i.e. d'une hypovolémie quand la tension artérielle retourne, avant la pression veineuse centrale, à son niveau antérieur. La persistance d'un taux élevé d'acide lactique dans le sang artériel est d'un pronostic peu favorable.

René LEBEAU

V. E. POLLAK. **Anticorps antinucléaires dans les familles des malades atteints de lupus érythémateux systémique.** (Antinuclear antibodies in families of patients with systemic lupus erythematosus.) New Eng. J. Med., 271: 165-171, 1964.

Utilisant des techniques d'immunofluorescence, l'auteur met en évidence les facteurs antinucléaires dans environ 91% des sérums de malades atteints de L.E.S., dans 25% de ceux appartenant à l'arthrite rhumatoïde et à d'autres collagénoses. De même, les anticorps antinucléaires ont été trouvés chez les parents des lupus érythémateux systémiques dans 25 familles sur 43 étudiées. Des tests positifs furent trouvés chez 33% de 142 parents du premier degré et dans 21% de 47 parents du second degré.

Ces faits suggèrent à l'auteur que la production des anticorps antinucléaires est sous la dépendance de facteurs héréditaires.

M. KALUDI

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Henri PIETRI, Jacques LEGRE et Vincent POL: **Une grande simplification de la technique splénoportographique: la ponction transpariétale de la rate sous pneumopéritoine et télévision.** La Presse Médicale, 72: 2691 (No 46 — octobre) 1964.

La ponction de la rate sous pneumopéritoine et sous contrôle télévisé transforme véritablement la technique de la splénoportographie et les plus petites rates deviennent désormais accessibles à l'opérateur le moins expérimenté.

Le malade est placé en decubitus ventral après réalisation d'un petit pneumopéritoine de 200 à 300 ml d'air ou d'oxygène; la rate, bien délimitée par le contraste gazeux, est facilement atteinte par l'aiguille que l'on guide sous télévision.

Réduction de la douleur, de la durée opératoire, diminution aussi des risques d'hémorragie fâcheuse, représentent les avantages d'une telle technique.

Guy ALBOT

A. CORNET, G. TERRIS et Ch. LAVERDANT: **Les ulcères multiples gastriques et duodénaux (Étude de 160 observations)**. Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition. 53: 1302 (11) 1964.

L'étude des ulcères multiples, gastriques et duodénaux, permet de dégager les points particuliers suivants: leur relative fréquence est démontrée lorsque l'on prend soin de procéder à une enquête radiologique et endoscopique. Leur siège intéresse la jonction de deux muqueuses de morphologie différente. La précession anatomique et la primauté clinique de l'ulcère juxta-orificiel doivent être soulignées, que cet ulcère soit duodénal ou pylorique. Le rôle favorisant de facteurs locaux dans l'écllosion de ces ulcères doit être retenu dans l'étiologie de ces variétés de la maladie de Cruveilhier.

Guy ALBOT

PNEUMOLOGIE

H. A. SWEDLUND, L. L. HENDERSON, W. S. PAYNE et W. S. FOWLER. **La glomectomie dans l'asthme chronique**. (Glomectomy for chronic asthma.) Mayo Clinic Proc. 40: 895-900 (déc.) 1965.

A la suite de Nakayama, plusieurs chirurgiens, américains pour la plupart, se sont lancés dans une tentative de traitement chirurgical de l'asthme. L'opération consiste à enlever le glomus carotidien. Des auteurs ont déclaré avoir obtenu des résultats remarquables. C'était extrêmement encourageant, car n'oublions pas que l'asthme, quelles que soient les méthodes de traitement médical, est souvent une maladie difficile à traiter et rarement guérissable. Malheureusement, les études faites par les chirurgiens les plus optimistes ne reposent pas toujours sur des contrôles cliniques et physiologiques rigoureux. Des travaux sérieux effectués par des équipes conjuguées de chirurgiens, de cliniciens et de physio-pathologistes, et comportant des investigations répétées avant la glomectomie et dans les suites prochaines et lointaines de l'opération, mirent en doute l'efficacité de ce traitement.

Dans un article court, clair et précis, Swedlund et ses collaborateurs de la Clinique Mayo rapportent les résultats de la glomectomie chez douze malades, chez lesquels la bronchite asthmatique était chronique, relativement stable et dépourvue de complication. L'âge de ces malades variait de

32 à 65 ans. Leur traitement général avait consisté dans l'hyposensibilisation pour les allergènes en cause, dans l'administration prolongée de corticoïdes et de la médication symptomatique habituelle. L'excision unilatérale du glomus carotidien fut effectuée par un seul chirurgien, toujours le même, dans tous les cas.

Une dénervation complète de la bifurcation carotidienne fut confirmée par des études anatomo-pathologiques. Deux séries d'exploration fonctionnelle furent faites, l'une pendant la semaine précédant l'opération et l'autre dans la semaine suivant l'opération. Chez 9 des 12 malades, les épreuves physio-pathologiques furent répétées un an après la glomectomie. Les conclusions de ce travail sont les suivantes

1) aucun des malades opérés put se passer des corticoïdes après l'opération;

2) dans aucun cas, les épreuves fonctionnelles furent améliorées, attestant d'une persistance de l'obstruction bronchique qui répondait de la même façon qu'avant l'opération aux aérosols broncho-dilatateurs.

Bien sûr, le dernier mot n'est pas dit relativement au traitement chirurgical de l'asthme. Mais cette étude sérieuse, faisant suite à bien d'autres, nous incite à nous demander si la glomectomie ne produit pas souvent l'effet d'un placebo.

Charles LÉPINE

RHUMATOLOGIE

Ian GORDON, A. M. RENNIE et A. W. BRAINWOOD. **La biopsie dans la polymyalgia rheumatica (pseudo-polyarthrite rhizomélisque)**. Ann. Rheum. Dis., 23: 447-455, 1964.

Dans six cas de pseudo-polyarthrite rhizomélisque, une biopsie de la synoviale et des structures périarticulaires de l'épaule, a été pratiquée.

Ils mettent ainsi en évidence des infiltrations de cellules inflammatoires dans la synoviale, la capsule et les vaisseaux; par contre nulle artérite à cellules géantes. Ceci les amènes à penser que la P.P.R. doit être distinguée de l'artérite à cellules géantes.

Notons, à titre de réflexion, que dans ce même numéro, un article analysé, aboutit à des conclusions inverses, puisque les auteurs en cause découvrent 12 cas d'artérite à cellules géantes sur 21 biopsies d'artère temporale effectuées chez des sujets atteints de P.P.R. (B. Hamrin, N. Jonsson et T. Landberg. Arteritis in polymyalgia Rheumatica. Lancet: I, 1964, 397).

M. KALUDI

PHYSIATRIE

G. Bard et G. Hirschberg. **Retour de la motricité volontaire à l'extrémité supérieure chez l'hémiplégique.** (Recovery of voluntary motion in upper extremity following hemiplegia.) Arch. Phys. Med., 46: 567-72, (août) 1965.

Les auteurs rapportent une étude faite sur 116 patients hémiplégiques, concernant le retour de fonction au membre supérieur. Ces 116 hémiplégiques avaient été extraits d'un total de 362, les autres ayant été éliminés soit parce qu'ils avaient eu plusieurs accidents cérébro-vasculaires, soit parce qu'ils n'avaient pas repris conscience, soit parce qu'ils étaient aphasiques ou détériorés sur le plan mental. Le groupe comprenait 61 hommes et 55 femmes. Le retour de fonction était évalué en rapport avec la possibilité d'accomplir les différents mouvements d'une articulation au niveau du membre. Les patients furent évalués d'abord à toutes les semaines et ensuite à tous les mois, pour des périodes de sept mois et plus.

Dix-neuf patients n'eurent aucun retour de fonction. Quarante-sept patients regagnèrent une fonction partielle, le retour étant plus marqué au coude, et moins bon à l'épaule et à la main. Tous ces 47 patients étaient spastiques à un degré plus ou moins sévère et le retour partiel de fonction ne permettait l'usage du membre supérieur affecté que pour un rôle d'assistance de l'autre membre supérieur. La récupération fut lente chez tous ces patients, et atteint son maximum vers le sixième mois. Chez 50 autres patients, le retour de la motricité volontaire fut complet, c'est-à-dire que tous les mouvements étaient possibles dans presque ou toute l'amplitude articulaire. Cependant, plusieurs de ces patients n'obtinrent pas une fonction parfaite du membre à cause de la présence fréquente d'ataxie, apraxie, troubles sensitifs ou spasticité. Tous ces patients qui eurent un retour complet de la motricité volontaire avaient manifesté un début de retour dès le premier mois à tous les niveaux et avaient atteint le maximum de récupération après un à trois mois.

Michel DUPUIS

THÉRAPEUTIQUE

P. MOLLARET et coll. **Le traitement du tétanos au Centre de réanimation de l'Hôpital Claude-Bernard.** Presse Médicale, 72: 2246 (25 septembre) 1965.

1° — Le traitement local à l'entrée du malade n'est conditionné que par les indications purement locales, comme mise à plat d'une plaie souillée, recherche d'un corps étranger ou évacuation d'une collection purulente. Emploi d'un antibiotique et

les auteurs donnent la préférence à la pénicilline G intra-musculaire ou en perfusion intra-veineuse à la dose de 10,000,000 unités par 24 heures, en période initiale. Ils recommandent aussi l'ampicilline par voie orale, en substitution ou au choix.

2° — La sérothérapie antitétanique est abandonnée d'abord parce qu'il est illusoire de croire qu'elle pourra neutraliser la toxine déjà fixée et parce qu'elle donne naissance à des réactions sériques dangereuses. La sérothérapie d'origine humaine récemment appliquée élimine, il est vrai, cette complication. Reste à savoir, selon les auteurs, si à des doses massives sous forme de gammaglobuline tout particulièrement, elle s'avérera réellement bénéfique.

D'autre part, les auteurs préconisent l'usage de l'anatoxine pour prévenir un tétanos secondaire.

3° — L'emploi des corticoïdes pendant une huitaine de jours dans le but de prévenir la maladie sérique provenant de l'usage préalable du sérum.

4° — Comme sédatifs dans le but d'apaiser anxiété et douleurs, surtout de réduire les paroxysmes de spasmes et de contractures musculaires, les auteurs recourent: 1) au phénobarbital à action lente en association avec le sécobarbital à action courte, par voie orale, par doses fractionnées totalisant de 10 à 20 mg/kg de chacun des deux produits; 2) à la péthidine (Démérol) en quatre doses parentérales durant le nyctémère totalisant 200 à 300 mg.

Le largactil et le méprobamate pourraient être employés accessoirement et en combinaison avec les deux premières substances, soit remplacées, soit réduites.

5° — L'alimentation doit s'opérer par sonde nasale. La ration hydrique par voie veineuse en sonde gastrique doit être de 3 litres au minimum et l'apport calorique de 2,000 calories.

Bien sûr, l'équilibre électrolytique doit être surveillé.

6° — La trachéotomie d'urgence demeure un geste pratiquement automatique et maintenue pendant 6 semaines environ.

7° — La respiration assistée endotrachéale est impérative pour les malades curarisés et très fréquemment même pour les sujets pour lesquels on n'emploie pas les curarisants.

8° — Ces derniers sont désignés aux sujets de moins de 60 ans et dans les formes sévères qui ne sont pas contrôlées par les barbituriques et la

pethidine. Les auteurs emploient un sel de gallamine (le Flaxedil) en perfusion de sérum glucosé en une seule dose quotidienne de 700 à 900 mg pour en arriver par induction progressive à 1,200 et 1.600 mg par jour. On devra obtenir par une curarisation suffisante une bonne adaptation au rythme du respirateur et faire disparaître les spasmes toniques.

9° — Il est inutile d'ajouter qu'une surveillance constante, clinique et biologique, doit être appliquée à un traitement aussi complexe et rigoureux d'une affection aussi grave.

Seuls les sujets à forme fruste, soit sans dysphagie ni trouble respiratoire, pourront faire surseoir à la trachéotomie et être l'objet d'une thérapie moins intensive.

Roma AMYOT

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR CÔME CARTIER

Un des doyens de la médecine, le docteur Côme Cartier est décédé à l'Annonciation le 28 janvier 1966 à l'âge de 88 ans.

Le docteur Côme Cartier, petit neveu de Sir Georges Étienne Cartier, naquit à Saint-Antoine sur le Richelieu. Il fit ses études médicales à Laval de Montréal et il y obtint son doctorat en 1902.

Il décide alors de se mettre au service des gens des Pays d'En Haut et après son mariage avec la sœur du regretté professeur d'anatomie pathologique Eugène Latreille, il s'installe à l'Annonciation. Pendant plus de soixante ans, il y a exercé inlassablement sa profession; la veille de Noël 1965, il eut encore la force de donner une dernière consultation.

Le docteur Côme Cartier eut pendant plus d'un demi siècle une pratique excessivement active; durant cette époque, il a accumulé observations sur observations. Ses mémoires, réunis sous forme de souvenirs épars, ont été publiés en 1965 sous le titre évocateur: "Sous le Ciel de l'Annonciation". Émule du docteur Grignon, l'auteur connu d'"En Guettant les Ours" et "Trente ans au bout du banc", il a consigné pour les générations futures le sel du terroir, où il a évolué.

Le docteur Côme Cartier était le patriarche respecté au sein d'une descendance et d'une pa-

renté collatérale très riche en disciples d'Esculape. Le docteur Côme Cartier était le père des docteurs Jacques I et Paul Cartier, le beau-père du docteur Thérèse D. Cartier, le grand-père du docteur Jacques II Cartier, l'oncle du docteur Georges Étienne Cartier I et le grand-oncle du docteur Georges Étienne Cartier II.

L'Union Médicale du Canada offre à la famille Cartier le témoignage sincère de ses plus vives condoléances.

LE DOCTEUR LÉONARD CARRIER

Le docteur Léonard Carrier est décédé à Québec le 30 octobre 1965 à l'âge de 29 ans.

Le docteur Léonard Carrier était un ancien de la Faculté de Médecine de Laval et il avait obtenu son doctorat en 1962.

LE DOCTEUR PAUL-ÉMILE LARIVIÈRE

Le docteur Paul-Émile Larivière est décédé subitement à Valleyfield le 9 février 1966 à l'âge de 50 ans.

Le docteur Paul-Émile Larivière avait fait ses études à l'Université de Montréal et obtenu son doctorat en 1943.

Il exerçait sa profession à Valleyfield depuis cette époque.

NOUVELLES

LE DOCTEUR HUGH CLEGG À LA RETRAITE

Le docteur Hugh Clegg fut rédacteur en chef du "British Medical Journal" pendant 19 ans. Il vient de prendre sa retraite.

Nous ne le connaissons que par l'estime qu'il s'était gagnée dans le monde du journalisme médical et par la judicieuse administration par laquelle il dirigea la destinée du vénérable "British Medical" sans cesse dans le vent de l'actualité, tout en étant le journal officiel de la prestigieuse "British Medical Association".

Le docteur Clegg fut à l'avant garde de nombreuses initiatives journalistiques du monde médical. Ainsi, il participa à la fondation des "Abstracts of World Medicine" en 1947. En 1953, il mit sur pied la première conférence sur l'enseignement médical organisé au sein de l'Association Médicale Mondiale.

Puis, d'abord pour l'UNESCO et subséquemment pour le compte de l'Association Médicale Mondiale, il édita "World Medical Periodicals" qui réunit en volume la nomenclature de tous les journaux de médecine publiés dans le monde. Cette publication contient une somme précieuse de renseignements et constitue une source d'information couramment utilisée par tout éditeur d'un journal de médecine désireux d'être mis au courant de la publication médicale mondiale.

Nous saluons ce très distingué rédacteur en chef d'un grand journal médical, au moment où il prend sa retraite tout en lui témoignant notre estime et notre admiration pour son apport à l'œuvre du journalisme médical international.

ÉPILEPSIE, MARIAGE ET STÉRILISATION

Au début du siècle, pour des fins d'eugénisme, 17 états américains prohibaient le mariage des épileptiques et 18 passaient des lois permettant la stérilisation de ces malades. C'est qu'on attribuait, à cette époque, une importance de première grandeur à l'hérédité comme facteur étiologique du mal comitial. Les notions médicales se sont complétées sur cette affection; par-dessus tout, l'électro-encéphalographie a constitué l'élément le plus précieux dans la prospection des mécanismes physio-pathologiques du cerveau dans la survenue des phénomènes épileptiques. On ne doit pas passer sous silence, non plus, ce que la neuro-chirurgie a apporté aux acquisitions de la médecine concernant le mal sacré. Tout cela pour affirmer que l'hérédité a perdu de son importance étiologique et que des lois à portée eugénique qui parassaient recommandables, sont de nos jours abrogées. Ainsi, les lois défendant le mariage des épileptiques sont maintenant annulées dans 14 états sur les 17 qui les avaient adoptées. Seuls North Carolina, Virginia et West Virginia les maintiennent encore.

La loi sur la stérilisation des épileptiques persiste aujourd'hui dans 13 états sur les 18 qui l'avaient adoptée. Mais, en fait, elle demeure en veilleuse; ainsi en 1965, un seul état, soit North Carolina, procéda à la stérilisation d'un seul épileptique. Et plusieurs états rapportent qu'aucune

stérilisation ne fut faite depuis plusieurs années. Cette loi tombe en désuétude et les épileptiques, bénéficiant de mesures thérapeutiques de plus en plus variées et actives, sont amenés à vivre d'une existence de plus en plus normale au sein d'une communauté qui les acceptent de plus en plus.

LE DOCTEUR PAUL DAVID, ÉLU À LA PRÉSIDENTE DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA

L'assemblée générale annuelle de l'Union Médicale du Canada a eu lieu à Montréal le 29 janvier 1966.

Les membres du Bureau de direction ont, à cette occasion, choisi les officiers de leur exécutif pour l'année courante. Le docteur Paul David, qui assumait depuis quelques mois l'intérim, a été élu à la présidence pour succéder au docteur J. Philippe Paquette, démissionnaire pour cause de santé. Le docteur Roger R. Dufresne a été désigné à la vice-présidence et le docteur Paul-René Archambault a été réélu au poste de secrétaire-trésorier.

A la rédaction, les docteurs Roma Amyot et Édouard Desjardins ont été réélus respectivement rédacteur en-chef et assistant rédacteur en-chef.

Le docteur André Barbeau a été nommé secrétaire de la rédaction. Trente collaborateurs ont été renommés et les docteurs Marcel Rheault, Pierre Grondin, Roger Plante, Michel Lacombe et Jean Chagnon ont été désignés pour remplacer les démissionnaires.

LE DOCTEUR MAURICE PARENT, NOUVEAU DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les autorités de l'Université de Montréal annoncent la nomination du docteur Maurice Parent à la direction du département de chirurgie.

Le docteur Maurice Parent vient de succéder au docteur François Archambault comme chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

LE DOCTEUR GÉRARD BEAUDOIN, DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La nomination du docteur Gérard Beaudoin au poste de directeur du département de psychiatrie de l'Université de Montréal vient d'être rendue publique par les autorités de l'Université.

Le docteur Gérard Beaudoin est chef du service de psychiatrie de l'Hôpital Général de Verdun.

LE DOCTEUR ÉDOUARD D. GAGNON, VICE-PRÉSIDENT DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

A l'assemblée générale du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada tenue à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal le 21 janvier 1966, les officiers du Collège pour l'année courante ont été proclamés.

Le docteur Robert Kerr, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de la Colombie Britannique occupe le poste de président.

Le docteur Édouard D. Gagnon de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal a été élu au poste de vice-président pour représenter la section de chirurgie et le docteur D. R. W. Wilson d'Edmonton a été choisi comme vice-président représentant la section de médecine.

Le docteur F. J. Tweedie de Montréal est le nouveau trésorier du Collège.

HONNEUR CONFÉRÉ AU PROFESSEUR ALBERT JUTRAS

Le docteur Albert Jutras, professeur émérite de radiologie à l'Université de Montréal et ancien directeur du département de radiologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal a reçu un diplôme d'honneur du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada à titre de conférencier invité.

Le parchemin lui a été remis par le président du Collège, le docteur Walter MacKenzie lors de la réunion solennelle tenue à la Place des Arts de Montréal vendredi, le 21 janvier 1966.

Le docteur Albert Jutras a prononcé vendredi matin le 21 janvier 1966 une conférence, sur invitation spéciale, à la réunion plénière tenue dans le Grand Salon de l'Hôtel Reine Elizabeth. Il a parlé des moyens particuliers servant au diagnostic des petites tumeurs de l'estomac.

LE DOCTEUR JACQUES-RAYMOND DUCHARME, ÉLU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'INVESTIGATION CLINIQUE

La Société Canadienne d'Investigation clinique a procédé au choix de ses officiers pour l'année courante lors de son congrès tenu à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal, les 19 et 20 janvier 1966.

Le docteur Jacques-Raymond Ducharme, directeur du laboratoire d'endocrinologie de l'Hôpital Sainte-Justine a été élu président de cet organisme.

Le docteur Aurèle Beaulnes, directeur du département de pharmacologie de la faculté de médecine, représente l'Université de Montréal au sein du Conseil de la Société.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ARMAND FRAPPIER

L'American Public Health Association vient d'élire le docteur Armand Frappier, directeur de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, au poste de vice-président pour le Canada.

LE DOCTEUR ANDRÉ BARBEAU, OBTIENT LE PRIX: "UNITED PARKINSON FOUNDATION"

Le docteur André Barbeau, neurologue de l'Hôtel-Dieu et professeur à l'Université de Montréal est le récipiendaire du Prix 1965 de la *United Parkinson Foundation* des États-Unis pour ses travaux sur la biochimie de la maladie de Parkinson.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR LOUIS BERLINGUET

Le Conseil national de recherches vient de nommer le docteur Louis Berlinguet, directeur du département de Chimie de la Faculté de Médecine à Laval, président de son Comité de biochimie.

LISTE PARTIELLE DES NOUVEAUX "FELLOWS" DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a admis 269 nouveaux Associés ou "Fellows" ayant réussi les examens de l'automne 1965.

Ils ont reçu vendredi le 22 janvier 1966 leur titre officiel au cours d'une séance académique tenue à la Place des Arts.

Voici la liste des nouveaux Associés pour la province de Québec:

En médecine: Benoît, Jacques (Montréal 1961) Austin, comté de Brome; Brow, James Rigg (Ontario de l'ouest, 1960) Montréal; Chartier, Maurice (Montréal 1954) Pont-Viau; Dubé, Jacques (Laval 1961) Greenfield Park; Gatte-reau, Antoine (Lausanne 1960) Montréal; MacDonald, Ronald Angus Neil (McGill 1959) Montréal; Perron, Louis (Montréal 1961) Montréal; Philippon, Fernand (Laval 1961) Québec; Primeau, Robert (Montréal 1961) Montréal; Stewart, Kenneth Royal (McGill 1961) Baie d'Urfé; Szabo, Andrew John (McGill 1959) New York; Whittemore, Newell Blair (McGill 1960) Montréal.

