

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

1872 - 1961



Fondée à Québec en 1902

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

ULLETIN			
AC AU SCANDALE	553	UN ISOMERE NON DEPRESSIF DE LA RESERPINE: 10-METHOXYDE-SERPIDINE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION	598
aul David		J. de L. Mignault	
• • •		ETUDE COMPARATIVE ENTRE REACTIONS SEROLOGIQUES CONVENTIONNELLES ET REACTIONS A ANTIGENES TREPONEMIQUE	602
IE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE	557	Benoît Rousseau et Jean-Paul Desbiens	
D, CANADA		ÉDITORIAL	
ierre Smith		PROPOS SUR LES MENINGITES A VIRUS	606
TRAVAUX ORIGINAUX		Bernard Martineau	
URE DIAGNOSTIC RADIOGRAPHIQUE DU CANCER DE L'ESTOMAC	558	VARIÉTÉS	
ené-A. Gutmann		JUSTICE POUR LE MALADE MENTAL	609
RECHERCHE DU TEMPS PERDU AVEC LE CANCER GASTRIQUE	561	Camille Laurin	
AI DEBUT		L'EUTHANASIE OU LE MEURTRE PAR PITIE	613
lbert Jutras		Chanoine Philippe Delhay	
RECUEIL DE FAITS		MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES	
PIATOSE DE LA VALVULE ILEO-CAECALE	563	L'EMPLOI DE LA BIOTINE DANS LA MALADIE DE LEINER-MOUSSUS	623
Béique, G.-R. Champoux et R. Plante		E. Baril, P. Dagenais-Pérusse, E. Hazard, S. Ouadahi	
NE PROLONGEE PAR LA SUCCINYLCHOLINE ET TRAITEMENT	568	INTOXICATION AU PROMETHAZINE (PHENERGAN)	625
PI LA TRANSFUSION		François Cléche	
rançois Lafleur		L'ASEPSIE ET LE CHIRURGIEN	626
REVUE GÉNÉRALE		Roger Gagnon	
ESARIENNE CONTEMPORAINE	570	CORRESPONDANCE	
Charles-A. Attendu		LETTRE DES ETATS-UNIS	628
CHIRURGICALES FRANÇAISES EN O.-R.-L.	573	• • •	
an Brisson		ANALYSES	631
HYPOPATHOLOGIE ET CLASSIFICATION DES TRAUMATISMES	578	SOCIÉTÉS	639
THRACIQUES		NECROLOGIE	643
ccques Brière		NOUVELLES	643
SMINATION DES CELLULES CANCEREUSES	588	REVUE DES LIVRES	648
oger Plante		COMMUNIQUES	652
MOVEMENT MÉDICAL		LIVRES REÇUS	656
ED DANS LES RHINO-BRONCHITES SAISONNIERES	594	L'Union Médicale du Canada en 1892	662
ernand Grégoire, Maurice Comeau et Louis Roy		NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	668

BRULÛRES • PLAIES • ULCÈRES

herisan

STIMULE LA
 RÉGÉNÉRATION TISSULAIRE

Pour une activité bactéricide élargie

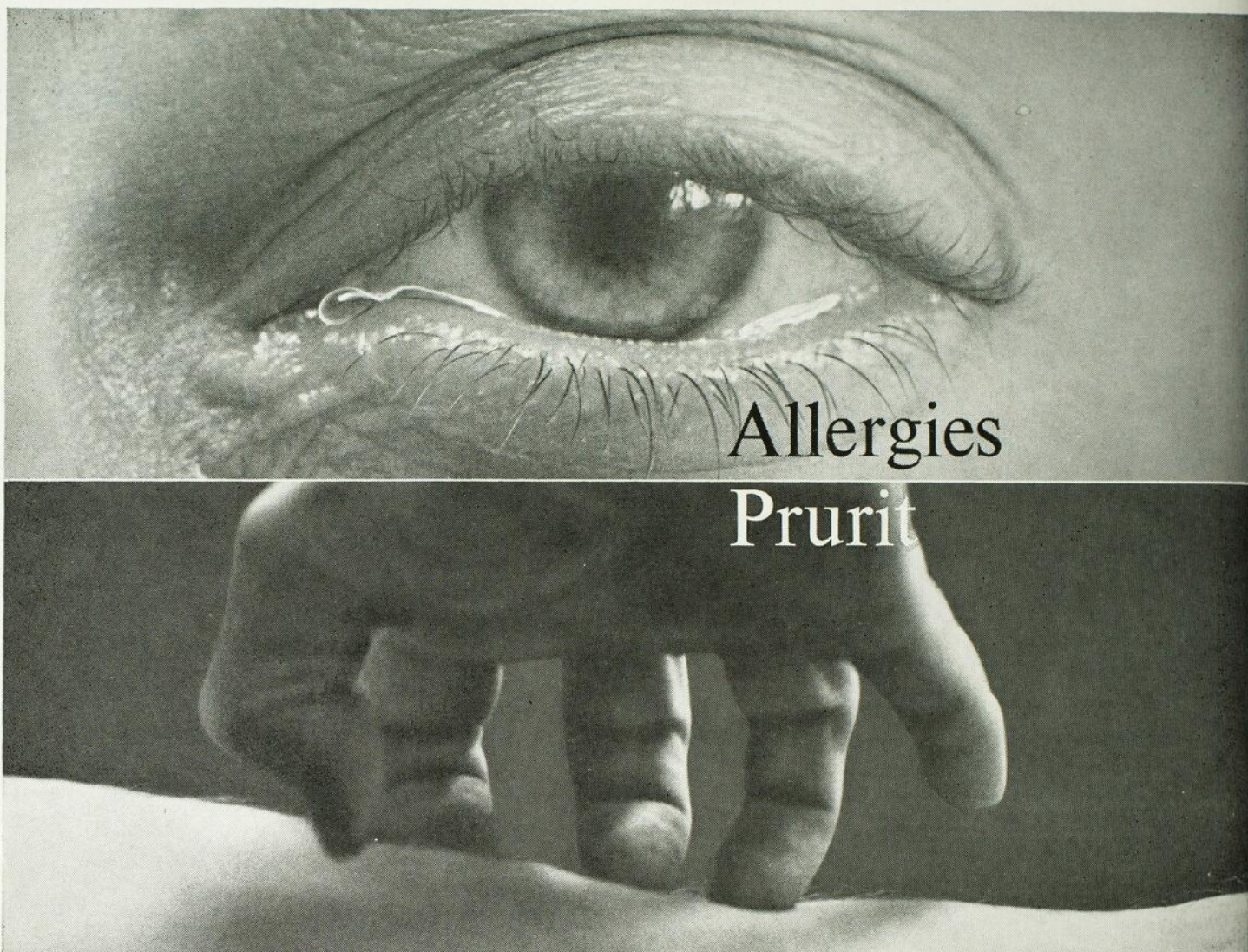
herisan-antibiotique

(Tyrothricine — Bacitracine — Néomycine)

herisan antibiotique c̄ hydrocortisone (0.5%)



Plus d'un demi-siècle
 consacré à l'avancement
 des sciences médicales
 au Canada.



Allergies

Prurit

Dans leurs rapports sur le traitement avec Forhystal de 6,181 cas d'affections allergiques et prurigineuses diverses, plus de 700 cliniciens des Etats-Unis évaluent que le soulagement symptomatique fut "net" à "moyen" chez plus de 8 patients sur 10. Les réactions secondaires furent rares; 9 sur 10 des patients en furent indemnes.

Pour tous renseignements détaillés sur Forhystal, veuillez consulter votre représentant CIBA ou écrivez à CIBA COMPANY LIMITED, Dorval, Québec.

Posologie moyenne:

Adultes et enfants de plus de 6 ans: Comprimés—1 ou 2 comprimés 1 à 3 fois par jour.

Lontabs—1 Lontab matin et soir.

Sirop—1 ou 2 cuillerées à thé 1 à 3 fois par jour.

Enfants de moins de 6 ans: Gouttes pour enfants—0.25 mg. (0.3 ml.) à 0.5 mg. (0.6 ml.) 2 ou 3 fois par jour.

Présentations:

- *Comprimés* à 1 mg. (orange pâle, sécables); flacons de 100 et 500.
- *Lontabs* à 2.5 mg. (orange); flacons de 100 et 500.
- *Sirop* (rose), dosé à 1 mg. par cuillerée à thé; flacons de 16 oz. fl.
- *Gouttes pour enfants* (roses), dosées à 0.5 mg. par 0.6 ml.; flacons de 30 ml. accompagnés d'un compte-gouttes gradué à 0.3 et 0.6 ml.

FORHISTAL® (maléate de diméthylpyridène CIBA)

LONTABS (comprimés CIBA à action prolongée uniforme)

avec le nouveau
Forhystal®
soulagement
symptomatique
net à moyen
dans plus de
8 cas
sur 10

C I B A

OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION



Prêt à appliquer du flacon sous pression directement sur les lésions les plus sensibles, la MOUSSE ARISTODERM s'étend facilement et également. Le produit n'est pas gras et il est esthétiquement acceptable pour les malades les plus difficiles. L'acétonide de triamcinolone est dix fois plus actif que l'hydrocortisone en application locale pour réduire l'inflammation dans divers troubles dermatologiques.

Mousse Aristoderm®

Acétonide de triamcinolone Lederle

Egalement disponible: Mousse de NÉO-ARISTODERM* renfermant de la Néomycine pour supprimer l'infection secondaire.

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED Montreal

L'Union Médicale

du Canada

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Léon Binet, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Paris;
H. Hermann, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Lyon;
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
R. Kourilsky (Paris),
Paul-Louis Chigot (Paris),
Paul Lamarque (Montpellier),
Wilbrod Bonin, doyen,
Faculté de Médecine, Université de Montréal;

Jean-Baptiste Jobin, doyen,
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;
Jean-Charles Lussier, doyen,
Faculté de Médecine, Université d'Ottawa;
T. Parizeau,
Paul Letondal,
Rosario Fontaine,
J.-M. Laframboise,
Roméo Pépin,
J.-L. Petitclerc.

BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:
Edouard Desjardins.

Secrétaire de la Rédaction:
Jean-Marc Bordeleau.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, J.-M. Beaugard, M. Belisle, Jacques Bernier,
Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, Léandre Décarie,
Edouard-D. Gagnon, Jacques Gagnon, Maurice Gervais, Fernand
Grégoire, Rol. Guy, P.-P. Julien, M. Kaludi, Camille Laurin,

MM. J.-Guy Laurin, Simon Lauzé, R. Lebeau, André Leduc,
Charles Lépine, J. Mathieu, Gérard Mignault, André Proulx,
Rosario Robillard, Henri Smith, Maurice St-Martin.

CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet et M. Pestel (Paris),
P. Rentchnick (Suisse),
Donat-P. Cyr (Boston, Mass.),
Charles-P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (Woonsocket),
L. Mantha, A. Lecours, L. Potvin (Ottawa).

MM. Georges-L. Dumont (Campbellton, N.-B.),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Colin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton),
Sylvio Leblond (Chicoutimi),
H. E. St-Louis (Vancouver),
Jean-Paul Fortier (Sherbrooke).

INDICATIONS:

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

Indispensable dans les convalescences post-opératoires.

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

l'eau qui fait ... du bien!

RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

Composition naturelle I-NI-MI-TABLE !

Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS

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



les "nausées matinales" sont
prévenues la veille avec

BENDECTIN

(2 comprimés h.s.)

D'après les essais cliniques,¹⁻³ 2 comprimés
seulement pris au coucher, enrayent, dans
plus de 95% des cas, tout symptôme de
malaises matinaux.

- 1) Nulsen, R. O.: Ohio State Med. J.
53:665 1957.
- 2) Communications personnelles: 1956-
57.
- 3) Towne, J. E.: Internat. Rec. of Med.
171:584, 1958.

Bendectin combine trois actions
thérapeutiques complémentaires:

une action antispasmodique, une
action antinauséuse et un supplé-
ment de pyridoxine pour *prévenir*
ce malaise désagréable.



WM. S. MERRELL COMPANY
Division de Richardson-Merrell Inc.
Weston, Ontario

MARQUES DE COMMERCE: BENDECTIN, TENUATE

ENUTE
our
onter
e pds
u cours
e grossesse.

L'Union Médicale

du Canada

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

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Paul Dumas
Vice-président: Origène Dufresne
Secrétaire-trésorier: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

MM. Paul Dumas, Roma Amyot, Origène Dufresne,
P.-R. Archambault et Edouard Desjardins.

BUREAU DE DIRECTION

MM. Roma Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile
Blain, E.-Roland Blais, Roméo Boucher, P. Bourgeois,
Paul David, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins,
Origène Dufresne, Roger-R. Dufresne, Paul Dumas,

MM. Jacques Genest, Albert Jutras, Wilfrid LeBlond, Jean-
Louis Léger, Donatien Marion, J.-P. Paquette, Laurent
Potvin, Jean Saucier, L.-Charles Simard, Henri Smith,
Pierre Smith, J.-A. Vidal.

ADMINISTRATION et **SECRETARIAT:**
PUBLICITÉ: Jacques-D. Clerk.

326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.
Téléphone: AVENUE 8-9888

pour le
CONTRÔLE
RAPIDE
et **PROLONGÉ** de

L'HYPERACIDITÉ

COMPOSÉ d'
"ALAMINO"

glycinate d'aluminium, basique* 7.7 gr. (0.5 G.)
sulfate d'atropine 1/500 gr. (0.13 mg.)
butabarbital NND ¼ gr. (16 mg.)

POSOLOGIE: un comprimé avant chaque repas et un
ou deux comprimés au coucher.

Flacons de 100 comprimés.

*Breveté en 1951

- non absorbable
- aucun danger d'alcalose
- prompt soulagement des douleurs de l'ulcère simple
- contenu gastrique tamponné à un pH auquel l'activité peptique est complètement paralysée



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Tetrex

Phosphate Complexe de Tétracycline

Résultats
inégalés
en fait de
rapidité
efficacité
sécurité dans
la thérapie à la
tétracycline



CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

Pour obtenir des extraits, l'auteur doit en faire la demande directement à l'éditeur. Tous changements du texte de la galée 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, 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: AVenue 8-9888.

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

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

Une clinique de
recherches et de
traitements psychiatriques
dans la banlieue
de montreal.

Demi-relief de
Notre-Dame-de-la-Sérénité
à l'entrée principale.



Hôpital psychiatrique moderne
de 152 lits, pleinement accrédité,
offrant thérapie biologique
et psychologique.

Situé dans un domaine
majestueux, où les occupations
et récréations thérapeutiques
sont en fonction des besoins,
du confort et de l'agrément
des patients.

Affilié au département de
psychiatrie de l'Université
de Montréal, pour la formation
de résidents, de psychologues, de
travailleurs sociaux et d'infirmières
spécialisées en psychiatrie.

Brochures et tarifs sur demande.

**INSTITUT
ALBERT PREVOST
INSTITUT**

6555 OUEST, BOULEVARD GOUIN, MONTRÉAL 9, CANADA.

— dans le **RHUME DES FOINS**


phénergan



*"les résultats obtenus avec le Phénergan
dans le rhume des foins sont supérieurs
à tout ce qui s'est vu avec
les autres antihistaminiques"...

*Silbert, N. E., *Ann. Allergy* 10:2, May-June 1952





"l'antihistaminique
du soir"

phénergan

prométhazine

**unique
en son genre!**

**ACTION PROLONGÉE PENDANT
PLUS DE 14 HEURES**

favorise le repos de la nuit

comprimés à 10 mg.

dragées à 25 mg.

ampoules de 2 ml. à 25 mg. par ml.
multidoses de 10 ml. à 25 mg. par ml.

sirop à 10 mg. par 5 ml. (c. à thé)
recommandé spécialement en pédiatrie

*L'action du Phénergan fut "la plus
efficace et la plus prolongée" et donna
d'excellents résultats dans 193 cas
d'allergies diverses.*

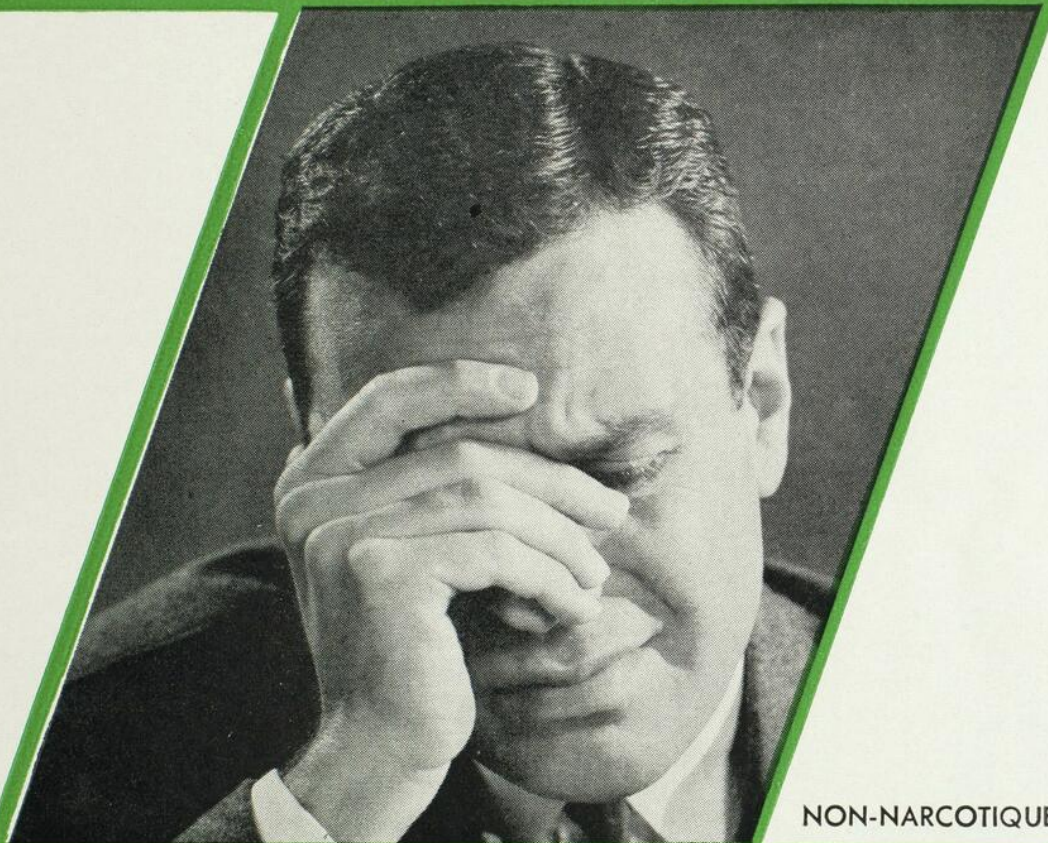
Peshkin, M.M., Rappaport, H.G. et Grosberg
Ann. of Allergy, 9: 727, 1951.

Poulenc

Limitée, 8580 Esplanade, Montréal



pour votre malade
qui SOUFFRE...



NON-NARCOTIQUE

Zactirin*

Citrate d'éthoheptazine et acide acétylsalicylique

Exerce une puissante action analgésique et anti-inflammatoire sans sédation, risque de pharmacomanie, d'accoutumance ou de constipation. Et il est économique!



POSOLOGIE : De 1 à 2 comprimés, 3 à 4 fois par jour,
selon l'intensité de la douleur
PRESENTATION : En flacons de 100 et de 1000 comprimés

*Marque déposée



Marque déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

SECÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990 est, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

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, 156, avenue Willowdale, Outremont.

Raymond CARON, adjoint au secrétaire-trésorier général, 2178 est, Mont-Royal, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN, Montréal.

E.-Rolland BLAIS, Montréal.

André LEDUC, Montréal.

Raymond CARON, Montréal.

Roma AMYOT, Montréal.

Edouard DESJARDINS, Montréal.

Pierre JOBIN, Québec.

J.-M. LAFRAMBOISE, Ottawa.

Armand RIOUX, Québec.

Directeur des Relations Extérieures:

Pierre SMITH.

Directeur de l'Exposition du Congrès:

B.-G. BEGIN.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert PAQUET.

Richard GAUDET.

A.-L. RICHARD.

J.-A. VIDAL.

J.-A. DENONCOURT.

J.-B. JOBIN.

René-L. DuBERGER.

Roma AMYOT.

J.-M. LAFRAMBOISE.

L.-P. MOUSSEAU.

Lucien LaRUE.

Georges-L. DUMONT.

Pierre SMITH.

Alphonse-E. LeBLANC.

COMITÉ DU XXXI^e CONGRÈS

Président: **Pierre JOBIN**, Québec.

Secrétaire: **Jacques TURCOT**, Québec.

Trésorier: **Wilfrid CARON**, Québec.

Secrétaire-adjoint: **Jean-Marie DELAGE**, Québec.

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1150 est, boul. St-Joseph, Montréal.

ARCHAMBAULT, Gérard, 472, avenue Laurier, St-Jean, Qué.

BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.

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

BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Bldg., Windsor, Ont.

BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.

BRETON, Gérard-J., North Battleford, Sask.

BUNDOCK, Benoît, 33, rue Dupuis, Hull, P.Q.

CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.

CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.

CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.

CHRETIEN, Maurice, 537, Station, Shawinigan, P.Q.

DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont.

DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.

DORION, J.-Ed., 609 est, boul. Charest, Québec, P.Q.

DOUCET, Calixte, Campbellton, N.-B.

DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal.

DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.

FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.

FOREST, J.-E., 366, de Lanaudière, Joliette, P.Q.

GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.

GAUTHIER, Vincent, 1100, Bougainville, Québec, P.Q.

COYETTE, Roger-B., 415 est, avenue Laurier, Ottawa, Ont.

HAMEL, Jean-F., 168, Charlotte, Ottawa, Ont.

ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.

JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P.Q.

LAFRAMBOISE, Jean, 249, River Road, Eastview, Ont.

LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.

LAROCHE, Gérard-L., 126 sud, rue Brooks, Sherbrooke, P.Q.

LAURIN, Camille, 66, ave Pagnuelo, Outremont, P.Q.

LEBLANC, J.-B., 975, St-Prosper, Trois-Rivières, P.Q.

LEBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.

LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.

LEDUC, Aimé, 79, Ste-Cécile, Salaberry de Valleyfield, P.Q.

LESSARD, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec, P.Q.

MORISSET, Jean, Rimouski, P.Q.

MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.

NADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.

PAIEMENT, Horace, C.P. 400, Sturgeon Falls, Ont.

PELLETIER, Emile, 34, de la Fabrique, Québec, P.Q.

PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.

PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal.

POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.

POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.

RIOUX, J.-Emile, 101, Grande-Allée, Québec (4), P.Q.

ROULEAU, J.-Maurice, Saint-Grégoire (Nicolet), P.Q.

ST-JEAN, Conrad, 210, rue Principale, Granby, P.Q.

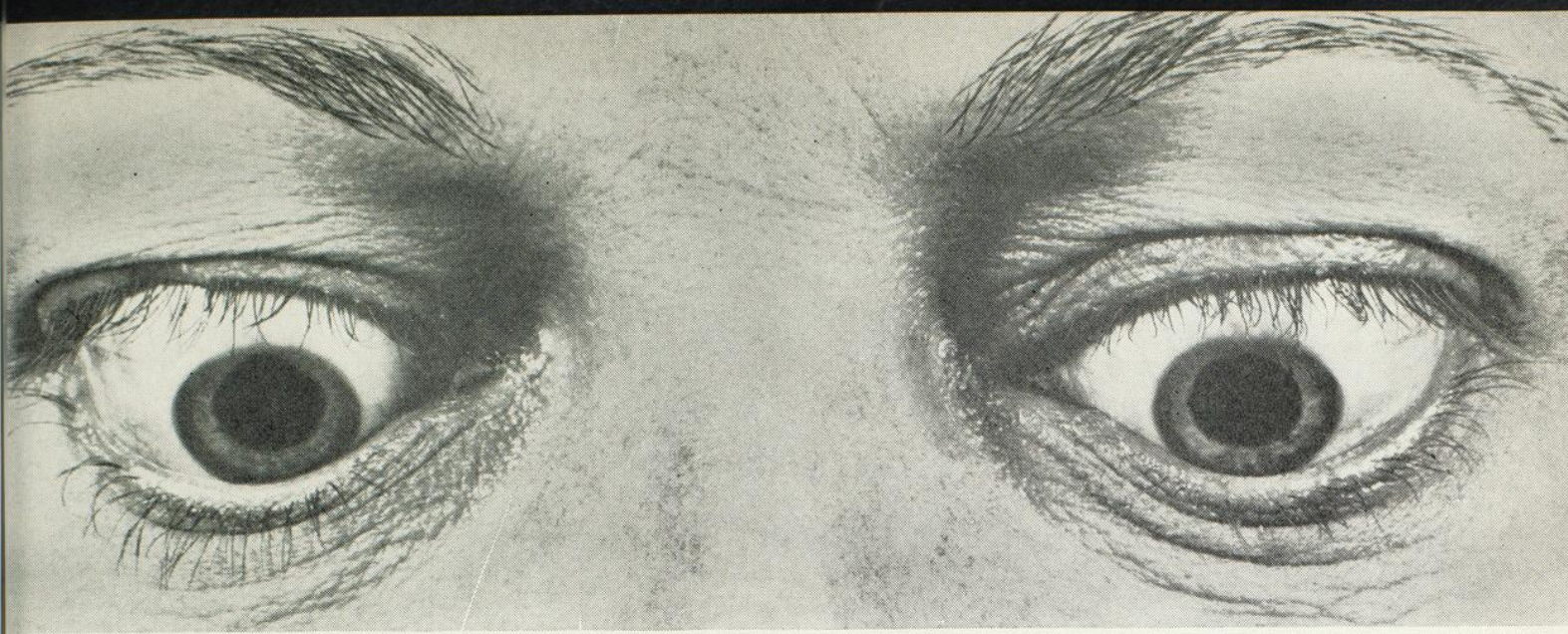
TERRIEN, Jean, 189, Bronson, Ottawa, Ont.

THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun.

TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal.

WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

SECRETARIAT: 326 est, boul. St-Joseph, Montréal 14, Qué. — Tél.: VI. 5-8076



la préparation la plus uniformément efficace pour le contrôle médical de la

THYROTOXICOSE

"PROPYL-THYRACIL"

marque de propylthiouracil

- contrôle médical de la thyrotoxicose
- préparation du patient thyrotoxique à l'intervention
- thérapie adjuvante de l'iode radio-actif (131)

"PROPYL-THYRACIL"

Comprimé N° 815 "Frosst"	100 mg.
Comprimé N° 387 "Frosst"	50 mg.
Comprimé N° 386 "Frosst"	25 mg.

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

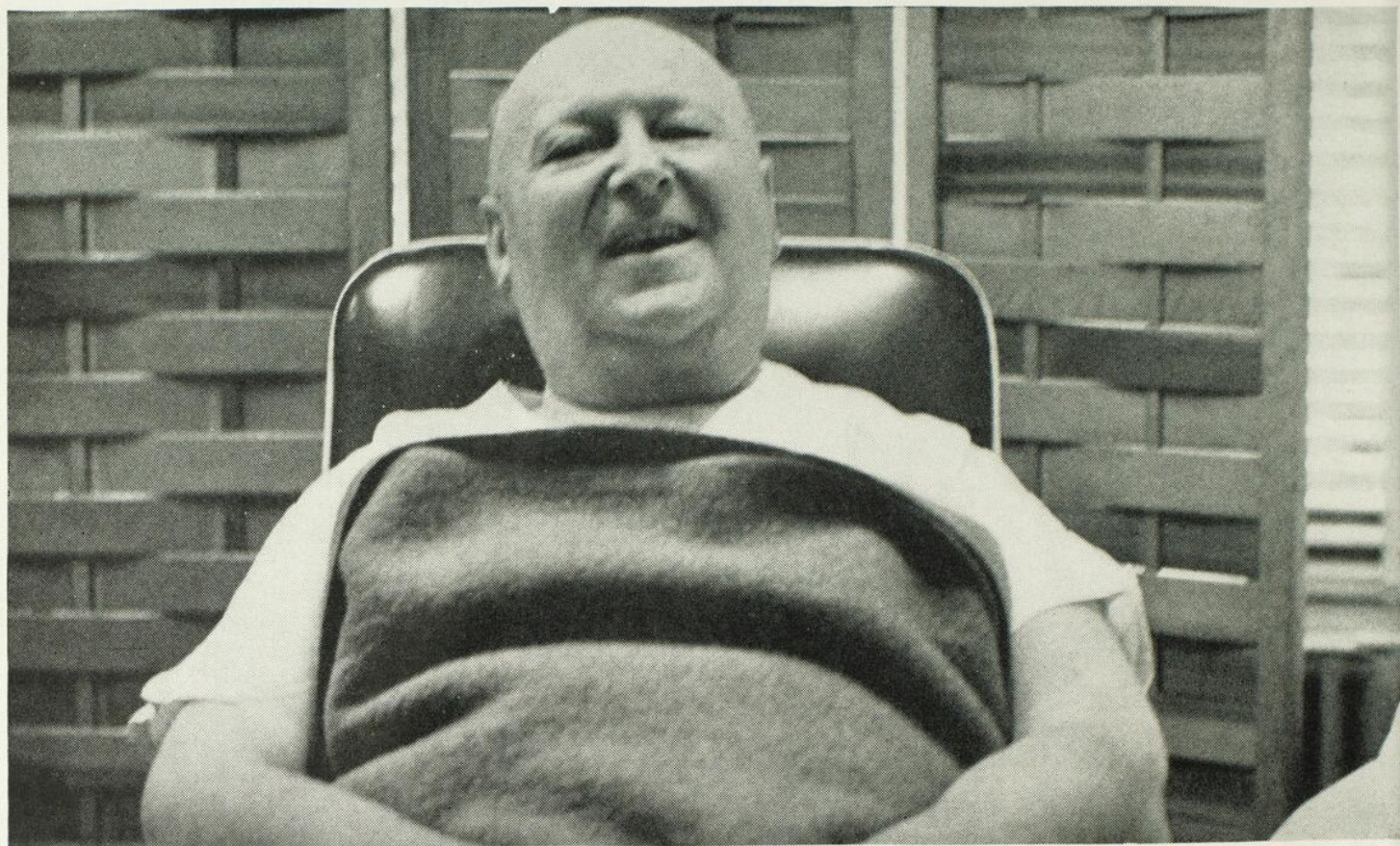
Flacons de 100 comprimés.

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



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

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



QUAND LA DIURÈSE FAIT DÉFAUT...

ALDACTAZIDE

marque de spironolactone (Aldactone*) avec hydrochlorothiazide

En présence d'une résistance acquise aux traitements diurétiques classiques, l'Aldactazide devient la seule préparation capable d'exercer une action diurétique positive dans les deux tubes contournés du rein, le proximal et le distal. Cette égalité d'action au niveau des deux segments assure des effets diurétiques synergiques réels dans le traitement de l'oedème et de l'ascite, et engendre ainsi des résultats meilleurs que ceux obtenus avec l'un ou l'autre des deux constituants.

L'hydrochlorothiazide exerce une vigoureuse action diurétique confinée principalement au segment *proximal* du tube contourné du rein. L'Aldactone*, constituant d'Aldactazide, bloque l'action de rétention du sodium et d'excrétion du potassium, produite par l'aldostérone dans le segment *distal*. Cette dualité d'action diurétique, non seulement intensifie la diurèse quand l'aldostérone est en cause, mais enrayer aussi les effets de déplétion de potassium produits par les diurétiques à action proximale. Par conséquent, non seulement l'apport complémentaire de potassium est-il inutile quand l'Aldactazide est le seul médicament employé, mais il peut exceptionnellement engendrer de l'hyperkaliémie.

En outre, étant donné que la résistance à la thérapeutique diurétique est souvent causée par une activité accrue de l'aldostérone, l'Aldactazide produit des résultats spectaculaires chez les malades atteints d'oedème ou d'ascite qui ne réagissaient pas ou réagissaient à peine aux autres traitements diurétiques.

La dose ordinaire d'Aldactazide pour les *adultes* est d'un comprimé quatre fois par jour, bien que la posologie puisse varier d'un à huit comprimés par jour, et que, dans certains cas, un traitement intermittent suffise.

L'Aldactazide est présenté en comprimés dragéifiés par pression, renfermant chacun 75 mg. d'Aldactone (marque de spironolactone) et 25 mg. d'hydrochlorothiazide.

*Marque déposée



provoque l'excrétion du sodium et de l'eau dans

LES DEUX SEGMENTS, PROXIMAL ET DISTAL,

des tubules rénaux, et assure:

- Une DIURÈSE MAXIMALE RAPIDE
- Une SÉCURITÉ optimale continue

Pour littérature détaillée et mode d'emploi, consulter la brochure documentaire No 32, publiée par

G. D. SEARLE & CO.
CHICAGO 30, ILLINOIS

La Recherche au Service
de la Médecine

INSUFFISANCE CARDIAQUE DE NATURE CONGESTIVE

"Le chlorothiazide semble marquer un progrès important dans le traitement de l'insuffisance cardiaque de nature congestive . . . ; ses avantages les plus évidents sont: (1) administration orale efficace, (2) absence apparente de toxicité, (3) grande faveur auprès des malades, (4) effet diurétique persistant . . ."

Keyes, J. W. and Berlacher, F. J.: J.A.M.A.
169:109 (Jan. 10) 1959.

Posologie: un à deux comprimés de DIURIL à 500 mg.
une ou deux fois par jour.

DIURIL*

CHLOROTHIAZIDE

des témoignages
constants viennent
continuellement
attester sa
remarquable
sécurité et
son efficacité
dans les cas de:

Présentation: Comprimés divisibles de DIURIL
(chlorothiazide) à 250 mg. et à 500 mg.

Documentation complémentaire envoyée aux
médecins qui en feront la demande.



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

*Marque de commerce



hypertension



**insuffisance
cardiaque
congestive**



**tension
préménstruelle**



**œdème de la
grossesse**



cirrhose avec ascite



œdème rénal



Un malade à qui vous avez rendu son gagne-pain

*Soma soulage la raideur
et les douleurs lombaires*

VOTRE BUT: Soulager promptement la douleur de votre client. Le rendre rapidement à son activité normale.

L'AIDE DE SOMA: Soma combat directement la douleur tout en favorisant le soulagement du spasme musculaire.


LES RÉSULTATS: Une fois la douleur et la raideur éliminées, votre client peut aussitôt reprendre son activité normale—souvent en quelques jours au lieu de quelques semaines.

Soma est remarquablement sûr. Ses effets secondaires sont rares. Il peut se produire une certaine somnolence, mais en général après de fortes doses seulement. Soma est présenté en comprimés de 350 mg. **POSOLOGIE HABITUELLE: 1 COMPRIMÉ Q.I.D.**

Le myo-résolutif qui a la propriété indépendante de soulager

SOMA[®]

carisoprodal, Wallace

 Wallace Laboratories, Toronto, Ontario

contrôle efficace de la diarrhée...

souvent lorsque tous les autres agents ont échoué

NOUVEAU

Sorboquel

SOUS FORME PRATIQUE DE COMPRIMÉS

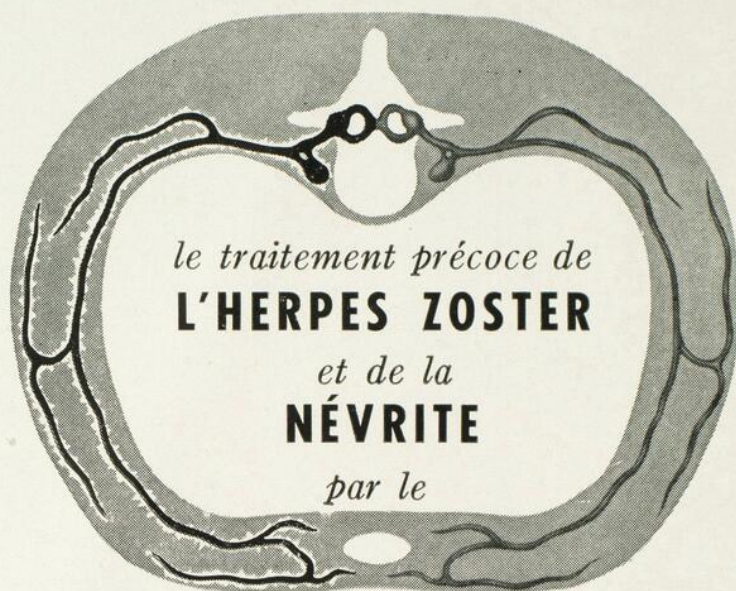
sur **800** cas étudiés*,
Sorboquel
a contrôlé **84%** des
diarrhées chroniques
et **94%** des
diarrhées aiguës

1. Le polycarbophil, nouvel agent synthétique qui possède une capacité hydro-absorbante exceptionnelle.
2. Le méthylbromure de thihéxinol, inhibiteur de l'hypermotilité intestinale, doué d'une remarquable action sélective.

Ces deux composants de Sorboquel procurent un contrôle efficace de la diarrhée aiguë et chronique.

**références en dossier,
Schering Corporation Limited*





PROTAMIDE®

assure un prompt soulagement

Dans les cas de douleur radiculaire accompagnée d'inflammation, et dans l'herpes zoster, le Protamide procure un prompt soulagement s'il est administré tôt¹⁻⁴ après le début de l'affection. Mieux encore, les résultats se font généralement sentir dans les trois ou six jours, et l'effet thérapeutique est rapide, même dans l'herpes zoster ophtalmique.⁵

Les articles publiés sur le Protamide démontrent que le médicament exerce un effet direct de suppression sur la névrite due à l'inflammation aiguë de la racine nerveuse. Dans de tels cas, la réaction au traitement précoce par le Protamide est suffisante pour constituer un diagnostic de névrite inflammatoire.^{3,4}

Le Protamide — préparation colloïdale composée exclusivement d'enzymes dénaturés — est en pratique sûr et indolore. Ce n'est pas une thérapeutique aux protéines. Une ampoule par jour par voie I M pendant 2 à 5 jours, procure généralement un soulagement complet chez les sujets traités tôt après le début de l'affection.

PRÉSENTATION: boîtes de 10 ampoules (1.3 cc.). Pour plus de renseignements, consultez le Vademecum, p. 319, ou écrivez à notre Service Médical.

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

Sherman Laboratories Ltd.
Windsor, Ontario

Butazolidine®

Pour l'arthrite et les troubles s'y rattachant

Dix ans d'expérience dans un nombre incalculable de cas—plus de 1,700 rapports cliniques publiés—ont maintenant établi la primauté de Butazolidine parmi les puissants agents non-hormonaux anti-arthritiques.

A maintes reprises on a démontré que Butazolidine:

Dans l'espace de 24 à 72 heures produit un soulagement remarquable de la douleur.

Dans l'espace de 5 à 10 jours suscite une amélioration marquée de la mobilité et une régression rapide de l'inflammation et de l'œdème et favorise une absorption de l'épanchement.

Même administré pendant des mois ou des années Butazolidine ne provoque pas de déséquilibre hormonal ni de tolérance.

Documentation et renseignements supplémentaires disponibles sur demande.

Butazolidine (phénylbutazone):
Dragées rouges estampillées
Geigy de 100 mg., flacons de 100,
250 et de 1,000 dragées.

Geigy



Montréal

UN "CLINIQUICK" AMES

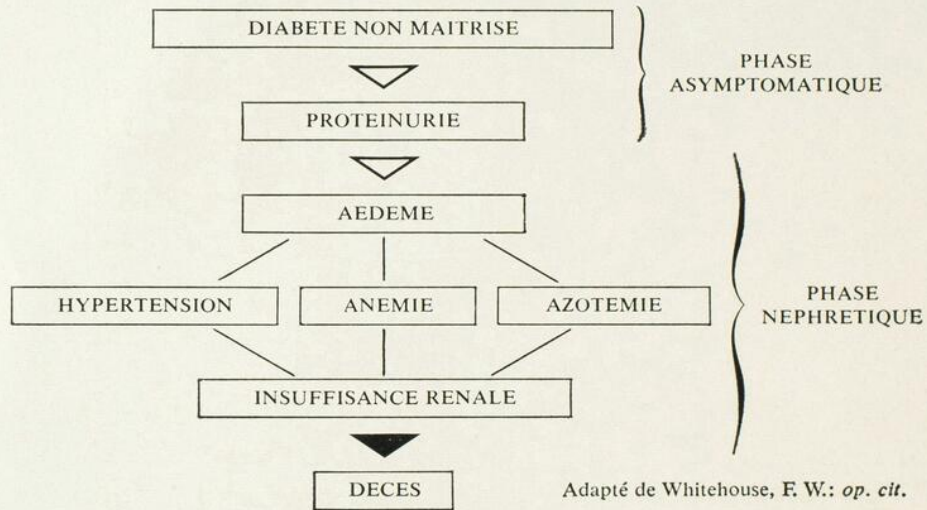
RAPPORT-ECLAIR POUR LE PRATICIEN MODERNE

POURQUOI LE DIABETIQUE EST-IL PARTICULIEREMENT EXPOSE A LA NEPHROPATHIE?

Le rein est l'organe le plus susceptible d'être affecté, dans sa structure et ses fonctions, par le diabète. Soixante-quinze pour cent de tous les décès causés par le diabète résultent de complications cardiovasculaires-néphrétiques. Dans ce groupe, un cinquième des complications prennent naissance dans le rein.

Source: Whitehouse, F. W.: Postgrad. Med. 24:54, 1958.

HISTOIRE NATURELLE D'UNE NEPHROPATHIE D'ORIGINE DIABETIQUE



examiner le diabétique pour la glycosurie... et la protéinurie le meilleur indicateur de désordre néphrétique est probablement

URISTIX

MARQUE DÉPOSÉE

Bâtonnets réactifs

test colorimétrique combiné pour la recherche des protéines et du glucose dans l'urine. Il suffit de plonger la bande dans l'urine et de lire les résultats.

1 PLONGÉE... 10 SECONDES... 2 RESULTATS

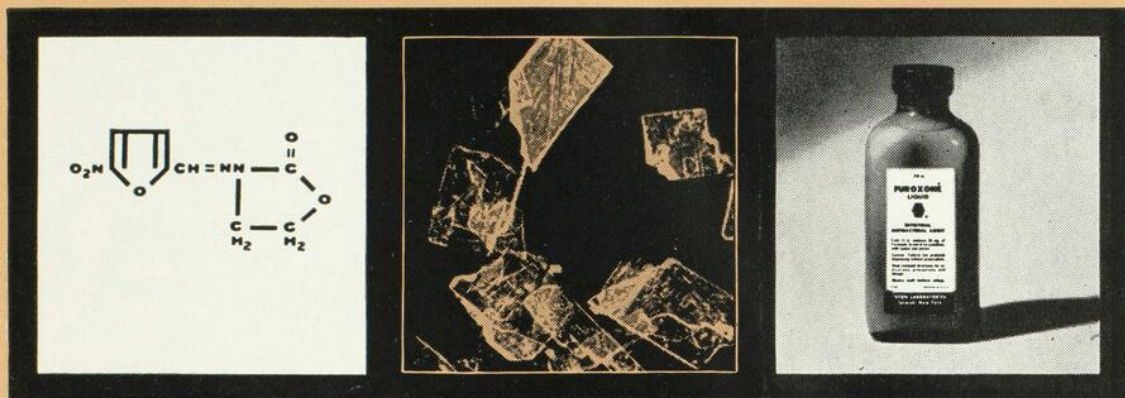
- Ne sont pas affectées par la turbidité, les métabolites d'origine médicamenteuse ou par les autres constituants de l'urine
- Une gamme de couleurs standardisées fournit des points de références accélérant la lecture

Bâtonnets réactifs URISTIX en flacons de 125

CA07361F



Enrayez les diarrhées aiguës
et les maladies intestinales
sans susciter de nouveaux problèmes



FUROXONE

marque de furazolidone

**LIQUIDE
ET
COMPRIMÉS**

antibactérien
émollient
adsorbant

- Bactéricide par voie orale contre une variété étendue de bactéries intestinales ^{1, 2}—y compris les pathogènes habituels et les souches d'Escherichia, de Salmonella et de Staphylocoques que les antibiotiques et les sulfamidés ne contrôlent pas efficacement.
- N'entraîne aucune résistance bactérienne appréciable et ne favorise pas la pullulation de monilia ou de staphylocoques.
- Aucune toxicité connue.
- Pour les patients de tout âge (peut s'ajouter aux boires du nourrisson . . . coule librement à travers les tétines).

Présentation:

Furoxone Liquide: flacons de 120 ou 240 cc. 15 cc. contiennent 50 mg. de Furoxone avec kaolin et pectine. Saveur agréable de menthe et d'orange.

Furoxone Comprimés: 100 mg. rainurés, flacons de 20 et 100.

1. Ponce de Leon, E.: Antibiotic Med. & Clin. Therapy 4:816, 1957.

2. H. W. McFadden et M. M. Musselman: Personal communication to Eaton Laboratories.

NITROFURANS—une catégorie unique d'antibactériens

AUSTIN LABORATORIES LIMITED

GUELPH,



CANADA

Usagers exclusifs de la marque de fabrique Furoxone de Norwich
Pharmaceutical Company, Ltd., une division de Eaton Laboratories.

nouveau **CELESTONE**^{(betaméthasone)*}
un progrès décisif dans l'histoire des corticostéroïdes

Celestone, plus qu'aucun autre de ses prédécesseurs, se rapproche du stéroïde idéal, à savoir:

action anti-inflammatoire plus intense • taux d'excrétion sodique plus élevé • perte de potassium, négligeable • effets secondaires indésirables propres aux autres stéroïdes, généralement moins prononcés ou absents • prix du traitement nettement inférieur à celui de tout autre dérivé de la prednisolone • la substitution de Celestone à toute autre stéroïdothérapie ne présente aucun problème.

Celestone permet à plus de malades de bénéficier d'une cortico-stéroïdothérapie plus adéquate. Les effets secondaires indésirables inhérents aux stéroïdes plus anciens avec tendance à aggraver certaines affections communes chez les patients de plus de 40 ans, tels le diabète et l'hypertension, n'ont pas été observés avec Celestone.

...et avec
Celestone,
le traitement
est des plus
économiques.

chez tout malade qui nécessite une thérapie aux corticostéroïdes ...et particulièrement

... Celestone offre des avantages marqués dans toute maladie justiciable d'une stéroïdothérapie, accompagnée d'une affection que les effets secondaires provoqués par les stéroïdes sont susceptibles d'aggraver.



Le patient allergique
atteint d'une maladie cardio-vasculaire et qui ne doit pas encourir le risque d'une tension artérielle accrue.



Le patient asthmatique
ou tout autre malade chez qui la stabilité émotionnelle doit être protégée contre les troubles psychiques provoqués par les stéroïdes.



Le patient arthritique
atteint d'œdème ou de toute autre affection, telle l'insuffisance cardiaque, susceptible d'être aggravée par la rétention sodique.

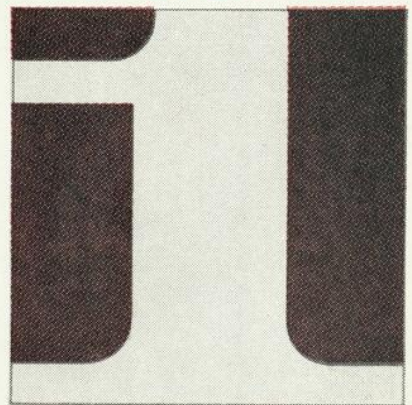
(betaméthasone)
CELESTONE*
CONSTITUE une MESURE ADDITIONNELLE de SÉCURITÉ

Posologie: Avec Celestone, comme avec tous les autres corticostéroïdes, la posologie doit être ajustée à chaque cas particulier. Lorsqu'on substitue Celestone à un traitement en cours avec d'autres dérivés de la prednisolone, on continue avec le même nombre de comprimés et on ajuste par la suite la posologie aux besoins du malade d'après les résultats obtenus.

Présentation: Celestone (betaméthasone), comprimés de 0.5 mg. en flacons de 30 et de 100.

*marque de commerce

LE PREMIER



CORTICOSTÉROÏDE
qui répond aux trois
exigences fondamentales

efficacité - tolérance - économie

Schering
CORPORATION LIMITED



Le fer

qui est indiqué dans
tous les cas d'anémie ferriprive

CEREVON

(SUCCINATE FERREUX)

- La réaction la plus rapide de l'hémoglobine avec du fer par voie orale
- Le plus faible indice de toxicité
- Les doses les plus faibles
- Résultat, la cure est d'un coût modique

CEREVON, mis au point dans nos propres laboratoires de recherches, a pleinement démontré sa supériorité des points de vue clinique et réaction hématologique dans le traitement des cas d'anémie par carence de fer durant la grossesse et l'enfance, ainsi que dans tous les genres d'anémie ferriprive

Facilement absorbé, CEREVON offre un coefficient d'utilisation vastement supérieur en ce qui concerne les divers sels de fer entrant dans sa composition; en outre, il ne provoque aucune irritation de la muqueuse intestinale.

Sur demande, de la documentation et des échantillons seront envoyés avec plaisir.

3

FORMES

CAPSULES, COMPRIMÉS ET ÉLIXIR CEREVON

Chaque capsule/comprimé/cuillerée à thé renferme
150 mg. de succinate ferreux

CAPSULES, COMPRIMÉS ET ÉLIXIR CEREVON 'B'

Chaque capsule/comprimé/cuillerée à thé renferme
Succinate ferreux—150 mg.
Chlorhydrate de thiamine—1 mg.
Riboflavine—1 mg. Niacinamide—10 mg.



220 BAY STREET, TORONTO

CREWE ET LONDRES, ANGLETERRE • SYDNEY, AUSTRALIE

sommeil profond... mais sans danger

Kevadon Merrell

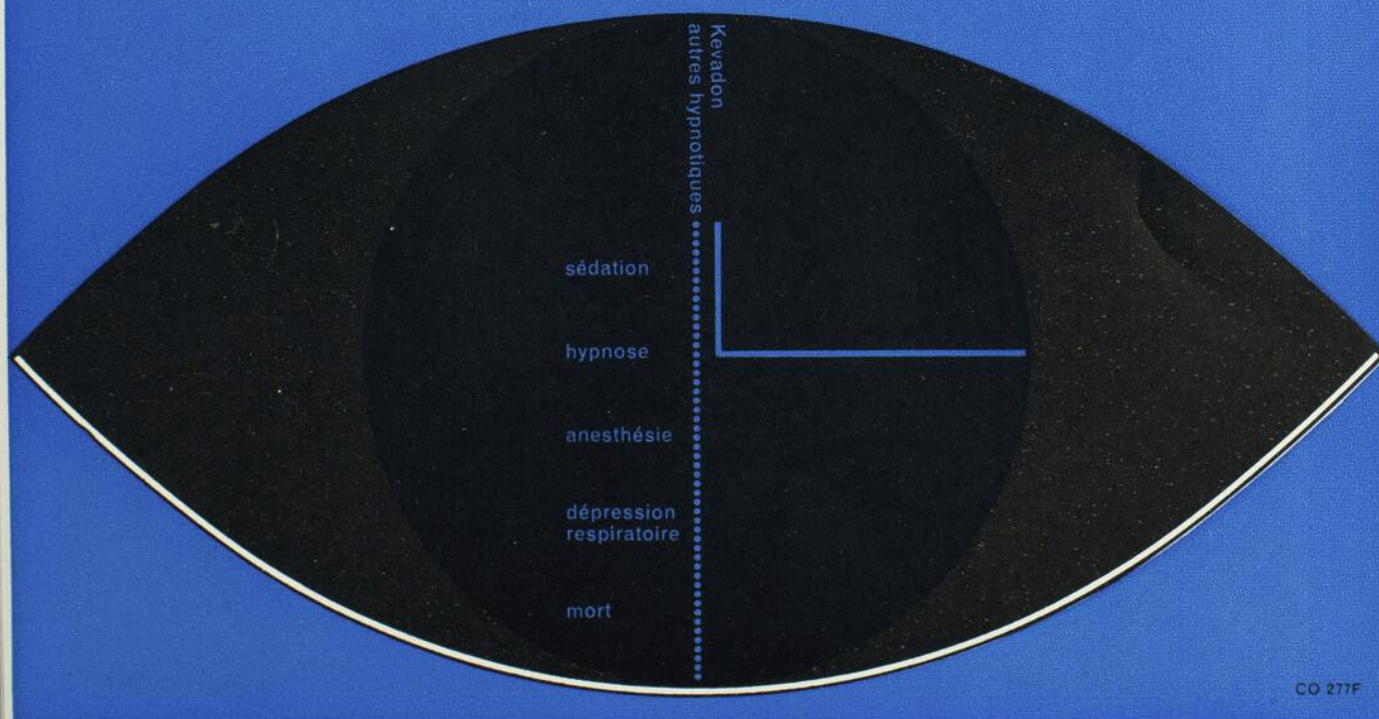
Aussi puissant que les barbituriques et pourtant, si sûr que même des surdoses massives n'ont pas provoqué d'accident fatal: pas même de dépression respiratoire.

Dépression du système nerveux central qui ne dépasse jamais l'hypnose (chez un patient qui avait pris 144 fois la dose quotidienne recommandée, le seul effet de Kevadon fut un sommeil profond et réconfortant).

Le sommeil débute en 15 à 30 minutes, pour durer de 6 à 8 heures... 93% des patients se réveillent frais et dispos... aucune excitation préliminaire, aucune euphorie... jusqu'à date, aucun rapport d'addiction, d'habitude ou de symptômes de retrait.

Posologie: un comprimé de 100 mg au coucher.

Marque déposée: Kevadon (marque de thalidomide).



Librium**Librium****équilibre et délivre**

dans les perturbations émotives de tous les jours, dans les troubles fonctionnels et musculaires.

procure **rapidement l'équilibre** psychique; administré à doses judicieuses, il est **exempt** d'effets secondaires.

libère le malade de l'anxiété et de la nosophobie.

libère de l'inhibition anxieuse et redonne de l'entrain sans exercer de stimulation directe.

Documentation sur demande.

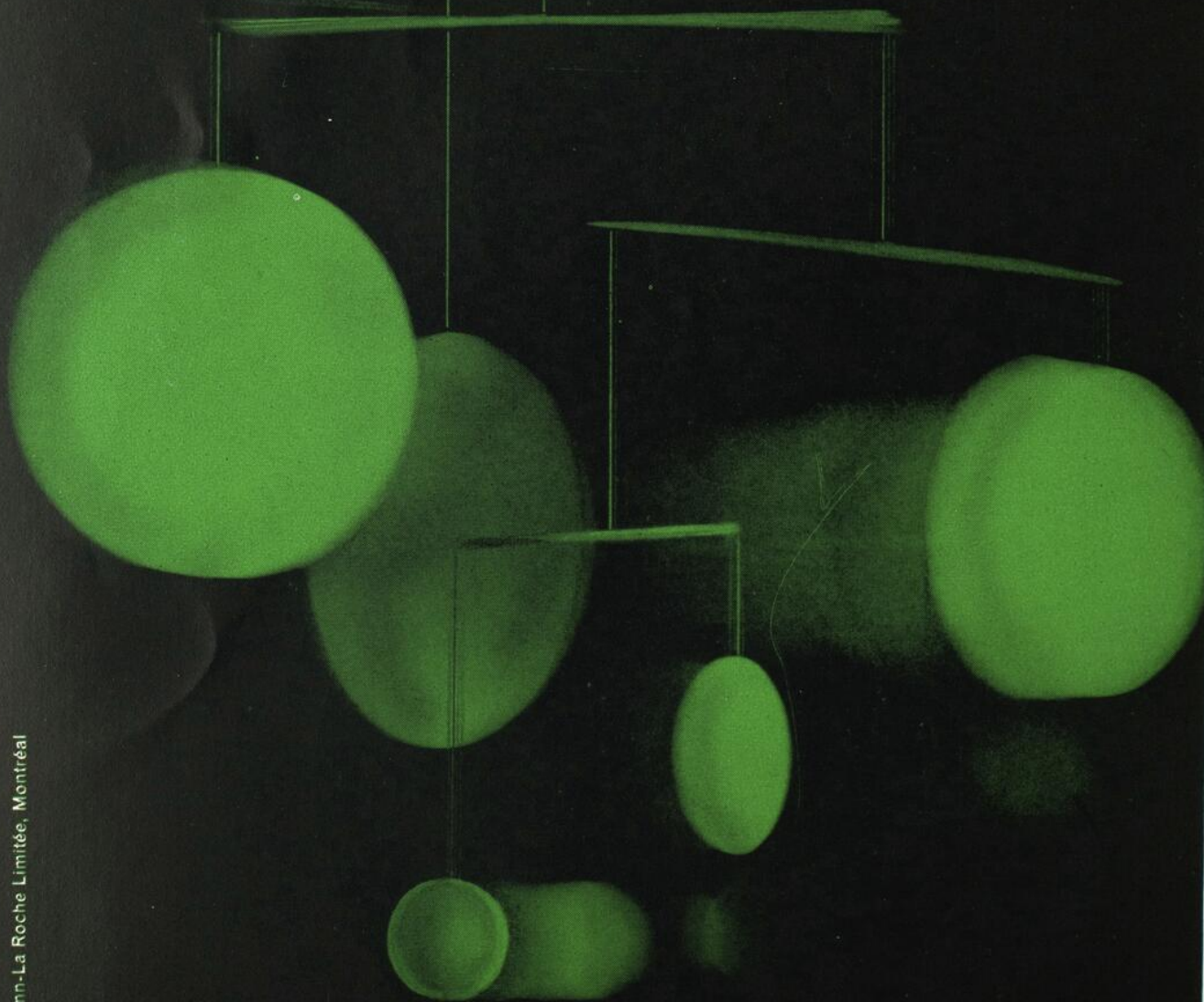
Présentation:

Capsules, 5 mg. (vertes et jaunes), 100 et 500.

Capsules, 10 mg. (vertes et noires), 100 et 500.

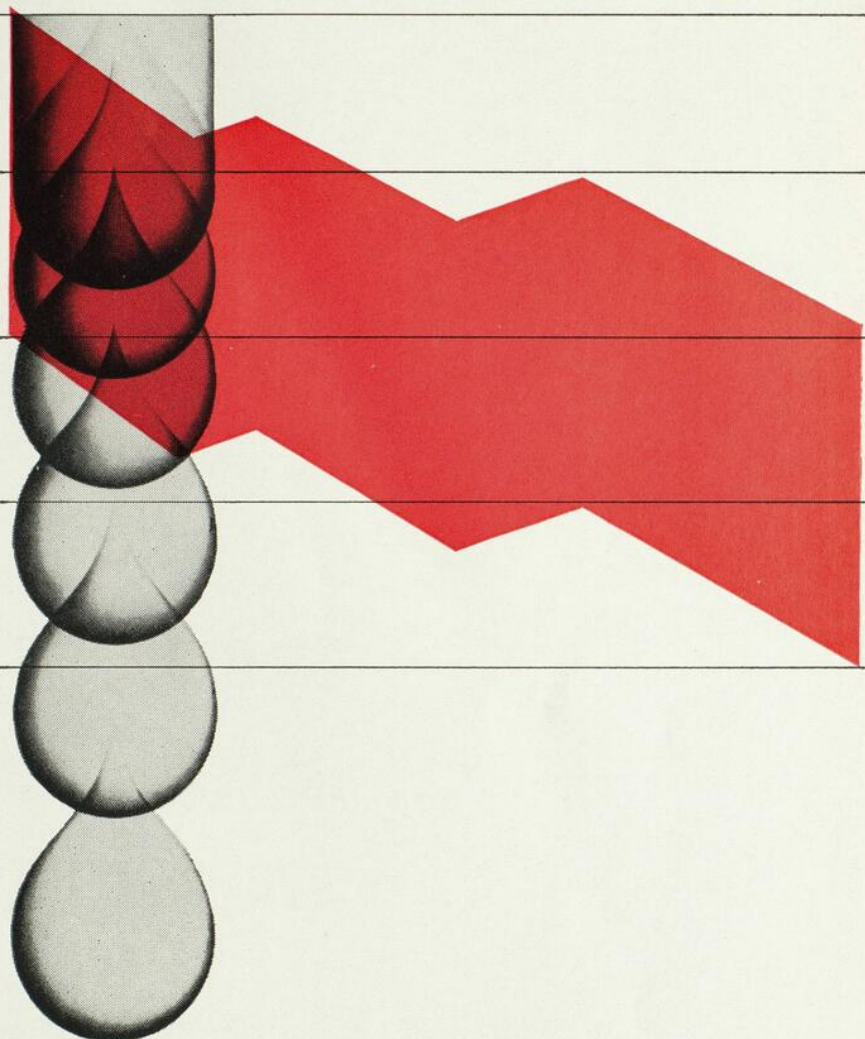
Librium®—chlorhydrate de 7-chloro-2-méthylamino-5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde.

®Marque déposée



**Hygroton®
Geigy**

**Dans l'hypertension
et l'œdème**



**Action plus longue...
et plus douce**

**Commodité et
économie dans le
traitement
d'entretien avec
seulement trois
doses par semaine**

Disponibilité: Hygroton,
3-hydroxy-3 (4-chloro-3 sulfamyl-
phényl) phthalimidine.
Comprimés rainurés de 100 mg.
en flacons de 50, 500 et 5,000.

DANS LA REDOUTABLE SEPTICÉMIE STAPHYLOCOCCIQUE

le "médicament
de choix"

staphcilline

DIMÉTHOXYPHÉNYL PÉNICILLINE SODIUM

LA NOUVELLE
PÉNICILLINE
SYNTHÉTIQUE

99.9% + EFFICACE

IN VITRO CONTRE LES

STAPHYLOCOQUES RÉSISTANTS

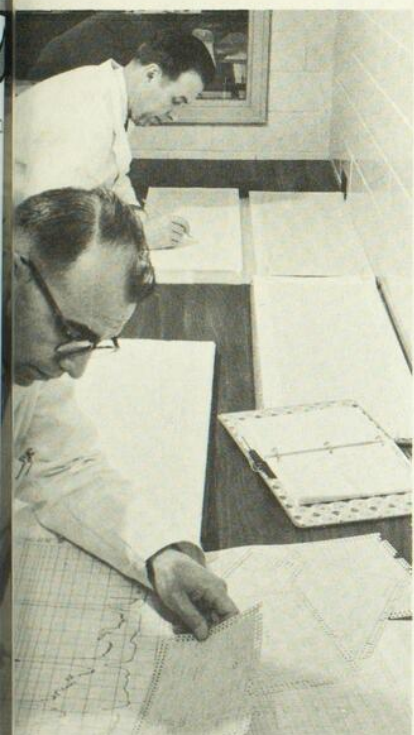
"Il semble que Staphcilline, en raison de son action bactéricide, de sa faible toxicité, de ses taux sanguins élevés et de son affinité pour les staphylocoques, comme de son immunité à l'action de la pénicillinase, peut s'avérer comme le médicament de choix dans le traitement d'infections staphylococciques résistant aux autres pénicillines."

Arnold Branch, M.D.; K. C. Rodger, M.D.;
R. W. Lee, M.D. et Edna E. Power, B.A.

Le Journal de l'Association Médicale Canadienne
83:991-996, 5 novembre 1960.



BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED, MONTRÉAL



RECHERCHE AYERST

travail d'aujourd'hui—santé de demain

Dans l'univers médical, le chercheur se tient à la frontière de demain. Le médecin, le pharmacien et le fonctionnaire de la santé publique, tous ont le regard tourné vers lui dans l'attente des armes nouvelles de lutte contre la maladie.

Appréciant l'importance vitale de la recherche, AYERST met à la disposition de son personnel hautement qualifié les laboratoires les plus modernes du Canada.

L'identification rapide et exacte de tout composé est rendue possible par des instruments de recherche tels que le spectrophotomètre dont les constatations viennent s'inscrire sur un tambour pivotant, sous forme de tracés spectraux. Par l'analyse de ceux-ci, le chercheur termine en quelques minutes l'essai de médicaments qui autrefois aurait exigé des semaines, ceci avec une exactitude sensiblement plus grande.

AYERST effectue, en matière de santé nationale, un placement à échéance différée dont les dividendes seront distribués aux Canadiens sous la forme d'un bien-être général.



Des laboratoires de recherche ultra-modernes sont venus, en 1960, s'ajouter aux installations antérieures déjà excellentes.

(côté gauche de la photo)



—Ayerst, McKenna & Harrison, la compagnie qui en 1945 a porté sur le marché en les premiers produits de pénicilline pour voie orale, annonce la mise en vente d'une pénicilline orale en suspension, pour usage pédiatrique.

"HYLENTA" FORTE LIQUIDE no 905

— dans l'eau, cette préparation — en poudre sèche pour raison de stabilité — présente en un liquide au goût délicieux de caramel, qui par cuillerée à thé contient 500 000 u.i. de pénicilline G potassique. En accord avec sa politique "Hylenta" dont le thème est "une concentration pour chaque cas", AYERST présente également "Hylenta" no 903 dont la cuillerée à thé contient 250 000 u.i.

Depuis leur apparition en 1955, les comprimés de pénicilline G potassique de marque "Hylenta" sont au Canada, dans leur catégorie, les plus largement appréciés. Leur popularité est due à leur désagrégation réglée, caractéristique qui permet de protéger l'antibiotique de la destruction au niveau de

l'estomac en ne le libérant que dans le milieu alcalin de l'intestin grêle supérieur. C'est là un processus qui, mis au point par Ayerst en ses laboratoires de recherche, rend possible la protection contre l'acide sans le recours aux sels de pénicilline plus coûteux. Ainsi, "Hylenta" présente l'avantage de la résistance à l'acide, les frais correspondants n'excédant pas le bas prix de la pénicilline G potassique.

"Hylenta" est présenté en une gamme complète de concentration (convenant au traitement de toute infection justiciable de la thérapeutique orale), avec base à désagrégation réglée: "Hylenta"2 (200 000 u.i.), "Hylenta"4 (400 000 u.i.), "Hylenta"5 (500 000 u.i.), et "Hylenta"8 (800 000 u.i.).

La plus forte concentration — "Hylenta"10 (1 million d'unités au comprimé) est présentée sous un enrobage résistant aux acides qui également protège l'antibiotique de l'action des sécrétions stomacales.

"HYLENTA" — LA PLUS GRANDE EFFICACITÉ — LES PRIX LES PLUS BAS

Radiieuse...

IL N'EXISTE QU'UNE
"PRÉMARINE"
POUR LA MÉNOPAUSE

*Comprimés de concentrations
diverses; également en
combinaison au méprobamate
ou à la méthyltestostérone*





**A la suite
de mon
amygdalectomie,
je n'ai
presque pas
été incommodé.
Je pouvais
manger et
avalier
sans douleur
parce que
mon docteur
m'avait donné
Xylocaine.
(C'est ainsi
qu'il appelait ça!)**

Xylocaine^(D) Visqueux, anesthésique topique pour administration orale

(marque de lidocaine*)

Xylocaine Visqueux soulage presque immédiatement la douleur et permet d'avalier plus facilement après une ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, car il se répand uniformément et adhère aux membranes. Xylocaine Visqueux, à saveur de cerise, contient 2% de chlorhydrate de Xylocaine; miscible à l'eau et de consistance visqueuse. Dose: 1 cuillerée à thé; bien le distribuer dans la bouche, puis l'avalier lentement.



ASTRA Pharmaceuticals (Canada) Limited, 1139 College St., Toronto, Ont.

*BREVET CAN. NO 503,645.

FABRICATION CANADIENNE.

UNE HISTOIRE - par Lulu Côté



POUR LA DOULEUR
Percodan*
(Sels de Dihydrohydroxycodéinone et d'Homatropine, plus APC)

AGIT PLUS RAPIDEMENT — en général en 5 à 15 minutes

ACTION PLUS PROLONGÉE — en général 6 heures et plus

SOULAGEMENT PLUS COMPLET — permet un sommeil ininterrompu pendant toute la nuit.

CONSTIPE RAREMENT — excellent pour les malades chroniques ou alités.

DOSE MOYENNE POUR ADULTES: 1 comprimé toutes les 6 heures. En vente dans toutes les pharmacies.

(N) Peut être obtenu sur ordonnance verbale.

Brevet canadien 537,946 *Marque déposée

*Voulez-vous de la littérature?
Ecrivez à*

Endo® ENDO DRUGS (CANADA) LTD.
7000 avenue du Parc,
Montréal 15

**ET LA DOULEUR
DISPARUT RAPIDEMENT**





THÉRAPEUTIQUE LOCALE DIRECTE

UN FONGICIDE TOPIQUE POUR LES INFECTIONS FONGIQUES TOPIQUES

Les pieds d'athlète sont dus à l'envahissement, par les fongis, des couches calleuses et kératinisées de la peau, que ne rejoint pas l'afflux sanguin normal. Le Desenex, appliqué localement sur les infections fongiques superficielles, met les antifongiques que sont l'acide undécylénique et l'undécylénate de zinc, en contact direct avec les fongi. Des centaines de mille guérisons de pieds d'athlète sont dues au traitement local avec le Desenex — démontré comme le moins irritant et le mieux toléré de tous les fongicides puissants.

Un traitement coûte quelques sous — En effet, l'Onguent Desenex peut être appliqué généreusement sur les deux pieds tous les soirs, pendant une semaine et demi, à même un seul tube.

onguent — poudre — solution

Desenex® *Maltbie*

Maltbie Laboratories Division, Wallace & Tiernan Ltd., Scarborough, Ontario

Distributeurs canadiens: Elliot-Marion Company, Ltd., Montréal 28, P.Q.

La photographie est une gracieuseté du Département de Dermatologie de l'Université de Pennsylvanie.

pour une maîtrise pratique
des troubles gastro-intestinaux d'origine fonctionnelle

DECHOLIN* avec BELLADONE



Pour soulager la fermentation gastrique, les flatulences, l'indigestion et la constipation dues à des troubles fonctionnels des voies gastro-intestinales et biliaires.

HYDROCHOLERETIQUE—DECHOLIN augmente le volume et la fluidité de la bile pour s'opposer à la stase biliaire et intestinale—SPASMOLYTIQUE—La belladone s'oppose au spasme localisé du muscle lisse des voies gastro-intestinales et biliaires.

Chaque comprimé DECHOLIN avec belladone contient 0.25 g (3/4 grains) de DECHOLIN (acide déhydrocholique AMES) et 1/8 grain (0.01 g) d'extrait de belladone. *Posologie*: 1 ou, au besoin, 2 comprimés trois fois par jour. Flacons de 100 et de 500 comprimés.

comprimés DECHOLIN*

Pour aider les fonctions gastro-intestinales. Chaque comprimé DECHOLIN contient 0.25 g (3/4 grains) d'acide déhydrocholique AMES). *Posologie*: 1 ou, au besoin, 2 comprimés trois fois par jour. Flacons de 100 et de 500 comprimés.