En anesthésie: Lebel, Etienne (Montréal 1957) Montréal; Tremblay, Gaston Antoine (Laval 1961) La Tuque.

En dermatologie: Lachance, Pierre Maurice (Laval 1961) Sherbrooke; Lessard, Raymond (Laval 1960) Québec.

En neurologie: David, Pierre Claude (Montréal 1960) Montréal; Drouin, Patrice (Laval 1960), Ste-Foy; St-Hilaire, Jean-Marc (Laval 1960) Montréal.

En pédiatrie: DeBellefeuille, Paul (Montréal 1947) Ottawa; Dundas, John Brock (McGill 1959) Montréal; Lupu, Gerald Harvey (McGill 1959), Montréal; Mongeau, Jean-Guy (Montréal 1958), Montréal.

En pathologie: Bettez, Joseph Henri Paul (Laval 1955) Repentigny.

En médecine physique: Dubé, Jean (Montréal 1956) Lévis.

En psychiatrie: Sterlin, Carlo (Haïti, 1956) L'Annonciation.

En radiologie: Alexander, Walter James (McGill 1960) Montréal; Lemire, Paul (Montréal 1961) Montréal.

En chirurgie générale: Deschênes, Luc (Laval 1961) Sil-lery; Hébert, Louis (Montréal 1961) Longueuil; MacKenzie, James Robertson (McGill 1959) Montréal; Marceau, Picard (Laval 1958) Ste-Foy; Millette, Lucien (Laval 1960) Brandon, Manitoba; St-Pierre, Paul-Émile (Laval 1954) Laval; Sakkal, Kamal Abdulrahman (Paris 1954) Montréal; Sheiner, Nathan Michael (McGill 1957) St-Laurent; Wiegand, Frédéric Martin (McGill 1960) Montréal.

En neuro-chirurgie: Maroun, Falah Bechara (Paris 1960) Montréal.

du Canada
Mars 1966

UR

nommer le
de Chimie
son Comité

LLOWS
NS

du Canada
ant réussi

re officiel
des Arts.

ovince de

Austin.
e l'ouest.
4) Pont-
k: Gatte-
hald, Ro-
n. Louis
al 1961)
al; Stew-
abo, An-
Newell

Mont-
que.

al 1961)

c.

1 1960)
Hilaire.

Otta-
Lupu.
Jean-

1955)

6) Lé-
noncia-

1960)

) Sil-
lenzia.
Picard
Brant-
Laval.
reiner.
Fré-

1960)



un nouvel antibiotique remarquable

Lincocin

(CHLORHYDRATE DE LINCOMYCINE MONOHYDRATÉ)

nouvel antibiotique,
unique sur le plan
chimique

La Lincocin est un enrichissement précieux de l'antibiothérapie. Elle est distincte sur le plan chimique de l'érythromycine, de la pénicilline et de ses dérivés, de l'oléandomycine et de tout autre antibiotique actuellement utilisé en pratique médicale et ne présente pas de résistance croisée avec ces antibiotiques au point de vue clinique.

Dans les infections aiguës des voies respiratoires, les sièges d'infection sont souvent multiples. La Lincocin a l'avantage de pénétrer profondément, et dans les tissus mous et dans les os. Elle est très efficace contre les staphylocoques, les streptocoques et les pneumocoques, y compris de nombreuses souches de staphylocoques résistantes aux autres antibiotiques.

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

Avertissements: En général, bonne tolérance. On a observé des réactions secondaires digestives avec la forme administrable par voie buccale. Des selles molles et de la diarrhée sont survenues chez 15.6% des malades traités, mais n'ont imposé l'abandon de la médication que chez 2.8% des malades. De la nausée s'est produite dans 1.4% des malades traités, le vomissement dans 1.1% et des crampes abdominales et de la douleur dans 1.1%.

La Lincocin présente d'importants avantages:

- aucune réaction confirmée d'hypersensibilité grave, même chez les malades allergiques à la pénicilline
- atteint rapidement de fortes concentrations sériques et tissulaires
- action bactériostatique ou bactéricide, selon le degré de sensibilité du germe et la concentration de l'antibiotique
- s'administre indifféremment par voies buccale, intramusculaire et intraveineuse
- injection virtuellement indolore

D'autres réactions secondaires ont été aussi observées mais plus rarement.

En attendant qu'on dispose d'une plus vaste expérience clinique, on déconseille d'employer la Lincocin chez le nouveau-né, comme prophylactique du rhumatisme articulaire aigu, ni 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 fœtus, on se montrera prudent chez la femme enceinte.

MARQUE DÉPOSÉE: LINCOCIN C.P. 3525-1

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

Upjohn

Chirurgie (obstétrique et gynécologie): Blanchet, Jean, (Laval 1960) Montréal; Buka, Norman John (McGill 1960) Montréal; Fiset, Joseph Gérard Raymond (Laval 1960) Charlesbourg; Van Campenhout, Jacques (Louvain 1958) Montréal.

En chirurgie orthopédique: Bourgeau, Denis (Montréal 1958) Montréal; Dubow, Harry Irving (McGill 1958) Montréal; Plante, Claude-Aimé (Montréal 1959) Verdun.

En chirurgie oto-rhino-laryngologique: Sinclair, Gerald Mark (McGill 1959) Montréal.

En chirurgie esthétique: Bossé, Jean-Paul (Montréal 1959) Montréal.

En urologie: Bertrand, Pierre Eugène (Montréal 1960) St-Léonard; Charghi, Ali (Genève 1957) Montréal; Reid, Everett Cox (McGill 1948) Montréal.

On retiendra également le nom du docteur Georges-Henri Lévesque, d'Edmundston, N.-B.

LISTE PARTIELLE DES NOUVEAUX DÉTENTEURS DU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE DÉCERNÉ PAR LE COLLÈGE ROYAL DU CANADA

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a décerné en 1966 après examens un certain nombre de certificats de spécialiste. En voici la liste partielle:

Médecine - section d'anesthésie: les docteurs Jacques Audet (Montréal), Denis Bazinet (Montréal), Marc Beauchemin (Montréal), Marcel-Henri Boucher (Québec), Marcel Boulanger (Montréal), Lacerte Charles (Montréal), Charles-André Crépeau (Montréal), André Dugas (Chicoutimi), Claude Filiatrault (Rimouski), Albert Alex. Garaud (Montréal), Yvon Gravel (Ville LaSalle), Raymond Hudon (Fabreville), Jacques Morisset (Lévis), Andrée Pinault (St-Lambert), Yvon Turmel (Montréal).

Médecine - Interne: Robert Dupuis (Kingston), Arthur Joseph Gosselin (Windsor), Normand Joseph Houle (Drummondville), Pierre-Marc Robinson (Hull), Jean-Pierre Wells (Chicoutimi).

Médecine - section Pédiatrie: Gérard Barnabé (St-Hyacinthe), Jules-André Bergeron (Sillery), Joseph Gilles Crépier (Loretteville), Louis Roland Leblanc (Montréal), Claude Mercure (Montréal), Gabriel Saint-Rome (Montréal).

Médecine - section pathologie: Richard J. R. Authier (Québec), Raymond Eugène Bonin (Sault Ste-Marie).

Médecine - section médecine physique: Martial Marois (Aylmer).

Médecine - section psychiatrie: Luc-Joseph Cordeau (St-Laurent), Richard Michaud (Montréal), Claude Marcoux Painchaud (Québec), Roger J. Jos. Pelletier (Ottawa), Joseph Gilles C. Plante (Montréal), André Villeneuve (Montréal).

Radiologie diagnostique: J. Guy Raymond Archambault (Ottawa), Pierre J. G. Antoine Archambault (Montréal), Christian Louis Belcourt (Cambridge), André Fontaine (Ville LaSalle), Henry Gervais (Montréal), J. Marc Hurtubise (Montréal), François Laroche (Québec), Henri-Paul Mandeville (Montréal), J. A. Richard (Ville Jacques-Cartier), G. H. Mheir-El-Saari (Montréal), Jacques Sansoucy (Valleyfield).

Radiologie thérapeutique: Roger Ghys (Pierrefonds).

Chirurgie générale: Lorne Arsenault (Québec), Grégoire Bégin (Buckingham), M. Xavier Bissonnette (Brownsburg), Raymond Gérard Bissonnette (Pont-Viau), Ernest Boies (Schefferville), Hanna Maalouf (Montréal), Cyrille Raymond (Montréal), Jules Trudel (Déroit).

Obstétrique et gynécologie: André Aubry (Cap de la Madeleine), Léo Louis Baribeau (St-Jean), J. M. F. D. Lalouette (Assiniboin), Guy Verschelden (Ville d'Anjou).

Ophthalmologie: Paul Fouron (Montréal), J. Louis Lavallée (Ste-Claire), Jacques Lemire (Montréal), Jean-Louis Royer (Arthabaska), Jean Thibaudeau (Sherbrooke).

Oto-rhino-laryngologie: Antoine Georges Alaby (Longueuil), Daniel Caux (Arthabaska), Georges Henri Duguay (Gaspé), Pierre-Paul Gagnon (Alma), Roland Maurice (Moncton), Roger Pelletier (Edmunston), J. Edouard Richard (Charlesbourg), Gilles Vigneault (Montréal).

Chirurgie plastique: Adolphe Marcel Legaré (Montréal), Henri Vallée (Candiac).

Urologie: Marc Henri Dufresne (Montréal), Jean Pierre Paquet (Québec).

LE DOCTEUR J.-P. CHAGNON PRÉSIDENT DU BUREAU MÉDICAL DU SACRÉ-CŒUR DE HULL

Le docteur Jean-Paul Chagnon a été choisi président du bureau médical de l'hôpital Sacré-Cœur de Hull. Il succède au docteur Rosaire Voyer.

Le docteur Clément Fortier est le vice-président et le docteur Henri Robinson, secrétaire. Le docteur Raymond-Marie Dion, est le trésorier et le docteur Paul-André Meilleur, membre délégué.

NOMINATIONS À L'INSTITUT ALBERT PRÉVOST

Le Conseil d'administration de l'Institut Albert Prévost annonce les nominations de M. Jean-Louis Bourret au poste de directeur général, du docteur Gilles Lortie au nouveau poste de contrôleur médical et du docteur Camille Laurin à la fonction de psychiatre en chef de l'Institut.

NOUVEAU POSTE AU DOCTEUR GRANTHAM

Les autorités médicales et administratives de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, centre psychiatrique affilié à l'Université Laval, ont annoncé la nomination du docteur Harry Grantham, psychiatre, au poste de directeur scientifique.

La nomination par les autorités de la Faculté de Médecine de Laval et par les administrateurs de l'hôpital comporte également pour le docteur Grantham le poste de secrétaire du département de psychiatrie.

La création de ce poste fait partie du programme de restructuration de l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Le nouveau directeur scientifique devient adjoint du docteur Jules Lambert, surintendant médical de l'hôpital. Il a comme fonction la coordination de l'enseignement aux divers niveaux et des projets et travaux de recherches dans le milieu hospitalier.

L'Hôpital Saint-Michel-Archange se propose de collaborer ainsi plus activement avec le département de psychiatrie de l'Université Laval pour la formation du personnel spécialisé dans les services de santé mentale.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME DE MONTRÉAL

Le président du Conseil de l'*American College of Hospital Administrators* est heureux d'annoncer que monsieur Lucien Lacoste, directeur général de l'Hôpital Notre-Dame, a été élu Régent de ce même Collège pour la province de Québec.

Monsieur Lacoste, bachelier ès-arts du Collège Sainte-Marie, détient une maîtrise en Relations industrielles de l'Université de Montréal. Il est aussi diplômé en administration hospitalière, *Fellow* de l'*American College of Hospital Administrators*, *Fellow* de la Société Royale d'Hygiène et membre émérite de l'Association des Administrateurs d'Hôpitaux de la province de Québec.

ACTIVITÉS DU PERSONNEL MÉDICAL DE L'INSTITUT ALBERT-PRÉVOST

Récemment les membres du personnel médical de l'Institut Albert-Prévost recevaient la visite du Professeur Pierre Lambert de Lyon, France; il présida à l'Institut un colloque sur les relations psychothérapie-chimiothérapie en psychiatrie. A Boston le 30 novembre dernier le docteur Jacques Drouin, directeur du Service de psychiatrie à domicile présentait devant le personnel médical du Boston State Hospital une communication intitulée: "Psychiatrie communautaire en Europe". Le docteur Jacques Drouin et le docteur Lionel Béliveau, directeur du nouveau centre d'urgence mis sur pied récemment à l'Institut Albert-Prévost, ont accepté de participer à un plan de réaménagement social et urbain. Ce projet est organisé conjointement par les départements de psychiatrie de l'Université de Montréal et de l'Université McGill. Le docteur Athena Alexandris, du Service de psychiatrie infantile, a été nommée consultante auprès de la Commission des Écoles Protestantes de Montréal.

Les docteurs Roger Lemieux, Guy Da Sylva et Jacques Drouin ont été nommés consultants en psychiatrie au Service de Santé de l'Université de Montréal. Le docteur Jean-Marc Bordeleau, directeur du Service de recherche à l'Institut Albert-Prévost et à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, a fait une conférence à Val d'Or le 19 décembre dernier dans le cadre du programme d'enseignement continu aux médecins de la région: il a parlé des urgences psychiatriques et de leur traitement. A Ottawa, les 10, 11 et 12 janvier '66 avait lieu la 3e conférence des Services de Santé Mentale organisée par l'Association des Psychiatres du Canada. Le docteur Camille Laurin, psychiatre-chef de l'Institut Albert-Prévost et le docteur Gilles Lortie, directeur des Services externes, y ont participé. Le docteur Camille Laurin a discuté des normes exigées par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada pour la formation approuvée en résidence. Le 17 janvier 1966 devant l'Union des familles de Duvernay, le docteur Camille Laurin a parlé de l'amour et de la sexualité de l'enfance à l'adolescence.

Au Congrès annuel de la Société Canadienne de Chimiothérapie, le docteur Jean-Marc Bordeleau en collaboration avec le docteur Léon Tétreault et G. Chouinard, a pré-

senté un travail intitulé: "Étude des propriétés hypnotiques d'une nouvelle Benzodiazépine, le Mogadon. Le docteur Ernest R. Tétreault, directeur du Service externe de psychiatrie infantile, a présenté le 20 janvier 66 à l'Institut Canadien de Psychanalyse un travail pour l'obtention du titre de membre-titulaire. Son travail s'intitulait: "Of certain psychological factors responsible for the inability of a woman to enjoy sexual relations in a pleasurable way and their modification through psychoanalysis".

Le Conseil des médecins de l'Institut Albert-Prévost s'est donné un nouvel exécutif pour l'année en cours et les élections ont désigné au poste de président le docteur Vincent Mauriello, au poste de vice-président le docteur Pierre Doucet et au poste de secrétaire-trésorier le docteur Antoine Lepage. Le docteur Lefebvre, directeur de l'enseignement, a été nommé conseiller et délégué auprès du Conseil d'Administration de l'Institut Albert-Prévost.

LE PROFESSEUR M. A. MacCONAILL, INVITÉ DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le professeur M. A. MacConaill d'*University College*, à Cork en Irlande a donné des conférences à Montréal sous l'égide du département d'anatomie de l'Université de Montréal.

Le 3 février 1966, il a parlé à l'Université de Montréal, de "l'Anatomie fonctionnelle du cartilage articulaire".

Le 4 février 1966, il a donné une conférence, à l'amphithéâtre Rousselot de l'Hôpital Notre-Dame, intitulée: "Étude du liquide synovial".

JOURNÉE PSYCHIATRIQUE À L'HÔPITAL NOTRE-DAME DE MONTRÉAL

Le service de psychiatrie de l'Hôpital Notre-Dame a marqué l'ouverture officielle de ses Services communautaires, situés au 2170 de la rue Champlain, par l'organisation d'une journée scientifique le 29 janvier 1966.

Sous l'égide de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et avec l'appui des Services Psychiatriques du Ministère de la Santé de Québec, cette conférence s'adressait aux diverses disciplines, reliées au problème de la santé mentale. Le comité du programme, composé de Lucille Créghneur, m.s.s., des docteurs Jean-N. Fortin, Paul Lefebvre et Jean-F. Saucier, a préparé la journée scientifique sur le thème "Psychiatrie sociale: aspects interdisciplinaires", qui s'est déroulée dans l'Amphithéâtre Rousselot.

Avant-midi: Président de la séance — le docteur Gérard Beaudoin, directeur du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Le docteur Denis Lazure, directeur-adjoint des Services Psychiatriques du Ministère de la Santé de Québec — Université de Montréal — "Psychiatrie Sociale versus Psychiatrie Communautaire".

Philippe Garigue, Ph.D., doyen — Faculté des Sciences Sociales — Université de Montréal — "La famille: point de vue du sociologue".

Werner Boehm, Ph.D., doyen — École de Service Social — Rutgers University, New Jersey, U.S.A. — "Social Psychiatry and Social Service".



HEMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES

TRAITEMENT D'ENTRETIEN

VARICES • PHLÉBITES • ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES
VEINEUX • FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

MARRO-DAUSSE "P"

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

La préparation la plus riche en vitamines "P" native

Pommade : Tube de 40 grammes
Solution : Flacons de 30cc et 120cc
Suppositoires : Boîte de 10
Tablettes : Flacons de 50, 100, 500

11.000 γ
de
Vitamine P
par cc.

ECHANTILLON ET DOCUMENTATION SUR DEMANDE
DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS AU CANADA :

Herdt & Charton Inc.

M O N T R É A L

Participants à la discussion: Marguerite Mathieu, m.s.s. — Université de Montréal — et le docteur Nathan Epstein, de McGill University.

Après-midi: Président de la séance — le docteur Robert Cleghorn, directeur — Département de psychiatrie — McGill University.

Le docteur Alexander-H. Leighton — Chairman — Department of Behavioral Science — School of Public Health — Harvard University. "Social Psychiatry: Psychiatric View Point. Discussion: le docteur Marc-Adélaïde Tremblay, Ph.D. — Université Laval.

Bernard Mailhot, O.P., Ph.D. — Professeur de Psychologie sociale — Université de Montréal — "Relations interethniques: implications en psychiatrie sociale" — Discussion: Myer Katz, Ph.D. de McGill University.

Le docteur H. B. M. Murphy, Ph.D. — Professeur agrégé de psychiatrie — McGill University — "Prevalence of Schizophrenia in Rural French Canada" — Discussion: le docteur Jean-Marc Bordeleau, de l'Université de Montréal.

Soirée: Le docteur François Cloutier, médecin consultant à l'Hôpital Notre-Dame et Hôpital St-Jean-de-Dieu — Sujet — "Psychiatrie sociale: situation contemporaine".

COURS DE STATISTIQUES MÉDICALES À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Le Comité de Recherches Cliniques de l'Hôpital Sainte-Justine a invité le docteur Jacques Saint-Pierre, du Département de Statistiques de l'Université de Montréal, à présenter une série de cours de statistiques médicales les jeudis du 3 ou 28 février 1966. Ces cours ont été donnés à l'Hôpital Sainte-Justine.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL

La Société Neurologique de Montréal a tenu une réunion clinique au grand amphithéâtre Rousselot de l'Hôpital Notre-Dame le 9 février 1966.

Le programme était le suivant:

a) Un cas de polyneuropathie avec trouble cérébelleux par les docteurs Roma Amyot et Normand Giard; b) A propos de méningiomes par les membres du Service de neurologie et de neuro-chirurgie.

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

Le secrétaire exécutif nous informe au nom du Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu de Québec, de la nouvelle constitution du Comité Exécutif pour l'année 1966, telle que déterminée, lors de l'assemblée générale annuelle du 29 décembre 1965.

Les officiers du Bureau Médical sont: Président: docteur Jean-Paul Dugal; vice-président: docteur Euchariste Samson; président sortant de charge: docteur Gustave Auger; trésorier: docteur Jean-Louis Bonenfant; secrétaire: docteur Robert Fortin; secrétaire exécutif: docteur Philippe Limoges.

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL DE SAINT-JEAN

Les élections ont eu lieu récemment au bureau médical de l'Hôpital de Saint-Jean. Le docteur Réal Kéroack a été réélu à la présidence. Le docteur Jacques Phaneuf a été choisi comme vice-président et le docteur Gilles Prince a été désigné au poste de secrétaire-trésorier.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LABORATOIRE DU QUÉBEC

Les membres de l'exécutif pour 1965-1966 de l'Association des Médecins de Laboratoire du Québec ont été élus récemment. Ce sont les docteurs Maurice St-Martin: président; Simon Lauzé: 1er vice-président et représentant de l'anatomie pathologique; Jacques Gauthier: 2e vice-président et représentant de l'hématologie; Jacques Boulay: trésorier; Jean-Marie Loiselle: secrétaire; Maurice Bélanger: représentant de la biochimie; André Potvin: représentant de la bactériologie et Robert Garneau: président sortant de charge.

OFFICIERS DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA

Le bureau médical de l'Hôpital Général d'Ottawa a procédé récemment au choix de ses officiers pour l'année 1966. Le docteur J. S. Campbell a été réélu président; les docteurs O. G. Watson, F. Ducharme et Gaston Sauvé ont été élus vice-président, secrétaire et trésoriers.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE

La Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de Québec a tenu une réunion à la clinique Laurier de Montréal le 19 février 1966. Le programme comportait des travaux par les docteurs L. J. Papineau (la quadricepsplastie selon la méthode de Judet), J. B. Cloutier et C. Lamarre (la greffe cervicale par voie antérieure), Cartier Giroux (intervention de Cloward dans les discopathies cervicales), Gilles Maille et Maurice Lecuyer (cinémyélographie), R. Bélanger et L. J. Papineau (arthrographies et ménisectomies), Claude Dupont (syndrome de compression nerveuse du membre supérieur).

GROUPEMENT DES 2 ORGANISMES HOSPITALIERS DE LA PROVINCE

Une association interconfessionnelle (non pas déconfessionnalisée) groupe maintenant 92 p.c. de tout le dispositif hospitalier du Québec.

L'Association des hôpitaux de la province de Québec (A.H.P.Q.) est née officiellement à Montréal, de la fusion de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des hôpitaux catholiques.

Le français sera la langue officielle de l'A.H.P.Q. Toutes les confessions pourront s'y exprimer.

Le regroupement des hôpitaux a été amorcé il y a huit ans avec la fondation de l'Association des hôpitaux du Québec qui avait 60 hôpitaux membres.

En 1962, quatre associations d'hôpitaux catholiques se fusionnaient pour former l'Association des hôpitaux catholiques, en grande majorité de langue française. Elle groupait 140 hôpitaux.

Au début de 1964, les membres des deux associations ont demandé qu'il n'y ait qu'une seule association d'hôpitaux dans le Québec. Les avis étaient partagés sur la fusion, la fédération, l'intégration, l'union partielle. Il y a un an, des rencontres eurent lieu dans dix régions de la province pour cristalliser les opinions. En juin, les délégués d'hôpitaux sont convoqués et optent à l'unanimité pour la fusion des deux associations. Elle a été consommée officiellement.

Dans la province de Québec, il y a 300 hôpitaux ou 60,000 lits. Le partage se fait de la façon suivante:

1) catholiques (religieux et laïcs): 225 hôpitaux, 49,000 lits ou 82 p.c. des effectifs.

2) non-catholiques (ou sans religion officielle): 66 hôpitaux, 11,000 lits ou 18 p.c. des effectifs.

La nouvelle association des hôpitaux du Québec, groupant désormais 200 hôpitaux, restera affiliée à la Canadian Hospital Association, à l'Association des Hôpitaux catholiques du Canada, à la Catholic Hospital Association (E.U.), à l'American Hospital Association et à la Fédération internationale des Hôpitaux, à Londres.

Le conseil d'administration de l'A.H.P.Q. groupe 21 membres et le comité exécutif 7 membres. Le président est le docteur Gaston Rodrigue; les vice-présidents, MM. Samuel Cohen et le docteur André Pothier; le secrétaire-trésorier, M. Albert Nantel, et Sr Marie-Florida, de la Providence, Sr Marie de Ste-Foy, de la Miséricorde et M. Paul-Émile Olivier. Dans le conseil d'administration de 19 membres, il y a 7 religieuses.

UN GROUPE DE MÉDECINS SE PRONONCE EN FAVEUR DE LA RÉGULATION DES NAISSANCES

"Sous l'égide du docteur Maurice Jobin qui s'est chargé de recueillir les diverses signatures, ce communiqué est un premier signe d'une solidarité médicale sur la régulation des naissances qui tranquillement prend racine. Le voici:

Dans une entrevue accordée récemment à une journaliste de "La Presse", le docteur Roger Dufresne, Directeur des relations professionnelles, au Collège des Médecins, déclarait: "Il n'appartient pas au Collège des Médecins de se prononcer sur l'opportunité d'abroger l'article du Code Criminel qui a trait à la contraception."

Par contre, quelques jours plus tard, dans une chronique rédigée "sous les auspices du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec", le docteur Lorraine Trempe prend carrément position et se prononce contre la contraception et le principe de la libre diffusion d'information sur le sujet.

Ces déclarations contradictoires ne peuvent que nous étonner, et nous désirons informer le public que nous n'en sommes aucunement solidaires.

Si le Corps Médical, comme groupe, refuse de prendre ses responsabilités, nous sommes prêts à assumer les nôtres, conscients du fait que seuls les médecins peuvent aider les couples aux prises avec cet angoissant problème.

Et nous avons signé,

docteurs Maurice Jobin, Serge Mongeau, Lise Fortier, Jean-Paul Ostiguy, Yvon Ménard, Pierre Fugère, Bertrand Michon, André L'Heureux, Eugène Ménard, Jacques Marchand, Jacques Baillargeon".

Ce communiqué est extrait de "La Presse de Montréal, édition du mardi, 15 février 1966.

JOURNÉE MÉDICALE MONTRÉAL, McGILL ET LAVAL

Les étudiants des Facultés de Médecine de l'Université de Montréal, de l'Université Laval et de l'Université McGill ont eu une rencontre scientifique et sociale le 22 janvier 1966.

Une discussion forum sur un sujet anatomo-pathologique s'est déroulée à 2.00 h. P.M. à l'amphithéâtre de l'Hôpital Royal Victoria avec participation de deux étudiants de chacune des trois facultés.

Une réception a suivi au McIntyre Science Building et elle a précédé la visite du nouvel édifice.

M. Charles Bruneau, étudiant de 4e année, était chargé des activités de cette journée.

LA PARTICIPATION DE LAVAL AU MÉMOIRE SUR LA RECHERCHE MÉDICALE

Un mémoire de la "Canadian Society for Clinical Investigation" a été présenté aux autorités du gouvernement fédéral à Ottawa, en l'occurrence, MM. Mitchell Sharp et Allan MacEachen, respectivement ministre des Finances et de la Santé.

Pour le faire, on a eu recours à la participation de toutes les facultés et écoles de Médecine du Canada, de même qu'à tous les instituts, les fondations ou les organismes rattachés directement à la Médecine.

La Faculté de Médecine de l'Université Laval a adhéré au mouvement. Ont fait partie du comité, en plus du doyen et du vice-doyen, les docteurs Rosaire Gingras et Georges-Albert Bergeron, les docteurs Carlton Auger, Louis Berlinguet, Claude Fortier, Charles Plamondon, Guy Saucier, Wilfrid Caron, Jacques Brunet ainsi que quelques autres qui les ont assistés dans leur travail.

Il est évident que tous sont très heureux de cette démarche qui, selon eux, marque un important pas en avant. Les autorités universitaires se sont montrées elles aussi, fort intéressées; on sait qu'elles sont directement concernées puisque c'est des universités que provient l'enseignement et que c'est là que se fait une grande partie de la recherche médicale.

Beaucoup de points d'interrogation se posent dans le milieu médical québécois. Comment réagira le gouvernement provincial

Actuellement, on aurait besoin de \$54 millions et l'on a 21 millions (\$14 millions viennent du gouvernement fédéral et \$7 millions des provinces, des universités, des fondations privées, de divers organismes etc.).

On sait que le mémoire prévoit que ce besoin de \$54 millions ira jusqu'à \$102 millions pour l'année 1969-70. Ce chiffre porterait la contribution fédérale, de 14 millions à \$82 millions.

Le rapport ne fait aucune recommandation. Il ne fait qu'établir la situation telle qu'elle est avec les besoins et les nécessités de l'heure.

Un des sujets de contentement des médecins, dans la publication de ce document et l'attention très sérieuse qu'y apportera le gouvernement fédéral, vient du fait que la recherche médicale, devenant considérablement étendue, les possibilités académiques et matérielles, étant considérablement augmentées et améliorées, le Canada pourrait, dorénavant, non seulement, garder ses diplômés en médecine (chercheurs, professeurs et praticiens) mais même rapatrier ceux qui, à la suite d'études ou de stages aux États-Unis, ont décidé d'y faire carrière.

"Nous avons besoin de tous nos effectifs," nous a-t-on dit. "Il est choquant de laisser aller les nôtres ailleurs quand nous avons un besoin si éminent ici. Mais cela est possible à la condition que la recherche médicale se développe..."

Il y a, à la faculté de Médecine de l'Université Laval, quatorze départements où œuvrent à plein temps environ 65 médecins qui, tous ou à très peu d'exceptions près, font et de la recherche et de l'enseignement.

A ce nombre, il faut ajouter que dans les hôpitaux québécois, quelques médecins ajoutent à leur travail journalier, la recherche clinique.

Laval appuie le mémoire qui, dans un de ses chapitres, fait état du manque de fonds pour faire face aux frais d'exploitation de la recherche dans les universités et dans les hôpitaux.

"Ces institutions," y lit-on, "mettent à la disposition des chercheurs l'espace, les facilités et les services dont elles supportent elles-mêmes les frais, lesquels, il va de soi, augmentent en fonction directe de l'extension des programmes".

Aux États-Unis, on prévoit le remboursement d'une partie de ces frais. D'après le mémoire des médecins du Canada, il semble que notre pays ait décidé d'en faire autant.

Enfin, d'après nos interlocuteurs, le temps est venu pour notre pays de donner à ses citoyens les meilleurs soins et la meilleure hygiène possible.

Il est donc indispensable de créer, partout, l'atmosphère propice à encourager les jeunes à embrasser la carrière médicale, à garder, chez nous, savants et professeurs.

SUBVENTION DE \$50,000.00 À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

La Dotation John and Mary R. Markle, de New-York, vient d'accorder à la Faculté de Médecine de l'Université Laval une subvention de \$50,000.00. C'est ce que vient d'annoncer le docteur Rosaire Gingras, doyen de cette Faculté. Cette somme d'argent est destinée à l'achat de périodiques. "Elle permettra, explique le doyen, de compléter les grandes collections que possède la Faculté de Médecine et d'abonner notre bibliothèque à près de trois cents autres revues médicales."

COURS DE RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal organise à l'Hôtel-Dieu de Montréal une Journée médicale consacrée à la réanimation cardio-respiratoire.

Les réunions auront lieu à l'Hôtel-Dieu le samedi, 16 avril 1966. Le nombre d'inscriptions est limité à 30 médecins.

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association des Chirugiens Orthopédistes du Québec tiendra les 20 et 21 mai prochain sa réunion annuelle. Le sujet scientifique au programme comprendra les tumeurs osseuses; le professeur Jaffe sera l'invité d'honneur. La première partie du programme comprendra dans l'après-midi du 20 la présentation de cas de tumeurs à être discutés par le professeur Jaffe. Dans l'avant-midi du 21, le professeur Jaffe est invité à traiter un sujet de son choix sur les tumeurs osseuses.

La première partie du programme soit celle du vendredi après-midi se tiendra à l'Hôpital Général Juif entre 2 et 4.30 p.m. La deuxième partie soit celle du 21 mai se tiendra à l'Hôpital Notre-Dame de 9.30 a.m. à 11.30 a.m. à l'amphithéâtre Rousselot.

DATES À RETENIR : REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE À L'INTENTION DE L'OMNIPRATICIEN

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal organise à l'Hôpital Maisonneuve une revue médico-chirurgicale de mise à jour des connaissances nouvelles à l'intention des omnipraticiens.

Cette revue durera trois jours et se tiendra à l'Hôpital Maisonneuve, les 28, 29 et 30 avril 1966.

Dates à bien retenir.

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. La date-limite pour la soumission des demandes d'admission aux examens de 1966 est le 30 avril 1966. Toutefois les candidats qui n'ont pas encore fait évaluer leur formation en vue des examens du Collège feraient bien de soumettre leurs demandes avant le 28 février.

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

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

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.

COMMUNIQUÉS

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE¹ (Octobre 1965)

Sujets actuels

INFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES Nouvelle-Écosse

Au cours du mois de septembre, une épidémie d'infection des voies respiratoires a atteint environ 2,000 individus dans la région de l'unité sanitaire de Fundy. Les caractéristiques de la maladie étaient un mal de gorge soudain, la laryngite, la trachéite, des douleurs légères à l'estomac, et de temps à autre un mal de tête. La maladie n'a pas occasionné de diarrhée ou de vomissement et a atteint des gens de tous âges. On n'a effectué aucune étude sur le virus.

ROUGEOLE

Alberta

Depuis le 9 septembre, il s'est produit 50 cas de rougeole à Coleman, village situé à environ 95 milles à l'ouest de Lethbridge. Aucune personne n'est morte. La plupart des personnes atteintes étaient des enfants qui avaient entre six et huit ans. Il s'agit d'une épidémie plutôt bénigne, et bon nombre de cas n'ont pas été vus par le médecin. Une dose légère de gamma-globuline a été mise à la disposition des enfants qui avaient moins de trois ans et qui sont entrés en contact avec les personnes atteintes.

TÉTANOS

Terre-Neuve

Il y a eu trois cas de tétanos dans la province de Terre-Neuve au cours des mois d'août et de septembre 1965.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de Bell Island âgée de quarante-six ans. Une petite blessure perforante semble être à l'origine de l'infection; le cours clinique de l'infection a été bref et a abouti à la guérison de la femme en question. Cette femme n'avait jamais reçu d'injections d'anatoxine tétanique.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un vieillard de soixante ans, de Baie Verte, qui s'était fait écraser le gros orteil du pied droit en chargeant du minéral dans un véhicule. On a suturé la plaie, mais par la suite il y a eu infection et gangrène et il fallu amputer l'orteil en question. Le malade a recouvré la santé, bien qu'il n'ait jamais reçu d'injection d'anatoxine tétanique; son dossier médical indiquait aussi qu'on ne lui avait jamais administré d'antitoxine tétanique.

Le troisième cas de tétanos a été fatal. Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, de Bell Island, qui a subi une déchirure du cuir chevelu. On a suturé la blessure, mais il s'en est suivi une infection. À la suite de la blessure, on avait donné une injection d'anatoxine tétanique à l'enfant, mais l'enfant n'avait pas reçu dans le passé le vaccin D.P.T. polio.

INTOXICATION ALIMENTAIRE (genre clostridium)

Nouvelle-Écosse

Le 26 septembre 1965, à peu près 35 jeunes gens faisant leur stage de formation au Teacher's College de Truro ont

¹ Division de l'Épidémiologie, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social, Ottawa, Canada.

été pris de diarrhée, de nausées et de vomissements. On a soupçonné tout d'abord un rôti de porc et un mélange de crème fouettée comme en étant la cause; mais l'examen bactériologique a donné des résultats négatifs. D'autres examens sont en cours afin de découvrir la cause. L'examen bactériologique de spécimens fécaux de certains individus atteints a révélé un léger ferment de *Clostridium perfringens*. Tous les individus atteints se sont rétablis.

INTOXICATION ALIMENTAIRE (à staphylocoques)

Terre-Neuve

Soixante personnes, dont neuf ont été hospitalisées, ont souffert de diarrhée et de vomissements deux ou trois heures après avoir pris part à un repas de noces à Harbour Breton. L'examen de spécimens fécaux a donné des résultats négatifs en ce qui les Salmonellas et les Shigellas, mais on a isolé le *Staphylococcus aureus* de la viande et de la salade de pommes de terre qui avaient été servies lors du repas de noces.

Colombie-Britannique

Le 1er octobre, la compagnie Borden a fait savoir qu'il existait un problème en ce qui concernait son lait malté en poudre ordinaire (Borden's Plain Malted Milk) mis en pots de 12 et de 14 onces. Elle a demandé que l'on retourne le plus tôt possible toutes les provisions en magasin qui portaient le numéro de code 15147 et 15148. La raison d'un tel avertissement était que les provisions en question avaient occasionné des "maladies de la canicule".

À la suite de ce premier avertissement, on a informé le ministère de la Santé provinciale d'un cas apparent d'intoxication alimentaire dans une famille; les enfants et les adultes de la famille avaient souffert de nausées, de vomissements, de diarrhée, de fièvre, de prostration, et l'un d'eux avait même vomi du sang. Les symptômes ont débuté deux ou trois heures après l'ingestion de lait provenant d'un pot qui portait l'un des numéros de code susmentionnés. Le Ministère a ensuite reçu d'autres rapports indiquant des maladies familiales présentant les mêmes symptômes; jusqu'à ce jour, le Ministère a été informé de six cas de familles différentes (à Victoria, Ladysmith, Whalley et Williams Lake) et d'un nombre indéterminé de cas à Vancouver.

Bien que dans ces différents cas il s'agisse certainement du produit de Borden, aucun organisme pathogène n'a été isolé jusqu'à présent en provenance d'échantillons de ce produit. Toutefois, l'examen qu'on a fait subir à un chat a donné des résultats positifs, et il est très probable qu'il s'agisse d'entérotoxémie à staphylocoques.

Ce qui s'est produit apparemment, c'est que les deux quantités de lait en poudre seraient demeurées au repos dans une cuve durant 48 heures alors qu'elles n'avaient été que partiellement transformées. On est d'avis qu'un *Staphylococcus aureus* s'est introduit dans la cuve et n'a pas été tué au cours du premier stage de transformation. Lorsqu'on a repris le processus de transformation après les quarante-huit heures en question, le contenu de la cuve a probablement été chauffé à une température assez élevée pour tuer les

Dans les états dépressifs... Tofrānil® Geigy

Le Tofrānil est définitivement reconnu comme étant le médicament fondamental pour le contrôle de la dépression. Plus de 2,000 mémoires en attestent la valeur. Le Tofrānil est efficace dans toutes les formes de dépression, un avantage qui élimine le problème du diagnostic différentiel. Le Tofrānil n'inhibe pas la MAO ; il est donc généralement bien toléré et s'adapte de façon idéale à la pratique privée aussi bien qu'au traitement hospitalier.



G-1800 F

Trois formes posologiques sont disponibles :
dragées à 25 mg pour usage général
dragées à 10 mg pour adolescents et
patients âgés
ampoules à 25 mg/2 ml pour injection
intramusculaire.

Sur demande, on recevra une documenta-
tion et un guide thérapeutique complets,
posologie, contre-indications et effets
secondaires compris.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal

staphylocoques mais pas assez élevée pour rendre la toxine inactive, car la toxine est stable à la chaleur.

D'après les faits susmentionnés, c'est la compagnie Borden qui a pris les premières mesures, et il nous fait plaisir de la féliciter à cet égard.

SALMONELLOSE

Ontario

On a rapporté une infection à *Salmonella typhimurium* chez un nouveau-né. L'enfant en question présentait divers symptômes, à l'inclusion de sang dans les matières fécales, mais il n'avait pas la diarrhée. La plupart des difficultés ont été attribuées à des problèmes se rapportant au facteur sanguin Rh mais l'analyse d'un échantillon fécal a révélé la présence du *S. typhimurium*. La source de cette infection n'a pas été découverte, malgré un examen très complet de la maternité où était né l'enfant. Un examen de spécimens en provenance du personnel de nursing, des malades et de la famille de l'enfant n'a donné que des résultats négatifs, de même que l'examen de divers prélèvements tirés de certains articles de matériel, etc. Dans le moment, les échantillons fécaux de l'enfant continuent à produire du *S. typhimurium*.

La mort en juillet, d'un enfant âgé de cinq mois, a été attribuée au bacille *S. typhimurium*. L'enfant habitait une ferme et a été hospitalisé peu de temps avant sa mort. Au cours du printemps, une forme de diarrhée s'était répandue parmi les veaux de la ferme et 11 veaux y avaient succombé. On n'a fait aucune analyse bactériologique des animaux en question; des frottis qui ont été faits plus tard relativement à l'étable n'ont pas révélé la présence du *S. typhimurium*.

FIÈVRE TYPHOÏDE

Ontario

Au mois d'août on a découvert un cas de fièvre typhoïde dans une maison de repos. La source de la maladie fut retracée à une des infirmières du personnel, qui excrétaient le bacille *Salmonella typhi*; on rapporte que cette infirmière avait eu la fièvre typhoïde il y a plusieurs années, et on classera sans doute cette personne dans la catégorie des porteurs de germes. Les cultures des deux personnes en question appartiennent au même type de phage E.1.

Rapport de l'étranger

VARIOLE

Allemagne

Le 17 octobre, un mécanicien allemand de quarante-cinq ans a voyagé de Dar Es Salaam (Tanzania) à Rome à bord d'un avion de l'Afrique orientale et il s'est ensuite rendu à Munich à bord d'un avion de la Lufthansa; il est arrivé à Munich le 18 octobre. Il est demeuré à Munich jusqu'au 24 octobre, moment où il s'est plaint de fièvre, de mal de tête et de mal de dos. Le 24 octobre, il s'est rendu à Kulmbach en automobile particulière. Quatre jours après la première manifestation de symptômes prodromiques, une éruption est éclose. On a alors isolé le malade et on a déterminé, le 22 octobre, à la suite d'un diagnostic, qu'il s'agissait de variole.

Quatre-vingt-neuf personnes qui sont entrées en contact avec le malade ont été placées en isolement. Puisque le malade s'est déplacé librement et pendant quelques jours à travers la ville de Munich et ses environs, tout en étant cause possible de contagion, il s'ensuit que le nombre de

contagieux est peut-être très grand. Un diagnostic de laboratoire a confirmé le 2 novembre l'existence d'un autre contagieux à Kulmbach. On est en train d'examiner un autre cas. La Croix-Rouge allemande a affecté un train sanitaire à la région de Kulmbach. Des programmes de vaccination massive sont en cours. On a interdit toute assemblée publique. On a fermé les écoles, décommandé la foire annuelle et on a fortement déconseillé aux gens de fréquenter les restaurants et les autres établissements publics. Par suite des Règlements sanitaires internationaux, le 2 novembre on a officiellement déclaré la région de Kulmbach comme étant infectée; cette déclaration a été faite le jour même du diagnostic du premier cas de variole qui ne venait pas de l'extérieur du pays. Vu les pérégrinations du malade en question dans la région de Munich, toute cette section de l'Allemagne doit être tenue suspecte, et tous les postes canadiens de quarantaine ont été mis au courant.

ROUGEOLE

États-Unis

Selon les rapports, il y a eu un total de 242,096 cas de rougeole aux États-Unis du 1er janvier au 9 octobre 1965. Au cours des dix dernières années, le taux d'incidence le moins élevé se produisait au cours de la période qui allait de la 37^e à la 40^e semaine. Cette année, une série de débuts d'épidémie éparpillés à travers diverses parties du pays, surtout dans les régions rurales, a donné lieu à un taux d'incidence beaucoup plus élevé que l'année passée pour cette même période de quatre semaines. Les données relatives au nombre de morts causées par la rougeole au cours des dix dernières années révèlent que la moyenne se chiffre à 434 morts par année. Les données provisoires, qui sont fondées sur un échantillonnage de 10 p. 100 des certificats de décès, indiquent que 440 personnes sont mortes de la rougeole en 1964.

Depuis qu'en 1962 on a permis l'usage généralisé de la vaccination de la rougeole par un virus vivant atténué, on a administré 7 millions de doses de vaccin jusqu'en janvier 1965; depuis lors quatre autres millions de doses ont été administrées. Une telle quantité de vaccin suffirait à immuniser presque tous les enfants qui sont nés aux États-Unis depuis trois ans, bien qu'on ne sache pas qu'elle est la proportion exacte de ces onze millions de doses qui ait servi à immuniser des enfants vraiment susceptibles d'attraper la rougeole.

Au cours des six prochains mois on s'attend à ce qu'il y ait aux États-Unis de grandes épidémies de rougeoles dans les régions où on ne se sert pas beaucoup du vaccin pour immuniser les divers groupes d'âge susceptibles d'attraper cette maladie; ces épidémies séviront surtout chez les enfants d'âge pré-scolaire. De même, on attend avec confiance les résultats du taux d'incidence de la rougeole au cours de l'hiver prochain chez les groupes d'enfants qui ont été bien vaccinés et chez ceux qui n'ont pas été bien vaccinés, afin de pouvoir démontrer quelle excellente mesure préventive constitue le vaccin actuel, relativement aux taux d'incidence et de mortalité.

ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L'OUEST

États-Unis

On a rapporté un total de 82 cas présumés et confirmés par le laboratoire, en ce qui concerne l'encéphalite équine de l'Ouest; ces cas sont survenus dans sept États du Centre

nouveau!
remiderm
le traitement
le plus
polyvalent
des dermatoses
jamais offert



remiderm

acétonide de triamcinolone 0.025%
et halquinol 0.75%
crème et onguent

un produit qui a
sa raison d'être

... la voici

Nul stéroïde topique n'a manifesté une efficacité supérieure à remiderm

remiderm

Dans le traitement des dermatoses inflammatoires, le Remiderm soulage rapidement les symptômes inflammatoires, prurigineux ou allergiques et, en même temps, il protège la lésion contre les infections secondaires. Lorsque l'infection existe déjà, le Remiderm hâte la guérison en maîtrisant les agents en cause mais, à l'encontre des combinaisons d'antibiotique et de corticostéroïde, le Remiderm ne s'est pas révélé une cause de sensibilisation de la peau et ne peut susciter la création de bactéries résistantes aux antibiotiques.

remiderm

L'ACÉTONIDE DE TRIAMCINOLONE, qui exerce une activité anti-inflammatoire, antiprurigineuse et anti-allergique, est l'un des stéroïdes topiques les plus efficaces qu'on trouve aujourd'hui. À la concentration où elle entre dans le Remiderm (0.025%), elle s'est révélée plus efficace que l'hydrocortisone à 1% et que la bétaméthasone à 0.1%.* L'acétonide de triamcinolone est bien tolérée et n'est pas toxique.

*Portnoy, B. (1962) *Brit. J. Dermatol.* 74, 414.

remiderm

L'HALQUINOL (chlorhydroxyquinoline) a un champ d'action plus large que les antibiotiques. Il est efficace contre la plupart des agents pathogènes bactériens et autres (tinea, par exemple) qu'on trouve couramment sur la peau et il agit également contre les bactéries résistantes aux antibiotiques. De plus, l'halquinol manifeste une toxicité négligeable sur la peau, possède un très faible indice comme allergène et, selon les rapports, ne suscite pas de résistance bactérienne.

remiderm

"... l'usage des antiseptiques est préférable (à celui des antibiotiques) avec les corticostéroïdes car ils (les antiseptiques) agissent contre une plus large gamme d'organismes qu'on trouve couramment sur la peau et leur potentiel de sensibilisation est moindre".

Vickers, H. R., (1964) *Brit. Med. Abstr.* 4, 78.

COMPOSITION — Crème: acétonide de triamcinolone, 0.025%, et halquinol, 0.75%, dans un excipient de crème de jour.

Onguent: acétonide de triamcinolone, 0.025%, et halquinol, 0.75%, dans un doux excipient d'onguent.

PRÉSENTATION — Onguent ou crème en tubes de 15 g et de 60 g.

INDICATIONS — Affections inflammatoires de la peau caractérisées par des démangeaisons et brûlements, surtout celles compliquées ou menacées d'une infection bactérienne secondaire et/ou d'infection à champignon.

PRÉCAUTIONS — Dans les infections aiguës de la peau avec exsudation, il peut se produire une douleur cuisante de caractère temporaire quand on applique le Remiderm.

Il faut être prudent quand on applique le Remiderm au voisinage des yeux.

À NOTER — Le Remiderm peut tacher légèrement certains tissus à vêtements. Ces taches disparaissent au lavage.

MODE D'APPLICATION — On doit faire pénétrer l'onguent ou la crème en frottant délicatement, trois ou quatre fois par jour.



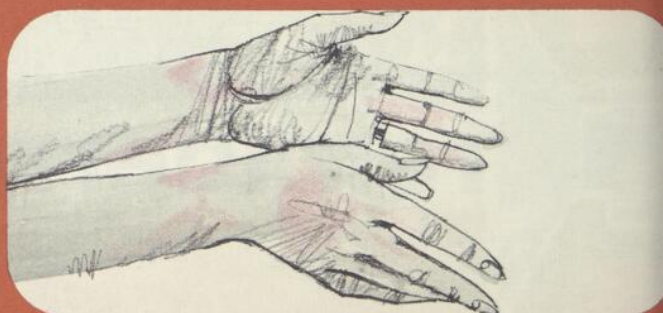
Dermatoses inflammatoires... remiderm



Dermatoses avec prurit... remiderm



Dermatoses avec infection... remiderm



Dermatoses allergiques... remiderm



Les produits pharmaceutiques **Linson**

division de E.R. Squibb & Sons Ltd., Montréal, Canada

et de l'ouest des États-Unis depuis le 30 septembre. Des manifestations d'épidémies assez considérables se sont produites dans les États du Colorado (37), du Wyoming (15), du North Dakota (12) et du Texas (14). Le Colorado, les Wyoming et le North Dakota ont eu plus de cas d'encéphalite équine de l'ouest cette année qu'au cours de toute autre année depuis la mise en opération d'un système de détection de l'encéphalite en 1958. L'âge des malades variait entre deux mois et 75 ans; un seul cas fut fatal, soit au Minnesota.

Il s'est produit une concentration des cas dans la vallée de la rivière Platt et de la rivière Arkansas dans le Wyoming et le Colorado. Il y a eu de grosses inondations dans ces régions au cours du printemps de 1965, et ces inondations ont fait éclore un nombre de moustiques beaucoup plus grand qu'à l'ordinaire. On a découvert le bacille de l'encéphalite équine de l'ouest dans des groupes de *Culex tarsalis* au début de juillet, et les gelées du début de septembre ont fait diminuer grandement le nombre des moustiques.

Annotations

PROGRAMME DE DÉTECTION DU CANCER DU COL UTÉRIN
Canada

Au cours de l'été dernier, l'unité sanitaire d'Athabaska a mis à la disposition des femmes de la collectivité d'Athabaska et des environs un service de détection du cancer du col utérin. L'administration de ce programme comportait les points suivants:

- 1 — Obtenir l'approbation des médecins de la localité.
- 2 — S'assurer la collaboration du laboratoire provincial.
- 3 — Rechercher les conseils des gynécologues en ce qui concerne la façon de procéder.
- 4 — Une série de films et d'entretiens présentés à des groupes de femmes au cours du mois de mai. On a adressé la parole à neuf groupes de ce genre.
- 5 — Insérer dans la presse locale des annonces afin de renseigner les gens.
- 6 — On a envoyé des cartes à toutes les mères de familles. L'enquête a révélé les données statistiques suivantes:

| Age | No. | Cancer du col utérin | | | | Anomalies légères | | | | |
|-------|-----|----------------------|----------|---------|----------|-------------------|---------|-----------|---------|--------------|
| | | Nég. | Atypique | Suspect | Possible | Erosion | Polypes | Cervicite | Levures | Trichomonase |
| 21-30 | 18 | 18 | | | | 3 | | | 1 | |
| 31-40 | 93 | 91 | 2 | | | 13 | 1 | 1 | | 2 |
| 41-50 | 61 | 60 | 1 | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 51-60 | 43 | 40 | 1 | 1 | 1 | | 3 | 1 | | |
| 61-70 | 18 | 17 | 1 | | | | | | | |
| 71 + | 3 | 3 | | | | | | | | |
| Total | 236 | 229 | 5 | 1 | 1 | 16 | 5 | 3 | 1 | 4 |

Le programme a été très bien accueilli par la collectivité, et l'avis général est qu'il serait profitable d'avoir un plus grand nombre de ces enquêtes; il semble raisonnable que les unités sanitaires mette ce genre de service à la disposition des gens. Toutes les personnes qui avaient des anomalies ont été envoyées chez leurs propres médecins.

États-Unis

Le rapport de la "President's Commission on Heart Disease, Cancer and Strokes" (Commission présidentielle s'occupant des maladies de cœur, du cancer et des crises cardiaques) a conseillé l'établissement d'un programme national de détection du cancer du col utérin. En conséquence des subventions de plusieurs millions de dollars ont été accordées afin de faire subir un examen de cancer du col utérin à plus de 8 millions de femmes américaines qui ont au-delà de vingt-cinq ans et qui entrent à l'hôpital au cours de l'année pour une raison ou l'autre. Le Service d'hygiène publique des États-Unis s'attend à réaliser ce programme au cours des cinq prochaines années; durant cette période, le nombre des hôpitaux qui fourniront ce genre de service aux femmes adultes augmentera à tous les ans. En ce qui concerne ces subventions, l'ordre de préférence ira d'abord aux hôpitaux qui fournissent des soins aux indigents et à ceux qui ne peuvent pas payer les frais médicaux. Présentement, les femmes adultes qui entrent à l'hôpital ne subissent habituellement pas d'examen pour la détection du

cancer du col utérin. Cette sorte de cancer cause actuellement 8,000 décès par année.

GUERRE TOTALE AUX MALADIES VÉNÉRIENNES

Le Service de santé de Chicago a adopté une stratégie qui se déploiera sur plusieurs fronts pour une nouvelle campagne destinée à constituer une "guerre totale" à la blennorragie et à la syphilis. En 1964, la blennorragie était la maladie contagieuse la plus répandue à Chicago; le nombre de cas se chiffrait à 22,380. Quant à la syphilis, elle occupait le troisième rang dans cette catégorie de maladies, précédée seulement par la rougeole qui se trouvait au deuxième rang. Le programme antivénérien en question comporte:

— L'établissement de cliniques du soir qui serviront de supplément aux programmes de traitement des maladies vénériennes; ces cliniques seront établies à la clinique municipale d'hygiène sociale, au centre d'hygiène de la région et dans sept endroits urbains progressifs de Chicago.

— L'introduction de programmes de traitement des maladies vénériennes dans les postes de bien-être; ces programmes de traitement auront lieu pendant le jour et pendant la nuit.

— L'augmentation du personnel chargé de découvrir les cas de maladies vénériennes.

— L'introduction de classes traitant des maladies vénériennes dans toutes les écoles (publiques, privées et paroissiales).

siales) de Chicago, à commencer par les élèves de huitième année.

— L'introduction de classes additionnelles traitant des maladies vénériennes dans les cinq écoles de médecine de Chicago.

— L'introduction de programmes d'enseignement des maladies vénériennes pour le personnel de tous les gros hôpitaux.

— La mise en œuvre de programmes d'information visant à faire connaître au public le danger sans cesse grandissant des maladies vénériennes.

Le taux d'incidence des maladies vénériennes à Chicago est plus élevé que la moyenne nationale, mais moins élevé que les taux de Washington, New-York, Los Angeles et Détroit.

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS DU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Les examens écrits et oraux pour l'obtention du certificat de spécialiste auront lieu à l'automne 1966.

Chaque candidat doit soumettre au Comité des créances une demande d'admissibilité aux examens *AVANT* le 1er avril 1966.

Les formulaires de demande peuvent être obtenus en s'adressant directement au Collège.

Le Comité des créances se réunira en mai 1966 pour étudier toutes les demandes. Cette réunion du Comité sera la seule de l'année.

Augustin ROY,
Registraire.

PROFESSEURS CANADIENS FRANCOPHONES SERVANT AU MAROC

Monsieur le Secrétaire général de l'A.M.L.F.C.,

L'Ambassade du Canada, à Madrid, qui est accréditée auprès du Gouvernement du Maroc, vient de nous transmettre une demande officielle des autorités marocaines d'affecter douze professeurs canadiens, d'expression française, à la Faculté de Médecine de Rabat, dans le cadre de notre programme de coopération avec les pays francophones de l'Afrique.

L'annexe ci-jointe énumère les postes disponibles à l'Université Mohammed V. Vous savez sans doute que le doyen de la Faculté de Médecine est M. le docteur A. Faraj.

Je sais bien que le recrutement d'un tel personnel, dans la conjoncture actuelle du développement extraordinaire de l'enseignement supérieur au Canada, s'avère une tâche extrêmement difficile. Cependant, puis-je faire appel à vos bons offices en vue de susciter des candidatures, du moins à quelques-uns de ces postes.

Seriez-vous assez bon de me donner votre avis sur la possibilité d'effectuer ce recrutement pour la prochaine année scolaire 1966-1967.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien accorder à cette requête et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur adjoint de la
Division de l'Éducation,
Section française,
Adélar GASCON.

Requête du Gouvernement marocain à l'égard de professeurs canadiens d'expression française qui seraient affectés à la Faculté de Médecine de l'Université Mohammed V, Rabat.

Douze postes dont 6 réservés aux sciences fondamentales et 6 à la clinique et aux spécialistes.

Sciences fondamentales: anatomie macroscopique; histologie-embryologie; biophysique médicale; microbiologie: a) bactériologie, virologie et immunologie, b) parasitologie et hématologie; électro-radiologie; médecine expérimentale.

Sciences cliniques: clinique médicale, neurologie, psychiatrie, ophtalmologie-O.R.L., dermatologie, phthisiologie.

POINTS SAILLANTS D'UN RAPPORT SUR LA RECHERCHE MÉDICALE AU CANADA

(Le rapport, dont le promoteur fut M. C. L. Gundy, un homme d'affaires canadien, a été préparé par Woods Gordon & Co., et il est sanctionné par la Canadian Society for clinical Investigation, les doyens des facultés de médecine, les organisations bénévoles de santé, et plusieurs centaines de scientifiques médicaux dans tout le pays. Certains extraits du rapport sont cités verbatim, mais ne sont pas nécessairement dans le contexte.)

Le rôle de la recherche médicale. La recherche médicale est essentielle si l'on veut atteindre aux degrés d'excellence dans les domaines de l'éducation médicale, des services de santé et des soins d'hygiène. C'est un fait qui doit être pris en considération dans tous les programmes visant à élargir les services de santé et à relever le niveau des soins d'hygiène au Canada. Si l'on veut que ces visées constituent les objectifs de l'intérêt public, il faut prévoir une expansion médicale au Canada.

Au niveau des étudiants, des diplômés et de ceux qui poursuivent leurs études dans ce domaine, la recherche médicale est inséparable de l'enseignement médical. Les professeurs-scientistes pourvoient à l'éducation orientée vers la recherche telle qu'elle est aujourd'hui appropriée à la médecine et à la science dans les universités. Il est donc indispensable, étant donné les transformations rapides auxquelles nous assistons dans tous les domaines, que les universités canadiennes dont le rôle est de former de nouvelles générations de médecins et de scientifiques aient à leur tête des professeurs-scientistes de valeur. En effet, si l'on veut élargir les programmes de la recherche médicale pour faire face aux exigences futures de la médecine et sauvegarder et améliorer le niveau des soins d'hygiène, il est indispensable de passer à l'action sans plus tarder. Tout attermoiement sur une question aussi urgente ne peut conduire qu'à un abaissement du niveau des écoles de médecine canadiennes et à un affaiblissement dans la qualité des soins d'hygiène mis à la disposition du peuple canadien.

Considération majeure. Tout d'abord, il convient de créer une ambiance favorable pour inciter les professeurs-scientistes à rester au Canada puis, de prendre des dispositions nouvelles pour l'enseignement et la recherche afin d'engager les professeurs-scientistes et les diplômés canadiens actuellement aux États-Unis à revenir dans les universités et dans les hôpitaux canadiens, et ensuite, encourager les étudiants à se faire une carrière dans la science médicale. A moins de créer d'urgence un environnement plus favorable à la recherche médicale, les spécialistes qualifiés sur lesquels tout

maximycin: thérapie à large spectre plus la prophylaxie contre la monilia... tétracyclinothérapie rationnelle.

Un produit qui a sa raison d'être

Maximycin assure à la fois une activité bactéricide et un effet prophylactique contre les champignons, ce qui protège contre des réactions secondaires désagréables (prurit anal, diarrhée, etc.) qu'on signale parfois dans le traitement aux antibiotiques.

Description: Chaque capsule contient 250 mg de tétracycline renforcée de phosphate et 250,000 unités de nystatine.

Chaque cuillerée à thé (5 cc) renferme 125 mg de tétracycline renforcée de phosphate et 25 mg d'amphotéricine B (Fungizone).

Indications: Toutes les infections justiciables de la tétracyclinothérapie.

Posologie: Règle générale, la posologie doit fournir de 10 à 20 mg de tétracycline par livre de poids vif par jour, en doses fractionnées, selon la gravité et la nature de l'infection. **ADULTES:** au moins 250 mg par jour, en quatre doses. Le traitement, dans tous les cas, doit généralement se poursuivre de 24 à 48 heures après déclin des symptômes et de la fièvre.

Présentation: Capsules: flacons de 16 et de 100.
Sirop: flacons de 60 cc.



Les produits pharmaceutiques **Linson**

division de E.R. Squibb & Sons Ltd. Montréal, Canada

repose feront défaut, aussi bien au point de vue nombre que valeur intellectuelle. Les plans préliminaires dressés par les douze écoles de médecine actuellement existantes consistent à doubler leurs dimensions dès 1969-70. A cette époque, deux nouvelles écoles fonctionneront déjà. Mais si l'on veut pouvoir recruter du personnel d'envergure, il est indispensable que la recherche médicale bénéficie d'un appui.

Appui financier actuel pour la construction. Bien que de nos jours la recherche médicale au Canada ait bénéficié d'un appui financier croissant, il n'en est pas moins vrai qu'il est encore insuffisant.

Les requêtes présentées au gouvernement pour l'aide à la construction de laboratoires de recherches dans les universités et les hôpitaux n'ont pas éveillé d'écho jusqu'à présent. Dans certains cas, les constructions ont été financées en partie par les gouvernements provinciaux mais le reste des fonds provient de sources diverses. L'expansion ainsi réalisée n'est que fragmentaire et n'a pas atteint son but, c'est-à-dire s'intégrer dans un programme coordonné propre à atteindre les objectifs envisagés, savoir: une expansion des services de santé. Dans les hôpitaux, les soins exigés par les patients privent la recherche des effectifs auxquels elle pourrait prétendre. Quant aux universités, les fonds disponibles pour la recherche s'épuisent de plus en plus vite.

Sources des frais d'exploitation. Pour couvrir les frais d'exploitation des programmes consacrés à la recherche, les fonds mis à disposition n'ont pas atteint, et de loin, la somme qui avait été demandée.

Le gouvernement du Canada a fourni environ les trois-quarts des fonds, les organisations bénévoles au Canada, environ un cinquième — et les agences gouvernementales des États-Unis ont contribué par des sommes de plus en plus modiques.

Sur les \$14.9 millions représentant la contribution du gouvernement fédéral, un tiers provenait du Ministère de la Santé publique et du Bien-être social pour subvenir au financement des projets orientés vers l'incidence des maladies. Le Conseil de la Recherche Médicale est maintenant la principale agence du gouvernement qui permet à la recherche médicale de subsister.

Le Conseil a étendu son appui à un nombre croissant de particuliers qualifiés intéressés à la recherche médicale, mais il n'a pas à sa disposition les fonds nécessaires pour subventionner leurs travaux. En l'état actuel des choses, les ressources dont dispose le Conseil ne permettent pas aux intéressés d'acheter l'équipement scientifique qui aujourd'hui est essentiel à la recherche.

La répercussion sur l'état d'esprit des chercheurs est démoralisante au possible. Les recherches proprement dites sont fragmentées en une infinité de petits projets dont les résultats laissent à désirer quant à la qualité, ce qui n'encourage pas l'élaboration de nouveaux projets de grande envergure.

Universités et hôpitaux. Le Canada manque également de fonds pour faire face aux frais d'exploitation de la recherche dans les universités et dans les hôpitaux. Ces institutions mettent à la disposition des chercheurs l'espace, les facilités et les services dont elles supportent elles-mêmes les frais lesquels, il va sans dire, augmentent en fonction directe de l'extension des programmes. Aux États-Unis, on prévoit le remboursement d'une partie de ces frais; il semble que le Canada ait décidé d'en faire autant.

Exigences prévues en capitaux. Entre 1965-66 et 1969-70, on prévoit que les écoles de médecine et les hôpitaux associés auront besoin, pour se consacrer à la recherche, d'un nouvel espace dont la superficie est estimée à 1,750,000 pieds carrés. Compte tenu du prix des matériaux et de la main-d'œuvre aux tarifs de 1965, la mise à exécution du plan quinquennal coûtera quelque \$93 millions. De plus, il faudra munir ce nouvel édifice d'un équipement scientifique dont le prix, s'échelonnant sur une période de cinq ans, atteindra entre \$46 et \$57 millions. Au total, le capital indispensable à la recherche médicale au Canada pour la période s'étendant de nos jours à la fin de cette décennie est de l'ordre de \$150 millions, au bas mot.

Exigences quant à l'exploitation. Au point de vue de l'exploitation, on a procédé à l'estimation des fonds qui *auraient* été nécessaires aux exigences canadiennes, compte tenu des circonstances, pour la création en 1965-66 d'un milieu favorable à la recherche. On est arrivé à la somme de \$54 millions pour le personnel et les frais d'exploitation, mais les agences extérieures (\$21.5 millions) ainsi que les universités et les hôpitaux (\$3.5 millions) ne disposaient même pas à eux tous de la moitié de cette somme. On envisage (en s'attendant à doubler les effectifs du personnel à plein temps) qu'il faudrait arriver à plus de \$100 millions par an (en provenance de toutes sources) pour matérialiser ces projets.

C'est le gouvernement du Canada qui, par l'entremise du Conseil de la Recherche médicale, du Ministère de la Santé publique et du Bien-être social ou de toutes autres dispositions, telles qu'elles pourraient être prises, doit être la source principale des fonds requis pour subvenir à l'entretien du personnel et aux frais d'exploitation. Les fonds ainsi mis à disposition par le gouvernement du Canada devraient atteindre en 1969-70 près de \$80 millions, soit une augmentation égale à 5½ fois la somme de 1965-66 qui s'élevait à \$14.1 millions. (On estime qu'en 1969-70, les universités, les hôpitaux, les organisations bénévoles et autres sources seront à même de contribuer pour \$20 millions.)

De plus, si les frais inhérents aux programmes financés par des sources extérieures devaient être partiellement compensés aux écoles canadiennes, il faudrait remettre aux universités et aux hôpitaux des sommes supplémentaires qui de \$11.6 millions en 1965-66 passeraient à \$23.9 millions en 1969-70.

Les exigences en capital pour subvenir à la réalisation du programme quinquennal visant à la construction de nouveaux édifices et à l'achat d'équipement scientifique indispensable doivent être envisagées. Le coût du programme d'expansion est estimé à \$150 millions.

Il est donc nécessaire de prévoir à long terme. Les gouvernements provinciaux ont un intérêt dans ce domaine et il est indispensable par conséquent de s'assurer la collaboration et la coordination à tous les échelons du gouvernement. Le gouvernement fédéral se doit de prendre la tête des opérations et de procéder à la création d'un Conseil scientifique national dont les fonctions seraient largement consultatives.

En ce qui concerne spécifiquement la recherche médicale, la Commission royale des services de santé a envisagé la création d'un Conseil de recherches en sciences sanitaires qui résulterait d'un élargissement du Conseil de la Recherche médicale. Il serait donc indispensable que les fonds disponibles au profit de cet organisme soient suffisants pour

lui permettre d'assumer son nouveau rôle étant donné que dans le domaine de la recherche il ne peut s'agir que d'une expansion, mais jamais d'une réduction.

Aucune dérogation à la liberté de la science ne doit s'immiscer dans les dispositions prises afin que les chercheurs puissent continuer à exercer leur jugement quant à l'utilité des recherches qu'ils poursuivent, et les décisions quant aux applications du financement ne seront prises que par des scientifiques compétents.