*MARQUE DÉPOSÉE

CA075E1F



Pr

RÉDUCTION PHYSIOLOGIQUE DU CHOLESTÉROL SÉRIQUE

choloXin

Marque de sodium dextro-thyroïxigé

● UN NOUVEL
AGENT CHOLESTÉROPÉNIQUE réduisant à
la fois les taux sérique et tissulaire du chol-
estérol, par des voies physiologiques

- ne gêne pas le métabolisme du cholestérol
- enlève le cholestérol sans nécessiter de régimes obligatoires.

choloXin — A l'étude depuis 1953.

L'efficacité et la sécurité de la CHOLOXIN ont été bien établies par un programme de 8 ans où il a été fait à la fois des recherches de base et des recherches cliniques. Une brochure de 20 pages vous donne des renseignements complets sur la CHOLOXIN; cette brochure est pleinement illustrée et vous pouvez la demander soit par écrit, soit directement à votre représentant Baxter.

Indication: Traitement de l'hypercholestérolémie, qu'elle soit idiopathique ou associée à l'athérosclérose, à l'artériosclérose, à la maladie cérébro-vasculaire, au diabète sucré, à l'hypothyroïdisme ou à la xanthomatose.

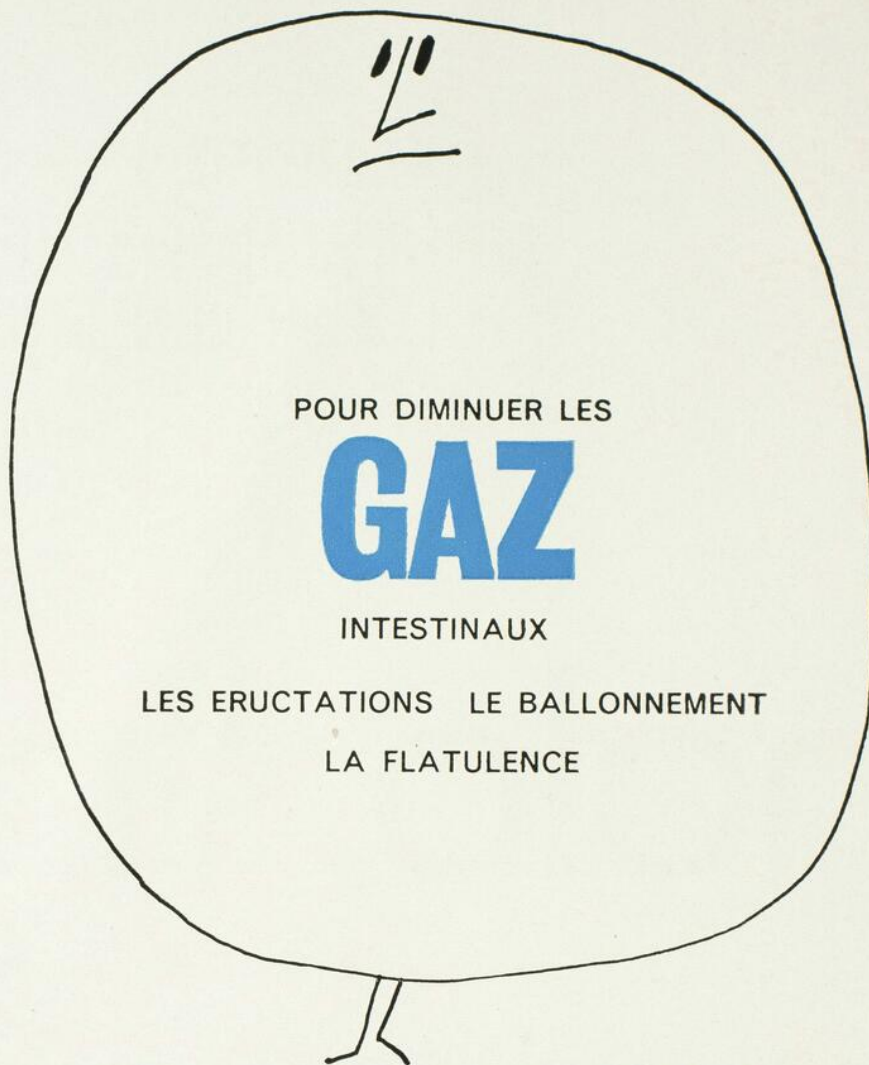
Dosage: 1 tablette journalière de 4 mg. Ce dosage peut être augmenté de 2 à 8 mg par jour, selon les prescriptions du médecin.

Attention: Pour les malades souffrant d'une angine de poitrine, la dose doit être administrée graduellement.

Contre-indication: Un infarctus myocardique aigu.

Présentation: En paquets de 30 tablettes blanches de 4 mg, préparées de sorte à faciliter les dosages fractionnels.

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD., Alliston, Ontario



POUR DIMINUER LES

GAZ

INTESTINAUX

LES ERUCTATIONS LE BALLONNEMENT

LA FLATULENCE

KANULASE

Composé biochimique employé pour diminuer les fermentations gazeuses intestinales chez les personnes bien portantes ainsi que chez les malades souffrant de troubles digestifs. ■ Chaque comprimé de Kanulase contient de la CELLULASE, 320 unités, combiné aux éléments suivants: pepsine, N.F., 150 mngs; chlorhydrate d'acide glutamique, 200 mngs; pancréatine, N.F., 500 mngs; extrait de bile de boeuf, 100 mngs. Posologie: 1 ou 2 comprimés à l'heure des repas. Conditionnement: flacons de 50 comprimés.

ANCA Pharmaceuticals Une division de The Wander Company of Canada Limited, Oshawa, Ont.

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Les examens pour admission au Titre d'Associé (Fellow) en Médecine ou en Chirurgie générale, avec modification de ces examens pour certaines spécialités, et pour la Certification dans les spécialités médicales et chirurgicales approuvées ont lieu à chaque automne. Les listes de candidats pour les examens de 1961 sont maintenant closes mais on acceptera les demandes d'admission aux examens de 1962 jusqu'au **30 avril 1962**.

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

ENFIN... un nouveau produit pour le débridement enzymatique

ELase

**FIBRINOLYSINE ET DÉSOXYRIBONUCLÉASE
ASSOCIÉES BOVINES, PARKE-DAVIS ***

FIBRINOLYSINE
une enzyme active pour la lyse
de la fibrine



DÉSOXYRIBONUCLÉASE
pour lyser l'acide désoxyribonucléique
dans les leucocytes dégénérés et autres
débris nucléaires

ELASE, qui n'est pas constituée de précurseurs mais d'enzymes actives,¹ lyse rapidement les substances fibrineuses du sérum, des caillots de sang et des exsudats purulents. Elle n'attaque pas de façon appréciable les tissus vivants et n'exerce aucun effet irritant sur la granulation des tissus dans les plaies.¹⁻⁴ A titre "...d'auxiliaire réalisable et logique pour le traitement des plaies infectées,"¹ ELASE peut être utilisée avantageusement dans un certain nombre de lésions exsudantes. Elle a donné des résultats particulièrement bien-faisants¹⁻⁴ dans des cas de vaginite et de cervicite...érosions cervicales... plaies chirurgicales...brûlures...ulcères chroniques de la peau...plaies infectées...fistules...trajets fistuleux...abcès.

PRÉSENTATION: ELASE, fibrinolysine et désoxyribonucléase associées, de sources bovines, de Parke-Davis, est présentée sous forme de poudre en fiole de 30 cc, fermée d'une membrane de caoutchouc. Chaque fiole d'ELASE contient 25 unités (Loomis) de fibrinolysine et 15,000 unités de désoxyribonucléase. Pour être efficace au maximum, la solution doit avoir été fraîchement préparée immédiatement avant l'application. (Ne pas utiliser par voie parentérale.) La pommade ELASE est présentée en tube de 30 g, contenant 30 unités de fibrinolysine et 20,000 unités de désoxyribonucléase dans un excipient spécial de vaseline. Six applicateurs-V (vaginaux), que l'on jette après usage, sont fournis sous emballage distinct pour l'application de la pommade.

Pour tous détails d'administration et de posologie, consulter la brochure mise à la disposition des médecins.

BIBLIOGRAPHIE: (1) Coon, W. W.; Wolfman, E. F., Jr.; Foote, J. A., & Hodgson, P. E.: Am. J. Surg. 98:4, 1959. (2) Friedman, E. A.; Little, W. A., & Sachleben, M. R.: Am. J. Obst. & Gynec. 79:474, 1960. (3) Margulis, R. R., & Brush, B. E.: Arch. Surg. 65:511, 1952. (4) Communications privées au Service des recherches cliniques, Parke, Davis & Company, 1959.

PARKE-DAVIS

NOUVEAU...

HYPOTENSEUR

PR ANAPREL

COMPRIMÉS

Comprimés dosés à un quart de milligramme de
3-4-5 triméthoxycinnamate de Réserpyle.

- **PATHOLOGIE VASCULAIRE**
- **ABAISSÉ PROGRESSIVEMENT LA PRESSION SANGUINE**

**ALCALOÏDE RARE TIRÉ DE LA RACINE
de RAUWOLFIA SERPENTINA**

—••—
DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS
SUR DEMANDE.

LABORATOIRES SERVIER (PARIS)

AGENT: **J. EDDÉ** LIMITÉE, 202 EST, LAURIER, Montréal

VI. 9-7306



un autre remède "infaillible" contre les pellicules, qui ne l'était pas

Il finira par apprendre. Il n'y a pas de remèdes "infaillibles" contre les pellicules. Le Selsun n'en est peut-être pas loin, mais il y a tout de même encore quelque 5% des cas où il n'a aucun effet du tout. Mais quant aux autres 95%—parmi lesquels se trouve probablement notre homme—c'est le traitement le plus efficace qu'on puisse trouver. Pourquoi ne pas lui en dire un mot—et lui donner une ordonnance. Vous lui éviteriez de gaspiller son argent.

Suspension SELSUN*



Elle aura
bientôt

besoin
d'un
carosse

Elle le *sait*. Et elle s'en réjouit. Or . . . pour lui conserver sa sérénité au cours des mois à venir. ■

Une façon est d'assurer à la future maman le genre de soutien nutritionnel qui convient—comme celui fourni par les Primitabs*. Car les Primitabs complètent le régime alimentaire rationnel que vous prescrirez à votre gestante en y ajoutant: (1) du calcium sans phosphore, (2) du fer bien toléré sous forme de fumarate ferreux et (3) les autres vitamines et minéraux indispensables. ■

Votre gestante vous sera reconnaissante, aussi, de la posologie facile des Primitabs. Dans la plupart des cas un seul Filmtab par jour suffit pour qu'elle se rende à terme. ■ Et pour l'aider à ne pas oublier de prendre son supplément chaque jour, le Flacon pour la Table, élancé et gracieux, dans lequel sont présentés les Primitabs s'en chargera.

elle aura
besoin de
Primitabs*
aujourd'hui

*soutien vitamino-minéral
compréhensif avec seule-
ment un Filmtab par jour*



PRIMITABS—SUPPLÉMENT PRÉNATAL SANS PHOSPHORE D'ABBOTT
FILMTABS®—COMPRIMÉS FILMO-SCÉLLÉS, ABBOTT. BREVETÉ 1963

*Nom Déposé



Agréables au goût—convenant aux patients de tout âge†

CREMOMYCIN*

(SULFASUXIDINE* et néomycine en suspension avec kaolin et pectine)

et

CREMOSUXIDINE*

(SULFASUXIDINE* en suspension avec kaolin et pectine)

soulagent rapidement la DIARRHÉE...
sans distinction d'étiologie



Toutes deux sont dotées de l'effet désintoxicant rapide de la pectine, de l'activité adsorbante du kaolin et des propriétés bactériostatiques de la SULFASUXIDINE. Le choix se portera sur CREMOSUXIDINE ou sur CREMOMYCIN, selon les symptômes du patient:



- en présence d'une étiologie confuse mais qu'on croit associée, par exemple, à la diète ou à l'eau, CREMOSUXIDINE, à la saveur de chocolat et de menthe, sera prescrite avec profit.



- si les symptômes semblent attribuables à des toxines bactériennes, la CREMOMYCIN, à la saveur de fruit, est tout indiquée en vue d'un prompt effet bactéricide.

CREMOMYCIN et CREMOSUXIDINE raffermissent toutes deux les selles molles et désintoxiquent les matières putréfactives, soulageant ainsi l'irritation des muqueuses.

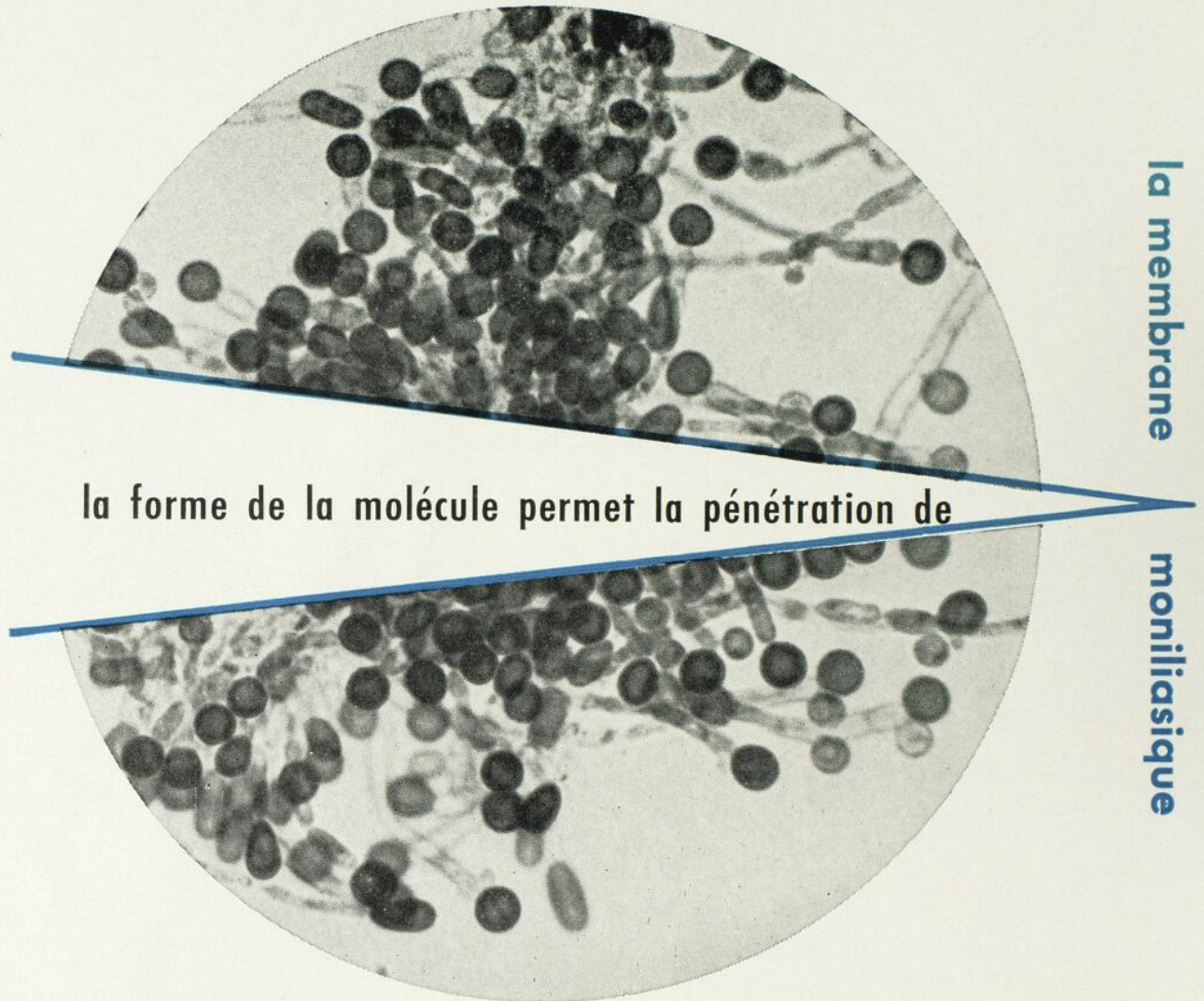
† Dans le cas de nourrissons, les suspensions CREMOMYCIN et CREMOSUXIDINE peuvent s'ajouter à la formule du biberon, leurs fines particules passant aisément par une tétine de caoutchouc ordinaire.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED
MONTREAL 30, QUE.

*Marques de commerce

CONTRE LA MONILIASÉ



un nouvel agent antifongueux, très puissant, ne tache pas

SPOROSTACIN* Chlordantoin
Cream

crème vaginale blanche, adoucissante, inodore

Activité fongicide exceptionnelle.— La structure moléculaire unique, "formée pour l'attaque", de l'agent actif de la crème SPOROSTACIN facilite la pénétration de la couche grasseuse de la membrane de la cellule fongueuse, produisant ainsi une activité fongueuse exceptionnelle.

Remarquables résultats cliniques.— "L'utilisation de ce nouveau composé, la chlordantoïne, pour le traitement de la candidiase vaginale (moniliasé) offre les avantages suivants: simplicité, coopération des patientes, soulagement rapide des symptômes, de même qu'un fort pourcentage de guérisons prouvées par des cultures négatives".†



*Marque déposée

†Lapan, B.: Am. J. Obst. & Gynec. 78:1320, 1959.

Tandéaril® Geigy

En chirurgie

Tandéaril modifie et diminue la douleur et l'enflure post-opératoire. Associé aux antibiotiques, et à un drainage si nécessaire, Tandéaril contrôle l'inflammation associée aux infections post-opératoires.

En médecine

Tandéaril est indiqué dans une variété d'affections aiguës et chroniques où le processus inflammatoire n'est pas spécifique. Contrôle les symptômes d'arthrite
d'inflammation péri-articulaire
inflammation vasculaire



**En chirurgie
et en médecine**

**nouvel agent
anti-
inflammatoire
non-hormonal**

Pharmacologie

Chez l'animal, on a démontré que Tandéaril inhibe ou supprime les lésions inflammatoires expérimentalement provoquées.¹ Au moyen du granulome expérimental du rat, selon la technique de Selye, Tandéaril a une intense action anti-exsudative et empêche la formation du tissu de granulation inflammatoire. Chez l'homme, ces propriétés ont été illustrées dans un grand nombre d'indications où l'inflammation joue un rôle. Contrairement aux autres agents anti-inflammatoires, Tandéaril n'est ni un enzyme protéolytique ni un corticostéroïde et n'affecte pas l'axe hypophyse-cortico-surrénale. Pour de plus amples renseignements au sujet de la posologie, des effets secondaires et des contre-indications, voir la brochure de base ou consultez votre représentant Geigy.

Disponibilité

Tandéaril, monohydrate de la 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butyl pyrazolidine, dragées (brunes) dosées à 100 mg. Flacons de 50 et 500.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
2626 Bates Road
Montréal 26, Canada

1. Wilhelmi, G.: *Arzneim. Forsch.*
10:129-133, février 1960.

la plus récente communication au J.A.M.A.¹

signale le **DBI** *comme*

le "traitement oral préféré"

contre le diabète...

stationnaire bénin de l'adulte

au type labile grave de l'enfant

DBI (marque de HCl de phenphormine-de HCl de N¹-β-phénéthylbiguanide) en comprimés blancs, divisibles de 25 mg; flacons de 100 et 500.

Note: prière au médecin de se renseigner à fond sur le mode d'emploi général, les indications, la posologie, les effets secondaires éventuels, les précautions et contre-indications, etc. du DBI avant de le prescrire. Documentation complète et détaillée sur demande.

**les résultats obtenus chez 104 cas
épineux de diabète traités avec le**

DBI

**furent bons à excellents chez 91 diabétiques
sur 104 (88%)**... avec le DBI seul ou associé à de l'insuline exogène

“une destinée plus fructueuse et certes plus sereine...”

Nombreux furent les diabétiques chez qui “la phenformine (DBI) a contribué à embellir la vie. Leurs moyens d'existence menacés et leur tranquillité d'esprit compromise par les aléas de leur maladie, ils retrouvèrent une destinée plus fructueuse et certes plus sereine.”

“aucune preuve de toxicité” attribuable
au DBI n'a été notée chez ce groupe.

**des réactions digestives relativement peu nombreuses
furent constatées.** Leur gravité ne justifia le retrait du
médicament que chez cinq cas seulement sur 104.

Ayez confiance dans le DBI qui, seul ou associé à l'insuline, procure chez
un plus grand nombre de diabétiques, le confort pratique et ininterrompu
du traitement oral par une bonne emprise sur . . .

**le diabète stationnaire de l'adulte • les cas
réfractaires aux sulfonylurés • le diabète labile**

arlington-funk laboratories, division
u. s. vitamin corporation of canada, ltd.

1452 rue Drummond, Montréal, Québec.

1. Barclay, P. L.: J.A.M.A. 174:474, 1er oct. 1960.

*nous vous présentons
un antagoniste des
ALLERGOTOXINES
nouveau et vraiment
exceptionnel dont
l'activité est également
ANTIPRURIGINEUSE:*



*indiqué en présence
de toute allergie
chronique ou aiguë ou
de tout prurit, quelle
que soit son étiologie.*

PERIACTIN* est un antagoniste des allergotoxines aussi actif que les plus puissants antagonistes de la sérotonine et de l'histamine.

Le champ d'activité antiallergique et anti-prurigineuse de PERIACTIN égale et surpasse même celui de tout autre agent dépourvu de cette double activité.

PERIACTIN est recommandée dans le traitement des affections suivantes:

ALLERGIES: ■ Dermatoses, y compris la neurodermatite et la neurodermatite circonscrite ■ Oedème angio-neurotique ■ Eczéma ■ Dermatite eczématoïde ■ Réactions médicamenteuses et sériques ■ Urticaire ■ Dermatite de contact due à l'herbe à la puce ■ Excoriations neurotiques ■ Piqûres et morsures d'insectes ■ Rhume des foins et autres rhinites saisonnières ■ Rhinite vasomotrice chronique

PERIACTIN est tout spécialement recommandée dans:

LE PRURIT (quelle que soit son étiologie)
anal ■ vulvaire ■ associé à la rougeole et à la varicelle

On recommande l'essai de PERIACTIN dans
LA MIGRAINE
L'ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE: Dose initiale pour adultes: 1 comprimé (4 mg.) 3 ou 4 fois par jour, selon la réponse du patient. La gamme posologique est de 4 à 20 mg. (1 à 5 comprimés) par jour et la dose moyenne est de 12 à 16 mg. (3 ou 4 comprimés) par jour dans la majorité des cas.

Dose initiale pour enfants (2 à 14 ans): 2 mg. ($\frac{1}{2}$ comprimé) 3 ou 4 fois par jour. La gamme posologique est de 6 à 16 mg. ($1\frac{1}{2}$ à 4 comprimés) par jour selon le poids et la réponse du patient.

PRÉSENTATION: No. CA 3276 Comprimés PERIACTIN (chlorhydrate de cyproheptadine) dosés à 4 mg. chacun, en flacons de 100.



MERCK SHARP & DOHME

OF CANADA LIMITED
MONTRÉAL 30, QUÉ.

UN AIDE-MEMOIRE

4 préparations O.R.L. à se rappeler

AURALGAN®

GOUTTES AURALES

DANS L'OTITE MOYENNE
AIGÜE AURALGÉSIQUE SÛR
ET DÉCONGESTIF

O-TOS-MO-SAN®

BACTÉRICIDE — FONGICIDE

THÉRAPIE À LARGE SPECTRE
SANS ANTIBIOTIQUES

RHINALGAN®

VAPORISATION NASALE

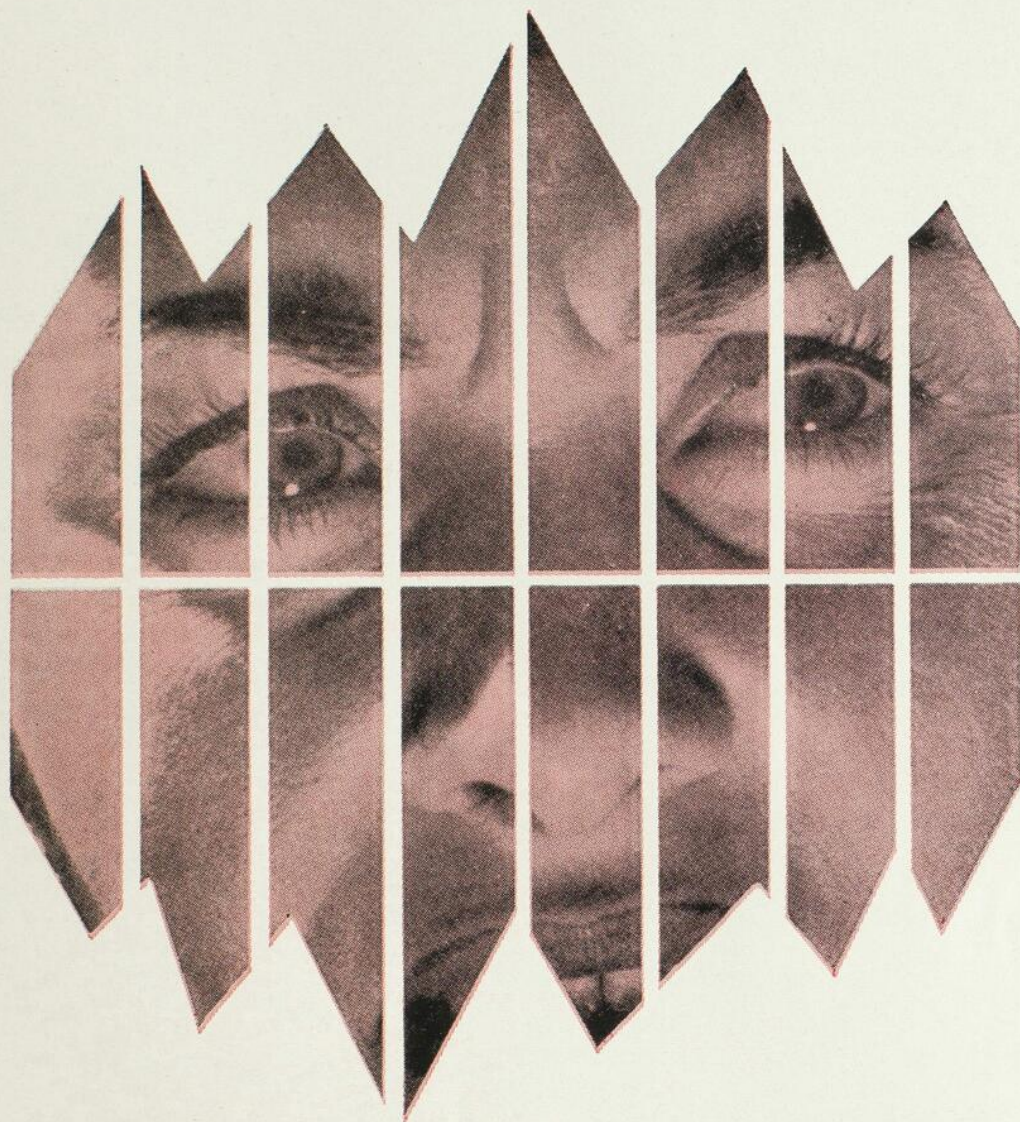
SÛRETÉ
"PLUS QU'UN AUTRE
DÉCONGESTIF"

LARYLGAN®

VAPORISATION DU LARYNX
GARGARISME • BADIGEONNAGE

TROUBLES LARYNGOLOGIQUES
INFECTIEUX ET NON
INFECTIEUX

DOHOW CHEMICAL CO., LTD., W. MONTREAL 3, CANADA




DANS L'AGITATION AIGUË

SPARINE enraye rapidement les manifestations aiguës des troubles mentaux et émotifs; sert ensuite de traitement d'entretien. Un des médicaments les plus souples qui soient.

- supprime l'excitation du système nerveux central, atténue l'appréhension, calme l'agitation
- auxiliaire du traitement du delirium tremens, des hallucinations aiguës, des tremblements aigus de l'ébriété
- amende les symptômes créés par le sevrage de médicaments chez les narcomanes
- enraye la nausée et le vomissement: se révèle utile dans le traitement de la douleur, par une potentialisation des analgésiques
- facilite le diagnostic et le traitement des cas d'urgence médicale, en atténuant l'agitation et l'appréhension

Les résultats les plus rapides s'obtiennent par la voie intramusculaire ou la voie intraveineuse; le traitement d'entretien se donne d'habitude sous forme de comprimés ou de sirop.

 Ordonnance obligatoire

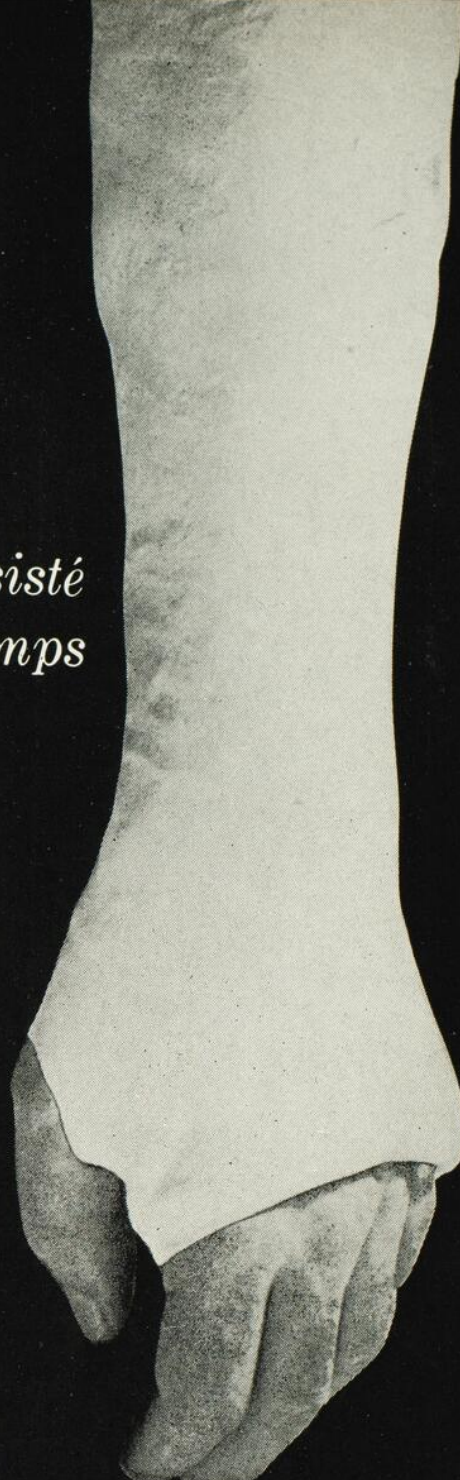
INJECTION
COMPRIMÉS
SIROP

Chlorhydrate de
Sparine*

Chlorhydrate de promazine


*Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

*Le Gypsona a résisté
à l'épreuve du temps*



Gypsona
TRADE MARK

**le symbole de qualité
dans les pansements et attelles en plâtre de Paris**

Choisissez le GYPSONA RÉGULIER ou le GYPSONA L.P.L. (faible perte de plâtre)

SMITH & NEPHEW, LIMITED

5640, rue Paré, Montréal, Qué.

*quand l'objectif est une
diminution de poids*

PRÉLUDINE®

*accorde beaucoup
d'avantages remarquables*



Perte pondérale satisfaisante
Incidence peu élevée d'effets
secondaires
Traitement facilité dans
les cas compliqués
Régime moins rigoureux

Posologie et disponibilité
Préludine® comprimés
Un comprimé (25 mg.) 2 à 3 fois
par jour une heure avant les repas.
Préludine Endurettes®
Un comprimé (75 mg.) de Préludine
Endurettes pris au lever



PRODUITS BOEHRINGER INGELHEIM
distribués par
Geigy Produits Pharmaceutiques, Montréal

L-1479F

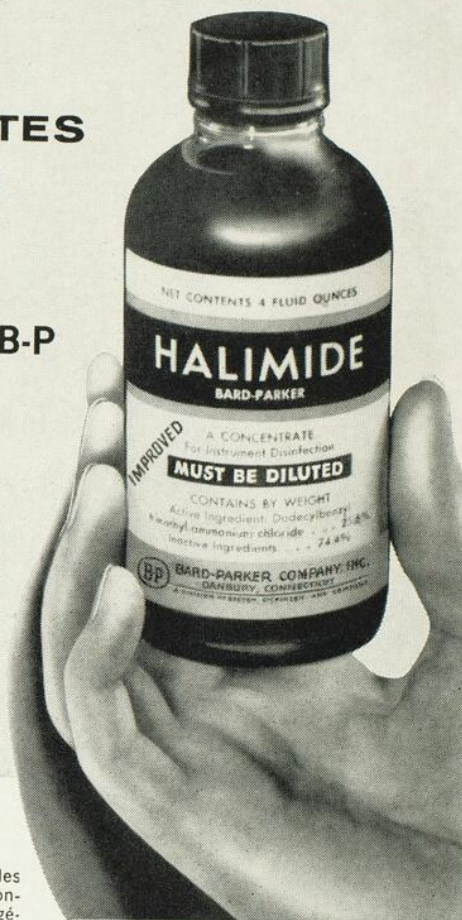
37 38 39 40 41 42 43 44 45

en réponse à la demande générale de la profession

**SOLUTIONS
DÉSINFECTANTES
BARD-PARKER**

HALIMIDE B-P
Désinfectant concentré

... maintenant amélioré, le désinfectant HALIMIDE—sans aucune odeur désagréable—est un concentré de basse tension superficielle ayant d'excellentes qualités pénétrantes. Idéal pour désinfecter à peu de frais les instruments; 1 once mélangée à 1 gallon d'eau produit une solution stable, claire, non-corrosive qui ne tache pas. TUBERCULICIDE lorsque dilué avec de l'alcool. Pas de tablettes anti-rouille à ajouter—aucun besoin de changements fréquents.



Désinfectant CHLOROPHENYL B-P

... une solution idéale pour désinfecter les instruments dans les bureaux professionnels. Il détruit **rapidement** les bactéries végétatives que l'on rencontre ordinairement—ne contient pas de phénol (acide carbolique) ni mercuriaux—n'affecte pas la peau ni les tissus. On l'utilise non dilué—son odeur est agréable—son efficacité germicide n'est pas altérée par le savon.



GERMICIDE FORMALDEHYDE B-P

... sporicide • tuberculicide • bactéricide • virucide et fongicide
cette solution est spécifiquement indiquée, dans les hôpitaux, pour la désinfection chimique des instruments et pour la protection de leur **tranchant**. Employée non diluée, elle **tue** en moins de 5 minutes les BACILLES TUBERCULES, les microbes végétatifs pathogènes et reproducteurs de spores—les spores elles-mêmes en moins de 3 heures.



BARD-PARKER COMPANY, INC.
DANBURY, CONNECTICUT

A DIVISION OF BECTON, DICKINSON AND COMPANY

Quelques secondes suffiront pour acheminer votre patient vers la guérison...

LE PHOSPHATE DE

Decadron*

INJECTABLE

(21-phosphate de dexaméthasone)

VA DROIT AU BUT...

les avantages des corticostéroïdes

et est destiné à l'emploi immédiat dans la chirurgie d'urgence, le choc, les états allergiques présentant un caractère d'urgence, le status asthmaticus, les traumatismes physiques, certaines infections foudroyantes, les réactions transfusionnelles, l'arthrite rhumatoïde et son cortège d'infirmités.

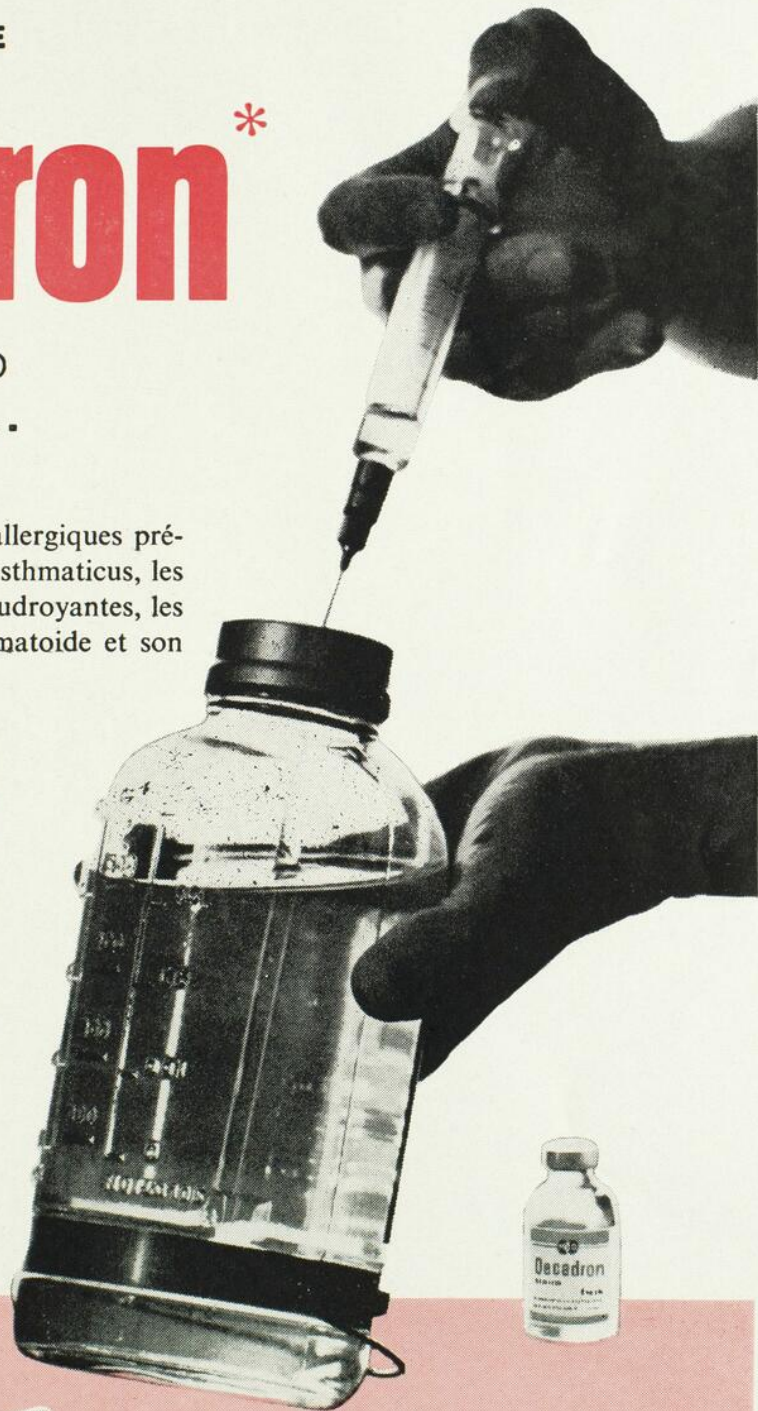
Il s'administre par voie intraveineuse, intramusculaire ou intra-articulaire (sauf dans les articulations intervertébrales) et produit en quelques minutes un effet thérapeutique d'un ordre exceptionnel.

Posologie courante: 4 mg. à 20 mg. selon les indications de chaque cas particulier.

Présentation: Fioles de 2 cc. et de 5 cc., un centimètre cube renfermant 4 mg. de dexaméthasone sous la forme de sel bisodique.



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



*Marque de commerce

les quatre
questions de



THOMAS TOULEMONDE

sur l'assurance-hospitalisation GRATUITE



qui y a droit?

- 1 Toute personne habitant la province depuis au moins *trois* mois.
- 2 L'enfant nouveau-né d'une telle personne a droit à l'assurance-hospitalisation *dès sa naissance*.
- 3 C'est à vous de *prouver* à l'hôpital que vous êtes citoyen de la province.
- 4 Les "gens en visite" dans la province n'ont pas droit à l'assurance-hospitalisation. À eux, ou à leur province, de payer.



QUAND
me faire hospitaliser?

- 1 Quand vous en aurez vraiment besoin. C'est votre *médecin* qui décidera.
- 2 Mais en cas d'accident grave, l'hôpital peut décider à sa place.
- 3 Vous pourrez rester à l'hôpital *aussi longtemps* que votre médecin le jugera médicalement nécessaire.
- 4 Quand on parle de "votre médecin", on veut dire *celui qui vous traite*.



QUEL *hôpital choisir?*

- 1 N'importe quel hôpital qui a *signé un contrat* avec notre ministre de la Santé.
- 2 Les sanatoriums antituberculeux, les hôpitaux (ou asiles) pour maladies mentales, les foyers pour vieillards — et quelques autres institutions — n'ont *pas de contrat*.
- 3 S'il *faut* vous transférer d'hôpital pour des *raisons* d'ordre médical, on continuera quand même à payer vos frais.
- 4 Si vous tombez malade dans une *autre province canadienne*, Québec vous remboursera l'hospitalisation reçue — selon le taux en vigueur là-bas.
- 5 Si ça vous arrive d'être hospitalisé *en dehors du Canada*, Québec paiera vos frais jusqu'à concurrence de \$15 par jour.



QUOI *me donne-t-on?*

- 1 Un lit de *salle ordinaire*, — les repas y compris.
- 2 Les soins infirmiers nécessaires (garde-malade, etc.).
- 3 Les services suivants: laboratoire, radiologie, autres procédés de diagnostic — ainsi que les interprétations nécessaires.
- 4 Médicaments, préparations et autres produits *prescrits* par le médecin et *administrés* sur place. Mais il faudra payer ce que vous emporterez chez vous.
- 5 L'usage des salles d'opération et d'accouchement, y compris l'installation d'anesthésie et le matériel ordinaire de chirurgie.
- 6 Radiothérapie et physiothérapie, c'est-à-dire les traitements aux rayons-x, électricité, massages, etc.

*Voici ce qu'il faudra *payer vous-même*:

- A Le médecin, le chirurgien et l'anesthésiste.
- B Les remèdes brevetés et l'ambulance ou tout autre véhicule.
- C Les soins reçus au dispensaire ou en dehors de l'hôpital.
- D Toute hospitalisation uniquement destinée à des examens du type "check up".

**Vous avez droit *gratuitement* à une chambre privée ou semi-privée *seulement* dans deux cas: si votre médecin affirme que votre état l'exige, ou si l'hôpital n'a plus de place dans ses salles ordinaires.

Dans tout autre cas, vous devrez payer la chambre au nouveau *prix réduit* accordé à nos assurés.

SURTOUT, N'OUBLIEZ PAS!

- 1 À votre sortie de l'hôpital, exigez toujours la *formule AH-108*. Vous y verrez ce que l'Assurance-hospitalisation paiera *pour vous* et, s'il y a lieu, ce que *vous* aurez à payer.
- 2 Ne demandez *jamais* à un médecin de vous faire hospitaliser si ce n'est *pas strictement* nécessaire. Ne restez jamais un jour de trop à l'hôpital: c'est injuste et coûteux!

CONSERVEZ CETTE PAGE



DU QUÉBEC

ASSURANCE-HOSPITALISATION

un service du

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

ALPHONSE COUTURIER, m.d., *ministre*

JEAN GRÉGOIRE, m.d., *sous-ministre*

JULES GILBERT, m.d., *directeur*

Lorsque
le spasme
de la
musculature

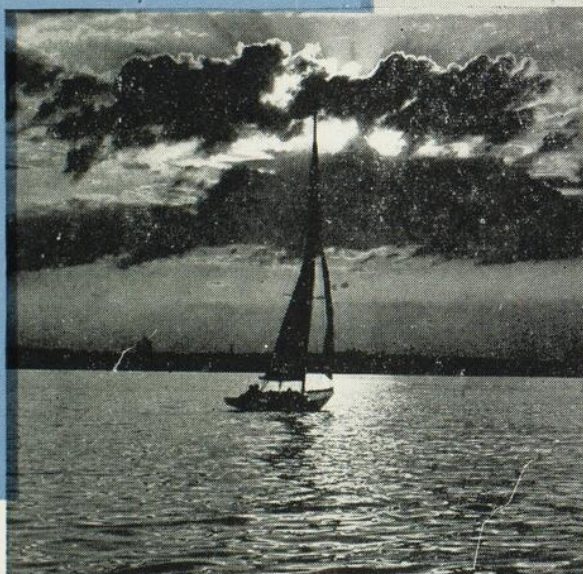
lisse

provoque

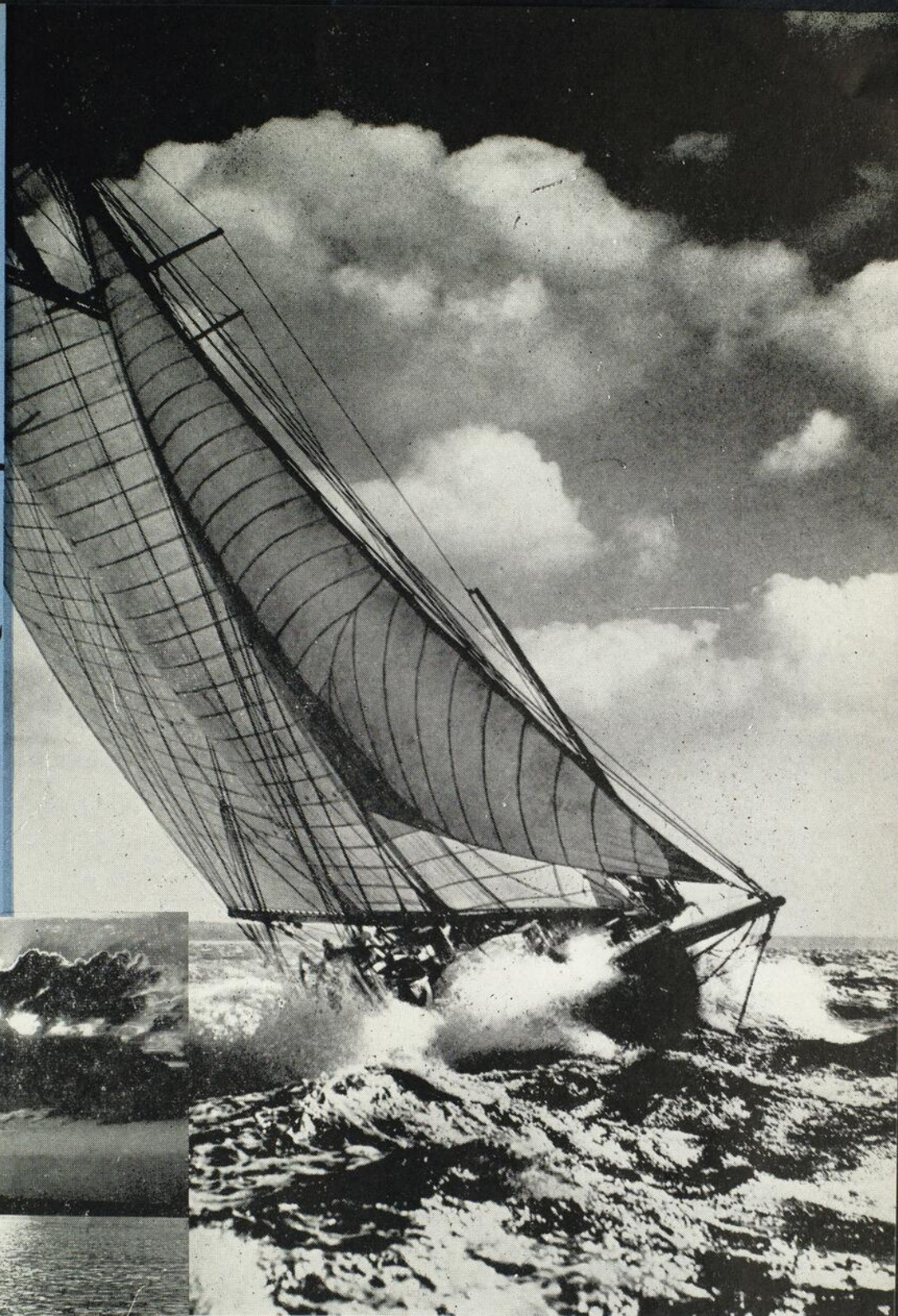
de l'agitation

chez vos

malades

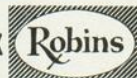


Comme l'huile sur les flots tumultueux...



DONNATAL®

offre le spasmolytique de choix



par sa teneur en alcaloïdes naturels de la belladone en proportion parfaite, avec phénobarbital.

Formule:

COMPRIMÉS DONNATAL
CAPSULES DONNATAL
ELIXIR DONNATAL (par 5 cc.)

Sulfate d'hyoscyamine ..0.1037 mg.
Sulfate d'atropine0.0194 mg.
Bromhydrate d'hyoscine 0.0065 mg.
Phénobarbital (¼ gr.).... 16.2 mg.

DONNATAL EXTENTABS®

(Comprimés à action prolongée)

Chaque Extentab (l'équivalent de 3 Comprimés) produit des effets prolongés d'une durée de 10 à 12 heures — toute la journée ou la nuit durant, en une seule dose.

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



*Tout comme
le lait
maternel...*

En recommandant un aliment pour bébés, docteur, vous désirez naturellement qu'il couvre tous les besoins nutritifs classiques et, de plus, qu'il ressemble très fort au lait maternel. Pour que l'enfant soit bien portant et qu'il ait une croissance normale, vous désirez une formule qui associe adéquatement protéines, lipides, hydrates de carbone, vitamines et minéraux.

La formule du S-M-A apporte tous les principes nutritifs essentiels et on l'améliore constamment en tenant compte des connaissances nouvelles en matière d'alimentation. Le S-M-A a été le premier aliment calqué sur la formule du lait maternel et le premier qui ait renfermé les vitamines A et D. Il est commode... facile à préparer... et économise temps et argent.

coûte moins d'un sou l'once

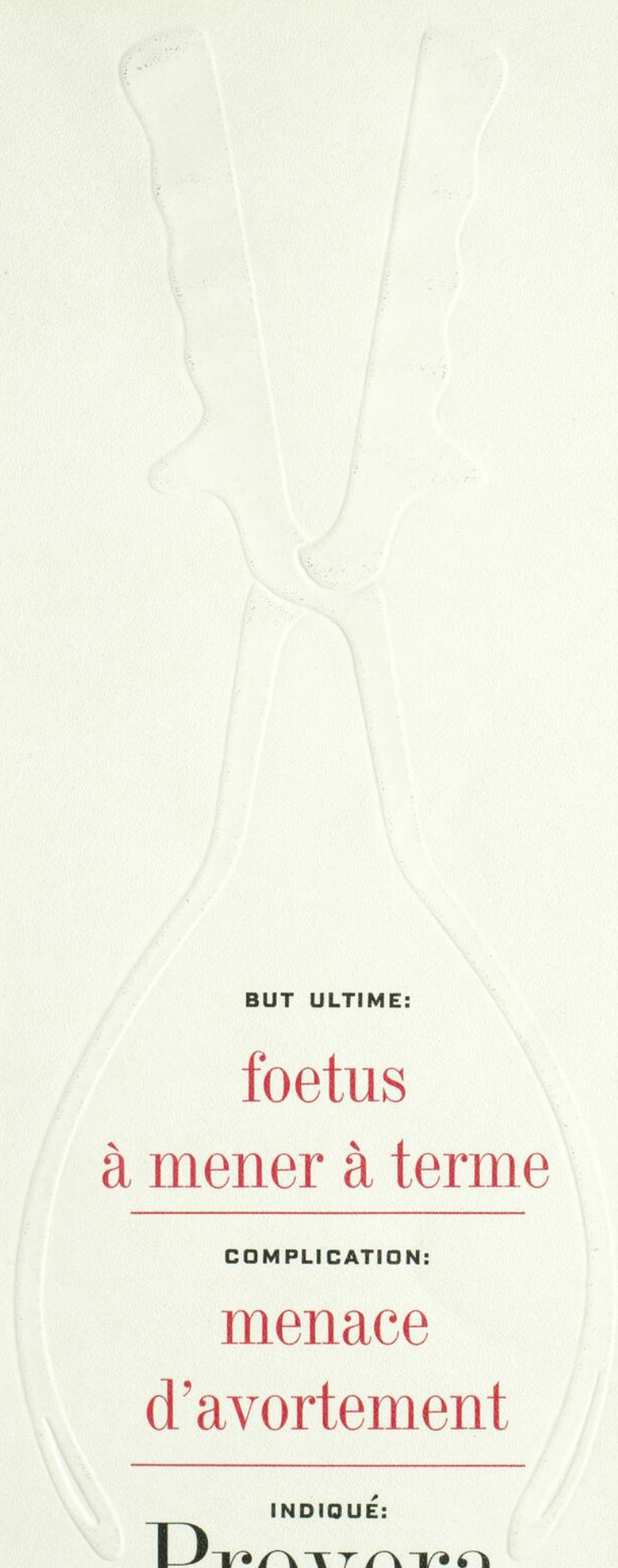


Marque déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

MONCTON · MONTREAL · WINNIPEG · VANCOUVER

S·M·A
ALIMENT POUR BÉBÉS

en boîte de 16 onces



Le Provera n'a pas donné lieu à des réactions secondaires notables.

Il est présenté sous une forme per os commode.

Il est quatre fois plus actif que tout autre produit lutéinique, d'après l'essai biologique sur le sujet castré.

Le Provera est efficace à faible dose, d'où une économie sensible.

Le Provera est le seul agent progestatif existant dans le commerce qui parvienne à mener la gestation à terme chez les animaux ovariectomisés soumis à des expériences critiques.

BUT ULTIME:

foetus
à mener à terme

COMPLICATION:

menace
d'avortement

INDIQUÉ:

Provera



Provera^{*}

(ACÉTATE DE MÉDROXYPROGESTÉRONNE UPJOHN)

INDIQUÉ DANS:

menace d'avortement
avortement habituel
saignement utérin fonctionnel
stérilité
dysménorrhée
aménorrhée secondaire
tension pré-menstruelle
épreuve de la grossesse

**QUEL QUE SOIT LE CRITÈRE
D'ÉVALUATION ADOPTÉ,
PROVERA EST TRÈS
SUPÉRIEUR AUX ANCIENS
AGENTS PROGESTATIFS**

Activité:

4 fois plus actif que le noréthindrone chez la femme castrée

Spécificité:

exclusivement progestatif: pas d'effets androgènes ou oestrogènes notables

Efficacité:

provoque une modification lutéinique totale de l'endomètre

Tolérance:

on n'a rapporté aucune réaction secondaire fâcheuse

POSOLOGIE:

De 2.5 mg à 10 mg par jour

PRÉSENTATION:

comprimé à 5 mg sécable, en flacons de 24 et de 100 comprimés

*MARQUE DE COMMERCE

Upjohn

BULLETIN

FACE AU SCANDALE

La médecine a fait l'objet de larges manchettes dans nos journaux français de Montréal. Malheureusement, cette publicité tapageuse traitait de scandale. Il est facile d'imaginer l'énorme discrédit de ces nouvelles sur la profession médicale et les hôpitaux. Le public ne pardonnera pas de sitôt d'avoir été un complice inconscient de la charité au profit d'un homme plutôt que d'une oeuvre ou d'une administration davantage intéressée à des bénéfices matériels qu'à des progrès médicaux. Dans notre milieu qui s'éduque à peine à la philanthropie et à l'action civique, ces scandales risquent fort de détruire bien des illusions et constitueront un excellent prétexte pour tous ceux qui n'ont pas encore appris la joie de partager et l'importance de donner.

Par la faute de plusieurs... médecins et non médecins... la profession médicale et l'organisation hospitalière viennent d'être honteusement élaboussées. Aux coupables nous souhaitons une peine exemplaire et juste. Cependant, tous, nous subirons les conséquences de cette publicité qui nous remplit de colère et de tristesse. La médecine qui traite l'homme a besoin de la confiance totale des hommes. Cette relation est fondamentale et ne saurait souffrir l'exception. C'est pourquoi, un seul scandale est superflu et incompréhensible pour le grand public et pour nous. Face à lui, analysons nos faiblesses, faisons le point et proposons quelques réformes susceptibles d'empêcher de malheureuses répétitions.

Le mal du matérialisme dans un après-guerre facile et dans les cadres d'un régime politique tout-puissant s'exprime aujourd'hui par une explosion de scandales de tous les types. Ils alimentent les journaux avides de sensationnel mais, surtout, ils dégradent le Canada français. Malgré des rumeurs et des soupçons, nous avons l'espoir que la profession médicale serait épargnée. Maintenant qu'il est trop tard, il faut faire face, bon gré mal gré, à la situation. Aucun membre de notre profession ou de notre organisation hospitalière ne peut rester indifférent ou passif. C'est pourquoi, j'ose prendre position pour critiquer, défendre et sauvegarder notre profession pour laquelle il vaut la peine de se dévouer jusqu'au dernier de son souffle.

Depuis quinze ans, bien des optiques ont été faussées. Bien des succès ont eu des origines discutables. L'enrichissement matériel est devenu le principal critère de l'évaluation humaine. La malhonnêteté a été largement exploitée par ceux qui n'avaient ni l'étoffe ni la volonté de réussir autrement. Les vérités essentielles qui font la grandeur de l'homme ont été oubliées pour des raccourcis qui permettent d'arriver vite. En jouant la carte de l'arivisme, du matérialisme et de la facilité, notre génération s'est habituée à accepter la médiocrité et n'a pas su reconnaître les rares hommes qui auraient pu devenir des exemples de foi ou d'espérance. A force de se démolir

mutuellement, notre groupe ethnique s'est nivelé. Les meilleurs ont souvent abandonné la lutte et laissé à des médiocres des responsabilités qui dépassaient leur maturité.

Face au scandale et malheureusement grâce à lui, nous devons agir, réorganiser, renouveler, rebâtir et devenir une communauté sérieuse avec des buts et un idéal qui reflètent une vive spiritualité et une grande confiance dans nos traditions, notre culture, notre foi et notre avenir. Le jour est venu d'empêcher solidairement le jeu malhonnête des intérêts individuels et d'épauler l'effort de ceux qui ont encore assez d'optimisme pour travailler à une destinée glorieuse du Canada français.

La province de Québec n'est pas ce qu'en puissance elle pourrait et devrait être. C'est à mes yeux, notre scandale le plus lourd et le plus douloureux. Malgré l'avantage numérique, avons-nous obtenu le respect du fait français? Nos institutions françaises brillent-elles par leurs hommes et leurs réalisations? En somme, le Canada français du Québec cherche-t-il une survivance lucide et active des siens ou travaille-t-il pour une minorité qui, dans un silence calme et réfléchi, par un labeur patient et organisé, avec un entêtement clairvoyant et réaliste, contrôle et récolte les dividendes de nos richesses et de nos fantaisies. Face à la solidarité anglo-saxonne, l'individualisme latin nous conduit lentement mais sûrement à l'échec définitif. Ces scandales, les nôtres et les autres, auront-ils le mérite de nous faire réfléchir et d'éveiller en nous un nationalisme non de parole mais d'action, non de critique mais de positivisme, non de sentimentalité mais de réalisme? Confondrons-nous plus longuement l'accessoire de l'essentiel? Aurons-nous assez de cœur, de jugement et d'intelligence pour nous mettre solidairement à la besogne afin d'étudier avec lucidité nos lacunes et nos mérites dans le but de nous imposer une discipline de pensée et d'action?

Nous devons, nous médecins, jouer non seulement notre rôle individuel de thérapeutes mais aussi accepter nos responsabilités communautaires. Avec les formidables possibilités de la médecine moderne, il est facile, dans les hôpitaux en particulier, de protéger le malade contre toute action professionnelle erronée ou inutile. Chacun dans notre sphère, il nous est possible de combattre l'irrégularité par l'adhésion la plus stricte à l'éthique morale et professionnelle. Car, si nous oublions les scandales d'aujourd'hui, nous courons vers ceux de demain et finirons par tout perdre dans l'isolement et le mépris.

Même si sa Charte ne lui permet pas d'intervenir directement dans la pratique hospitalière de la médecine, le Collège des Médecins peut-il se dérober à ses responsabilités morales et sociales? Un journaliste serait-il en meilleure position que le Collège pour défendre les meilleurs intérêts de la Médecine et du Public? C'est impensable. Le Collège a bataillé ferme pour protéger la population contre les charlatans, rabouteurs et chiropraticiens. Ne pouvait-il pas en faire autant et même davantage contre ses propres membres qui ne respectent pas le serment d'Hippocrate? Nous avons suivi les dis-

cussions des gouverneurs du Collège par la lecture des procès verbaux publiés dans un journal d'information médicale et résumés dans le rapport annuel. En rétrospective, il faut sincèrement admettre que les débats les plus longs et les plus orageux n'ont pas toujours été liés aux sujets les plus sérieux. L'urgence d'une situation oblige souvent à des progrès qui ne se profilent pas ou ne sont guère souhaités lorsque la vie ne bousculant pas, y installe ses normes de confort et de médiocrité. L'évolution extrêmement rapide de la médecine et de sa pratique exige une équipe d'hommes lucides et unis pour affronter avec dynamisme les problèmes d'aujourd'hui et prévoir avec sérénité ceux de demain.

La Charte d'une corporation hospitalière à but non lucratif est obtenue du Gouvernement Provincial. Presque tous les hôpitaux d'Assistance Publique ont reçu des octrois publics pour construire ou agrandir. Des abus ont été commis et d'autres le seront encore si on ne trouve pas un moyen de créer un organisme indépendant pour recevoir les demandes des administrations hospitalières d'une part, et aviser en connaissance de cause le ministère de la santé d'autre part. Dans le meilleur intérêt de l'homme public, de l'hôpital et des médecins, ne serait-il pas souhaitable de créer une commission *restreinte, plein temps, permanente et supra-politique* pour conseiller le gouvernement sur tout projet hospitalier ou toute action médicale majeure? Depuis la mise en vigueur de l'Assurance-Hospitalisation, l'Etat a, en fait, confié soit à des corporations laïques, soit à des communautés religieuses, l'administration de *ses* hôpitaux. L'Etat devient ainsi responsable de la qualité des services offerts à *ses* assurés et devra exiger toutes les garanties scientifiques offertes par la médecine moderne pour protéger *ses* malades. Une commission me semble le seul moyen de faire face aux énormes problèmes soulevés par les progrès de la médecine, la distribution des hôpitaux, la disponibilité des soins et les possibilités financières d'un programme social à rendement optimum. La politique et la médecine doivent évoluer parallèlement puisque les contingences sociales les y forcent. *Mais, ces deux mots ne sont pas et ne devraient jamais être synonymes.*

Enfin, nous médecins, qui élisons les gouverneurs du Collège et participons à l'élection de nos hommes publics, nous avons nos devoirs. Pour empêcher le mal et souligner le bien, il faut avoir le courage de prendre position, d'exprimer une opinion, de condamner avec charité et d'agir avec prudence mais avec détermination. Nos actions individuelles ont une portée symbolique mais nos gestes communautaires peuvent avoir des répercussions pratiques. D'ailleurs, ce fut le point de départ et la raison même des nombreuses associations qui, sous prétexte de nous grouper, nous divisent à force de se multiplier. Nous admettons la plupart des associations qui groupent les spécialistes, les médecins praticiens, les médecins d'une ville ou d'une région, les médecins de langue française et ceux de langue anglaise. Les diverses associations d'Hôpitaux ont les mêmes origines. Mais, au-dessus de ces groupements, il serait souhaitable d'en arriver à une seule association de tous les médecins du Québec et à une seule association de tous les hôpitaux du Qué-

bec afin d'ajouter le poids du nombre et la puissance de la solidarité dans toute transaction médicale importante.

Mes dernières remarques s'adressent aux journalistes. Pour décrire le scandale médical, on a utilisé la première page et composé des titres qui ne risquent pas de passer inaperçus. Rarement ai-je vu cette mise en page pour souligner à Montréal les mérites d'un acte médical, d'une réalisation hospitalière ou d'une découverte scientifique. Même si le mal avait pour le lecteur plus d'attrait que le bien, est-il juste, sain et éducatif de lui donner priorité? Le journalisme comme la médecine a ses devoirs et ses responsabilités. Il doit, lui aussi, travailler à faire du Canada français un peuple fort, solidaire, fier, idéaliste et clairvoyant. Le médecin traite l'homme malade dans son corps ou son esprit. Le journaliste peut rendre l'homme malade dans son coeur et sa conscience. A côté du scandale vrai, il existe des faits dont l'interprétation est fort discutable. En prenant parti, sans bien connaître les deux côtés de la médaille et sous prétexte de protéger « un malade » ou « un médecin », le journaliste risque surtout de nuire « aux malades » et « à la médecine ».

Nous n'avons pas craint d'exposer nos vues personnelles car nous savons que la profession médicale et nos hôpitaux ont à leur actif un immense capital de dévouement, de charité et d'humanisme. Il s'agit, bien entendu, d'un capital « anonyme » qui soulage, guérit et prolonge les beautés ou les vicissitudes de toute vie humaine. Puisse la tempête devenir pour nous tous source d'inspiration et permettre la rédaction d'une loi médicale et hospitalière qui soit l'expression la plus parfaite possible d'une médecine adaptée aux problèmes difficiles et nombreux de notre époque.

Paul DAVID

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

ASSEMBLÉE DE L'EXÉCUTIF DE L'A.M.L.F.C. sous la présidence du Docteur E. Blain.

L'Exécutif s'est réuni en assemblée régulière le samedi 6 mai dernier. Le procès-verbal de la réunion précédente (11 mars 1961) a été adopté tel que présenté par le Secrétaire-trésorier général, le docteur Rolland Blais, qui fit ensuite rapport du bilan financier pour la période de janvier à avril 1961; ce rapport montrait un surplus encourageant de nos recettes sur nos dépenses.

A propos de la correspondance le docteur Blain nous informe qu'il a eu confirmation de la venue du Professeur André Lambling, comme Délégué officiel du Gouvernement Français au 31e Congrès à Québec au début de juin, à cette occasion, un doctorat honorifique lui sera décerné par l'Université Laval, le samedi 3 juin au soir.

Deux invitations officielles ont été adressées, l'une au Ministère de la Santé et du Bien-être social à Ottawa, l'autre au Ministère de la Santé à Québec, les invitant à se faire représenter au Congrès de Paris en septembre. Vu l'importance inusitée de cette manifestation, l'Exécutif espère que ces Ministères sauront répondre favorablement à ces invitations respectives.

A la suite d'une demande formulée par le Ministère de la Santé et du Bien-être social, l'exécutif est heureux d'informer les membres de l'Association qu'il a choisi le docteur Jean Hamel pour la représenter au Comité de la Défense civile à Ottawa.

Des rapports divers ont été ensuite soumis aux membres de l'Exécutif. Ces rapports sont le résultat d'un long travail méticuleux de la part de ceux qui les ont préparés, et seront portés à la connaissance des membres du Conseil et des membres de l'Association lors du Congrès de Québec. Ces rapports concernent, l'Assurance-santé, la codification des règlements révisés de l'A.M.L.F.C.; les activités de la Filiale du Québec, et les directives générales pour l'organisation des Congrès annuels de l'A.M.L.F.C.

Nos prochains Congrès ont fait l'objet de commentaires variés, de remarques et de suggestions diverses; celui de Québec est méticuleusement organisé et connaîtra sans nul doute un succès marqué; celui de Paris en septembre prochain suscite un intérêt grandissant dans tous nos milieux médicaux et plus de 600 inscriptions sont déjà enregistrées; celui de Montréal suivra le Congrès de Paris et aura lieu en novembre 1962. Nos Congrès prennent une ampleur remarquable, aussi l'Association veille-t-elle à ce que chacun d'eux fasse époque dans l'Histoire de nos activités médicales.

Pierre SMITH,
Directeur des Relations Extérieures

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE DIAGNOSTIC RADIOGRAPHIQUE DU CANCER DE L'ESTOMAC

René-A. GUTMANN (Paris).

J'ai lu avec le plus grand intérêt l'article de M. Jutras, « Cancer gastrique et téléroentgen », paru récemment dans ce même journal (novembre 1960) et j'ai trop de considération envers ses beaux travaux pour l'avoir lu légèrement. Je lui suis extrêmement reconnaissant de la place qu'il donne à mes publications. Mais, si, sur beaucoup de points, nous sommes d'accord, il en est d'autres où je suis plus éloigné de lui, en particulier sur certaines de ses interprétations de mes idées. Comme ce qu'il écrit n'est jamais sans conséquences, on me permettra de préciser quelques détails.

Ainsi « l'ulcéro-cancer ou cancer en diaphragme » ne correspond pas au « cancer muco-érosif à marche lente » que j'ai décrit avec Ivan Bertrand. Nous avons appelé de ce nom un cancer de la muqueuse où en quelques points, soit par le cancer, soit par l'action du suc gastrique, la muqueuse était superficiellement rongée, tandis qu'en d'autres, cette action érodante ne se manifestait pas. Nous avons ajouté « à marche lente » parce que, à cette époque, l'évolution prolongée nous paraissait anormale. Depuis, notre opinion a changé. On peut le voir dans notre dernier livre¹ (je ferai à M. Jutras l'amical reproche d'avoir ignoré cet ouvrage pour ne se référer qu'à celui que j'avais publié il y a plus de 20 ans.²

D'innombrables observations m'ont en effet peu à peu prouvé que l'évolution de la grande majorité des cancers gastriques s'étendait sur une moyenne de 5 à 7 ans. Aujourd'hui, je considère que notre « cancer muco-érosif » n'est pas à marche plus « lente » que les autres. Il s'agit simplement d'un cancer limité à la muqueuse, et dont la seule particularité, non constante, est son extension en surface.

Dans la description princeps d'Ivan Bertrand (1939), fondée sur des pièces de malades que j'avais fait opérer entre 1933 et 1939, on note « l'existence presque constante de la muqueuse, d'un bout à l'autre de la préparation ». Cette muqueuse est,

selon les endroits, atrophiée, abrasée superficiellement ou, de-ci de-là, subsistant « en touffes ». « Le trait commun de toutes ces manifestations » ajoute Ivan Bertrand, « c'est qu'elles réduisent dans de fortes proportions la hauteur de la muqueuse ».

La *muscularis mucosae* n'est pas dépassée, bien entendu, puisque c'est la caractéristique du « cancer de la muqueuse ».

Je ne vois pas là de différences avec une forme « décrite » 10 ans plus tard, le *superficial spreading carcinom*, dénomination de Sprout qui « l'a créée en 1943 », nous dit M. Jutras.

Il est probable qu'en 1943 les travaux européens antérieurs à la guerre n'étaient pas lus aux Etats-Unis.