La subvention de la recherche médicale dans les institutions de différentes parties du Canada sera également envisagée selon les différences qui existent dans les étapes du développement des écoles de médecine dans tout le pays; au début, un secours spécial peut s'avérer nécessaire dans les centres moins bien développés pour leur permettre de progresser plus rapidement.

Les universités et les hôpitaux joueront le rôle capital dans la planification du développement de la recherche médicale au Canada. L'Association des Collèges Médicaux Canadiens représente l'instrument par l'intermédiaire duquel les plans des écoles individuelles pourraient être coordonnés pour être présentés en bloc aux gouvernements par l'entremise du conseil consultatif ainsi créé.

La diversité des dispositions associant les hôpitaux aux écoles de médecine représente une complication majeure en ce qui concerne la coordination des plans des hôpitaux. Une réévaluation approfondie des relations existant entre les écoles de médecine et les hôpitaux semble s'imposer.

* * *

Le Canada non seulement peut, mais se doit de rechercher l'excellence dans la science médicale afin de mettre à la disposition de ses citoyens des soins d'hygiène et des services de santé d'un haut degré d'excellence. Afin de matérialiser ces visées, il est indispensable de créer une atmosphère propre à encourager les particuliers à se faire une carrière dans la science médicale, une ambiance qui incitera les professeurs-scientistes à rester au Canada, et qui encouragera ceux qui se sont dispersés ailleurs, pour obvier aux occasions qui faisaient défaut dans leur pays, à revenir au Canada.

LES SCIENTISTES MÉDICAUX EN QUÊTE D'UNE AUGMENTATION SPECTACULAIRE DE L'AIDE FÉDÉRALE À LA RECHERCHE CANADIENNE

Le niveau des soins d'hygiène au Canada auront certainement à souffrir si les subventions du gouvernement fédéral destinées à l'exploitation de la recherche médicale n'atteignent pas un niveau minimum de \$80 millions par an dès 1970. C'est ce dont fait état un rapport soumis au ministre des Finances, M. Mitchell Sharp, et au ministre de la Santé, M. Allan MacEachen, par un groupe représentatif des scientifiques médicaux et des éducateurs dans tout le Canada.

"Pour matérialiser les objectifs que nous nous sommes fixés dans le domaine de l'instruction médicale et des services de santé, il est essentiel d'atteindre le plus tôt possible ce niveau de l'activité dans la recherche" dit en substance le rapport en question.

Le groupe à la tête duquel se trouve M. C. L. Gundy, un homme d'affaires canadien, comprend: le docteur J. F. McCreary, président de l'Association des collèges médicaux et doyen de la Faculté de Médecine, Université de Colombie

Britannique; le docteur Claude Fortier, chef du Département de Physiologie, Université Laval; M. Edward Dunlop, M.P.P., secrétaire administratif, Canadian Arthritis and Rheumatism Society; le docteur J. F. Mustard, le docteur J. R. Evans, le docteur J. R. Ducharme et le docteur J. C. Laidlaw, de la Canadian Society for Clinical Investigation.

En plus de poursuivre l'exploitation des subventions, le rapport demande qu'une aide pécuniaire immédiate soit consentie sur le programme quinquennal de \$150 millions pour la construction de nouveaux édifices et l'achat d'équipement scientifique et augmenter les fonds destinés aux Universités pour compenser les frais généraux supplémentaires associés à l'expansion des programmes de recherche.

"Une augmentation substantielle en capital et l'argent nécessaire à l'exploitation de la recherche médicale au Canada est nécessaire immédiatement" dit le rapport. "A moins qu'un environnement plus favorable à la recherche médicale ne soit réalisé d'urgence, les capacités sur lesquelles reposent l'éducation médicale et les soins d'hygiène seront inadéquates tant en nombre qu'en qualité."

Les chiffres du rapport sont basés sur une étude détaillée des exigences de la recherche médicale jusqu'en 1970, effectuée par les administrateurs-conseils Woods, Gordon & Co.

"La recherche médicale est essentielle pour faire face aux niveaux élevés de l'éducation médicale, des services de santé et des soins d'hygiène" dit le rapport, qui en outre recommande fortement une expansion de la recherche pour assurer aux exigences futures du Canada, le personnel médical indispensable à sa population.

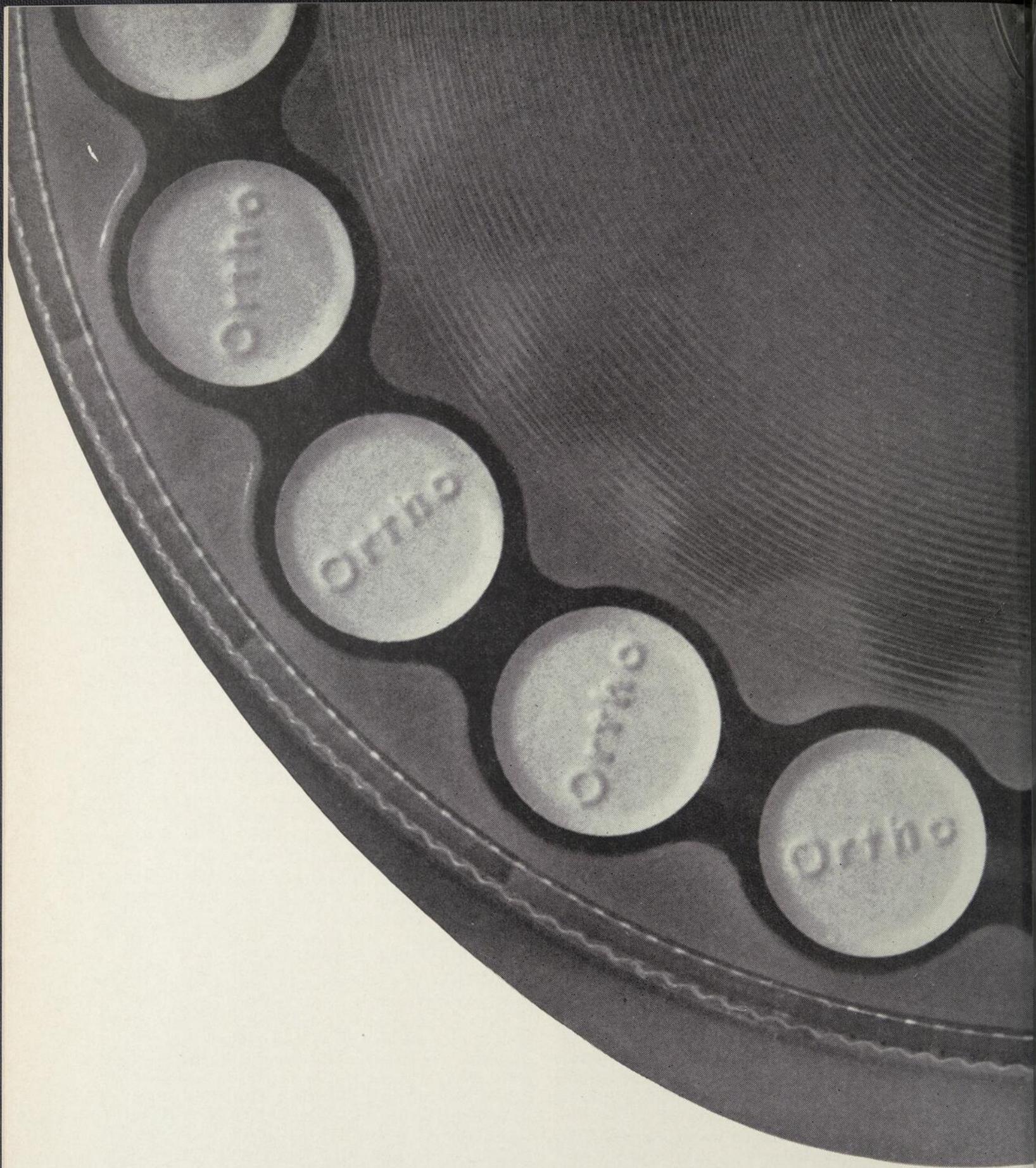
"Il faut envisager avant tout la création d'un environnement qui encouragera les professeurs-scientistes à rester au Canada, pour développer l'enseignement médical et la recherche" dit le rapport qui fait remarquer en passant que les conditions aideront à ramener au Canada pour servir dans les universités canadiennes et dans les hôpitaux canadiens, les hommes de science actuellement aux États-Unis.

"La répercussion de la pénurie de fonds pour subventionner leurs programmes et le manque de facilités auquel ils doivent faire face exercent sur l'esprit des chercheurs un effet "démoralisant" au possible, la fragmentation des projets nuisant à la qualité de la recherche.

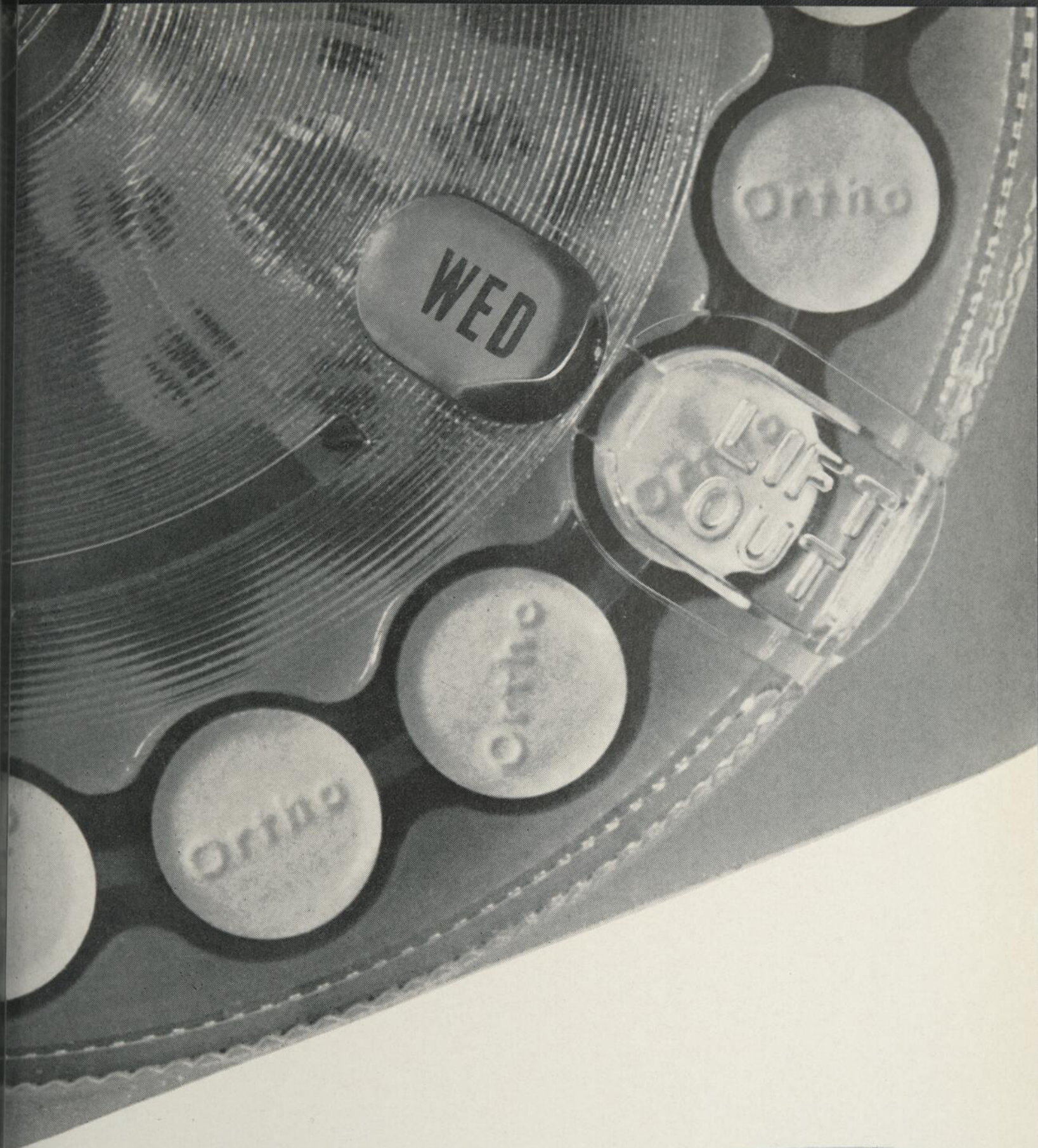
"Le Canada non seulement peut, mais se doit de rechercher l'excellence dans la science médicale afin de mettre à la disposition de ses citoyens des soins d'hygiène et des services de santé d'un haut degré d'excellence. Afin de matérialiser ces visées, il est indispensable de créer une atmosphère propre à encourager les particuliers à se faire une carrière dans la science médicale, une ambiance qui incitera les professeurs-scientistes à rester au Canada, et qui encouragera ceux qui se sont dispersés ailleurs, pour obvier aux occasions qui faisaient défaut dans leur pays, à revenir au Canada."

Correspondants

Vancouver: le docteur S. M. Friedman, chef du Service de l'Anatomie, Université de Colombie Britannique; *Saskatoon*: le docteur L. Horlick, professeur, Service de Médecine, Université de Saskatchewan; *Edmonton*: le docteur E. E. Daniel, chef du Service de Pharmacologie, Université d'Alberta; *Winnipeg*: le docteur J. A. Hildes, professeur adjoint, Service de Médecine, Université du Manitoba; *Toronto*: les docteurs E. A. Sellers, chef du Service de Pharmacologie,



Ce nouveau distributeur **Ortho-Novum***
COMPRIMÉS
Dialpak* lui permet de s'assurer aisément
un contrôle oral de la conception
efficace et total.



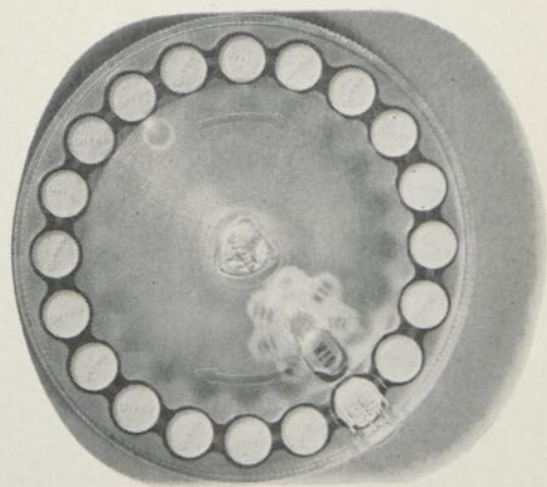
Le Dialpak indique clairement le jour où elle a pris son dernier comprimé, ce qui lui permet de s'en tenir aux dates prévues et de s'assurer une protection totale.

Le Dialpak lui évite d'avoir recours à un crayon pour "marquer les jours" sur le calendrier. C'est un registre complet par lui-même.

Le Dialpak est facile d'usage. Elle n'a qu'à "composer" son comprimé chaque jour.

Le Dialpak ne s'écrasant pas, elle est toujours assurée d'avoir un comprimé complet, chaque fois.

Et le Dialpak a belle apparence. Il a sa place parmi les jolis objets que possède toute femme bien féminine.



ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD., Don Mills, Ont.

Université de Toronto; J. C. Laidlaw, professeur adjoint, Service de Médecine, Université de Toronto; J. F. Mustard, professeur adjoint, Service de pathologie, Université de Toronto; *London*: le docteur J. A. F. Stevenson, chef du Service de Physiologie, Université Western Ontario; *Ottawa*: le docteur R. K. Smiley, professeur, Service de Médecine, Université d'Ottawa; *Hamilton*: le docteur J. R. Evans, principal du College of Health Sciences, Université McMaster; *Kingston*: le docteur J. D. Hatcher, chef du Service de Physiologie, Université Queen; *Montréal*: les docteurs C. H. Hollenberg, professeur adjoint, Service de Médecine, Université McGill; J. Ducharme, professeur adjoint, Service de Pédiatrie, Université de Montréal; *Québec*: le docteur G. Saucier, professeur adjoint, Service de Médecine, Université Laval; *Halifax*: le docteur W. A. Cochrane, chef du Service de Pédiatrie, Université Dalhousie.

COURS POST-UNIVERSITAIRE EN CHIRURGIE

Un cours post-universitaire en chirurgie dont le but est d'aider aux candidats pour l'obtention du fellowship du Collège Royal et de l'American Board of Surgery a été mis sur pied par le service de chirurgie de l'Hôpital Royal Victoria.

C'est la 20^e année de ce cours. La section clinique et didactique du cours débutera le 18 juillet 1966 et durera sept semaines.

Les leçons seront données par des spécialistes (physiologistes, anatomistes, pathologistes, radiologistes) et bien entendu par des chirurgiens généraux et spécialisés.

La section didactique comporte des honoraires de \$175. Le nombre d'élèves est limité. Pour renseignements, s'adresser au président du cours post-universitaire en chirurgie, Hôpital Royal Victoria, Montréal 2.

JOURNÉE D'ÉTUDE SUR LA FIBROSE KYSTIQUE DU PANCRÉAS

*Forbes-Cushing Amphitheatre
The Montreal Children's Hospital
le dimanche 24 avril 1966
9 a.m. - 5 p.m.*

Sous les auspices de la Canadian Cystic Fibrosis Foundation
Président: Le docteur Harry Medovy (Winnipeg).

Participants: Messieurs les docteurs Giulio Barbero (Philadelphie), William A. Cochrane (Halifax), Scott Dunbar (Montréal), Pierre Beaudry (Montréal), Melvin B. Wise (Montréal), Douglas Crozier (Toronto), Sydney Segal (Vancouver) et Mimi Belmonte (Montréal).

Sujets: Diagnostic, pathogénèse, traitement et application des études de la fonction pulmonaire dans la fibrose kystique.

On demande l'enregistrement avant le 1^{er} avril 1966. Il n'y a pas de frais d'inscription.

Adressez les demandes à: Docteur Mimi M. Belmonte, The Montreal Children's Hospital, Chambre 442, 2300 rue Tupper, Montréal 25, Qué.

P.S. — Les assises seront tenues en anglais mais les participants bilingues se feront un plaisir de traduire en français sur demande.

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

COURS DE CARDIOLOGIE POUR MÉDECIN PRATICIEN

du 9 au 13 mai 1966

Invité d'honneur: Professeur Jean Lenègre, professeur titulaire à l'Université de Paris, directeur du Département de Cardiologie de l'Hôpital Boucicaut, Paris.

Fais d'inscription: \$50.00.

Ce cours est donné sous les auspices de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Adressez-vous à l'Institut de Cardiologie de Montréal, 5000 est, rue Bélanger, Montréal 36. Tél.: 376-3330, ext. 201.

REVUES MÉDICALES DEMANDÉES PAR LE DÉPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Vous pouvez rendre un service important et peu coûteux aux étudiants pré et post-gradués de la Faculté qui ont accès à la bibliothèque du Département de Physiologie.

Nous aimerions compléter la liste des périodiques suivants:

1 — Numéros manquant

Circulation: 1961 - Février, Avril, Juin, Août, Octobre et Décembre.

1962 - Avril.

Endocrinology: 1965 - de Janvier à Juin (incl.), Novembre et Décembre.

1957 - Janvier, Février et Mars.

1960 - Septembre.

Experimental Neurology: 1964 - de Janvier à Juin (incl.).

Journal de Physiologie: 1963 - de Mai à Décembre.

1964 - de Septembre à Décembre.

Journal of Neurophysiology: Mars 1964, Vol. 27, No 2.

2 — Série complète

Actualités Neurophysiologiques: 1960 à 1964 (incl.).

A.I.B.S. (section Physiologie): 1960 à 1964 (incl.).

American Journal of Physiology: 1960 à 1964 (incl.).

Annual Review of Physiology: 1958 à 1964 (incl.).

Archives of Neurology: 1960 à 1964 (incl.).

Brain: 1961, 1962 et 1963.

Circulation Research: 1960.

Endocrinology: 1956 et 1964.

I.E.E.E. Transactions on Bio-Medical Engineering: 1960 à 1964 (incl.).

Journal de Physiologie: 1960, 1961 et 1962.

Journal of Applied Physiology: 1960 à 1964 (incl.).

Journal of Comparative Neurology: 1960 à 1964 (incl.).

Journal of Neurochemistry: 1960 à 1964 (incl.).

Journal of Physiology: 1960 à 1964 (incl.).

Medical Electronics: 1960, 1961 et 1962.

Neurology: 1960 à 1963 (incl.).

Physiological Reviews: 1960 à 1964 (incl.).

Proceedings of the Soc. for Exp. Biology and Medicine: 1960 à 1964 (incl.).

Veillez communiquer avec le docteur Édouard Bolté, Département de Physiologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Montréal.

Écrivez-nous une liste approximative de ce que vous pouvez disposer et nous nous chargerons de recueillir ces périodiques qui ont encore une grande valeur pour nous.

"Ces études laissent soupçonner la possibilité de prévenir la décompensation des cellules bêta en commençant l'administration des sulfonylurées avant que soit perdue la tolérance hydrocarbonée."³

L'importance d'un dépistage précoce tient à l'institution du traitement du diabétique à un stade où l'on peut retarder l'état pathologique. Le régime est précieux à cet égard et il existe des cas où la rémission a eu lieu après usage de tolbutamide (Orinase)³. Cela peut résulter de la régénérescence des cellules bêta, et c'est une indication de la valeur de la tolbutamide (Orinase) dans le traitement du diabète potentiel.



ORINASE[®]

D'ABORD



Plus de 2,000 documents cliniques et 3,000,000 de cas de diabète traités avec succès à travers le monde ont démontré la sécurité et l'efficacité de l'Orinase. Voilà pourquoi, lorsque l'emploi d'un agent hypoglycémiant oral est indiqué, la grande majorité des médecins du monde préfèrent l'Orinase d'abord.

"La tolbutamide [Orinase] est le plus sûr hypoglycémiant oral d'usage général, et on doit l'essayer en premier lieu."

Today's Drugs, 1964, p. 238, Londres: British Medical Association.

"Notre premier choix serait la tolbutamide [Orinase]..."

Modell, W., Drugs of Choice 1964-1965, 1964, p. 567 Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

"Nous préférons utiliser la tolbutamide [Orinase] d'abord, car c'est elle qui suscite le moins de réactions secondaires..."

Faludi, G., Journal of the Medical Women's Association, 18:733, 1963.

1. Danowski, T.S., Diabetes Mellitus: Diagnosis and Treatment, 1964, p. 27 New York American Diabetes Association. 2. Antoniadis, H. N. et coll., Diabetes, 13:230, 1964. 3. Fajans, S.S. et Conn, J.W., Diabetes, 1962, 11 (suppl.), 123.

Composition: chaque comprimé Orinase contient 0.5 g de tolbutamide. **Indications:** la principale indication clinique d'Orinase est le diabète sucré stable sans complication aiguë comme l'acidose ou la cétose. **Posologie — nouveaux diabétiques:** quatre comprimés Orinase (2 g) par jour, en une seule dose le matin ou en doses fractionnées, durant quatre semaines ou jusqu'à ce que le malade réagisse; régler ensuite la posologie d'entretien (d'ordinaire de 1 à 4 comprimés) à la dose quotidienne la moins forte pouvant maintenir la régulation optimale. Comme pour l'insuline, des changements de posologie peuvent être nécessaires durant le traitement du diabète. **Posologie — diabétiques sous insulinothérapie:** 1. moins de 20 unités — abandonner l'insuline et amorcer le traitement à l'Orinase; 2. de 20 à 40 unités — diminuer l'insuline dans une proportion de 30 à 50%, instituer le traitement à l'Orinase puis réduire subséquemment l'insuline selon la réaction quotidienne; 3. plus de 40 unités — diminuer l'insuline de 20%, commencer à donner l'Orinase et continuer à diminuer l'insuline selon la réaction du malade. **Contre-indications:** diabète juvénile, cétose grave, acidose, coma. **Précautions:** Bien respecter les restrictions alimentaires, la régulation du poids, l'exercice, l'hygiène, éviter les infections et suivre la posologie. Dans les conditions de stress, traumatismes ou infections, il peut être nécessaire d'augmenter la dose ou de compléter par l'insulinothérapie. L'insuline doit remplacer l'Orinase durant la grossesse et durant le traitement aux corticostéroïdes. **Réactions secondaires:** l'Orinase est remarquablement exempt de réactions secondaires — principalement les dérangements gastro-intestinaux légers et les réactions d'allergie cutanée. L'hypoglycémie est remarquablement rare et plus susceptible de survenir durant la période de transition de l'insuline à l'Orinase. **Présentation:** comprimés rainurés, en flacons de 50 et de 500.



HOECHST
PHARMACEUTICALS

3400 O. RUE JEAN-TALON, MONTREAL 16

DIVISION DE HOECHST DU CANADA LIMITÉE

*"On estime que le dépistage précoce du diabète, lorsqu'il est accompagné d'une thérapeutique dynamique, prévient ou retarde efficacement les complications de longue portée. De plus grande signification encore sont sans doute les données indiquant que le traitement intensif institué de bonne heure pourrait améliorer l'état diabétique. Il importe donc évidemment de diagnostiquer le mal de bonne heure."*¹

L'omnipraticien peut aider à soustraire à l'élément chance le dépistage du diabète. Les diabétiques — de même que les diabétiques en puissance — se recrutent le plus souvent parmi les gens (a) qui ont un antécédent familial de diabète, (b) qui ont des grossesses anormales, (c) qui souffrent d'obésité et qui ont plus de quarante ans et (d) qui souffrent de dégénérescence vasculaire.

L'omnipraticien et le dépistage précoce du diabète



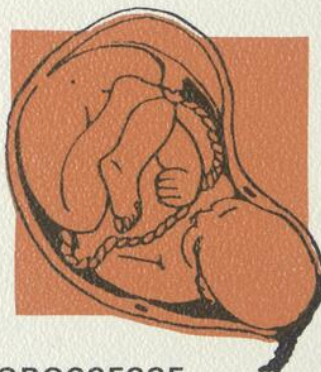
OBÉSITÉ APRÈS 40 ANS

L'association de l'obésité à un métabolisme anormal des hydrates de carbone est chose bien connue. Les données les plus récentes indiquent que l'obésité est un symptôme plutôt qu'une cause du diabète.²



ANTÉCÉDENT FAMILIAL

Il existe beaucoup de preuves de la transmission héréditaire de la prédisposition au diabète. Tout malade à antécédent familial de diabète doit être soumis à des épreuves visant à déceler un diabète en puissance, et questionné afin de vérifier si quelque autre symptôme de diabète s'est manifesté.



GROSSESSE

Tout antécédent de bébés pesant plus de 10 livres à la naissance, de bébés mort-nés ou morts peu après la naissance, d'avortement spontané, d'accouchement prématuré, de toxémie et d'anomalies congénitales constitue un indice de la présence de diabète en puissance, et toute femme à antécédent répété de l'une de ces complications doit être étudiée de plus près.

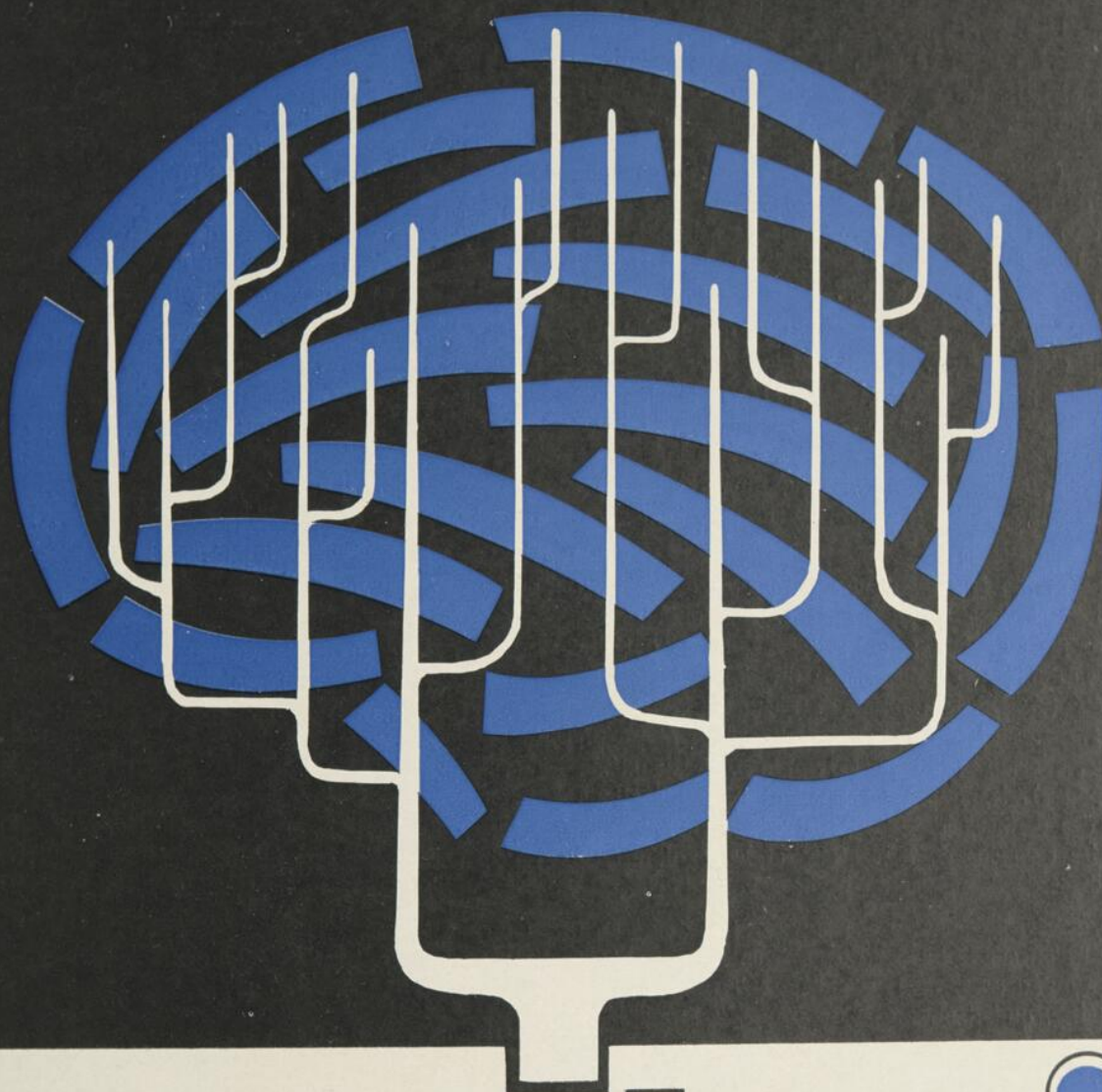


DÉGÉNÉRESCENCE VASCULAIRE

La rétinopathie, la sclérose glomérulaire et peut-être la neuropathie sont signes d'une forme distincte de maladie des petits vaisseaux associée au diabète. On croit que cette maladie est la cause d'un grand nombre de lésions qu'on avait coutume d'attribuer à l'athérosclérose.

L'omnipraticien joue un rôle essentiel dans le dépistage précoce du diabète. Il peut déceler les diabétiques probables et les soumettre à des tests simples de glycosurie et d'hyperglycémie.

Troubles circulatoires périphériques et cérébraux



complamin[®]

***Aide à soulager les
troubles du comportement liés
à la sclérose cérébrale:***

- Syndrome amnésique
- vertige — instabilité
- étourdissement
- confusion mentale
- dépression
- insomnie



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



LIVRES REÇUS

Dictionnaire des constantes biologiques et physiques — Applications cliniques et explorations paracliniques. Par Alain BLACQUE-BELAIR, Bernard MATHIEU DE FOSSEY et Max FOURESTIER. — Un volume de 960 pages, avec 237 figures en noir, 13 planches en couleurs (12.5 x 18.5). Reliure souple: 80 F. Librairie Maloine S.A., édit., Paris, 1965.

La troisième édition, parue en 1951, fut épuisée en deux ans. Malgré de nombreuses sollicitations venues de France et d'au delà de nos frontières, un long silence s'établit. Les auteurs, dans leur introduction, s'expliquent sur les raisons de ce délai si prolongé de réédition...

En fait, cette 4^e édition est un livre nouveau qui, toujours dans l'"esprit dictionnaire", ambitionne de faire le point des connaissances physiques et chimiques (sous le signe de la constante biologique normale avec ses variations pathologiques), qui sont de plus en plus nécessaires dans la période de la médecine scientifique où nous vivons pour l'établissement du diagnostic, la surveillance d'une thérapeutique, l'indication du pronostic.

Livre neuf (et pas seulement une édition revue et augmentée), le format dans lequel paraît ce Dictionnaire est plus grand; et plus de 500 pages supplémentaires ont été ajoutées par les auteurs. En outre, une division originale de l'ouvrage a été décidée. La première partie représente le dictionnaire proprement dit des constantes biologiques à connaître en médecine (400 pages). Dans la deuxième partie (500 pages), les auteurs rappellent les applications paracliniques des données biologiques précédemment énumérées, en fait les examens de laboratoire et les explorations qu'on est en droit de demander en pathologie médicale.

Le volume, relié solidement, reste souple et toujours très maniable, aussi bien sur le bureau du médecin à son cabinet de consultation qu'au cours de la visite quotidienne, dans un service hospitalier, quand un renseignement doit être immédiatement trouvé pour demander ou interpréter un examen de laboratoire.

On pourrait dire de ce nouveau dictionnaire des constantes biologiques qu'il est une véritable encyclopédie (bien classée, fichée avec un index alphabétique et des abréviations détaillées) de toutes les connaissances scientifiques devant être constamment présentes à la mémoire du médecin moderne dans l'accomplissement quotidien de sa profession.

Aux étudiants, aux jeunes médecins, aux plus âgés (dont le "recyclage scientifique" est absolument indispensable), aux spécialistes, aux pharmaciens (qui trouveront, dans ce dictionnaire, les "contacts" proprement médicaux, si souvent souhaités), aux techniciens pour qui le renouvellement culturel scientifique est une obligation, aux secrétaires médicaux, voire aux infirmières de plus en plus habituées (ou à former) au langage médical actuel qui s'exprime si souvent en milligrammes, en milliosmoles, en clearances... bref, à tous ceux qui appartiennent aux professions médicales, et qui désirent rester tout le temps instruits rapidement, aisément, "à peu de frais", il est certain que cet ouvrage rendra de très grands services, et moins pénibles, les éclipses de mémoire. Et qu'il restera, ainsi que l'écrivait, dans sa préface de 1943, le professeur Noël Fiessinger: "le livre que l'on consulte toujours, et que l'on n'oublie jamais".

Médecine et littérature — Prestige de la médecine. Par Léon BINET et Pierre VALLERY-RADOT. — Un volume de 264 pages, 19 figures. 25 F. - Franco 27 F: L'Expansion, édit., Paris, 1965.

La place occupée par la médecine dans la littérature est très importante. Hier comme aujourd'hui, elle a inspiré un grand nombre d'écrivains. Qui pourrait s'en douter? Pourquoi cette présence inattendue n'a-t-elle pas davantage retenu l'attention? Parce qu'elle est discrète, éparpillée, noyée en quelque sorte dans l'œuvre des hommes de lettres ou dans leur correspondance. Et aussi, il faut bien le dire, parce que des jugements plutôt sommaires lui ont accordé peu d'intérêt.

Tel ne sera peut-être pas l'avis du lecteur, après avoir jugé sur pièces. En rassemblant tous ces témoignages, Léon Binet et Pierre Vallery-Radot ne nous ont pas seulement révélé un point de vue curieux et nouveau de l'œuvre littéraire, à vrai dire injustement dédaigné, ils ont contribué aussi à nous faire mieux connaître les auteurs eux-mêmes, leur aspect humain proprement dit, avec leurs misères physiques qui ont nécessairement influé sur l'élaboration de leurs travaux.

Choissant des exemples, ils nous entraînent dans leur sillage au milieu de leurs maladies ou au cours de leurs pérégrinations hospitalières. Ainsi, nous comprenons de quels efforts ils ont payé la réalisation de leurs œuvres. La présence parmi les médecins, d'écrivains, de poètes, et même d'académiciens, nous montre déjà que les deux professions ont entre elles mieux que des points communs.

Ne symbolise-t-elle pas cette alliance entre Esculape et les Muses, ainsi que s'exprimaient nos prédécesseurs, dont tant d'auteurs, médecins ou non, nous offrent l'exemple?

Une cause qui semble gagnée d'avance à en juger par les nombreux témoignages versés au dossier.

Après nous avoir montré les affinités entre la Médecine et les Lettres, les auteurs citent et commentent divers passages choisis parmi les hommes de lettres, de Montaigne à Jules Romains. Après les Peintres écrivains, ils en viennent aux Évadés de la médecine, de Rabelais à Duhamel, enfin à ceux qui pratiquent simultanément la médecine et les lettres, de Cabanis à Jean Delay.

En dépit de leur éloquent plaidoyer, Léon Binet et Pierre Vallery-Radot ne peuvent cacher leurs craintes pour l'avenir de l'humanisme médical, au siècle des techniques et des robots.

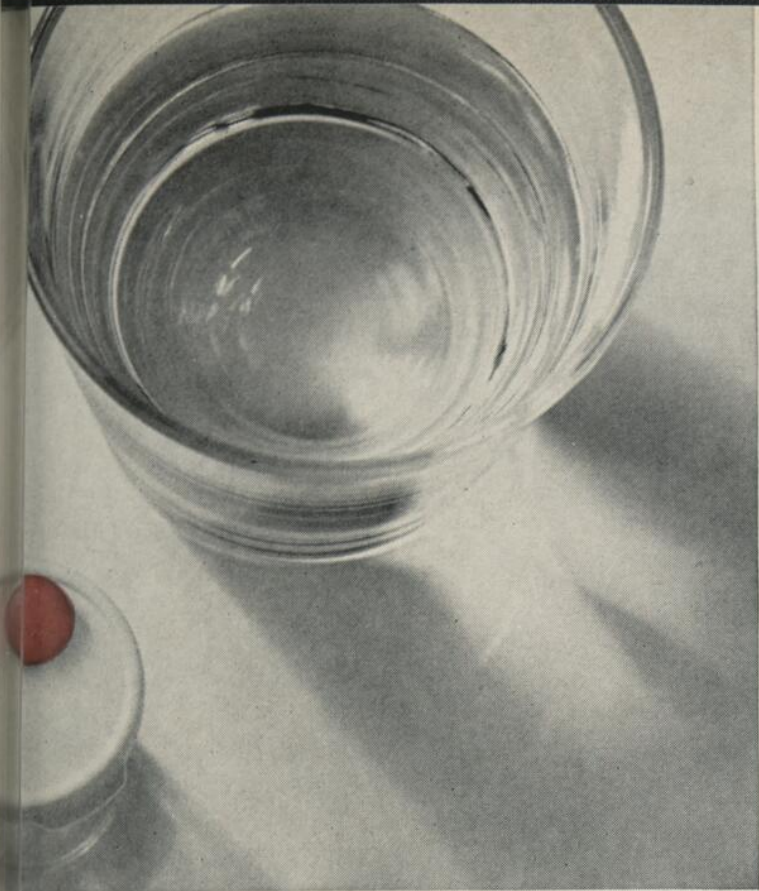
La conclusion par cette réflexion d'un jardinier de Rouen qui avait bien connu Gustave Flaubert, ne manque pas de piquant.

Livre des plus attachant, s'adressant à tous ceux désireux de pénétrer les secrets de l'attirance médicale.

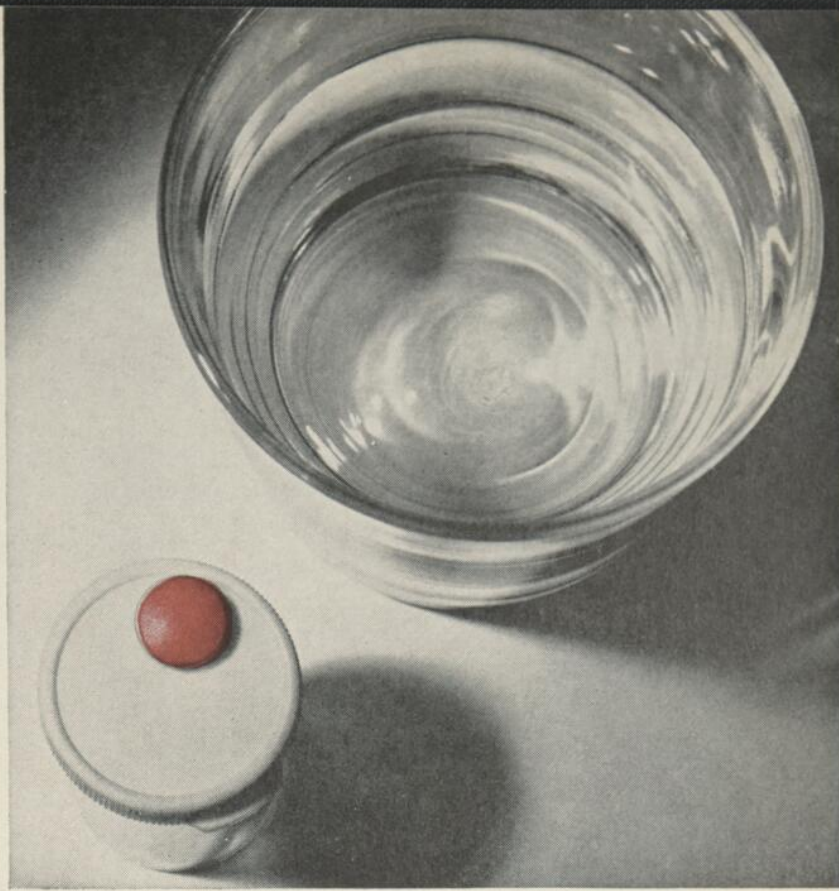
Outre la détente que procure cette lecture, une importante documentation, une table alphabétique facilitant les recherches, et une bibliographie substantielle font de cette étude très vivante un instrument de travail pour les esprits curieux.

Utilisation thérapeutique des oligo-éléments. Par le docteur Henry PICARD. — Un volume de 176 pages (13.5 x 18.5). 16 F. Librairie Maloine S.A., édit., Paris, 1965.

Léon
Alme
span-
e est
é un
our
ten-
e et
dans
que
trét.
voir
éon
ent
té-
ussi
eur
ues
tra-



un dans la matinée



un dans la soirée

Nouveau comprimé de 300 mg présenté pour b.i.d.

Pour les adultes — 2 comprimés fournissent 24 heures complètes de traitement... avec tous les bienfaits supplémentaires de la DÉCLOMYCINE... dose quotidienne plus faible... activité dûment établie... 1-2 jours "supplémentaires" d'activité pour protéger contre une rechute ou une infection secondaire.

DÉCLOMYCIN® 300

Déclomycine, Déméthylchlortétracycline Lederle

COMPRIMÉS FILMO-ENROBÉS de 300 mg

Efficace dans une gamme étendue d'infections courantes — respiratoires, urinaires et autres — chez les jeunes et les vieux — dans les maladies aiguës ou chroniques — quand le germe causal est sensible à la tétracycline. Avertisse-

ment: s'il y a atteinte rénale, même les doses usuelles orales et parentérales peuvent entraîner une accumulation excessive dans l'organisme, avec risques d'hépatotoxicité. Dans ces conditions, des doses plus faibles que les

doses usuelles sont indiquées, et si le traitement doit être prolongé, il peut être désirable de faire des déterminations de taux sanguin de déméthylchlortétracycline.



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

Les antibiotiques Lederle Auréomycine, Achromycine et Déclomycine sont les seules tétracyclines fabriquées entièrement au Canada.
Littérature médicale sur demande. ©Marque déposée

L'importance biologique des oligo-éléments a été décrite par de nombreux auteurs et en particulier par Gabriel Bertrand. Leur utilisation en thérapeutique humaine n'a été expérimentée et mise au point de façon systématique que depuis quelques années avec les travaux de J. Menetrier, ancien assistant de A. Carrel et H. Picard.

Ces auteurs ont pu démontrer en se basant sur une expérimentation considérable que les oligo-éléments présentés à l'organisme sous une forme physico-chimique particulière avaient un pouvoir curatif remarquable sur les terrains malades ou "diathèses" ainsi que sur un grand nombre de troubles plus segmentaires. Alors que nous ne connaissions parmi les oligo-éléments que les effets de l'iode, l'auteur analyse minutieusement ceux de nombreux autres éléments dont l'intérêt est aussi appréciable. Il décrit en outre l'effet particulier de quelques associations synergiques.

Cet ouvrage est présenté comme un précis d'utilisation destiné à permettre à tout thérapeute d'appliquer ces remèdes avec les plus grandes chances de succès.

Il se termine sur des considérations nouvelles sur la thérapeutique en général et sur celle des terrains pathologiques où nous étions souvent désarmés.

Le même auteur a déjà parlé des étonnantes possibilités de ces remèdes dans un autre ouvrage: De la cause au traitement des rhumatismes, même éditeur.

Il y démontre cliniquement et radiologiquement que la reconstitution du cartilage articulaire détruit par l'arthrose est possible grâce aux oligo-éléments.

Le micro-massage chinois et les techniques qui en dérivent.

Par J. LAVIER. — Un volume de 98 pages 11 figures, 3 dépliants (13,5 x 18). 14 F. Librairie Maloine S.A., édit., Paris, 1965.

"Paralysies et contractures sont justiciables du massage et de la gymnastique". Telle est la phrase que l'on peut lire dans le plus ancien des ouvrages de médecine, le Nei Tching Sou Wen, canon de la médecine chinoise traditionnelle, vieux de plusieurs millénaires.