Quant au terme même d'« ulcéro-cancer », il ne veut, à mon avis, rien dire et devrait être rejeté de la nomenclature, ainsi que les expressions « ulkus-karcinom », « malignant ulcer », etc. Ces termes s'appliquent aussi bien au *cancer* primitivement *ulcériforme* qu'à l'*ulcère* bénin secondairement *cancérisé* et même à ces gros cancers banals qui, à un certain degré de leur développement, s'ulcèrent presque toujours (*cancers ulcérés*).

A propos de la *cancérisation* secondaire d'un ulcère bénin, je ne considère pas que le cancer soit, à proprement parler, la « conséquence » de l'ulcère, mais que le cancer naît sur ce point d'irritation chronique que représente l'ulcère. Il ne s'agit pas non plus de « deux lésions qui vivent côte à côte et se confondent par un point de leur périphérie ». Il s'agit d'un ulcère bénin authentique, avec ses parois coupées à pic, son fond granulomateux, et sur les bords duquel naissent ultérieurement des îlots cancéreux.

La « preuve » de cette greffe cancéreuse ne me paraît pas « rester à faire ». J'ai observé et souvent publié, avec Ivan Bertrand, avec Guy Albot, de très nombreux cas où — écartant d'ailleurs ceux, trop avancés, où un doute pouvait rester — nous trouvions de petits îlots cancéreux non discutables, apparaissant sur les bords d'un ulcère bénin non discutable. Je rappellerai qu'il y a plus de 20 ans déjà, dans notre premier livre sur le « Cancer de

1. René-A. Gutmann. Le diagnostic du cancer d'estomac à la période utile. Paris 1956, Doin édit.

2. R.-A. Gutmann, Ivan Bertrand et Péristiany. Le cancer de l'estomac au début. Paris 1939, Doin édit.

l'estomac au début », Ivan Bertrand consacrait 60 pages et 55 figures à ce sujet et je ne sache pas qu'aucun des cas étudiés ait été et puisse être contesté.

A ces transformations possibles des bords de l'ulcère préside certainement une cause de terrain local encore non définie. J'ai précisé depuis longtemps mon opinion à ce sujet. Le cancer peut naître sur un ulcère résistant à des traitements actifs, mais uniquement lorsque cet ulcère est situé sur l'angle, sur la partie horizontale et sur le pylore, grande et petite courbure. Cette transformation est tout à fait exceptionnelle (je n'en ai jamais vu d'exemple) sur la partie verticale de l'estomac.

Il ne peut pas s'agir d'une coïncidence. « Rien n'empêche », dit M. Jutras, « un estomac ulcéreux d'engendrer un cancer et rien ne protège un estomac cancéreux contre l'écllosion d'un ou plusieurs ulcères ».

Je ne veux pas discuter ici cette opinion, que je ne partage d'ailleurs pas, l'une et l'autre éventualité étant très rares.

Mais dans l'ulcère transformé, il ne s'agit pas d'un cancer semé n'importe où par le hasard sur un estomac ulcéreux; c'est toujours sur le bord même de l'ulcère que se développent un ou plusieurs microscopiques foyers cancéreux.

Il s'agirait là d'une succession répétée de « coïncidences » vraiment inadmissible.

De toutes façons, cette greffe cancéreuse possible est une notion *capitale* à retenir quand on soigne un ulcéreux et sur laquelle j'ai toujours insisté, aussi bien dans mes écrits que dans mon enseignement oral.

En ce qui concerne le diagnostic radiographique de la nature d'une niche, il est bien possible, comme le dit M. Jutras, que l'abondance des articles « ait fait durer la confusion ».

Ma position, pourtant, est bien claire. Il est absolument *impossible*, sur *aucun* des caractères morphologiques de l'image, de pouvoir affirmer qu'une niche est bénigne ou maligne. Grosse ou petite, régulière ou irrégulière, encastrée ou saillante, « en plateau »³ ou arrondie, entourée ou non d'un bourrelet induré, offrant ou non l'aspect du ménisque, toute niche, quel que soit son aspect, peut être aussi bien maligne que bénigne. L'idée, par exemple, qu'une niche de plus de 3 cm. est maligne ne tient pas debout; d'autre part, je montre à chaque instant, dans mes consultations d'hôpital, de

grosses niches très irrégulières, saillantes ou non, qui disparaissent facilement par un traitement médical, des « ménisques » typiques qui sont bénins, etc. J'ai, par contre diagnostiqué beaucoup de cancers sur des niches minuscules, régulières, mais persistantes. Ce n'est pas le lieu de reprendre cette discussions que j'ai faite mainte fois.

La seule exception est celle de la petite niche ronde, fortement saillante, réunie à la petite courbure verticale par une image de pédicule *étroit*.⁴ Cette vieille image classique est, comme le dit M. Jutras, toujours bénigne et elle n'offre pas de difficultés de diagnostic. Mais elle est bien loin d'être la plus fréquente.

C'est dire que je ne puis pas malheureusement être d'accord avec l'idée que « toute niche qui ne correspond pas en tous points au schéma ci-dessus de l'ulcus doit être considérée a priori comme néoplasique ou contiguë à un petit néoplasme ». L'immense majorité des niches ne correspond en rien à ce schéma et beaucoup sont bénignes.

La conception générale de M. Jutras ne lui permet pas de réserver une place particulière, au moins comme « titre » dans sa nomenclature, à un type radiologique auquel j'attache une très grande importance. C'est le « cancer ulcéforme » qu'il fait rentrer dans son groupe général des « ménisques » et qui, pour moi, forme un important chapitre autonome.

En pratique, nous voyons très souvent ici des cancers qui se traduisent par toutes sortes de niches, même les plus extériorisées, les plus saillantes, les plus « bénignes » d'aspect; mais elles ne guérissent pas par traitements; on les fait opérer et on trouve un cancer primitif. Les uns correspondent aux schémas de M. Jutras, les autres non. Mais M. Jutras n'avait pas l'intention d'écrire un article général sur le cancer gastrique et j'imiterai son exemple.

Seul jusqu'ici, le test thérapeutique m'a permis de décider. M. Jutras dit qu'en Amérique « les patients abandonnent vite les médecins hésitants ». En Europe probablement aussi. Mais ce n'est jamais comme traduisant une « hésitation » que je présente aux malades le test thérapeutique. Il faut leur dire: « Vous avez une lésion. Il est probable qu'elle disparaîtra par un traitement médical. Je vais vous le prescrire. Ensuite, on vous radiographiera, même si vous allez bien et l'on verra le

3. J'ai toujours dit que les images décrites par moi-même étaient « suspectes », mais non pathognomoniques.

4. Une niche typiquement ulcéreuse d'aspect, avec pédicule *large* peut parfaitement traduire un cancer ulcéforme.

résultat sur les clichés ». Les malades comprennent et apprécient parfaitement ce raisonnement qui leur paraît très simple et jamais aucun, à ma connaissance, ne m'a quitté.

Une telle attitude est bien différente de celle d'un médecin « hésitant ». En tous cas, cette méthode ne m'a pas valu « semble-t-il, des triomphes »; elle m'a simplement permis de faire opérer beaucoup de cancers au début et, ce qui a aussi son importance, de conserver, à de plus nombreux malades encore, un estomac redevenu normal, qu'il aurait été absurde et criminel de leur enlever.

Pour les formes tumorales, je suis d'accord avec M. Jutras. Je dois ajouter qu'elles sont rares comme manifestations de début; en général, la tumeur naît secondairement sur une lésion ulcéroforme ou infiltrée.

Quant aux images de « tumeur bénigne », je pense aussi et cela a toujours été mon enseignement, que cette expression a une signification surtout morphologique: on ne sait jamais ce qu'elle cache histologiquement.

En ce qui concerne les rapports de l'image avec la lésion, j'ai toujours affirmé que les dénominations imagées que j'ai proposées avaient une valeur *exclusivement* iconographique. J'ai dit et répété que des images dissemblables pouvaient être la traduction de lésions identiques. Ces dénominations n'ont pour but que de frapper le lecteur et de lui faciliter leur reconnaissance sur les clichés qu'il verra ou fera. Les réunir toutes sous la rubrique générale de ménisque est, bien sûr, une simplification dans les termes, mais un facteur d'imprécision et d'erreurs dans la pratique.

Mes opinions ont été formées par l'étude de nombreux malades, de leurs clichés avec leur évolution, des pièces opératoires. Je n'ai pas été inspiré par « les perfectionnements techniques mis en avant par d'autres gastro-entérologues et radiologues intéressés eux aussi aux cancers au début » et ce n'est pas grâce à eux que je n'ai « pas manqué d'en profiter pour étudier le détail des ménisques ». J'ai au contraire toujours critiqué, pour la diagnostic précoce, les « perfectionnements techniques »; j'ai nié les « avantages de la compression » (sauf pour l'étude des faces); je n'ai prôné, et demandé

qu'on utilise, que les méthodes classiques et je me suis surtout occupé du ménisque pour en constater la valeur diagnostique. Telles sont d'ailleurs encore actuellement, à quelques nuances près, mes idées, comme on peut le voir dans mon livre de 1956.

Quant aux gastro-entérologues qui « s'intéressaient aux cancers au début », je n'ai pas connaissance de travaux qui, depuis les anciens « cancers en assiette » et « cancers en selle » avaient fait faire de grands progrès à la question, lorsque mon livre a paru en 1939, fondé sur des observations dont les premières avaient été publiées en 1933. Si ce livre contient si étonnamment peu de bibliographie, c'est qu'il n'y en avait pas. Je n'ai pas connaissance d'auteurs qui, entre 1930 et 1939, aient systématiquement diagnostiqué, fait opérer et vérifié des cancers limités à la muqueuse, dont certains invisibles macroscopiquement.

Je crois, comme M. Jutras, que la télé-ciné-radiographie, non dangereuse, d'ailleurs, pour le radiologue, est destinée dans l'avenir, sinon peut-être à remplacer, du moins à aider beaucoup la radiographie classique. Mais je pense que ce n'est, ou ne sera, qu'un progrès « technique ». Elle montrera, à l'aide d'un autre procédé, les images qui sont déjà connues; elle définira avec plus de facilité les petites raideurs lésionnelles ou péri-lésionnelles.

Mais comme, à mon avis, aucun caractère purement iconographique ne permet de dire si la lésion est bénigne ou maligne, si un bourrelet est inflammatoire ou néoplasique, si un « ménisque » est ulcéreux ou cancéreux, etc., les mêmes problèmes se poseront, proposés par un film cinématographique ou par la vision sur l'écran doté de « brillance », au lieu de l'être par des clichés.

Jusqu'au jour où l'on trouvera un autre test que radiologique pour détecter le cancer, le dilemme restera le même pour le cancer au début: ou faire enlever l'estomac d'après l'aspect de l'image, sur un diagnostic soumis à l'incertitude et demander ensuite au microscope de quoi il s'agissait — ou utiliser le test thérapeutique et en peser dans chaque cas les résultats. Car — qu'on me pardonne de citer ce que j'écrivais il y a des années — « le diagnostic ne monte pas du film vers le cerveau; il descend du cerveau vers le film ».

À LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU AVEC LE CANCER GASTRIQUE AU DÉBUT

Albert JUTRAS.

L'article précédent signé par René A. Gutmann me flatte à l'extrême; il débute par un témoignage d'estime dont j'apprécie toute l'importance. Monsieur Gutmann me fournit ainsi l'occasion de le remercier pour tout ce qu'il m'a appris en gastrologie depuis trente ans que je m'inspire de son œuvre et contemple le polissage de ses principes. Même lorsqu'il me chicane pour des subtilités dans les expressions de ma pensée, il le fait avec l'amitié d'un grand frère. En même temps qu'il adressait son travail au rédacteur en chef, M. Gutmann m'écrivait pour me faire loyalement connaître son geste. J'aurais mauvaise grâce à chercher dans le texte de celui que je considère comme mon maître, justification à quelques mots d'esprit. Au lieu de jeter de l'huile sur ce qui pourrait prendre la tournure d'une polémique, je désire montrer à Monsieur Gutmann combien mon concept général de la question est près du sien. Le sujet est trop grave pour le réduire à une joute littéraire.

Il y a toutefois un apophtegme à ne pas laisser passer sous silence car sous l'aspect de l'ingéniosité dans l'arrangement des mots se dissimule la différence essentielle entre le point de vue du clinicien et le point de vue du radiologiste.

M. Gutmann termine son article en répétant une sentence qu'il a lui-même ciselée et à laquelle il semble beaucoup tenir. Il écrit: « *Le diagnostic ne monte pas du film au cerveau; il descend du cerveau vers le film* ». La formule bâtie pour le confort intellectuel du clinicien n'est pas acceptable pour le radiologiste, qui refuse d'être autre chose qu'un photographe. Un radiologiste digne de son titre ne peut se contenter de chercher dans une radiographie ce que le clinicien désire y trouver d'après un jugement pré-fabrique. Le radiologiste façonne aussi scientifiquement que possible les images qu'il devra interpréter en toute objectivité, puis, ayant réalisé des documents exacts, il s'efforce de juxtaposer les minuscules détails morphologiques et les minimes particularités de motricité aux altérations tissulaires. Pour lui, *les images vont du film au cerveau*. Il commence par la recherche et l'analyse des faits radiologiques et il évalue subséquemment les correspondances et les désaccords avec les faits cliniques. C'est ainsi que très souvent il mettra la clinique sur une meilleure piste parce qu'il n'aura pas regardé ni jugé à travers une influence.

Voilà donc la séparation fondamentale entre les deux disciplines. Si la radiologie devait rester à jamais un procédé que chaque clinicien peut faire parler selon sa doctrine personnelle, elle n'aurait pas droit de cité comme science, et devrait toujours s'éclipser devant la clinique. Ces temps-là sont révolus.

Pour mettre mes arguments à l'abri du soupçon d'être inspirés par l'émotion que me cause le nouvel article de M. Gutmann, on me permettra de répéter ci-dessous quelques paragraphes d'un éditorial que je faisais paraître dans ce journal en 1953.¹

Depuis cette date, la fluoroscopie en télévision et la radiocinématographie sont entrées dans la pratique courante et augmentent merveilleusement la visibilité des imperfections digestives. Mieux voir c'est voir plus. Toutefois, ces progrès récents ne changent pas la vérité histologique; ils permettent de s'en approcher un peu plus.

Voici donc ces extraits qui confirment ce que je pense encore après mes acquisitions et expériences des huit dernières années. Ils témoignent, je l'espère, de mon accord avec M. Gutmann sur le fond du problème, les divergences en certains détails nous étant imposées à l'un et à l'autre par la disparité des circonstances, de lieux et de spécialités.

« En parcourant l'œuvre magistrale de Gutmann, qui contient un nombre prestigieux de diagnostics vérifiés de tout petits cancers de l'estomac, on s'étonne de n'y pas trouver sa statistique des cas où il aurait diagnostiqué un *cancer au début* et que la gastrectomie n'aurait pas confirmé; l'on aimerait aussi qu'il nous dise, en toute sincérité, s'il n'a jamais remporté que des victoires lorsqu'il y eut conflit entre son opinion radiologique et l'opinion du gastroscopiste. Ces deux questions ne sont pas posées par malice; les réponses seraient de haute importance et ajouteraient encore à l'estime et à la reconnaissance que la médecine doit à Gutmann.

« Il semble invraisemblable aux chirurgiens et pathologistes que les rayons X puissent démontrer ce qui est considéré comme invisible à la vision directe et au toucher.

« Gutmann, étudiant surtout les contours de l'estomac dans les images de remplissage et les altérations segmentaires du péristaltisme, en est venu à

1. Albert Jutras: Le Problème du cancer de l'estomac au début. *L'Union Méd. du Canada*, 82: 898-904 (août) 1953.

cataloguer toute une série de modifications dont la nomenclature est passée dans le langage classique: niche et plateau, niche triangulaire, niche encastree, niche dans une lacune, signe du bourrelet, lacune en arc, etc., etc. Ces images, telles que perçues par lui-même et à force d'être confirmées par l'anatomie pathologique, ont pris toute leur importance dans l'esprit de Gutmann qui, dans une multitude de publications et de conférences, les a défendues avec tant de brillante éloquence que tous les radiologistes et gastrologistes d'expression française en sont obsédés.

« Sans atténuer la valeur de ces vocables, on peut leur reprocher d'être plus littéraires (iconographiques, dit M. Gutmann) qu'anatomiques. Ce langage imagé qu'on applique à des réalités crée beaucoup de confusion surtout chez les cliniciens qui n'en connaissent pas toutes les subtilités; il a conduit à des gastrectomies inutiles et il a fait manquer la phase de curabilité de certains cancers... *en France comme en Amérique.*

« A cela on peut objecter, comme Gutmann d'ailleurs l'a fait lui-même, que la mauvaise interprétation et l'usage inadéquat que l'on peut faire de l'enseignement d'une vérité n'altèrent pas l'essence de cette vérité. »

Plus loin, je disais:

« Des expressions comme ulcéro-cancer, cancer ulcérimforme, cancer *in situ*, cancer muqueux érosif, cancer en diaphragme, cancer superficiel extensif (*spreading superficial carcinoma*), etc., etc., sans compter la profusion du vocabulaire relatif aux associations de l'ulcère peptique et du cancer dans un même foyer lésionnel sont plus propres à entremêler le vrai et le faux qu'à créer l'unanimité des conceptions et la synthèse didactique.

« Au carrefour des disciplines diagnostiques, se tient le chirurgien qui vit dans l'anxiété. Il doit éviter deux écueils: d'une part, ne pas enlever des estomacs indemnes; d'autre part, ne pas manquer le cancer avant sa dissémination. Quoi faire ou plutôt quoi ne pas faire? La chose capitale à ne pas faire, c'est de renvoyer chez lui un patient avec un traitement et la recommandation plus ou moins insistante de revenir dans un mois ou deux.

« Si le patient est mis au courant des incertitudes diagnostiques, il perd confiance, s'affole et consulte ailleurs. S'il est tenu dans l'ignorance du danger qui le menace et pour peu que la thérapeutique ait produit de l'amélioration, il sera rassuré, content de reprendre ses habitudes de vie et de travail et peu disposé à repasser par des examens pénibles et coûteux; il oubliera le conseil et la date du rendez-

vous. S'il détient une assurance-santé, il n'aura droit à une nouvelle hospitalisation payée, qu'après un intervalle de trois mois. Quand, par bonheur, le patient tombe dans la catégorie des dociles, il viendra une deuxième fois, mais plus difficilement une troisième. Comme trois mois ne sont pas toujours suffisants pour changer la signification des images et les faire passer du doute à la certitude, on se retrouve au même point et l'on devient perplexe à propos de ces répétitions d'examen dont le risque est évident. »

Et pour conclure, j'ajoutais:

« Mais on se demande combien de temps et de palabres il faudra encore avant que les concepts très avancés de la gastrologie française dans le radio-diagnostic et l'histopathologie soient universellement reconnus et mis à profit, quand on a vu les Français discuter durant vingt ans sans avoir compris les symboles de Carman et sans s'être tout à fait entendus entre eux sur le sens et la forme des niches de Gutmann.

« Comment en sortir? Un seul moyen offre quelque espoir d'efficacité: une commission internationale constituée par les plus fortes autorités mondiales comme l'avait fait la Société des Nations pour le cancer utérin. Cette commission, sous l'égide des Nations Unies ou plus simplement peut-être par l'intermédiaire de l'Association Internationale contre le Cancer ou encore *The World Medical Association*, aurait pour but d'établir la synthèse des connaissances de base, l'uniformisation de la terminologie, la classification anatomo-pathologique, les correspondances des images radiologiques et gastroscopiques avec les altérations organo-fonctionnelles, les bases de compilation et de standardisation statistiques; en outre, elle formulerait les indications sur la façon d'organiser le dépistage des cancers occultes, la conduite à suivre dans la différenciation des états limites; avec l'aide des pouvoirs publics, elle édifierait une réglementation d'assistance sociale en vue de réduire les risques du test-thérapeutique; enfin, but suprême, elle fournirait un code et des critères d'indication opératoire afin que les chirurgiens ne soient ni blâmables ni blâmés, si, d'aventure, ils enlèvent un estomac où l'histopathologiste ne décèlera point de néoplasme.

« Les précisions qui naîtraient d'un tel organisme serviraient à la révision de l'enseignement classique et avanceraient d'au moins un quart de siècle l'entente sur les méthodes les plus efficaces contre le cancer gastrique ».

Huit années se sont écoulées... et l'on continue d'aggraver la mésentente au lieu de la dissiper.

RECUEIL DE FAITS

LIPOMATOSE DE LA VALVULE ILÉO-CAECALE

PRÉSENTATION ET DISCUSSION DE 7 CAS.

L. BÉIQUE, G.-R. CHAMPOUX et R. PLANTE,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

La valvule de Bauhin ou valvule iléo-cæcale possède une pathologie rare et imprécise. Ses aspects radiologiques sont souvent difficiles d'interprétation. R. Golden fut le premier à décrire, en 1943, un cas de lipomatose de la valvule iléo-cæcale. Plusieurs auteurs, par la suite, ont étudié cette entité ainsi que les différentes causes d'élargissement de cette valvule. Certains doutent encore de la réalité de cette maladie.

A l'occasion de 7 cas opérés que nous avons eus, de juin 1956 à octobre 1958, et dont le diagnostic précis de lipomatose de la valvule a été fait macroscopiquement et microscopiquement, nous voulons présenter et discuter ces cas en les comparant avec ceux de Seabrook.

La plus large statistique que nous ayons trouvée est, en effet, celle de Seabrook qui rapporte 21 cas publiés dans la littérature et qui commente 15 de ces cas de lipomatose.

ETIOLOGIE

Celle-ci est inconnue. Les auteurs français ont décrit des cas de bauhinite œdémateuse qu'ils apparentent à une allergie. Ces auteurs trouvent de l'œdème et une accumulation locale d'éosinophiles.

Notre série ne comporte pas d'éosinophilie locale ou sanguine, ni d'œdème, mais une infiltration graisseuse dont l'origine reste obscure.

PATHOGÉNIE

Dans toutes les séries les patients présentent des signes de sub-occlusions irrégulières et de courte durée.

La pathogénie de ce syndrome clinique est difficile à préciser. Il pourrait s'agir d'une obstruction à la progression normale du chyme par l'accumulation lipidique. Comme nous retrouvons toujours des signes d'obstruction intermittente il est permis de croire à un facteur associé d'intussusception, qui serait créé par l'accumulation graisseuse et par un prolapsus temporaire de la muqueuse ou de toute la paroi iléale dans le cæcum. Une réduction spontanée mettrait fin à la crise de sub-occlusion.

PATHOLOGIE

Au point de vue macroscopique, quand on regarde la valvule pathologique par cæcotomie, elle nous apparaît comme un col utérin de coloration plutôt jaunâtre. La valvule bombe dans la lumière cæcale et apparaît comme un bourrelet circulaire.

La microscopie révèle une accumulation de cellules graisseuses normales dans la sous-muqueuse entre la muscularis mucosæ et les musculaires. Il ne s'agit pas de lipome, car on ne trouve pas de capsule propre. Cette infiltration diffuse s'étend aux parois iléale et cæcale.

SYMPTOMATOLOGIE

Tous nos patients sont du sexe féminin; la moyenne d'âge est de 42½ ans. 12 des 15 cas de Seabrook étaient des femmes et 2 seulement étaient plus jeunes que 45 ans.

Le contexte clinique est assez précis: ballonnement surtout après les repas, douleurs abdominales sous forme de coliques, alternance de diarrhée et de constipation, parfois nausées et vomissements. Pas d'hémorragie grave dans notre série, quoique une malade ait noté de l'entérorragie et 3 autres du mæléna.

Seabrook dans son article présente 3 cas avec hémorragies intestinales graves nécessitant une laparotomie d'urgence; chacun présentait des érosions sur la valvule. Un de nos cas présentait une érosion (le 7e); celle-ci était de nature tuberculeuse.

De plus 7 de ces 15 cas ont présenté à un moment donné du mæléna ou une entérorragie.

Aucun malade n'a présenté de l'obstruction intestinale complète. 2 malades sur 7 pouvaient être considérés obèses; nous ne croyons donc pas à un rapport immédiat entre l'adiposité de la valvule et l'adiposité systémique. Toutes nos malades ont eu des douleurs abdominales et 6 sur 7 avaient de la sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite.

Aucune masse ne fut palpée. Dans la série de Seabrook, 3 cas avaient une masse palpable. La symptomatologie existait en moyenne depuis 2 à 3 ans; dans la série de Seabrook, 9 patients ont des symptômes depuis 1 an ou moins, les autres 3 à 6 ans.

Ces malades ont toutes été traitées pour un syndrome digestif fonctionnel. Certains auteurs ont parlé de syndrome de la valvule iléo-cæcale comprenant de la flatulence, des douleurs abdominales basses, une sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite et une image radiologique anormale de la valvule.

Nos malades cadrent bien avec ce tableau clinique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait par l'histoire clinique, des examens radiologiques précis, l'élimination des autres pathologies de la valvule qui seront énumérées plus bas, et l'absence de pathologie génitale ou urinaire.

La valvule normale a une gueule de requin, la lèvre supérieure étant plus longue de 3.5 mm. que la valvule inférieure.

L'épaisseur anatomique varie de 0.3 à 0.5 cm., cette variation étant due à la quantité de graisse et cette quantité semble en rapport avec l'adiposité du mésentère.

Une étude radiologique des valvules normales a suggéré que si une des lèvres de la valvule mesure plus de 1.5 cm. d'épaisseur, c'est anormal. Anormal encore si la valvule en entier mesure plus de 4 cm. d'épaisseur. Ces critères restent imprécis; ils dépendent de la distance du tube de rayons-x à la cassette, de l'épaisseur de l'abdomen du sujet et de la position exacte de la valvule.

Toutefois devant un contexte clinique de douleurs abdominales basses: coliques, constipation, diarrhée, en l'absence de pathologie génito-urinaire avec une image anormale de la valvule, on doit penser à la lipomatose. L'aspect radiologique classique de la lipomatose est le suivant: il existe un défaut de remplissage au baryum, d'aspect circulaire, à contour régulier, de face donnant une image en beigne ou en rosace et, de profil, une image en epsilon.

Devant un élargissement anormal de la valvule qui n'est pas caractéristique de la lipomatose, il ne faut pas oublier les autres causes pathologiques soit:

1. Oedème: a) Idiopathique (allergique); b) Post-traumatique.

2. Accumulation graisseuse (lipomatose).

3. Invagination de l'iléon terminal.

4. Tumeur: a) Bénigne: lipome, polype; b) Maligne.

5. Lésions inflammatoires: Iléite régionale, Colite ulcéreuse, Tuberculose cæcale, etc.

Il va sans dire qu'entre 1, 2 et 3, il est impossible de faire le diagnostic différentiel avant la cæcotomie.

Les lésions inflammatoires se reconnaissent par le contexte clinique et les signes radiologiques de lésions sur les anses voisines.

Les tumeurs sont plus difficiles à préciser et surtout celles qui siègent au niveau de la valvule; un polype à surface régulière sera difficile à différencier de la lipomatose; souvent, seule la cæcotomie permettra de préciser la bénignité ou la malignité de la lésion.

Les statistiques sur les tumeurs coliques montrent que de 1.1% à 24.2% des tumeurs du côlon originent de la valvule. Ces statistiques sont imprécises; il est en effet difficile de savoir si une tumeur cæcale envahissant la valvule, origine de celle-ci ou de la paroi cæcale adjacente.

OBSERVATIONS

Observation 1.

Il s'agit de Mme C.C., âgée de 48 ans, poids 128 livres, qui se présente pour constipation opiniâtre, ballonnement après les repas, coliques intestinales fréquentes et malaises généralisés à tout l'abdomen. Ce syndrome existe depuis 2½ ans environ. Elle aurait noté, à l'occasion, la présence de sang dans ses selles.

L'examen révèle une légère douleur à la palpation de la fosse iliaque droite.

Un lavement baryté montre la présence d'une image suggestive de lipomatose. La patiente est alors soumise à la laparotomie: le cæcum est ouvert et laisse voir au niveau de la valvule, un élargissement arrondi donnant l'impression d'un museau de tanche. L'orifice laisse à peine passer le bout de l'index.

On procède alors à une hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Le rapport anatomo-pathologique décrit une accumulation graisseuse entre la muscularis mucosæ et les musculaires propres du cæcum.

Les suites post-opératoires sont normales et la malade se porte bien après 38 mois.

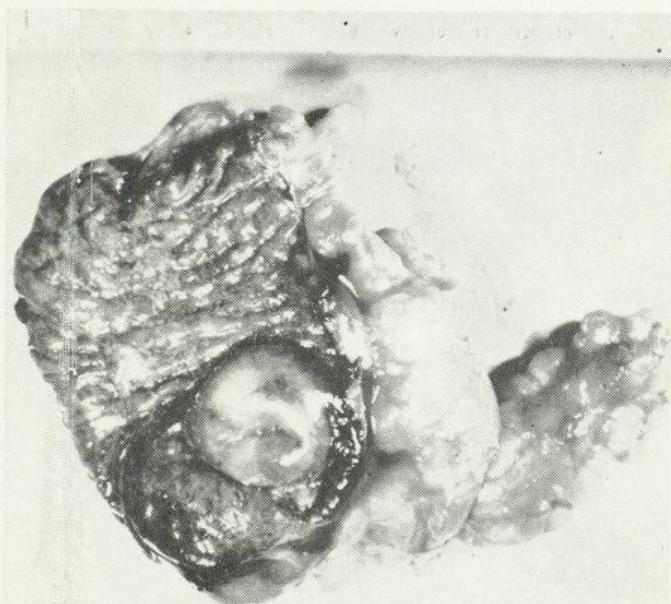
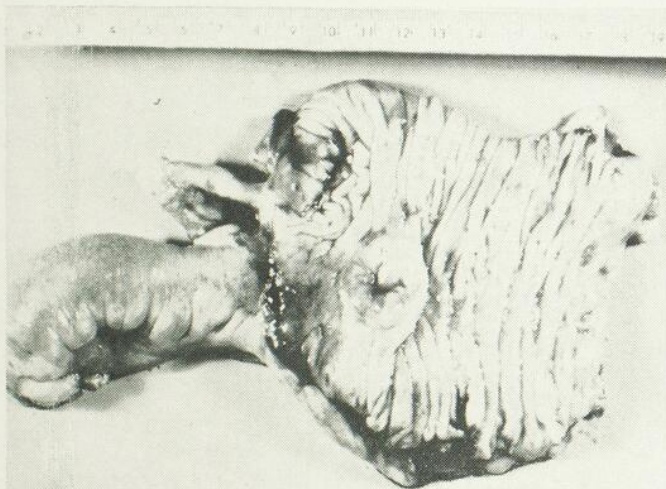
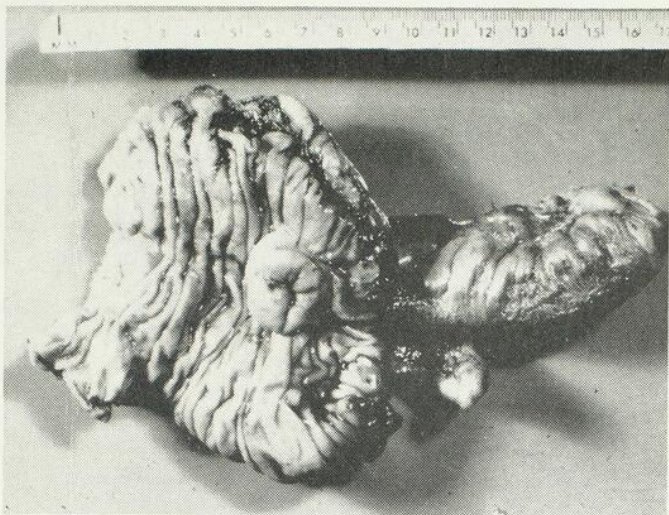


Fig. 1-2-3-4. — Aspect de la valvule iléo-caecale pathologique vu par caecotomie.



Fig. 5. — Aspect microscopique de la valvule iléo-caecale, pathologique, représentant l'infiltration graisseuse diffuse entre la muscularis mucosae et les musculaires.

Observation 2.

Mlle T.W., âgée de 38 ans, poids 134 livres, accuse depuis 1½ an des douleurs vives à la fosse iliaque droite, sous forme de crampes, accompagnées de flatulence et de constipation.

La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse; pas de masse. Le lavement baryté démontre l'image d'élargissement de la valvule et la malade est soumise à la laparotomie.

A la cacotomie, on note le bourrelet graisseux de la lipomatose et la malade subit une hémicolectomie droite segmentaire, avec anastomose termino-latérale. Le pathologiste est catégorique: il s'agit d'adiposité anormale de la sous-muqueuse au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Les suites post-opératoires sont normales et la malade se porte bien depuis 21 mois; ses symptômes sont disparus, il ne persiste que de rares douleurs à la fosse iliaque droite.

Observation 3.

Mme J.B.C., âgée de 53 ans, poids 168 livres, note depuis 4 ans, la présence de douleurs sous forme de coliques, à la région péri-ombilicale, accompagnées de flatulence, d'alternance de diarrhée et de constipation; elle est fréquemment nauséuse. Cette malade a présenté du mæléna à plusieurs reprises.



Figure 6.

L'examen révèle une sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite. La radiologie est en faveur de la lipomatose. La patiente subit une hémicolectomie droite avec anastomose termino-latérale. Le rapport anatomo-pathologique est identique aux précédents. Les suites post-opératoires sont normales et, depuis 20 mois, la patiente se dit très améliorée; elle accuse toutefois, de petites douleurs occasionnelles dans le bas ventre ainsi qu'une constipation légère.

Observation 4.

Mme C.C., âgée de 35 ans, poids 168 livres, présente depuis 2 ans une alternance de constipation et de diarrhée, du ballonnement et fréquemment des nausées avec vomissements alimentaires.

La malade présente des douleurs à la palpation profonde de la fosse iliaque droite.

Un lavement baryté révèle la lésion valvulaire et la malade est soumise à une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique termino-latérale.

Rapport anatomo-pathologique: lipomatose.

Les suites post-opératoires sont normales et depuis 20 mois, la patiente ne ressent plus les symptômes qu'elle accusait avant l'intervention.

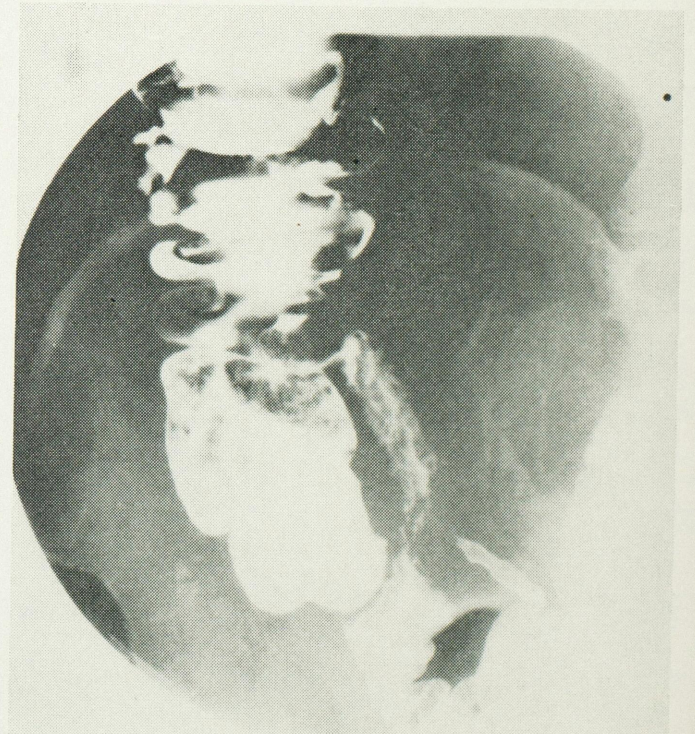


Figure 7.

Fig. 6-7. — Aspect radiologique de la valvule iléo-cæcale pathologique à remarquer le défaut de remplissage à la jonction de l'iléum dans le caecum.

Observation 5.

Il s'agit de Mme D.G., âgée de 50 ans, qui accuse depuis environ 10 ans des douleurs abdominales sous forme de coliques, suivies de diarrhée, également de la flatulence post-prandiale; ce syndrome apparaît par période et la patiente est souvent, une à deux semaines, sans ressentir de malaises.

A l'examen, il existe une légère sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite.

Le lavement baryté est superposable aux précédents et la patiente subit une hémicolectomie droite segmentaire avec anastomose termino-latérale.

La microscopie décrit la lipomatose.

Les suites post-opératoires sont normales et 16 mois après l'opération, la patiente déclare ses symptômes disparus, sauf pour une diarrhée occasionnelle qu'elle attribue à sa nervosité.

Observation 6.

Mme P.F., âgée de 36 ans, poids 122 livres, présente depuis 2 ans des vomissements fréquents avec ballonnement; une alternance de constipation et de diarrhée et des douleurs à la fosse iliaque droite. Elle aurait fait du méléna à plusieurs reprises.

La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse. Le lavement baryté révèle encore une fois la pathologie et la malade subit une hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Rapport anatomo-pathologique: lipomatose de la valvule iléo-cæcale.

Les suites post-opératoires sont sans particularité et 15 mois après l'intervention la patiente n'accuse plus aucun symptôme antérieur.

Observation 7.

Mme R.D., âgée de 37 ans, poids 123 livres, présente depuis 3 ans des douleurs abdominales intermittentes, une constipation opiniâtre, de la flatulence, des nausées avec vomissements occasionnels, du méléna à plusieurs occasions et de la rectorragie.

La palpation de la fosse iliaque droite ne décèle aucune douleur.

Le lavement baryté est suggestif de lipomatose.

Elle subit une hémicolectomie droite avec anastomose termino-latérale.

Le rapport pathologique décrit l'état adipeux anormal de la valvule et aussi une petite ulcération où se trouvent des cellules épithélioïdes avec quelques cellules géantes.

On émet alors la possibilité de tuberculose cæcale; toutefois le reste du cæcum et du grêle est sans particularité.

Les suites post-opératoires sont normales et, après 10 mois, la malade est en parfaite santé.

TRAITEMENT

Tous nos malades ont subi, après préparation intestinale adéquate, une résection segmentaire du côlon et de l'iléon terminal avec anastomose iléo-colique. Cette décision fut prise après ouverture du cæcum et constatation de la lipomatose; l'appréciation de celle-ci à travers la paroi cæcale est impossible et il faut la cæcotomie pour arriver au diagnostic précis.

L'hémicolectomie droite pour une lésion si bénigne, nous paraît à première vue; une intervention outrée.

Toutefois le tableau clinique de sub-occlusion intermittente après un traitement conservateur qui échoue chez des patients qui présentent une image radiologique anormale de la valvule iléo-cæcale, souvent difficile d'interprétation, oriente vers une pathologie ou une malignité valvulaire, et plus encore, il incite à procéder à une laparotomie de diagnostic.

Nos patientes ont vu disparaître les signes de sub-occlusion; quelques-unes accusent encore de la constipation et des douleurs abdominales légères, mais toutes se disent grandement améliorées.

Résumé

Sept (7) cas de lipomatose de la valvule iléo-cæcale sont présentés.

Tous souffraient de sub-occlusion chronique et les radiographies ont montré un élargissement de la valvule iléo-cæcale.

L'étiologie de la maladie est inconnue.

Les symptômes les plus fréquents accusés par les patients sont: la douleur abdominale, le ballonnement, la constipation ou la diarrhée, les nausées et les vomissements et du méléna.

Notre série ne comporte que des femmes.

La pathologie montre une infiltration graisseuse anormale.

Toutes ont été traitées par une colectomie segmentaire avec résultats satisfaisants.

Summary

Seven (7) cases of lipomatosis of the ileo-caecal valve are presented. All were suffering from chronic sub-occlusion syndrome.

The X-rays showed in all cases a widening of the ileocaecal valve. This is a disease of unknown etiology.

Most frequent symptoms are: abdominal pain, distension, constipation and/or diarrhoea, nausea and vomiting, tarry stools.

These were found in all cases of our series.

Pathology shows a diffuse abnormal fatty infiltration of the tissues. All patients were treated by a segmentary colectomy.

Postoperative results were good.

BIBLIOGRAPHIE

1. Albert P. MARSH: The enlarged ileocaecal valve. *Dis. of the Colon and Rectum*, **3**: 407 (oct.) 1960.
2. P. G. CABAUD et L. T. HARRIS: Lipomatosis of the ileocaecal valve. *Annals of Surgery*, **150**: 1092, 1959.
3. D. B. SEABROOK, R. STEVENS, V. SCHOLL: Lipomatosis of the ileocaecal region. *Amer. J. Surgery*, **92**: 214, 1956.
4. E. C. LASSER et L. G. RIGLER: Ileocaecal valve syndrome. *Gastroenterology*, **28**: 1, 1955.
5. S. STARK: Diagnostic implications of the ileocaecal valve. *Gastroenterology*, **35**: 485, 1958.
6. M. EDWARDS et H. ZANGARA: Lipomatous hypertrophy of the ileocaecal valve. *Am. J. Surgery*, **82**: 533, 1951.
7. Weekly clinicopathologic exercises: Redundant lipomatous ileocaecal valve. *N. Eng. J. of Med.*, **248**: 382, 1953.
8. W. FURSTE et T. HADDER: Submucosal lipoma of the ileocaecal valve causing intussusception and obstruction. *Dis. of the Colon and Rectum*, **1**: 262, 1958.
9. R. GOLDEN: Enlargement of the ileocaecal valve. *Am. J. Surgery*, **50**: 19, 1943.

APNÉE PROLONGÉE PAR LA SUCCINYLSCHOLINE ET TRAITEMENT PAR LA TRANSFUSION

François LAFLEUR.

L'apnée prolongée attribuable à la succinylcholine employée au cours de l'anesthésie, est une complication qui se présente, selon Bourne (1) dans environ 15 cas sur 1000. Dans la plupart de ces cas, l'apnée est de durée relativement courte — soit une heure environ, mais dans quelques cas rares, elle se prolonge plusieurs heures et l'anesthésiste se trouve devant une situation pour le moins ennuyeuse.

Différents facteurs peuvent être mis en cause. Comme le souligne en particulier Davies (2) il peut s'agir: soit d'acpnée par hyperventilation; soit de dépression du centre respiratoire par d'autres médicaments employés au cours de l'anesthésie; soit d'un déséquilibre électrolytique; soit de dépression du centre respiratoire même par la succinylcholine; soit d'une action prolongée de la succinylmonocholeline, par suite d'une hydrolyse incomplète; soit d'une rétention de CO₂ et de l'anoxie.

Mais le plus souvent, si l'on a employé de la succinylcholine, l'apnée prolongée est due à une diminution de la pseudo-cholinestérase dans le plasma. (Voir entr'autres les références 3, 4 et 5).

Le sang fraîchement prélevé contient cette enzyme qui a pour fonction de neutraliser, par hydrolyse, l'action de la succinylcholine. Il consiste de ce fait un traitement très efficace de l'apnée prolongée attribuable à une déficience de pseudo cholinestérase (6).

Observation.

Voici un cas qui démontre cet énoncé. Il s'agit d'une patiente de 67 ans, pesant 197 lbs qui doit subir une intervention pour hernie dans une cicatrice d'incision. L'état général est bon, et les analyses de laboratoire sont normales, (y compris le Na et le K). L'anesthésie est faite au Fluothane, protoxyde d'azote et oxygène. Pour obtenir un meilleur relâchement musculaire, on complète par de l'Anectine en goutte à goutte (au total 400 mgms.) La respiration est contrôlée à l'aide du respirateur Emerson. L'anesthésie dure 2 heures et 5 minutes et ne présente aucune difficulté.

A la fin de l'intervention cependant, la patiente demeure en apnée et les réflexes sont complètement abolis. Le contrôle de la respiration est maintenu par pression manuelle puis par le respirateur Bird.

Nous pensons alors qu'il peut s'agir d'un cas où la succinylcholine a une double action (« dual action »), c'est-à-dire qu'au lieu d'agir par dépolarisation, elle agit par polarisation. Au bout d'environ 30 minutes la patiente reçoit 10 mgms. de Tensilon, tel que préconisé par certains auteurs (7,8) mais l'état ne s'améliore aucunement.

Autre hypothèse alors: le taux de pseudo cholinestérase serait-il abaissé? D'autant plus que durant l'intervention, le chirurgien avait noté une dégénérescence graisseuse du foie. Une transfusion de sang fraîchement prélevé est alors prescrite.

Etant donné que la réserve de sang de l'Hôpital ne possède que du sang prélevé il y a quelques jours, il s'écoule environ deux heures et demie avant d'obtenir le sang frais. Or durant tout ce temps, soit durant les quatre heures qui suivent la fin de l'intervention, l'apnée et l'aréflexie complète persistent.

Environ cinq minutes après que le sang est installé, déjà on note des mouvements respiratoires qui graduellement s'amplifient. Une heure après le début de la transfusion, la patiente obéit aux commandements et elle bouge ses membres. Trente minutes plus tard, elle semble très incommodée par le tube endotrachéal et d'ailleurs son air courant est maintenant adéquat. (400 cc.) Alors le tube endotrachéal est enlevé. Après la transfusion, le taux de cholinestérase dans le plasma était de 68 unités, ce qui nous laisse soupçonner que le taux devait être inférieur à la normale durant la période d'apnée. Nous regrettons de ne pas avoir demandé cet examen à ce moment.

Il est évident, que dans ce cas, la transfusion de sang a rapidement changé une situation qui semblait devoir se prolonger encore longtemps. Nous avons voulu, dans cet article, souligner l'importance de la transfusion dans l'apnée prolongée. La transfusion ne doit pas être considérée comme un moyen désespéré, alors qu'on ne sait vraiment plus quoi faire. Personnellement, nous croyons que la transfusion peut corriger rapidement plusieurs cas d'apnée prolongée.

Résumé

L'apnée prolongée à la suite d'injection de succinylcholine est souvent attribuable à une diminution du taux de cholinestérase dans le plasma (2, 3, 4, 5).

Le sang fraîchement prélevé contient une quantité suffisante de cette enzyme pour hydrolyser la succinylcholine.

Pour illustrer cet énoncé, nous rapportons ici un cas où une transfusion de sang fraîchement prélevé

a rapidement corrigé une apnée qui se prolongeait depuis quatre heures après la fin de l'intervention.

Summary

Prolonged succinylcholine apnoea may be due to many different factors, but it seems that the usual cause is a lowered plasma cholinesterase level (2, 3, 4, 5).

Fresh blood contains sufficient amount of this enzyme to hydrolyse succinylcholine in vivo. Therefore, it is indicated as a treatment for prolonged apnoea due to this deficiency.

Case report: a patient still does not breath spontaneously four hours after the end of the operation, but as soon as she receives a fresh blood transfusion, she starts to breath gradually and is extubated 1 hour after.

Fresh blood transfusion should not be considered as a treatment of the last resort but as a rapid and effective treatment of many cases of prolonged apnoea.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) J. G. BOURNE: Long action of suxamethonium (Succinylcholine) Chloride. *Brit. J. Anaesth.*, **25**: 116-129 (avril) 1953.
- (2) J. I. DAVIES: Untoward reactions to succinylcholine. *Canad. Anaesth. Soc. J.*, **3**: 287 (juillet) 1956.
- (3) F. T. EVANS, P. W. S. GRAY, H. LEHMANN et E. SILK: Sensitivity to succinylcholine in relation to serum cholinesterase. *Lancet*, **1**: 1229, 1952.
- (4) Werner KALOW: The relation of plasma cholinesterases to responses to clinical doses of succinylcholine. *Canad. Anaesth. Soc. J.*, **3**: 51, 1956.
- (5) R.W. BORDERS, C.R. STEPHEN, W.K. NOWILL et R. MARTIN: The interrelationship of succinylcholine and the blood cholinesterases during anaesthesia. *Anesthesiology*, **16**: 401, 1955.
- (6) W. D. WYLLIE, H. C. CHURCHILL-DAVIDSON: *Practice of Anaesthesia*. Year Book Pub. Inc., page 589, 1960.
- (7) S. G. PALETZ: Prolonged succinylcholine apnoea reversed by prostigmine. *Canad. M. Assoc. J.*, **75**: 44 (juillet) 1956.
- (8) Harold LENGEL, Samuel I. JOSEPH, J. S. DENSON: The effect of tensilon on prolonged apnea after use of succinylcholine. *Anesth. and Analg.*, **37**: 87 (mai-juin) 1958.

REVUE GÉNÉRALE

LA CÉSARIENNE CONTEMPORAINE

Charles-A. ATTENDU.

Comme le dit si bien Greenhill: « Il n'y a pas une complication obstétricale qui n'ait été traitée par l'opération césarienne. De fait, plusieurs chirurgiens ne connaissent qu'une issue à une complication obstétricale: l'extraction abdominale ».

Et il donne 21 indications légitimes, quoique de degrés divers d'importance, pour intervenir.

Jusqu'à il y a 20 ans la césarienne n'était pas assez employée parce que trop risquée. Depuis l'avènement de la technique d'opération segmentaire et surtout de l'antibiothérapie, l'intervention a perdu graduellement de sa mauvaise réputation, au point où certains ne lui accordent pas plus de gravité qu'à une hystérectomie ou à une appendicectomie. Cette notion d'innocuité, jointe à une mauvaise compréhension du devoir de l'accoucheur envers ses deux patients ont amené un taux de 12% à 15% en certains milieux.

Actuellement dans les grands centres américains, l'incidence moyenne est de 3 à 5% et le comité d'accréditation des hôpitaux regarde d'un œil soupçonneux un taux supérieur à 5%.

Nous croyons qu'un taux de césarienne n'aura de la valeur qu'en autant qu'il reflète un taux de mortalité fœtale optimum; le meilleur taux sera accompagné des taux minima de mortalité fœtale et maternelle, ce taux devra aussi assurer un taux minimum de morbidité chez la mère et son enfant.

Il n'y a pas lieu de se glorifier d'une incidence de 2-3% de césarienne si les statistiques nous montrent en regard nombre de patientes invalides génitalement ou de bébés qui portent toute leur vie la marque de leur accouchement.

Par ailleurs un taux exagéré de césariennes correspondra à une hypothèque pour l'avenir obstétrical de la mère, de même qu'à une injustice pour la santé financière de la famille.

Nous avons analysé 108 cas d'opérations césariennes réalisées à l'hôpital Notre-Dame durant les années 1958, 1959 de même que durant les 4 premiers mois de 1960.

Dans la même période de temps il y a eu 3,982 accouchées, ce qui donne un taux de césarienne moyen de 2.80%.

Une seule mère est décédée - 0.9% - il s'agit d'une primipare de 31 ans souffrant d'une maladie congénitale cyanogène avec hypertension chez laquelle une radiographie prise hors de l'hôpital avait montré un bassin aplati; elle est entrée en travail 1 mois avant la date prévue pour son accouchement; le travail ne progressant pas de façon satisfaisante, elle a subi une césarienne au cours de laquelle on a extrait un bébé de 3 livres 4 onces qui a survécu; la mère est décédée d'insuffisance cardiaque après 7 jours, ayant fait de la fièvre à partir du lendemain de sa césarienne.

Le nombre des bébés décédés s'élève à 14: 2 étaient morts avant le travail, 7 ont péri au cours du travail et avant la césarienne; 5 dans la période post-natale — ce qui donne un taux brut de mortalité péri-natale de 11% et un taux de mortalité fœtale post-césarienne de 4.6%.

Sur ces 5 bébés on peut compter un fœtus de 2 livres 8 onces, né 3 mois avant terme; un autre pesait 5 livres 12 onces, était prématuré de 5 semaines et provenait d'une mère chez laquelle un placenta prævia avait provoqué des hémorragies importantes et prolongées, il a survécu 12 heures; enfin un troisième bébé pesant 4 livres provenait d'une césarienne itérative élective et dans ce cas il semble qu'il y ait eu erreur sur l'âge réel de la grossesse. En aucun cas pourrait-on dire que la césarienne a eu un effet péjoratif sur la vie du bébé.

Ces chiffres s'accordent avec ceux de Pedowitz, Schwartz et Goldberg qui dans une revue de 583 sections primitives exécutées au Jewish Hospital de Brooklyn ont trouvé un taux de mortalité fœtale de 4.4%; dans les cas de césarienne itérative le taux n'était que de 3.1%.

D'après eux le risque fœtal inhérent à l'opération césarienne elle-même n'est guère plus de 0.2%. Aucun décès de leur série n'a pu être imputé au mode de délivrance et les chiffres de mortalité périnatale ne reflètent que le risque fœtal inhérent aux indications qui ont nécessité la césarienne.

L'étude des indications de césarienne nous montre la distribution suivante:

Dystocie	47 cas	43.7%
Placenta prævia.....	20	18.5%
Décollement placentaire	4	3.7%
Césarienne itérative	28	25.1%
Causes diverse:		
Primipare âgée	2	
Insuffisance respiratoire, Lobectomie	1	
Diabète	1	
Hydramnios et diabète	1	
Procidence du cordon	1	
Rupture utérine	1	
Accident cérébral grave	1	
Néoplasme et métastases	1	8.3%
	108	100%

Nous avons groupé ensemble tous les cas de dystocie, parce que nous considérons qu'une dystocie, qu'elle soit due au bassin, aux parties molles, à un bébé disproportionné ou monstrueux, ou à une tumeur prævia, amène les mêmes résultats; à savoir un accouchement difficile pour la mère, un danger pour la vie de son fœtus, et l'éventualité d'un accouchement par voie abdominale.

Notre taux de 44% est assez voisin de celui de 50% rapporté par E.G. Waters en 1958, à la suite d'une étude portant sur les statistiques du « Margaret Hague Hospital » pour les années 1949 à 1955; son taux de mortalité péri-natale est de 6.5% alors que notre chiffre brut est de 11%.

Il y aurait peut-être possibilité d'améliorer nos résultats en étant un peu plus interventionnistes dans certains cas; ainsi dans notre série nous avons un cas de présentation transverse dite négligée, deux cas de placenta prævia traités par des méthodes conservatrices, un cas de décollement placentaire occulte, qui ont eu pour résultat le décès des bébés durant le travail.

L'évaluation clinique d'une dystocie s'appuie sur des bases parfois difficiles à établir de façon satisfaisante.

L'examen attentif de la parturiente en est un des facteurs les plus importants, de même que la connaissance du mécanisme de l'accouchement dystocique.

S'il y a lieu de s'aider des données d'un examen radiologique, encore faudra-t-il ne pas en accepter aveuglément les conclusions; il faudra voir les radiographies, les analyser, soi-même, s'assurer qu'elles sont de qualité technique suffisante pour donner tous les renseignements qu'on en attend.

En dernier ressort, l'accoucheur les confrontera avec les données de son appréciation clinique.

L'incidence des placenta prævia est de 18.5% dans notre série et s'est maintenue assez constante durant la période d'étude.

Sur 20 cas il y en a deux qui ont été décelés cliniquement sans hémorragie et l'intervention a été faite de façon élective: 7 sont mentionnés comme « prævia total »; les autres doivent être présumés des prævia partiels; dans ces 18 cas une hémorragie plus ou moins importante a été le symptôme prédominant.

Dans une grande proportion des cas, il y a eu tentative de localisation du placenta par placentographie directe ou indirecte, le plus souvent avec succès.

Quatre bébés sont décédés de cette complication, soit 20%.

Nous avons rencontré en 4 occasions des décollements placentaires: 3 bébés en sont décédés; un autre né 22 jours avant terme et pesant 6 livres 3 onces a survécu.

Nous avons trouvé 28 cas de césarienne itérative, soit un taux moyen de 25% des césariennes.

Il y a eu en quelques cas (3) une épreuve du travail; chez les autres patientes, la césarienne a été faite d'emblée à cause d'une dystocie ou tout simplement parce qu'il y avait eu césarienne au préalable.

Cette ligne de conduite s'explique par le fait que dans certains milieux on a pour principe de césariser toute patiente qui a déjà subi une césarienne; ce n'est pas notre opinion. Nous changerons peut-être d'idée si nous avons la preuve après étude que notre ligne de conduite est dangereuse; jusque là nous sommes toujours partisans de l'individualisation des cas et de l'épreuve du travail sauf lorsqu'il y a déjà eu césarienne corporéale ou qu'il y a dystocie au moment de la décision.

Nous avons rencontré 2 cas de césarienne chez primipares âgées: elles ont été faites de façon élective, en accord avec la donnée moderne de l'importance d'éviter tout risque au fœtus d'une primipare ayant dépassé 35 ans.

Par contre, chez une primipare de 41 ans, on a tenté l'épreuve du travail qui s'est avéré prolongé; un forceps manqué a fait penser à une dystocie; il y a eu lacération du vagin et enfin la césarienne a permis d'extraire un bébé vivant de 8 livres 10 onces.

Une intervention a été pratiquée un mois avant terme pour un bébé déjà gros chez une diabétique, avec survie.

Une autre diabétique qui présentait de l'hydramnios a été césarisée, son bébé pesait 9 livres 12 onces: les membranes se sont rompues 26 jours avant le terme estimé.

Le type de césarienne employé en général fut la césarienne segmentaire.

Dans deux occasions une intervention corporéale a été réalisée, et ce par un chirurgien général de la vieille école; dans les deux cas il s'agissait de primipares de 24 et 26 ans, l'indication était chez l'une un bassin limite avec un bébé pesant 6 livres 1 once, chez l'autre une dystocie de la contraction avec un bébé de 7 livres 2 onces.

On peut spéculer sur l'avenir de ces deux utérus.

L'anesthésie employée à l'hôpital Notre-Dame pour les césariennes est la Racridienne supplémentaire, lorsque le bébé est extrait, par du Pantothal et du mélange gaz-oxygène; l'emploi de cette technique remonte à 15 ans, à ma connaissance; les anesthésistes ont toujours considéré qu'il était imprudent de soumettre le fœtus aux risques de l'anesthésie générale avant sa naissance; les résultats actuels leur ont donné raison, puisque dans notre série nous n'avons pu trouver aucun cas où le décès fœtal ait pu être imputé à l'intervention.

Résumé et conclusions

Nous avons analysé 108 cas de césarienne; nous avons choisi une période assez courte et assez récente pour montrer la ligne de conduite actuellement employée à l'hôpital Notre-Dame. L'intervention s'est révélée sans danger pour la mère; la mortalité fœtale qui pourrait lui être imputée est minime, les vies fœtales qu'elle a sauvées sont très nombreuses.

Il ne faudrait pas conclure que toute difficulté obstétricale devrait être résolue à priori par inter-

vention haute, mais de nos jours où l'obstétrique et la chirurgie obstétricale ont fait tellement de progrès, on ne peut se contenter d'améliorer les statistiques de mortalité et morbidité maternelles seulement; nous sommes en droit de faire en sorte que la mortalité et la morbidité fœtales atteignent le minimum irréductible voulu par la nature et pour cela l'usage raisonné et tempestif de l'intervention césarienne est un précieux atout.

Summary

We have analyzed 108 cases of caesarian section out of 3,982 deliveries that occurred in 1958, 1959 and the first 4 months of 1960.

The rate of section was found to be 2.80%; one mother died.

There were 14 foetal deaths of which 2 before the beginning of labour — 7 died during labour, which leaves 5 during the post-natal period for a rate of 4.6%.

In no case was foetal death a result of operation.

Dhystocia was present in 43.7% of caesareans, Placenta praevia in 18.5%; accidental hemorrhage in 3.7%.

25% of the cases were "repeat sections".

Low caesarean section with transverse incision was the technique most frequently used.

Spinal anesthesia was induced in most cases with a supplementary administration of Pentothal and gas-oxygen mixture, once the child was extracted.

BIBLIOGRAPHIE

- J. P. GREENHILL: *Obstetrics*, 11e édit. W. B. Saunders, 1955.
E. G. WATERS: *Obst. and Gyn.*, **11**: 650-656 (juin) 1958.
Paul PEDOWITZ, Ralph SCHWARTZ et Morley GOLDBERG: *Obst. and Gynec.*, **14**: 764-772 (déc.) 1959.
Ibid.: **14**: 773-779 (déc.) 1959.

TECHNIQUES CHIRURGICALES FRANÇAISES EN O.-R.-L.

Jean BRISSON (Hull, P.Q.).

Il n'est pas dans mon intention, ni d'ailleurs de mon ressort, de tracer une étude comparative des techniques chirurgicales françaises avec les nôtres. Je voudrais seulement soulever l'intérêt sur des modalités de techniques, de même que sur des conceptions de traitement différentes des nôtres, qu'il m'a été possible de remarquer comme Interne des Hôpitaux dans un service d'ORL parisien; ce service était celui de Monsieur Maurice Aubry, professeur titulaire de la Chaire d'ORL, Hôpital Lariboisière, Paris. Je ne mettrai l'accent, bien entendu, que là où le contraste m'a paru le plus évident, avec la chirurgie telle que je l'ai observée durant mon entraînement en oto-laryngologie à Toronto, sous la direction du docteur P. E. Ireland, F.R.C.S., « Professor of Otolaryngology, Banting Institute, University of Toronto ».

ANESTHÉSIE

En France, l'anesthésie locale est encore beaucoup plus populaire que dans nos milieux, où l'anesthésie générale est devenue presque systématique. Je crois qu'il s'agit avant tout d'une habitude, et de la part du malade qui n'est nullement effrayé à la perspective d'un acte chirurgical sans être endormi, et de la part du chirurgien qui trouve la locale plus commode, moins dangereuse, et qui ne voit réellement aucune raison de la délaisser. Un des principaux avantages est la diminution du saignement peropératoire. Dans la chirurgie cervicale, elle provoque le blocage des relais nerveux, point de départ de réflexes parfois mortels. Enfin, dans la chirurgie de la surdité, elle permet le contrôle du retour de l'audition sur la table d'opération. Au besoin, pour tranquilliser un malade nerveux, cette anesthésie locale est potentialisée par une injection intraveineuse lente (goutte à goutte) « d'un cocktail », ainsi dénommé, comprenant 250 mg. de Diparcol, 10 mg. de Dolosal et 50 mg. de Phenergan, dilués dans 250 cc. de sérum physiologique. Ainsi, la majorité des interventions oto-laryngologiques   Lariboisière sont effectuées sans l'aide de l'anesthésie générale, sauf les évidements p tromastoïdiens, les laryngectomies totales avec ou sans curage ganglionnaire, les fronto-ethmoïdectomies par voie externe ou trans-maxillaire. L'anesthésie générale est maintenue par insufflation de vapeurs anesthésiques ( ther-protoxyde d'azote) avec oxygène,

sous intubation endotrachéale, après induction préalable au thiopenthal sodique et relaxants.

OREILLES

En matière de chirurgie aurale, en France comme partout ailleurs, par le fait de la rareté croissante des mastoïdites aiguës, la mastoïdectomie simple a dû céder le pas aux évidements p tromastoïdiens dont les progrès de la technique sont largement attribuables à l'usage du microscope opératoire, et surtout à notre meilleure compréhension de la physiologie de l'oreille moyenne. De plus, cette chirurgie s'efforce de demeurer fonctionnelle, donc partielle, et de respecter les éléments intacts de la chaîne ossiculaire. Ces évidements partiels, que l'on désigne en France sous les noms d'antro-atticotomie et d'évidement antro-attical (Ramadier), correspondent assez bien au terme anglais de *Modified Radical Mastoidectomy*. Ils peuvent aussi, suivant les indications, être complétés par l'application d'une greffe cutanée sur des osselets ou un étrier mobile, et portent alors le nom de tympanoplasties, qui comprennent toute une gamme d'interventions applicables à certaines classifications (Wullstein). Si les principes et les buts poursuivis par cette opération sont les mêmes en France et ici, il n'en existe pas moins de légères particularités techniques, comme par exemple, l'ouverture de l'antre et de l'attique. Alors que les otologues torontois ouvrent l'antre d'abord et, en se guidant sur le canal semi-circulaire horizontal, entrent ensuite dans la région  pitympanique,   Lariboisière, toute la région antro-atticale est ouverte d'emblée, méthode sans aucun doute plus rapide entre des mains expertes, mais qui n'est pas exempte de danger pour un débutant. La fraise, bien entendu, est l'instrument préféré.

COPHOCHIRURGIE FRANÇAISE

La cophochirurgie française est parvenue au même degré de perfectionnement qu'en Amérique, et les résultats de la mobilisation de l'étrier et de la fenestration sont comparables aux nôtres. Dans l'otosclérose, le Professeur Aubry suggère au malade la mobilisation de l'étrier en un premier temps, et en cas d'échec de cette dernière, la fenestration du canal semi-circulaire horizontal en un deuxième

temps. La voie d'abord de la mobilisation de l'étrier est endaurale, et il est intéressant de noter que la résection osseuse de la portion postero-supérieure du cadre tympanal est large et se fait, non pas à la curette, mais soit à la fraise électrique, soit à la gouge No 2, ce qui donne un jour excellent sur la platine de l'étrier. On tente d'abord la mobilisation indirecte de l'étrier (col de l'étrier-branche descendante de l'enclume), et l'ankylose cède dans environ 30% des cas. Si l'ankylose résiste, on fracture la platine avec un stylet courbe très pointu, en essayant de rendre la moitié postérieure de la platine mobilisée solidaire de la branche postérieure de l'étrier (Fowler). La platinofissure donne de meilleurs résultats immédiats (60%-70%), surtout si la branche antérieure est intentionnellement fracturée. Enfin, la voie d'abord de la fenestration est endaurale. Tandis que l'équipe du docteur Sullivan à St. Michael, Toronto, procède à une exentération systématique de toutes les cellules mastoïdiennes avant de fenestrer le canal semi-circulaire horizontal, M. Aubry, au contraire, limite sa résection osseuse à l'attique (atticotomie), en épargnant les cellules mastoïdiennes et l'antre, qu'il exclut de la caisse et de l'attique au moyen de son lambeau tympano-mental. Ce détail technique lui permettrait de réduire le volume de la cavité, et d'isoler la mastoïde de toute infection post-opératoire possible.

NEZ

Malgré quelques échecs, l'acte chirurgical mérite tout de même considération dans certaines affections rhinologiques rebelles à tout traitement médical. Dans l'ozène (rhinite atrophique), il vise à réduire le diamètre des fosses nasales, soit en mobilisant ses parois, soit en introduisant des implants organiques (os ou cartilage) ou inorganiques (acrylic-teflon) dans les loges sous-muqueuses de la cloison ou de la paroi latérale des fosses nasales. Je me permets de signaler ici la méthode adoptée à Lariboisière, car elle me semble intéressante et relativement facile d'application. Les implants utilisés sont des bâtonnets d'acrylic d'environ 1 cm. de long et en général bien tolérés par la muqueuse nasale. Ces derniers sont introduits dans des loges sous-muqueuses, créées dans la paroi latérale et plancher des fosses nasales, par voie gingivo-labiale (incision de Caldwell-Luc) au pourtour du bord inférieur de l'orifice piriforme. Cette méthode d'inclusion fut décrite par Eyries et porte son nom, malgré ses nombreuses modifications apportées depuis. Personnellement, il m'a été rendu possible d'effectuer quelques-unes de ces opérations par

cette voie d'abord, et m'adjoignant au témoignage de mes collègues Français, je dois dire que les résultats me semblent plus que satisfaisants, l'inclusion entraînant la disparition quasi complète de la cacosmie et des croûtes. Monsieur Aubry utilise des implants de teflon qu'il juge moins rigides et mieux tolérés par les tissus, et qu'il introduit de préférence par voie endonasale sous la muqueuse de la cloison et du cornet inférieur.

Il me serait impossible d'aborder le sujet des rhinoplasties sans m'arrêter à chacune des déformations nasales à corriger, et sans faire le compte des variantes techniques dont l'infinie multiplicité leur mériterait une étude spéciale. Je ne me limite ici qu'à exprimer l'opinion parisienne, et en particulier celle de Monsieur Aubry, en ce qui regarde la chirurgie plastique du nez en général, et qui se résume à ceci: les problèmes esthétique et fonctionnel vont de pair et ne devraient pas être résolus l'un sans l'autre. Ce principe s'applique particulièrement bien aux déformations nasales associées aux déviations de la cloison, dont les corrections devraient être comprises dans le même cadre thérapeutique. J'ajoute enfin que la résection sous-muqueuse de la cloison, pourtant si populaire dans nos milieux, est presque entièrement abandonnée par les otolaryngologistes parisiens, pour la reposition de la cloison, opération que l'on juge peut-être plus difficile, mais par contre plus physiologique, puisqu'elle garde intact l'élément cartilagineux de la charpente septale. D'application relativement récente et d'indication commune, dans les déviations et luxations antérieures de la cloison nasale, elle utilise une voie d'abord plus antérieure que l'incision de Killian, par une incision transfixiante de l'interstice situé entre le bord inférieur de la cloison et la columelle. La muqueuse nasale n'est décollée que sur un seul côté, et la portion déviée ou luxée du cartilage est libérée des attaches qui la maintiennent dans sa position anormale (épine et crête nasale du maxillaire-gouttière antérieure du vomer). Pour lui redonner plus de souplesse ou empêcher qu'il gondole, ce cartilage libéré peut être soit aminci, soit croisillonné au bistouri, mais non pas réséqué « in toto ». Lorsqu'elle s'impose, la résection est très minime et ne se limite qu'aux éperons cartilagineux, effectuée au bistouri, ou aux éperons osseux (crête nasale-vomer), effectuée alors à la gouge. Utilisant soit une râpe, soit une pince de Ash, on termine en réduisant la cloison sur la ligne médiane, dans la gouttière antérieure du vomer ou de la crête nasale du maxillaire. L'incision

est refermée par deux ou trois points transfixiants de soie ou de catgut.

SINUS

Les problèmes thérapeutiques des sinusites chroniques ne sont pas nouveaux, et sont loin d'être résolus, surtout en ce qui regarde les indications chirurgicales et la technique opératoire à choisir. A Paris, l'opinion générale considère que les sinusites chroniques d'origine nasale (j'exclus la sinusite maxillaire d'origine dentaire) ne sont que rarement isolées aux sinus maxillaires, et sont en général associées à une atteinte simultanée, soit des groupes postérieurs (ethmoïde postérieur et sphénoïde), soit des groupes antérieurs (ethmoïde antérieur et frontal); cette conception rend donc futile et inadéquate toute chirurgie restreinte au sinus maxillaire et épargnant les cellules ethmoïdales. C'est pourquoi depuis plusieurs années, les milieux parisiens donnent la préférence, dans les pansinusites chroniques, à une opération de Caldwell-Luc élargie, c'est-à-dire, à une ethmoïdectomie transmaxillaire, telle que décrite par Pietrantonio et De Lima, et dont le but principal est, avant tout, d'établir un système de drainage unique entre tous les sinus, y compris le sinus frontal. Ses succès en France l'ont rendue plus populaire que les opérations des sinus fronto-ethmoïdaux par voie externe, qui d'ailleurs, n'en gardent pas moins leurs indications, en cas d'échec de la première opération, ou si la sinusite fronto-ethmoïdale devient une menace sur le contenu orbitaire ou le cerveau. Ajoutons enfin que l'ethmoïdectomie transmaxillaire, pour être complète, n'est pas sans danger pour un débutant, en raison de la fragilité des limites séparant l'ethmoïde de l'orbite en dehors (os planum), du lobe frontal en haut (lame criblée), du nerf optique en arrière (sphénoïde). Son exécution exige donc une connaissance parfaite des rapports anatomiques de la région, préalablement acquise par de nombreux exercices sur le cadavre.