Comme partout ailleurs et de tout temps, la masso-kinésithérapie a sa place parmi les techniques médicales de la Chine ancienne et moderne, mais il est une spécialité du massage qui est propre à la tradition chinoise, que nous appelons "micro-massage". Elle consiste en une exploitation thérapeutique des points d'acupuncture, par de petits massages ponctuels au doigt ou à l'aide d'instruments spéciaux, ou encore par de fines stimulations ou des applications minutieusement focalisées d'un infra-rouge particulier. Toutes ces techniques ont des indications bien précises, et évitent l'effraction de la peau par l'aiguille d'acupuncture.

Ce petit livre apporte, sous une forme très condensée, tous les détails nécessaires sur cette méthode encore inconnue en Occident. Il intéressera au premier chef le masseur-kinésithérapeute-rééducateur, mais il sera aussi d'une entité certaine au médecin acupuncteur lorsqu'il aura à traiter les enfants ou les malades pusillanimes qui craignent ses aiguilles.

Obstétrique. — Deuxième édition refondue et augmentée. Par Jacques L. GAILLARD. — Un volume de 700 pages, 153 figures (12 x 15,5). 38 F. (port en sus 2,10 F). Librairie Maloine, S.A., édit. Paris 1965.

Voici la seconde édition d'un Petit Précis devenu classique. L'auteur a tenu à réaliser, non seulement une mise à jour, mais une refonte complète de l'ouvrage qui est devenu beaucoup plus important.

Sous le même format commode, le nouveau Précis d'Obstétrique apporte aux lecteurs un exposé aussi complet que possible, tout en restant essentiellement pratique.

L'ouvrage ne saurait faire double emploi avec aucun des manuels existant actuellement. Sa présentation est originale, permettant de trouver immédiatement soit le renseignement dont on a besoin d'urgence, soit une vue d'ensemble précise, détaillée, d'une question.

Le Petit Précis d'Obstétrique s'adresse à tous les praticiens et futurs praticiens:

— à l'étudiant, l'accompagnant durant son stage et ses gardes en fin de scolarité;

— à l'interne chargé d'un service obstétrical;

— au médecin, quels que soient ses contacts avec l'Obstétrique: au médecin généraliste qui "fait des accouchements", au médecin chargé d'un service de maternité rurale, qui doit pouvoir se "débrouiller" dans presque tous les cas;

— à la sage-femme, qui ne doit rien ignorer d'un art où son rôle se revalorise de plus en plus.

L'auteur n'a pas oublié les médecins complètement isolés, temporairement ou non, et qui doivent "tout faire, et tout réussir"; un chapitre spécial est réservé à ces confrères, leur donnant des techniques simples qui permettent de gagner la partie dans la plupart des cas.

Enfin, poursuivant son action en faveur de l'accouchement indolore, l'auteur a tenu à intégrer, dans la pratique obstétricale journalière, les techniques qu'il a contribué à mettre au point, à partir des méthodes dites psycho-prophylactiques et d'accouchement dirigé.

De présentation agréable, abondamment illustré, rédigé en un style alerte et émaillé de remarques vivantes, ce Petit Précis d'Obstétrique est un ouvrage dynamique, moderne, indispensable à tous ceux et à toutes celles qui, à un titre quelconque, s'intéressent à la maternité.

Les nerfs crâniens — Schémas d'anatomie du système nerveux central. Par André GUIBERT. — Un volume de 148 pages, 54 figures en couleurs (21 x 27). 36 F. Librairie Maloine S.A., édit., Paris, 1965.

Réduire le rôle de la mémoire à l'essentiel, accroître celui de la raison, relier la clinique aux sciences fondamentales, déduire logiquement la sémiologie neurologique de l'anatomie et de la physiologie, sont les buts recherchés au long de cette étude anatomo-clinique des nerfs crâniens.

L'auteur s'est efforcé de rassembler des notions très diverses, de les simplifier, à l'aide d'un texte dépouillé et d'images expressives.

Les nerfs crâniens sont décrits, non pas dans leur habituel ordre numérique, mais groupés suivant leur fonction: motrice, sensitivo-motrice, sensorielle. Chaque chapitre, après un rappel anatomique, limité à la compréhension de la sémiologie, comporte une partie consacrée aux déductions cliniques.

Cette étude des nerfs crâniens ne se veut pas seulement analytique, quelques chapitres, orifice et terminaison réelles, syndromes paralytiques dissociés et combinés, ganglions sensitifs et végétatifs des nerfs crâniens, apportent une synthèse de connaissances souvent éparées.



altération du sommeil... **DÉPRESSION?**


L'altération du sommeil est un des symptômes les plus précoces et les plus ennuyeux qui accompagnent la dépression. Elle se manifeste souvent par un réveil trop matinal. Favoriser rapidement le retour à un sommeil reposant est une mesure initiale dans le traitement de la dépression.

L'ELAVIL—l'antidépresseur aux propriétés distinctives—soulage souvent l'insomnie et l'anxiété concomitante tout en agissant sur la dépression sous-jacente. L'ELAVIL n'est pas un inhibiteur de la mono-amine-oxydase (MAO), ni un dérivé de la phénothiazine. Il est bien toléré et son degré de toxicité est faible. C'est sans contredit un agent thérapeutique efficace contre la dépression—chaque fois qu'elle s'accompagne d'anxiété et de symptômes inexplicables y compris l'altération du sommeil.

POSOLOGIE: La posologie habituelle, par voie buccale, consiste en 25 mg, 3 f.p.j., selon les besoins et la réponse du malade. Il est rarement nécessaire de dépasser 150 mg par jour chez les malades ambulants.
CONTRE-INDICATIONS: Glaucome et rétention urinaire; emploi non recommandé chez les femmes enceintes.

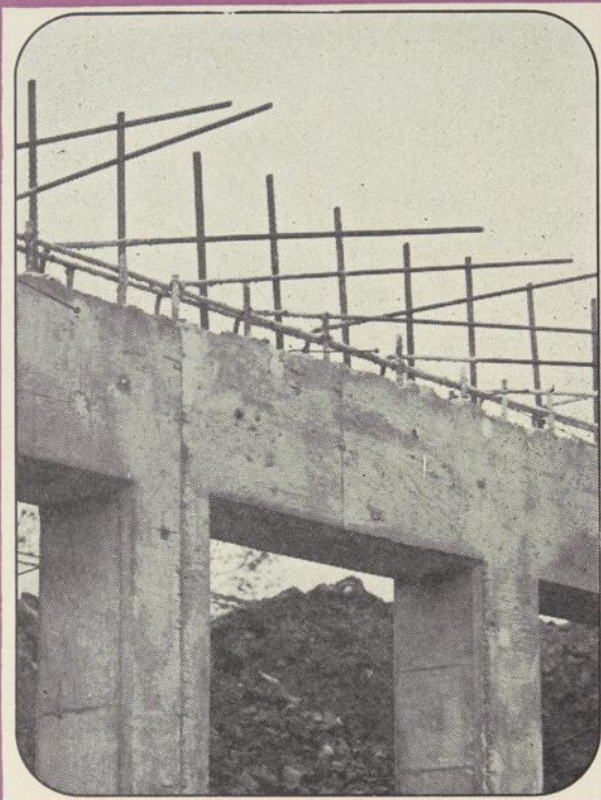
Renseignements détaillés au sujet des indications, de la posologie, des effets secondaires, des précautions et bibliographie sur demande.

PRÉSENTATION: Les comprimés ELAVIL, dosés soit à 10 mg, soit à 25 mg, de chlorhydrate d'amitriptyline sont offerts en flacons de 100 et de 500.

 **MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED MONTREAL**
la recherche d'aujourd'hui au service de la thérapeutique de demain

ELAVIL *
chlorhydrate d'amitriptyline

l'antidépresseur aux propriétés
distinctives



Albamycin T

novobiocin-tétracycline

**tétracycline activée
pour réaliser une
efficacité antibactérienne
maximum**

| | Tétracycline | Albamycin T |
|----------------|--------------|-------------|
| Staphylocoques | 69.0% | 98.3% |
| Streptocoques | 85.2% | 96.8% |
| D. pneumoniae | 97.4% | 98.2% |
| H. influenzae | 98.1% | 100.0% |
| E. coli | 69.6% | 77.2% |
| Pseudomonas | 29.2% | 43.2% |
| A. aerogenes | 57.1% | 70.2% |
| K. pneumoniae | 40.3% | 55.1% |
| Proteus | 17.3% | 68.3% |
| Total* | 63.2% | 85.6% |

*Pourcentages basés sur le nombre total de souches essayées dans 17 hôpitaux généraux canadiens. Tétracycline: 6867 souches essayées; 4337 étaient sensibles. Albamycin T: 7424 souches essayées; 6353 étaient sensibles.

Présentation: forme capsules, en flacons de 16 et de 100 capsules; granulé aromatisé, en flacons de 40 et de 60 c.c. (après solubilité).

MARQUE DÉPOSÉE: ALBAMYCIN

CF 3512.1

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

Upjohn

Plan de l'ouvrage

1ère partie: Étude d'ensemble: généralités; origine apparente des nerfs crâniens; origine et terminaison réelles des nerfs crâniens; orifice de sortie des nerfs crâniens à la base du crâne.

2e partie: Les nerfs crâniens moteurs: le nerf moteur oculaire commun: III; le nerf pathétique: IV; nerf moteur oculaire externe: VI; nerf spinal: XI; nerf grand hypoglose: XII.

3e partie: Les nerfs crâniens sensitivo-moteurs: le nerf trijumeau: V; le nerf facial: VII; le nerf glosso-pharyngien: IX; le nerf pneumogastrique: X.

4e partie: Les nerfs crâniens sensoriels: le nerf olfactif: I; le nerf optique: II; le nerf auditif: III; syndromes paralytiques associés et combinés des nerfs crâniens.

5e partie: Ganglions sensitifs et végétatifs des nerfs crâniens.

Répertoire mondial des Établissements d'Enseignement infirmier supérieur. — Organisation mondiale de la Santé, 236 pages, Genève, 1965. Prix: \$5.25. Également publié en anglais.

L'organisation mondiale de la Santé avait publié jusqu'ici un Répertoire mondial des Écoles dentaires, en 1962, la troisième édition d'un Répertoire mondial des Écoles de Médecine, en 1964 et, la même année, un Répertoire mondial des Écoles vétérinaires. La série s'enrichit aujourd'hui d'un répertoire où sont indiquées les principales caractéristiques de l'enseignement infirmier supérieur dans 57 pays. Les données présentées sont fondées sur des renseignements émanant, entre autres sources, des gouvernements intéressés (auxquels le texte définitif a été soumis pour approbation) et sur les réponses à un questionnaire établi en étroite coopération avec le Conseil international des Infirmières. L'ensemble de l'ouvrage est conçu comme un guide à l'usage de tous ceux qui s'intéressent aux moyens offerts pour la formation supérieure des infirmières.

Biochimie et microbiologie de l'appareil génital chez la femme et chez l'homme. — Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques 1965. 16 pages. Prix: \$0.60. Également publié en anglais et en espagnol.

L'OMS a déjà publié plusieurs rapports de groupes scientifiques sur divers aspects de la reproduction humaine, notamment sur le mode d'action des hormones sexuelles et des substances analogues, la neuro-endocrinologie et la reproduction, la physiologie de la lactation. Le rapport sur la biochimie et la microbiologie de l'appareil génital mâle et femelle continue la série de ces travaux. Au cours des vingt dernières années, les études dans ce domaine ont beaucoup progressé, mais l'exploration de certaines fonctions est particulièrement difficile, si bien que nos connaissances de certains processus importants restent fragmentaires. En outre, divers phénomènes qui ont fait l'objet de recherches détaillées n'ont été étudiés que chez un petit nombre d'espèces. Aussi le Groupe scientifique souligne-t-il, comme l'avaient fait ses prédécesseurs, la nécessité d'étendre les observations à une plus grande diversité d'espèces.

Le rapport résume nos connaissances sur la chimie et l'enzymologie de l'utérus, sur les mécanismes de déplacement du sperme, la capacitation et la réaction de l'acrosome, la

nidation et la placentation, la chimie et l'enzymologie du sperme. Il examine les effets des composés du cadmium, du zinc et du sélénium sur la reproduction, ainsi que l'influence d'états pathologiques d'origine infectieuse sur la capacité de reproduction.

Après avoir énuméré les recherches qu'il juge nécessaires, le Groupe recommande tout particulièrement que soient amplifiées les études sur les primates en vue de déterminer, entre autres choses, le moment de l'ovulation et la réaction des tissus utérins aux différentes phases du cycle et de la gestation. Finalement, il souligne combien il importe de considérer les actions des éléments mâles et femelles dans la reproduction comme un tout coordonné plutôt que comme des processus isolés.

Chirurgie colique. Par André TOUPET, chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Librairie Maloine S.A., édit., Paris, 1965.

Ce livre de technique chirurgicale d'une conception très originale sera certainement très apprécié par les chirurgiens désireux de réaliser de façon très réglée la chirurgie. La formule qui consiste à séparer les figures du texte et les grouper sur un dépliant facilitera beaucoup la lecture et la compréhension de chaque opération et permettra au chirurgien de se rafraîchir la mémoire par un simple coup d'œil.

Ces figures remarquablement exécutées par Mlle Frantz sont toutes absolument originales et inédites, judicieusement choisies elles résument de façon claire et succincte les différents temps de chaque opération. Les grandes exérèses coliques: Colectomie droite, Colectomie gauche, Colectomie intermédiaire (pour les cancers de l'angle gauche) ont été exposées par l'auteur dans les moindres détails. Il a jugé bon également pour éviter les redites de décrire dans les généralités sa technique des anastomoses intestinales et des anus artificiels et de donner sa conception sur l'exécution de l'Opération de Childs.

Enfin tout en ne prenant pas parti sur la tactique à suivre dans la recto-colite aiguë hémorragique, il expose sa technique de coloproctectomie totale reposant sur une expérience de quinze cas.

Livres reçus depuis le 8 décembre 1965

Répertoire mondial des établissements d'enseignement infirmier supérieur. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1965.

Utilisation thérapeutique des oligo-éléments par Henry Picard. Librairie Maloine, édit., Paris, 1965.

Le micro-massage chinois par J. Lavier. Librairie Maloine, édit., Paris, 1965.

Obstétrique par Jacques L. Gaillard. Librairie Maloine édit., Paris, 1965.

Les nerfs crâniens par André Guibert. Librairie Maloine, édit., Paris, 1965.

Chirurgie colique par André Toupet. Librairie Maloine, édit., Paris, 1965.

Biochimie et microbiologie de l'appareil génital chez la femme et chez l'homme. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1965.



Embonpoint

Tenuate* (diéthylpropion)
poinds à la baisse
moral à la hausse
aucun changement
dans les 'signes vitaux'

Le modérateur de l'appétit qui fait classe à part

Composition
Chaque comprimé bleu pâle de *Tenuate* contient 25 mg de chlorhydrate de diéthylpropion, agent sympathicomimétique. *Tenuate* — comprimés à désagrégation uniforme: chaque comprimé blanc en forme de capsule contient 75 mg de chlorhydrate de diéthylpropion, agent sympathicomimétique, mélangé à un véhicule hydrophile spécial.

Indication
L'embonpoint, surtout s'il vient compliquer le traitement ou le pronostic de la maladie cardio-vasculaire, du diabète ou de la grossesse. Maîtrise efficace de la faim.

Posologie
Tenuate 25 mg: 1 comprimé trois fois par jour, une heure avant les repas. On peut donner un quatrième comprimé au milieu de la soirée, pour maîtriser la fringale du soir.
Tenuate Dospan 75 mg: 1 comprimé entier, chaque jour, au milieu de la matinée.

Echantillons et documentation complète sur demande.

* Marques déposées: *Tenuate*, *Tenuate Dospan* (forme de dosage à désagrégation continue)

Merrell

The Wm. S. Merrell Company
2 Norelco Drive,
Weston, Ontario

Dictionnaire des constantes biologiques et physiques par Alain Blacque-Belair, Bernard Mathieu de Fossey et Max Fourestier. Librairie Maloine, édit., Paris, 1965.

Les comas — Études cliniques et biologiques sous la direction de M. Paget et L. Hartmann. L'Expansion, édit., Paris, 1965.

Monographies internationales de rhumatologie Tome I — Morceaux choisis sur les généralités et les principales formes des rhumatismes inflammatoires cryptogénétiques par F. Delabarre et A. Peylan. L'Expansion, édit., Paris, 1965.

L'amibiase et l'amide dysentérique par R. Deschiens. Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

Analyse des Stéroïdes hormonaux par M. J. Jayle. Tome III — Spectres infra-rouges. Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

Actualités cardio-vasculaires médico-chirurgicales par R. Froment, A. Gonin et P. Michaud. 23e série — Artériopathies coronariennes et artériopathies des membres. Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

Abrégé de psychiatrie à l'usage de l'équipe médico-physiologique par M. Anty. Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

Les consultations journalières en urologie par R. Couvelaire. Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

Les consultations journalières en rhumatologie par J. Chabot. Masson et Cie édit., Paris, 1965.

Il était bien naturel, en face de l'impuissance manifeste de l'intervention médicale, que le chirurgien eut l'idée d'intervenir à son tour. Cela cadrerait bien avec la hardiesse de la chirurgie du jour, qui n'est plus à reculer devant une laparotomie. Mais le problème se présentait avec des données bien désavantageuses: il s'agissait d'aller réparer une lésion grave dans un milieu septique, chez un patient affaibli déjà par une infection généralisée. L'opérateur agissait d'urgence, en dernier ressort, sans même avoir la satisfaction de se sentir sur un terrain favorable. Il était donc intéressant de constater si les résultats justifiaient l'intervention.

Quoique la question soit de date tout à fait récente, elle a déjà été mise pratiquement à l'épreuve. On a opéré trente fois des perforations de l'intestin et l'on a obtenu six guérisons. Ce n'est pas beaucoup. Mais plutôt que de former une appréciation d'après cette simple statistique, nous préférons rapporter la discussion qui a eu lieu sur le sujet en décembre dernier à la *Société Médico-Chirurgicale*.

Résumons d'abord le cas du docteur Armstrong. Un jeune homme de 28 ans est admis au *Montreal General Hospital*, souffrant depuis quatre jours de fièvre typhoïde. Pendant les sept jours qui suivent, la température se maintient très haute, malgré les bains répétés, et le dixième jour de la maladie, une perforation intestinale survient: la douleur, peu intense, siège d'abord dans la fosse iliaque droite, et s'étend rapidement à tout l'abdomen. La température baisse de deux degrés seulement: le pouls est peu accéléré. Dix-huit heures après la perforation, le docteur Armstrong opère le malade. Il trouve la perforation à moitié fermée par un morceau d'omentum adhérent, le ventre rempli de gaz ayant une odeur fécale, de liquide jaunâtre fécaloïde et de sérum purulent. Il ferme la perforation de l'iléon par une double rangée de sutures de Lembert, lave l'abdomen avec une solution saline normale chaude et stérilisée, assure un drainage facile par des bandes de gaze iodoformée placées dans toutes les directions entre les replis de l'intestin et un large tube de drainage en verre qui va jusqu'au fond de la cavité pelvienne. Pendant les trois semaines qui suivent, le malade offre tous les symptômes d'une fièvre typhoïde sévère, dont la marche n'est aucunement entravée par l'opération; somme toute, l'état général du patient est très satisfaisant. Le docteur Armstrong donne sur le sujet une clinique aux élèves, clinique publiée dans le *British Medical Journal*, et l'opération est considérée comme un succès.

Mais le vingt-quatrième jour après l'opération, l'iléon se perfora une seconde fois. On enlève les sutures de l'incision abdominale, et celle-ci devient aussitôt béante aucune réunion ne s'est faite. On peut, à travers la plaie, apercevoir la seconde perforation de l'intestin, et établir un drainage. Quatre jours plus tard survient une troisième perforation,

L'Union Médicale du Canada en 1897

LA PERFORATION INTESTINALE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Mars 1897

L'une des complications les plus tardives et les plus dangereuses de la fièvre typhoïde, c'est la perforation intestinale, amenant à sa suite une péritonite mortelle. Elle survient dans la troisième semaine, quelquefois pendant la convalescence, et se déclare assez souvent d'une manière insidieuse, sans provoquer de symptômes aigus prémonitoires; on s'aperçoit de l'accident terrible qui est survenu par la chute de la température, le gonflement de l'abdomen, et surtout l'état du malade; face grippée, pouls misérable, froideur des extrémités. La perforation, toute petite, de la grandeur d'une tête d'épingle, siège habituellement dans la dernière portion de l'iléon. Elle provoque la mort en faisant éclater une péritonite infectieuse, toxique.

accompagnée d'une hémorragie considérable. On peut voir cette nouvelle perforation par la plaie de l'abdomen. A partir de ce moment, le malade commence à décliner et meurt le quarantième jour après son opération.

A l'autopsie pratiquée par le docteur Wyatt-Johnson, on constate que la première perforation est parfaitement close et n'a pas cédé. Le cul de sac de Douglas contient des matières fécales échappées des deux autres perforations. Il existe une péritonite de toute la partie inférieure de l'abdomen. Il y a un petit abcès dans le mésentère, et des ulcères typhoïdes persistent encore dans l'iléon et le colon.

Le docteur Armstrong a rapporté le cas à la *Société Médico-Chirurgicale*. Il croit que, suivant toutes probabilités, le malade aurait guéri si les deux perforations subséquentes n'étaient pas survenues, et se refuse à regarder son opération comme un échec, le malade ayant pris du mieux pendant les quatre semaines qui suivirent l'opération. Au contraire, il se sent porté à intervenir de nouveau à la prochaine occasion, car il est persuadé que dans les perforations de la fièvre typhoïde, on sauvera beaucoup plus de vies par ce moyen que par aucun autre.

Dans la discussion qui suivit, les docteurs Adami et Shepherd firent remarquer que dans la fièvre typhoïde, le pouvoir réparateur de l'organisme est à peu près nul. Il ne peut pas non plus se former d'adhérences protectrices

parce qu'il y a très peu de lymphes inflammatoires exsudées. On doit donc s'attendre à ce que les opérations, dans la fièvre typhoïde, donnent un très petit nombre de succès.

Le docteur Armstrong a eu affaire à une fièvre typhoïde très grave, qui a duré longtemps. Le malade était profondément atteint dans sa nutrition, ce qui n'a rien de surprenant dans cette maladie. La plaie de l'abdomen n'était pas cicatrisée quand on a enlevé les sutures de l'abdomen, vingt-quatre jours après l'opération; il n'est donc pas étonnant que l'intestin n'ait pas pu résister à de nouvelles perforations, qui d'ailleurs dépendent entièrement de l'ulcération des plaques de Peyer. Mais alors on peut se poser la question suivante: l'opération chirurgicale pour perforation, dans la fièvre typhoïde, alors même qu'elle a réussi, a-t-elle sauvé le malade? Le cas du docteur Armstrong permet de répondre: pas toujours. Hâtons-nous d'ajouter que le pronostic serait probablement plus favorable dans un cas de perforation survenant sur la fin d'une fièvre peu grave ou durant la convalescence; car on pourrait espérer qu'elle demeure unique. C'est une chose cependant dont on ne peut jamais se dire sûr. On a déjà trouvé, dans l'intestin de malades typhiques, des ulcères qui étaient bien près d'entamer à leur tour le péritoine. L'efficacité de l'intervention chirurgicale, dans les cas de ce genre, est donc encore bien aléatoire.