Les sinusites frontales aiguës isolées qui ne cèdent pas aux antibiotiques au bout de plusieurs jours, sont attribuables, en général, à un drainage naso-frontal inadéquat. Dans les hôpitaux torontois, de tels cas ne portent à aucune hésitation et sont justifiables d'une trépanation par voie sus-orbitaire, à l'angle interne de l'œil. A Paris, on préfère à la trépanation classique un autre procédé qu'on appelle trépano-ponction du sinus frontal, décrite par Lemoyne et exigeant une instrumentation spéciale portant son nom. Les clous de Lemoyne sont des petites canules de 12 et 15 mm.,

à mandrin arrondi, qui sont introduits dans le sinus frontal par sa paroi antérieure, préalablement percée par une vrille à main (chignole), sous anesthésie locale. Il m'a été permis d'effectuer plusieurs trépano-ponctions du sinus frontal et je suis convaincu de son efficacité et de ses avantages sur la trépanation frontale classique, parce que:

1. Elle est d'exécution rapide et facile, sous anesthésie locale;
2. L'étanchéité absolue de la canule, une fois mise en place, empêche toute fuite de liquide et nous permet mieux de nous rendre compte de la perméabilité naso-frontale en injectant du sérum physiologique par la canule. L'injection de ce sérum sous pression fait souvent céder l'obstruction du canal naso-frontal et le malade accuse un soulagement immédiat de ses symptômes;
3. La canule peut être laissée à demeure aussi longtemps que persiste l'obstruction naso-frontale sans incommoder le patient, et permettre ainsi l'injection d'antibiotiques localement.

La trépano-ponction ne doit jamais être faite sans radiographie préalable du sinus frontal, prise de face et de profil, afin de déterminer d'une façon exacte le volume du sinus, son extension, l'épaisseur de sa paroi antérieure et la distance qui la sépare de sa paroi postérieure. Le point précis de la trépano-ponction se mesure, selon Lemoyne, de la façon suivante: tracer d'abord la bissectrice de l'angle formé par deux lignes perpendiculaires l'une à l'autre, la première correspondant à une horizontale passant par les deux échancrures sus-orbitaires; la deuxième correspondant à la sagittale médiane de la face (verticale). Le point recherché est à 1 cm. environ sur la bissectrice de l'angle ainsi formé.

LARYNX

La chirurgie du cancer glottique, en France, comme d'ailleurs aussi en Italie, s'efforce volontiers de demeurer aussi conservatrice et partielle que possible, si ce n'est que dans le but d'éviter au malade un trachéostome permanent. Le professeur Aubry soumet presque systématiquement tous ses malades à une radiothérapie d'épreuve de 3,000 R, avant d'envisager toute intervention.

L'hémilaryngectomie, introduite en France par Hautant, modifiée et perfectionnée par Aubry, est et demeure une technique raffinée avec résultats comparables à la laryngectomie totale, pourvu que soient respectées certaines indications précises (elles sont peu nombreuses) et que l'opération soit faite entre des mains expertes.

Les mêmes considérations s'appliquent aux laryngectomies partielles frontales antérieures et fronto-latérales, décrites et effectuées par Leroux-Robert à Paris. Ces opérations, indiquées dans les cancers s'étendant à toute une corde vocale, même à la commissure antérieure, correspondent à une corpectomie élargie. Elles constituent, à Paris, une intervention intermédiaire entre la laryngofissure et la laryngectomie totale.

Cette notion de chirurgie conservatrice du larynx n'est pas très en vogue dans les milieux canadiens et américains, et ceci probablement par acquit de sécurité. Entre la chirurgie totale et la chirurgie partielle conservatrice, s'opposent deux problèmes aussi intéressants que controversés suivant les milieux: maximum de sécurité d'une part, conservation de la fonction d'autre part.

En marge des laryngectomies, je ne saurais passer sous silence une voie d'abord laryngée toute spéciale, qui fut décrite par Aubry et Sénéchal dans les « Annales d'Otolaryngologie » en avril-mai 1956, sous le nom de « Laryngotomie inter-thyro-cricoïdienne ». Le principe et le but poursuivis par l'opération se résument à l'ouverture du larynx par la membrane crico-thyroïdienne, soit pour explorer le larynx, soit pour enlever une tumeur bénigne de la glotte, soit enfin pour recalibrer le larynx. Personnellement, j'ai eu l'occasion d'effectuer une telle laryngotomie pour extirper un polype sous-glottique. De technique facile, elle ne consiste qu'à pratiquer une incision cervicale transverse, poursuivre la dissection médiane des muscles sous-hyoïdiens, décoller le péri-chondre du rebord inférieur du cartilage thyroïde, dont on résèque un petit triangle cartilagineux à base inférieure, et enfin ouvrir, par incision verticale médiane de la membrane crico-thyroïdienne, après cocaïnisation.

L'intérêt de cette opération est dû à ses avantages sur la laryngofissure, de technique un peu plus difficile, et qui n'est pas exempte de séquelles fonctionnelles possibles sur le larynx, car elle touche l'insertion des cordes vocales. Ces avantages ne sont justifiables qu'à condition, bien entendu, d'être compris dans le cadre d'indications précises qu'il ne faudrait pas outre-dépasser. Ces indications, selon Aubry et Sénéchal, sont les suivantes:

1. « Tumeurs bénignes des cordes vocales », non extirpables par laryngoscopie, comme par exemple une tumeur trop grosse, à pédicule trop large, ou d'implantation sous-glottique, chez un malade non-coopératif, à réflexes exagérés;

2. « Tumeur dites précancéreuses »;

3. « Exploration du larynx pour une lésion glottique d'extension douteuse, ou une lésion n'ayant pas fait cliniquement ou radiologiquement sa preuve (dans le ventricule par exemple) ».

A ces trois indications initiales de cette voie d'abord laryngée, posées par Aubry et Sénéchal en 1956, peut maintenant s'ajouter une quatrième: à savoir le recalibrage du larynx, par section verticale médiane du châton cricoïdien et des muscles interaryténoïdiens jusqu'à la muqueuse œsophagienne, suivie par la mise en place d'une canule de Rethi, dans les paralysies bilatérales des dilatateurs (abducteurs) et les sténoses cicatricielles du larynx. Cette méthode de recalibrage, conçue et décrite d'abord par un chirurgien hongrois, Rethi, consistait essentiellement à ouvrir le larynx par thyrotomie, sectionner postérieurement le châton cricoïdien sur la ligne médiane jusqu'à l'œsophage, écarter le châton sectionné de façon à augmenter le diamètre transversal de la fente glottique, et finalement, maintenir le calibre obtenu par une canule de trachéotomie spéciale, décrite par Rethi et portant son nom (canule pourvue d'un moule laryngé sur le versant supérieur de la chemise externe). Aux principes de ce procédé opératoire, Aubry apporte deux modifications importantes:

1. La voie d'abord inter-thyro-cricoïdienne, au lieu de la thyrotomie, avec les avantages déjà mentionnés;

2. Interposition d'une greffe cutanée dans la fente du châton cricoïdien sectionné, dans le but de réduire au minimum le bourgeonnement post-opératoire, et d'éviter la resoudure postérieure du cricoïde.

Les suites post-opératoires et les résultats immédiats sont excellents dans la majorité des cas, et permettent le retrait de la canule au bout d'environ un mois. D'avenir prometteur, sans aucun doute, dans les paralysies bilatérales des dilatateurs et dans certaines sténoses cicatricielles du larynx, cette opération n'en est pas moins à son stage initial d'épreuve à Lariboisière, et des statistiques ne sont pas encore établies. Le temps décidera.

Mon stage comme médecin résident étranger à Lariboisière, Paris, fut agrémenté par une sollicitude dont je tiens à remercier mes chefs, de même que par une hospitalité cordiale et sincère de la part de mes collègues parisiens.

Aux nouvelles connaissances acquises se sont ajoutés des liens plus serrés avec mes amis français.

Résumé

A Paris, l'anesthésie générale est pratiquée moins souvent que dans nos milieux.

La Mastoïdectomie partielle, la Tympanoplastie, la Fenestration et la Mobilisation d'étrier, dans le cadre d'indications et de résultats similaires aux nôtres, présentent des différences de modalité technique.

Il est mentionné de la voie d'abord d'Eyries dans le traitement chirurgical de l'ozène.

La résection sous-muqueuse est indiquée moins souvent que la reposition de la cloison dans la correction d'une déviation.

Dans les pansinusites chroniques, la préférence va à l'Éthmoïdectomie transmaxillaire plutôt qu'à l'opération de Caldwell-Luc, tandis que dans les sinusites frontales, la trépano-ponction est jugée plus commode que la trépanation classique par le plancher du sinus.

Enfin, l'Hémi-laryngectomie et la laryngectomie partielle, quoique d'indications restreintes, sont considérées plus fonctionnelles que la Laryngectomie totale dans le traitement de certains cancers glottiques.

L'intérêt de la Laryngotomie inter-thyro-cricôïdienne est signalé.

Summary

In Paris, the use of General Anesthesia is more restricted.

Modified Radical Mastoidectomies, Tympanoplasties, Fenestration operations and Stapes Mobilizations, in spite of similarities of indications and results with ours, present differences with regard to techniques.

The Eyries approach for implantation is mentioned in the surgical treatment of ozena.

Submucous resections have fewer indications than midline repositions in the correction of deflected nasal septum.

In chronic sinus diseases, Transantral Ethmoidectomies are considered preferable to Caldwell-Luc operations,

whereas in frontal sinusitis, trepano-punctures through the anterior wall are deemed more convenient than conventional trephines through the sinus floor.

Finally, Hemi-laryngectomies and Partial Laryngectomies, in spite of restricted indications, are regarded as being more functional than total Laryngectomies in the treatment of some glottic carcinomas. The interest of the Inter-thyro-cricoid Laryngotomy is brought to attention.

BIBLIOGRAPHIE

- Maurice AUBRY: *Chirurgie de l'Oreille, du Nez, du Pharynx et du Larynx*. Masson et Cie, édit., Paris, 1949; pp. 143-152; pp. 403-405; pp. 586-589; pp. 810-832.
- M. AUBRY et G. SENECHAL: *Oto-Rhino-Laryngologie*. G. Doin et Cie, édit., 1958.
- M. AUBRY et G. SENECHAL: Laryngotomie inter-thyro-cricôïdienne. *Annale d'Oto-Laryngologie*, **73**: (avril-mai) 1956.
- J. LEROUX-ROBERT: La chirurgie conservatrice du larynx. *Annales d'Oto-Laryngologie*, **74**: 40-74 (janv.) 1957.
- P. CLERC: Platinofissure, avec ou sans stapedolyse. *Ann. d'Oto-Laryngologie*, **75**: 220-242 (avril-mai) 1958.
- M. AUBRY et F. BACLESSE: Le choix du traitement du cancer endolaryngé fondé sur les résultats thérapeutiques après 5 ans. *Ann. d'Oto-Laryngologie*, **76**: 5-26 (janv.-fév.) 1959.
- J. A. SULLIVAN et J. K. BRYDON SMITH: Ten years experience with the Fenestration Operation. Proceedings of the Fourth International Congress of Oto-Laryngology, London, juillet 1949.
- J. A. SULLIVAN: The Maintenance and Improvement of Hearing in Radical Mastoid Surgery. *Can. Med. Ass. Journ.*, **64**: 113-118, 1951.
- J. A. SULLIVAN et J. B. SMITH: Causes for Failure in Fenestration Surgery. *American Acad. of Ophthalmology and Oto-Laryngology*, pp. 24-34 (juillet) 1951.
- J. A. SULLIVAN: Treatment of the Chronic Discharging Ear. *N. Y. St. J. Med.*, **53**: 2486-2491 (1 nov.) 1953.
- K. McASKILE: Management of Soft tissues in Temporal Bone Surgery. *The Laryngoscope*, **65**: 935-969 (oct.) 1955.
- H. WULLSTEIN: *Arch. Ohr., Nas, u. Kehlkheilk*, **159**: 255, 1951; *Ibidem*, **161**: 422, 1952.

PHYSIOPATHOLOGIE ET CLASSIFICATION DES TRAUMATISMES THORACIQUES

Jacques BRIÈRE,
Hôpital Maisonneuve (Montréal).

A cause de la solidarité existant entre les éléments de la cage thoracique et de son contenu, il est difficile de donner une classification des traumatismes thoraciques tout à fait exempte de chevauchement et de répétition.

Dans la physiopathologie elle-même des différents traumatismes du thorax, on se voit contraint d'utiliser de multiples répétitions, et ce,, à cause de l'unité dominante constituée par la dynamique circulatoire et respiratoire.

Voici donc une classification qui tente, dans la mesure du possible, d'éliminer les chevauchements.

CLASSIFICATION

1 — Traumatismes exclusivement pariétaux

Ce sont ceux qui n'intéressent que la paroi, sans participation des viscères ni de leurs séreuses. Nous groupons sous ce chapitre les traumatismes des tissus mous et de la charpente ostéo-cartilagineuse.

II — Traumatismes viscéraux et leurs complications

Ils sont habituellement, mais pas toujours, accompagnés de lésions pariétales. Ils peuvent être:

1) *Internes ou fermés.* Il n'existe pas de communication entre la lésion et l'extérieur: par exemple, une côte fracturée blessant une séreuse ou un viscère.

2) *Externes ou ouverts.* Il existe une communication entre la lésion et l'extérieur: par exemple, un projectile pénétrant dans la cavité thoracique.

Les organes lésés peuvent appartenir à l'appareil respiratoire, à l'appareil circulatoire, à l'appareil digestif, ou au système nerveux.

Ces traumatismes viscéraux s'accompagnent souvent de complications qui peuvent dominer le tableau clinique: pneumothorax, hémithorax, chylothorax, hémomédiastin, pneumopéricarde, hémopéricarde, emphysème médiastinal ou sous-cutané, asphyxie, traumatique, poumon noyé, « Wet Lung ».

PHYSIOPATHOLOGIE

Un court rappel des principaux éléments de la physiologie respiratoire est essentiel à la compréhension de la physiopathologie des traumatismes thoraciques.

I — PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

Les principaux points de physiologie à envisager sont:

- A — Les variations de pression intra-pulmonaire et intra-pleurale.
- B — La capacité pulmonaire.
- C — La circulation pulmonaire.

A — Les variations de pression

1°) Pression intra-pulmonaire: Les voies respiratoires étant en communication avec l'air atmosphérique, il en résulte que, à l'état d'immobilité de la cage thoracique, la pression intra-pulmonaire est égale à la pression atmosphérique.

A l'inspiration normale, la pression intra-pulmonaire est inférieure de 2 mm. Hg. à la pression atmosphérique.

A l'expiration normale, la pression intra-pulmonaire est supérieure des 3 à 4 mm. Hg. à la pression atmosphérique.

Au cours d'une inspiration forcée, la pression intra-pulmonaire peut descendre à -40 et -50 mm. Hg.

Au cours d'une expiration forcée, avec la glotte fermée, comme lors d'un effort de toux ou de défécation, elle peut atteindre +40 mm. Hg.

Les variations de pression intra-pulmonaire, même au cours de l'inspiration et de l'expiration normales, sont dues à la résistance qu'offrent les voies respiratoires au passage de l'air, en particulier les voies respiratoires supérieures. La trachéotomie supprime 75% de cette résistance, réduisant les variations de pression intra-pulmonaire jusqu'à zéro.

2°) Pression intra-pleurale: La cavité pleurale est une cavité virtuelle à l'état normal. Seul un mince film de liquide est interposé entre les feuillets pariétal et viscéral, agissant à titre de lubrifiant au cours des glissements occasionnés par les mouvements respiratoires.

En position intermédiaire, la pression intra-pleurale est inférieure à la pression atmosphérique. Nous expliquons cette pression négative de la façon suivante:

A la naissance, le premier effort inspiratoire produit une augmentation marquée des diamètres de la cage thoracique. Comme il s'agit d'une cavité close, il s'établit une pression négative à la surface des poumons. Les 2 feuillets pleuraux restant accolés, et, le tissu pulmonaire étant élastique, les poumons suivent la cage thoracique dans son agran-

dissement. Si le volume des poumons était égal à la capacité de la cage thoracique, la pression intra-pleurale serait égale à la pression atmosphérique, mais le volume des poumons est inférieur à la capacité de la cage thoracique. Il s'ensuit que, même à mi-chemin entre l'expiration et l'inspiration, soit à l'état de repos, le tissu pulmonaire est mis sous tension, et, à cause de son élasticité, tire continuellement en sens contraire pour reprendre son volume normal.

A l'état de repos donc, la pression intra-pleurale est de 4 à 5 mm. Hg. inférieure à la pression atmosphérique.

Mentionnons que la pression négative augmente avec l'âge, parce que la cage thoracique croît plus rapidement que les poumons.

Il existe un facteur apparemment plus important que la pression négative, responsable de l'accolement des feuillets pleuraux. Ce facteur, c'est la traction hydraulique exercée par le film de liquide pleural. La traction hydraulique dépend de la tension superficielle du liquide en cause. On la met facilement en évidence lorsqu'on tente de décoller deux lames de verre humides. Un film d'eau peut soutenir une force de 3,600 mm. Hg./cm². L'introduction d'air entre les deux surfaces permet de les décoller facilement.

Une preuve que la pression négative intra-pleurale n'est pas le seul, ni peut-être le plus important, facteur tenant les feuillets pleuraux accolés est apportée par le fait qu'on peut réduire la pression intra-pulmonaire à un niveau très inférieur à la pression intra-pleurale sans causer de collapsus pulmonaire.

Variations de la pression intra-pleurale:
position intermédiaire: —4 à —5 mm. Hg.
inspiration ordinaire: —6 mm. Hg.
expiration ordinaire: —2.5 mm. Hg.
inspiration forcée, glotte fermée: —40 mm. Hg.
expiration forcée, glotte fermée: +50 mm. Hg.

La résistance opposée au passage de l'air par les voies respiratoires supérieures influence les variations de la pression intra-pleurale, par l'intermédiaire de ses effets sur la pression intra-pulmonaire. Si bien qu'en supprimant 75% de cette résistance par une trachéotomie, les variations de la pression intra-pleurale sont diminuées de plus de 50%, oscillant de —5 mm. Hg. à —4 mm. Hg., au lieu de —6 mm. Hg. à —2.5 mm. Hg. Ce qui signifie que, pour une ventilation égale, l'effort à fournir de la part des muscles de la respiration sera beaucoup moindre. On reconnaîtra immédiatement l'importance de ce fait chez le traumatisé

du thorax qui, à cause de la douleur, diminue ses efforts respiratoires.

La diminution des variations de pression intra-pleurale par trachéotomie réduit de beaucoup l'amplitude des mouvements paradoxaux chez les cas de « *Stove-in-Chest* », car ceux-ci sont dépendants des variations de pression intra-pleurale, comme nous le verrons plus loin. Il en résultera une moins grande perturbation de la physiologie respiratoire et circulatoire. La pression négative intra-pleurale exerce également ses effets sur les autres structures intra-thoraciques, en particulier sur les grosses veines du médiastin et sur les oreillettes, à cause de la minceur et de l'élasticité de leurs parois, comparativement à celles des artères et des ventricules. La pression négative distend les parois des veines et des oreillettes, hâtant le retour veineux et le remplissage cardiaque: il se fait un appel de sang venant des régions extra-thoraciques. De plus cette action se fait de façon intermittente à cause des variations de pression amenées par la respiration, ce qui ressemble beaucoup aux gestes du trayeur.

Une augmentation de la pression intra-pleurale, par exemple au cours d'une expiration forcée sur glotte fermée, provoque un collapsus des parois des oreillettes et des veines. Le sang est chassé dans les veines de l'abdomen et du cou.

B — La capacité pulmonaire

On appelle air courant le volume d'air pénétrant dans les voies respiratoires au moment d'une inspiration ordinaire; c'est aussi le volume d'air expulsé hors des voies respiratoires lors d'une expiration ordinaire. Ce volume est égal à 500 cc.

Après une expiration ordinaire, le volume d'air qu'il est possible d'inspirer au cours d'une inspiration forcée est égal à 3,000 cc., c'est l'air complémentaire.

Après une expiration ordinaire, il est possible d'expulser encore 1,000 cc. d'air en faisant une expiration forcée, c'est l'air supplémentaire ou air de réserve.

La capacité vitale est la somme de l'air complémentaire et de l'air supplémentaire. Elle est égale à 4,000 cc. et représente le volume d'air qu'il est possible d'inspirer après une expiration forcée.

L'air qui reste dans le tractus respiratoire après une expiration forcée est appelé air résiduel, il représente un volume de 1,000 — 1,500 cc. d'air. Lorsque la cavité pleurale est ouverte, la pression s'égalise des deux côtés du poumon et une grande partie de l'air résiduel est expulsé. L'air qui reste

est appelé air minimum: il est responsable de la flottabilité du poumon.

La capacité totale est égale à la somme de la capacité vitale et de l'air résiduel, et représente 5,000 — 5,500 cc. d'air.

Volume minute, c'est le volume d'air respiré dans une minute. L'air fonctionnel résiduel est la somme de l'air supplémentaire et de l'air résiduel soit à 2,500 cc.

La notion d'espace mort. L'espace mort anatomique est représenté par cette partie du tractus respiratoire qui s'étend des narines aux bronchioles terminales, au sein de laquelle ne se produit aucun échange gazeux entre l'air et le sang. Son volume est égal à 150 cc. et varie peu chez le même individu (Variations causées par l'état de contraction ou de dilatation de l'arbre bronchique).

Donc des 500 cc. d'air courant, 350 cc. seulement d'air frais servent aux échanges respiratoires.

La trachéotomie supprime environ 100 cc. de cet espace mort, portant la quantité d'air frais efficace à 450 cc. au lieu de 350 cc. au cours de la respiration normale. Pour un individu normal, cette augmentation est insignifiante si on la compare à la capacité vitale, mais chez un grand traumatisé du thorax, dont la capacité vitale est réduite au minimum, cette augmentation peut faire la différence entre la mort et la vie.

L'espace mort physiologique est différent du précédent. Il représente l'espace pulmonaire total contenant de l'air frais, à la fin de l'inspiration. L'espace mort physiologique varie avec la profondeur de la respiration. Lorsque celle-ci est très superficielle, l'air frais n'atteint même pas les bronchioles terminales, mais au cours de la respiration ordinaire, l'espace mort physiologique est de beaucoup supérieur à l'espace mort anatomique.

C — La circulation pulmonaire

La surface capillaire exposée à l'air mesure 140 m². Les vaisseaux pulmonaires jouissent d'une grande élasticité. Leur capacité est altérée par:

1°) Les changements de la pression intra-thoracique occasionnés par les mouvements respiratoires.

2°) Les changements du volume-minute du ventricule droit par rapport à la résistance offerte aux cavités gauches du cœur. La pression artérielle pulmonaire est égale à 12 à 30 mm. Hg. pour la pression systolique et 10 mm. Hg. pour la diastolique qui varie moins chez les différents individus.

A cause de l'absence de pression interstitielle au niveau des alvéoles pulmonaires, une pression

plus élevée que les chiffres mentionnés plus hauts causerait un déséquilibre entre les forces hydrostatique et osmotique, avec comme résultat une transsudation plasmatique au niveau des alvéoles.

La pression à l'intérieur des veines pulmonaires est de —3 mm. H₂O en inspiration et +4 mm. H₂O en expiration. Le tonus peu élevé des artérioles pulmonaires permet la transmission rapide d'une augmentation de pression du côté veineux au côté artériel.

La grande élasticité du lit vasculaire pulmonaire entraîne deux conséquences:

a) Dans différentes conditions, le sang contenu dans les poumons montre de grandes variations dans son volume.

b) Les variations du volume sanguin pulmonaire n'entraînent que peu ou pas de changement dans la pression artérielle pulmonaire chez les sujets sains. Mais chez les personnes souffrant de pneumopathies chroniques, les remaniements structuraux entraînent une perte d'élasticité des parois vasculaires; il s'ensuit qu'une augmentation du volume sanguin pulmonaire amène une augmentation marquée de la tension artérielle pulmonaire.

Sur cette observation est fondée l'occlusion unilatérale de l'artère pulmonaire comme épreuve-pronostic des pneumonectomies pour pneumopathie chronique. L'anoxie est un autre facteur qui, en augmentant la résistance vasculaire pulmonaire, cause une augmentation de la pression artérielle pulmonaire. A l'état de repos, le volume sanguin pulmonaire représente:

6% du volume sanguin total, en expiration

9% du volume sanguin total, en inspiration

Le volume sanguin pulmonaire peut atteindre jusqu'à 20% du volume sanguin total.

L'augmentation de la tension artérielle pulmonaire produit un engorgement des vaisseaux pulmonaires avec distension des capillaires et une diminution de la capacité vitale, conséquemment. A l'inspiration la tension artérielle pulmonaire diminue malgré l'augmentation de l'apport sanguin au ventricule droit et l'augmentation consécutive de son débit, parce que la distension des vaisseaux pulmonaires accompagnant l'inspiration dépasse l'augmentation du volume sanguin pulmonaire. L'inverse se reproduit en tout point au cours de l'expiration.

II — PHYSIOPATHOLOGIE DES TRAUMATISMES THORACIQUES

Les traumatismes des tissus mous ne présentent aucune particularité digne de mention.

Disons quelques mots des principaux traumatismes de la charpente ostéo-cartilagineuse:

1°) *Fracture de côtes.*

Il peut y avoir une fracture par traumatisme direct: la fracture se produit au point d'application de la force;

ou par traumatisme indirect: la force est appliquée en un point quelconque du thorax et la fracture se produit à distance, habituellement au point de convexité maximum, soit au niveau de l'angle antérieur ou postérieur de la côte. C'est ce qui se produit généralement dans les traumatismes par écrasement.

Comme autres causes moins fréquentes de fracture de côtes, mentionnons: l'éternuement, la toux, un effort pour soulever un poids; l'accouchement, en somme toute cause impliquant une contraction intense des muscles insérés sur les côtes.

2°) *Fractures du sternum.*

Elles résultent le plus souvent, dans la vie civile, du traumatisme causé par le volant de l'automobile.

3°) *Respiration paradoxale « Stove-in-Chest ».*

Il résulte en général d'un traumatisme par écrasement, causant l'enfoncement d'une partie de la paroi thoracique avec multiples fractures de côtes avec ou sans fracture du sternum. Il y a toujours plus de deux côtes fracturées, et chaque côte est fracturée au moins en deux endroits. Une partie de la paroi thoracique se trouve désolidarisée du reste, ne participe plus activement aux mouvements respiratoires, mais obéit passivement aux variations de la pression intra-pleurale. A l'inspiration, à cause de la négativité de la pression intra-pleurale, cette partie de la paroi s'enfonce à l'intérieur. A l'expiration forcée, que l'on rencontre chez ces traumatisés à cause de la diminution de la capacité vitale, la pression intra-pleurale devient positive, le segment de paroi fait saillie à l'extérieur, c'est la respiration paradoxale, les mouvements du segment libre étant en sens inverse de ceux du reste de la cage thoracique.

Les conséquences d'un tel traumatisme sont importantes: le poumon du côté lésé se trouve en état de collapsus partiel, la pression négative intra-pleurale étant en partie ou totalement abolie par cet enfoncement d'un segment de la paroi. A cause du mouvement paradoxal, l'expansion pulmonaire est grandement réduite à l'inspiration. Il se produit également un défaut de remplissage du cœur, le maintien d'une pression négative normale deve-

nant impossible. Il en résulte un état d'anoxie et de choc.

4°) *Lésions de la plèvre et des poumons.*

Elles sont causées par:

a) Un traumatisme direct: côte fracturée venant léser le tissu pulmonaire; projectile; arme blanche.

b) Un traumatisme indirect: traumatisme par explosion (« Blast injury »); traumatisme portant exclusivement sur la paroi.

Les lésions de la plèvre et du poumon comprennent surtout: des exsudats sanglants, des hématomes, des plaies.

Nous parlerons ici des traumatismes par explosion, qui présentent un intérêt particulier.

Traumatismes par explosion

Par quel mécanisme se produisent les lésions du parenchyme pulmonaire. Autrefois on acceptait la possibilité de 2 mécanismes:

a) La distension des alvéoles par augmentation de la pression intra-pulmonaire au cours de la vague de choc, suivie d'un affaissement brusque des alvéoles causé par la vague de décompression. Ce mécanisme s'appuyait sur la continuité qui existe entre l'air atmosphérique et l'air contenu dans les voies respiratoires.

b) L'onde de pression positive frappant la cage thoracique.

La première hypothèse est maintenant rejetée, une veste protectrice en caoutchouc-mousse absorbant l'onde de pression sur le thorax étant capable de prévenir les lésions parenchymateuses.

Il se produit, dans le poumon exposé au « traumatisme par explosion », une rupture des vaisseaux et des parois alvéolaires, les alvéoles et le tissu interstitiel étant envahis par des exsudats sanglants qui se répandent même dans les bronches; nous sommes engagés dans un sentier qui conduit au « poumon noyé » dont nous parlerons plus tard.

En somme l'explosion provoque une congestion pulmonaire généralisée avec hémorragies parenchymateuses et sous-pleurales. La vague de pression positive agit également sur le cœur, effectuant un tamponnement momentané.

Les lésions du péricarde et du cœur, des gros vaisseaux du médiastin et du canal thoracique sont intéressantes par les complications qu'elles entraînent et dont nous parlerons plus loin.

5°) *Lésions de l'œsophage*

Il peut s'agir de rupture ou de perforation.

On rencontre les ruptures de l'œsophage au niveau de 2 endroits de prédilection: la région crico-pharyngée et la région de l'hiatus œsophagien, en-

droits où la lumière de l'œsophage est rétrécie et fixée.

La rupture spontanée après un vomissement se présente sous forme de fente linéaire au niveau de la paroi postéro-latérale gauche au-dessus de la jonction œsophago-gastrique.

Le segment œsophagien inférieur a une paroi plus faible anatomiquement: les fibres circulaires adoptent une disposition spirale pour former le sphincter du cardia. Les fibres longitudinales s'écartent pour former les couches moyenne et externe de la musculature gastrique. Dans les ruptures, la musculature cède d'abord, puis il se fait une hernie de la muqueuse formant diverticule qui cède à son tour.

On rencontre exceptionnellement des ruptures retardées de l'œsophage, se produisant plusieurs jours après une contusion de la paroi œsophagienne. Une zone de nécrose se produit par interruption de la circulation locale, et la paroi cède. Les 2 facteurs principaux dans ces ruptures retardées seraient:

a) la destruction de la musculature, conduisant à la nécrose.

b) l'infection.

Les conséquences des perforations et ruptures de l'œsophage sont: l'emphysème médiastinal comme conséquence immédiate, la médiastinite et la fistule broncho-œsophagienne comme conséquences éloignées. Nous parlerons plus loin de l'emphysème médiastinal.

6°) *Lésions du diaphragme*

Durant l'expiration, la coupole diaphragmatique s'élève au niveau des 4^e et 5^e articulations sternocostales.

La possibilité de sa perforation par un projectile ou une arme blanche pénétrant au niveau du thorax doit donc être considérée. Il est possible qu'il y ait une lésion concomitante au niveau des organes abdominaux.

Les conséquences de la perforation diaphragmatique varient selon l'endroit de la perforation. Du côté droit le foie empêche la hernie des viscères abdominaux à travers l'orifice de perforation, les hémorragies sont ordinairement peu graves. Du côté gauche, les viscères abdominaux constitués par: l'estomac, le côlon, le rein, la rate, peuvent faire saillie dans la cage thoracique. La perforation de ces viscères est toujours possible. Une telle hernie diaphragmatique cause une diminution de la capacité vitale.

Les lésions du pneumogastrique ou du phrénique sont rares. Nous ne nous arrêterons pas sur les con-

séquences des lésions du pneumo-gastrique qui sont surtout abdominales et sont les mêmes que celles d'une vagotomie. Quant aux lésions du phrénique, elles entraînent une paralysie du diaphragme, temporaire ou définitive, causant une diminution de la capacité vitale.

Passons maintenant aux complications des traumatismes thoraciques.

COMPLICATIONS

La première complication que nous étudierons est la plus fréquente:

1°) *Pneumothorax*

Il se définit par la présence d'air dans la cavité pleurale. La première conséquence qu'il entraîne est le collapsus du poumon du côté intéressé. Ce collapsus n'est possible qu'à une condition: l'absence d'adhérences pleurales dues à une réaction inflammatoire antécédente. La présence de telles adhérences interromprait dès le début la chaîne des modifications anatomo-physiologiques dont nous parlerons à propos des différents types de pneumothorax.

On distingue en effet trois types de pneumothorax: pneumothorax fermé; pneumothorax sous tension; pneumothorax ouvert.

a) *Pneumothorax fermé*. On reconnaît deux mécanismes de production du pneumothorax fermé:

1 — La perforation du poumon ou d'une bronche par l'extrémité d'une côte fracturée.

2 — Il peut également exister sans fracture de côte, surtout chez les enfants et les jeunes adolescents, dont la cage thoracique est plus malléable que celle de l'adulte. L'application d'une force sur la cage thoracique cause une augmentation subite de la pression intra-pulmonaire, vu le manque de résistance offert par la cage thoracique. Il se produit une rupture des parois alvéolaires et l'air pénètre dans la cavité pleurale. C'est un mécanisme analogue à celui du ballon qui éclate lorsqu'on l'écrase.

La cavité pleurale est ainsi mise en communication avec l'air atmosphérique par l'intermédiaire des voies respiratoires. La pression intra-pleurale devient égale à la pression atmosphérique; le poumon, qui n'est plus retenu accolé à la cage thoracique par la pression négative ni par la traction hydraulique, revient sur lui-même à cause de son élasticité, et l'air pénètre dans la cavité pleurale. On a donc une diminution de la capacité vitale par collapsus d'un poumon. Le médiastin n'est que légèrement déplacé du côté opposé. Il n'existe qu'un

léger balancement médiastinal, et celui-ci s'opère dans le sens contraire du pneumothorax ouvert dont nous parlerons plus loin. A l'inspiration, le médiastin se déplace du côté du pneumothorax, à l'expiration, il se déplace vers le côté sain.

En effet, au niveau de l'hémithorax normal, tout l'air est contenu dans le poumon et il est en communication avec l'atmosphère par l'intermédiaire de l'arbre trachéo-bronchique. Du côté affecté, l'air est contenu dans la cavité pleurale et demeure constant en volume, la plaie pulmonaire s'étant habituellement scellée grâce au collapsus. Durant l'expiration, l'air laisse le poumon, l'air dans le pneumothorax est comprimé, l'augmentation de pression refoule le médiastin du côté normal. L'inverse se produit à l'inspiration. En expiration forcée, le déplacement médiastinal du côté opposé est maximum. Cette manœuvre est utilisée pour démontrer radiologiquement un pneumothorax douteux: l'expiration forcée augmentant les dimensions du pneumothorax.

b) *Pneumothorax sous tension* (à clapet). Il résulte de l'accumulation rapide d'air dans la cavité pleurale. L'air pénètre durant l'inspiration et ne peut sortir durant l'expiration.

Il peut être causé par une plaie de la paroi ou par une plaie du parenchyme pulmonaire mettant l'atmosphère en communication avec la cavité pleurale. Cependant cette plaie joue le rôle de valve permettant l'introduction de l'air, mais pas son expulsion.

L'augmentation continuelle de la pression intra-pleurale collabe progressivement le poumon du côté lésé, diminue le retour veineux au cœur en comprimant les veines médiastinales et les oreillettes, refoule le médiastin du côté opposé, à condition que ce médiastin ne soit pas fixé par des adhérences résultant de réactions inflammatoires antérieures. Le refoulement médiastinal diminue la capacité pulmonaire du côté sain et nuit au remplissage du cœur par angulation des gros vaisseaux du médiastin.

Il s'établit également un cercle vicieux: la diminution de la capacité vitale entraîne une augmentation des efforts respiratoires, ce qui augmente le pneumothorax avec diminution subséquente de la capacité vitale et ainsi de suite.

En général cependant, le pneumothorax sous tension se limite de lui-même lorsqu'il vient d'une plaie pulmonaire, à cause de l'atélectasie progressive du poumon, qui scelle la plaie. Mais lorsqu'il s'agit d'une bronche ou bronchiole, ou de tissu pulmonaire inélastique, ou d'une plaie de la paroi,

l'air continue à pénétrer pour accroître la pression intra-pleurale.

Une augmentation subite de la pression intra-pulmonaire par un effort de toux, de défécation ou un effort de la part du blessé pour se transporter, peut provoquer la réouverture de l'orifice spontanément scellé.

c) *Pneumothorax ouvert*. La cavité pleurale est en communication directe avec l'air atmosphérique par une plaie de la paroi, par où l'air pénètre dans et sort de la cavité pleurale à chaque mouvement respiratoire. Ce type de pneumothorax comporte des conséquences multiples sur la physiologie cardio-respiratoire. Ces conséquences sont proportionnelles à la grandeur de l'ouverture dans la paroi.

Considérons d'abord les conséquences d'un pneumothorax avec grande ouverture de la paroi, comparable par exemple à la plaie d'une thoracotomie.

1 — Il se produit un collapsus du poumon du côté intéressé. A cause de la perte de la pression négative, le tissu pulmonaire revient sur lui-même grâce à son élasticité et demeure atelectasique. La moitié de la capacité vitale se trouve perdue de ce fait.

2 — La capacité du poumon du côté sain est compromise. En effet si le médiastin n'est pas fixé par des adhérences, il représente une structure souple, relativement mobile. Dans la physiologie respiratoire normale, il est immobile parce que soumis à deux forces égales s'exerçant en sens contraire. Dans un pneumothorax ouvert, une surface du septum médiastinal est exposé à la pression atmosphérique, et à cause de l'inégalité des pressions, celle du côté sain étant normalement inférieure à la pression atmosphérique, le septum se déplace du côté sain, limitant l'espace occupé par le poumon.

3 — La ventilation du côté sain est compromise. La capacité d'expansion pulmonaire en inspiration dépend de la pression négative qui elle-même dépend de l'habileté du thorax à augmenter son volume interne.

On peut comparer la cage thoracique à un soufflet: l'écartement des parois rigides d'un soufflet établit une pression négative à l'intérieur de l'appareil, et l'air y pénètre. Si on remplace une paroi rigide du soufflet par une paroi souple, une grande partie de la pression négative est perdue parce que la paroi souple fait saillie à l'intérieur, diminuant l'augmentation du volume interne, donc diminuant la pression négative.

La situation est analogue dans un pneumothorax ouvert: la cavité pleurale intacte a, comme une de ses parois, le médiastin, paroi souple; donc l'habi-

leté de produire une pression négative intra-pleurale est diminuée du côté sain, le médiastin se déplaçant de ce côté à chaque inspiration, revenant vers la ligne médiane en expiration.

4 — Air pendulaire. Dans une inspiration normale, l'air atmosphérique est aspiré des deux côtés parce que les forces aspirantes sont égales. Dans un pneumothorax ouvert, l'arbre bronchique du poumon non fonctionnel devient un canal inerte contenant de l'air à l'état de stagnation, obéissant passivement au jeu des pressions à l'intérieur de l'arbre trachéo-bronchique fonctionnel. Au cours de l'inspiration, la bronche souche fonctionnelle aspire non seulement l'air de l'extérieur par la trachée, mais aussi l'air qui stagne dans l'arbre bronchique non fonctionnel. A l'expiration, la partie non fonctionnelle du tractus respiratoire sert de réservoir pour une portion de l'air expiré.

Donc à chaque cycle respiratoire, une certaine quantité d'air va et vient de chaque côté de l'éperon trachéal, en passant d'une bronche à l'autre. Cet air n'a aucune valeur respiratoire. Cet air pendulaire constitue un facteur peu important par rapport aux autres, mais il contribue à l'asphyxie.

5 — Balancement médiastinal (*Flutter*). En plus d'être refoulé du côté sain, le médiastin exerce un mouvement pendulaire, obéissant aux variations de pression du côté sain, celles-ci n'étant pas contre balancées par des variations semblables du côté du thorax ouvert. L'effet de ce balancement sur la respiration a été mentionné plus haut lorsque nous avons parlé de la ventilation du côté sain.

Les effets du balancement médiastinal sur la circulation se manifestent par une obstruction au retour veineux au niveau du cœur droit, le degré de cette obstruction dépendant du degré de déplacement médiastinal. La plus grande obstruction a lieu au sommet de l'inspiration, alors que le médiastin est attiré au maximum du côté sain. A l'expiration, il tend à regagner la ligne médiane. La moins grande obstruction existe donc à la fin de l'expiration.

Indépendamment du balancement médiastinal, le retour veineux est toujours diminué par un pneumothorax ouvert, à cause de l'absence de pression négative qui normalement hâte le retour veineux par distension des parois veineuses et des parois des oreillettes. Le pneumothorax ouvert détruit non seulement la pression négative, mais aussi la pression intermittente appliquée aux parois des grosses veines par les mouvements respiratoires normaux.

En somme, cette série d'événements entraîne un état de choc et d'aphyxie pouvant se terminer par la mort.

Les ouvertures thoraciques plus petites sont mieux tolérées parce que l'hémithorax atteint est encore capable de créer une certaine pression négative par succion. Il existe une compétition entre l'ouverture thoracique et les voies respiratoires. Si la résistance des voies respiratoires à l'entrée de l'air est plus grande que celle présentée par la plaie thoracique, la pression intra-pleurale aura tendance à s'équilibrer plus rapidement avec la pression atmosphérique, et l'expansion pulmonaire sera moindre.

2°) *Hémithorax et pneumohémithorax*

L'hémithorax peut être dû à la rupture de vaisseaux: intercostaux, mammaires internes, pulmonaires, médiastinaux.

Un hémithorax sans fracture de côte exclut habituellement les vaisseaux intercostaux comme source de l'hémorragie. L'hémorragie causée par la lésion de gros vaisseaux est souvent mortelle.

Une hémorragie venant de la circulation pulmonaire a plus de chance de s'arrêter spontanément, parce que la pression artérielle pulmonaire est très inférieure à celle de la circulation systémique.

L'accumulation de sang dans la cavité pleurale entraîne une augmentation de la pression intra-pleurale, un collapsus du poumon du côté intéressé avec une diminution de la capacité vitale, une augmentation de la résistance dans la circulation pulmonaire, une compression du médiastin diminuant le retour veineux au cœur avec diminution du débit cardiaque consécutif. Nous aboutissons encore une fois à l'anoxie et au choc. Le tableau ressemble à celui du pneumothorax sous tension.

Si l'hémithorax est dû à une lésion du tissu pulmonaire, nous serons en présence d'un pneumohémithorax.

3°) *Chylothorax*

Le débit de la lymphe dans le canal thoracique est de 60 à 190 cc./heure.

L'ingestion d'aliments et d'eau augmente le débit de lymphe. La lymphe transporte environ 70% des lipides ingérés et beaucoup de protéines, elle en contient 8 g./100 cc. Les cellules qu'elle renferme sont des lymphocytes.

L'obstruction du canal thoracique entraîne une chute des lymphocytes et des éosinophiles du sang circulant. La chute du taux des éosinophiles n'est pas expliquée.

Le canal thoracique peut être rupturée: au cours d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale, ou même au cours d'une hyper-extension de la colonne vertébrale; par un projectile ou une arme blanche.

Le canal thoracique serait plus exposé à la rupture après le repas, à cause du plus grand débit de lymphé à ce moment.

Les symptômes du chylothorax sont de deux ordres:

a) 3 à 4 jours après le traumatisme, les premiers symptômes font une apparition soudaine et sont dûs aux effets mécaniques de l'épanchement pleural. Ils résultent de la diminution de la capacité vitale et du refoulement médiastinal. Les perturbations physiologiques ressemblent à celles causées par le pneumothorax sous tension. Nous n'y reviendrons pas.

b) Plusieurs jours plus tard un deuxième groupe de symptômes fait son apparition. Ils sont dûs à la perte lipoprotidique et liquidienne: amaigrissement, déshydratation, réduction des protéines sanguines, chute des lymphocytes et éosinophiles; tout peut se terminer par une issue fatale.

Comment expliquer le délai dans l'apparition des premiers symptômes.

La lymphé s'accumulerait dans le médiastin postérieur jusqu'à ce que la plèvre médiastinale cède d'un ou des deux côtés, et alors la lymphé s'introduit dans la cavité pleurale. Cette explication n'est pas très satisfaisante. On a en effet rapporté un cas de luxation complète de la colonne vertébrale avec déchirure de la plèvre des deux côtés et rupture du canal thoracique. Il y avait donc, dès le début, possibilité pour la lymphé d'envahir les cavités pleurales. Malgré cela, les premiers symptômes ne firent leur apparition qu'après quatre jours. La quantité de lymphé trouvée à l'autopsie dans les cavités pleurales aurait mis vingt-quatre heures à s'accumuler, avec un débit normal de lymphé, ce qui aurait causé des troubles respiratoires progressifs.

On est donc amené à penser que le débit lymphatique, très faible au début, a dû s'accroître soudainement avant la mort. On explique ces modifications du débit de la façon suivante: immédiatement après le traumatisme s'est produit un choc avec hémococoncentration et augmentation de la pression osmotique des capillaires sanguins, ce qui diminue la formation de la lymphé. L'alimentation solide et liquide fut restreinte jusqu'à l'amélioration de l'état du patient: donc diminution de la formation de la lymphé. Lorsque le malade

s'améliora, l'alimentation fut reprise, la pression osmotique redevint normale, le débit de lymphé se rétablit et la lymphé commença à s'accumuler dans les cavités pleurales causant un collapsus pulmonaire bilatéral avec augmentation de la pression veineuse et anoxie. Or l'augmentation de la pression veineuse augmente le débit lymphatique dans le canal thoracique d'environ cinq fois; et l'anoxie, de son côté, augmente la perméabilité capillaire, ce qui augmente la transsudation et la pression du liquide interstitiel, avec comme résultat, une augmentation de la formation de la lymphé et nouvelle augmentation de l'épanchement pleural; on aboutit donc à un cercle vicieux accentuant les troubles cardio-respiratoires.

4°) *Emphysème médiastinal*

Il peut être causé par: une rupture ou une perforation de l'œsophage, une perforation d'une bronche-souche ou de la trachée, un pneumothorax avec déchirure de la plèvre médiastinale.

Inversement l'emphysème médiastinal peut provoquer un pneumothorax par l'intermédiaire d'une déchirure de la plèvre médiastinale.

La présence d'air dans le médiastin provoque une compression des gros vaisseaux, du cœur et de l'œsophage. L'obstacle au retour veineux cause une diminution du débit cardiaque avec état de choc et anoxie consécutifs.

L'air fuse, par l'orifice supérieur de la cage thoracique, dans les tissus sous-cutanés du cou, peut s'étendre aux membres supérieurs et au tronc de façon centrifuge.

5°) *Hémomédiastin*

Il résulte de lésions des vaisseaux médiastinaux. L'hémorragie peut être mortelle, ou bien entraîner les mêmes conséquences que l'emphysème médiastinal.

6°) *Hémopéricarde*

L'hémopéricarde est consécutif à une plaie du péricarde ou du cœur. La plaie du cœur entraîne une hémorragie mortelle, lorsque le sang parvient à s'extérioriser, mais si l'ouverture du péricarde est situé derrière les cartilages costaux ou le sternum, elle peut fort bien être déplacée par rapport à la plaie de la paroi, lorsque le péricarde s'emplit d'un premier flot de sang. L'augmentation de la pression intra-péricardique accole l'ouverture du péricarde à la structure rigide de la paroi thoracique, ce qui empêche l'issue du sang à l'extérieur. Le péricarde normal est une membrane fibreuse, inélastique qui ne se laisse pas étirer par une aug-

mentation subite de pression. 200 à 250 cc. de sang suffisent à provoquer un tamponnement cardiaque. L'augmentation de pression empêche le remplissage des cavités cardiaques. Le débit cardiaque est notablement diminué. La tension veineuse est augmentée, la tension artérielle est diminuée. Le sang est accumulé dans la circulation systémique. L'administration de grandes quantités de sang est ici inutile et peut être nuisible.

7°) *Pneumopéricarde et pneumohémopéricarde*

On rencontre exceptionnellement un pneumopéricarde. Une lacération du poumon près du hile permet la sortie de l'air qui dissèque les plans péri-vasculaires et pénètre par une déchirure du péricarde.

On peut trouver un hémopéricarde associé au pneumopéricarde.

8°) *Emphysème sous-cutané*

Une déchirure de la plèvre pariétale, accompagnant un pneumothorax, permet le passage d'air dans les tissus sous-cutanés. Il n'en résulte aucune conséquence fâcheuse.

9°) *Asphyxie traumatique*

Un traumatisme par compression de la cage thoracique entraîne une augmentation de la pression intra-thoracique. Les veines médiastinales sont comprimés, de même que les oreillettes. Le sang est chassé du cœur droit et des veines caves dans les veines sans valves du cou et de la face. La face et le cou prennent une coloration pourprée; il se produit de la stase sanguine dans les capillaires distendus de la peau et des muqueuses buccales et pharyngées. On remarque également des pétéchies au niveau de ces structures. Il se fait des hémorragies sous-conjonctivales avec exophtalmie et chémosis. Le tout s'accompagne parfois de cécité, d'épistaxis et d'otorragies. C'est le type cyanotique.

On décrit aussi un type pâle: la face et le cou sont pâles avec des plaques de coloration pourprée. Le pouls est rapide, filant, la peau est froide et moite.

Dans l'asphyxie traumatique, le sang est chassé dans les tissus par une pression veineuse relativement basse de sorte que l'extravasation est empêchée par tout moyen de support externe tel que collet, collier, etc. La peau sous ces objets reste de coloration normale.

Après quelques jours, la peau reprend sa coloration normale, les pétéchies et hémorragies sous-conjonctivales disparaissent sans présenter les changements de couleur habituels des résorptions d'extravasation sanguines.

10°) *Le syndrome du « poumon noyé » (wet Lung)*

a) *Définition.* C'est le syndrome caractérisé par la persistance de liquide dans l'arbre trachéo-bronchique, consécutivement à un traumatisme. Il s'agit le plus souvent d'un traumatisme thoracique, mais il peut également s'agir d'un traumatisme crânien ou abdominal.

b) *Causes.* Les facteurs conduisant au « poumon noyé » sont de deux ordres:

1 — Ceux qui favorisent l'apparition de sécrétions ou d'autres liquides en quantité anormale dans le tractus respiratoire.

2 — Ceux qui empêchent l'expulsion efficace de ces liquides.

1 — Considérons tout d'abord le premier groupe de facteurs. De Takats et ses associés ont montré que tout traumatisme appréciable de la cage thoracique est susceptible d'engendrer un spasme bronchique généralisé avec augmentation des sécrétions bronchiques.

Certains stimuli abdominaux tels que des tractions sur le cystique ou sur le mésentère aboutissent aux mêmes conséquences.

Une hémorragie intra-pulmonaire provoque l'accumulation de sang dans les bronches, ce qui irrite la muqueuse bronchique et cause une augmentation des sécrétions bronchiques.

Les sujets porteurs d'infections respiratoires supérieures ou de bronchites voient leur arbre bronchique envahi de sécrétions muco-purulentes.

L'épanchement d'un hémithorax peut envahir les bronches par l'intermédiaire d'une fistule broncho-pleurale.

Il peut y avoir également une accumulation de liquide dans les alvéoles. Le mécanisme des transsudats et des exsudats alvéolaires chez le grand traumatisé n'est pas bien compris. Il existe cependant certains facteurs connus:

On sait qu'il se fait une extravasation locale de plasma au site d'une blessure. Une lésion du tissu pulmonaire cause donc l'accumulation de plasma et de sang dans les alvéoles de la partie pulmonaire intéressée.

Drinker et Warren ont démontré qu'une obstruction trachéale provoquait des transsudats et des exsudats pulmonaires et pleuraux contenant des globules rouges. L'exagération des mouvements respiratoires conduit également à la formation de transsudats pulmonaires.

Enfin l'anoxie cause une altération de la perméabilité des capillaires pulmonaires, ce qui aboutit à une extravasation de plasma. Donc il existe qua-

tre facteurs connus d'extravasation liquidienne dans les alvéoles: le traumatisme pulmonaire, l'augmentation des efforts respiratoires, l'obstruction trachéale et l'anoxie.

Nous sommes en face d'un œdème pulmonaire qui peut être encore aggravé par l'administration excessive de sang et de plasma, et par un état de choc avancé, provoquant un accroissement généralisé de la perméabilité capillaire.

2— Le deuxième groupe de facteurs empêche l'expulsion adéquate des liquides accumulés dans l'arbre bronchique. Cette expulsion dépend du mouvement des cils vibratiles de la muqueuse des voies respiratoires et du mouvement péristaltique des bronchioles, mais il dépend surtout de la toux. Le mécanisme de la toux est le suivant: il se fait une courte inspiration, suivi de fermeture de la glotte, et d'une expiration forcée. La pression intra-pulmonaire augmente considérablement, et la colonne d'air est expulsée bruyamment avec l'ouverture soudaine de la glotte.

Chez les traumatisés du thorax, la douleur empêche l'inspiration et l'expiration forcées. De même dans le traumatisme abdominal: la douleur empêche la contraction des muscles abdominaux, nécessaire à l'expiration forcée.

L'efficacité de la toux est diminuée si le diaphragme est blessé ou refoulé par dilatation intestinale ou gastrique.

Dans les fractures de côte, la douleur à la toux ou à la respiration profonde est évidente.

Dans les cas de « respiration paradoxale » le mouvement paradoxal empêche l'efficacité de la toux et est augmenté d'ailleurs par celle-ci.

L'exagération des doses d'opiacés, donnés aux traumatisés très souffrants, diminue le réflexe de la toux.

Le coma des malades en choc avancé ou des traumatisés du crâne permet, par l'abolition du réflexe de toux, l'accumulation des liquides dans le tractus respiratoire.

L'anesthésie prolongée avec réveil lent provoque la rétention des sécrétions bronchiques toujours par abolition du réflexe de la toux.

Comme le mouvement augmente la douleur, les traumatisés ont tendance à s'immobiliser dans une position. Il se fait alors une accumulation avec stase des sécrétions dans les parties déclives du poumon.

c) *Les conséquences* de cette accumulation de liquides dans les voies respiratoires sont précoces et tardives.

1— *Conséquences précoces.* La présence de liquide dans le tractus respiratoire influence l'état de choc et sa réversibilité. Il empêche l'apport suffisant d'oxygène au niveau des alvéoles, ce qui cause une anoxie anoxique, ayant pour effet une augmentation de la perméabilité capillaire avec transsudation de plasma dans les tissus de l'organisme; il s'ensuit un œdème pulmonaire augmentant encore l'anoxie et le choc: un cercle vicieux est ainsi établi, si bien que le traitement ordinaire de choc par le sang ou le plasma intra-veineux devient inefficace, tant que le wet lung n'est pas traité.

On connaît les effets de l'anoxie, en particulier sur le tissu cérébral. On a même rencontré des manifestations psychotiques à la suite de l'anoxie. Le coma et la mort sont imminents.

L'accumulation du liquide dans les bronches peut réussir à les obstruer complètement et il s'ensuit une atélectasie pulmonaire ce qui augmente l'anoxie et le choc. Si l'atélectasie est massive, le choc est augmenté par le déplacement médiastinal.

2— *Conséquences tardives.* Si le traumatisme est peu grave, l'arbre pulmonaire peut réussir à se débarrasser des liquides accumulés et le premier choc régresse. L'obstruction peut cependant récidiver si les facteurs mentionnés plus hauts persistent, une atélectasie tardive peut se produire avec infection secondaire, aboutissant à la pneumonie ou broncho-pneumonie. Ces complications ressemblent aux complications pulmonaires post-opératoires que l'on rencontre occasionnellement.

La trachéotomie s'avère la méthode thérapeutique de choix dans ces cas de « poumon noyé »; elle permet l'aspiration des sécrétions bronchiques, améliore l'oxygénation en supprimant une grande partie de l'espace mort anatomique, diminue les efforts respiratoires et la douleur en supprimant 75% de la résistance à la circulation de l'air.

Résumé

Une classification complète des traumatismes thoraciques et de leurs complications est donnée. Un rappel de physiologie respiratoire est ensuite fait, portant sur les variations de pression intra-pulmonaire et intra-pleurale, la capacité pulmonaire et la circulation pulmonaire. Ces notions acquises, on élabore la physiopathologie des traumatismes thoraciques, pariétaux et viscéraux, et de leurs complications: pneumothorax, épanchements pleuraux et péricardiques, complications médiastinales et en particulier le syndrome du « poumon noyé ».

Summary

A complete classification of chest injuries and their complications is given, followed by a summary of the physiology of the respiratory system, considering mainly the variations of intrapulmonary and intrapleural pressures, the pulmonary capacity and the pulmonary circulation. With those basic notions in mind, the physiopathology of injuries of the chest wall and its content is exposed at length with their complications: pneumothorax, pleural and pericardial effusions, mediastinal complications, with special coverage of the "Wet Lung" syndrome.

BIBLIOGRAPHIE

1. BEST et TAYLOR: *Physiological Basis of Medical Practice*. Williams & Williams, édit., 6e édition, 1955.
2. ZIMMERMAN et LEVINE: *Physiologic Principles of Surgery*. Saunders, édit., 1ère édition, 1957.
3. MOSELEY: *Textbook of Surgery*. Mosby, édit., 2e édition, 1955.
4. HORSLEY et BIGGER: *Operative Surgery*. Mosby, édit., 6e édition, 1953.
5. Ciba Collection of Medical Illustrations.
6. BREWER, BURBANK, SAMSON et SCHIFF: The Wet Lung in War Casualties. *Annals of Surgery*, **123**: 343, 1946.
7. WRIGHT, GARDNER: Traumatic Chylothorax. *J. of B. and Joint Surgery*, **34**: 64, 1952.
8. OVERSTREET, OCHSNER: Traumatic Rupture of the Esophagus. *J. of Thoracic Surgery*, **30**: 164, 1955.
9. CRUTCHER, NOLEN: Traumatic Pneumothorax without Rib Fracture. *J. Thor. Surgery*, **29**: 621, 1955.
10. NEMIR, STONE, HAWTHORNE, MACKNELL: Unilateral Pulmonary Artery Occlusion. *J. Thoracic Surgery*, **32**: 562, 1956.
11. MULLER, BYRON, POWER: Delayed Traumatic Rupture of Esophagus. *J. Thor. Surgery*, **25**: 371, 1953.
12. SALYER, BLAKE, FORSEE: Pulmonary Hematoma. *J. Thor. Surgery*, **25**: 336, 1953.
13. J.-L. LAMY: La trachéotomie temporaire. *L'Union Méd. du Canada*, **86**: 43 (janv.) 1957.
14. WATSON, JONES: *Fractures & Joint Injuries*. Livingstone, édit., 4e édition, 1957.

DISSÉMINATION DES CELLULES CANCÉREUSES

Roger PLANTE.¹

La dissémination des cellules cancéreuses est un sujet fort controversé depuis quatre ou cinq ans et sur lequel on entreprend beaucoup de recherches actuellement.

Il s'agit d'un sujet captivant parce qu'il semble nous rapprocher de la compréhension du cancer, intrigant, à cause de ses phénomènes extraordinaires et de ses multiples inconnues et très important, pour nous chirurgiens, qui traitons des cancéreux.

Nous savons tous que les cancers tuent par leur dissémination, soit locale, soit générale. On sait également que chaque cancer agit bien différemment: l'un tue rapidement en quelques semaines, l'autre ne métastase que 10 ou 20 ans plus tard: certains cancers régressent spontanément, l'un métastase avec prédilection aux os, l'autre dans les viscères, etc...

Il y a énormément de facteurs inconnus: on ne connaît presque rien, par exemple, sur les conditions ou sur les causes qui déclenchent et favorisent les métastases.

S'il y a beaucoup de facteurs inconnus dans le comportement des néoplasmes, il existe quand même beaucoup de choses connues.

On connaît par exemple, les voies d'envahissement des cancers.

Boyd (2), dans son traité de pathologie chirurgicale, décrit six routes d'envahissement:

1° — *Infiltration des espaces tissulaires.*

C'est la caractéristique principale de la néoplasie. On explique cette facilité d'envahissement par la diminution d'adhésion entre les cellules cancéreuses: ceci permet aux cellules de s'échapper de la masse principale et de s'implanter dans les divers interstices cellulaires et tissulaires.

Des études ont montré que ce manque d'adhésion est dû à une déficience en calcium des cellules cancéreuses.

2° — *Envahissement lymphatique.*

Celui-ci se fait de deux façons:

a) *par perméation*, c'est-à-dire, par croissance d'une colonne de cellules tumorales le long du vaisseau lymphatique.

1. Résident en chirurgie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

b) *ou par embolie* aux ganglions régionaux: c'est la voie habituelle.

3° — *Par voie sanguine.*

Les cellules tumorales peuvent atteindre le courant sanguin soit *par le canal thoracique*, soit *par invasion directe des parois veineuses* (rarement d'une artère).

Pour fins didactiques, on a divisé le système veineux en quatre territoires et on parle de *métastases portales, pulmonaires, systémiques* et dans le *système de Batson*.

4° — *A travers les cavités séreuses.*

On a, par exemple, l'envahissement du cul-de-sac de Douglas dans les cancers d'estomac; la carcinomatose péritonéale dans les cancers de l'ovaire.

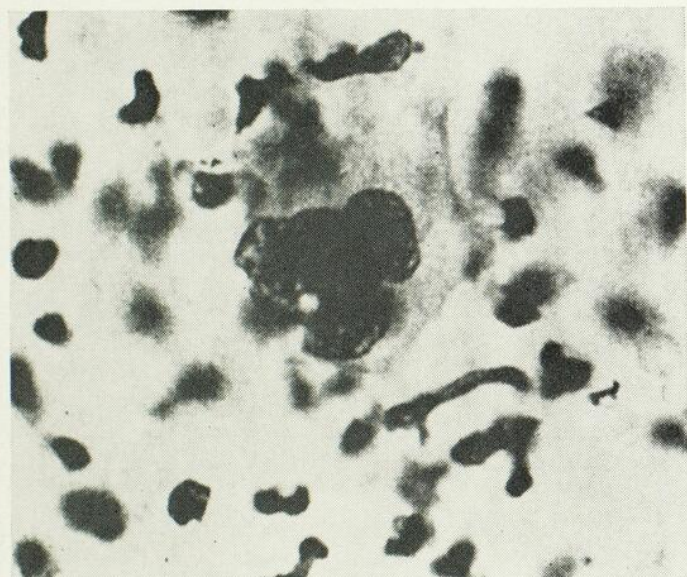


Fig. 1—Cellule cancéreuse libre dans le sang périphérique d'un cas de cancer du sein. [D'après Salgado (8)].

5° — *Le long des passages naturels.*

Par exemple, un cancer peut progresser le long d'une bronche, d'un uretère.

6° — *La voie d'inoculation.*

C'est la voie d'implantation des cellules cancéreuses par le chirurgien.

Au cours des dernières années, les théories pour expliquer certaines métastases ont bien changé.

Quand nous étions en troisième année de Médecine (1955), le docteur Masson nous déclarait que les métastases sanguines étaient régies par les lois des embolies: et il nous parlait alors de métastase rétrograde, métastase paradoxale, nécessitant la présence d'une communication vasculaire anormale (Trou de Botal ou canal artériel) pour expliquer le

passage des cellules néoplasiques du système veineux cave dans la grande circulation.

Vers 1940, Batson décrivait un système veineux péri et intra-rachidien qui expliquait certaines métastases.

Aujourd'hui, on explique les métastases plus simplement: plusieurs études ont démontré la présence de cellules cancéreuses libres, circulant dans le sang (fig. 1).

Ces cellules peuvent passer à tous les niveaux capillaires et peuvent s'implanter partout.

Leur diamètre varie de 10 à 36 microns: un neutrophile a un diamètre de 11 microns (7).

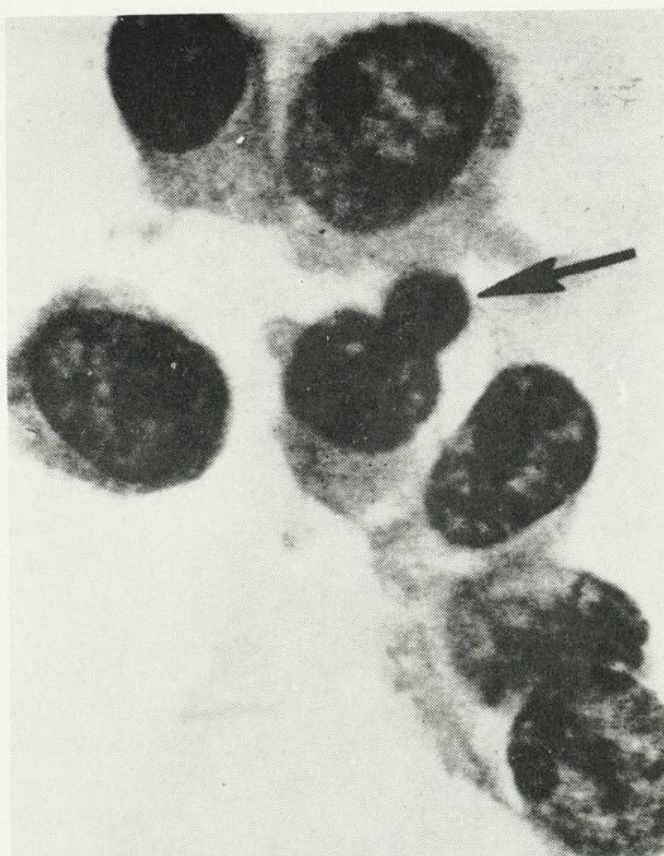


Fig. 2—Amas ou îlot de cellules néoplasiques dans le sang périphérique: la flèche indique un lymphocyte. [D'après Warren H. Cole (14)].

On rencontre aussi des amas ou des îlots de cellules néoplasiques (fig. 2), variant de 2 à 40 cellules avec un diamètre de 15 à 110 microns. Ceci n'est pas nécessairement leur diamètre physiologique: c'est leur diamètre mesuré sous microscope. On sait que ces cellules peuvent s'allonger et se déformer pour passer à travers des diamètres de moins de 10 microns.

On a lancé des petites sphères de verre dans la circulation et on a trouvé que des sphères de 150 microns peuvent passer à travers les capillaires hépatiques et des sphères de 500 microns à travers

les capillaires pulmonaires: en conclusion, les cellules cancéreuses libres peuvent passer partout et la présence de ces cellules néoplasiques dans le sang peut expliquer les différentes métastases.

Cette présence a été soupçonnée depuis longtemps: Ashworth en 1869 aurait décrit des cellules tumorales dans le sang (8).

Mais le plus grand crédit revient à Engell (5) qui a publié une monographie sur le sujet en 1955 et qui a suivi 55 cas pendant plus de cinq ans.

Plusieurs statistiques depuis ce temps ont été publiées et varient un peu selon les méthodes employées pour retrouver les cellules néoplasiques dans le sang.

En général, 40 à 50% des cas de néoplasie possèdent des cellules cancéreuses dans le sang périphérique (8) (sang d'une veine de l'avant-bras): d'autres auteurs ont des statistiques variant de 20 à 40% (9).

Si on recherche les cellules dans le sang drainant la tumeur, le nombre de cas positifs augmente jusqu'à 60 (5, 9) et même 75% (7).

Ce taux serait peut-être de 100%, si on faisait de très nombreux prélèvements: il est évident que plus on fait de prélèvements, plus on a de chances de trouver des cas positifs.

Il y a certains facteurs qui font varier le nombre des cellules cancéreuses circulantes: par exemple,

a) dans les cancers du côlon, le nombre de cellules est plus élevé selon la différenciation cellulaire (classification de Broders) que selon l'envahissement local (classification de Dukes) (5).

b) plus le cancer semble inopérable, plus il y a de cellules dans le sang (5, 9).

c) la manipulation des tumeurs fait augmenter le nombre des cellules (8, 10, 14).

Il ne fait aucun doute que ces cellules existent. Quelle en est donc leur signification? Voilà le point important.

Jusqu'ici, aucun auteur n'a pu démontrer d'élément pronostic à l'étude de ces cellules (11, 13).

Engell (10, 11) a suivi 55 patients durant 5 à 9 ans, 51% de ces cas avaient des cellules néoplasiques dans le sang: leur survie est identique à ceux qui n'avaient pas de cellules cancéreuses dans le sang.

Il faut alors conclure que ces cellules ont été détruites ou que ces cellules ne soient pas vivantes.

Moore de Buffalo pense qu'elles seraient détruites dans la proportion de 99%; mais par quoi? On ne le sait pas. Certains pensent au système réticulo-endothélial et ceci nous conduit au chapitre des relations entre la tumeur et son porteur: réaction

d'immunologie, résistance du terrain, virulence de la tumeur, etc...; c'est probablement le chapitre de la cancérologie des dix prochaines années.

Deuxième hypothèse: est-ce que ces cellules cancéreuses sont vivantes? Oui: on les a cultivées « in vitro » (8) et on les a fait pousser « in vivo » (12): elles peuvent donc métastasier et leur nombre est important: chez l'animal, plus on injecte de cellules cancéreuses, plus on obtient de métastases et ceci semble plus marqué si on emploie des îlots ou des amas de cellules, plutôt que des cellules isolées. Les cellules isolées seraient détruites plus facilement par le système réticulo-endothélial.

Quand un groupe de cellules néoplasiques entre dans une veine, il amène au lieu de pénétration, la formation d'un petit caillot de fibrine; ceci formerait un nid où vont grandir les cellules cancéreuses. Le délogement subséquent de ce caillot pourrait créer une métastase (10).

De là, Cole, de Chicago, a préconisé la ligature des vaisseaux drainant la tumeur avant toute manipulation.

Ceci nous amène à la 6ième voie de dissémination cancéreuse: l'implantation chirurgicale.

Est-ce que les chirurgiens peuvent disséminer les cancers?

Oui, car on sait que les cellules cancéreuses desquament facilement et l'on sait que ces cellules sont viables puisqu'on les a cultivées (15): les chirurgiens peuvent les ensemercer et voici quelques constatations:

On passe des applicateurs sur la surface d'une tumeur et on y trouve énormément de cellules néoplasiques.

On a fait des lavages péritonéaux après intervention (10) et on a trouvé des cellules néoplasiques dans environ 50% des cas de cancers du côlon et de l'estomac, 75% des cas de cancers de l'ovaire.

On a retrouvé des cellules cancéreuses sur les bistouris, les instruments, les gants des chirurgiens, dans les plats de sérum physiologique, etc...

On retrouve des cellules cancéreuses le long du trajet employé pour faire une biopsie à l'aiguille (16).

On en retrouve à l'endroit du greffon, lors de la prise d'une greffe cutanée; au niveau d'une cicatrice de laparotomie (17), etc...

Les récidives locales après intervention sont très élevées et l'on rapporte que les trois quarts de ces récidives seraient dûs à l'implantation secondaire en tissu sain des cellules néoplasiques.

En voici des exemples:

a) dans les cancers du côlon, où l'on fait une résection suivie d'une anastomose termino-terminale, on a 10 à 16% des cas qui récidivent au niveau de l'anastomose (4, 18, 20).

Un travail récent (4, 15) a démontré que ces récidives se situaient au niveau des points de suture: expérimentalement, chez l'animal, en passant la suture dans l'acide pierique, on a noté une diminution importante de ces récidives.

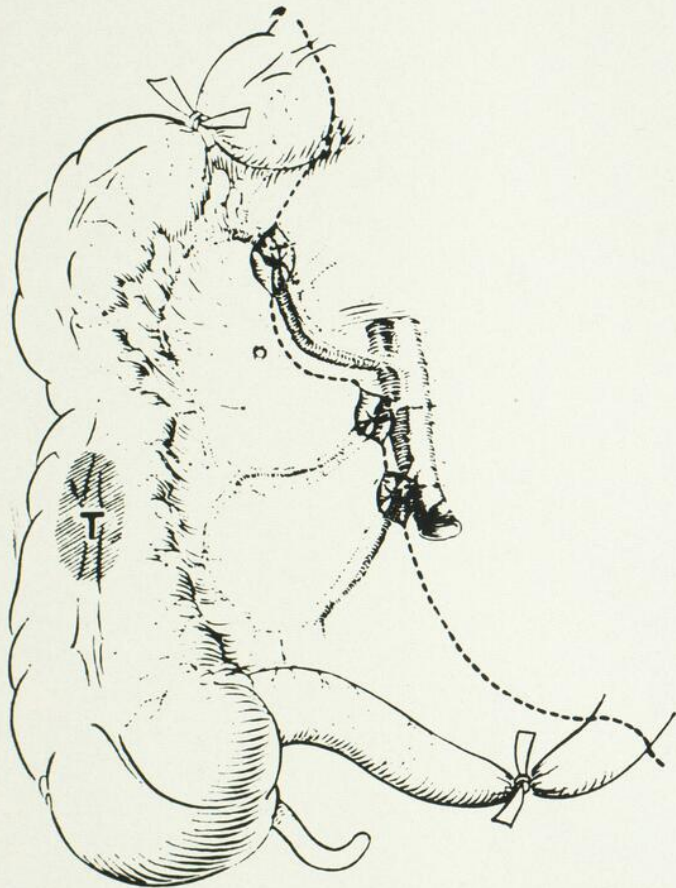


Fig. 3 — Ligature précoce des vaisseaux coliques droits irriguant la tumeur et mise en place de cordons ombilicaux de chaque côté de la tumeur. T: Tumeur. [D'après Warren H. Cole (4)].

b) après mastectomie, ça varie de 5.7 à 26% (19).

c) après dissection radicale du cou, ça monte jusqu'à 40% (19).

d) après gastrectomie sub-totale pour cancer de l'estomac, on en trouve dans 60% des cas: 50% dans la poche gastrique et 10% dans le moignon duodénal (21).

Voilà un nombre important d'exemples qui portent à réflexion. Il est certain que le chirurgien n'est pas le seul responsable de ces récidives, puisqu'elles peuvent exister microscopiquement avant l'intervention: toutefois, le chirurgien est responsable de certaines récidives et il se doit de prendre les

moyens qui s'imposent pour diminuer ce taux de récidive locale.

Quels sont ces moyens?

On a surtout fait des études sur le cancer du côlon: mais les principes qu'on préconise ici, sont également applicables avec certaines modifications pour les autres cancers.

On suggère:

1° — La ligature précoce des veines drainant la tumeur (fig. 3).

2° — La mise en place de cordons ombilicaux de chaque côté de la tumeur de façon à empêcher la dissémination dans la lumière colique (fig. 3) (4, 22); en faisant des examens cytologiques au-delà des cordons, on retrouve beaucoup moins de cellules tumorales qu'en faisant les mêmes examens entre la tumeur et le cordon ombilical.

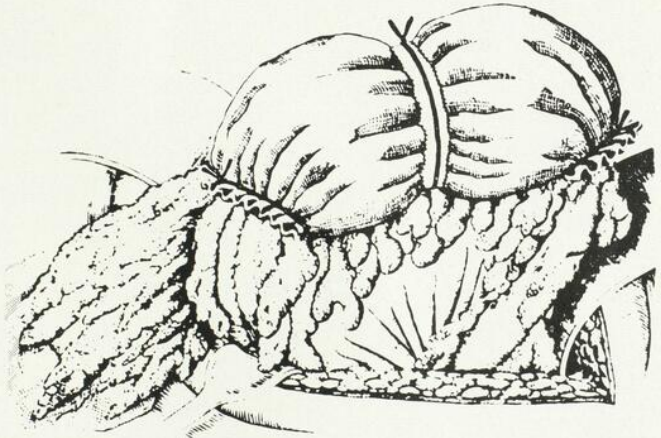


Fig. 4 — Sac recouvrant la tumeur colique. [D'après Garlock (17)].

3° — La mise en place d'un sac recouvrant la tumeur de façon à empêcher la desquamation des cellules cancéreuses (fig. 4).

4° — D'éviter les manipulations de la tumeur (7).

5° — De changer les instruments, les gants, les blouses pour fermer les parois.

6° — De placer dans les plats de sérum physiologique des substances cancérécides dans lesquels on place les instruments ayant servi, avant de les utiliser une seconde fois.

7° — D'irriguer les plaies avec des substances cancérécides au cours et à la fin des interventions.

8° — De ne pas badigeonner brusquement les tumeurs superficielles.

9° — De faire les biopsies à l'électro-cautère quand c'est possible.

10° — De faire une biopsie à l'aiguille en prévision de pouvoir enlever le trajet de l'aiguille avec la masse primaire.

11° — De faire l'exérèse élargie des voies lymphatiques en bloc avec la tumeur primaire.

12° — De ne jamais sectionner en tissu cancéreux (1).

13° — Pour éviter les récidives au niveau de l'anastomose, on préconise un lavage des deux extrémités avec du Bi-Chlorure de Mercure ainsi que l'exérèse du tissu écrasé par les pinces: car, il semble que les cellules néoplasiques peuvent s'implanter plus facilement dans des tissus lésés que dans les tissus sains.

En employant ces différentes méthodes chirurgicales, on peut contrôler certaines voies de dissémination cancéreuse: on peut contrôler l'extension locale par des exérèses larges; on peut contrôler l'extension lymphatique en partie, on peut contrôler l'implantation chirurgicale, mais on ne peut contrôler la dissémination sanguine existant avant l'intervention.

Il a donc fallu s'adjoindre dans le traitement du cancer, la chimiothérapie et grâce à celle-ci, on espère limiter et contrôler cette dissémination sanguine.

Et c'est sous cet angle que Cole (3) a introduit ce que l'on appelle le traitement prophylactique du cancer.

Ce traitement est effectif chez l'animal (3):

Cole a utilisé les carcino-sarcome 256 de Walker qui pousse facilement dans le foie du rat. Il injecte une suspension de cellules cancéreuses dans la veine-porte: 91% des animaux développent des métastases dans le foie; s'il injecte du méthyl-bis dans la veine-porte après avoir injecté les cellules cancéreuses, seulement 17% des animaux développent des métastases.

S'il injecte plus de cellules, il obtient plus de métastases (24).

On a étudié (23, 24) une patiente avec le sarcome utérin; on lui a donné du méthyl-bis: en 72 heures, il y avait disparition des cellules cancéreuses dans le sang; le 14ième jour, les cellules réapparaissent et le 20ième jour, leur nombre est identique à celui qui existait avant le traitement.

Il est évident devant ces expériences que les substances chimiques diminuent le nombre des cellules cancéreuses et qu'elles ont une place dans le traitement du cancer.

Cette place n'est pas encore précise et on doit encore aujourd'hui la considérer comme expérimentale.

On a préconisé différentes formes d'utilisation de ces substances dont la dose cancéricide est très près de la dose toxique.

On vante par exemple l'utilisation du monochlorosène (Chlorpactin X.C.B.) à 1% en irrigation locale dans toutes les plaies et dans les cavités séreuses: chez l'animal, cette substance a prouvé son efficacité (10).

D'autres ont employé l'hypochlorite de Na avec plus de succès que le Chlorpactin (6).

A cette thérapie locale, on associe souvent une thérapie parentérale avec du gaz moutarde pré, per et post-opératoire.

D'autres (19) ont employé le méchllorethamine par voie intraveineuse portale pour les cas de cancers digestifs métastasiant au foie.

Dans les cancers du sein, on suggère le Thio-TEPA: cette thérapie ferait régresser les métastases hépatiques.

Un auteur (25) va jusqu'à dire que la durée de survie d'un cas de cancer du sein avec métastases serait plus longue après chimiothérapie qu'après hormonothérapie.

Et, il ne faut pas oublier la perfusion locale de membres ou de viscères; cette méthode, encore expérimentale, permet de donner des doses plus fortes de substances chimiques en évitant les effets toxiques systémiques.

En conclusion, nous pensons qu'en dépit de l'agressivité et de la politique radicale des chirurgiens, qu'en dépit de l'agressivité des radio-thérapeutes, on semble être arrivé à la fin des moyens capables d'améliorer la survie des malades.

Il faudra donc s'adjoindre d'autres moyens thérapeutiques. Aujourd'hui, on se penche sur la chimiothérapie; il est sûrement trop tôt pour parler de sa valeur exacte. Moore espère doubler la survie des malades en associant la chirurgie et la chimiothérapie prophylactique.

Nous pensons qu'il est utopique d'imaginer que l'on puisse sauver des malades porteurs de métastases généralisées avec ces différents produits, mais nous espérons qu'envisagés au point de vue prophylactique, ils seront efficaces.

Résumé

Cet article rappelle d'abord les voies d'envahissement des cancers. L'étude des cellules cancéreuses libres dans le sang peut expliquer les métastases; ces cellules n'ont présentement aucun élément pronostic.

Le chirurgien est responsable, en partie, de plusieurs métastases. Plusieurs exemples sont donnés, on préconise ensuite des moyens pour éviter ou diminuer ces métastases.

Pour terminer, on fait quelques commentaires sur le traitement prophylactique du cancer par la chimiothérapie.

Summary

We recall the routes of spread of malignant tumors. The study of the free cancer cell in the blood can explain any metastases; but, there is no prognosis significance.

The surgeon is responsible for a number of metastases; many examples are given with many ways to lower the number of those metastases.

A word is finally said about the prophylactic treatment of cancer with chemotherapeutic agents.

BIBLIOGRAPHIE

1. MORALES, COLE: The prophylactic treatment of cancer at the time of operation. *Ann. Surg.*, **146**: 588 (oct.) 1957.
 2. BOYD: *Pathalogy for the Surgeon*, 7e édit., 1955, p. 88.
 3. CRUZ, McDONALD: Prophylactic treatment of cancer. *Surgery*, **40**: 291, 1956.
 4. MCGREW, COLE: Free malignant cells in relation to recurrences of carcinoma of the colon. *J. A. M. A.*, **154**: 1251, 1954.
 5. ENGELL: Cancer cells in circulating blood. *Acta Chir. Scand.*, Suppl., **201**: 1, 1955.
 6. COLE: Wound irrigation in cancer surgery. *Arch. of Surg.*, **80**: 920, 1960.
 7. MOORE: Spread of cancer cells and its relationship to chemotherapy. *J. A. M. A.*, **172**: 1729, 1960.
 8. SALGADO, WEBSTER: Tumour cells in the blood. *Canad. Med. Ass. J.*, **81**: 619, (oct.) 1959.
 9. POTTER, MALMGREN: The relationship of tumor type and resectability to the incidence of cancer cells in blood. *S. G. and O.*, **111**: 734, 1960.
 10. DELARUE: The free cancer cell. *Can. Med. Ass. J.*, **82**: 1175, 1960.
 11. ENGELL: Cancer cells in the blood. *Ann. of Surg.*, **149**: 457, 1959.
 12. GRACE, KONDO: Investigations of host resistance in cancer patients. *Ann. of Surg.*, **148**: 633, 1958.
 13. MOORE: The significance of cancer cells in the blood. *S. G. and O.*, **110**: 360, 1960.
 14. LONG, COLE: Cancer cells in blood. *A. M. A. Arch. Surg.*, **80**: 910, 1960.
 15. HAVERBACK, SMITH: Transplantation of tumor by suture thread and its prevention. *Cancer*, **12**: 1029, 1959.
 16. ACKERMAN, WHEAT: The implantation of cancer: an avoidable surgical risk. *Surgery*, **37**: 341, 1955.
 17. POMERANZ, GARLOCK: Post-operative recurrence of cancer of colon due to desquated malignant cells. *J. A. M. A.*, **158**: 1434, 1955.
 18. COLE: Carcinoma of the colon with special reference to prevention of recurrence. *J. A. M. A.*, **155**: 1549, 1954.
 19. COLLIER, COLE: Wound irrigation to prevent local recurrence of cancer. *A. M. A. Arch. Surg.*, **78**: 528, 1959.
 20. COLE: Recurrence in carcinoma of the colon and proximal rectum following resection for carcinoma. *A. M. A. Arch. Surg.*, **65**: 264, 1952.
 21. SMITH, THOMAS: Cancer cell contamination of operative wounds. *Cancer*, **11**: 53, 1958.
 22. LOFGREN: Local recurrence of carcinoma after anterior resection of the rectum and the sigmoid. *A. M. A. Arch. Surg.*, **74**: 825, 1957.
 23. LONG, COLE: Cancer cells in the blood stream. *A. M. A. Arch. Surg.*, **80**: 639, 1960.
 24. McDONALD, COLE: The prophylactic treatment of malignant disease with nitrogen mustard and ThioTEPA. *Ann. Surg.*, **145**: 624, 1957.
 25. BATEMAN: The role of chemotherapy in the treatment of breast cancer. *Surgery*, **13**: 328, 1960.
-

MOUVEMENT MÉDICAL

ACTIFED DANS LES RHINO-BRONCHITES SAISONNIÈRES

Fernand GRÉGOIRE, Maurice COMEAU et Louis ROY.

Un *double blind study* a été conduit à la clinique d'allergie de l'Institut Lavoisier, Hôpital St-Joseph de Rosemont, au cours de l'été 1960 sur 47 sujets dont la grande majorité étaient des patients allergiques dont la cure d'hyposensibilisation remontait à une date trop récente pour les protéger suffisamment contre les manifestations de rhinite ou de rhinobronchite saisonnière causées par la forte concentration de pollens atmosphériques.

patient recevant celui qu'il n'avait pas reçu la semaine précédente. Par conséquent, certains sujets ont reçu d'abord A, puis B ou vice-versa.

Les résultats étaient consignés immédiatement à la fin de l'utilisation de chaque produit. Plusieurs fois, lorsque surtout l'effet des deux produits avait été déclaré égal par le patient, une troisième semaine de cure a été essayée dans le but de corroborer les résultats consignés.

RÉCAPITULATION

	Total	Améliorés		Non améliorés		Effets secondaires	Cessé
		T.B.	M	Nul	—		
Rhinites A	31	21 (67.7%)	5 (83.8%)	5		18 cas	3 cas (par somnolence)
B	23	5	3	15		8 cas	0
Bronchites A	20	9 (45%)	5 (70%)	6			
B	19	3	2	14			
		A = 18 Somnolence 10				B = 7 3	
	effets secondaires	Excitation	1				
		Palpitations	4			5	
		Asthénie	1				
		Urticaire	1				
		Engourdissement	1				
		Total	18			Total 8	

Quelques malades représentaient des cas plus anciens ou mal étiquetés parce que au moment de l'essai thérapeutique ils ont présenté une symptomatologie surajoutée à la leur, analogue à ceux des cas pris en considération, soit rhinite, obstruction nasale, écoulement nasal, etc.

Le médicament à l'étude a été fourni par B.W. et Cie sous forme de flacons de 25 comprimés étiquetés « Compound A » et « Compound B », ni les auteurs, ni les patients ne sachant, à aucun moment de l'étude ou de la compilation des résultats, lequel des deux représentait le produit actif à l'étude et lequel le Placebo.

Le protocole établi, une fois les patients sélectionnés, a été d'utiliser une semaine le A, la semaine suivante le B, à la dose de 3 comprimés par jour pendant une semaine. La semaine suivante le

Une fois même un patient, après avoir essayé les deux, a réclamé qu'on lui redonne du A et a reçu exprès du B transféré dans un flacon de A.

L'étude a porté sur 47 patients, mais 39 dossiers ont été jugés assez complets pour être analysés.

De l'analyse des dossiers et des tableaux qui en ont été tirés, il ressort: 1) qu'on a étudié avec le Compound A, 31 cas de rhinite et 20 cas de bronchite; avec le Compound B, 23 cas de rhinite et 19 cas de bronchite.

2) Lorsqu'on étudie les effets comparatifs de A et B suivant que les sujets ont reçu A ou B en premier, on constate que 17 fois, B a été commencé d'abord, dont une fois la patiente a refusé d'essayer A par la suite, parce qu'elle s'était jugée empirée par B (1). 22 fois la cure a commencé par A, dont

1. Sur ces 17 cas, 5 ont été améliorés, soit 29.4%.

10 n'ont pas reçu de B par la suite, soit 8 parce que tous les symptômes avaient disparu, et 2 parce que le sujet a refusé B, ayant trouvé A inutile. Sur ces 22 cas où A a été le premier employé, 16 (72.7%) ont été améliorés.

3) Pas un seul sujet n'a été amélioré par B s'il ne l'a pas été par A au préalable, ou sans que A, employé après, n'ait pas eu pour le moins le même effet.

4) Pas un seul échec de A n'a obtenu une amélioration quelconque par B.

DISCUSSION

1) Les auteurs tirent de cette analyse une première série de conclusions:

a) que le produit actif apparaît sans nul doute être le Compound A.

b) qu'il paraît étonnant à première vue, si B a été un placebo, qu'il y ait eu à son actif quelques succès.

L'explication qui peut être suggérée est que:

1) il y a dans toute médication des effets psychiques indéniables en dehors des effets pharmacologiques propres au produit.

2) A ce sujet, il est à signaler que 3 des sujets qui avaient reçu B d'abord et disaient en avoir tiré des effets favorables presque autant qu'avec A, ont reçu une deuxième cure de B, mais cette fois sans aucun effet. D'autre part, certains ont une symptomatologie saisonnière très courte et la prise du médicament a pu coïncider avec la fin des symptômes.

Quant aux effets secondaires s'il nous a paru étonnant que l'on en trouve en si grand nombre, soit 18 fois avec A, il faut signaler que les seuls à retenir définitive sont les 10 cas de somnolence et 4 palpitations, les autres ne pouvant pas être rapportés de façon certaine au produit à l'étude.

De ces 14, seulement trois cas de somnolence ont dû discontinuer la cure à cause de l'intensité du symptôme.

Pour finir, notre étonnement a été plus grand de noter des effets secondaires analogues sur 8 cas au cours de l'utilisation du Compound B, 5 d'entre eux appartenant au groupe où le B avait été utilisé d'abord.

CONCLUSIONS

Des effets favorables ont été notés par l'utilisation du Compound A dans 83.8% des cas de rhini-

te et 70% des cas de bronchite dont respectivement 67.7 et 45% très favorables.

45.1% des cas ont manifesté des effets secondaires de somnolence et palpitations, dont seulement 9.7% nécessitèrent l'arrêt de la cure.

Résumé

Un *double blind study* a été conduit au cours de l'été et de l'automne 1960 dans le but d'étudier les effets symptomatiques de l'Actifed sur une cinquantaine de sujets allergiques dont la plupart poursuivaient à titre ambulatoire, une cure d'hyposensibilisation spécifique soit pour rhinite saisonnière ou perennéale, soit pour bronchite asthmatique.

Tous les malades ont reçu alternativement le compound A et le compound B en ignorant, de même que les observateurs, lequel était le produit et lequel le placebo.

Des effets favorables ont été notés avec le compound A, qui s'est révélé être le produit actif dans 83% des cas de rhinite et 70% des cas de bronchite.

45% des cas ont signalé des effets secondaires, somnolence et palpitations en particulier, dont 9.7% seulement furent assez marqués pour nécessiter l'arrêt de la cure.

Seulement 29.4% des cas recevant le placebo ont été soulagés mais tous se sont plaints d'effets secondaires.

Il s'agit donc là d'un excellent produit pour aider momentanément au contrôle des symptômes désagréables ou pénibles de certaines allergies respiratoires.

Summary

A double blind study was performed during the summer and the fall of 1960 among 47 patients in order to control certain unpleasant symptoms like wheezing or nasal obstruction and/or rhinorrhea while waiting for the effect of specific hyposensitization in asthmatic patients, and patients suffering from allergic rhinitis, seasonal or perennial.

It was observed that 83% of the rhinitis and 70% of the bronchial asthma responded favorably to the drug which seems then to be very effective.

Side effects, like drowsiness and palpitations were present in 45%, but were important enough to stop the cure in only 9.7% of the cases.

On the other hand 29.4% of patients receiving placebo were improved, but all complained of side effects.

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Effets A		Effets B		Effets secondaires		Conclusions	
				Rhinite	Bronchite	Rhinite	Bronchite	A	B	A	B
1) M. D.	10	M	Fièvre des foins Rhinite perennéale	75%	—	0	—	0			
2) Mme L. J.	30	F	Fièvre des foins Rhinite inf. et all.	passager	—	0	—	Somnol. excit.	Somnol. palpit.		
3) Mme E. L.	43	F	Rhinite saisonnière	0	0	0	0	0	0		
4) A. D.	39	F	Rhinite saisonnière Bronchite secondaire	100%	25%	100%	25%	0	0		pris avec Sandostè
5) M. P.	60	M	Rhinite perennéale Polypose nasale	éternuements 100%	100%	éternuements 80%	100%	Somnol.	Palpita- tions.	Cessé pour 2e fla- somnol. nul	
6) Mme R. B.	42	M	Fièvre des foins Bronchite asthmatique	100%	75%	100%	75%	Somnol. Nervosité Agitation	0	Cessé 3e jour	
7) S. C.	51	F	Rhinite Bronchite all. et inf.	100%	100%	50%	0	0	Palpit.	Renouvelé sur demande	
8) M. P.	21	F	Rhinite saisonnière Rhinite perennéale Bronchite	100%	100%	0	0	0	0	2e cure 100%	
9) R. L.	43	M	Rhinite saisonnière	90%	—	50%	—	Somnol.	0	dose rédui- te à 2	
10) M. H.	8½	F	Rhino-bronchite asthmatique	90%	100%	90%	100%	Somnol.	Somnol.	2e flacon nul	
11) Mme S. Y.	63	F	Fièvre des foins	50%	—	pas de B (refus)		Pyrosis Asthénie			
12) Sr M.	42	F	Fièvre des foins	100%	—	pas de B		Palpitations			
13) R. G.	9	M	Rhinite saisonnière Rhinite perennéale	75%	—	0	—	0	0		
14) Mme B. L.	38	F	Bronchite asthmatique	—	50%	—	0	asthénie	0	Effet passager	
15) Mme L. P.	31	F	Rhume des foins	autres symp. 80%	100%	0	0	palpit.	0		
16) C. M.	61	M	Bronchite asthmatique	—	75%	0	0	0	0	2e flacon 75%	
17) C. S.	65	F	Rhinite	75%	—	pas reçu		urticaire prurit			

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Effets A		Effets B		Effets secondaires		Conclusions	
				Rhinite	Bronchite	Rhinite	Bronchite	A	B	A	B
18) Mme A. L.	25	F	Rhino-bronchite asthmatique	0	0	0	0	insomnie palpit.	palpita- tions		
19) D. G.	45	M	Bronchite asthmatique	—	0	pas reçu		0			
20) N. G.	12	M	Bronchite asthmatique	—	25%	—	0	0	0		
21) Mme G. D.	31	F	Rhinite	0	—	0	—	0	0		
22) M. G.	24	F	Rhinite Bronchite asthmatique	50%	0	50%	0	0	0		
23) Mme H. B.	50	F	Rhinite	pire	—	0	—	0	0		
24) J. R.	9	M	Bronchite asthmatique	—	0	—	0	0	0		
25) Mme H. G.	54	F	Bronchite asthmatique	—	0	—	0	palpit. dyspnée	0		
26) P. T.	38	M	Rhinite	50%	—	0	—	0	0		
27) A. P.	47	M	Rhinite Obstruction nasale	obstruct. 80%	80%	0	obstruct. 50%	somnol. palp. cramp. est.			
28) Sr St-O.	49	F	Rhinite perennéale	80%	—	pas reçu		somnol.			
29) L. F.	17	F	Asthme saisonnier estival	—	60%	—	0	0	0		
30) Mme G. S.	29	F	Rhino-bronchite allergique estivale	75%	—	0	—	0	0		
31) Mme R. G.	29	F	Fièvre des foins	75%	—	0		lég. somnol.	0		
32) Mme G. J.	36	F	Fièvre des foins	100%	—	100%	—	0	somnol.	mêmes effets des deux produits	
33) M. R.	26	M	Fièvre des foins	100%	—	pas reçu		somnol.			
34) A. P.	69	M	Fièvre des foins asthme	100%	100%	pas reçu		0			
35) Fr. B. M.	42	M	Fièvre des foins Asthme second. contrô.	0	—	pas reçu		engourd.			
36) L. L.	9	F	Rhinite	75%	—	pas reçu		0			
37) R. P.	34	F	Dyspnée paroxystique	100%	—→	pas reçu		0			
38) N. J.	14	F	Fièvre des foins	pas reçu		pire			0		
39) Mme R. N.	54	F	Fièvre des foins	larmoiement 50%	50%	0	larmoiement 0	somnol.	0	cessé pour somnol	

UN ISOMÈRE NON DÉPRESSIF DE LA RÉSERPINE: 10-MÉTHOXYDÉSÉRPIDINE¹ DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION¹

Rapport préliminaire.

J. de L. MIGNAULT.²

En 1956, Woodward (1) réussit la synthèse chimique de la réserpine. Son procédé fut modifié en 1958 par Velluz (2), afin d'en faciliter la production industrielle. Ce dernier (3) réalisa également en laboratoire, différentes substitutions et déplacements de radicaux de la formule chimique de la réserpine. Il obtint ainsi plusieurs composés dont les effets dépressif et hypotenseur furent éprouvés. Parmi ceux-ci, la 10-méthoxydéséripidine, un isomère de la réserpine dans lequel le groupe méthoxy passe de la position 11 à la position 10 dans le noyau A (figure 1), a paru dénué d'effets dépressifs, bien que son action hypotensive chez le rat hypertendu soit supérieure à celle de la réserpine (4).

Mir et Lewis (1960) ont démontré que la 10-méthoxydéséripidine possédait une action hypotensive identique à celle de la réserpine chez les chats et les rats anesthésiés, et causait une bradycardie, tandis qu'elle n'avait pas tendance à produire les autres effets pharmacologiques des alcaloïdes naturels du *Rauwolfia* (tels que, diarrhée, réduction de l'activité motrice et prolongation du sommeil causé par les barbituriques (5).

Ces études suggéraient que le produit pouvait être utile dans le traitement de l'hypertension humaine puisque son effet hypotenseur paraît dénué de symptômes dépressifs.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le médicament fut prescrit à 20 patients, mais 5 furent éliminés à cause de leur manque de coopération par la suite. Sur les 15 autres (tableau 1), on trouve 5 femmes et 10 hommes. Les âges varient entre 39 et 60 avec un âge médian de 44 pour les femmes et entre 31 et 66 avec un âge médian de 55 pour les hommes.

Selon la sévérité de l'affection, les malades peuvent être divisés en trois groupes:

1. Decaserpyl, produit par les Laboratoires Roussel. Nous sommes reconnaissants à Roussel (Canada) Ltée de nous avoir fourni la 10-méthoxydéséripidine.

2. Cardiologue à l'Institut de Cardiologie de Montréal, 5415, boul. de l'Assomption, Montréal 36, et assistant-professeur en médecine à l'Université de Montréal.

a) Dans le premier groupe, on trouve les patients asymptomatiques, sans complications viscérales apparentes.

b) Le groupe 2 comprend ceux qui présentent des symptômes légers (céphalées, étourdissements, légère dyspnée d'effort) ou chez qui on a retrouvé une hypertrophie ventriculaire gauche sur l'électrocardiogramme ou l'examen radiologique du cœur.

c) Le groupe 3 se compose de ceux chez qui l'hypertension est compliquée d'une rétinopathie de sévérité $\frac{3}{4}$ (Keith & Wagener) d'une maladie de cœur athérosclérotique, d'une insuffisance cardiaque ou d'une athérosclérose cérébrale.

Aucun patient ne souffrait d'hypertension maligne. Trois patients appartenaient au groupe 1, six au groupe 2 et six au groupe 3. Cette proportion relativement élevée de patients dans le groupe 3 est probablement due à la répartition de l'âge de nos patients.

Le produit fut administré de deux façons selon que le patient n'avait pas été traité au préalable ou qu'il l'avait été. Pour une période allant de un à trois mois, selon la fréquence de lectures des tensions, on administrait des placebos aux patients qui ne prenaient aucune médication auparavant. La pression artérielle était prise au moins une fois toutes les 3 semaines et chez certains, on a obtenu des lectures quotidiennes.

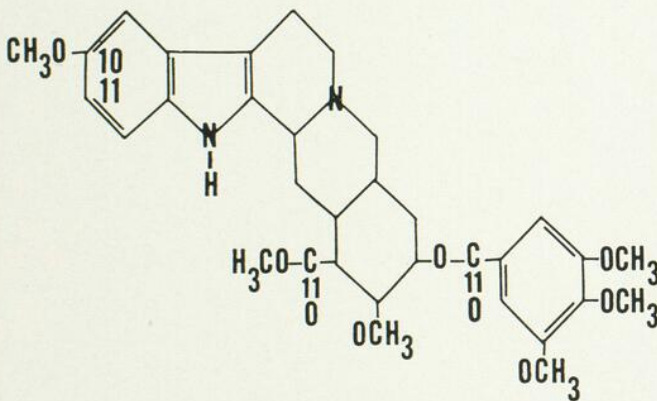
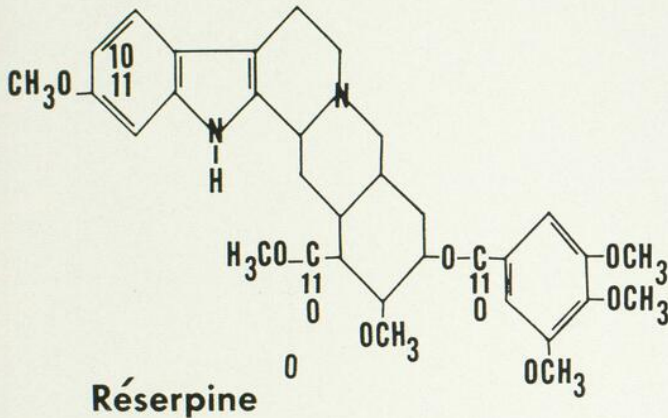
Chez les patients recevant déjà d'autres médicaments, on substitua le nouveau médicament à un autre ou on l'ajouta aux autres, la dose de ces derniers étant graduellement réduite jusqu'à cessation totale. Lorsque la 10-méthoxydéséripidine administrée seule se montra incapable de contrôler la pression artérielle, d'autres produits furent ajoutés, en commençant par le chlorothiazide ou l'hydrochlorothiazide. Dans un seul cas a-t-on dû avoir recours à l'association d'un ganglioplégique.

Chaque fois que la 10-méthoxydéséripidine fut interrompue durant le traitement afin d'obtenir un contrôle supplémentaire de la pression artérielle de base, elle fut remplacée par un placebo identique en ce qui concerne le goût, la forme et la couleur.

Les résultats sont basés sur les variations obtenues dans la pression diastolique. Ceci est considéré comme un guide plus sûr que la pression systoli-

que ou moyenne, puisque nombre de patients souffraient d'une athérosclérose de l'aorte, affection qui modifie la lecture de la pression systolique.

Les résultats furent classifiés comme bons lorsque la pression diastolique tomba en dessous de 100 mm Hg, moyens lorsque la pression diastolique, tout en baissant de plus de 10 mm Hg, demeura au-dessus de 100 mm Hg. Les autres furent considérés comme mauvais résultats.



10-Méthoxy - Déséripidine

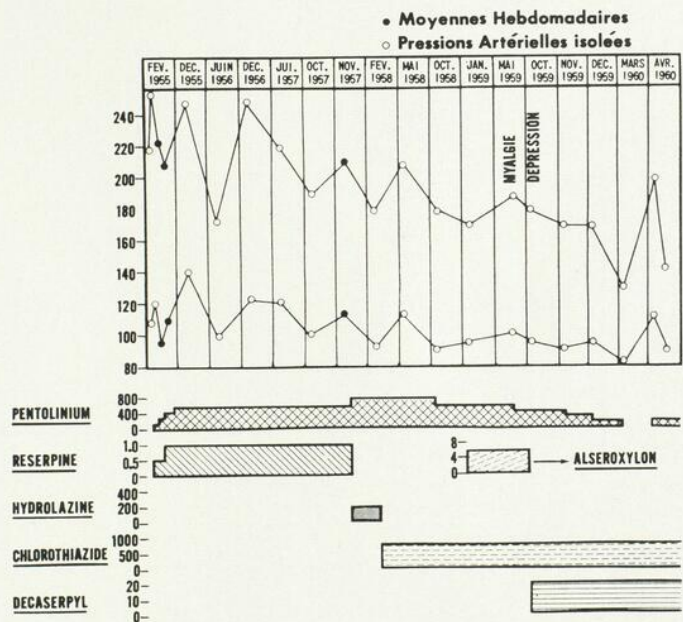
La 10-méthoxydéséripidine fut administré à une dose quotidienne maxima de 20 mg, en quatre prises séparées. Une étude avec des doses supérieures est actuellement en cours, et par conséquent, les cas qui n'ont pas répondu au médicament pourraient peut être répondre à des doses supérieures tel que démontré par d'autres (6-9).

A chaque visite, le questionnaire visait à retracer des effets secondaires, en attachant une attention toute particulière à ceux déjà décrits avec les alcaloïdes du *Rauwolfia Serpentina*.

RÉSULTATS

Parmi nos 15 patients, 10 suivirent un traitement avec la 10-méthoxydéséripidine seule. Sur ces

10 patients, 6 eurent de bons résultats, c'est-à-dire que leur pression diastolique fut abaissée en dessous de 100 mm Hg. L'un eut une réponse moyenne, c'est-à-dire que bien que sa pression sanguine fût abaissée de plus de 10 mm Hg, elle resta supérieure à 100 mm Hg. La pression sanguine des trois autres patients resta inchangée. Le patient no 13 qui eut seulement une réponse moyenne au traitement avec la 10-méthoxydéséripidine seule, tira profit de l'addition d'hydrochlorothiazide, ce qui abaissa sa tension artérielle en dessous de 100 mm Hg. Ce fut aussi le cas du patient no 9 chez qui la 10-méthoxydéséripidine seule n'eut aucun résultat. Cette association ne fut pas tentée chez les deux autres patients qui ne répondirent pas au traitement (patients nos 6 et 12).



La 10-méthoxydéséripidine seule ne fut pas essayé chez les 5 autres malades. On transféra le patient no 4 d'une association d'hydralazine-réséripine-chlorothiazide à une association chlorothiazide-10-méthoxydéséripidine. Il est intéressant de noter que cette seconde combinaison se révéla plus efficace que la première, incluant de la réséripine. Malheureusement, le malade mourut à la suite d'une opération du côlon, avant que l'on pût cesser l'administration du chlorothiazide.

Dans le cas du patient no 5, on substitua une association d'hydrochlorothiazide-10-méthoxydéséripidine à une association hydralazine-hydrochlorothiazide. On peut être assuré que l'effet hypotenseur qui en résulta n'est pas dû uniquement à l'hydrochlorothiazide mais, jusqu'à un certain point, aussi à la 10-méthoxydéséripidine puisque, lorsqu'elle fut

donnée avec l'hydralazine, l'hydrochlorothiazide ne donna pas une réponse hypotensive aussi bonne. Cependant, on ne peut juger de l'effet de la 10-méthoxydéséripidine donnée seule. Ceci est actuellement à l'étude.

Chez le patient no 8, (figure 2) la 10-méthoxydéséripidine à la dose quotidienne de 20 mg, n'aurait pas été efficace si elle avait été donnée seule, puisqu'elle n'a pas eu d'effet même lorsqu'elle fut donnée en association avec la chlorothiazide. D'autre part, il est intéressant de remarquer que l'addition de 10-méthoxydéséripidine à l'association préexistante de pentolinium et de chlorothiazide permet de réduire la dose de l'agent de blocage

déséripidine est supérieur à celui obtenu avec l'hydralazine, mais démontrent seulement que le chlorothiazide ou l'hydrochlorothiazide, conservés constants dans les deux associations, ne sont pas seuls responsables de l'effet hypotenseur obtenu par la combinaison du chlorothiazide ou de l'hydrochlorothiazide avec la 10-méthoxydéséripidine.

Par conséquent, chez les 5 patients chez qui on n'étudia pas la 10-méthoxydéséripidine seule, on ne peut savoir l'effet qu'aurait eu ce médicament utilisé seul, mais on peut être sûr au moins d'un effet partiel de la 10-méthoxydéséripidine dans le traitement associé. Cette association de chlorothiazide ou d'hydrochlorothiazide à la 10-méthoxy-

No	NOM	AGE	SEXE	SEVERITE	P. A. Avant	Rauwolfia mg/jour	TRAITEMENT ANTERIEUR				DECASERPYL SEUL		TRAITEMENT FINAL				Resultat Decaserpyl Seul	
							Hydralazine mg/jour	Thiazide mg/jour	G.-plégique mg/jour	P. A.	Dosage mg/jour	P. A.	Decaserpyl mg/jour	Thiazide mg/jour	G.-plégique mg/jour	P. A.		
1	A.R.	31	M	1	170/105						20	145/87						+ +
2	P.B.	49	M	3	195/115						20	165/88						+ +
3	R.C.	39	F	3	200/110	R: 1.0					20	150/90						+ +
4	A.F.	55	M	3	210/110	R: 1.0	200	Ch. 750	C. 80	180/100	--	--	20	Ch. 500			160/90	
5	D.S.	41	F	1	190/115		200	Ch. 500		180/110	--	--	20	Ch. 500			145/90	
6	P.M.	61	M	2	190/110						20	170/105						0
7	R.G.	60	F	2	170/110	A: 2.0				150/95	10	150/85						+ +
8	A.V.	60	M	2	220/110	A: 6.0		Ch. 500	P. 600	180/100	--	--	20	Ch. 500	P. 160		150/90	
9	M.W.	39	M	2	180/110			H. 75		160/100	20	170/105	20	H. 75			145/85	0
10	A.P.	55	F	3	180/110	R: 0.5		H. 25		160/85	20	150/88						+ +
11	R.P.	66	M	3	190/130	R: 1.0			P. 200	170/100	15	140/92						+ +
12	R.L.	44	M	1	210/110						20	190/110						0
13	M.P.	53	M	2	240/140			Ch. 1000	C. 75	200/110	20	180/106	20	Ch. 1000			160/90	+
14	C.T.	56	M	3	190/110			H. 50		170/110	--	--	20	H. 25			150/85	
15	J.M.	44	F	2	220/120		150	H. 75		200/120	--	--	20	H. 75			150/102	

NOTE: Les chiffres de pression artérielle rapportés dans ce tableau représentent des moyennes de plusieurs lectures. Les abréviations employées ont la signification suivante. C : Chlorisondamine; Ch : Chlorothiazide; H : Hydro-chlorothiazide; A : Alseroxylon; R : Reserpine et P : Pentolinium. Dans la classification des résultats, 0: signifie aucun changement; + : diminution de la pression diastolique d'au moins 10 mm Hg; et ++ : retour de la pression artérielle diastolique dans les limites de la normale.

ganglionnaire au quart de la dose donnée précédemment. L'Alseroxylon essayé précédemment avait aussi permis de réduire, à un moindre degré, la dose nécessaire de pentolinium.

L'hydrochlorothiazide donnée seule au patient no 14 fut entièrement inefficace. Par conséquent, le 10-méthoxydéséripidine fut au moins responsable en partie de l'effet hypotenseur de l'association.

Le résultat de l'association d'hydrochlorothiazide à la 10-méthoxydéséripidine chez le patient no 15 fut seulement moyen. Toutefois, on peut être au moins d'un effet partiel de la 10-méthoxydéséripidine, puisque l'hydrochlorothiazide associée à l'hydralazine fut inefficace.

Ces comparaisons entre l'hydralazine et la 10-méthoxydéséripidine combinées à la chlorothiazide ou à l'hydrochlorothiazide ne sont pas destinées à montrer que le résultat obtenu avec la 10-méthoxy-

déséripidine donna de bons résultats chez trois patients, un résultat moyen chez un patient et n'eut pas d'action définie chez l'autre, si ce n'est d'avoir permis de réduire la dose nécessaire de l'agent de blocage ganglionnaire utilisé précédemment.

Les résultats obtenus avec l'emploi de la 10-méthoxydéséripidine seule ou associée au chlorothiazide ou à l'hydrochlorothiazide sont entièrement indépendants de la gravité de la maladie si l'on considère la classification de sévérité mentionnée précédemment.

La plupart des médicaments hypotenseurs causent des effets secondaires qui peuvent être suffisamment sévères en certains cas pour nécessiter l'arrêt du traitement.

Sur les 15 patients à qui la 10-méthoxydéséripidine fut administrée, le patient no 5 se plaignit, au début du traitement, d'un malaise épigastrique

plus ou moins précis, qui ne fut jamais suffisamment grave pour nécessiter l'arrêt de la thérapie et qui disparut graduellement après 2 mois de traitement. Une bradycardie modérée fut remarquée chez le patient no 2 mais ceci n'avait aucun inconvénient subjectif. A partir de sa 4e journée de traitement, le patient no 7 eut des cauchemars à toutes les nuits. Après deux mois et demi, le traitement fut arrêté et les cauchemars disparurent en trois jours. Ce patient recevait seulement 10 mg de 10-méthoxydéséripidine par jour.

Parmi les autres effets secondaires révélés dans la littérature on a mentionné des brûlements épigastriques et même des nausées et des vomissements, mais on attribua ceci plutôt au nombre de comprimés absorbés qu'au produit lui-même, puisque les symptômes disparurent lorsque les patients reçurent la même dose mais sous forme de comprimés dosés à 10 mg au lieu de comprimés dosés à 2 mg. Les mêmes auteurs ont rapporté un cas de diarrhée chez un patient qui avait reçu 50 mg de 10-méthoxydéséripidine par jour durant trois semaines. Un cas de rhinite légère a été publiée.

Parmi nos 15 patients, 6 reçurent des dérivés de *Rauwolfia Serpentina* avant le début du traitement par la 10-méthoxydéséripidine et l'un d'eux fut traité ailleurs avec de la réserpine. Chez la plupart d'entre eux, l'administration avait été suspendue à cause des effets secondaires suivants: rhinite vasomotrice sévère chez 4 patients, cauchemars chez 2 et symptômes dépressifs chez 4. Parmi les patients qui avaient présenté des symptômes de dépression, l'un avait eu une psychose dépressive aiguë avec des idées de suicide et avait dû être traité par des électro-chocs. La 10-méthoxydéséripidine ne réveilla aucun symptôme dépressif chez les 4 patients qui en avaient eu avec la réserpine. Un des patients qui fut soulagé d'une rhinite vasomotrice avec le nouveau médicament, eut à la place des cauchemars.

Résumé

Quinze patients furent traités avec la 10-méthoxydéséripidine. 10 reçurent la 10-méthoxydéséripidine seule et on nota 6 bons résultats, un résultat moyen et 3 résultats nuls.

Lorsqu'on associa du chlorothiazide ou de l'hydrochlorothiazide à la 10-méthoxydéséripidine, le patient chez qui on avait obtenu seulement un résultat moyen et l'un de ceux qui n'avait pas répondu virent leur pression diastolique descendre en dessous de 100 mm Hg. Les 5 patients chez qui la 10-méthoxydéséripidine seule ne fut pas expé-

rimentée reçurent le produit associé à la chlorothiazide ou l'hydrochlorothiazide et la réponse fut bonne chez 3, moyenne chez l'un, tandis qu'il fallut continuer le pentolinium chez le dernier. Chez celui-ci, la dose nécessaire de l'agent de blocage ganglionnaire fut réduite au quart de la dose précédemment utilisée.

Dans cette étude préliminaire, la 10-méthoxydéséripidine s'est révélée un hypotenseur utile, dépourvue d'action dépressive même chez 4 patients qui avaient présenté de tels symptômes avec la réserpine. Il est inutile d'ajouter que le nombre de patients étudiés est encore insuffisant mais les résultats obtenus méritent de pousser l'étude plus loin.

Summary

Following the synthesis of Reserpine, Velluz has attempted different modifications of the chemical formula leading to the discovery of multiple compounds which were subsequently tested for hypotensive and depressive action. Among these, an isomere of Reserpine, 10-Methoxydeserpine, has proven to be in the rat, a good hypotensive agent without having any depressive effect on the central nervous system.

This study was undertaken to verify the action of the drug in human hypertension. Twenty subjects have received the medication among which 5 had to be discarded because of lack of cooperation. In the 15 patients who received 10-Methoxydeserpine, 10 had the drug alone. Of these 10, 6 had good results, that is their blood pressure returned to normal, 1 had a fair result, that is the blood pressure dropped by more than 10 mm. Hg. (diastolic) without returning to normal and 3 did not respond. When Chlorothiazide or Hydrochlorothiazide was added to 10-Methoxydeserpine, the one patient who had a fair result and one of the two who did not respond to 10-Methoxydeserpine alone had their blood pressure returned to normal by this combination. Five patients were not tried on 10-Methoxydeserpine alone but received it in association with Chlorothiazide or Hydrochlorothiazide and the response was good in three, fair in one, whereas the fifth one had to continue on with pentolinium although the dosage of the ganglionic blocking agent could be reduced to one quarter of its original dosage.

Although preliminary, this study leads to believe that 10-Methoxydeserpine is a useful hypotensive agent without depressive action on the central nervous system. It is interesting to note that among our 15 patients, 4 had to discontinue because of severe depressive symptoms. One need not add that the number of patients studied so far is inadequate but the results justify to continue the study.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. B. WOODWARD, F. E. BADER, H. BICKEL, A. J. FREY et R. W. KIERSTEAD: *J. Am. Chem. Soc.*, **78**: 2023, 1956.
2. L. VELLUZ, G. MULLER, R. JOLY, J. NOMINE, J. MATHIEU, A. ALLAIS, J. WARNANT, J. VALL, R. BUCCOURT et J. JOLLY: *Bull. Soc. Chim. Fr.*, No 5, p. 673, 1958.

3. L. VELLUZ: *Ann Pharm.*, **17**: 15, 1959.
4. L. VELLUZ, M. PETERFALVI et R. JEQUIER: *Compte-Rendu Séan. Acad. Sc.*, **247**: 1905, 1958.
5. B. J. MIR et J. J. LEWIS: *J. Pharm. (Lond.)*, **12**: 677, 1960.
6. R. TRICOT, D. COLONNA et B. ALDERETE: *La Presse Méd.*, **68**: 905, 1960.
7. H. GROS, M. PETERFALVI et R. JEQUIER: *Algérie Méd.*, **63**: 297, 1959.
8. P. MERIEL, F. GALIMER, J. M. SUC, J. PUTOIS et J. P. BOUNHOURE: *Sem. Hôp., Paris*, **35**: 747, 1959.
9. A. GERARD, J. DELAHOUSSE et M. BERTRAND: *Mouvement Thérapeutique*, **4**: No 4, 1959.
10. G. GIRAUD, H. LATOUR, P. PUECH, M. DERMEN-GHEM, G. OLIVIER et L. SIMON: Non publié.

ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE RÉACTIONS SÉROLOGIQUES CONVENTIONNELLES ET RÉACTIONS À ANTIGÈNE TRÉPONÉMIQUE

Benoît ROUSSEAU et Jean-Paul DESBIENS,
Division des Laboratoires, Ministère de la Santé, Province de Québec.

Il se sera écoulé près d'un demi-siècle avant que la géniale application du phénomène classique de Bordet-Gengou que Wassermann a faite au diagnostic de la syphilis ne parvienne à son niveau actuel de sensibilité et de « spécificité pratique ». Cette lente évolution d'une méthode qui a pu survivre et s'épanouir, malgré les controverses, a été jalonnée le long des années par des mutations successives d'importance graduellement accrue et des découvertes vraiment remarquables. Qu'il suffise de nous remémorer brièvement l'émondage préliminaire de plusieurs prétendues modifications après les conférences internationales du début; les autres perfectionnements apportés par la suite dans les systèmes antigénique et hémolytique au moyen de dosages de mieux en mieux balancés; l'éclatante poussée de popularité de la réaction de Kahn; la mise au point des réactions d'élimination; l'identification de la cardioline; la réputation mondiale qu'est en train de se gagner le VDRL; les épreuves de contrôle entre les laboratoires d'état ou de province dans le but d'uniformiser les méthodes; les cours de rafraîchissement donnés aux centres de recherche, bref, un souci constant de perfectionnement et de progrès digne de la confiance du grand nombre des praticiens avertis qui ajoutent foi aux examens de laboratoire et en connaissent l'interprétation.

D'autre part, même s'il demeure immuable qu'il ne fut jamais dans le rôle du sérologiste de faire le diagnostic final de l'infection syphilitique, l'expérience de tous les jours prouve aussi combien exagéré est très souvent le cas que les praticiens non spécialisés font d'un résultat positif aux réactions de séro-diagnostic, sans même le contrôler.

Maintenant que le taux d'incidence de la syphilis a considérablement regressé, l'évaluation des résultats des réactions maintenant dites « réactions conventionnelles » s'avère de plus en plus délicate. Peut-être leur sensibilité présente vient elle même après son heure. Qu'elles entraînent un certain nombre de faux positifs biologiques et des positivités résiduelles sans grande importance, inquiète les gens du métier et fait probablement tort à nombre de personnes. Par contre, il ne faut pas non plus perdre de vue que le siècle est aux antibiotiques les plus variés. Il s'en prend chaque année pour des millions de dollars avec des effets difficiles à calculer sur un nombre inconnu de syphilis latentes, à faible taux de réagines, qui auraient pu, à l'occasion, être décelées à temps aux réactions ordinaires et qui ne le seront peut-être plus, sinon trop tard. Le problème de l'infection syphilitique, dès lors, en demeure presque aussi complexe d'année en année. Il est donc doublement heureux que l'effort soutenu de tout un groupe de chercheurs, sérologistes, biochimistes, immunologistes et cliniciens nous ait valu de voir successivement apparaître des réactions à spécificité biologique authentique que l'on convient généralement de désigner par les sigles de leur appellation anglaise: TPI, TPA, TPIA, TPCF et RPCF.¹

La valeur de ces essais, la comparaison de leur sensibilité respective aux différentes phases de l'infection syphilitique, les difficultés techniques inhé-

1. TPI: immobilisation du *Treponema Pallidum*. TPA: agglutination du *Treponema Pallidum*. TPIA: adhérence-disparition du *Treponema Pallidum*. TPCF: fixation du Complément avec un extrait de *Treponema Pallidum*. RPCF: fixation du Complément avec l'extrait Protéinique du T.P., souche Reiter.

rentes à leur réalisation, la multiplicité des anti-corps dont ils ont servi à révéler l'existence font le sujet d'une littérature déjà volumineuse et facile à repérer

Le TPA et le TPIA semblent avoir été des expériences louables, mais qui ne resteront guère que des expériences. Jusqu'à très peu d'années c'est la réaction de Nelson et Mayer, le TPI, qui avait préséance et à qui l'on demandait le mot de la fin lorsque les réactions conventionnelles présentaient des divergences ou étaient plutôt aptes à fluctuer sans éclaircir le diagnostic clinique. C'est ainsi que, dès la fin de 1951, la Province d'Ontario avait organisé une section de laboratoire aux fins de pra-

Sur 78 échantillons préalablement examinés aux réactions conventionnelles, aussi bien qu'au TPI, nous avons cru qu'il serait intéressant de comparer tout d'abord le TPCF et le RPCF. Ces échantillons provenaient pour la plupart de cliniques d'hôpitaux. Les résultats obtenus sont donnés dans le tableau I.

Dans ce premier groupe de résultats, les réactions ne sont comparées entre elles que pour leur valeur propre. Il n'est tenu compte d'aucun renseignement clinique. Aux fins d'évaluer la sensibilité des méthodes employées, nous avons attribué au TPI une sensibilité de 100%, ce qui nous paraît d'autant moins arbitraire que la moyenne d'âge des cas soumis est de 45 ans. C'est ainsi que, vis-à-vis

TABLEAU I
Comparaison entre TPI, TPCF, RPCF, Kolmer & Kahn.

	TPCF			RPCF			Kolmer CF			Kahn		
	P	D	N	P	D	N	P	D	N	P	D	N
TPI	35	4	5	37	1	6	34	1	9	16	17	11
%	44.9	5.1	6.4	47.4	1.3	7.7	43.6	1.3	11.5	20.5	21.8	14.1
	5	2	27	5	3	26	4	3	27	10	12	12
%	6.4	2.6	34.6	6.4	3.9	33.3	5.1	3.9	34.6	12.8	15.4	15.4

Sensibilité: TPI: 100%; TPCF: 97.7%; RPCF: 101.2%; Kolmer: 92.2%; Kahn: 92%.

tiquer cette réaction qui venait tout juste d'être publiée. Depuis le début de 1955, existe maintenant au Laboratoire d'Hygiène du Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social un service du même genre pour le bénéfice des médecins de tout le pays, pourvu que les échantillons de sang soient d'abord soumis au contrôle du Laboratoire Central de Santé de chaque Province. Sous la direction du Dr R. H. Allen et la responsabilité immédiate du Dr G. Kimm, ce service fonctionne d'une façon impeccable. Le nombre des cas où le test est indiqué est nécessairement peu élevé et les praticiens de la présente génération sont loin d'être encore tous au courant de sa signification exacte.

La mise au point du TPCF a créé une impression pour le moins très grande. A l'encontre du TPI la réaction exige beaucoup moins de manipulations délicates et son usage est à la portée de la plupart des Laboratoires. Par la suite, des études sérieuses ont aussi démontré que le RPCF, une fois son antigène épuré, semblait sensiblement se rapprocher du TPCF, le tréponème avirulent de la souche Reiter contenant un antigène qui serait commun à celui du Tréponème virulent, et l'extraction de sa fraction protéinique étant relativement simple.

de la réaction de base, la sensibilité des autres, calculée suivant les normes habituelles, s'établit, tel qu'indiqué ci-haut: TPI 100%; TPCF 97.7%; RPCF 101.2%; Kolmer 92.2%; Kahn 92%.

Il importe de noter ici que la sensibilité de Kolmer repose plutôt sur des cas franchement positifs, et peu de douteux, alors que l'inverse se présente pour le Kahn.

Impressionnés par la sensibilité véritablement remarquable du RPCF, nous avons par la suite entrepris de soumettre à ce test 443 échantillons ayant donné des résultats divergents au Kolmer et au Kahn. Les résultats obtenus sont compris dans le tableau II.

La concordance de sensibilité entre le RPCF et le Kolmer s'est établie à 95.2%, tandis qu'entre le RPCF et le Kahn elle n'a été que de 54.1%. Ces résultats montrent aussi que 35 échantillons ont été trouvés négatifs au Kolmer (7.9%) et 156 au Kahn (35.2%) alors qu'ils furent trouvés positifs au RPCF. Par ailleurs, sur les échantillons négatifs, au RPCF, le Kolmer a donné 30 positifs et 11 douteux, au total 8%, tandis que le Kahn a donné 35 positifs et 33 douteux, soit 11.6%.

TABLEAU 2
Résultats du RPCF sur 443 échantillons montrant une divergence entre les tests de Kolmer et de Kahn.

	Kolmer			Kahn		
	P	D	N	P	D	N
P	234	25	35	53	85	156
%	52.8	5.6	7.9	12	19.2	35.2
D	12	12	19	11	25	7
%	2.7	2.7	4.3	2.5	5.6	1.6
N	30	11	65	35	33	38
%	6.8	2.5	14.7	7.9	7.4	8.6

Concordance de sensibilité avec le RPCF: Kolmer 95.2%, Kahn 54.1%.

Parmi les échantillons qui font l'objet de notre première comparaison (tableau I), il nous a été possible d'obtenir par la suite des renseignements plus précis sur la provenance d'un certain nombre d'entre eux. Trente avaient été prélevés chez des malades considérés comme syphilitiques, au point de vue clinique. Pour ces cas définis nous avons voulu mettre plus spécialement en regard les résultats obtenus tant aux réactions spécifiques qu'aux réactions conventionnelles. C'est ce qui constitue notre tableau III.

trois réactions spécifiques; TPI, TPCF et RPCF. Les observations offertes démontrent simplement que l'adoption de l'une d'entre elles, comme réaction de diagnostic, devient rapidement souhaitable pour un laboratoire d'Hygiène Publique mais que, d'un autre côté, étant donnée l'habituelle rareté des renseignements nécessaires, certaine prudence devra être exercée avant qu'il soit décidé de tout changement radical.

Pour l'instant, il semble cependant y avoir peu de raisons pour désirer voir les « Unités » de TPI

TABLEAU 3

Résultats comparatifs entre les tests conventionnels et le TPI, le TPCF et le RPCF, sur 30 échantillons provenant de patients considérés comme syphilitiques.

	P	%	D	%	N	%
TPI	28	93.3			2	6.7
TPCF	24	80.	2	6.7	4	13.3
RPCF	24	80.			6	20.
Kolmer	22	73.3	2	6.7	6	20.
Kahn	14	46.7	7	23.3	9	30.

Sans qu'il ait toujours été possible d'établir de façon certaine la phase de l'infection au moment des examens sérologiques il est intéressant de noter que, dans ce groupe d'échantillons, le TPCF et le RPCF ont montré une concordance remarquable de positivité franche, soit 80%, tandis que les réactions conventionnelles ont accusé une sensibilité nettement inférieure.

Résumé

Cette courte étude n'ajoute que bien peu aux comparaisons très élaborées déjà faites entre les

se multiplier au pays. Quant au TPCF, d'autres laboratoires peuvent avoir déjà fait leurs propres essais et lui avoir accordé leur préférence. En ce qui nous concerne, nous avons toutefois l'impression qu'à sensibilité moyenne égale, sinon supérieure, le RPCF,¹ dont l'exécution est comparable mais le coût notablement moins élevé, mérite la préférence.

C'est le test dont nous nous proposons de poursuivre plus spécialement l'étude, en ayant recours,

1. Nous nous faisons un devoir de mentionner que nos essais avec le RPCF ont été faits avec l'antigène que nous a gracieusement fourni Organon Inc., le *Ryprogen*.

pour les enquêtes auprès des médecins, aux bons offices du Service Social de notre Division des Maladies Vénériennes dont la constante collaboration nous est toujours extrêmement précieuse.

Summary

The purpose of this short study is merely to add a few more data to the very elaborate comparisons, already published, of results obtained from the three specific tests: TPI, TPCF and RPCF. The observations presented show simply that the adoption of one or another of them is rapidly becoming very desirable as a diagnostic test for public health laboratories but that, on the other hand, in view of the usual lack of necessary clinical information

regarding cases, a measure of prudence must be exercised before any radical change in tests is decided upon.

For the present, there appears to be little reason for multiplying TPI centers throughout the country. As regards the TPCF test, other laboratories may already have made their own studies of it and accorded it their preference. So far as our own laboratory is concerned, we have the impression that the RPCF test, with its average sensitivity equal, if not superior, to the others, with its comparable performance and its much lower cost, is the method of choice.

We propose to pursue, especially, the study of this procedure, with recourse to enquiries to physicians through the good offices of the Social Service of our Division of Venereal Diseases, the constant collaboration of which is always of the utmost value.

L'UNION MEDICALE 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 90, No 6 — Montréal, juin 1961

PROPOS SUR LES MÉNINGITES À VIRUS

Il y a dix ans, Enders découvrait l'action cytopathogène des virus sur des cellules de mammifères, cultivées en tube au laboratoire. Cette technique a permis la découverte de nombreux virus jusqu'ici inconnus et qui causaient en pratique médicale des infections très fréquentes. Maintenant, le laboratoire clinique apporte une aide précieuse quant à la recherche des virus chez les patients ainsi infectés. En effet, il est très facile d'isoler ces virus ou d'en rechercher les anticorps correspondants, qui apparaissent dans le sang des patients.

Le groupe des méningites virales dénommées aseptiques, quoique possédant une unité clinique, présente en réalité, une pluralité étiologique. Ces méningites donnent un liquide céphalo-rachidien clair, avec légère augmentation des leucocytes et de l'albumine, et un glucose normal ou légèrement élevé. Le clinicien devant tout syndrome méningé, même au cours d'épidémie de poliomyélite, doit exécuter l'analyse complète du liquide, en vue de détecter, par hasard, parmi ces cas, les méningites bactériennes, lesquelles contrairement aux virales, sont accessibles par l'antibiothérapie.

Parmi les méningites à liquide clair, il faut différencier celles dues au bacille tuberculeux et aux leptospires, de celles provoquées par les virus. Il est difficile de faire une classification stricte entre les méningo-encéphalites et les méningites. Alors, nous diviserons les atteintes du système nerveux par les virus de la façon suivante:

1 — Les encéphalites transmises par les arthropodes: Encéphalite équine est, ouest, St-Louis, etc.

Ces infections sont inexistantes ou exceptionnelles au Canada.

2. — La chorioméningite lymphocytaire due au virus d'Armstrong et transmise par les souris. Cette méningite semble très rare au Canada.

3 — Les méningites ou méningo-encéphalites survenant lors de certaines infections, à savoir: 1° Maladies virales éruptives telles que rougeole, varicelle, rubéole, vaccine; 2° Maladies à manifestations ganglionnaires, telles que mononucléose infectieuse, lymphoréticulose bénigne d'inoculation; 3° L'hépatite infectieuse; 4° Maladies respiratoires virales, telles que l'influenza et les maladies à Adénovirus.

4 — Les méningites cliniquement primitives dues aux virus des Oreillons et de l'Herpès.

5 — Les méningites dues aux Entérovirus: Coxsackie, Echo, poliomyélitiques.

Si le laboratoire peut arriver à préciser le virus en cause dans les méningites ou méningo-encéphalites, le clinicien dans son questionnaire, en se basant sur les données épidémiologiques peut lui aussi parvenir à préciser l'étiologie virale exacte; en effet, si le syndrome méningé peut être causé par différents virus, d'autre part, il faut connaître qu'un même virus peut être la cause de différents syndromes cliniques bien définis. Parmi les syndromes méningés les plus fréquemment observés, citons ceux causés par le virus des Oreillons, le virus de l'Herpès, ceux consécutifs aux maladies virales éruptives et enfin, le groupe très important causé par les Entérovirus, qui sera étudié spécialement et qui se rencontre du mois de mai à octobre.

Les virus poliomyélitiques au nombre de trois se cultivent bien sur les cultures de cellules (rein de singe et cellules Hela) et donnent des lésions chez le singe seulement. Ces virus causent en plus du syndrome méningé, de très nombreuses infections inapparentes et indifférenciées, à savoir: état

grippal, pharyngite, diarrhée. Cependant, ces virus ont la propriété de causer fréquemment des paralysies transitoires et surtout permanentes, signant une atteinte spinale ou bulbaire.

Les virus Coxsackie découverts par Dall-dorf en 1948, se cultivent sur les cellules (rein de singe et cellules Hela), sauf plusieurs du groupe A, et donnent chez les souriceaux nouveau-nés, des lésions différentes suivant qu'il s'agit du groupe A ou B.

Les virus Coxsackie A au nombre de 24, dont quelques-uns seulement se cultivent sur cultures de cellules, provoquent une dégénérescence massive des muscles volontaires striés chez les souriceaux, caractérisés par une paralysie flasque. Ces virus provoquent des méningites et aussi l'herpangine; maladie caractérisée par l'élévation de la température et la présence de vésicules dans l'arrière-gorge. Le virus Coxsackie A₇, considéré par les Russes comme un virus Polio type IV, serait dû à une variante plus virulente que le prototype Coxsackie A₇ rencontré ailleurs dans le monde. Le virus Coxsackie A₁₄ est aussi capable de provoquer des atteintes musculaires chez les jeunes enfants. Disons que ces virus Coxsackie A₇ et A₁₄, en plus de leur pathogénicité pour les souriceaux, causeraient des atteintes du système nerveux chez le singe. Le virus Coxsackie A₉ est une cause fréquente de méningites aseptiques avec parfois atteinte encéphalitique. Ce dernier virus, ainsi que les Coxsackie A₂ et A₄, provoqueraient, semble-t-il, des maladies fébriles accompagnées d'exanthème. Un cas de péricardite bénigne aurait été rapporté à la suite d'une infection par le virus Coxsackie A₁. Enfin, les virus Coxsackie A sont souvent associés aux virus poliomyélitiques chez l'être humain, par conséquent, avant d'attribuer une paralysie à ces virus, on doit prendre soin de bien rechercher la présence de virus poliomyélitiques associés.

Le groupe Coxsackie B au nombre de 6, se cultivent sur cultures de cellules (rein de singe et cellules Hela) et provoquent sur

les souriceaux nouveau-nés, des lésions, en foyer, des muscles striés, des lésions inflammatoires de la graisse interscapulaire évoluant vers la nécrose, et une encéphalite diffuse intéressant la matière grise corticale et les lepto-méninges; il y a des tremblements, des spasmes et des paralysies chez les souriceaux. Ces virus provoquent en clinique des infections sérieuses et fatales, chez le nouveau-né, contrairement à la bénignité chez les adultes. En effet, les nouveau-nés présentent une myocardite interstitielle (Myocardite de Fiedler), avec encéphalite associée souvent à une atteinte hépatique. Cette infection peut être transplacentaire et alors, il est important de rechercher chez la mère un épisode grippal quelques jours avant la naissance. Aussi, en épidémie de Coxsackie B, le personnel atteint prenant soin des nouveau-nés peut leur transmettre l'infection. Chez les adultes, à côté des formes non caractérisées cliniquement et étiquetées « état grippal », ces virus causent la maladie de Bornholm: spasmes douloureux à intervalles variés, situés au niveau du thorax ou de la partie haute de l'abdomen, et exagérés par la respiration. Parfois, ces spasmes sont localisés aux membres. Le patient présente de la fièvre et de la céphalée. Chez 5% des individus atteints, un syndrome méningé se développe vers la fin de la 1^{ère} semaine; cette complication est plus fréquente chez les enfants et souvent existe seule. Enfin 5 à 10% des adultes présenteraient, vers la fin de la 2^e semaine, une orchite. Chez les enfants, il y eût des cas de péricardite et de myocardite observés. Dans les syndromes méningés dus aux Coxsackie B, il n'est pas rare d'observer des faiblesses transitoires des membres ou du tronc, mais il existe aussi des cas d'atteinte paralytique plus sévère, mais exceptionnels, attribués à ces virus. Il est intéressant de noter, contrairement aux Coxsackie A, que les virus Coxsackie B ne s'associent pas aux virus poliomyélitiques: il y aurait une interférence entre ces deux virus. Par conséquent, l'existence d'une épidémie de pleurodynie diminuerait le

taux d'incidence des infections poliomyélitiques.

Enfin, les virus Echo au nombre de 28, dont le rôle en pathologie humaine commence à être connu, ne sont pas pathogènes pour les animaux de laboratoire et leur culture se fait sur les cellules de rein de singe et non sur les cellules Hela. Maintenant, nous savons que la plupart des Entérovirus sont neuropathogènes, de même que les Echo. Ces derniers semblent très répandus et se rencontrent plus souvent que les autres comme parasites transitoires du tube digestif sans y causer des syndromes infectieux différenciés.

Les virus Echo, 4, 6, 9, 16, ont été rencontrés presque exclusivement chez des individus atteints de méningite aseptique et possèdent une allure épidémique. Ces quatre virus et probablement les virus Echo 2 et 14 sont susceptibles de causer des syndromes méningés avec exanthème, surtout chez les jeunes enfants et même des paralysies légères transitoires. Un exemple typique est le virus Echo 9, dont l'éruption apparaît durant la fièvre, sans adénopathie post-auriculaire et cause une atteinte encéphalitique plus marquée que les autres virus Echo, avec vertige, nystagmus, ataxie, parfois coma. Dans certains cas, il y a atteinte hépatique et aussi l'éruption prend l'aspect de pétéchies et simule une méningococcémie. Quant au virus Echo 16, agent causal de l'exanthème de Boston, l'éruption apparaît quelques heures ou jours après la chute de la température. Les virus Echo 1, 3, 5, 7, 13 ont déjà été isolés dans des cas

de méningites aseptiques. Parmi les autres entités morbides, il y a les diarrhées d'été, surtout chez les jeunes enfants en bas d'un an. Un exemple type est une épidémie chez des prématurés avec isolement de virus Echo 18. D'autre part, certains virus Echo, à savoir Echo 8, 10 (Réovirus), 20, causeraient des symptômes respiratoires et entériques et se rencontreraient plus fréquemment durant la saison froide.