®

ROTENSIN

*Tension,
Anxiété, Agitation*

ROTENSIN®

* Marque de capsules
chlorhydrate de
chlordiazépoxide N.F.

* La chlordiazépoxide
est maintenant recon-
nue comme nouvelle
drogue importante
dans les états de ten-
sion 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

MONTREAL 9, QUÉBEC

FABRICATION CANADIENNE

* VENDU SOUS BREVET CANADIEN No 612497

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

INVITATION À PARTICIPER
AU CONCOURS ANNUEL DU
PHYSICIANS' ART SALON, À EDMONTON,
EN JUIN PROCHAIN

Le Comité du Physicians' Art Salon 1966 invite cordialement les médecins et étudiants en médecine à prendre part à la 22ème édition de ce concours qui aura lieu à Edmonton, du 13 au 17 juin, à l'occasion du Congrès Annuel de l'Association Médicale Canadienne. Ce Salon d'Art sera, encore une fois, organisé et commandité par Frank W. Horner Limited de Montréal.

Il s'agit d'une compétition amicale lors d'une exposition de peintures et de photographies réalisées par des médecins et étudiants en médecine. Ce Salon a été institué, à l'origine, dans le but d'encourager les médecins artistes à exposer leurs œuvres et de récompenser leurs efforts par des prix et des trophées. Horner se charge de tous les frais, y compris le transport des travaux aller-retour.

Inscription

Les œuvres seront acceptées dans les sections suivantes: 1) Beaux-Arts; 2) Photographie Monochrome; 3) Photographie Polychrome. La section des Beaux-Arts est subdivisée en trois catégories, soit: Art Traditionnel, Art Contemporain (Moderne) et Portrait. Il n'y a aucune res-

triction quant au procédé employé. Les huiles, aquarelle, fusain, crayon, etc. seront tous acceptés. Chaque exposant peut soumettre jusqu'à trois œuvres dans la catégorie des Beaux-Arts et de la Photographie Polychrome et quatre dans la Photographie Monochrome. Les exposants peuvent présenter le nombre maximum de travaux dans une ou dans les trois sections. Il n'y a aucun frais d'inscription.

Juges et trophées

Tous les travaux acceptés seront exposés au Salon et des prix seront décernés pour chaque section, d'après la décision d'un jury composé de trois hommes, lesquels sont choisis par le Comité du Art Salon.

Cartes d'inscription

Tout médecin ou étudiant en médecine peut se procurer une carte d'inscription et les détails du concours en s'adressant au commanditaire — Frank W. Horner Limited, B.P. 959, Montréal 3, P.Q. Les intéressés n'ont qu'à envoyer une note ou carte postale à l'adresse ci-dessus et ils recevront toutes les instructions portant sur la façon de préparer et d'expédier leurs travaux.

Calendrier du Art Salon

Le joli calendrier du Physicians' Art Salon, pour le pupitre, préparé d'après les œuvres exposées au Salon, sera de nouveau distribué par Frank W. Horner Limited. Le dit calendrier reproduit la plupart des œuvres primées et il est adressé à tous les médecins du Canada, avec les hommages de la maison.

actiphos

*énergétique
stimulant
reconstituant*

Boîtes de 14 et 30 ampoules BUVABLES
de 3 ml
2 ou 3 ampoules par jour

Laboratoire

ROGER BELLON

Neuilly-Paris (France)

Distributeur exclusif : CORONET DRUG COMPANY, 260 Est, Rue Rachel - MONTRÉAL 18 - P.Q.

CORBICAL

“Le seul sirop de Calcium qui ne contient pas de sucre”

Calcium — Vitamine C et fluor

La formule de l'heure

Goût exquis — assimilation excellente

“Une forme pour chaque besoin”

CROISSANCE

GROSSESSE

ASTHÉNIE

ALLERGIE

Calcium buvable normal (ampoules 10cc)

Calcium buvable fort (ampoules 10cc)

Calcium injectable - indolore - (I.V. ou I.M.)

CALCIUM

(CORBIÈRE)



WELCKER & CIE LIMITÉE

Montréal 9 - Qué.

DOUBLE-T 

Composition. Un comprimé noir, "double force", et à enrobage vaporisé, contenant 500 mg de tétracycline HCl (B.P.).

Indications. Administré deux fois par jour, il sert au traitement des infections aiguës causées par une grande variété de bactéries Gram-positives et Gram-négatives, aérobies et anaérobies, gros virus du groupe psittacose-lymphogranulome, rickettsies pathogènes, certains fungi (actinomycètes) et protozoaires.

Double-T a une forme et une couleur distinctives; et des niveaux sanguins thérapeutiques de tétracycline peuvent maintenant être obtenus toute la journée et toute la nuit, avec une posologie q. 12 h. Le double enrobage de charbon et de méthylcellulose, appliqué par vaporisation — méthode unique en son genre — protège la tétracycline contre l'humidité et retient le goût et l'odeur. Aussi, l'enrobage devient glissant au contact de la salive et, de ce fait, le comprimé Double-T est plus facile à avaler.

Posologie. Un comprimé de 500 mg, b.i.d., ou selon les indications du médecin. Le traitement avec Double-T devrait être poursuivi trois jours après la disparition des symptômes.

Précautions à prendre. Le patient doit être sous une étroite surveillance tout le temps que dure la tétracyclinothérapie, afin de déceler tous signes d'effets secondaires oraux, gastro-intestinaux ou dermatologiques, causés par une croissance excessive d'organismes qui ne réagissent pas au traitement. Ces effets secondaires disparaissent ordinairement quand la dose est réduite ou que la médication est retirée. Une récente littérature médicale signale aussi la possibilité de pigmentation et d'hypoplasie dentaire chez le nouveau-né auquel on a donné de la tétracycline peu après sa naissance, ou dont la mère en a pris au cours du troisième trimestre de sa grossesse.

Mise en garde. Quand le rein est affecté, même des doses orales usuelles peuvent entraîner une accumulation systémique excessive de la drogue avec risque d'hépatotoxicité. Dans ces cas, des doses plus faibles que d'habitude sont indiquées, et si le traitement doit être prolongé, on recommande de déterminer les niveaux de la tétracycline dans le sérum.

Présentation. Flacons de 8, de 100 et de 500 comprimés noirs.

Frank W. Horner Limited, Montréal

**LA CIE A. H. ROBINS MET SUR LE MARCHÉ
LE DOPRAM INJECTABLE**

Le Dopram injectable (chlorhydrate de doxapram), stimulant respiratoire très actif développé dans les laboratoires

de recherches de la Compagnie A. H. Robins, est offert sur le marché ce mois-ci par cette compagnie pharmaceutique montréalaise.

Disponible en fioles à bouchon de caoutchouc contenant 20 cc de solution dosée à 20 mg/cc et additionnée de 0.5% de chlorobutanol comme préservatif, le Dopram injectable est unique en son genre par sa propriété de stimuler la respiration à des doses grandement inférieures à celles qui sont nécessaires pour déclencher une stimulation du cortex cérébral. Son action est rapide (de 20 à 40 secondes) et il offre une grande marge de sécurité aux posologies recommandées.

Le Dopram injectable (chlorhydrate de doxapram) est indiqué pour stimuler en phase post-opératoire la respiration des malades apnéiques ou en insuffisance respiratoire, si la cause n'est pas l'emploi de myorésolutifs pour favoriser par un moyen pharmacologique une respiration profonde chez l'opéré soumis aux soins de réveil intensifs; pour accélérer le réveil et le retour des réflexes pharyngien et laryngé protecteurs; et pour faciliter le diagnostic différentiel de la dépression respiratoire post-anesthésique.

Le Dopram injectable réduit au minimum ou prévient les conséquences fâcheuses de la dépression respiratoire ou de l'hypoventilation post-anesthésique et accélère le rétablissement des fonctions, en favorisant le rétablissement d'une ventilation normale et en suscitant un réveil précoce des sujets qui ont été soumis à une anesthésie générale. Le retour précoce des réflexes protecteurs laryngo-pharyngiens rend moins probable l'aspiration de matières vomies.

Des instructions complètes pour l'utilisation et l'administration du Dopram injectable sont incluses dans chaque boîte.

**LE DOCTEUR DES ROBERTS CHEZ
"JOHN WYETH & BROTHER (CANADA)
LIMITED**

Le docteur G. L. Stewart est heureux d'annoncer la nomination du docteur Yvon DesRoberts au poste d'assistant directeur médical chez John Wyeth & Brother (Canada) Limited.

Le docteur DesRoberts gradua à l'Université Laval en 1959 et remplit un programme de quatre ans en obstétrique-gynécologie dans les hôpitaux de Détroit.

Au terme de sa période de résidence il accepta le titre d'associé en endocrinologie et pathologie à "Wayne State University — Detroit Receiving Hospital."


Durant les dix-huit derniers mois, il a rempli la charge de Résident en Chef de Chirurgie à l'Hôpital St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke.

Outre ses nombreuses qualifications remarquables en qualité de médecin, le docteur DesRoberts est parfaitement bilingue.



BFM-165F

Les céréales Heinz pour bébés sont préparées avec les mêmes soins minutieux et offrent la même qualité et la même valeur nutritive que les aliments Heinz pour bébés—les préférés de plus en plus de mamans au Canada.

Recommandez l'une des 5 variétés de céréales—céréales mélangées, riz, Infantsoy, orge, avoine—qui viennent s'ajouter à plus de 160 variétés de purées et d'aliments pour enfants. Des échantillons pour la profession médicale vous seront fournis sur demande. Ecrivez à ALIMENTS HEINZ POUR BÉBÉS  LEAMINGTON (ONTARIO)

LE DOCTEUR GILBERT L. (BERT) STEWART
CHEZ JOHN WYETH & BROTHER (CANADA)
LIMITED

La nomination du docteur Gilbert L. (Bert) Stewart au poste de directeur médical a été annoncé par Gordon Gray, président de John Wyeth & Brother (Canada) Limited.

Le docteur Stewart est en charge de l'administration du vaste programme de recherches cliniques de Wyeth.

Après avoir servi comme pilote dans la Royal Canadian Air Force, la médecine étant son but final, le docteur Stewart

s'inscrivit au Collège de la Pharmacie de l'Ontario. Ayant gradué en 1951, il acquit plus tard et géra sa propre pharmacie au détail.

S'inscrivant à Western en 1956, le docteur fut choisi en 1959 comme membre de la Alpha, Omega, Alpha, Honor Medical Society et assumait la présidence du chapitre de Western en 1960. En plus de ce grand honneur, le docteur Stewart remporta la médaille d'or de sa promotion, en pharmacologie. Après son service d'interne à l'hôpital St. Joseph de London (1960-61), il établit avec grand succès une pratique générale à Kitchener.

Du nouveau de Ames
5 données uro-analytiques
de base en 30 secondes

LABSTIX

BÂTONNETS RÉACTIFS

Labstix

MARQUE DÉPOSÉE

l'analyse urinaire la plus complète possible au moyen d'un seul bâtonnet réactif

Les bâtonnets réactifs LABSTIX sont des guides, utiles dans bien des cas, pour faire un diagnostic différentiel. Un résultat "positif" inattendu peut vous aider à dépister, avant l'apparition de symptômes plus précis, un état pathologique caché; un résultat "négatif" peut vous permettre d'éliminer un grand nombre d'anomalies dans une gamme assez étendue. Les cinq régions d'épreuve colorimétrique sont:

- pH** — ces valeurs sont indiquées en chiffres à l'intérieur de la marge essentielle de pH 5 à pH 9.
- Protéine** — pourcentages (mg) qui vont des traces, jusqu'à 30, 100, 300 et plus de 1,000 mg %.
- Glucose** — donne une réponse affirmative ou négative quant à la déperdition de sucre dans l'urine.
- Cétones** — dépiste les corps cétoniques de l'urine à la fois sous forme d'acide acétoacétique et d'acétone.
- Sang occulte** — épreuve spécifique pour l'intégrité des globules rouges, de l'hémoglobine ou de la myoglobine.

Voici enfin un bâtonnet réactif transparent et rigide... qui facilite les épreuves urinaires. Excellent contraste de couleur rendu possible par la bande transparente et par des cartes colorimétriques précises, permettant des lectures exactes et qui peuvent être reproduites.

Présentation: Bâtonnets réactifs LABSTIX, en flacon de 100 (cartes colorimétriques avec chaque flacon).

Ames Company of Canada, Ltd.
Rexdale (Toronto) Ontario



AMES
CA-081F 65

TABLE DES ANNONCEURS

| | | | |
|---|---------------------------|--|----------------------------|
| Abbott Laboratoires Limitée (Erythrocline) | 18 | Linson Pharmaceutiques, Division E. R. Squibb & Sons Ltd. (Remiderm) | 79-80 |
| Ames Company of Canada, Ltd. (Labstix) | 100 | Linson Pharmaceutiques, Division E. R. Squibb & Sons Ltd. (Maximycin) | 81 |
| Arlington-Funk Laboratories (Duo-C.V.P.) | 62 | Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Indocid) | 13-14-15-16 |
| Ayerst, McKenna & Harrison, Limitée (Prémarine — Penbritine) | 9-10 | Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Diuril) | 26-27 |
| Bellon Roger Laboratoire (Actiphos) | 96 | Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Aldomet) | 36-37 |
| Boehringer Ingelheim (Préludine) | 19 | Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Rubéovax) | 56 |
| Boehringer Ingelheim (Persantine) | 61 | Merck, Sharp & Dohme of Canada Limited (Elavil) | 91 |
| Bristol Laboratories of Canada Limited (Prostaphline) | 3 | Merrell Wm. S. Company (Tenuate) | 93 |
| Bristol Laboratories of Canada Limited (Tetrex) | 39 | Ministère de la Santé | 64-65 |
| Calmic Limited (Vascutonex) | 12 | McNeil Laboratories (Canada) Limited (Butisol) | 38 |
| Ciba Limitée (Serpasil-Esidrix) | Deuxième page de la couv. | McNeil Laboratories (Canada) Limited (Clistin) | 68 |
| Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens) | 74 | Nadeau Laboratoire Limitée (Glycobal) | Quatrième page de la couv. |
| Corporation Pharmaceutique Française Ltée (Supeudol) | 54 | Octo Laboratoire Ltée (Complamin) | 87 |
| Corporation Pharmaceutique Française Ltée (Hemo Coavit) | 54 | Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd. (Ortho-Novum) | 20-21 |
| Crookes-Barnes Canada, Ltd. (Argyrol S.S.) | 4 | Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd. (Ortho-Novum Dialpak) | 82-83 |
| Desbergers Limitée (Afgon C.) | 6 | Poulenc Limitée (Nozinan) | Troisième page de la couv. |
| Elliott-Marion Cie Ltée (Rotensin) | 95 | Poulenc Limitée (Phénergan) | 1 |
| Endro Drugs (Canada) Ltd. (Valpin-PB) | 29 | Poulenc Limitée (Stémétil) | 5 |
| Flint Laboratories, Division of Baxter Laboratories of Canada, Ltd. (Synthroid) | 22 | Pitman-Moore Division Dow Chemical of Canada Limited (Novahistine) | 55 |
| Frosst, Chas. E. & Co. (Kondrémul) | 2 | Pitman-Moore, Division of Dow Chemical of Canada, Limited (Novahistex-D-H) | 63 |
| Frosst, Chas. E. & Co. (Falapen) | 25 | Rougier Inc. (Algoverine) | Première page de la couv. |
| Frosst, Chas. E. & Co. (Cefracycline) | 45 | Sandoz Pharmaceuticals (Fiorinal) | 11 |
| Geigy Pharmaceuticals (Pertofrane) | 7 | Schering Corporation Limited (Clelestroderm V) | 46-47 |
| Geigy Pharmaceuticals (Tandéaril) | 31 | Schering Corporation Limited (Trilafon) | 50-51 |
| Geigy Pharmaceuticals (Butazolidine) | 66 | Searle, G. D. & Co. of Canada, Limited (Ovulen) | 40-41 |
| Geigy Pharmaceuticals (Tofranil) | 77 | Sherman Laboratories Ltd. (Protamide) | 60 |
| Geigy Pharmaceuticals (Sterazolidine) | 102 | Strasburgh R. J. Co. of Canada Ltd. (Tussionex) | 28 |
| Heinz, H. J. (Aliments pour bébé) | 99 | Upjohn Company of Canada (Neo-Corte) | 17 |
| Herd & Charton Inc. (Marro-Dausse "P") | 73 | Upjohn Company of Canada (Medrol — Neo-Medrol) | 69-70 |
| Herd & Charton Inc. (Sulfarlem Choline) | 75 | Upjohn Company of Canada (Lincocin) | 71-72 |
| Hoechst Pharmaceuticals of Canada Limited (Segontin) | 32-33-34-35 | Upjohn Company of Canada (Albamycin-T) | 92 |
| Hoechst Pharmaceuticals of Canada Limited (Riverin) | 52-53 | Welcker & Cie Limitée (Corbical — Calcium) | 97 |
| Hoechst Pharmaceuticals of Canada Limited (Orinase) | 85-86 | Will Pharmaceuticals, Division of Canada Duphar Limited (Tétabullin) | 48 |
| Horner W. Frank Limited (Double-T) | 58-59 | Winley-Morris Ltée (Portabiday) | 67 |
| Knoll Pharmaceutical Co. (Dilaudid) | 30 | Winthrop Laboratories (Terpo-Dionin) | 42 |
| Lederle Laboratories (Declomycin) | 89 | Winthrop Laboratories (Néo-Synéphrine) | 57 |
| Lilly, Eli and Company (Canada) Limited (Ilosone) | 49 | Wyeth & Bros (Canada) Limited, John (Pen-Vee — Serax) | 43-44 |
| Linson Pharmaceutiques, Division E. R. Squibb & Sons Ltd. (Noctec — Rauzide) | 23-24 | | |

Une meilleure façon
de prescrire un stéroïde

Stérazolidine[®] Geigy

Thérapeutique moderne:
double attaque sur les
maladies rhumatismales

En associant la Butazolidine[®], un agent non hormonal, à la prednisone, un corticostéroïde, on obtient un contrôle satisfaisant des manifestations inflammatoires avec des doses relativement faibles de chacun de ces composés.

La Stérazolidine est indiquée dans le traitement à long terme de l'arthrite rhumatoïde (déformante), de la spondylite ankylosante et de l'ostéo-arthrite. On peut aussi employer la Stérazolidine lorsqu'on désire un effet anti-inflammatoire intense dans certains troubles rhumatismaux aigus tels la bursite, la synovite et la téno-synovite, diverses formes de fibrosite aiguë et l'arthrite goutteuse aiguë.

On doit suivre de près les patients qui prennent de la Stérazolidine afin de pouvoir dépister sur-le-champ toute réaction indésirable.

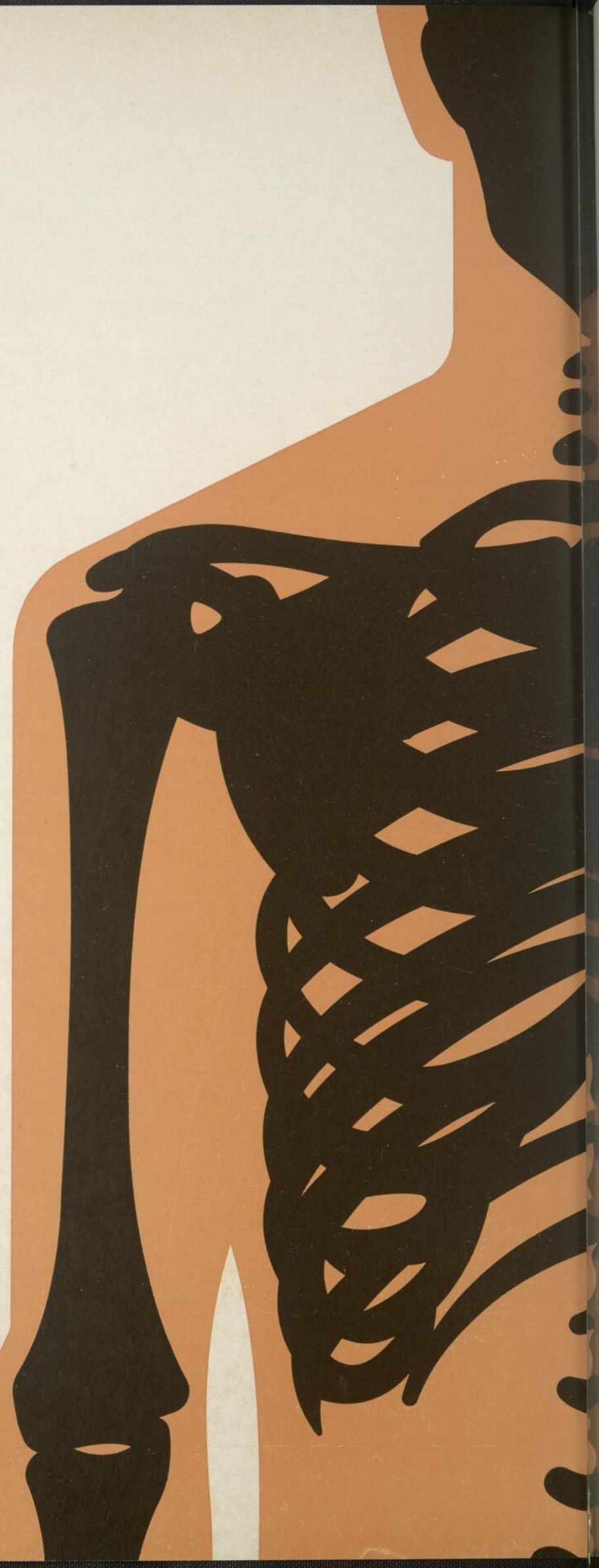
Présentation : Chaque capsule Stérazolidine de coloration orange et bleue renferme 50 mg de Butazolidine (phénylbutazone), 1.25 mg de prednisone, 100 mg d'hydroxyde d'aluminium, 150 mg de trisilicate de magnésium et 1.25 mg de bromure de méthyl d'homatropine.

Documentation et guide thérapeutique complets, y compris posologie, effets secondaires et contre-indications, procurables de votre Représentant Médical Geigy ou directement, sur demande.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de
Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.

G-1830F



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.



[®] 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 lévomépromazine)

versatil

FORMULÉ À LEUR TAILLE

VITAMINES B COMPLEXE
ET GLYCÉROPHOSPHATES

GLYCOBAL "FORTIS"

GLYCOBAL "ENFANTS"



LA JOIE DE VIVRE AVEC

GLYCOBAL

UNE SPÉCIALITÉ DU

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

MONTREAL