En conclusion, les méningites virales présentent ordinairement un liquide céphalo-rachidien clair, contenant environ 300 cellules avec prédominance de lymphocytes, exception faite du début de l'infection à prédominance de polynucléaires. L'albuminorachie est environ de 100 mgms %. Le glucose est normal ou légèrement augmenté. Si les virus poliomyélitiques ne peuvent être isolés qu'exceptionnellement du L.C.R., les virus Echo et Coxsackie méritent d'être recherchés dans le L.C.R.

Dans tout cas suspect de méningite virale, on doit prélever un sérum immédiatement pour qu'il puisse être considéré comme sérum précocose: plus ce sérum est prélevé au début de l'infection, plus la variation des anticorps en comparaison de ceux du sérum tardif prélevé 14 jours après le premier sérum sera significative. Aussi en plus de la recherche des virus dans le L.C.R., citée ci-haut, des échantillons de lavage de gorge et des matières fécales doivent être envoyés au laboratoire de virologie, pour culture sur cellules de rein de singe et Hela et s'il y a lieu inoculation aux souris.

Bernard MARTINEAU.

VARIÉTÉS

JUSTICE POUR LE MALADE MENTAL¹

Camille LAURIN.²

La psychiatrie s'impose désormais à l'attention générale. Elle envahit les journaux, les revues, les ondes, le cinéma et la télévision. Elle occupe une place importante dans le programme des Facultés de Médecine. Elle est pratiquée au sein même de l'hôpital général et de la communauté par des psychiatres dont le nombre est en rapide progression. Le fait est d'autant plus heureux que jusqu'ici médecine et société n'ont guère eu à se glorifier de leur attitude à l'endroit de la maladie mentale.

Avec Hippocrate, la médecine avait pourtant pris un bon départ. Le patriarche de Cos s'était élevé contre les préjugés et les superstitions de l'époque. Il ne voyait pas dans la maladie, physique ou mentale, un effet de la colère des dieux, mais un phénomène naturel qu'il ne fallait observer et tenter d'expliquer que par des méthodes et hypothèses strictement rationnelles. C'est ainsi qu'il fut amené à soupçonner l'importance de l'interaction des facteurs psychologiques et physiologiques dans la genèse de certaines maladies, ainsi qu'en témoignent plusieurs de ses aphorismes, son refus d'accoler à l'épilepsie le terme alors courant de « maladie sacrée » et le nom de mélancolie (bile noire) qu'il donna à ce désordre de l'humeur qu'on appelle aujourd'hui dépression.

Mais cette promesse devait demeurer sans lendemain. Les successeurs d'Hippocrate piétinent sur place et après la mort de Galien en l'an 200 après Jésus-Christ, la médecine s'endort pour de longs siècles.

Avec l'avènement du christianisme, l'accent est mis sur l'âme et le salut. Il est enjoint au chrétien de prendre sa part de l'œuvre de la Rédemption, de mortifier son corps, de pratiquer la vertu et de tout mettre en œuvre pour se mériter le bonheur éternel. Dans une société encore toute proche de la barbarie, cet idéal se heurtait aux traditions établies et à des instincts érotiques et agressifs dont la domestication était à peine commencée. L'existence individuelle apparaissait donc comme un

champ clos où les forces du bien et du mal se livrent un combat acharné. Comme le dit Zillboorg, même si l'homme succombe à une maladie qui pervertit ses perceptions, son imagination et ses fonctions intellectuelles, on est alors d'avis qu'il le fait de son propre chef, qu'il se soumet volontairement aux désirs de Satan. Ce n'est pas le démon qui trompe l'homme. C'est l'homme qui choisit de succomber et il doit endosser cette responsabilité. Non seulement doit-il être puni mais il faut délivrer son âme de ce corps de mort. En brûlant celui-ci, on permet à l'âme immortelle de se libérer de l'emprise du mal et des ténèbres.

Bien avant d'être exposées dans le *Malleus Maleficarum*, en 1484, ces thèses ont justifié l'envoi au bûcher de milliers de malades mentaux. Pour leur part, les humanistes de la Renaissance s'opposent à identifier ainsi péché, maladie mentale, hérésie et sorcellerie. Paracelse (1493-1541) rejette la démonologie, Louis Vives (1492-1540) essaie d'établir un lien entre émotions et comportements. Johann Weyer (1515-1588) démontre que les maladies mentales ne relèvent que de causes naturelles. Leurs efforts portent finalement leur fruit et le *Malleus Maleficarum* est relégué aux oubliettes. Mais ce n'est là qu'un progrès relatif. Si le malade mental échappe désormais au bras séculier, on n'éprouve guère plus d'intérêt et de sympathie à son endroit. Ses symptômes continuent d'inspirer l'angoisse ou la terreur et on le retrouve dans les prisons, avec un boulet au pied, ou dans des colonies isolées comme celle de Gheel, en Belgique, où on l'utilise comme main-d'œuvre.

La médecine se réveille au même moment de son long sommeil. Reprenant les idées de Francis Bacon (1561-1626), Descartes les pousse jusqu'à leur terme logique. Il rejette les conceptions scholastiques et soutient que l'union de l'âme et du corps n'est qu'accidentelle, que la composante spirituelle de l'homme doit rester l'objet de la philosophie et de la théologie mais que les sciences de la nature, dont la médecine, doivent se réserver désormais l'étude exclusive de sa composante matérielle. Ainsi limitée dans son objet et débarrassée de la tutelle des philosophes, la médecine se forge rapidement

1. Conférence prononcée le 20 avril 1961, devant le Club Richelieu-Montréal Inc.

2. Directeur scientifique à l'Institut Albert-Prévost et directeur du Département de Psychiatrie de l'Université de Montréal.

ses propres méthodes d'investigation et jette les bases de ce merveilleux édifice scientifique que nous connaissons aujourd'hui. Mais s'il favorise l'essor de l'anatomie et de la physiologie, le dualisme cartésien ne se prête pas à une véritable compréhension de la maladie mentale. Par ses aspects psychologiques, celle-ci échappe à la médecine et paraît davantage relever de la philosophie et de la psychologie. Si la médecine prétend malgré tout s'en occuper, ce ne peut être que sous l'angle de la causalité organique. Dans les deux cas, on n'envisage qu'une partie de la réalité et l'on débouche sur des perspectives tronquées.

Pendant qu'on se dispute ainsi à leur propos, les malades mentaux croupissent encore dans les prisons. On tente parfois de secouer leur folie au moyen d'émétiques ou de chaises tournantes. Mais ces manœuvres cruelles ne guérissent personne. Philippe Pinel (1745-1826) fait enfin tomber leurs chaînes, humanise leurs conditions de vie et s'attache à décrire minutieusement leurs symptômes. La psychiatrie réintègre alors le champ de la médecine mais pour y faire durant longtemps figure de parente pauvre. En même temps qu'on décrit et classe les maladies mentales, on essaie d'en trouver le substratum organique. On y réussit pour la paralysie générale, les démences séniles et certains états d'arriération mentale, mais on y échoue pour la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie dont sont pourtant affectés la plupart des malades. Pour rester fidèle à la conception organiciste, il n'y a plus alors qu'à postuler l'existence d'une dégénérescence cérébrale de type héréditaire, dont la science arrivera bien un jour à faire la preuve. En attendant, le psychiatre se trouve en face de maladies mystérieuses ou réputées incurables pour lesquelles on ne connaît aucun traitement.

C'est ce défaitisme et ce nihilisme thérapeutique qui ont inspiré vers la fin du siècle dernier toute la politique de l'assistance psychiatrique. Le malade mental n'est certes plus enchaîné mais son aliénation n'en reste pas moins totale. Dépossédé de ses droits civils, arraché à une société qu'il effraie et scandalise, coupé de son milieu familial, il est parqué dans de gigantesques institutions asilaires où il mènera jusqu'à la fin de ses jours une existence de reclus. Le médecin lui dispense les soins physiques qui l'empêcheront d'accéder trop tôt à une vie meilleure, contrôle ses débordements, surveille barreaux et verrous afin qu'il n'aille pas troubler la quiétude des hommes civilisés, l'occupe aux travaux serviles qu'exige la bonne marche de l'institution et essaie même de l'intéresser aux ac-

tivités récréatives. Il sait qu'il ne peut faire davantage et il finit souvent par se résigner lui-même à son impuissance. Prisonnier de ses malades, lui aussi coupé du monde des vivants et de la science qui se fait, il arrive que son ressort s'émousse et qu'il s'enkyste dans le rêve ou l'amertume. Pendant ce temps, le malade continue sa marche régressive. Aux symptômes spécifiques de sa maladie, qui peuvent d'ailleurs s'être atténués à l'insu de tous, s'ajoutent ceux de la déshumanisation qu'amène forcément la prolongation d'une existence aussi morne que désespérée. L'individu perd l'expérience du contact humain authentique, l'habitude et le goût de la compétition et du dépassement. S'il n'aime plus assez pour se projeter vers un idéal, il a aussi trop peu d'estime de soi pour s'intéresser à son existence personnelle. Au terme du processus, il sombre dans un autisme, une inertie, un automatisme auxquels se heurte comme à un roc toute tentative de réhabilitation.

Or, c'est précisément au moment où dix-neuf siècles de civilisation chrétienne déposent ce pitoyable bilan, au moment où se multiplient dans tous les pays ces sinistres villes fermées bâties à prix d'or que la science psychiatrique prend son véritable élan. C'est à un médecin juif, Sigmund Freud, que revient l'honneur d'avoir brisé les reins à ce dualisme cartésien qui n'avait profité, durant des siècles, qu'à la médecine mécaniciste. Dans son approche de la névrose, il utilise d'abord ses concepts de biologiste. Mais dès qu'il se rend compte de leur inadaptation à l'objet de son étude, il les corrige ou les abandonne, met au point une technique d'investigation qui lui permet de plonger dans l'univers du malade, articule les données de la vie inconsciente et consciente, actuelle et infantile, instinctuelle et mentale, démonte la structure de la personnalité, débrouille l'énigme des symptômes, énonce les lois de l'interprétation et les conditions de la guérison.

Bien que moins efficace dans le traitement des psychoses, la méthode psychanalytique classique permet du moins de mettre en lumière la fonction défensive et gratifiante des divers délires d'influence, de persécution et de grandeur, les carences et traumatismes affectifs de la première enfance qui font le lit de la schizophrénie, de la manie et de la dépression. S'appuyant sur ces données, Sechehaye, Federn, Rosen, From-Reichmann, Ackermann, etc. poussent davantage leur étude du processus psychotique, proposent une thérapeutique plus adaptée qu'ils modifient sans cesse à la lumière de l'expérience et dont l'efficacité ne cesse de s'accroître.

Avec le même courage et la même patience, on tente de scruter la nature, le mécanisme, les causes et les buts inconscients des perversions et de la conduite criminelle. Ces efforts inspirent un programme de réhabilitation dont l'intérêt et le succès sont assez grands pour qu'il s'impose à l'attention des juges et du législateur.

Cette exploration des structures psychologiques ne fait pas oublier pour autant les facteurs somatiques. C'est au niveau des organes que les conflits hystériques trouvent leur mode pathologique de résolution. Quand elle ne peut trouver à s'exprimer suffisamment sur le mode psychique, l'angoisse vient refluer, par l'intermédiaire du système neuro-endocrinien, vers des viscères dont elle altère plus ou moins le fonctionnement. Les conflits mal résolus, les tensions et les traits névrotiques que l'on retrouve chez le malade organique sont tout aussi importants à étudier du point de vue de la causalité et de la thérapeutique que ne le sont les symptômes physiques qui accompagnent la névrose d'angoisse, la dépression et la schizophrénie. La psychologie médicale jette ainsi le pont entre psychiatrie et médecine traditionnelle, inaugure l'ère de la médecine psychosomatique et donne à la clinique la dimension humaniste qui lui manquait.

Pendant que se prépare cette révolution, les disciplines pré-médicales se rapprochent elles aussi de la psychologie. L'analyse procède de l'organe au tissu, puis à la cellule, puis au chromosome, puis au gène, puis à la structure physico-chimique de la matière vivante. Une fois connues les propriétés des organes, on étudie le jeu subtil et varié de leurs rapports réciproques et les grands systèmes d'intégration qui y président. Après avoir suivi leur propre voie, anatomie, physiologie, bio-chimie découvrent qu'elles ne peuvent échapper à l'impasse que si elles conjuguent leurs ressources et intègrent leurs apports respectifs. Leur inéluctable évolution les amène à s'interroger chaque jour un peu plus sur le cerveau, ce carrefour incroyablement compliqué où convergent et d'où partent toutes les routes, ce laboratoire parfaitement équipé qui dispense l'instrumentation et les précieuses substances nécessaires aux échanges vitaux et surtout ce lieu secret où se déroule la mystérieuse alchimie qui transforme la matière en pensée. Les disciplines pré-médicales ne peuvent alors que faire droit à la variable psychologique et l'introduire dans leurs schèmes conceptuels et expérimentaux, ainsi d'ailleurs que l'ont amplement démontré les travaux de Cannon, Pavlov, Laborit et Selye. Ces investigations, depuis longtemps commencées, nous ont déjà valu la dé-

couverte de nombreuses substances possédant une action stimulante, inhibitrice, dépressive ou tonique sur le système nerveux central et périphérique. On a vite utilisé ces sédatifs, hypnotiques, antispasmodiques et euphorisants dans le traitement des maladies mentales. Des recherches récentes ont permis d'ajouter à cet arsenal thérapeutique toute une série de neuroleptiques et tranquillisants qui inhibent l'agitation, réduisent les délires, apaisent l'angoisse et tonifient l'humeur. Avec la convulsivothérapie qui reste l'arme de choix dans la dépression psychotique, ces médicaments constituent de puissants moyens d'action dont on est actuellement à préciser l'emploi.

Cette première moitié du vingtième siècle aura donc été un âge d'or pour la psychiatrie. La stérilité doctrinale et le défaitisme thérapeutique ont disparu de l'horizon scientifique. La médecine moderne est une médecine de l'homme total en situation. Les chercheurs et praticiens de toutes disciplines ne pratiquent plus maintenant l'ostracisme et contribuent, chacun selon son optique et ses méthodes propres, à l'augmentation du savoir commun. Nos connaissances sur la structure et le développement de la personnalité normale et pathologique nous permettent une meilleure compréhension du processus morbide et des diverses psychoses, névroses, perversions et psychopathies. Grâce à la psychothérapie et à la pharmacologie, nous pouvons réduire rapidement les réactions psychotiques aiguës, épargnant le plus souvent au patient l'internement et la perte de ses droits civils. Avec l'aide du psychologue, du travailleur social, de l'infirmière et du thérapeute d'occupation qui constituent l'équipe thérapeutique, nous pouvons faire un diagnostic exact, comprendre les besoins du malade, lui donner les satisfactions nécessaires à sa restructuration, modifier l'entourage familial et professionnel de façon à ce que celui-ci prenne sa part du travail de réhabilitation. Par une analyse bien conduite de la personnalité du malade, nous pouvons l'amener à prendre une meilleure conscience de lui-même, lever les obstacles qui ont freiné ou gauchi son évolution, mobiliser ses forces vives et l'aider à réaliser ses possibilités. Ces techniques permettent de guérir ou d'améliorer considérablement la plupart des névroses, un nombre très appréciable de psychotiques et en particulier de schizophrènes. La période d'hospitalisation requise varie entre 10 jours et 3 mois, le traitement devant ensuite être continué en clinique externe ou au bureau.

Les chances de guérison diminuent avec la prolongation de l'accès. Mais elles demeurent bonnes,

à condition toutefois que la cure soit menée avec vigueur, par une équipe comportant tous ses éléments, dans un climat hospitalier où les préoccupations et activités de chacun sont centrées sur la resocialisation. On a pu obtenir ainsi des améliorations inespérées chez des schizophrènes hospitalisés depuis 20 ans.

Il semble malheureusement qu'il doive s'écouler du temps avant que la totalité de nos malades mentaux ne profitent des ressources de la science. La société éprouve encore à leur endroit une crainte et une hostilité sourdes. Malgré toutes les bonnes raisons invoquées, leur exclusion du plan d'assurance-hospitalisation accentue ces préjugés et confirme la conviction secrète de ces malheureux d'appartenir à une espèce humaine inférieure. Il est vrai que l'hôpital général, les cliniques spécialisées, les psychiatres en pratique privée et l'hôpital mental lui-même traitent avec succès un nombre toujours plus grand d'affections psychiatriques prises à leur début. Mais cette organisation encore bien imparfaite n'existe que dans les grandes villes, ce qui augmente le coût et limite la durée, la fréquence et l'efficacité du traitement pour les malades des petits centres, quand d'ailleurs ceux-ci arrivent à se le procurer.

L'emploi massif des nouveaux médicaments a certes transformé l'atmosphère des grands hôpitaux psychiatriques. Les malades y sont plus calmes, délirent moins, prennent un meilleur soin de leur tenue personnelle. Les mesures de sécurité ne sont plus aussi nécessaires, ce qui a été confirmé par les bons effets du régime de la porte ouverte dans certains hôpitaux anglais et américains. Mais il reste que ces hôpitaux ont été conçus pour un autre âge,

qu'ils vont dans le sens des préjugés populaires, qu'ils favorisent l'aliénation et qu'ils se prêtent mal à une politique de réhabilitation. Il faudrait donc cesser d'en construire, ce qui se fait encore malheureusement, y compris dans notre Province, comme en témoignent trois exemples récents. Quant à ceux que nous possédons, il faut les transformer au plus tôt en centres de traitement actif, les scinder en unités fonctionnelles diversifiées et dotées chacune du personnel scientifique adéquat, réviser les procédures d'internement et de curatelle afin d'y admettre des malades en cure libre, enlever barreaux, verrous, grilles et gardes dans les sections où sont traités les malades paisibles, rapprocher enfin par tous les moyens les malades de cette société à laquelle ils doivent éventuellement retourner pour y trouver leur place.

Un effort analogue devrait être fait pour les déficients mentaux dont une proportion beaucoup plus grande qu'on ne croyait est encore éduicable. Il en coûtera certes beaucoup d'argent pour que l'organisation de l'assistance psychiatrique se mette au pas de la science, pour que nos universités forment le nombre de psychiatres, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de thérapeutes d'occupation dont nos institutions ont besoin, pour que nos hôpitaux psychiatriques puissent payer le nombreux personnel spécialisé qu'exige le traitement de tous les malades pour qui existe encore une chance de réhabilitation. Mais nos vingt mille malades mentaux internés constituent un passif autrement plus lourd. Nous avons dépensé \$450,000,000 depuis 25 ans pour leur seul entretien. Il est temps que nous dépensions davantage, mais cette fois pour les aider à retrouver la santé et le bonheur auxquels ils ont droit.

L'EUTHANASIE OU LE MEURTRE PAR PITIÉ

Chanoine Philippe DELHAYE,
Institut supérieur de Sciences religieuses, Université de Montréal.

LE PROBLÈME DE L'EUTHANASIE

Il n'est pas rare de lire dans les journaux qu'une personne a donné la mort « par pitié » à un être cher. Un coup de revolver, une piqûre, enlèvent ainsi un malade à ses souffrances ou un enfant à un avenir que l'on suppose très pénible.

Le 4 décembre 1949, par exemple, le docteur H. N. Sander « mit fin aux souffrances d'une cancéreuse » en lui injectant dans une veine 10 cm³ d'air. Le tribunal de Manchester dans le New-Hampshire (U.S.A.), l'acquitta sur ses bonnes intentions tandis que le secrétaire de l'Académie de médecine de Saint-Louis, saisi de la question, déclarait: « La question est morale et non scientifique. C'est à l'Eglise et non aux médecins de la trancher ».

Vers la même époque (9 mars 1950), un journal suisse, *l'Illustré*, publiait cet écho qui résume à la fois des faits et des réflexions éthiques: « Miss C. A. Paight, de Stamford, dans le Connecticut (U.S.-A.) a tué son père d'un coup de revolver parce que, convaincue qu'il ne se remettrait pas de son mal, le cancer, elle ne pouvait plus le voir souffrir. Miss Paight a comparu devant ses juges sous l'inculpation de meurtre mais elle a été acquittée. Sans doute dans son cas, son jeune âge (20 ans) a-t-il été considéré comme une circonstance atténuante, les jurés estimant qu'elle a agi sans discernement. Il n'en reste pas moins qu'elle a tué son propre père ».

1. Les caractères spécifiques de l'euthanasie.

Ces faits et tant d'autres du même genre que l'on pourrait alléguer permettent de préciser les caractères essentiels de l'euthanasie.¹

1. Il s'agit tout d'abord d'une *mort douce*. Il n'est pas question ici d'enlever la vie dans des

1. L'euthanasie n'est pas de ces problèmes que l'on éclaire par l'histoire. C'est, pour une bonne part, un fait moral nouveau dû à une plus grande sensibilité à la douleur et à l'invention de moyens aussi doux qu'efficaces de procurer la mort.

Notons donc seulement qu'avec son ironie coutumière, S. Thomas More a été le premier à traiter de ce problème sous son aspect actuel (*Utopie*, livre 2). Sur la vraie pensée de S. More sur ce point, on verra E. L. Surtz, J., *The Praise of Wisdom, A commentary on the Religions and Moral Problems and Backgrounds of St Thomas More's Utopia*, Chicago, 1957, p. 88 ss.

François Bacon a créé le mot dans sa *Dignité et accroissement des sciences* (liv. 2, chap. 2). Plus près de nous, Nietzsche a eu une très grande influence pour la diffusion de l'euthanasie (*Le crépuscule des idoles*, no 36, Morale pour médecins, trad. H. Albert, Paris, 1952, p. 162-163).

supplices comme on l'a fait ou le fait pour des condamnés à mort. Il ne s'agit même pas de laisser faire la nature. On utilise les moyens les moins pénibles possibles. C'est tout d'abord une affaire d'intention puisqu'on agit par pitié, bien ou mal éclairée d'ailleurs. Miss Paight a estimé que son père souffrirait moins d'une balle reçue pendant qu'il dormait qu'en subissant l'évolution d'un cancer. Plusieurs utilisent d'ailleurs encore des moyens plus doux comme leur en fournit la médecine moderne: la dose massive d'anesthésiant est évidemment le moyen privilégié en ce cas.

2. Il faut aussi noter ici l'*intervention d'un tiers*: un parent, un ami, un médecin. En cela l'euthanasie se distingue du suicide où le sujet est l'auteur de l'acte. Le malade n'est plus capable de se donner la mort. Il répugne aux moyens violents. Il demande à une autre personne de lui enlever la vie tout de suite ou plus tard, quand on le verra trop souffrir ou quand on pourra juger le cas désespéré. Cette intervention d'un tiers rapproche évidemment l'euthanasie de l'homicide. C'est la raison pour laquelle bien des tribunaux examineront les faits sous cet angle. Cependant il faut le noter — car ici nous décrivons avant de juger — la personne qui a commis cet acte se défend en prétendant, qu'au niveau des intentions son geste est tout différent, elle a cru poursuivre le bien de la victime et n'a pas cherché un avantage personnel comme l'assouvissement d'une haine ou un motif de lucre.

Le film « Justice est faite » permet de bien voir cette différence spécifique. L'héroïne prétend avoir tué par amour tandis que l'accusation prétend qu'en donnant la mort elle a voulu s'assurer un héritage et conquérir sa liberté. Dans le premier cas, il s'agit d'euthanasie, dans le second d'homicide.

3. Le débat d'ailleurs mis en vedette par ce film permet de constater une troisième différence spécifique: *la volonté de la victime d'en finir avec la vie*. Les débats du jury, en effet, portent aussi sur cette question: la victime a-t-elle vraiment demandé qu'on l'anesthésie si son cas s'aggravait?

Par là, l'euthanasie s'assimile plutôt au suicide puisque, en principe, c'est l'intéressé qui est à l'origine de cette décision. Pour l'en distinguer il y a cependant, en sus de l'intervention d'un tiers comme nous l'avons dit, le fait que souvent la volonté de l'intéressé est plus interprétée qu'énoncée. Tout

au moins n'est-elle pas exprimée au moment de l'acte puisque, toujours « par pitié », on frappe l'individu dans son sommeil ou bien encore, on ne lui dit pas que l'anesthésiant est administré à une dose telle qu'il doit provoquer une issue fatale. Enfin, il peut se faire que certains s'arrogent le droit de disposer de la vie des autres au nom d'un « intérêt supérieur » alors que les intéressés, eux, n'appellent nullement la mort de leurs vœux. Ainsi Napoléon voulait-il faire euthanasier les pestiférés de Saint-Jean d'Acre. Les négriers des XVIII^e et XIX^e siècles éliminaient par des moyens doux les malheureux esclaves qu'ils amenaient d'Afrique en Amérique quand ils les voyaient atteints d'une maladie incurable et contagieuse. Ici, on le voit, la différence même purement logique entre l'euthanasie et l'homicide se réduit de plus en plus. Elle réside uniquement dans la douceur des moyens. Peut-être aussi dans l'intention dite humanitaire. Mais, en fait, ne s'agissait-il pas plus d'éliminer en cachette un danger de contagion que de rendre moins pénible une agonie?

2. Les diverses formes d'euthanasie.

Nous avons surtout parlé de l'euthanasie qui est appliquée à des malades. C'est elle, en effet, qui frappe le plus l'opinion et qui d'ailleurs vérifie le mieux les notes spécifiques de ce « cas moral ». D'aucuns l'appellent l'*euthanasie libératrice* parce que, dans l'intention de ses auteurs, elle vise à libérer un malade de ses douleurs. D'autres parlent plutôt d'*euthanasie médicale* tout au moins quand elle est pratiquée par un médecin. Celui-ci interviendra de son propre chef pour « libérer » le malade ou épargner à son entourage l'affreux spectacle de l'agonie. Il se peut aussi qu'il ait reçu mandat à cet effet du malade ou de l'entourage qui croit ainsi se décharger d'une responsabilité ou, tout au moins, il est censé juge absolu du moment où il faudra pratiquer l'intervention. Je m'empresse de l'ajouter, la plupart des médecins protestent contre ce terme d'euthanasie médicale parce qu'ils réprouvent cette manière de faire. Même ceux d'entre eux qui, comme Duhamel, admettent le suicide, refusent au médecin le droit d'agir ainsi contre son rôle qui est d'aller dans le sens des forces de la vie.

L'euthanasie peut aussi s'appliquer à d'autres cas et c'est pourquoi on a parlé d'*euthanasie préventive* et d'*euthanasie eugénique*. La première se distingue de l'euthanasie libératrice en ce qu'elle est appliquée beaucoup plus tôt. On n'attend pas que le malade en soit arrivé à l'agonie ou à de très

grandes douleurs. On le supprime dès qu'on a diagnostiqué un mal incurable. Ces cas sont évidemment beaucoup plus rares car la plupart des malades conservent très longtemps l'espoir de vivre. L'entourage se fait aussi souvent un devoir — à tort ou à raison — de ne pas révéler la situation véritable et d'entretenir les illusions. Beaucoup de médecins croient avoir le droit de mentir à leur malade.

En poussant à l'extrême cette prétention de prévenir le mal, on en est arrivé à l'*euthanasie eugénique* qui a pour but d'éliminer les enfants tarés, les fous, les faibles. C'est le triste privilège des Nazis d'avoir érigé cette pratique en système. Le film « J'accuse » lancé par le parti en 1935 ne se contentait pas de mettre en vedette le sort assurément lamentable des enfants incurables, il demandait leur suppression pure et simple par une « grâce de mort » eugénique. Ce programme, quoique réprouvé publiquement par plusieurs évêques, fut systématiquement appliqué sur l'ordre du Führer. Les médecins du parti remplissaient des formulaires indiquant le nom du malade, son âge, sa maladie. Ils établissaient ainsi « le droit à la mort » de ces malheureux. On peut se demander s'il s'agit encore d'euthanasie plutôt que d'assassinat, d'autant que les moyens mis en œuvre étaient d'une douceur très relative. On laissait en effet ces malades mourir de faim, sous prétexte qu'il s'agissait d'un moyen plus naturel que le poison ou l'anesthésie. En fait, les Nazis, sur ce point-là comme sur celui des camps, étaient débordés par les tâches monstrueuses qu'ils avaient assumées. Un seul médecin s'est vanté d'avoir délivré 2,109 de ces « droits de mort » en quinze jours (14 novembre — 1 décembre 1940).

L'EUTHANASIE DEVANT LE DROIT ET LA MÉDECINE

1. Les juristes et l'euthanasie

Lorsqu'un acte d'euthanasie est commis, il est ordinairement déféré au tribunal. Ce sont donc les juristes et les avocats, pourrait-on dire, qui sont les premiers amenés à donner leur avis. Même s'ils ne se prononcent pas définitivement sur le fond du problème, les textes législatifs et les opinions des juristes apportent un élément intéressant de discussion.²

a) *Les textes législatifs.* Dans la plupart des pays, les textes législatifs ne font pas une place

2. Signalons, comme plus particulièrement intéressants, les ouvrages de M. Hurny, *Le problème de l'euthanasie en droit pénal*, Montpellier, 1952, et R. Charles, *Peut-on admettre l'euthanasie?* Paris, 1955. On verra aussi R. Lovene, *L'homicide-suicide*, dans la *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 1952, p. 81-91, no 1.

spéciale à l'euthanasie qui est donc traitée comme un assassinat.

Il en va ainsi en France, par exemple, où, en principe, l'auteur d'un homicide est condamné à mort. On cherche souvent en ce cas à établir des circonstances atténuantes qui diminuent la peine mais, pour peu que la préméditation soit établie comme c'est souvent le cas pour l'euthanasie libératrice, on ne peut recourir à cette échappatoire. Pour peu que les jurés aient reconnu l'accusé coupable du crime, les juges ne peuvent que l'envoyer à la guillotine. Les défenseurs évidemment savent user de ce fait pour essayer d'arracher au jury une réponse négative à la question fatidique (article 337 du code d'instruction criminelle): « L'accusé est-il coupable d'avoir commis tel crime? » On se trouve donc devant cette situation paradoxale qu'une législation sévère aboutit à une plus grande indulgence de fait. Les avocats font remarquer toute la différence qu'il y a entre le « crime par pitié » et le « crime crapuleux » commis dans l'intention de nuire et au mépris des droits de la victime.

Aussi d'autres codes, plus récents, essaient-ils, en punissant moins l'euthanasie, de la punir néanmoins. C'est le cas notamment pour le Code Pénal Suisse entièrement renouvelé en 1951. Le principe de distinction adopté vise ici les mobiles de l'acte. Il y a « assassinat » lorsque le contexte du crime révèle les mauvaises intentions de son auteur. Il y a « meurtre » seulement si celui qui donne la mort a évité les moyens odieux et a agi sans mobiles pervers. C'est le cas de l'euthanasie qui, exécutée à la demande de la victime (art. 114), sera punie d'un emprisonnement allant de 3 jours à 3 ans. En absence du consentement de la victime, l'euthanasie sera considérée comme un meurtre simple, passible d'un maximum de 5 ans de prison (art. 111). Cette peine sera réduite si le juge estime qu'il s'agit d'un meurtre passionnel, c'est-à-dire commandé par une pitié et une affection qui ont influencé le jugement. En pratique, le juge se voit reconnu une large marge d'interprétation. Il y a là certes un danger non négligeable d'arbitraire et d'excessive indulgence mais tout au moins le principe d'une réprobation reste-t-il admis et son application ne souffre-t-elle pas de difficulté.

Il est piquant de voir que ce principe reste acquis même en Russie. Le code pénal de la période post-révolutionnaire avait voulu établir (art. 143) que l'euthanasie n'était aucunement punissable. Il a bientôt fallu en revenir à d'autres positions, et actuellement l'auteur d'un homicide euthanasique se voit appliquer les peines ordinaires d'un meurtre

avec circonstances atténuantes, c'est-à-dire 3 à 8 ans d'emprisonnement.

b) *Les discussions des juristes.* Les avocats et les juristes n'ont évidemment pas été sans discuter le problème de l'euthanasie et de l'application des textes à pareil cas. Les premiers le feront à l'audience et en appelleront souvent au sentiment. Les seconds entreront plus avant dans le problème en le traitant comme tel dans leurs cours ou leurs publications savantes.

Quels arguments invoquent ici les partisans de l'euthanasie? Certains défendent l'euthanasie en prétendant que l'homme est le maître absolu de sa vie. Cela se vérifie surtout dans les pays où le suicide n'est pas puni par la loi. On étend cette indulgence à l'intervention de la personne qui donne la mort par le truchement de l'adage juridique: « *Volenti et scienti non fit injuria* ». D'autres — l'école pragmatique américaine — croient résoudre le problème en niant toute morale fondée sur des principes. La loi devrait adapter les doctrines à la condition humaine au lieu de s'arrêter à des normes fondamentales.

On aurait tort de croire cependant que l'ensemble des juristes et des civilistes adoptent cette manière de voir. Beaucoup de juristes, en effet, estiment que le droit à la vie qu'a chaque homme implique aussi un devoir de vivre ou qu'en d'autres termes, il est intangible et inaliénable. L'individu doit veiller sur sa vie; les autres, la respecter; l'Etat, la protéger. Ainsi l'homme ne peut ni disposer de sa vie, ni, a fortiori, déléguer à un tiers le droit d'en disposer. Parfois aussi, mais plus rarement, on en appelle aux droits de la famille: celui qui se donne la mort ou se la fait donner fait peut-être fi des conséquences morales et matérielles que son acte entraînera pour les siens. Ou bien encore le membre de la famille qui sacrifie un parent ou un conjoint rompt les liens d'une société où l'on est nécessairement lié « pour le meilleur et pour le pire ». Déjà au siècle dernier, Ortolan faisait intervenir ici le droit de la société.³ Il écrivait, en effet: « Si, dans le cas d'une personne ayant consenti à l'acte, on veut invoquer le brocard: « *Volenti non fit injuria* », il faudra demander si cette personne avait la libre disposition de l'intérêt qui a été lésé. Ne s'agit-il que de ses biens, cette question de capacité ne serait pas sans importance; mais il s'agit de son corps à livrer à des souillures, à des mutilations, à la destruction, qu'y fait son consentement? A peine suffira-t-il en certains cas pour nuancer en moins

3. J. Ortolan, *Eléments de droit pénal*, tome 1, no 549, Paris, 1886.

la culpabilité. Derrière celui qui prie, à la manière antique, un de ses amis de lui donner la mort, on trouve la société lésée par de tels actes qui sont, en même temps, contraires à la loi morale de la justice ».

2. Les Médecins et l'euthanasie

a) *Une déclaration de principe.* Il ne manque pas de médecins, surtout dans les pays anglo-saxons, pour vouloir établir la légitimité de l'euthanasie. Cependant, en général, les médecins s'y opposent et y voient un abus indigne du rôle qu'ils doivent tenir dans la société. C'est à la suite d'une communication du professeur L. Portes, membre de l'Académie de médecine, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, que l'Académie des Sciences Morales et Politiques de Paris votait la motion suivante le lundi 14 novembre 1949 (Documentation Catholique du 1er janvier 1950, p. 41).

« L'Académie des sciences morales et politiques:

1° Rejette formellement toutes les méthodes ayant pour dessein de provoquer la mort de sujets estimés monstrueux, malformés, déficients ou incurables, parce que, entre autres raisons, toute doctrine médicale ou sociale qui ne respecte pas de façon systématique les principes mêmes de la vie aboutit fatalement, comme le prouvent des expériences récentes, à des abus criminels, et même au sacrifice d'individus qui, malgré leurs infirmités physiques, peuvent, comme le montre l'histoire, contribuer magnifiquement à l'édification permanente de notre civilisation;

2° Considère que l'euthanasie et, d'une façon générale, toutes les méthodes qui ont pour effet de provoquer par compassion, chez les moribonds, une mort « douce et tranquille » doivent être également écartées.

« Il est assurément du devoir du médecin d'atténuer, dans toute la mesure de ses possibilités techniques, les angoisses et les affres de l'agonie quand elles existent. Dans ces circonstances, la crainte de voir la mort intervenir au cours de ses soins ne doit pas inhiber ses initiatives thérapeutiques, mais il ne peut cependant considérer comme licite le fait de la provoquer délibérément.

« Cette opinion catégorique repose, entre autres raisons, sur le fait que l'incurabilité de ses sujets ne peut être toujours établie médicalement avec une certitude absolue et que, même dans l'hypothèse où cette incurabilité serait certaine, la mise en œuvre de telles méthodes aurait pour effet d'octroyer au médecin une sorte de souveraineté sur la vie et la mort, souveraineté contraire à son rôle réel, qui est de guérir, contraire à ses traditions

professionnelles, à l'ordre public et aux principes mêmes d'une morale millénaire, qui reconnaît l'espérance pour un de ses fondements.

« 3° Considère que, dans ces conditions, l'état actuel de la législation française ne semble pas, sur ce point, devoir être modifié ».

b) *Arguments de raison.* Il y a bien des choses dans cette déclaration et tous les arguments présentés ne sont pas d'égale valeur. Aussi est-il intéressant de les examiner de plus près et d'en préciser la portée.

a) Il y a tout d'abord ceux qui font appel à l'honneur du médecin, à son rôle qui va dans le sens de la vie, à ses traditions professionnelles. Le serment d'Hippocrate⁴ dénonce toute action du médecin qui abrègerait ou supprimerait une vie: « Je ferai servir le régime diététique à l'avantage des malades selon mon pouvoir et mon jugement; pour leur dommage et leur mal... non. Et je ne donnerai pas, quiconque m'en prierait, une drogue homicide ni ne prendrai l'initiative de pareille suggestion; de même, je ne donnerai à aucune femme un penaire abortif ». Bien des codes modernes de déontologie médicale reprennent de pareilles prescriptions. Celui qui fut édicté en France après la dernière guerre oblige le médecin « à avoir le souci primordial de conserver la vie humaine, même quand il soulage la souffrance » (art. 23) (5).

C'est à la même inspiration qu'il faut rattacher le mot célèbre d'Ambroise Paré, trop souvent cité hors de son contexte. Le prince de Rohan avait dans sa petite cour un gentilhomme qui, au cours d'une échauffourée, fut blessé de sept coups d'épée. Il voulait l'abandonner et le laisser pour mort lorsque le grand médecin intervint. « Je lui fis office, écrit-il, de médecin, d'apothicaire, de chirurgien et de cuisinier. Je le pensai jusqu'à la fin de la cure et Dieu le guérit ». Même attitude chez Desgenettes au cours du siège de Jaffa. Nous y avons fait allusion plus haut. Sollicité par Bonaparte de donner de l'opium aux pestiférés pour mettre fin à leurs souffrances et écarter le danger de contagion, il répondit simplement: « mon devoir est de conserver ».

Ceci implique, on le voit, une conviction profonde du médecin sur la mission qu'il a assumée. Il ne peut agir que pour aider les forces de vie. C'est pour lui l'impératif suprême. Bien sûr, il doit lutter aussi contre la douleur, mais il ne peut faire de la fuite devant la douleur son devoir premier. Car

4. Texte et commentaire, dans *Cahiers Laennec*, 1951, no. 4.

5. *Cahiers Laennec*, Code de déontologie, 1947, no 4.

parfois il doit faire souffrir pour sauver une vie. Cela marque une hiérarchie des valeurs à laquelle il doit absolument tenir.

Il y a certainement là un argument très fort que l'on pourra utiliser devant des médecins. Mais il ne faut pas se faire illusion, quand on a dit cela, on n'a pas tout dit. On a éliminé l'intervention du médecin mais on n'a pas affirmé le devoir de vivre. On le voit bien par ces paroles de Georges Duhamel, dans *France-Illustration*, du 4 mars 1950. « Quant à l'euthanasie dite charitable, quant à cette euthanasie qui consiste à libérer de la vie, par une piqure, le malade jugé perdu, elle peut retenir et troubler le moraliste. Il me souvient d'un confrère qui, lors du vote de l'Institut, leva la main pour se prononcer en faveur de cette euthanasie. Il était d'ailleurs le seul dans ce cas. Je lui demandai, après la séance, les raisons de ce parti qu'il venait de prendre. « Si je dois souffrir sans espoir, me répondit-il, je veux que l'on me tue. Je suis donc partisan de l'euthanasie. « A quoi je répondis aussitôt: « Nul ne saurait vous empêcher de vous tuer vous-même. Ne demandez toutefois pas à un médecin de commettre une action que réprouvent sa conscience, la déontologie de sa profession et la loi même de sa patrie. Ne demandez pas le suicide par procuration. »

b) Aussi est-ce la raison pour laquelle les médecins veulent aller plus loin dans l'examen de ce problème et présentent un autre type d'argument, basé sur le danger des abus. Dans ce même article, le docteur Duhamel écrivait encore: « ... Ce qui domine ce problème dramatique, c'est la crainte de l'abus, la crainte du mauvais usage, de l'usage extravagant, de l'usage immoral, de l'usage insensé et même de l'usage maladroit. Que si, demain, le médecin s'avise de céder aux pressions, ou aux commandements d'un Etat despotique, il supprimera, par euthanasie, d'abord, des êtres malformés; puis, engagé sur la pente, il acceptera de supprimer non seulement des malades ou des disgraciés, mais des hommes qu'on lui représentera comme susceptibles de nuire au développement de la collectivité. Les Nazis en ont fait d'autres! Ils ont pendant longtemps donné le nom d'euthanasie à ces pratiques scélérates, jusqu'au jour où, de forfaits en forfaits, ils ont abandonné la seringue pour en venir aux chambres à gaz et aux fours crématoires. Non! non! La règle morale nous commande, et cela depuis deux millénaires, de respecter la vie humaine, quand bien même cette vie nous offrirait un spectacle douloureux ou dérisoire. Le médecin ne peut pas être l'exécuteur des basses œuvres. »

Qui ne voit, en effet, le danger de donner à l'Etat ou au médecin pareil pouvoir? Qui nous dira qu'en « achevant » ce malade, peut-être « condamné » par les médecins, la famille ou l'entourage obéit à un sentiment de pitié plutôt qu'au désir assez sordide « d'en finir »? Et ces enfants défavorisés par la nature, est-on certain de leur rendre service en les faisant mourir? On peut se demander si ces monstres, ou des fous, dont le cas est analogue, ne jouissent pas au moins d'un certain bonheur, de certaines satisfactions? Avons-nous le droit de les en priver parce qu'ils ont le malheur de ne pas accéder à d'autres, plus hautes?

Certes, on dira qu'ils sont inutiles. Bien sûr, ils ne rendent pas de services directs à la société. Mais n'est-ce pas le fait de tant d'hommes qui ne vivent que pour leur seul plaisir? Il faudrait d'ailleurs démontrer que le seul fait de ne pas rendre service à la communauté humaine est un crime qui mérite la peine de mort.

Au point de vue social, d'ailleurs, il faut le noter, ces malheureux sont l'occasion d'un merveilleux apostolat de charité. La mère qui se penche sur son enfant paralysé et qui, souriant en refoulant ses larmes, essaie d'éveiller une conscience, de faire trouver une joie de vivre, n'apporte-t-elle pas quelque chose à l'humanité? Certes, pas en valeur économique! Mais en valeur humaine et même, on peut le dire parce qu'elle est dans le courant de l'amour de Dieu, en valeur divine? Nous avons tous eu l'occasion de rencontrer des personnes qui consacrent leur vie à des enfants déficients ou à des anormaux. Nous ne sommes pas étonnés lorsque, à certains moments de lassitude, elles ont laissé s'exprimer du découragement. Mais lorsqu'on les a seulement pressées d'abandonner cette tâche pour en prendre d'autres, moins austères, la plupart ont répondu: « J'ai là un trop beau rôle à remplir. Je ne puis abandonner ces enfants, ces gens qui ont besoin de moi. » Le monde n'est pas seulement mené par de grands intérêts, même légitimes. Il est aussi le jeu de forces morales, de nobles sentiments qui, dans le cas présent, « compensent », si l'on peut dire, les déficiences physiques à propos desquelles ils se manifestent.

c) Dans les mêmes perspectives des médecins soulignent la quasi-impossibilité de réaliser l'euthanasie à bon escient, à supposer évidemment qu'elle fût licite.

Il y a tout d'abord la difficulté du diagnostic. Malgré toute sa compétence et sa prudence, un médecin peut se tromper en déclarant un malade incurable. « Les exemples d'erreurs de diagnostic

commises par des médecins techniquement et moralement incontestables aussi bien que par des groupes de médecins ayant simultanément examiné le même malade, sont nombreuses » écrit le Professeur Portes. Il ajoute: « Nous devons admettre qu'en bien des cas il n'y a pas de critère infaillible qui permette au médecin, en tous domaines et spécialement en celui de l'incurabilité, de sortir de la conjecture » (6).

Supposons d'ailleurs que le diagnostic soit correct, comme il l'est évidemment dans l'immense majorité des cas. S'ensuit-il que l'on puisse formuler avec certitude des prévisions et déclarer que tel malade est inéluctablement incurable? Non, pour deux raisons. Tout d'abord il y a le progrès constant de la médecine et de la chirurgie qui mettent constamment au point des thérapeutiques efficaces. Au cours de ces dernières années, la découverte des antibiotiques a révolutionné la thérapeutique. Une septicémie n'est plus un verdict de mort. La poliomyélite vient à son tour d'être efficacement attaquée par le sérum. L'ablation d'un lobe de poumon infecté, tenue jusqu'ici pour irréalisable est fréquemment entreprise, et avec succès, par les spécialistes. Notons le d'ailleurs, c'est la volonté de vaincre le mal plutôt que de capituler par l'euthanasie qui a bien souvent commandé ces recherches. En dehors même de ces progrès considérables, il y a évidemment le cas concret du médecin qui est devant un « cas désespéré ». Peut-il à ce moment formuler un verdict définitif et irrécusable que d'autres, peut-être, traduiraient par une volonté délibérée de procéder à l'euthanasie? Nous avons tous remarqué combien les médecins sont prudents dans ce genre de jugement. Ils ont vu bien des cas semblables évoluer d'une manière constante, mais ils ne sont pas certains que dans les circonstances où ils sont, un facteur nouveau n'interviendra pas, qui modifiera le cours des événements et peut-être permettra un retour à la santé. C'est encore le docteur Portes qui cite le fait suivant: « Un homme de 68 ans fut projeté de son auto sur la chaussée et eut la tête prise entre un tas de pierres et sa voiture renversée. Relevé sans connaissance avec les signes d'une fracture à la base du crâne, il fut soigné avec intelligence par quatre médecins qui ne négligèrent rien pour le tirer du coma. Malgré une médication active, la respiration devint irrégulière et se ralentit, le pouls s'affaiblit et devint inégal et le râle agonique apparut. Devant l'évidence des signes d'une mort imminente, on suspendit toute tentative. A ce moment, le désir de faire durer le

moribond pendant quelques minutes encore jusqu'à l'arrivée d'une parente, engagea à reprendre et à pratiquer, sans compter, piqûres d'éther et de caféine. A l'étonnement de tous, l'agonie se suspendit, le cœur reprit son activité, la respiration se rétablit et le blessé sortit du coma. Cet homme bénéficia depuis d'une excellente santé » (7).

Un autre cas pratique peut aussi être envisagé. Un malade est dans un état grave, quand faut-il intervenir? On dit d'une façon assez notionnelle: quand il souffre trop. Mais à partir de quel moment souffre-t-il trop? Et sommes-nous capables de jauger et d'apprécier la douleur des autres? Evidemment ici nous sommes devant une question difficile à résoudre. Des idées se communiquent assez facilement par des mots auxquels on donne un sens objectif et universel. Mais des sensations? Et des sentiments? On ne peut ici que raisonner par analogie. Lorsque un ami me dit qu'il souffre des dents, j'imagine ce qu'il ressent par ce que moi-même j'expérimente en des circonstances analogues. Mais rien ne dit que les deux sensibilités vibrent de la même manière. Lorsque quelqu'un manifeste les signes de la douleur, nous pouvons réaliser aisément qu'il souffre, mais, si nous le trouvons douillet, est-ce parce qu'il est moins courageux que nous ou parce que sa sensibilité est plus vive? Il y a donc ici une intercommunication difficile à réaliser, notamment lorsqu'il s'agit d'un malade. « Les signes somatiques, fait remarquer le docteur Laumonier ne traduisent pas exactement cette intensité (de la douleur) » (8). D'autre part il n'est pas sûr que le malade à l'agonie ressente la souffrance comme se l'imaginent ceux qui l'entourent. Le docteur Barbillon, qui a étudié ce problème, écrit: « L'agonie éteint d'abord le cerveau et abolit toute sensibilité consciente. Elle éteint ensuite le pouvoir excito-moteur de la moëlle épinière et abolit toute sensibilité réflexe. Elle éteint en troisième lieu le bulbe rachidien; la respiration s'embarrasse et s'arrête, alors que le cœur ne va pas tarder lui-même à cesser de battre. Comme l'éther, comme le chloroforme, l'agonie est un bienfaisant narcotique... Qu'importent les râles, les spasmes, les hoquets, les yeux qui se convulsent, les pupilles qui s'élargissent, les mâchoires qui s'écartent, et toute l'abominable mimique des derniers moments? Rien de tout cela n'est perçu, rien de tout cela n'émerge dans cette conscience à jamais anéantie, pas plus que ne sont ressentis par le patient en état de narcose les actes

6. *Cahiers Laennec*, L'euthanasie, 1949, no 2, p. 13, 14.

7. *Cahiers Laennec*, L'euthanasie, 1949, no 2, p. 14.

8. Dr Laumonier, L'euthanasie, dans *Gazette des Hôpitaux*, 18 nov. 1913, page 2078.

chirurgicaux les plus barbares » (9). On le voit, les médecins ont senti tout le danger qu'il y aurait à admettre l'euthanasie. On peut même dire qu'ils ont marqué souvent contre elle une répulsion qui ne restait pas seulement intellectuelle et devenait sentimentale. Avec la précision de l'analyse scientifique, en raisonnant aussi « ad hominem » ou par l'absurde, ils ont montré que l'euthanasie ne pouvait être réalisée sans rencontrer des difficultés insurmontables et des abus.

S'ensuit-il qu'ils ont étudié la question jusqu'au fond? Non, ils s'en défendent, et, après être restés sur leur propre terrain, ils en appellent à la morale. C'est elle qui examinera le problème fondamental du respect de la vie et cherchera éventuellement une solution de remplacement qui, arrivant au même but que l'euthanasie, a le mérite de ne pas recourir à un moyen mauvais. C'est à la morale que nous nous adresserons donc maintenant. Pour faire court, nous présenterons le point de vue de la morale chrétienne. Nous ne négligerons cependant pas l'enseignement de la morale philosophique: les exposés du pape Pie XII et des théologiens font, en effet, une large part à la loi naturelle.

L'EUTHANASIE DEVANT LA MORALE CHRÉTIENNE

1. Refus de principe.

a) *L'enseignement biblique.* Pour juger du cas de l'euthanasie à la lumière de la Révélation chrétienne, il suffit de se rapporter à l'enseignement de la Bible. Il y apparaît que la vie de l'homme est sacrée et que personne ne peut y toucher si ce n'est l'autorité intervenant contre un malfaiteur pour protéger la société. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce dernier point.

Dès les premières pages de la Bible, il apparaît que Dieu, créateur de la vie sous toutes ses formes attribue une importance toute spéciale à l'homme. Les animaux sont donnés à l'homme comme des objets dont il dispose librement mais l'homme est quelque chose de sacré dont Dieu demandera raison à tout violateur. Pourquoi? « parce que Dieu a fait l'homme à son image » (Gen. 9, 6). Quel que soit le sens immédiat de ce texte, il en ressort que l'homme a une valeur unique due au fait qu'il est un être raisonnable, libre et moral.

Dans le décalogue, Dieu reprend l'interdiction d'attenter à la vie humaine! « Tu ne tueras point » (Exode XX, 13). Cette interdiction est d'ailleurs maintes fois citée au cours des Livres Saints: *Deu-*

téronome V, 17, Mathieu V, 21, XIX, 18; Marc X, 19, Luc XVIII, 20, Romains XIII, 9).

Seul Dieu peut disposer de la vie humaine. « C'est moi qui suis Dieu, déclare encore Yaveh dans le *Deutéronome XXXII, 39*, et il n'y a pas d'autre Dieu à côté de moi, c'est moi qui fais mourir et qui fais vivre. » L'auteur du livre de la *Sagesse* dira au Seigneur: « Vous êtes le maître de la vie et de la mort » (XVI, 13).

Dieu peut déléguer ce droit de vie et de mort quand il s'agit d'un pécheur et d'un criminel (par ex. *Nombres XV, 35, 36; Romains XIII, 4*) mais il ne le fait pas pour ceux qui n'ont commis aucune faute. Dans l'*Exode XXIII, 7*, le *Non occides* est précisé: « Tu ne feras pas mourir l'innocent et le juste, mais je n'absoudrai pas le coupable. »

De cet enseignement biblique, il appert que l'homme n'a pas juridiction sur sa vie. C'est Dieu qui donne l'existence, qui fait vivre qui il lui plaît. Mais c'est aussi le Seigneur qui, selon les lois de la Providence et de la nature, fixe le terme de la vie de chacun. S'enlever la vie, supprimer la vie d'autrui sans raison, sans une délégation de l'autorité divine, c'est usurper sur les droits du Maître et Seigneur.

Sans doute, les auteurs sacrés visent tout d'abord l'homicide. Mais il est clair que les principes qu'ils posent s'appliquent aussi au suicide et à l'euthanasie. La vie est un bien qui est confié à l'homme et dont il n'a pas le droit de disposer comme s'il en était le maître absolu.

b) *L'enseignement de Pie XII.* Il serait trop long de montrer comment, tout au long de l'histoire, le Magistère ecclésiastique a rappelé et précisé cette leçon. Contentons-nous de citer quelques textes récents qui condamnent plus explicitement l'euthanasie.

On peut se référer tout d'abord à un décret du Saint-Office porté en 1940. La question posée était celle-ci: « Est-il licite, avec mandat de l'autorité publique, de tuer directement ceux qui, bien qu'ils n'aient commis aucun crime digne de mort, ne sont plus capables, par suite de quelque déficience psychique ou physique, de servir la nation mais bien plutôt sont censés l'alourdir et entraver sa force et sa vigueur? » La réponse est nette: « Négativement, parce que cela est contraire au droit naturel et au droit positif divin » (10).

Parlant des enfants anormaux et des fous, dans l'*Encyclique sur le Corps Mystique*, le Pape Pie XII leur appliquait le texte de S. Paul I Corin-

9. Dr Barbillon, Agonie et anesthésie, dans *Paris médical*, 7 octobre 1922, t. 46 (partie para-médicale), p. 215-217.

10. *Acta Apostolicae Sedis*, 1940, t. 32, p. 553. *Actes de S.S. Pie XII*, Paris, Bonne Presse, tome 2, p. 269.

thiens XII, 22-23. « Les membres du corps que nous prenons pour les moins honorables, ce sont ceux que nous entourons de plus de soins. » Et le pape continuait: « Affirmation très grave que, présentement, conscient de l'obligation impérieuse qui nous incombe, Nous estimons devoir répéter tandis qu'avec une profonde affliction Nous voyons les êtres difformes, déments ou affectés de maladies héréditaires traités comme un fardeau importun pour la société, privés parfois de cette vie. Et cette conduite est exaltée par certains comme s'il s'agissait du progrès humain, tout à fait conforme à l'utilité générale. Or quel homme de cœur ne comprend pas qu'elle s'oppose violemment, non seulement à la loi naturelle et divine inscrite au cœur de tous mais aussi au sentiment de tout homme civilisé? Le sang de ces êtres, plus chers à notre Rédempteur précisément parce qu'ils sont dignes de plus de commisération, « crie de la terre vers Dieu » (11).

Recevant l'Assemblée médicale mondiale le 30 septembre 1954, le même Pape félicitait ses auditeurs d'avoir officiellement condamné l'euthanasie (12).

Trois ans plus tard (24 février 1957), Pie XII s'adressait au Congrès des anesthésistes italiens pour proclamer: ... « Toute forme d'anesthésie directe, c'est-à-dire l'administration de narcotique afin de provoquer ou de hâter la mort est illicite parce qu'on prétend alors disposer directement de la vie. C'est un des principes fondamentaux de la morale naturelle et chrétienne que l'homme n'est pas maître et possesseur mais seulement usufruitier de son corps et de son existence. On prétend à un droit de disposition directe, toutes les fois que l'on veut l'abrègement de la vie comme fin ou comme moyen » (13).

2. *Une autre solution: le recours aux anesthésiants.*

a) *Le chrétien devant la douleur.* On aurait tort de croire que le refus de principe opposé par Pie XII à l'euthanasie dérive d'un refus de voir un problème ou d'une dureté de cœur. Le pape est le gardien suprême de la morale et ne peut transiger devant l'emploi de moyens qui ne tiennent compte

ni de la valeur de la personne humaine ni de la sainteté de la loi. Il n'en reste pas moins très sensible aux douleurs de l'humanité et propose une autre solution qui, sans enlever la vie, atténue ou supprime la douleur. Dans son fameux discours « sur les problèmes moraux de l'analgésie », du 24 février 1957, en effet, le pape Pie XII permet et même préconise le recours aux analgésiques et aux anesthésiants: éther, chloroforme, éthylène, cyclopropane, evipan, pentothal sodique, etc.

Il y a presque un siècle que le problème est posé car dès qu'on eut découvert les moyens modernes de calmer la douleur en enlevant la sensibilité et la conscience du patient, certains se demandèrent si le recours à ces procédés était licite ou tout au moins digne d'un chrétien. Faut-il souhaiter que le moribond « escamote » les derniers moments de sa vie? Ne lui faut-il pas conserver toute sa lucidité pour mettre ordre à ses affaires, pour se confesser? La fuite devant la douleur est-elle acceptable chez un disciple du Maître qui, avant la crucifixion, a refusé le vin même de fiel? Plusieurs théologiens apportaient une réponse favorable à l'usage des anesthésiants mais, il faut bien le dire, on avait l'impression qu'ils étaient un peu honteux de faire pareilles concessions à la faiblesse humaine.

Le pape Pie XII, une fois de plus, a montré en cette circonstance comment il savait unir les exigences du message chrétien aux légitimes aspirations des hommes d'aujourd'hui. Il a montré comment on pouvait et, parfois même, on devait combattre la souffrance.

Certes il y a des cas où l'on ne peut transiger. Le martyr acceptera la douleur pour rendre témoignage au Christ et sauver son âme. La lutte contre des tendances déréglées s'impose malgré les souffrances qu'elle implique. Mais il n'en va pas de même quand la souffrance n'est pas l'unique moyen d'arriver à un but qui s'impose et qu'il faut la considérer en elle-même. La souffrance est-elle toujours un bien? Faut-il l'accepter parce que du seul fait qu'elle se présente, Dieu veut que nous la supportions?

Le pape Pie XII ne le pense pas. « L'homme conserve, même après la chute, le droit de dominer les forces de la nature, de les utiliser à son service, et donc de mettre à profit toutes les ressources qu'elle lui offre pour éviter ou supprimer la douleur physique » (14).

11. *Acta Apostolicae Sedis*, 1943, t. 35, p. 238-239. Encyclique *Mystici Corporis Christi*, dans *Actes de S. S. Pie XII*, Paris, Bonne Presse, tome 5, p. 176.

12. *Acta Apostolicae Sedis*, 1954, t. 46, p. 587. *Documents pontificaux de S. S. Pie XII*, 1954, réunis et présentés par R. Kothen, Saint-Maurice, p. 384.

13. *Acta Apostolicae Sedis*, 1957, t. 49, p. 139, *Documents pontificaux de S. S. Pie XII*, 1957, réunis et présentés par Mgr S. Delacroix, Saint-Maurice, p. 56.

On verra encore d'autres textes pontificaux dans A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savigny, *Relations humaines et société contemporaine*, Fribourg, 1956, no 1390, 2436, 1388.

14. *Acta Apostolicae Sedis*, 1957, t. 49, p. 131, *Documents pontificaux de S. S. Pie XII*, 1957, réunis et présentés par Mgr S. Delacroix, Saint-Maurice, p. 44. Pour simplifier, nous donnerons la seule indication de la page de cette édition après les autres citations.

Certes, il existe un héroïsme chrétien, un idéal très haut qui nous est proposé par la foi. Mais la perfection chrétienne consiste dans la charité. Accepter, peut-être même rechercher la souffrance expiatrice peut être un moyen de montrer à Dieu son amour. Mais il n'est pas le seul. « Quand un chrétien, jour après jour, du matin au soir, s'acquiesce de tous les devoirs que lui imposent son état, sa profession, les commandements de Dieu et des hommes, lorsqu'il prie avec recueillement, travaille de toutes ses forces, résiste aux passions mauvaises, manifeste au prochain la charité et le dévouement qu'il lui doit, supporte virilement, sans murmurer, tout ce que Dieu lui envoie, sa vie est toujours sous le signe de la croix du Christ, que la souffrance physique y soit présente ou non, qu'il la supporte ou l'évite par des moyens licites. Même si l'on ne considère que les obligations qui incombent sous peine de péché, un homme ne peut vivre ni accomplir son travail quotidien en chrétien sans être constamment prêt au sacrifice et, pour ainsi dire, sans se sacrifier continuellement. L'acceptation de la douleur physique n'est qu'une manière, parmi tant d'autres, de signifier ce qui constitue l'essentiel: la volonté d'aimer Dieu et de le servir en toutes choses. C'est dans la perfection volontaire que consiste avant tout la qualité de la vie chrétienne et son héroïsme ». (p. 45-46) ... « L'homme doit accepter et boire le calice de douleur toutes les fois que Dieu le désire. Mais il ne faudrait pas croire que Dieu le désire toutes les fois que se présente une souffrance à supporter, quelles qu'en soient les causes et les circonstances » (p. 52).

En effet, il est des cas où il est opportun d'éviter la douleur. Pourquoi?... « A la longue, « la douleur empêche l'obtention de biens et d'intérêts supérieurs (p. 46) « ... Dans les interventions (chirurgicales) importantes surtout, il n'est pas rare que l'anesthésie s'impose pour d'autres motifs et le chirurgien ou le patient ne pourraient s'en passer sans manquer à la prudence chrétienne. Il en va de même de l'analgésie pré et postopératoire »... (p. 49) « Préserver l'équilibre psychique et organique, éviter qu'il ne soit violemment ébranlé, constitue pour le chirurgien comme pour le patient, un objectif important que seule la narcose permet d'obtenir » (p. 52).

b) *Application des principes au cas des mourants.* Le pape applique alors les principes qu'il vient d'énoncer au cas des mourants. Ceux-ci n'ont pas plus que les autres hommes l'obligation d'accepter la souffrance d'une façon indéterminée. « Que des malades aient plus que d'autres, l'obligation

morale naturelle ou chrétienne d'accepter la souffrance ou de refuser son adoucissement, cela ne ressort ni de la nature des choses ni des sources de la révélation » (p. 54).

Dira-t-on que le mourant perd ainsi l'occasion d'augmenter ses mérites et de tendre à la perfection? Pie XII répond que si le moribond accepte spontanément la souffrance, on doit l'aider en ce sens et ne pas lui imposer l'anesthésie. Mais le pape fait aussi remarquer que ce qui vaut devant Dieu, ce n'est pas la souffrance comme telle. C'est l'amour du Seigneur. Or celui-ci peut s'exprimer plus aisément par la prière et le don de soi si les forces psychologiques ne sont pas mobilisées par la souffrance. En règle générale il en ira ainsi, si bien qu'on ne conseillera à personne de refuser l'anesthésie. C'est une question essentiellement liée à la psychologie personnelle. Voici ce texte si important: « ... La croissance de l'amour de Dieu et l'abandon à sa volonté ne procède pas des souffrances mêmes, que l'on accepte, mais de l'intention volontaire soutenue par la grâce; cette intention, chez beaucoup de moribonds, peut s'affermir et devenir plus vive, si l'on atténue leur souffrance, parce que celles-ci aggravent l'état de faiblesse et d'épuisement physique, entravent l'état de l'âme et minent les forces morales, au lieu de les soutenir. Par contre, la suppression de la douleur procure une détente organique et psychique, facilite la prière et rend possible un don de soi plus généreux. Si des mourants consentent à la souffrance, comme moyen d'expiation et source de mérites pour progresser dans l'amour de Dieu et l'abandon à sa volonté, qu'on ne leur impose pas l'anesthésie; on les aidera plutôt à suivre leur voie propre. Dans le cas contraire, il ne serait pas opportun de suggérer aux mourants les considérations ascétiques énoncées plus haut, et l'on se souviendra qu'au lieu de contribuer à l'expiation et au mérite, la douleur peut aussi fournir l'occasion de pareilles fautes » (p. 54).

Les paroles du grand pape Pie XII doivent être méditées car, il faut avoir l'humilité de le reconnaître, pour beaucoup d'entre nous, elles constituent une mise en garde contre un gauchissement. Aux yeux d'un certain jansénisme qui n'a pas cessé de nous imprégner, la douleur, par elle-même, est méritoire et nous préserve de dangers moraux. Qu'il y ait là une manifestation de courage, la volonté de réagir contre la tentation de facilité qui guette tout homme, c'est bien évident. Si on a tant insisté sur ce point de vue, c'est parce qu'on a trop souvent vu les hommes préférer les compromissions ou le péché à la lutte et à la force. Mais il n'en reste

pas moins que le mérite d'un acte vient de sa générosité et non de sa difficulté. Sinon, les saints qui ont acquis une telle habitude de la vertu qu'elle leur en est devenue facile, n'auraient plus de mérite à bien agir. Il y aurait danger à acquérir des *habitus* qui créent une facilité à bien agir. C'est d'ailleurs l'objection qui vient à l'esprit de beaucoup d'élèves qui, venant d'une préparation purement ascétique, en viennent à étudier la morale de saint Thomas.

D'autre part, le pape rappelle opportunément que la souffrance peut aussi présenter des dangers psychologiques. Elle use les forces psychiques, elle crée l'atonie et ouvre les portes au désespoir. Pour qu'elle soit vraiment assumée avec bienfait, il faut que l'âme aie ses raisons personnelles de la rechercher et de l'accepter. C'est pourquoi, il est inopportun de donner un conseil en ce domaine et de vouloir imposer à autrui ce que Pie XII appelle si heureusement une « voie propre ».

Me sera-t-il permis de faire état d'un souvenir personnel? Il y a quelques années, il m'a été donné d'assister aux derniers jours d'une sainte âme qui s'était beaucoup occupée du problème de la souffrance et s'était même attachée, par ses écrits, à réaliser un authentique apostolat de la souffrance. A l'hôpital, elle était rongée par un cancer extrêmement douloureux, et, avec beaucoup d'humilité, reconnaissait qu'elle avait peut-être parlé de la souffrance sans bien la connaître. Personne, d'ailleurs, ne fut scandalisé de la voir demander le secours d'anesthésiants. Mais ce fut, pour moi comme pour d'autres, l'occasion de poser une question à laquelle Pie XII a apporté une solution qui est une véritable libération.

Deux questions, il est vrai peuvent encore se poser: le discours de 1957 en traite aussi. Tout d'abord, certains ont demandé ce qu'il fallait faire quand le moribond n'avait pas mis sa conscience en règle ou pris les dispositions nécessaires pour ses affaires. Le pape leur répond qu'évidemment il faut rappeler au moribond le devoir qu'il a de veiller d'abord à son salut éternel et aux impératifs de la charité et de la justice. Il n'est d'ailleurs pas normal que l'homme refuse d'envisager avec lucidité l'approche de la mort. « C'est d'ailleurs le vœu des intéressés eux-mêmes lorsqu'ils ont la foi; ils sou-

haitent la présence des leurs, d'un ami, d'un prêtre, pour les aider à bien mourir. Ils veulent garder la possibilité de prendre leurs dispositions ultimes, de dire une dernière prière, un dernier mot aux assistants. Les en frustrer, répugne au sentiment chrétien et même simplement humain: on recourra donc alors à des anesthésies temporaires permettant au moribond d'avoir des moments de lucidité et on ne recourra à l'anesthésie prolongée qu'une fois tous les problèmes réglés et si vraiment la douleur est trop forte. Ici encore, notons-le, la décision appartient au moribond. Et s'il refuse de mettre sa conscience en règle, demandant une anesthésie totale, le médecin peut accéder à son désir (p. 55). « Si le malade s'y refuse obstinément et persiste à demander la narcose, le médecin peut y consentir sans se rendre coupable de collaboration formelle à la faute commise. Celle-ci, en effet, ne dépend pas de la narcose mais de la volonté immorale du patient: qu'on lui procure ou non l'analgésie, son comportement sera identique; il n'accomplira pas son devoir. Si la possibilité d'un repentir n'est pas exclue, on n'en possède toutefois aucune probabilité sérieuse; et même qui sait s'il ne s'endurcira pas dans le mal? » (p. 56).

Une dernière question intéresse les médecins. Peut-on anesthésier un moribond si l'on doit craindre que l'action du narcotique abrègera la vie? Ici, le pape applique la règle du double effet que l'on retrouve si souvent en morale et plus particulièrement en déontologie médicale. On pourrait la formuler ainsi. On peut accepter de poser une cause qui produira un effet mauvais si elle produit aussi et indépendamment un effet bon qui est proportionné en importance. En effet, Pie XII déclare ceci: « Si entre la narcose et l'abrègement de la vie n'existe aucun lien causal direct posé par la volonté des intéressés ou par la nature des choses (ce serait le cas, si la suppression de la douleur ne pouvait être obtenue que par l'abrègement de la vie), et si au contraire, l'administration des narcotiques entraîne par elle-même deux effets distincts, d'une part le soulagement des douleurs et d'autre part l'abrègement de la vie, elle est licite; encore faut-il voir s'il y a entre ces deux effets une proportion raisonnable, et si les avantages de l'un compensent les inconvénients de l'autre. » (p. 57).

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

L'EMPLOI DE LA BIOTINE DANS LA MALADIE DE LEINER-MOUSSUS

E. BARIL, P. DAGENAI-PÉRUSSE, E. HAZARD, S. OUADAHI,
Service de Pédiatrie de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc (Montréal).

Le titre de cette communication répond bien aux exigences médicales modernes qui consistent à étiqueter une maladie par le nom de celui ou ceux qui en ont décrit une étape quelconque ou qui ont ajouté un symptôme de plus à la longue liste déjà existante de cette maladie.

Nous pourrions donc dire ici, avec tous les auteurs, dont particulièrement A. Nisenson (1) de Los Angeles, F. Thelin (2) de Genève, J. Delafin (3) de France, et bien d'autres, que la maladie de Leiner-Moussus est la phase terminale ou généralisée de ce qui a été d'abord souvent diagnostiqué comme un eczéma bénin et très localisé ou plus souvent une dermatite séborrhéique localisée ou dermatite exfoliatrice, donnant suite à une forme plus sévère ou érythrodermie exfoliatrice ou desquamative généralisée.

En somme, la maladie de Leiner-Moussus est synonyme d'une érythrodermie desquamative généralisée. Les lésions du début de cette maladie, qui a été décrite pour la première fois en 1908, par Leiner, sont d'abord érythémateuses et suintantes et plus particulièrement localisées aux plis des aines, des fesses, des aisselles et du cou; c'est la dermatite séborrhéique. Rapidement elles deviennent des taches érythémato-squameuses d'abord irrégulières, puis confluentes et envahissent les fesses, la racine des cuisses et le bas ventre puis à l'extrémité supérieure du corps le cou, les joues, la face entière et le cuir chevelu.

Dans une phase plus avancée, la peau des fesses devient reluisante et squameuse, prête à fendiller, l'abdomen et le bas du dos sont envahis et le cuir chevelu se recouvre d'une couche ou d'un enduit plus ou moins épais, croûteux, jaunâtre et odorant.

Finalement et rapidement la généralisation se produit, le corps entier présente une peau à la fois rouge homard, crevassée et squameuse, c'est l'érythrodermie desquamative généralisée ou la maladie de Leiner-Moussus. Il faut ajouter que cette maladie s'accompagne dans la majorité des cas d'infections secondaires, et plus particulièrement dans plus de 90% des cas, de gastro-entérite. Disons de plus, qu'il ne faut pas la confondre avec l'érythro-

dermie exfoliatrice du nouveau-né non plus qu'avec la dermatite séborrhéique du jeune enfant qui ne semble pas évoluer de la même façon ni répondre du tout à la même médication.

FRÉQUENCE ET PÉRIODE D'APPARITION

Si on se base sur le nombre beaucoup plus imposant de publications européennes qu'américaines, on peut affirmer que cette maladie est plus fréquente en Europe. Elle apparaît chez le nourrisson de trois semaines à trois mois, et plus particulièrement chez le bébé nourri au lait maternel. Leiner (5) rapporte lui-même une série de 43 cas dont 41 étaient nourris au lait maternel sans autre alimentation. Ceci explique, sans doute, les nombreux cas observés dans les pays sous-alimentés ou ceux qui ont souffert des privations de la guerre et où l'alimentation maternelle cherchait à compenser pour la pénurie de lait de vache et d'aliments frais. On a déterminé en effet que le lait maternel était très pauvre en Biotine et qu'en traitant la nourrice convenablement ou en corrigeant l'alimentation on guérissait par le fait même le nourrisson souffrant d'une telle dermatite.

ÉTILOGIE

Malgré que l'on discute de cette maladie depuis très longtemps, l'étiologie en est restée jusqu'à ces derniers temps mal définie. Certains comme Woringer et Pityrosporone croyaient à une infection d'origine fongique ou à une hypersécrétion des glandes sébacées; d'autres à l'absence d'un facteur vitaminique ou alimentaire, d'autres par contre avançaient l'hypothèse d'une contamination par un adulte, particulièrement la mère.

Des recherches expérimentales et cliniques ont définitivement déterminé que la cause de la maladie est due à une déficience ou une absence de biotine, au début surnommée Vitamine H, ou à un défaut d'utilisation de cette vitamine.

C'est grâce à leurs travaux que Kogl et Tonniss (6) des Pays Bas, en 1936 et Du Vigneaud et Gyorgy (7) en 1940 ont réussi à isoler à l'état

chimiquement pur la Biotine, le premier du jaune d'œuf, le deuxième du foie de bœuf et du lait de vache constatant par la même circonstance que le lait maternel était très pauvre en biotine. Ceci explique plus clairement le pourquoi du plus grand nombre de cas rencontrés dans les périodes d'après-guerre dans les pays dévastés et sous alimentés.

Gyorgy a pu également reproduire expérimentalement chez l'homme cette maladie en le soumettant à une diète spécialement carencée et autrement encore en prouvant les effets néfastes particulièrement du blanc d'œuf qui entre autres protéines en contient une, appelée l'avidine qui en se combinant à la biotine la rend inactive. L'avidine, en effet, en se combinant à la Biotine donne une association stable qui empêcherait l'absorption de cette dernière au niveau de l'intestin.

TRAITEMENT

Plusieurs traitements ont été préconisés à date avec des résultats plus ou moins encourageants. On a même guéri une série imposante de cas en France, en mettant tout simplement le nourrisson complètement nu dans un incubateur à haute température et en le soumettant à une cure hygiéno-diététique des plus surveillée pendant une période de 40 jours (4). Méthode efficace peut-être, mais peu pratique.

Certains, comme Palacki, Strycek, Hamolec en Tchécoslovaquie, ont été les premiers à obtenir d'excellents résultats en administrant de la Biotine à la nourrice d'un bébé atteint de cette maladie.

Notre expérience personnelle et très modeste avec la Biotine est venue confirmer les résultats merveilleux obtenus dans tous les autres centres de Pédiatrie de Suisse, de Belgique, de France et des Etats-Unis.

RÉSULTATS

Nous relevons les résultats de 15 cas traités dans notre Service durant les derniers six mois de l'année 1960.

a) L'âge d'apparition varie entre trois semaines et trois mois chez 15 cas, dont 9 garçons et 6 filles.

b) Localisation: 5 cas d'éruption localisée aux fesses et à la figure et 10 cas d'éruption généralisée.

c) Infection secondaire: 2 cas seulement ne présentaient aucune infection secondaire. 1 cas souffrait de broncho-alvéolite et tous les autres souffraient de gastro-entérite.

Diagnostic

Environ 30% des cas avaient au préalable été considérés et traités pour eczéma ou pour érythème fessier banal.

Traitement

1) Biotine: 1 c.c. ou 5 mgr i.m. par jour pendant une durée variable de 8 à 15 jours.

2) Diète: anti-allergique mais qui n'est pas indispensable, une diète adéquatement balancée est importante.

Résultats

Guérison absolue et définitive sans récurrence après une période de traitement de 6 à 12 jours.

Résumé

Cette communication, qui n'a rien d'original, n'avait pour but que de faire une synthèse de ce qui a été dit, fait et écrit à date sur la maladie de Leiner-Moussus et sur son traitement simple et efficace par la Biotine qui nous a été gracieusement fournie de même que la documentation par la Maison Hoffman La Roche que nous tenons à remercier.

Summary

Dermatitis seborrheic, erythroderma desquamativa or Leiner's-Moussus' disease are different degrees of the same disease. The authors now recognize that this disease is caused by an insufficiency or a disturbed utilisation by the digestive tract of the vitamin H or Biotin, mostly found in cow milk, liver yeast, kidney and egg yolk.

Our clinical observations cover 15 cases of Leiner's disease; they have convinced us of the advantage of using Biotin, at the dosage of 1 c.c. or 5 mg., intramuscularly, daily for a period of 8 to 12 days.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. NISENSIN: *J. of Pediatrics*, **51**: 537 (nov.) 1957.
2. Fr. THELIN: *Revue Int. de Pédiatrie*, **72**: (avril) 1949.
3. J. DELAFIN: *Gazette Méd. Française*, **67**: 1501 (juin) 1960.
4. O. G. ROUGICHTCH et M. SOUBITCH: *Arch. Fr. de Pédiatrie*, **17**: 516, 1960.
5. C. LEINER: *Brit. J. Dis. Child.*, **5**: 244, 1908.
6. F. KOGL et B. TONNIS: *Phys. Chem.*, **242**: 43, 1936.
7. V. Du VIGNEAUD, D. B. MELVILLE, P. GYORGY et C. S. ROSE: *Science*, **92**: 62, 1940.

INTOXICATION AU PROMETHAZINE (PHENERGAN)

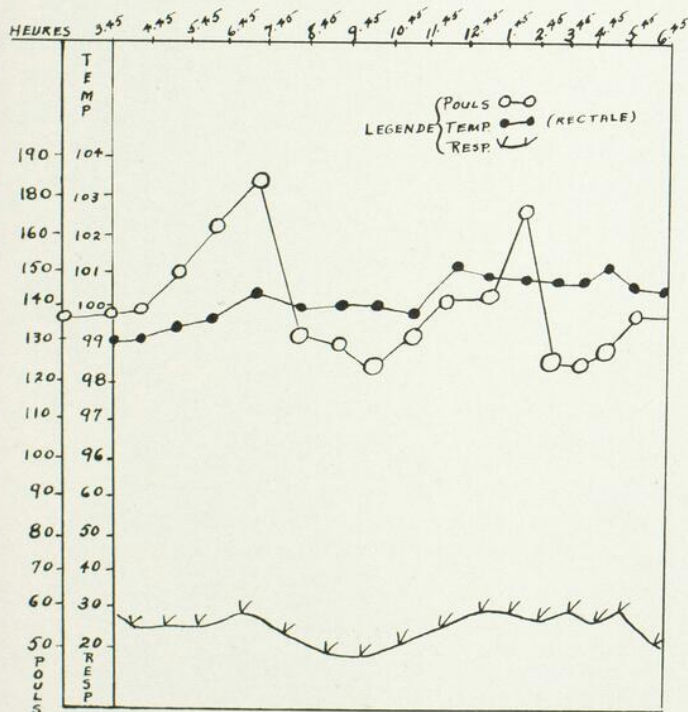
François CLICHE (Saint-Georges-Ouest, Beauce).

Si les maladies infectieuses et parasitaires sont en régression chez l'enfant, il n'en est pas de même des empoisonnements; nous constatons plutôt, comme partout ailleurs, un accroissement régulier du nombre des enfants hospitalisés à cause d'une intoxication.

Voici le cas d'une intoxication au phénergan chez un garçon de 20 mois. L'intérêt de l'observation, bien relatif cependant, réside en ce que nous n'avons rien rencontré dans la littérature médicale qui se rapporte à une intoxication par ce médicament.

Observation.

Ce garçon (dossier 23432) est admis ici à 3 heures 30 de l'après-midi le 9 février dernier; le médecin qui l'envoie dit que l'enfant a absorbé 23 comprimés de 25 mgs. de phénergan chacun; l'ingestion de ces médicaments a eu lieu 2 heures 30



auparavant, soit à 1 heure de l'après-midi du même jour.

A l'examen d'entrée, nous constatons que l'enfant est agité, avec périodes intermittentes de somnolence. Le facies est très rouge, légèrement cyanotique même; le pouls est à 140/min., la respiration à 28, la température rectale à 99°F. Ces chiffres ont été mis en graphique et montrent, somme toute, peu de variations.

Un lavage gastrique, aussitôt institué, ramène des débris en voie de désintégration, mais en petite quantité; l'oxygène nasal corrige la teinte cyanotique du début; un toni-cardiaque mineur, administré comme mesure de support, sera répété plus tard.

En ce qui concerne le système nerveux, nous avons constaté de l'hyperexcitabilité; l'enfant a même présenté des hallucinations au cours de la soirée. La mère, qui collaborait très bien, rassurait alors l'enfant, ce qui nous a permis d'éviter l'emploi de médication sédatrice, suivant en cela l'expérience commune de n'administrer que le moins de médicaments possible.

Quant au système urinaire, la diurèse demeura abondante, aidée sans doute par la solute glucosé à 5% qui fut mis en route dès l'arrivée du jeune patient à l'hôpital. Cependant, vers 11 heures du soir, nous constatons que les urines prennent une teinte franchement rosée qui serait, avons-nous appris depuis, caractéristique de l'empoisonnement au phénergan. Nous gardons ces urines pour examens; elles montrent de l'albumine à 0.25% et des globules rouges +++. Vingt-quatre heures après, la couleur des urines est normale, il n'y a plus ni albumine ni globules rouges; nous n'écartons pas cependant la possibilité que l'enfant ait présenté de l'albumine et des globules rouges antérieurement à l'ingestion de phénergan. Quinze heures après les débuts de l'intoxication, l'enfant se comporte tout à fait normalement.

* * *

On peut raisonnablement conclure que ce médicament s'il n'a pas d'antidote spécifique n'a pas non plus une toxicité très grande; aussi une observation attentive, une médication prudente, essentiellement symptomatique sont les points principaux dont il faut tenir compte en cette occurrence dont l'issue ne semble jamais fatale.

Résumé

Ce garçon de 20 mois absorbe 575 mgs. de Phénergan; les signes vitaux semblent peu modifiés; en ce qui concerne le système nerveux, il y a agitation; du côté urinaire, l'enfant présente une urine colorée rose, de l'albumine et des globules rouges. Tout entre dans l'ordre 15 heures après les débuts de l'intoxication qui ne semblerait jamais fatale.

Summary

This 20 months old child absorbs Phenergan 575 mgms. The examination on admission shows a slight modification of the vital signs. Where the nervous system is concerned, agitation is noted and periods of drowsiness.

Urinary system: urine shows a pinkish color, traces of albumin and red blood cells +++.

Within 15 hours after absorption of the drug, everything is under control, which would lead us to believe that such an intoxication would never be fatal.

L'ASEPSIE ET LE CHIRURGIEN

Roger GAGNON.

L'asepsie est l'ensemble des méthodes consistant à prévenir les maladies septiques ou infectieuses, en empêchant par des moyens appropriés, l'introduction de microbes dans l'organisme.

Pasteur et Lister ont jeté les bases de l'asepsie en chirurgie. L'on ne saurait trop exagérer l'importance de l'asepsie dans le développement de la chirurgie.

Ce n'est qu'après l'établissement d'une asepsie sûre, certaine, continue qu'on a pu voir, en l'espace d'un demi-siècle, des techniques chirurgicales nouvelles, de plus en plus audacieuses, se développer; et cela, tout en voyant graduellement et systématiquement diminuer le taux de mortalité et de morbidité attribuable à l'infection.

En 1939, les sulfamidés apparaissent. En 1940 et dans les années qui suivent, les antibiotiques se répandent sur le marché. Et une fois de plus, la médecine croit avoir alors à sa disposition, une panacée contre toutes les infections.

Avec ces antibiotiques qui au début semblent vouloir contrôler si bien l'infection, l'on constate naturellement un certain relâchement du côté asepsie et l'on croit, pendant un certain temps, que le spectre de l'infection post-opératoire est disparu.

Cette fausse illusion cependant n'est que de courte durée. Peu après, les infections post-opératoires réapparaissent, ayant acquis un caractère nouveau: la résistance aux antibiotiques.

C'est alors qu'on s'aperçoit de l'erreur, que l'on se souvient du mot asepsie dans sa plus stricte application, l'on s'aperçoit que les principes de base de l'asepsie avaient été plus ou moins négligés et qu'il fallait s'en tenir à leur application stricte et rigoureuse et ne pas se fier aux antibiotiques pour les remplacer.

Vous comprendrez certainement l'importance que le chirurgien apporte à la science de l'asepsie. Il s'agit, tout simplement pour lui, de penser un moment au patient. Ce dernier est venu le consulter pour une lésion chirurgicale élective et qui, dans l'évolution post-opératoire, présente une compli-

cation infectieuse assez sévère pour mettre sa vie en danger.

Depuis environ 10 ans, les rapports d'infections hospitalières se multiplient à un rythme géométrique. La littérature médicale foisonne de travaux sur les infections dues aux Staphylocoques pyogènes résistant aux antibiotiques.

En citant quelques chiffres sur l'incidence des infections hospitalières, nous montrerons ainsi, qu'il nous reste encore bien du travail à faire dans le développement et dans l'application des principes d'asepsie.

L'incidence des infections rapportées est proportionnelle aux méthodes employées pour détecter ces infections. Godfrey, (J.A.M.A. mars 1958), sur 634 patients nous parle d'infections à staphylocoques dans 11.1%.

Le rapport des pathologistes démontre que 4% des décès sont dus directement à l'infection Staphylococcique et 14% des décès ont été précipités indirectement par la présence d'infection.

Lee, de Washington, étudiant les cas d'infection dans différents hôpitaux militaires aux Etats-Unis, note que si les rapports d'infection sont laissés à tout le personnel médical, sans autorité vraiment responsable, l'on a un taux d'infection variant de 2 à 5%. Si par ailleurs, les rapports d'infection sont sous le contrôle de cliniciens attitrés, des taux de 13% à 15% d'infection sont atteints. Si, en plus, les infections sont contrôlées par des visites régulières de lit en lit, les chiffres d'infection évoluent entre 10 et 33%.

Il semble donc que les méthodes de contrôle des infections doivent être rigoureuses et bien ordonnées, si l'on veut avoir une idée juste des infections acquises à l'hôpital et conséquemment reviser nos principes d'asepsie s'il y a lieu.

Ayant démontré que l'infection existe dans le milieu hospitalier et qu'en plus elle semble vouloir se multiplier, nous sommes en droit de nous demander quand et comment le patient s'infecte?

Il est généralement admis que le patient s'infecte dans le laps de temps qui s'écoule entre son admission et son départ de l'hôpital. Il est encore généralement admis que la période la plus critique est celle de l'opération.

C'est pourquoi, en général, l'idée de l'asepsie dans le bloc opératoire est bien comprise et le personnel est au courant du rôle individuel qu'il a à jouer dans le succès d'une opération. A ce propos, les moindres détails sont d'une importance capitale et la moindre défaillance, le moindre relâchement, peuvent entraîner un désastre. Il est bien que le personnel hospitalier, professionnel ou non, sache qu'il est porteur dans 10 à 80% des cas, de Staphylocoques pyogènes, au niveau de sa peau et de ses sécrétions nasales.

Si l'asepsie est bien appliquée au niveau du bloc opératoire, le problème se complique singulièrement dans le reste de l'hôpital, au niveau des étages où l'asepsie rigoureuse, stricte, est plus difficilement applicable.

Il n'est pas moins vrai cependant, que plusieurs sources d'infection existent au niveau des étages, telles les infections croisées de patient à patient, de porteur sain à patient. C'est pourquoi encore là, l'asepsie et l'hygiène élémentaire ont un rôle prédominant à jouer. L'isolement des infectés doit se faire systématiquement et l'établissement d'une technique basée sur les principes généraux de l'asepsie doit être mis en pratique.

Ayant peut-être dans mes remarques accusé le chirurgien, les gardes-malades et le reste du personnel, il est temps, je crois, que j'accuse le patient. Dans un article publié en mai 1959, Robertson s'étonne de voir que malgré l'application de méthodes aseptiques sévères, ainsi qu'une technique opératoire méticuleuse, il demeure en face d'un problème infectieux toujours semblable, rapportant un taux d'infection minima de 2% sans pouvoir l'abaisser. Robertson mentionne donc dans son article une source d'infection chez les patients chirurgicaux, source indépendante pour ainsi dire du Staphylocoque hospitalier. Il entend que le patient, dans bien des cas, possède déjà à son entrée à l'hôpital le Staphylocoque pyogène qui pourra, par la suite, contaminer sa plaie chirurgicale.

Son étude porte sur 500 patients admis en chirurgie dont 15 se sont infectés; dès leur entrée, l'on a fait un prélèvement des sécrétions nasales de ces patients. Chez ces 15 cas infectés, il y a eu « typage » du Staphylo. au niveau des sécrétions nasales et au niveau de l'infection de la plaie chi-

rurgicale. Et dans chaque cas, le staphylo. « typé » au niveau de la plaie correspondait au même type de staphylo. trouvé dans les sécrétions nasales. Cela explique donc, en partie je crois, un taux d'infection qui persiste même si l'on suit à la lettre les méthodes d'asepsie et d'hygiène élémentaire.

Il y aurait aussi à mentionner la susceptibilité individuelle de certains patients, à développer une infection. Citons par exemple le nouveau-né, le vieillard, le patient souffrant d'une maladie débilitante, le patient subissant le stress d'une intervention majeure.

La balance liquidienne et électrolytique, l'anémie, le diabète sont tous des facteurs favorisant l'infection.

Quant au chirurgien, en plus de prêcher par son exemple et son enseignement, l'importance de l'asepsie, il doit en plus avoir un respect religieux des tissus, il doit développer une technique méticuleuse et être convaincu de l'importance d'une bonne hémostasie. Ce sont tous des facteurs pouvant entrer en ligne de compte dans le développement d'une infection.

Et pour terminer, l'on doit considérer l'asepsie en médecine comme un dogme auquel on est obligé de croire sous peine de faute grave.

Résumé

1° Les infections hospitalières augmentent depuis 10 ans.

2° Les principes de base de l'asepsie ne seront jamais remplacés par les antibiotiques.

3° Le taux des infections rapporté dans les différents centres est proportionnel aux moyens employés pour les découvrir.

4° L'infection endogène est une des raisons qui explique l'augmentation des infections hospitalières tel que démontrée par l'identité du type bactériophagique du Staphylocoque.

Summary

1st: Hospital infection has been increasing for the past ten years.

2nd: Antibiotic should not replace the basic principles of asepsis.

3rd: The incidence of acquired infections reported in different statistics is in relation with the institution, organization and the team in charge.

4th: The typing of Staphylococci has shown that endogenous infection is an important cause of wound infection.

BIBLIOGRAPHIE

Robertson H. ROCKE: The importance of endogenous Staphylococcal infections in Surgical Patients. *Medical Services Journal Canada*. 15: 326 (mai) 1959.

CORRESPONDANCE

LETTRE DES ÉTATS-UNIS

La maladie mentale est peut-être l'un des problèmes les plus anciens que la médecine ait encore à résoudre; elle fut longtemps considérée comme une question sociale plutôt que médicale. Bien entendu, les théories ne manquent pas et, si certaines finissent par être abandonnées, il en est qui contribuent dans une certaine mesure à la solution définitive. Selon un article de B. Bursten, publié en mars dans les « Archives of General Psychiatry » (4: 267, 1961), il existerait un lien fonctionnel entre l'hyperthyroïdie et la maladie mentale. En fait, l'incidence de la thyrotoxicose parmi les psychopathes hospitalisés n'est pas élevée, mais le nombre des cas de psychoses chez les thyroïdiens est suffisant pour permettre de penser qu'un tel lien existe. Les deux syndromes peuvent être associés de trois façons différentes: 1) La thyrotoxicose peut précipiter l'apparition de la psychose; 2) L'anxiété et une certaine activité associées à une décompensation psychique peuvent précipiter l'apparition de la thyrotoxicose; enfin 3) les deux syndromes peuvent survenir de façon simultanée et être synergiques chez de nombreux malades.

* * *

A. M. Kligman signale dans un article paru en février dans les « Archives of Dermatology » (83: 175, 1961) qu'une grande anxiété peut provoquer une chute temporaire des cheveux. Il se base sur les observations de 5 personnes chez lesquelles il fut impossible de déceler une cause physiologique susceptible d'expliquer la déperdition capillaire. L'auteur relate le cas particulièrement frappant d'un prisonnier qui fut jugé trois fois en trois ans et échappa chaque fois à la peine de mort grâce à un point de détail juridique. Jugé pour la quatrième fois, il fut reconnu coupable de meurtre. Environ 10 semaines après le jugement, ses cheveux commencèrent à tomber et il devint rapidement chauve. Près de 8 semaines après l'arrêt de la chute des cheveux, ceux-ci commencèrent à repousser. Ses cheveux avaient complètement repoussé lorsqu'il fut gracié et ultérieurement libéré.

* * *

Des crises d'épilepsie, survenant pour la première fois chez des personnes de plus de 60 ans, sont signalés par E. D. Schwade dans le numéro de

janvier de « Geriatrics » (15: 11, 1960). Les crises apparaissant chez ces malades sont causées le plus souvent par des lésions du cerveau qui compriment celui-ci, une dilatation des vaisseaux ou une thrombose locale. Ces malades âgés, atteints d'épilepsie simple, ne sont pas diminués mentalement et le taux de la mortalité de l'épilepsie est bas, surtout si les malades sont sous surveillance médicale. Il existe un certain nombre de médicaments qui permettent de traiter l'épilepsie. Parmi ceux-ci il convient de noter un excellent anti-convulsif, le Dilantin Sodium (diphénylhydantoin sodium) (Epanutin) qui s'est révélé très efficace dans le traitement des crises du grand mal chez les malades d'un certain âge. Son administration ne s'accompagne que rarement d'effets secondaires, d'ailleurs peu durables. L'épilepsie chez les malades de plus de 60 ans peut donc être traitée avec succès si un diagnostic correct a été posé.

* * *

R. Rand décrit dans la « University of California Clip Sheet » du 21 février 1961 un nouveau procédé chirurgical permettant de diminuer le tremblement qui accompagne certaines maladies telles que la maladie de Parkinson. Il consiste à détruire une petite zone de matière cérébrale, le locus niger. En effet on suppose que cette partie du cerveau favorise les impulsions pathologiques qui causent le tremblement associé à la maladie de Parkinson. Une aiguille à électrodes bipolaires, introduite par un petit orifice de la calotte crânienne, atteint le locus niger. On fait passer alors le courant par les électrodes et une zone rectangulaire de la substance noire de Soemmering est ainsi détruite. Les résultats cliniques de cette méthode sont encore à l'étude.

* * *

Les enfants mongoliens placés dans des institutions spéciales progressent moins vite que ceux qui restent dans leur famille. R. B. Kugel et D. Reque rapportent dans le « Journal of the American Medical Association » du 18 mars (175: 959, 1961) une étude portant sur 55 enfants mongoliens dont 34 étaient chez eux et 21 en institutions. Ceux demeurés à la maison marchaient tous à 5 ans alors que 40% des enfants du second groupe ne mar-

chaient pas encore à 6 ans. De même, à 8 ans, 60% des enfants restés en famille pouvaient utiliser des phrases complètes en parlant alors que 10% seulement des enfants du second groupe pouvaient s'exprimer par phrases. Les auteurs en concluent que les enfants élevés à la maison se développent plus rapidement que ceux qui sont placés en institutions.

* * *

E. Gosline et ses collaborateurs rapportent dans le numéro de juillet-septembre du « *Journal of Clinical and Experimental Psychotherapy* » (21: 220, 1960) les observations de 45 cas de schizophrénie traités par un nouveau stimulant psychique, *Catron* (beta-phenylisopropylhydrazine), employé seul ou associé à un ataraxique. Les malades furent partagés en deux groupes: ceux dont la manifestation principale était seulement une dépression mentale et ceux qui étaient atteints de schizophrénie régressive marquée nécessitant une longue hospitalisation parce qu'ils réagissaient mal au traitement. Les auteurs fixèrent la dose de *Catron* à 6.25 mg., deux à trois fois par jour, comme étant celle permettant d'obtenir les meilleurs résultats. Chez les malades recevant un mélange de *Catron* et d'ataraxique, la dose de ce dernier fut modifié selon les besoins du malade alors que la dose de *Catron* restait constante. Grâce à son as-

sociation avec *Catron*, il fut possible de diminuer la dose de l'ataraxique de façon considérable chez certains malades, à un point tel qu'on cessa même son administration. Mais à ce moment là, on constata une réapparition des symptômes mentaux qui continuèrent jusqu'à la reprise du traitement associé. Les signes de l'amélioration clinique constatée à la suite du traitement furent les suivants: disparition de la méditation dans le vide, amélioration des communications avec le malade, absence d'effectation schizoïde et une meilleure pénétration à l'intérieur de son monde égocentrique.

* * *

Lors de la 139ème assemblée nationale de l'« *American Chemical Society* », qui s'est tenu à St. Louis, Missouri, K. F. Gregory a décrit un test sanguin permettant de déceler facilement les maladies du coeur, du foie et d'autres organes. Une enzyme LDH (déhydrogénase lactique), qui règle certains processus chimiques de l'organisme, est à la base de ce test. Cette enzyme se retrouve sous cinq formes distinctes et en proportions différentes dans différentes organes du corps. Quand une lésion existe dans l'un de ces organes, LDH est libérée et circule dans le sang. Le dosage des différentes formes de LDH dans le sang permet de déceler quel est l'organe atteint.

le 4 mai 1961

M. le docteur Roma Amyot
Rédacteur en chef
L'Union Médicale du Canada
326 est, boulevard Saint-Joseph
Montréal, P.Q.

Cher docteur,

L'Industrie pharmaceutique a été en butte à de nombreuses critiques depuis quelque temps tant au Canada qu'aux Etats-Unis. Elle a été soumise à des enquêtes gouvernementales et a même partagé l'honneur avec la profession médicale de former l'objet de certaines promesses électorales. Ces critiques que l'on entend encore dans des conférences et des conversations apparaissent de temps à autre dans les journaux, la radio ou la T.V. sous forme de déclarations émanant souvent de personnes mieux pourvues de bonnes intentions que d'informations exactes. Même si quelques unes de ces remarques sont bien fondées, plusieurs reposent sur

une documentation inadéquate ou une conception erronée des rapports de cette industrie avec le corps médical d'une part et avec le public d'autre part. Il est évident qu'une foule de préjugés disparaîtraient à la lueur des faits. Afin de savoir à quel point engager le dialogue, l'Association des manufacturiers de produits pharmaceutiques a décidé de pratiquer un sondage de la profession médicale. Elle a confié cette tâche à sa section médicale composée de directeurs médicaux des principales maisons; cette section semble tout désignée pour établir le lien qui peut exister entre les médecins et les fabricants de produits pharmaceutiques.

La section médicale se propose d'entrer en contact direct et personnel avec le plus grand nombre possible de médecins éminents qui voudront bien consacrer quelques moments de leurs loisirs à venir exposer leurs vues sur certains points litigieux. Nous aimerions connaître vos commentaires sur le coût des médicaments, les méthodes publicitaires courantes, l'appui financier des recherches et au-

tres problèmes connexes. Nous comptons également envoyer un questionnaire à environ cinq cents médecins de langue française choisis au hasard. Nous espérons que ceux qui le recevront voudront bien se donner la peine d'en prendre connaissance, d'y répondre et de nous le retourner au plus tôt. C'est d'abord en faisant le point dans le milieu médical que nous pourrons corriger les imperfections, combler les lacunes et améliorer les relations entre médecins et fabricants de médicaments.

Je viens solliciter l'hospitalité de vos pages pour vous demander d'accorder quelque publicité à cette entreprise auprès de vos lecteurs. Les possibilités

d'amélioration dépendront de la teneur et du nombre d'opinions que nous pourrons recueillir ainsi que des suggestions qu'on voudra bien nous proposer. Je vois ici pour le corps médical l'occasion de régler certaines questions plus ou moins épineuses à l'avantage mutuel du public de la profession et de l'industrie.

Veillez agréer, cher docteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

M. R. Dufresne, M.D.
Comité des relations extérieures
Section Médicale C.P.M.A.

ANALYSES

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

MEDECINE

G. C. MORRIS, Jr. et M. E. De BAKEY: **Angine abdominale, diagnostic et traitement.** (*Abdominal Angina — Diagnosis and Surgical Treatment.*) "J. A. M. A.", 176: 89 à 92 (15 avril) 1961.

L'angine abdominale est une manifestation d'ischémie intermittente du système gastro-intestinal, analogue au rapport qui existe entre l'angine de poitrine et l'ischémie myocardique intermittente. En tant qu'angine d'effort, la douleur de l'ischémie intestinale survient aux efforts de la digestion après les repas. Les maladies occlusives des artères caelique et mésentérique supérieure, produisent le syndrome d'angine abdominale dans laquelle les signes principaux sont la douleur post-prandiale, la perte de poids, les troubles du péristaltisme intestinal et la mal-absorption.

Le processus pathologique qui cause l'angine abdominale, est un rétrécissement artériosclérotique de l'orifice ou des deux premiers centimètres des artères caelique et mésentérique supérieure.

L'angine abdominale doit être envisagée dans le diagnostic différentiel des troubles gastro-intestinaux après 40 ans. La douleur abdominale post-prandiale, est le symptôme le plus fréquent. La perte de poids est progressive et sévère, provenant de l'anorexie et de la malabsorption.

La constipation est habituellement sévère, mais peut être interrompue par des selles abondantes contenant une quantité excessive de graisse. On retrouve également, du sang occulte dans les selles.

Un souffle ou un bruit est souvent audible à la partie supérieure de l'abdomen, en rapport avec le processus sténosant.

Les radiographies de l'intestin sont habituellement négatives.

On met en évidence le processus sténosant par une aortographie en position latérale.

Le traitement est chirurgical et consiste en une revascularisation des vaisseaux artériels. Dans la plupart des cas, l'application d'un « by-pass » est la méthode la plus sûre et la plus satisfaisante. La dérivation se fait entre l'aorte abdominale inférieure et une anastomose rétro-péritonéale, avec les artères caelique et mésentérique supérieure. La revascularisation chirurgicale est souhaitable non seulement pour soulager les symptômes, mais également pour éviter une thrombose mésentérique éventuelle.

Sylvio DESAUTELS.

PNEUMOLOGIE

E. E. ROCKEY, C. F. BLAZSIK, S. A. THOMPSON et S. VI-RABUTR: **Revue rétrospective du traitement de l'emphysème et d'autres insuffisances respiratoires par la fenestration trachéale.** (*Four and one half years' experience in the treatment of emphysema and other respiratory insufficiencies by tracheal fenestration.*) "Dis. of the Chest", 39: 117 (fév.) 1961.

Appliquant leur technique décrite en 1956 les auteurs ont soigné depuis 4 ans $\frac{1}{2}$ 36 malades atteints d'insuffisance respiratoire, dont 32 étaient des emphysemateux.

Les résultats furent les suivants: 14 malades furent légèrement améliorés, 9 furent reprendre quelques activités légères, 6 purent jouir d'une vie normale sans l'aide de quiconque, 5 purent retourner à leur travail.

Quelques malades ont porté leur fenêtre trachéale pendant plus de deux ans. Un bilan fonctionnel a permis d'observer une amélioration de la capacité vitale de la courbe d'expiration forcée, et de la capacité respiratoire maxima. Les échanges gazeux cependant ne furent guère modifiés.

Les observations faites par les auteurs démontrent que l'insuffisance respiratoire grave est souvent attribuable à l'abondance et à la mauvaise élimination des sécrétions trachéo-bronchiques. Le secret du traitement par la fenestration trachéale réside justement dans la faculté que possède le malade de pouvoir facilement et à volonté aspirer lui-même ces sécrétions. Celles-ci peuvent même être recherchées sélectivement dans chacun des lobes au moyen d'une sonde recourbée, fabriquée spécialement à cette fin. La fenêtre, une fois produite, ne constitue aucune entrave à la toux ni à la parole.

Charles LEPINE.

J. VIDAL et J.-C. MARTY: **La fréquence des erreurs thérapeutiques initiales et leur influence sur l'évolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire.** "Revue de la Tuberculose", 23: 570 (mai-juin) 1959.

L'emploi abusif systématique et désordonné des médicaments antibiotiques fait rater assez souvent des résultats thérapeutiques. Or les résultats sont loin des espoirs que l'on pouvait légitimement fonder.

Lorsqu'il s'agit d'employer des antibiotiques pour traiter une tuberculose pulmonaire, il faut selon les auteurs respecter trois règles élémentaires: l'association thérapeutique; la continuité; la durée.

Or les auteurs sont frappés par la gravité et la fréquence des erreurs thérapeutiques commises ainsi. Bariéty et Chonbrac ajoutent que c'est parfois une autre cause majeure des reprises évolutives de la T B pulmonaire chez l'adulte.

Aussi les auteurs se sont-ils attaché à préciser le « passé thérapeutique » des malades qui ont été admis dans leur service pour dégager de cette étude le sort qui était réservé à ces malades en fonction de ce passé. Ainsi 300 malades ont été investigués (238 hommes ou 79,4% et 62 femmes ou 20,6%), 166 tuberculoses récentes, 55%, 102 tuberculoses de long cours, 34%, 17 rechutes, 5,6% (délai de 4 années), 15 tuberculoses cicatricielles, 5%.

Quant au passé thérapeutique de ces tuberculeux: malades déjà traités, 157 (52.3%); malades non traités, 243 (47.7%).

Sont considérés comme mal traités ceux qui répondent à ces quatre conditions:

- 1) absence d'association de deux au moins de trois antibiotiques majeurs;
- 2) administration discontinuée;
- 3) traitement manifestement trop court (décision médicale ou personnelle);
- 4) administration d'antibiotiques sans cure de repos (condition de réussite indispensable selon les auteurs).

Sur les 157 malades déjà traités, 118 (75.1%) avaient été traités de façon totalement incorrecte et 39 (24.9% de façon satisfaisante.

Comment ont évolué les malades non traités et bien traités d'une part et les mal traités d'autre part en fonction des thérapeutiques antérieures?

Les non traités (143) et bien traités (39): 45 ont été placés dans un sanatorium; 80 ont quitté sans congé; 57 ont suivi le traitement de façon correcte.

Résultats? (excepté ceux qui ont quitté): 42 guérisons; 5 états stationnaires ou aggravation 8.7%; 10 décès 17.5%.

Les déjà et mal traités (118): 26 placés au sana; 66 ont quitté malgré avis contraire; 26 ont suivi le traitement correctement.

Résultats pour cette dernière catégorie: 11 guérisons; 3 états stationnaires ou aggravation 11.5%; 12 décès 46.1%.

Le pourcentage des guérisons passe pour les déjà ou mal traités de 42.3% à 73.6% pour les 3 traités. La proportion des décès est bien démonstrative. 46.1% chez les sujets antérieurement mal traités, 17.5% chez les sujets antérieurement non traités ou bien traités.

Pourquoi y a-t-il une telle différence? Comme ces malades sont tarés, il y a chez eux un état de déchéance physique et sociale importante.

A la suite de ce travail, « il est banal d'énoncer que les succès thérapeutiques s'amenuisent si la tuberculose pulmonaire a d'abord été mal traitée ». Ne serait-il pas intéressant de savoir si une semblable étude a été entreprise. Si oui, arrive-t-on aux mêmes constatations?

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

P. HILLEMAND, R. VIGUIE et J. BREUZARD: **Etude analytique et étiologique des hémorragies ulcéreuses.** "Arch. Mal. App. Digestif", 48: 9 (juillet-août) 1959.

De cette étude nous pouvons conclure:

La proportion des ulcères hémorragiques est plus grande chez l'homme que chez la femme.

Chez la femme, la poussée hémorragique gastrique est la plus fréquente que la poussée hémorragique duodénale et la localisation postérieure plus fréquente que chez l'homme et toujours grave.

La cause déclenchante la plus fréquemment reconnue est la reprise d'une poussée évolutive, ulcéreuse, ce qui souligne la nécessité d'un traitement prolongé.

Parmi les affections associées l'éthylisme a une part prépondérante.

Nous ne pouvons incriminer que dans peu de cas une ingestion médicamenteuse mais notre enquête n'a peut être pas été suffisamment dirigée dans ce sens.

Les formes graves constituent une proportion importante (32 cas sur 75) leur pronostic est particulièrement redoutable.

HILLEMAND.

R. PICARD, J. KERNEIS et Mme A. GORDEEFF: **Substrat anatomique des grandes hémorragies ulcéreuses.** "Arch. Mal. App. Dig." 48: 19 (juillet-août) 1959.

Le substratum anatomique des grandes hémorragies ulcéreuses est diversement apprécié par les auteurs.

Pour beaucoup de chirurgiens la cause en est presque toujours une effraction artérielle. Pour la plupart des médecins, au contraire, et pour quelques chirurgiens, il s'agit le plus souvent d'érythrodiapédèse.

Les auteurs ont étudié 48 cas de grandes hémorragies ulcéreuses. 42 de ces malades ont été opérés entre la 12e et la 60e heure.

Sur ces 48 cas, l'hémorragie était liée 31 fois à une érosion artérielle et 17 fois à une érythrodiapédèse. Dans les 31 cas où l'hémorragie était due à une effraction artérielle, celle-ci a été objectivée 7 fois, à l'œil nu, par le chirurgien seul qui a enfoncé l'ulcère. Neuf fois l'effraction artérielle a été contrôlée à la fois par le chirurgien et l'histologiste. Huit fois l'effraction artérielle n'a été retrouvée que par l'histologiste seul. Sept fois l'histologiste n'a pas constaté d'effraction mais celle-ci était très vraisemblablement en raison de la proximité d'une artère perméable ou oblitérée par un caillot jeune. Dans 17 cas, l'hémorragie était due à une érythrodiapédèse, soit érythrodiapédèse péri-ulcéreuse en couronne, soit érythrodiapédèse à partir d'un cal granulomateux hyperhémique. Les hémorragies distillantes en nappes diffuses, n'ont pas été observées dans les ulcères, mais elles ont été rencontrées 8 fois dans des gastrites hémorragiques non ulcéreuses que les auteurs ne font pas rentrer dans leur statistique.

Il n'existe pas de signes certaines cliniques et biologiques permettant d'affirmer l'origine artérielle ou diapédétique, ce qui serait cependant d'un haut intérêt. Certes, les déglobulinisations au-dessous de 2 millions sont presque toujours en rapport avec une effraction artérielle, mais 2 de nos malades qui saignaient par érythrodiapédèse avaient une anémie de l'ordre de 2,500,000. Cependant 2 seulement de nos 17 malades érythrodiapédétiques ont été opérés dans les 48 premières heures contre 21 sur 31 du premier groupe.

Nous avons recherché les raisons de la méconnaissance par beaucoup de la fréquence de l'effraction artérielle à l'origine des G.H.U. Elles sont au nombre de 4:

— La très grande rareté des G.H.U. non contrôlables par le traitement médical.

— Les rares constatations d'hémorragies diapédétiques à la gastroscopie et la gastrostomie.

— La croyance erronée de la constance de l'endartérite oblitérante au niveau et autour de l'ulcère.

— La notion moderne de brutales perturbations vasomotrices au niveau de l'ulcère et plus récemment celle de dysfonctionnement de shunts artério-veineux (glom).

HILLEMAND.

E. DELANNOY et F. VANDENDORP: **Diagnostic clinique et radiologique dans les hémorragies digestives.** "Arch. Mal. App. Digestif", 48: 43 (juillet-août) 1959.

Les auteurs codifient ainsi leur technique d'examen d'urgence des hématémèses:

1) L'examen est fait dans les douze heures après l'hématémèse, sur malade déchoqué avec une T.A. de 10.

2) Les décubitus latéral droit et dorsal sont pratiquement seuls utilisés.

Cette technique leur a donné une proportion élevée de résultats positifs, les localisations doubles, les associations cirrrose-ulcère ont pu être décelées.

Le point noir reste la détection des ulcérations simples, quelquefois mises en évidence par le double contraste.

HILLEMAND.

J. J. DESNEUX (Bruxelles): **Hémorragies digestives aiguës: endoscopie d'urgence.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 53 (juillet-août) 1956.

Des investigations endoscopiques ont été pratiquées chez 304 malades présentant des hémorragies digestives aiguës.

Ces examens doivent être faits sous anesthésie générale.

Un diagnostic précis de l'origine de l'hémorragie a pu être posé dans 185 cas; un diagnostic de présomption dans 44 cas; une affection gastro-œsophagienne a pu être exclue 42 fois.

En cas de lésions hémorragipares multiples, l'endoscopie est la seule méthode qui permette de préciser la lésion responsable du saignement, et d'orienter donc valablement la thérapeutique.

HILLEMAND.

MM. MERCADIER et HAUTEFEUILLE: **Indications et résultats du traitement chirurgical des hémorragies digestives ulcéreuses.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 59 (juillet-août) 1959.

Discussion de l'attitude thérapeutique en présence de l'hémorragie digestive. Les auteurs opposent les hémorragies à des plaies vasculaires gastriques ou duodénales secondaires à des ulcères aux hémorragies diffuses résultant d'un processus de gastrite hémorragique. Ils posent le principe de l'intervention chirurgicale après l'échec d'une réanimation importante et minutieusement contrôlée durant 36 heures, surtout lorsque la preuve a pu être faite de l'existence d'une plaie vasculaire.

HILLEMAND.

A. LAMBLING, S. BONFILS, Cl. RICHIR, F. POTET, M. ANDREJEVIC et B. BARATGIN: **Les hémorragies des gastrites hémorragiques et de l'"exulceratio simplex".** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 73 (juillet-août) 1959.

1) Il faut séparer complètement les hémorragies:

— De l'"exulceratio simplex" de Dieulafoy dues à l'ulcération d'une artère d'assez gros calibre ayant un trajet anormale dans la paroi gastrique.

— Et celles de la gastrite hémorragique où le saignement est lié avant tout à des perturbations capillaires fonctionnelles de la paroi stomacale.

2) Anatomiquement, la gastrite hémorragique est « une ». Les lésions sont les mêmes quelle qu'en soit l'étiologie. Certaines d'entre elles peuvent provoquer des altérations durables (infarctus avec ou sans ulcération concomitante). Mais d'autres ont une allure strictement fonctionnelle: les « puits capillaires » en sont l'élément le plus original, permettant une communication à plein canal des vaisseaux de la sous-muqueuse avec la cavité gastrique. Il s'agit, en fait, d'une vaso-dilatation massive des formations normalement présentes mais invisibles car peu actives. La réalité de leur intervention dans la genèse du saignement a pu

être démontrée expérimentalement (ulcère de contrainte, phénylbutazone, corticoïdes).

Mais du fait de la nature fonctionnelle de ces lésions, la *restitutio ad integrum* peut être obtenue dans un délai très bref après la fin de l'hémorragie, d'où l'inconstance du critère biologique.

3) Les critères de diagnostic de la gastrite hémorragique sont par ordre de valeur décroissante:

— La constatation macroscopique du saignement muqueux per-opératoire ou en cours de gastroscopie;

— Les altérations histologiques qui ne sont pas celles d'une gastrite mais celle d'une hémorragie par trouble de la vaso-motricité capillaire;

— L'histoire clinique d'une hématémèse à répétition, en l'absence de toute cause organique de saignement (ce critère ne vaut que pour la gastrite hémorragique primitive).

4) Les gastrites hémorragiques symptomatiques sont étudiées dans différentes circonstances à l'aide d'un certain nombre d'observations personnelles: ulcère, gastrectomie pour ulcère, cirrrose, actions médicamenteuses diverses.

5) Douze observations de gastrites hémorragiques primitives (dont 3 avec contrôle opératoire et 9 avec gastroscopie et gastrobiopsie) servent de base à l'étude de cette affection caractérisée par:

— Le mode itératif du saignement.

— La survenue habituelle chez le sujet jeune et dans le sexe masculin.

Ces cas sont confrontés à 20 observations recueillies dans la littérature médicale.

HILLEMAND.

Ch. DEBRAY, J.-P. HARDOUIN et F. JOUBAUD: **Les hémorragies des hernies hiatales chez l'adulte.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 101 (juillet-août) 1959.

Cette étude est basée sur 100 cas d'hémorragies digestives survenant au cours de hernie hiatale de l'adulte.

Ces hémorragies sont rares au cours des hernies hiatales, mais comme ces dernières sont très fréquentes, l'étiologie herbiaire doit être recherchée systématiquement dans toute hémorragie digestive au même titre que l'ulcère ou la cirrrose.

Ces hémorragies qui surviennent surtout chez l'homme et chez l'adulte âgé, sont habituellement d'abondance moyenne. Elles ont une tendance à récidiver à plus ou moins longue échéance. Quelques caractères un peu spéciaux sont précisés, en particulier le rôle fondamental des causes déclenchantes (57%) parmi lesquels les efforts et les médicaments jouent un rôle essentiel.

Les hémorragies peuvent survenir au cours d'une hernie hiatale connue; souvent elles révèlent la hernie hiatale; il est rare qu'elles représentent le signe unique de la hernie; plus souvent elles sont associées à des signes « hiataux » typiques ou non. On ne doit admettre le rôle de la hernie hiatale dans l'hémorragie qu'après avoir éliminé les autres causes de saignement (ulcère gastro-duodéal, cirrrose, etc.).

Les signes radiologiques sont ceux de toute hernie hiatale sans aucune particularité.

L'endoscopie, œsophagoscopie et surtout gastroscopie, permet de découvrir assez souvent (40% des cas) des lésions de muqueuse du bas œsophage ou de la hernie. L'estomac est très souvent gastritique (56% des cas).

Le mécanisme des hémorragies des hernies hiatales est encore discuté; il semble que la hernie hiatale ne fasse que

fragiliser la région; d'autres facteurs sont nécessaires pour déclencher l'hémorragie.

La thérapeutique médicale est simple: c'est celle de toute hémorragie digestive d'abondance moyenne, avec quelques particularités tenant à la hernie. La chirurgie ne sera employée que dans les hémorragies récidivantes. Les conditions d'âge et de terrain jouent un rôle important dans la décision opératoire. Onze seulement de nos 100 malades ont été opérés 3 ont été perdus de vue, 3 hernies hiatales ont récidivé, le résultat paraît bon jusqu'à présent dans les 6 derniers cas.

HILLEMAND.

J. VANDENBROUCKE, J. de GROOTE et R. FRANÇOIS: **Les hémorragies des tumeurs gastriques.** "Arch. Mal. App. Dig.", **48**: 117 (juillet-août) 1959.

Les auteurs ont revu les cas de tumeurs gastriques de leur service sous l'aspect de l'hémorragie et comparent leurs données à celles de la littérature.

Pour le carcinome, ils envisagent les saignements dans ou à la périphérie de la tumeur, dans le voisinage de l'estomac ou dans le tractus digestif. Ils posent la relation de ces hémorragies avec l'anémie. Ils signalent la possibilité de deux espèces de diathèse hémorragiques dans les tumeurs. Enfin les modalités d'hémorragies gastro-intestinales sont décrites plus amplement; la fréquence de l'hématémèse est de 7%, du mélna 16% et des hémorragies occultes 83.5. Les tumeurs du tiers supérieur et de la petite courbure saignent plus souvent que celles du tiers inférieur.

Les sarcomes d'origine lymphoïde saignent dans une proportion analogue, les léiomyosarcomes avec une fréquence double.

Les tumeurs du voisinage (pancréas) peuvent également saigner dans l'estomac.

Pour les tumeurs bénignes, il est impossible d'en dresser une statistique.

HILLEMAND.

G. ALBOT, Félix POILLEUX, Ed. CHERIGIE, Georges BERTHET et Claude SAINT-OUEN: **Hémorragies par tumeurs bénignes de la deuxième portion du duodénum. Tumeurs de la papille exceptées.** "Arch. Mal. App. Dig.", **48**: 129 (juillet-août) 1959.

Les auteurs, à la lueur de 10 cas de tumeurs bénignes hémorragiques de la seconde portion du duodénum, dont 4 personnelles, envisagent plus particulièrement les difficultés du diagnostic radiologique dans les cas où la tumeur est petite.

Ils distinguent les images évidentes (lacune et niche en cocarde) et les images non évidentes de suspicion (encoche du bord de D2, signe du 3 à l'envers, déformation polycyclique des plis). Ils discutent des mérites respectifs des procédés complémentaires de diagnostic radiologique (clichés debout, en procubitus et en decubitus, compression dosée et orientée, pharmacoradiographie, cholangiographie par ponction vésiculaire non opératoire de M. Kapandji et radiocinématographie).

Le traitement ne saurait être que chirurgical. L'intervention est délicate du fait de la difficulté de découvrir parfois la tumeur. Dans la majorité des cas, on se contentera après contrôle histologique extemporané d'une exérèse localisée sauf dans les rares cas où la localisation

parapapillaire de la tumeur peut nécessiter une papillectomie ou une duodénectomie partielle.

HILLEMAND.

L. HOLLANDER et M. ADLOFF: **Les hémorragies digestives post-gastrectomiques.** "Arch. Mal. App. Digestif", **48**: 153 (juillet-août) 1959.

L'apparition d'hémorragies digestives dans les suites proches ou lointaines d'une gastrectomie réalise une complication plutôt rare. Après avoir rapporté trois observations personnelles, les auteurs font une revue générale de la question qu'ils divisent en deux chapitres: les hémorragies précoces et les hémorragies tardives.

Les hémorragies précoces sont dans l'immense majorité des cas, en rapport direct avec l'acte opératoire et posent essentiellement un problème thérapeutique. Leur fréquence n'excède pas 2%. Leur cause principale est représentée par une hémostase insuffisante au niveau des tranches anastomotiques. D'autres étiologies peuvent également entrer en ligne de compte telles la reprise de l'hémorragie, soit au niveau d'un ulcère laissé en place volontairement ou parce qu'il a été méconnu, l'ulcère jéjunal et la gastro-jéjunite précoces. Le traitement sera en premier lieu conservateur (lavages d'estomac, transfusions, coagulants). En cas d'échec, la réintervention s'impose avec vérification de la bouche anatomique, exploration du moignon gastrique restant ainsi que du moignon duodénal. Si ces diverses investigations ne permettent pas la mise en évidence certaine de la source de l'hémorragie, les auteurs préconisent une nouvelle recoupe très haute, ne laissant en place qu'une minime partie de l'estomac et associée à une double vagotomie sus-diaphragmatique.

Les hémorragies tardives post-gastrectomiques sont de l'ordre de 3% environ. Parmi leurs facteurs étiologiques sont étudiés, par ordre de fréquence décroissante: l'ulcère récidivant, la gastro-jéjunite, la cancérisation du moignon restant, les formations polypoïdes du moignon gastrique, les hernies muqueuses, les hernies hiatales. L'attitude thérapeutique sera fonction de l'étiologie. C'est ainsi qu'il y aura lieu de pratiquer une dégastro-gastrectomie ou une double vagotomie transthoracique en cas de récurrence ulcéreuse et une gastrectomie totale en présence d'un néoplasme du moignon gastrique; la gastro-jéjunite relève d'un traitement médical, et les autres lésions d'une thérapeutique qui dépendra avant tout de l'intensité de la symptomatologie clinique.

HILLEMAND.

R. BOURGEON: **Les hémorragies digestives d'origine splénique et vasculo-splénique.** "Arch. Mal. App. Dig.", **48**: 171 (juillet-août) 1959.

Les hémorragies digestives d'origine splénique et vasculo-splénique présentent des signes nettement caractérisés:

— leur apparition survient à un moment où le malade est porteur d'une splénomégalie;

— leur contexte-hématologique comporte, outre l'anémie, des degrés divers de dysfonctionnement splénique, lié à un contexte histologique assez uniforme: la rate congestive.

L'exploration radio-manométrique permet de discriminer chez ces malades, dont le foie est apparemment intact:

— soit une hypertension splénique élevée avec interruption complète du tronc splénoportale, mais apparition de volumineuses dérivations empruntant la paroi gastrique;

— soit une hypertension splénique discrète avec permé-

abilité du tronc porte, mais existence d'une dérivation veineuse corono-gastrique.

Les premiers cas relèvent d'une anomalie congénitale ou d'une thrombose du pied de la veine porte par péritonite ou périadénite.

Le traitement à envisager ne peut être qu'une dérivation veineuse efficace, elle peut se réaliser selon des modalités diverses:

— splénectomie simple si une dérivation spléno-rénale spontanée,

— splénectomie et anastomose spléno-rénale chirurgicale,

— dérivation mésentérico-cave large avec splénectomie.

Dans tous ces cas, les dérivations dangereuses (œsophagiennes) doivent être liées.

Les cas entrant dans la deuxième éventualité s'accompagnent, en réalité, de lésions hépatiques de la trame qui font perdre son rôle régulateur portal à la glande hépatique. La dérivation qui apparaît est identique à celle de la cirrhose.

Le traitement est mixte: splénectomie associée à une intervention à visée neuro-vasculaire (à l'égard des vaisseaux intra et sus-hépatiques), plutôt que l'anastomose spléno-rénale.

HILLEMAND.

P. MALLET-GUY: **Hémorragies digestives d'origine pancréatique — Documents anatomo-cliniques.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 189 (juillet-août) 1959.

Des hémorragies digestives peuvent survenir au cours de l'évolution d'un cancer du pancréas, le plus souvent en rétention biliaire elles n'ont rien de caractéristique, d'autres du fait de l'envahissement gastro-duodéal, d'autres enfin, et ceci seulement est plus particulier, par le mécanisme de la compression portale, du fait de la distension des veines cardio-œsophagiennes gastriques.

Mais, à tous égards, le problème le plus intéressant est posé par les complications hémorragiques des lésions inflammatoires du pancréas: pancréatites aiguës, mais surtout pancréatites chroniques. Les travaux publiés récemment ont mis l'accent sur la possibilité la fréquence même de ces hématoméses et mélanges qui viennent compliquer l'évolution d'une pancréatite chronique. Des pourcentages ont été avancés qui semblent très excessifs, tout au moins d'après ma statistique personnelle. En fait, depuis 1932, je n'ai observé personnellement que 4 cas précis d'hémorragie gastro-duodénale au cours des états inflammatoires chroniques du pancréas.

Une place particulière semble devoir être donnée à la lithiase du canal de Wirsung. J'en avais publié une première observation typique en 1944, j'en ai observé un deuxième cas et l'un et l'autre de ces faits sont caractérisés par l'association d'une lithiase wirsungienne et de phénomènes nécrotiques ayant amené la constitution de cavités pseudo-kystiques. Il s'agissait dans les deux cas de thrombose du système porte.

Par contre, sur le grand nombre de cas de pancréatites chroniques récidivantes qu'il m'a été donné d'opérer, je n'ai décelé que 2 observations qui, l'une et l'autre, sont d'ailleurs discutables et pas très caractéristiques.

Il semble donc qu'il ne faille pas donner à cette complication hémorragique une plus grande place qu'elle n'en a en réalité. La juxtaposition de faits isolés peut faire penser à une fréquence que cette complication n'a pas du tout en réalité.

Un problème particulier est posé du point de vue thérapeutique: faut-il lorsqu'on se résout pour une raison ou pour une autre à une pancréatectomie gauche, systématiquement se résoudre à la spléno-pancréatectomie? C'est à coup sûr une opération un peu plus sérieuse et qui, spécialement lorsque les lésions pancréatiques sont infectées, peut être suivie de complications, parfois redoutables, de suppuration de la loge splénique. Mais la splénectomie reste, pour les complications d'hémorragies gastro-intestinales des pancréatites, le traitement de choix. En cas d'échec, il conviendrait d'intervenir par action directe sur les veines œsophagiennes.

HILLEMAND.

L. LEGER: **Hémorragies digestives d'origine pancréatique — Documents spléno-portographiques et spléno-manométriques.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 199 (juillet-août) 1959.

Spléno-manométrie et spléno-portographie ont permis de mettre en évidence le retentissement splénique des affections pancréatiques, isolant les hypertensions portales segmentaires qui peuvent être tenues pour responsables de nombreux cas d'hémorragies digestives au cours des affections du pancréas, qu'il s'agisse de pancréatites aiguës, de kystes du pancréas, de pancréatites chroniques, lithiasiques ou non, d'affections néoplasiques du pancréas.

La mise en évidence de pareils retentissements présente un intérêt thérapeutique certain car elle indique souvent la nécessité d'une splénectomie associée à la pancréatectomie gauche que celle-ci soit suivie ou non de pancréato-jéjunostomie.

HILLEMAND.

André PARAF et J. CHALUT: **Les hémorragies digestives chez les splénectomisés. L'exploration non opératoire du système porte chez les splénectomisés. La portographie rétrograde transcutanée transhépatique.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 207 (juillet-août) 1959.

Les auteurs rapportent 6 cas d'hémorragies digestives survenues un temps variable, 2 à 11 ans, après la splénectomie.

Chez les splénectomisés, aucun procédé non-opératoire d'exploration du système porte ne renseigne sur l'état de la morphologie spléno-portale.

Les auteurs montrent l'intérêt de l'hépatoportographie rétrograde transcutanée: dans deux cas, par l'intermédiaire de véritables lacs sanguins développés aux dépens des veines cystiques et des veines portes accessoires, on a pu opacifier le système des veines collatérales satellite du tronc spléno-portal thrombosé.

En cas d'échec de l'hépatoportographie, il faut d'abord faire une portographie per-opératoire. Si une anastomose porto-cave est impossible, la ligature des veines gastriques et œsophagiennes nous semble actuellement avec M. Servelle, l'opération la plus recommandable: chez deux de nos malades, il n'y a pas eu de récidives d'hémorragie 6 mois et 1 an après les ligatures veineuses.

HILLEMAND.

Lucien LEGER: **Chirurgie directe des varices gastro-œsophagiennes.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 227 (juillet-août) 1959.

L'abord chirurgical direct des varices œsophagiennes apparaît justifié, puisque c'est très souvent la rupture de l'ulcération de pareilles varices qui doit être tenue pour

responsable des hémorragies graves survenant chez les cirrhotiques.

Mais la notion de varices œsophagiennes doit être élargie, car une fois sur quatre environ, les varices responsables du saignement siègent au niveau de la grosse tubérosité gastrique, d'où la nécessité pour le chirurgien, quand il ne trouve pas la varice responsable en cours d'œsophagotomie de poursuivre son exploration pour aborder la grosse tubérosité et de pratiquer l'hémostase de la varice responsable du saignement.

L'interruption de ces varices œsophagiennes paraît n'avoir aucun retentissement fâcheux sur le syndrome d'hypertension portale responsable. Ainsi doit être mis en doute le soi-disant rôle vicariant de ces varices œsophagiennes.

Après la tentative d'hémostase immédiate que réalise le tamponnement par la sonde à double ballonnet, le chirurgien ne doit pas perdre son temps et aborder aussi rapidement que possible les varices œsophagiennes par voie thoracique ou abdominale, afin d'en réaliser l'hémostase. Mais celle-ci n'est souvent que temporaire et ne constitue que le premier temps avant une intervention de dérivation du type anastomose porto-cave qui constitue le seul vrai traitement étiologique de ces lésions variqueuses.

HILLEMAND.

M. CHAMPEAU et P. PINEAU: **Hémorragies digestives au cours des affections biliaires.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 289 (juillet-août) 1959.

Les auteurs étudient successivement les hémorragies digestives d'origine biliaire, qu'elles soient non traumatiques, traumatiques, ou consécutives à une intervention chirurgicale.

Ils insistent plus particulièrement sur les problèmes que pose l'hémobilie traumatique.

Puis ils envisagent les hémorragies digestives d'origine biliaire, apparaissant dans les suites opératoires. Dans ce chapitre, ils discutent de l'aspect médical du problème de la préparation des malades, des différentes étiologies et du problème délicat des associations morbides. Enfin, ils essayent de dégager une attitude thérapeutique adaptée à chaque cas particulier où le cas échéant la réintervention ne doit pas être exclue.

HILLEMAND.

R. CATTAN, P. FRUMUSAN et M. BUCAILLE: **Hémorragies digestives et système nerveux.** "Arch. Mal. App. Digestif", 48: 309 (juillet-août) 1959.

Les auteurs rappellent tout d'abord brièvement les faits cliniques d'hémorragies digestives coïncidant avec des lésions macroscopiques de l'axe cérébro-spinal.

Ils exposent ensuite les principaux faits expérimentaux rapportés dans la littérature et concernant des hémorragies ou des ulcérations aiguës du tube digestif réalisées par la destruction ou l'irritation de tel ou tel centre nerveux.

Vient ensuite le rappel des études de Speransky et surtout celles de Reilly et de son école sur le syndrome d'irritation.

L'exposé des expériences des auteurs en ce qui concerne l'arrêt de certaines hémorragies digestives à la suite de la section diathermique des fibres blanches qui unissent le cortex au thalamus et à l'hypothalamus, précède celui de l'explication physiologique que l'on peut en donner.

Les auteurs discutent enfin la place qu'il faut attribuer au système nerveux dans la pathogénie de certaines hémorragies des cirrhotiques.

HILLEMAND.

M. LEVRAT et R. LAMBERT: **Hémorragies digestives d'origine médicamenteuses.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 323 (juillet-août) 1959.

L'interrogatoire systématique des malades depuis quelques années a permis de mettre l'accent sur la responsabilité des produits médicamenteux dans le déclenchement d'hémorragies isolées ou ulcéreuses. Les médicaments habituellement responsables regroupent l'aspirine la phénylbutazone et les hormones cortico-surrénales. Les médicaments occasionnellement responsables sont très variables: réserpine, œstrogènes, antibiotiques et enfin médicaments divers cités à l'occasion de faits disparates. Nous avons recueilli en 5 années 59 cas d'hémorragies digestives. Il faut distinguer trois types cliniques: les hémorragies occultes dépitées par les réactions systématiques, les hémorragies ulcéreuses accompagnées de la preuve radiologique de l'ulcère et les hémorragies isolées posant le problème de l'intolérance médicamenteuse; de l'ulcère aigu et de ses rapports avec la maladie ulcéreuse? Les hémorragies ont une évolution habituellement bénigne et surviennent le plus souvent sur un terrain prédisposé: nous avons retenu des éléments en faveur du terrain ulcéreux personnel ou familial chez 75% de nos malades. La pathogénie permet de distinguer les hémorragies déclenchées par une réaction d'intolérance locale de la muqueuse au contact du produit et les hémorragies déclenchées par un processus général.

HILLEMAND.

OPHTALMOLOGIE

E. RESLOB: **Maladies qui se meurent.** "Annales d'occulistique", 194: 31 (janvier) 1961.

L'auteur souligne l'évolution de la fréquence des maladies oculaires courantes. Il note toutefois que certaines de celles-ci résistent à l'évolution du temps et il cite conjonctivites, cataractes, tumeurs de la choroïde, chalazions, ptérygions.

Parmi les maladies en voie de disparition, il note l'ophtalmie scrofuleuse ou phlycténulaire, la kératite parenchymateuse, la conjonctivite à diplobacille de Morax, la conjonctivite gonococcique des nouveaux-nés, la conjonctivite printanière, l'iritis et la choroïdite syphilitique.

L'auteur précise que dans son pays, le glaucôme aigu est devenu moins fréquent que le glaucôme chronique probablement parce que les moyens de dépister ce dernier sont plus efficaces.

Claude MONFETTE.

L. F. WATTS et C. J. J. MARTIN: **La stabilité de l'alpha-kymo-trypsine.** (*Stability of Alpha-Kymo-Trypsine.*) "Arch. of Ophthalmology", 15: 24 (janv.) 1961.

A la suite des premiers rapports de Barraquer & Jenkins sur l'emploi de l'Alpha-Kymo-Trypsine dans la chirurgie de la cataracte, les ophtalmologistes ont montré un intérêt considérable dans l'utilité de cette drogue.

Cette communication donne en détail les résultats qui indiquent par des essais biochimiques et l'expérience clinique qu'une préparation d'Alpha-Kymo-Trypsine (Zolyse

Cie Alcon) peut-être employé à plus d'une reprise après dilution comme adjuvant chimique à la chirurgie de la cataracte.

Cette enzyme a été mise en solution à 1/5000. Lors de ces expériences, on a employé deux échantillons distincts de ce produit, l'un pour fin de stabilité à 25°C et l'autre à 2°C.

Par des épreuves spectro-photo-électriques, les auteurs concluent que la zolyse diluée à 1/5000 est cliniquement utilisable pour une durée de 21 jours si la mise en storage est à 2°C. Toutefois, si le storage est à 25°C, elle n'est utilisable que pour quatre jours.

Claude MONFETTE.

BACTERIOLOGIE

G. MOUSTARDIER, Ch. Dulong de ROSNAY, P. du PASQUIER et J. LATRILLE: **Un milieu simple pour l'isolement des Streptocoques.** "Ann. de l'Institut Pasteur", 99: 444 (sept.) 1960.

A l'occasion de recherches sur la kanamycine, les auteurs ont remarqué la résistance régulière de toutes les souches de Streptocoques à cet antibiotique et la netteté des caractères de l'hémolyse sur les milieux au sang kanamyciné. Ils ont pensé pouvoir appliquer ces données à la préparation d'un milieu sélectif pour les streptocoques. La concentration de 25 mg de kanamycine par millilitre de milieu est suffisante pour inhiber la pousse de la majorité des germes saprophytes et par ailleurs la mycostatine à la concentration de 2 mg par millilitre inhibe la croissance des éléments fongiques.

Ce milieu n'est pas inhibiteur pour les streptocoques et se montre très sélectif: c'est ainsi qu'à partir de cinquante produits pathologiques polymicrobiens (crachats, prélèvements de gorge) le streptocoque a été isolé à l'état pur dans tous les cas, en 2 heures et les caractères d'hémolyse se sont montrés particulièrement nets. Il en a été de même à partir de mélanges de germes effectués au laboratoire. Ce milieu paraît ainsi bien adapté à l'isolement des streptocoques, aussi bien en pratique hospitalière qu'au cours d'enquêtes épidémiologiques.

J. FONTAINE.

E. ARON, R. VARGUES et P. L. LECHEVALLIER: **La réaction au Latex. Application à l'étude de 1150 sérums.** "La Presse Médicale", 69: 54 (14 janv.) 1961.

Les auteurs exposent la technique et les résultats de la réaction de fixation au latex (réaction de Singer et Plotz) qu'ils ont effectuée sur 1150 sérums de sujets non sélectionnés qui pour l'exposé des résultats sont divisés en trois groupes: le premier groupe comprend les sujets atteints d'affections rhumatismales ou ostéoarticulaires; le second, ceux qui sont atteints d'affections n'intéressant pas la pathologie ostéoarticulaire, mais dont le sérum a donné lieu à des tests au latex positifs; le 3e groupe comprend l'ensemble des autres malades présentant une réaction négative.

Cette étude ne comprend que 21 cas de polyarthrite chronique rhumatismale: les résultats du test au latex indiquent la présence du facteur rhumatismal dans 81% de ces cas, les taux de positivité étant élevés, supérieurs au 1/40 et atteignant huit fois 1/320. Chez quatre malades présentant un tableau typique de P.C.E., le test est de-

meuré négatif. Le taux de 80% de positivité s'accorde avec les résultats d'autres statistiques plus étendues.

Dans toutes les affections ostéoarticulaires et rhumatismales autres que la P.C.E. trois sérums ont été trouvés latex positifs sur vingt-huit étudiés. Il s'agissait d'un cas de goutte et de deux cas d'arthrose.

La réaction s'est aussi révélée positive chez des malades présentant des dysprotéïnémies (54%) des hépatites virales (34%) des cirrhoses (32%). Les auteurs ont été également frappés par la fréquence avec laquelle ils ont décelé des tests positifs chez des sujets âgés (chez 17.5% des sujets âgés de plus de 70 ans).

Ainsi, il apparaît bien que le test au latex est beaucoup plus souvent positif chez des malades atteints de P.C.E. que chez les autres individus, mais il semble aussi que parmi ces autres un pourcentage non négligeable de cirrhotiques, d'ictériques, de dysprotéïnémiques et de vieillards ont un sérum qui agglutine, parfois à des taux de dilution élevés, les particules de latex sensibilisées par la fraction II.

J. FONTAINE.

ANESTHESIE

Leonard Cecil JENKINS et Horace B. GRAVES: **Une évaluation du traitement actuel de l'empoisonnement par les barbituriques.** (*An Appraisal of the Present Treatment of Barbiturate Poisoning.*) "The Canad. Anaesthetists Soc. J.", 5: 41 (janv.) 1958.

La fréquence fortement croissante des empoisonnements aux barbituriques pose un problème thérapeutique dont la documentation est abondante d'après les statistiques faites en Grande-Bretagne, dans les pays scandinaves et aux Etats-Unis. Aujourd'hui, ces médicaments sont devenus la principale cause de l'intoxication médicamenteuse aiguë dans le monde.

Cette expansion universelle des empoisonnements aigus par les barbituriques est devenue un stimulant pour essayer d'améliorer les traitements à prescrire.

Pour instituer une thérapeutique intelligente, il est essentiel de connaître au préalable la physiopathologie de l'empoisonnement aigu aux barbituriques. Le tableau clinique initial de la gravité de l'intoxication, de son aggravation et de la réponse du malade à la thérapeutique sont des facteurs importants pour aider à faire le choix des traitements ultérieurs dans l'empoisonnement aigu par les barbituriques.

Les objectifs de cette thérapeutique sont:

1) Prévenir, autant que possible, une absorption plus considérable du médicament par l'intestin. 2) maintenir les échanges respiratoires et la tension artérielle. 3) Corriger la dépression. 4) Prévenir les complications.

Il existe une tendance générale à donner trop de médicaments au malade empoisonné par des dépresseurs centraux. Dans les cas d'intoxication légère et modérée, il peut y avoir peu à faire à part les mesures stimulantes. Le malade pourra peut-être en sortir mieux si on le laisse revenir seul sans administrer d'analeptiques puissants que si l'on institue un traitement bien intentionné mais susceptible de le rendre malade.

Tous sont d'accord sur les bienfaits et l'utilité de la thérapeutique de support, soit: une oxygénation adéquate et des échanges respiratoires convenables (intubation

endotrachéale si les réflexes pharyngés et laryngés sont absents) la vidange de l'arbre pharyngobronchique, l'emploi de vasopresseurs pour corriger l'hypotension et des antibiotiques à puissance étendue.

Aujourd'hui, la controverse réside dans l'emploi des analeptiques centraux dont la picrotoxine et le metrazol sont les plus fréquemment employés soit ensemble, soit séparément. On ne les emploie pas sans danger. Ils ne sont pas toujours efficaces dans l'empoisonnement avec les barbituriques.

Tous sont d'accord pour affirmer que le succinate de sodium n'est pas utile dans ces cas.

On a préconisé, récemment, une électrostimulation non convulsivante mais il n'est pas confirmé que, chez l'humain, elle serait utile dans l'intoxication aiguë par les barbituriques.

Les deux principales acquisitions récentes dans le traitement de ces intoxications aiguës sont:

1) l'emploi du megimide (B-B methyl ethyl glutarimide) et du D.A.P.T. (2-4-diamino-5-phenylthiazole) comme antidotes chimiques. Au début, on croyait qu'ils avaient un réel pouvoir chimique antagoniste aux barbituriques en se basant sur leur similarité de structure. Toutefois, maintenant, il semble bien qu'ils sont des analeptiques centraux mais possédant une haute spécificité pour les barbituriques. De toute façon, ils ne constituent pas le traitement idéal puisque leur surdosage devient toxique.

2) L'hémodialyse qui semble un abord très rationnel de l'intoxication aiguë par les barbituriques, a donné des résultats cliniques très encourageants dans ces cas. Malheureusement, telle qu'elle se pratique aujourd'hui, elle requiert une technique complexe.

Léon LONGTIN.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 21 février 1961

tenue à l'Hôtel-Dieu,

Présidence du docteur Gérard Morin

Les cholécystoses et leur importance clinique.

M. Albert JUTRAS

Les histopathologistes continuent d'appliquer le terme de « cholécyste chronique » pour un grand nombre d'affections de la vésicule biliaire, lesquelles résultent plutôt d'une prolifération excessive de tissu sain. Ces cholécystopathies chroniques secondaires à des réactions d'hyperplasie, présentent plutôt un caractère dégénératif, au lieu d'inflammatoire; c'est pourquoi le terme de « cholécystoses hyperplasiques » convient beaucoup mieux, parce qu'il sert à mettre en relief, à la fois le caractère hyperplasique et dégénératif, et que, très souvent, ces modifications se rencontrent simultanément dans la même vésicule biliaire, sans doute parce que ces deux affections possèdent la même étiologie, — d'où l'importance clinique de bien différencier ces différents types de cholécystopathies, car d'un diagnostic précis découlera souvent un traitement adéquat.

La cholestérolose, l'adénomymatose et la neuromatose représentent trois formes de « cholécystoses hyperplasiques » qui sont d'un grand intérêt, à la fois pour le radiologiste, l'interniste et le chirurgien. Ces conditions peuvent être diagnostiquées facilement grâce aux cholécystographies sélectives. Cependant, à cause du fait que ces trois conditions sont souvent associées, il est de première importance de bien saisir l'influence de chacune dans les phénomènes radiologiques observés.

La cholestérolose se caractérise par des dépôts d'ester de cholestérol, formant des taches jaunâtres (vésicule fraise), des polypes ou des pseudo-papillomes, qui sont solitaires ou multiples.

L'adénomyomatose, encore appelée « cholécystite glandulaire proliférante », consiste en une prolifération de l'épithélium de surface, avec des formations de forme glandulaire s'étendant à la muqueuse et, parfois, à la couche musculaire (diverticules intramuraux).

La neuromatose indique la prolifération du système nerveux autonome.

L'association de ces trois conditions dans la vésicule favorise la concentration et l'expulsion rapide

de la substance de contraste et, ceci, sous une pression exagérée.

L'hyperplasie de la muqueuse est responsable de l'hyperconcentration.

La prolifération du tissu nerveux cause l'hyperstimulation et, alors, l'hypertrophie musculaire cause l'évacuation rapide.

Au point de vue clinique, cette hyperfonction de la vésicule peut causer des douleurs intenses et de longue durée, des coliques intermittentes, des vomissements, de la dyspepsie, ainsi que des troubles psychosomatiques.

Chaque forme de « cholécystose » peut être isolée ou associée; elle peut être accompagnée d'une lithiase et la congestion de la muqueuse peut être présente ou absente.

A l'aide de plusieurs diapositives, le docteur Jutras illustra de façon nette et précise les images radiologiques rencontrées dans la cholécystose hyperplasique. Il mentionna, en outre, l'effet antispasmodique de la nitroglycérine sur les voies biliaires. En effet, plusieurs spasmes des voies biliaires, causés par l'injection rapide de la substance de contraste, ont cédé sous l'effet de la nitroglycérine sublinguale. De plus, l'association Atropine et Phénergan ont réussi à donner un soulagement marqué, si le spasme des voies biliaires semble vouloir récidiver.

Le docteur Louis-Philippe Bélisle remercia le conférencier et le félicita sur l'excellence des travaux présentés.

Après la séance, un excellent goûter fut offert par les autorités de l'Hôtel-Dieu.

Séance du 14 mars 1961

tenue à l'hôpital Jean-Talon,

Présidence du docteur Gérard Morin

Considérations sur cent cas de stérilité conjugale involontaire.

M. Samuel LETENDRE

Environ 40% des cas de stérilité sont secondaires à un trouble des trompes. En effet, il existe une physiologie propre de la trompe et, en présence d'une lésion de cette dernière, la contractilité peut être diminuée ou abolie. Le meilleur moyen pour mettre une telle pathologie en évidence consiste à faire une insufflation des trompes. Cette méthode

d'examen, en plus de renseigner sur la fonction, possède un effet thérapeutique. A l'aide de plusieurs diapositives, le docteur Letendre explique les courbes normales, ainsi que les courbes de sténoses des trompes, rencontrés au cours de l'insufflation tubaire.

Parmi les autres causes de stérilité, les anomalies du sperme sont responsables dans 35% des cas. Il peut s'agir d'une concentration anormale ou d'une mobilité réduite des spermatozoïdes; c'est ce dernier facteur qui est le plus important.

La biopsie de l'endomètre, faite avant les menstruations, peut parfois fournir des renseignements utiles, surtout s'il s'agit de tuberculose génitale. Parmi les moyens thérapeutiques, la physiothérapie, en particulier la diathermie, donne parfois d'excellents résultats. De plus, la conisation du col peut parfois permettre la grossesse.

Dans tous les cas de cervicite, il faut être très prudent quand on cautérise le col, afin de prévenir les sténoses orificielles du col. Contrairement à ce que l'on peut croire, le trichomonas joue un rôle peu important dans les cas de stérilité. Plusieurs cas de stérilité sont d'origine psychiques et souvent un simple examen gynécologique peut les faire disparaître.

Le problème de la stérilité demeure donc un problème assez complexe et très souvent il s'agit de plusieurs facteurs chez les deux conjoints, au lieu d'un seul facteur chez un seul conjoint.

Le docteur Letendre préconise une collaboration plus honnête et plus intime entre la praticien et le gynécologue.

Hyperparathyroïdite — investigation clinico-pathologique.

MM. March HAMELIN et M.-C. PAQUETTE

Le docteur Hamelin présente le cas d'une femme de 46 ans qui accusait des douleurs osseuses à l'humérus, ainsi qu'une certaine voussure à cette région, ainsi qu'aux omoplates, au thorax et au tibia. Elle présentait, en outre, de l'asthénie, des nausées, ainsi que de la surdité. De plus, un calcul rénal a été découvert chez cette patiente.

Ceci incita le clinicien à pousser les investigations, afin d'éliminer l'hyperparathyroïdite, d'autant plus qu'un petit nodule était palpable à la région du cou. Les examens de laboratoire montrèrent une augmentation de calcium à 11.6, ainsi qu'une baisse de phosphate à 2.6. Les phosphatases alcalines étaient à 11.5.

La patiente fut donc opérée et un adénome de type transitionnel fut enlevé. Les suites opératoi-

res furent sans particularité et, dans les jours qui suivirent, les douleurs osseuses disparurent. Les examens de laboratoire de contrôle montrèrent une baisse du calcium à 9, ainsi qu'une élévation des phosphates à 3.1. Les phosphatases alcalines restèrent inchangées. Les radiographies de contrôle ne montraient pas de changement et montraient toujours des altérations compatibles avec, soit une maladie de Paget ou une dysplasie fibreuse.

La malade quittait l'hôpital quelques semaines plus tard, en voie de guérison.

Le praticien devant la tachycardie paroxystique.

M. J.-L. BORDUAS

Depuis la découverte de cette maladie, par Bouveret, en 1889, cette entité demeure souvent un problème déconcertant pour le clinicien. Les gens les plus souvent atteints sont les adultes, entre 20 et 45 ans. Cette maladie est habituellement d'apparition soudaine et dans des circonstances qui sont parfois bizarres.

Parmi les facteurs qui peuvent provoquer cette maladie, il y a ceux qui sont intra-cardiaques, en particulier le rhumatisme articulaire aigu, le syndrome de Wolfe-Parkinson-White et les troubles coronariens. Parmi les facteurs extra-cardiaques, il y a l'hyperthyroïdie, ainsi que l'anaphylaxie.

Dans tous les cas de tachycardie paroxystique, le questionnaire est très important et permettra de déterminer la nature et la gravité de l'affection. L'apparition de cette maladie chez le nourrisson, ainsi que chez le coronarien, comporte un pronostic toujours grave.

Au chapitre du traitement, il est bon de tenir compte de l'aspect psychologique du problème, en expliquant au patient le mécanisme de la maladie, le rassurant sur la bénignité habituelle de cette condition; ceci sera souvent plus efficace que tous les médicaments.

La stimulation vagale doit toujours être tentée, mais elle est habituellement peu effective. Si la maladie est accompagnée d'une chute de tension, il est préférable d'employer d'abord une substance vaso-pressive. Habituellement, 3 mg d'Aramine i.m. donnent d'excellents résultats. De plus, l'emploi de l'Atarax, en injection i.m., à la dose de 50 mg peut parfois faire disparaître la condition. Si les deux moyens ci-haut mentionnés échouent, il est indiqué de recourir à la digitale.

Après le traitement de la crise, il est toujours indiqué de faire chez ces patients, un bilan cardiaque complet.

La séance terminée, un excellent goûter fut servi gracieusement par les autorités de l'hôpital Jean-Talon.

♦♦♦♦♦
Séance du 28 mars 1961

tenue à l'hôpital Maisonneuve,

Présidence du docteur Gérard Morin

**Réactions psychopathologiques — gravidiques
et post-gravidiques.**

M. Fernand CÔTÉ

La grossesse est habituellement une expérience heureuse pour la future mère; encore, faut-il, qu'elle soit bien adaptée à sa condition de femme et qu'elle possède une grande maturité. La grossesse permet, parfois, à certains conflits de se révéler.

Parmi les accidents gravidiques, c'est l'anxiété qui tient la première place. Dans les premiers mois, il peut se produire une véritable névrose d'angoisse: parfois, il s'agit de phobie ou, encore, de réactions hystériques. C'est ici l'attitude de la femme-enfant, gênée par la maternité. Les vomissements gravidiques, surtout s'ils persistent après le troisième mois, sont souvent une manifestation hystérique. Dans certains cas, la femme enceinte présentera plutôt des manifestations psychosomatiques, telles que dyspepsie, spasmes coliques, prurit, asthme ou allergie.

C'est la psychose post-partum, parmi les accidents puerpéraux, qui est la plus redoutable, bien qu'elle ne se produise que dans 5% des cas. Il s'agit, le plus souvent, d'une confusion initiale à caractère polymorphe et évoluant rapidement vers la mélancolie.

La date d'apparition des accidents psychotiques est la suivante: a) 17% durant la grossesse; b) 60% durant la période puerpérale; c) 10% durant la période de lactation; d) 13% après la grossesse. De plus, 50% des manifestations psychotiques sont des cas de schizophrénie; dans 27% des cas, il s'agit de réactions psychonévrotiques sérieuses, et dans les autres 30%, il s'agit de troubles maniaques.

Les troubles névrotiques répondent généralement assez bien à la psychothérapie superficielle et aux sédatifs. Dans les cas de psychose, il faut recourir à la sismothérapie ou à la cure de sommeil. Le pronostic immédiat de ces accidents gravidiques est habituellement satisfaisant; cependant, il faut être prudent pour le pronostic éloigné de ces affections. L'attitude du médecin est très importante. Il devra montrer beaucoup de tact, de prudence et une grande compréhension humaine.

Papillomatose urémigène.

M. Florent THIBERT

La symptomatologie de la papillomatose consiste en: 1) des sécrétions visqueuses provoquant des évacuations fréquentes et explosives; 2) des hémorragies, le plus souvent discrètes; 3) des troubles de la défécation; il s'agit de diarrhée alternant avec de la constipation; 4) expulsion de débris de tumeur; 5) atteinte de l'état général.

Le docteur Thibert cite l'observation d'un homme de 53 ans qui, en plus de présenter les symptômes ci-haut mentionnés, avait en outre une azotémie très élevée avec une hypopotassémie. Le diagnostic fut porté grâce à la protoscopie et le patient fût opéré. Il s'agissait d'une tumeur villeuse du rectum sans caractère néoplasique.

Thrombose mésentérique.

M. Yves MARTINEAU

Le diagnostic précoce de cette affection est de toute première importance. En effet, l'évolution clinique peut se faire à bas bruit et il peut s'écouler plusieurs jours avant qu'une condition aussi grave soit suspectée.

Les manifestations cliniques habituelles sont de fortes douleurs abdominales, accompagnées de vomissements et de diarrhées. Le ballonnement abdominal est souvent présent. S'il s'agit d'une oblitération artérielle, l'évolution est plus aiguë que s'il s'agit d'une obstruction veineuse. Parmi les causes les plus fréquentes de l'oblitération artérielle, il y a la fibrillation auriculaire, l'endocardite bactérienne, l'artériosclérose, la chirurgie abdominale.

Malgré un pronostic ordinairement très sombre, cette affection peut être enrayée par l'intervention chirurgicale qui consiste à enlever le segment intestinal dévitalisé. Parmi les seize cas rapportés par le docteur Martineau, il y eut survie chez quatre cas et mortalité dans douze cas.

La thrombose mésentérique est donc une condition grave qui comporte un pronostic réservé, à cause de la gravité des lésions pouvant provoquer cette condition.

L'hyperplaquettose.

MM. Jean MATHIEU et Michel LACOMBE

Les plaquettes sanguines agissent sur la formation et sur la rétraction du caillot. Les maladies touchant la qualité des plaquettes sont les « thrombopathies », et les maladies touchant la quantité sont, ou les « thrombocytopénies ou les thrombocytémies ».

Le docteur Mathieu cite l'observation d'un homme de 65 ans, admis à l'hôpital pour hémorragie gastrique. Un ulcus peptique est trouvé et le patient subit une gastrectomie sub-totale; cependant, dix jours après l'opération, le patient présente une nouvelle hémorragie gastrique. Une étude plus poussée du sang montra une hyperplaquettose à 880,000, ainsi qu'une rétraction incomplète du caillot après 24 heures.

Le patient fut traité par le phosphore radioactif et les plaquettes se sont maintenues à 500,000 depuis. Le docteur Lacombe explique, par la suite, que dans les thrombocytoses, il y a une élévation modérée et temporaire du taux des plaquettes, comme on le rencontre après la spénectomie et les traumatismes.

Dans les thrombocytémies, il y a une augmentation notable et permanente du taux des plaquettes, accompagnée d'une augmentation des mégakariocytes dans la moëlle.

Le symptôme prédominant de cette affection est l'hémorragie. On peut aussi rencontrer des accidents thrombotiques, une spénomégalie et une hépatomégalie, avec parfois des douleurs osseuses. Le laboratoire montre habituellement une élévation des plaquettes au-dessus de 500,000, une agglutination des plaquettes ainsi qu'une érythémie. Le traitement de choix de cette condition est le phosphore radioactif.

Collections sous-durales du nourrisson.

MM. Bernard MELOCHE et A. SANSREGRET

Dans l'hémétome sous-durale, il y a formation de néo-membrane, tandis que dans l'hygroma, il n'y a pas de néo membrane; cependant, la symptomatologie de cette affection reste habituellement assez vague. Ce sont surtout les signes d'hypertension intracrânienne qui prédominent. Pour établir le diagnostic, il faut faire la ponction sous-durale d'abord; s'il y a présence de membranes, on doit les

enlever avant l'âge de 18 mois pour prévenir la paralysie cérébrale.

Le docteur Sansregret analysa les résultats d'études pneumo-encéphalographiques chez 29 cas de collection sous-durale. Vingt-six cas présentaient une dilatation ventriculaire avec atteinte des espaces sous-arachnoïdiens.

En résumé, s'il existe une dilatation ventriculaire avec déplacement du septum, avec, en plus, un niveau aérique et une dilatation élective d'une corne temporale, on peut conclure à la présence d'une collection sous-durale.

Hypothermie profonde et chirurgie intra-cardiaque avec coeur-poumon artificiel.

MM. J.-L. LAMY et Gilles LEPAGE

Dans la réparation de certaines anomalies cardiaques congénitales, l'appareil cœur-poumon artificiel suffit la plupart du temps; cependant, pour certaines anomalies particulières, il est parfois nécessaire d'avoir aussi recours à l'hypothermie qui a, pour avantage, de diminuer les besoins circulatoires des centres vitaux et ainsi permettre une intervention plus longue.

L'hypothermie périphérique permet de refroidir le patient à 30 degrés C., mais ceci laisse un court laps de temps au chirurgien, soit environ dix minutes.

Toutefois, dans l'hypothermie profonde, en utilisant de la glace à la surface péri-cardique, on peut obtenir des températures aussi basses que 7 degrés C. — Ceci a permis au docteur Lamy de prolonger de beaucoup le temps opératoire chez cinq cas opérés avec cette technique et de donner une correction plus adéquate des anomalies congénitales du cœur.

La séance se termina à 11.10 heures p.m. et un excellent goûter fût ensuite servi par les autorités de l'hôpital Maisonneuve.

Le Secrétaire des séances.
Gilles LEDUC

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR A.-R. BELLEMARE

Le docteur A.-R. Bellemare des Trois-Rivières est décédé le 17 février 1961.

Le docteur Bellemare avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec, où il avait obtenu son doctorat en 1927.

LE DOCTEUR LOUIS-GEORGES BERGERON

Le docteur Louis-Georges Bergeron est décédé à St-Joseph d'Alma. Il avait obtenu son doctorat en médecine en 1948 de l'Université Laval de Québec.

LE DOCTEUR GEORGES DE BLOIS

Le 8 avril 1961, le docteur Georges de Blois est décédé aux Trois-Rivières.

Le docteur Georges de Blois avait fait ses études classiques aux Trois-Rivières et sa médecine à l'Université de Montréal.

Il obtint son doctorat en 1933 et il a toujours

exercé sa profession aux Trois-Rivières, y continuant une tradition familiale.

LE DOCTEUR ALPHONSE-DELPHIS TESSIER

A Montréal, le 10 avril 1961 est décédé à l'âge de 75 ans le docteur Alphonse-Delphis Tessier.

Le docteur Tessier avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Montréal et il les termina en 1911.

Le docteur Tessier a exercé sa profession à Montréal.

LE DOCTEUR JOSEPH-ALBERT TOUSIGNANT

Le docteur Joseph-Albert Tousignant est décédé à Québec le 14 avril 1961 à l'âge de 73 ans. Diplômé en médecine de l'Université Laval de Québec en 1915, le docteur Tousignant, qui s'était spécialisé dans le traitement des maladies de la tête, avait cessé toute pratique médicale depuis quelque temps.

NOUVELLES

LE COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS HONORE LE DOCTEUR ALPHONSE COUTURIER

Lors de son 26e Congrès annuel tenu à Chicago du 14 au 18 mai 1961, le Collège International des Chirurgiens a décerné quelques « fellowships » honoris causa à des personnalités du monde médical, dont le docteur Alphonse Couturier, ministre de la Santé de la province de Québec.

La remise du parchemin attestant cette nomination honorifique du docteur Alphonse Couturier a eu lieu au Civic Opera House à l'occasion de la séance solennelle dite de convocation, le jeudi 18 mai 1961. Le docteur Lyon H. Appleby de Vancouver, C.B., a fait valoir à l'auditoire de congressistes les titres du docteur Alphonse Couturier.

LE DOCTEUR JEAN-PAUL LEGAULT ÉLU PRÉSIDENT DE LA SECTION CANADIENNE DU COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS

Lors de l'assemblée générale annuelle du Collège International des Chirurgiens tenue à Chicago, la section canadienne s'est réunie le 16 mai 1961 pour le choix de ses officiers.

Le docteur Jean-Paul Legault, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, secrétaire de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec a été élu président de la section.

Le docteur E. N. C. McAmmond de Vancouver a été choisi comme secrétaire. Le docteur Jean-Paul Legault est également membre du bureau des gouverneurs du Collège International des Chirurgiens.

LE DOCTEUR JEAN-LÉON DESROCHERS, NOUVEAU PRÉSIDENT

La *Montreal Neurological Society* vient de faire le choix de ses officiers pour le terme courant.

La présidence de la Société a été confiée au docteur Jean-Léon Desrochers, neurologue de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Sainte-Justine.

LE DOCTEUR Z. S. LEVICKI, DE MONTRÉAL, RAPPORTEUR AU CONGRÈS DE CHICAGO DU COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS

Parmi les nombreux rapporteurs au 26e Congrès annuel du Collège International des Chirurgiens tenu à Chicago du 14 au 18 mai 1961 on remarque le nom du docteur Zbigniew S. Lewicki, résident chef de la section d'urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le docteur Z. S. Lewicki, ancien président de la Société Médicale de Pologne, a présenté un travail qui lui a valu une mention et qui s'intitulait: « *Prevention of hemorrhage*

prior to transvesical or retropubic enucleation of prostatic adenoma: a new approach ».

♦♦♦

**LE DOCTEUR JULES HARDY, BOURSIER DE LA
FONDATION Mc LAUGHLIN**

Le docteur Jules Hardy, qui termine présentement son entraînement de spécialisation en Neurochirurgie, a mérité la bourse d'études post-graduées (*Travelling fellowship*) octroyée par la Fondation McLaughlin, de Toronto. Il ira poursuivre une année d'études complémentaires dans les grands centres neurochirurgicaux en Europe.

♦♦♦

**ASSEMBLÉE ANNUELLE DU COMITÉ PROVINCIAL DE
DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE, TENUE À L'HÔPITAL
LAVAL, SAMEDI LE 29 AVRIL, 1961**

Le docteur H. Gauthier, Président de cette Association, déplore que 445 personnes soient décédées de tuberculose en 1960 dans la province de Québec, soit plus de la moitié des décès dûs à cette maladie dans tout le Canada.

Tout en soulignant les progrès substantiels dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose, le but ultime à atteindre est la prévention de cette infection et aucune solution miraculeuse n'a été découverte à date.

Il faut encore, aujourd'hui, isoler les contagieux, les traiter adéquatement et faire l'éducation des gens en contact avec les tuberculeux si l'on veut assurer le contrôle de cette maladie.

Le docteur Gauthier a proposé pour l'année 1961-1962 le slogan suivant: « AIDEZ-NOUS À PRÉVENIR; AIDEZ-VOUS À GUÉRIR ». Ceci s'applique non seulement à la tuberculose mais également à toutes les autres maladies pulmonaires.

Le docteur Gauthier insiste sur le fait que le public s'est un peu trop rapidement fait à l'idée que grâce aux nouveaux médicaments, le danger de tuberculose avait pratiquement disparu; trop de malades guérissables deviennent chroniques ou font des rechutes à cause de thérapeutique mal dirigée ou utilisée sur une période de temps trop brève.

En résumé, dit le docteur Gauthier, l'objectif de la lutte antituberculeuse doit être la disparition complète de la tuberculose et tous les moyens à notre disposition doivent être utilisés à leur maximum.

A l'occasion de cette réunion, les membres ont accepté avec plaisir l'affiliation de l'Association de la Croix de Lorraine qui s'occupe du bien-être des tuberculeux guéris et qui groupe plus de 10,000 membres dans la province.

Le Comité de Résolutions de cette Association recommande fortement qu'un fichier central provincial des tuberculeux soit mis en opération le plus tôt possible.

Une résolution demande que tous les nouveaux patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux bénéficient d'une radiographie pulmonaire et qu'enfin une campagne du Timbre de Noël uniforme dans toute la Province soit confiée à cette Association.

La Campagne du Timbre de Noël de 1960 a rapporté \$200,216.46, soit 1% de moins que l'an dernier.

♦♦♦

Officiers et Directeurs élus pour l'année 1961-62

Docteur Roland Guy, Montréal, président; M. Paul Desrochers, Québec, vice-président; Docteur Fernand Grégoire, Montréal, vice-président; Docteur Philippe Landry, Mont-

réal, secrétaire-trésorier; Docteur A. L'Espérance, Québec, président de la Section Médicale.

M. Jean Ayotte, Trois-Rivières; Docteur Guy Cardinal, Macamic; M. François LaRoche, Arvida; Docteur Camille Lessard, Québec; M. François Paradis, Montréal; Docteur Don Thurber, Baie Comeau; Docteur Ruben Laurier, vice-président de la Section Médicale; Docteur Lionel Montminy, secrétaire de la Section Médicale; Docteur H. Burke, Montréal; Docteur Avelin Dalcourt, Louiseville; M. André Lesage, Notaire, Hull; Docteur André Mackay, Montréal; Docteur Emile Poisson, Sherbrooke.

♦♦♦

**CENTRE D'ENREGISTREMENT DES TUMEURS À
L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC**

Le ministre de la Santé du Québec vient de doter la province d'un système d'enregistrement qui va permettre de connaître le nombre des cancers reconnus chaque année et d'évaluer les résultats thérapeutiques. L'idée d'un centre provincial d'enregistrement vient du docteur A. J. Philipps, statisticien de la Société Canadienne du Cancer; elle a été fortement approuvée lors du congrès organisé à Montréal en novembre 1960 sous les auspices de l'Institut du Cancer du Canada, qui a réuni les délégués des 24 institutions de la province de Québec habilitées pour le traitement du Cancer. Le docteur Carlton Auger, président national de l'Institut du Cancer et professeur d'anatomie pathologique à l'Université Laval de Québec aura la haute direction du Centre d'Enregistrement des Tumeurs.

♦♦♦

NOMINATION DU DOCTEUR ROLAND DESMEULES

Le docteur Roland Desmeules professeur titulaire de clinique de la tuberculose et chargé du cours de phthisiologie à l'Université Laval vient d'être nommé par les autorités de la Province, conseiller médical spécial pour les services antituberculeux du Québec.

♦♦♦

**LE DOCTEUR MARC TARDIF, NOMMÉ ASSISTANT
DIRECTEUR ADMINISTRATEUR**

Le Conseil Canadien d'accréditation des hôpitaux fait part de la nomination du docteur Marc Tardif au poste d'assistant directeur administrateur.

Le docteur Marc Tardif, après l'obtention de son doctorat en médecine à Laval de Québec en 1949, a exercé la médecine pendant neuf ans à Granby. En septembre 1957, il a été nommé assistant directeur médical de l'hôpital Notre-Dame de Montréal; en mars 1959, il a été promu directeur des consultations externes de l'hôpital Notre-Dame.

En septembre 1960, sur recommandation de l'*American Hospital Association*, il a occupé le poste d'administrateur médical et d'interprète de l'*International Hospital Federation Study Town of the United States*.

♦♦♦

LE DOCTEUR JACQUES GENEST, CONFÉRENCIER INVITÉ

Le docteur Jacques Genest, directeur du Département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu a été invité à participer à une discussion-forum sur les causes et le mécanisme de l'hypertension artérielle au Congrès de l'Ame-

rican College of Physicians qui s'est tenu à Miami du 8 au 12 mai. Le docteur Jacques Genest a aussi présenté une communication en collaboration avec les docteurs Pierre Biron, W. Nowaczyenki, Erich Koiv, Roger Boucher et Michel Chrétien, sur les relations entre l'angiotensine, les surrénales et le sel.

Le docteur Genest et M. Roger Boucher ont participé à un symposium sur l'hypertension rénale expérimentale à Brook Lodge, Michigan. Le docteur Jacques Genest a également pris part au 2e Symposium Hahnemann sur l'hypertension qui s'est déroulé à Philadelphie du 4 au 8 mai 1961.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

En mars, un Comité Consultatif a été nommé par l'Université de Sherbrooke qui avait pour mission de préparer les voies à la création d'une Faculté de médecine. Ce comité était composé des docteurs Guy Bertrand, T. J. Quintin, Jacques Sylvestre, Jean-Pierre Tremblay, Gaston Masson, Clovis Dagneau et Gérard Ludger Larouche. Ce comité devient maintenant le Comité dit des fondateurs de la Faculté de Médecine. Le Conseil de l'Université de Sherbrooke a nommé les docteurs Gérard-Ludger Larouche, doyen de la nouvelle faculté, Clovis Dagneau, représentant de l'Hôtel-Dieu et Paul Chevalier, représentant de l'Hôpital St-Vincent-de-Paul.

LE DOCTEUR GAÉTAN JASMIN, ÉLU PRÉSIDENT
DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La Société de Biologie de Montréal a tenu récemment sa dernière réunion de l'année académique et a élu son conseil pour le prochain terme. Le docteur Gaétan Jasmin, du département d'anatomie pathologique de l'Université de Montréal, a été choisi comme président. Le docteur Georges Pearson, président sortant de charge, a été nommé aviseur.

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE LA
CANADIAN ANAESTHETIST'S SOCIETY

L'assemblée annuelle de la Canadian Anaesthetist's Society s'est tenu au Club Seigneurial de Montebello, les 15, 16, 17 et 18 mai 1961. Le programme scientifique était très élaboré; on remarquait parmi les rapporteurs, les docteurs Fernando Hudon, J.-P. Dechène et Maurice Trahan de Québec et le docteur Léon Longtin de Montréal.

JOURNÉE MÉDICALE À L'HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME

Une journée médicale à l'intention des praticiens de la région, a été organisée à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et elle a eu lieu le 20 mai 1961. Le programme scientifique était le suivant:

Diagnostic clinique des lésions mammaires. Dr Gaston Forget, F.R.C.S. (Chirurgie).

Anesthésie moderne et sciences de base Dr Paul Marcoux, (Anesthésie).

Thyroïde et métabolisme. Dr Charles Filteau, F.R.C.P. (C) (Médecine).

Les lombalgies et sciatalgies. Dr Paul Mailhot, F.R.C.S. (C) (Orthopédie).

Infections à streptocoques chez l'enfant. Dr Roger Blanchard, (Pédiatrie).

Ulcères d'estomac et du duodénum. Dr Jean-Paul Thibault, F.R.C.S.(C) (Chirurgie).

Dysménorrhée et traitement. Dr Marcel Laurence, (Gynécologie).

Les syncopes. Dr Marcel Barrette, (Cardiologie).

Les urgences abdominales. Dr Paul Marc St-Pierre, (Chirurgie).

Déclanchement du travail en obstétrique. Dr Jacques Champagne, (Obstétrique).

Traitement des brûlures thermiques. Dr Yves Prévost, F.R.C.S.(C) (Chirurgie plastique).

Rétention urinaire. Dr Jean Mercier, (Urologie).

Traitement d'urgence des traumatismes thoraciques. Dr Léo Richer LaFlèche, (Chirurgie thoracique).

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU
ST-VALLIER DE CHICOUTIMI

Lors de la séance annuelle du Bureau médical tenue le 20 décembre 1960, les membres du personnel médical ont choisi leurs officiers pour le terme 1961. Ce sont: les docteurs Emile Simard, président, Lucien Savard, premier vice-président, Maurice Tremblay, second vice-président, Robert Claveau, trésorier, Jean-Baptiste Gagnon, secrétaire et Vincent Guimond, président sortant de charge.

NOUVEAUX PRÉSIDENTS DE SOCIÉTÉS MÉDICALES

On nous apprend que les docteurs Marc Goyette de Granby et Henri Robinson de Pointe Gatineau viennent d'être élus présidents des sociétés médicales, le premier, de Granby et le second de l'Ouest du Québec.

RÉUNION DE L'ASSOCIATION DU DIABÈTE
DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, INC.

Une réunion scientifique de l'Association du Diabète de la Province de Québec, Inc., s'est tenue à l'amphithéâtre du nouveau pavillon de l'Hôpital Notre-Dame, le jeudi 18 mai 1961 à 8.30 h. p.m.

Le programme était le suivant:

1. *Hémochromatose*, par les docteurs Rosario Robillard, Martin Hoffman, Gilles Gosselin.

2. *Présentation de deux cas problèmes de diabète*, par les docteurs Armand Gratton, Angelo Kakos.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE ET DE
PNEUMOLOGIE DE MONTRÉAL

Une réunion de la Société de Phtisiologie et de Pneumologie de Montréal eu lieu le vendredi 19 mai, à 8 h. 55 p.m. à l'auditorium de l'Hôpital Maisonneuve, sous la présidence du Docteur Philippe Manseau.

Le programme comportait le rapport du secrétaire général, le rapport du trésorier, la mise en candidature de nouveaux membres, la fondation d'une association des pneumo-phtisilogues de la province de Québec et un « Quiz » animé par le Dr Paul Robert.

Les cas furent présentés par les Docteurs Roland Charbonneau et Luc Lafortune et discutés par les équipes suivantes:

De l'hôpital Notre-Dame: les docteurs A. Mackay, A. Trépanier, E.-D. Gagnon, F. Léger.

De l'hôpital Hôtel-Dieu: les docteurs F. Laramée, J. Bruneau, P. Nadeau, P. Roy.

De l'hôpital du Sacré-Coeur: les docteurs B.-G. Bégin, J. Lambert, R. Laurier, O. Raymond.

ÉLECTIONS DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY

Lors de l'assemblée annuelle, le bureau médical de l'Hôtel-Dieu de Montmagny a choisi ses officiers pour le terme courant. Ce sont les docteurs G. Courcy, président réélu, P. Dupuis, vice-président réélu et A. Fiset, secrétaire réélu.

BOURSIERS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE L'ASSURANCE-VIE

L'Association Canadienne de l'Assurance-Vie vient de distribuer des bourses d'étude à 15 chercheurs médicaux appartenant à onze universités canadiennes. Cinq médecins de la province de Québec sont parmi les récipiendaires de ces octrois; trois sont de McGill, un de l'Université de Montréal et l'autre de Laval de Québec.

Le docteur J.-R. Ducharme de l'Université de Montréal et le docteur Guy Lamarche de l'Université Laval ont obtenu leurs bourses, afin de continuer leurs recherches, le premier sur la fonction des glandes surrénales chez les enfants et sur l'excrétion des hormones pendant le développement de l'enfant et le second sur les cheminements sensoriels dans la formation réticulaire du cerveau.

Le docteur P. de Bellefeuille de l'Université d'Ottawa a également été choisi comme boursier, ce qui lui permettra de continuer ses travaux sur l'évaluation critique des études prénatales. Le docteur Jean-Marie de Margerie de l'Université Queen's de Kingston, aussi boursier, complétera grâce à cette aide, son travail sur la vascularisation rétinienne dans l'hypertension.

Le fonds de bourses de recherches médicales de l'Assurance-Vie du Canada existe depuis 13 ans.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR R. GANDER À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Sur invitation spéciale du Docteur Jacques Gagnon et sous les auspices de la Société de Biologie de Montréal, une conférence sur la microphotographie a été donnée par le Dr R. Gander, directeur du département de recherches microscopiques, Wild Heerbrugg Limited, Heerbrugg, Suisse à 5 heures p.m. dans l'amphithéâtre G'604 de l'Université de Montréal, faculté de médecine, mardi le 17 mai 1961.

LE DOCTEUR ÉMILE PELLETIER, ÉLU PRÉSIDENT DU BUREAU MÉDICAL

Le Bureau médical de l'Hôpital de Ste-Anne des Monts vient de se choisir un nouveau président dans la personne du docteur Emile Pelletier de Cap Chat.

LE DOCTEUR AVELLIN DALCOURT, CHOISI COMME PRÉSIDENT DU BUREAU MÉDICAL

Le Bureau médical de l'Hôpital Comtois de Louiseville a choisi récemment ses officiers pour l'année courante. Le docteur Avellin Dalcourt a été élu président.

CONGRÈS À MONTRÉAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES CHIRURGIENS PLASTIQUES

La Société Canadienne des Chirurgiens plastiques — *The Canadian Society of plastic Surgeons* a tenu son assemblée annuelle à Montréal les 27, 28 et 29 avril 1961 sous la présidence du docteur Armand Genest, chef de la section de chirurgie plastique de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le programme était ainsi rédigé.

Jeudi, 27 avril — 9 h. a.m.

Hôpital Maisonneuve

Président: Dr J.-Gérard Hébert

1. — Bienvenue par le Dr Marcel Lamoureux, Chef du Service de Chirurgie.

2. — Les greffes osseuses du nez. — Dr J.-Gérard Hébert.

3. — La greffe cutanée en forme de beigne pour la cavité orbitaire. — Dr Raymond Ricard (sur invitation).

4. — Le recouvrement cutané du pouce par tissu de voisinage. — Dr R. M. McFarlane.

5. — Les difformités du pénis à la suite de circoncision. — Dr R. J. Cowan.

6. — La Cryothérapie des angiomes plans à l'aide de « Dermathane » (Freon). — Dr Jacques Dansereau (sur invitation).

7. — Une évaluation des résultats des sutures nerveuses. — Dr R. M. McFarlane, Dr W. Stromberg (sur invitation).

8. — Un support pratique pour la photographie à la salle d'opération. — Dr Marcel Dion (sur invitation).

9. — Urétrectomie pour épithélioma suivie d'une reconstruction urétrale (film silencieux). — Dr R. J. Cowan.

12 h. p.m.

Déjeuner à l'Hôpital Maisonneuve.

Jeudi, 27 avril — 2 h. p.m.

Hôpital Notre-Dame

Président: Dr G.-E. Cloutier

1. — Bienvenue par le Dr François Archambault, Chef du Service de Chirurgie.

2. — Nouvelle évaluation du traitement des brûlures graves par la méthode ouverte. — Dr Claude Dupont (sur invitation).

3. — Notre expérience avec l'abord endaural de l'articulation temporo-mandibulaire. — Dr G.-E. Cloutier.

4. — Le traitement des brûlures de la face dorsale de la main et de leurs complications. — Dr Yves Prévost.

5. — Traitement des brûlures électriques du cuir chevelu. — Dr Leslie Chasmar.

6. — La chirurgie de la glande parotide dans le service de chirurgie plastique de l'hôpital Notre-Dame. — Dr Claude Dupont.

7. — Une évaluation des différentes méthodes de traitement des ostéites et une description d'une nouvelle technique. — Dr Yves Prévost.

8. — Résultats des sections des fléchisseurs de la main. Dr W. R. N. Lindsay, Dr J. F. Murray.

9. — Une revue de cinquante réparations de fléchisseurs de la main. — Dr W. J. Brown.

Vendredi, 28 avril — 9 h. a.m.

Hôpital Général de Montréal
Président: Dr John W. Gerrie

1. — Bienvenue à McGill et au Montreal General Hospital par le Dr H. Rocke Robertson, Professeur de chirurgie et Chirurgien-en-Chef.

2. — L'organisation et le fonctionnement d'un service de Traumatologie. — Dr F. M. Woolhouse.

3. — Pharyngoplastie. — Dr Bruce Williams (sur invitation).

4. — Les fissures labiales bilatérales. — Dr Albert Cloutier (sur invitation).

5. — Quatre cas choisis de « cross finger ». — Dr R. W. Waters (sur invitation).

6. — Un relevé des fractures des os de la face dans quatre hôpitaux montréalais. — Drs Hakstian, Stephenson, Williams et Gerrie.

7. — La tomographie des fractures des os de la face. — Dr E. Crutchlow.

12.30 h. p.m.

Lunch au Livingston Hall.

2 h. p.m.

Réunion d'affaires.

Samedi, 29 avril — 9 a.m.

Hôtel-Dieu de Montréal
Salle des conférences
Pavillon De Bullion
Président: Dr Armand Genest

1. — Bienvenue par le Dr Jacques Bruneau, Chef du Service de Chirurgie.

2. — Les greffes cutanées du pénis et du scrotum. — Dr J. D. M. Alton.

3. — Rétablissement de la circulation sanguine aux extrémités. — Dr Paul Cartier (sur invitation).

4. — Epithélioma verruqueux du sinus maxillaire. — Dr Armand Genest, Dr Roger Gareau (sur invitation).

5. — Reconstruction de l'œsophage cervical en une seule opération, six semaines après la résection. — Dr W. A. Brown.

6. — Ligne de conduite devant des problèmes inusités de traumatismes. — Dr Colette Perras (sur invitation).

7. — Granulomes pseudo-tumoraux des organes génitaux externes. — Dr Jean Charbonneau (sur invitation).

8. — L'enclouage des fractures de la branche montante. — Dr Armand Genest.

CONGRÈS DE LA

CANADIAN PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION

Le Congrès de la *Canadian Physiotherapy Association* s'est tenu à l'Hôtel Le Reine Elizabeth de Montréal les 27, 28 et 29 avril 1961.

Au nombre des conférenciers au programme, on note les noms des docteurs Paul Stanley et Carrol A. Laurin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Sainte-Justine.

Le docteur Paul Stanley a parlé de « la chirurgie cardiovasculaire chez l'enfant » et le docteur Carroll A. Laurin a traité du « vrai problème de la scoliose ».

CONFÉRENCES PAR LE DOCTEUR D. M. BOSWORTH DE NEW-YORK

Sous les auspices de la Société d'Orthopédie et de traumatologie de la Province de Québec, le docteur D. M. Bosworth des Hôpitaux Sea View et St. Luke de New-York a donné deux conférences, l'une le 28 avril 1961 à l'Hôpital de la Reine Marie et l'autre le 29 avril à l'Hôpital Maisonneuve.

NOMINATION À L'HÔPITAL ST-JOSEPH DE LA PROVIDENCE

Les autorités de l'Hôpital St-Joseph de la Providence de Bordeaux font connaître qu'elles ont, le 6 février 1961, nommé le docteur Roger Pontbriand, directeur médical et le docteur Lambert Archambault, assistant directeur médical.

NOUVEAUX MEMBRES DE L'AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Quatre médecins de Montréal viennent d'être élus membres de l'*American Academy of Pediatrics*. Ce sont les docteurs André L. Davignon, P. W. Junger, A. Q. Hewiston et D. K. Clogg.

Le docteur Jacques Charles Ducharme a été élu membre associé dans la section de chirurgie.

SOUTENANCES DE THÈSE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

M. le docteur Eörs Bajusz a soutenu devant la Faculté de médecine de l'Université de Montréal une thèse pour l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en médecine et chirurgie expérimentales.

Cette soutenance a eu lieu le 18 mai 1961 — Le sujet de la thèse se lisait: « *Conditioning Factors for Cardiac Necroses* ».

Le 18 mai 1961, le docteur Plinio Pioreschi a soutenu également à la Faculté et en vue de l'obtention d'un doctorat Ph.D. une thèse intitulée: « Les cardiopathies calcifiantes expérimentales ».

L'ART ET LES MÉDECINS

De concert avec le Musée des Beaux-arts de Montréal, l'Association médicale du Canada expose au Musée, 1379 ouest, rue Sherbrooke, du 6 au 30 juin 1961, une sélection de peintures et sculptures provenant de collections personnelles d'un certain nombre de médecins de la métropole.

Le Musée est ouvert sur semaine, tous les jours de 10 heures a.m. à 5 heures p.m. et le dimanche de 2 heures p.m. à 5 heures p.m. L'entrée est libre.

REVUE DES LIVRES

La Radiculographie lombo-sacrée par substance iodée hydro-soluble et résorbable. Par J. FERRAND, J. Robert D'ESHOUGUES et J. BARSOTTI. L'Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1961.

Travail basé sur une expérience de 300 explorations par cette méthode. Elle consiste, comme le titre l'indique, à injecter dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire un mono-iodo-méthane sulfonate de sodium à 20% (dont la dénomination commerciale est Méthiodal), le malade étant placé en position demi-assise sur la table radiographique inclinée à 40 degrés.

Pour éviter la douleur radiculaire due à l'irritation par le produit de contraste, les auteurs préconisent une injection préalable de scurocaïne à 4% à la quantité de 1 à 1.5 cc.

Cet ouvrage est bien illustré par une iconographie radiographique et par des dessins qui la rendent plus explicite.

Les auteurs « sont vendus » à la méthode qu'ils jugent moins apte à produire des complications radiculo-méningées que par l'emploi des suspensions iodées dans une huile la plus fluide soit-elle. La substance iodée utilisée par eux est laissée en place et se résorberait rapidement. Les clichés présentés dans leur ouvrage font voir des images précises et nettes de la région de la queue de cheval où le faisceau des racines est visualisé dans son ensemble et dans presque chacun de ses constituants radiculaires. Le texte est clairement présenté sans longueurs et il s'efforce d'être objectif. Il est appuyé par une documentation française et étrangère qui cite les plus importants travaux sur la myélographie et sur les algies lombo-sacrées avec ou sans irradiation douloureuse aux membres inférieurs. Le plaidoyer paraît objectif et sincère et incite à essayer une méthode utilisée sur une échelle encore plus vaste dans certains centres radiographiques européens comme la Suède où un auteur aurait eu une expérience de 2000 myélographies ou radiculographies par l'usage de cette méthode.

A tout prendre, cette édition de 93 pages de texte scientifique sur une méthode d'exploration toujours utile, bien souvent nécessaire, complémentaire à l'examen clinique, apporte une contribution objective à la solution diagnostique des syndromes algiques lombo-sacrés avec ou sans projection neurologique aux membres inférieurs.

Les avantages de cette méthode sont présentés

de même que les incidents qu'elle peut occasionner sont comparés à ceux des procédés plus classiques et plus largement utilisés.

Roma AMYOT.

Georges MARCHAL et Gérard DUHAMEL: **Le sang.** Presses Universitaires, édit., Paris, 1961.

Autre édition de la série « Que sais-je » destinée à vulgariser divers sujets scientifiques à l'adresse d'un public accessible et déjà préparé à bénéficier de cet enseignement; à l'adresse aussi du médecin non spécialisé en cette discipline en constante et rapide évolution, et d'une grande complexité de structure parce qu'elle est actuellement en pleine maturation.

Dans le domaine de l'anatomie, de la physiologie, de l'histologie, de la biochimie, de la génétique que de progrès depuis la découverte de la circulation sanguine par Harvey en 1628 et celle des globules rouges par Van Leuwenhoek en 1674.

Ce fut plus tard la connaissance des globules blancs, des plaquettes sanguines, l'utilisation des colorants par les dérivés de l'aniline due à Ehrlich, la notion des leucémies, des groupes sanguins, l'hépatothérapie de Whipple et depuis 15 ans les progrès extraordinaires découlant des ressources procurées généreusement par la physique, la bio et la physico-chimie, l'immunologie et la génétique. Ce petit livre raconte en un raccourci de synthèse lucide ces merveilleux progrès de l'hématologie qui aboutissent aux notions actuelles.

Les auteurs affirment que la pathologie sanguine est à la fois la plus vieille et la plus neuve des pathologies. Cette assertion ouvre la seconde partie de l'ouvrage concernant la pathologie proprement dite, les maladies sanguines. Après avoir pris connaissance des notions de base fondamentale, on est ainsi préparé à être instruit sur la pathologie actuelle en hématologie, sur la constellation de faits et d'hypothèses qui entourent la coagulation du sang, les incompatibilités sanguines, la transfusion et les traitements employés, de plus en plus actifs, aboutissant à la greffe de moëlle osseuse en cours d'expérimentation après certains succès sensationnels déjà obtenus.

Ce petit livre saura instruire utilement tout médecin non spécialisé, mais qui désire se tenir au courant de l'actualité hématologique.

Roma AMYOT.

Exposés d'anesthésiologie. Par H. HUGUENARD et P. JAGUENOD. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

Cet ouvrage est susceptible de rendre service au praticien et à l'étudiant anesthésiste; au premier, il rappelle certaines notions essentielles de pharmacologie et de physiologie; au second, il fournit un enseignement pratique en vue de son certificat comme spécialiste.

La première série offre d'abord un glossaire qui définit et explique de façon précise un grand nombre de termes couramment utilisés en anesthésiologie, ainsi qu'une liste des synonymes usuels.

Le chapitre de la « consultation écrite », où l'élève prend connaissance du patient et rédige ses notes personnelles, est particulièrement intéressant. Les auteurs étudient aussi l'aspect pharmacologique de quelques anesthésiques: l'éther-diéthylique, l'éther divinyle, le pentothal. Les myorésolutifs, i.e. la d-tubocurarine et la succinylcholine, y sont traités avec beaucoup d'attention: définition, classification, propriétés physiologiques, posologie. Une mention spéciale est réservée aux ganglioplégiques, au métabolisme des hydrates de carbone et à l'ion potassium en anesthésie. Les auteurs présentent également une technique simple d'intubation avec images à l'appui.

La seconde série traite des problèmes suivants souvent posés à l'anesthésiologiste: chirurgie du nouveau-né, du vieillard et de l'alcoolique, état de choc et complications pulmonaires; la première série mentionne, en outre, la chirurgie du malade neurologique, du brûlé grave, du diabétique, la chirurgie abdominale d'urgence.

Il y a aussi un chapitre consacré aux sympathicomimétiques, aux dérivés de la belladone, aux opiacés, aux substituts du plasma et aux anesthésiques halogénés.

La douleur, le réveil, les hormones cortico-surréniennes, la maladie opératoire, la mécanique ventilatoire sont autant de sujets présentés ici avec beaucoup d'intérêt.

Les auteurs terminent par quelques notes de technique très instructives: la trachéotomie et les appareils de ventilation artificielle.

Le présent manuel s'avère très profitable, à notre avis, pour celui qui possède des connaissances de base sur la spécialité; c'est en somme une excellente revue pharmacologique et physiologique. Il serait souhaitable cependant que les auteurs y ajoutent un troisième tome consacré aux questions de chimie, de biologie, d'anatomie, de physique et aux méthodes expérimentales qui ressortissent à l'anesthésiologie.

René LEBEAU.

Radio-diagnostic en rhumatologie: 400 images de base. Par De SEZE, A. DJIAN, PHANKIM, M. CHAPUIS. Un album in-16, de 188 pages, 400 figures, édité en 1959, à Paris. L'Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1959.

Grâce à l'iconographie incomparable rassemblée au Centre de Rhumatologie Viggo Petersen à l'Hôpital Lariboisière, les A. nous présentent cet ouvrage remarquable qui étend bien loin leur enseignement oral dont on sait la très grande audience. Plutôt qu'aux rhumatologues chevronnés, il s'adresse aux débutants et aux omnipraticiens: ils y trouveront des images précieuses pour leur pratique, qui embrassent non seulement tous les rhumatismes, mais encore les principales maladies ostéo-articulaires, cancers, tuberculose, ostéomyélite, syphilis, dont il leur faut établir soigneusement le diagnostic différentiel. Annexées aux clichés, les notices sont des modèles de didactisme et de clarté: en quelques mots elles résument non seulement le signalement radiographique mais encore la clinique, bien souvent aussi l'étiologie et le traitement de l'affection considérée.

Ce livre portera bien haut le pavillon de la Médecine Française: il faut lui souhaiter très bientôt une suite, les deux albums supplémentaires que nous promet la préface.

François FRANÇON.

Massage, manipulation and traction. Par Sidney LIGHT (avec la collaboration d'I. Bischof, E.-J. Crisp, James H. Cyriax, D.-M. Leslie Daran, Ginette Elmiger, François Françon, M. Fuchs, R. Harris, H.-L. Kamenetz, W. Ritchie Russell, J.-B. Rogoff, Khalil G. Wakin, C.-S. Wynn Parry T. V. de la Bibliothèque de Médecine physique, édité en 1960 à New-Haven, Conn., par Elizabeth Licht. Un vol. de 276 pages, 104 figures.

J'ai déjà souvent signalé la très haute valeur de cette Bibliothèque qui constitue une véritable somme unique au monde: c'est le cinquième volume qui paraît et que j'ai l'honneur et le plaisir d'analyser. Le suivant sera consacré à la Balnéologie et il faut en souhaiter ensuite un autre sur la Climatologie pour former le cycle de la Médecine Physique.

Dans sa Préface pleine d'humour, Light souligne le caractère difficile, controversé, des trois sujets abordés: s'ils sont tous les trois aussi anciens que la Médecine, du moins dans la plupart de leurs aspects ils restent encore très discutés. Il est précieux pour le praticien de trouver rassemblée ici la meilleure documentation qui, avec l'expérience clinique et l'esprit critique, lui permettent de se faire une opinion personnelle qualifiée. Peu à peu massage, manipulation et tractions reposeront sur des bases strictement scientifiques, sans plus mé-

riter « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité », à mesure que se préciseront mieux techniques, indications et contre-indications. Dans cette direction la remarquable monographie de Maigne sur les manipulations constitue en France une étape capitale.

Nous étudierons successivement les contributions consacrées au *massage*, aux *manipulations*, aux *tractions*.

I. — Le livre s'ouvre par un historique du massage (presque toujours indissociable de l'exercice étudié dans le Tome III) par Kamenetz dans lequel nous sommes heureux de saluer un docteur de la Faculté de Médecine de Paris. Il part de la Chine, de l'Inde, de la Grèce, de Rome, pour dérouler le film de toute la Médecine jusqu'aux toutes dernières publications. Il nous est agréable de mettre en vedette la part considérable accordée aux auteurs français.

Wakin expose très clairement les effets physiologiques du massage sur la peau, les muscles squelettiques, la circulation sanguine et lymphatique. En réalité, il pense avec Graham qu'il améliore directement ou indirectement toutes les fonctions organiques.

C'est à mon tour de décrire les techniques classiques du massage: après avoir présenté quelques généralités, j'aborde l'effleurage, la pression glissée, la friction, le pétrissage, le roulement, les vibrations le tapotement, les hachures, etc., avec leurs multiples sous-variétés. J'émet le vœu que l'O.M.S. établisse une nomenclature rigoureuse de ces trop nombreuses manœuvres.

Mesdames Bischof et Elmiger nous mettent au courant du massage du tissu conjonctif imaginé par Madame Dicke (1929) qui aurait ainsi guéri sa propre artérite oblitérante. Il est très en faveur en Allemagne et d'excellentes figures illustrent le sujet. Dérivé d'assez loin des dermatomes de Head, des Zones de MacKenzie des points nerveux de Cornelius, il repose sur un diagnostic d'inspection et de palpation. Ses effets sont très remarquables dans les affections traumatiques, orthopédiques, rhumatismales, artérielles et veineuses, voire même dans certaines maladies des poumons, du cœur, du foie, de la vessie. Cependant ses bases théoriques nous semblent encore fragiles et nous nous associons volontiers aux quelques réserves formulées par l'Editeur.

Licht passe en revue quelques-unes des méthodes instrumentales de massage. Il a utilisé avec succès les matelas à pression pneumatique variable contre les escarres de décubitus. Même note favorable

pour la douche-massage d'Aix, la douche Ecossaise, le bain-tourbillon, la stimulation électrique par ionisation. Il n'a pas d'expérience personnelle du constructeur rythmique, de l'appareil vaso-pneumatique, du circulateur, du « traxator », du neuro-tripser, des machines à vibrations ou à secousses. Puis il donne la parole à deux auteurs qui emploient des appareils très ingénieux.

Le massage syncardique qui exige un appareil électrique volumineux, a été imaginé et utilisé depuis 15 ans par Fuchs. Le principe est d'adapter les phases de massage au rythme cardiaque du malade, en intervenant à la phase systolique de la pulsation. La méthode s'adresse surtout aux gangrènes de toute nature, aux gelures, au mal perforant, etc. Les contre-indications sont constituées par les états aigus. Il y a de bonnes illustrations.

Ritchie Russell prononce un éloquent plaidoyer en faveur de la percussion et de la vibration exécutée en particulier avec le « Percusso-motor ». Le principe est d'écraser les névromes pour élever le seuil de la sensibilité douloureuse. Les observations qu'il rapporte, sont des succès dans les douleurs des amputés et les névralgies post-zostériennes.

Une telle encyclopédie sur le massage serait incomplète sans un chapitre de James H. Cyriax, illustre représentant d'une longue lignée médicale. Il définit parfaitement les applications cliniques du massage en insistant sur le massage profond, exclusivement localisé, des muscles, ligaments et tendons. Puis il envisage les diverses éventualités qui demandent un massage d'autre nature, œdème, insomnie, asthme, bronchectasie, évromes douloureux (cf. le paragraphe précédent), ulcère variqueux, massage pré et post-opératoire en chirurgie plastique, etc. Il déclare les « crèmes » inutiles et démolit le dogme de la fibrosite avant d'énumérer les contre-indications au massage. Article complet et brillant comme on l'attendait de l'auteur.

II. *Manipulations*. — Un historique fait remonter la méthode à Hippocrate et rappelle les livres de A.-G. Timbrell Fisher et de Wharton Hood.

Un premier chapitre est consacré aux manipulations vertébrales par Crisp qui met l'accent sur les lésions des disques, apophyses intervertébrales, articulations costo-vertébrales et costo-transversaires. Avec d'excellents schémas il décrit les manœuvres avec ou sans table aux régions cervicale, lombaire, dorsale.

Suit un article très détaillé de Daran qui prend une à une les manipulations des membres dans les affections traumatiques, rhumatismales, les contractures, les ténosynovites, l'hystérie. Il les pra-

HYPER- PROSTAL



PROSTATISME

NOUVELLE FORMULE

AMÉLIORÉE

et plus **CONCENTRÉE**

EXTRAIT HYDRO-GLYCÉRINÉ ORCHITIQUE (correspondant à 8 gr. 831 de glande fraîche) 1 cm³ 5

SÉRODAUSSE A
(Sérum de Taureau) 3 cm³ 5
pour un tube scellé de 5 cm³

INDICATIONS:

Toutes les phases du prostatisme, sénilité précoce, troubles dépressifs, etc.

POSOLOGIE:

AMPOULES:

1 à 2 ampoules par jour dans un peu d'eau sucrée, à jeun, une demi-heure avant le petit déjeuner.

SUPPOSITOIRES: un ou deux par jour.

Préparé par
LES LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

*Représentants exclusifs
au Canada*

AMPOULES BUVABLES, 5 c. c.

SUPPOSITOIRES

Documentation et échantillon à
Messieurs les médecins sur demande.

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

tique généralement sous anesthésie générale. Il les conseille même dans certaines formes aiguës de la P.C.E., ce qui n'est pas l'avis de l'éditeur.

Wynn Parry étudie minutieusement l'élongation qui connaît de multiples indications et applications dont de bons schémas objectivent les manœuvres.

III. *Tractions*. — Elles aussi datent d'Hippocrate avec son ouvrage *Mochlicus*.

Ronald Harris expose excellemment le problème des tractions vertébrales qui ont pris un si grand essor. Il énonce quelques directives et rappelle les résultats des expérimentations accomplies à l'aide des Rayons X. Il énumère et critique de nombreuses techniques, tantôt manuelles, tantôt instrumen-

tales avec des appareils à suspension, à poulie ou à lit avec ou sans moteur. Il trace ensuite les indications et contre-indications pour le rachis tant cervical que lombaire. Le chapitre est très complet, avec une bonne part réservée à De Seze et à son Ecole.

J. Rogoff s'attache aux tractions intermittentes et décrit plusieurs appareils dont la table de Madame Vaquette. Il fait preuve d'une grande sagesse dans les indications.

En bref nous ne doutons pas que ce livre ne soit un « best seller » comme ses aînés dans la Bibliothèque de Médecine Physique.

François FRANÇON (Aix-les-Bains).

COMMUNIQUÉS

COURS DE CARDIOLOGIE AUX MÉDECINS PRATICIENS

Endroit: Institut de Cardiologie de Montréal.

Date: Lundi 30 octobre au samedi 4 novembre 1961.

Invités d'honneur: Docteur Léon Gallavardin, cardiologue; docteur Pierre Michaud, chirurgien.

Lyon, France.

QUATRE DÉMONSTRATIONS CLINIQUES

Auscultation des lésions valvulaires acquises et des malformations congénitales.

SIX CONFÉRENCES

Docteur Léon GALLAVARDIN

1) La Phonocardiographie: Précisions qu'elle peut apporter à l'Auscultation et au Diagnostic.

2) L'Arythmie complète. Forme permanente et forme paroxystique. Conduite à tenir.

3) Diagnostic d'une Syncope.

Docteur Pierre MICHAUD

1) Apport de l'angiocardigraphie sélective dans le diagnostic et les indications opératoires de certaines cardiopathies congénitales et acquises.

2) L'hypothermie profonde associée à la circulation extracorporelle dans la chirurgie à ciel ouvert.

3) Les possibilités chirurgicales dans le traitement chirurgical de l'insuffisance mitrale.

HUIT PANELS

1) Diagnostic et traitement de la fièvre rhumatismale.
2) Classification et diagnostic des malformations congénitales.

3) La chirurgie des malformations congénitales.

4) Traitement de l'hypertension artérielle.

5) Traitement de l'insuffisance cardiaque.

6) Diagnostic de la maladie coronarienne.

7) Traitement de la maladie coronarienne.

8) La chirurgie des lésions valvulaires.

CINQ FORUMS

Réponses aux questions des auditeurs.

Inscription: Cinquante dollars.

Correspondance: Cours de Cardiologie
a/s Dr Paul David

Institut de Cardiologie de Montréal

5415, boul. de l'Assomption, Montréal 36.

NOUVELLE RÉSIDENCE D'INFIRMIÈRES À L'HÔPITAL SAINT-LUC

L'Hôpital St-Luc de Montréal recevra une subvention fédérale de plus de \$262,900 destinée à couvrir une partie des frais de construction d'une nouvelle résidence d'infirmières. C'est ce qu'a annoncé aujourd'hui à Ottawa l'honorable J. Waldo Monteith, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

La construction, déjà terminée, permet de loger 227 personnes et abrite également des salles de classe, des laboratoires et une salle de conférences. L'ancienne résidence, qui peut loger 122 personnes, sera transformée pour loger les internes, les malades mentaux et les employés.

RAPPORTS DE SURVEILLANCE DES MALADIES CONTAGIEUSES ÉPIDÉMIQUES OU EXCEPTIONNELLES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

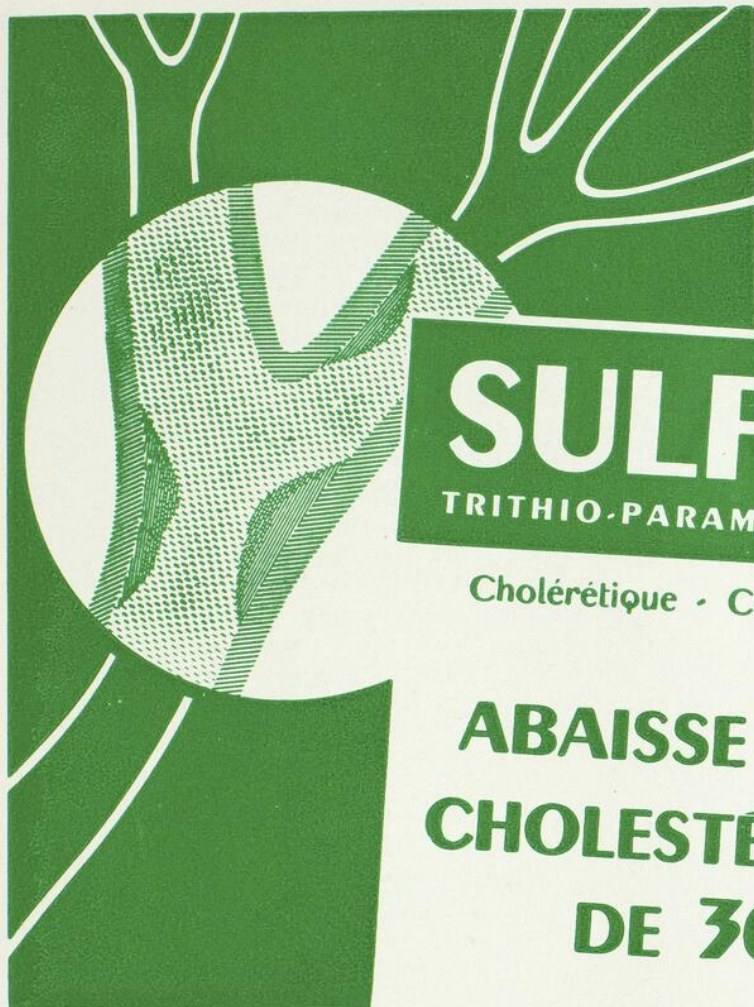
(DIVISION DE L'ÉPIDÉMOLOGIE)

INFLUENZA

Terre-Neuve

Des éclosions d'affection d'allure grippale sont rapportées à North West River, Happy Valley et Makkovik, trois localités du Labrador. Il y a eu plusieurs cas de pneumonie secondaire parmi les Indiens. Trois décès sont rapportés, deux bébés et un vieillard Indien. L'épidémie semble sur son déclin.

Source: Docteur John W. Davies, médecin-hygiéniste chef, ministère de la Santé de Terre-Neuve.



SULFARLEM

TRITHIO-PARAMÉTHOXY-PHÉNYLPROPÈNE

Cholérétique · Cholestérolitique · Azoturique

**ABAISSSE LE TAUX DU
CHOLESTÉROL SANGUIN
DE 30 à 50%**

TOUTES LES HYPERCHOLESTÉROLÉMIES

Voie intramusculaire profonde,
1 ampoule tous les 2 jours
associée au traitement péroral
de 1 à 2 granules avant chaque repas

Dernière référence bibliographique
ALGÉRIE-MÉDICAL N° 2 - 1953, p. 137.

Tube de 40 granules

Boîte de 6 ampoules

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE
51, RUE DE LISBONNE · PARIS 8^e

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2245, rue Viau, Montréal-4, Canada.

tique généralement sous anesthésie générale. Il les conseille même dans certaines formes aiguës de la P.C.E., ce qui n'est pas l'avis de l'éditeur.

Wynn Parry étudie minutieusement l'élongation qui connaît de multiples indications et applications dont de bons schémas objectivent les manœuvres.

III. *Tractions*. — Elles aussi datent d'Hippocrate avec son ouvrage *Mochlicus*.

Ronald Harris expose excellemment le problème des tractions vertébrales qui ont pris un si grand essor. Il énonce quelques directives et rappelle les résultats des expérimentations accomplies à l'aide des Rayons X. Il énumère et critique de nombreuses techniques, tantôt manuelles, tantôt instrumen-

tales avec des appareils à suspension, à poulie ou à lit avec ou sans moteur. Il trace ensuite les indications et contre-indications pour le rachis tant cervical que lombaire. Le chapitre est très complet, avec une bonne part réservée à De Seze et à son Ecole.

J. Rogoff s'attache aux tractions intermittentes et décrit plusieurs appareils dont la table de Madame Vaquette. Il fait preuve d'une grande sagesse dans les indications.

En bref nous ne doutons pas que ce livre ne soit un « best seller » comme ses aînés dans la Bibliothèque de Médecine Physique.

François FRANÇON (Aix-les-Bains).

COMMUNIQUÉS

COURS DE CARDIOLOGIE AUX MÉDECINS PRATICIENS

Endroit: Institut de Cardiologie de Montréal.

Date: Lundi 30 octobre au samedi 4 novembre 1961.

Invités d'honneur: Docteur Léon Gallavardin, cardiologue; docteur Pierre Michaud, chirurgien.

Lyon, France.

QUATRE DÉMONSTRATIONS CLINIQUES

Auscultation des lésions valvulaires acquises et des malformations congénitales.

SIX CONFÉRENCES

Docteur LÉON GALLAVARDIN

1) La Phonocardiographie: Précisions qu'elle peut apporter à l'Auscultation et au Diagnostic.

2) L'Arythmie complète. Forme permanente et forme paroxystique. Conduite à tenir.

3) Diagnostic d'une Syncope.

Docteur PIERRE MICHAUD

1) Apport de l'angiocardigraphie sélective dans le diagnostic et les indications opératoires de certaines cardiopathies congénitales et acquises.

2) L'hypothermie profonde associée à la circulation extracorporelle dans la chirurgie à ciel ouvert.

3) Les possibilités chirurgicales dans le traitement chirurgical de l'insuffisance mitrale.

HUIT PANELS

1) Diagnostic et traitement de la fièvre rhumatismale.
2) Classification et diagnostic des malformations congénitales.

3) La chirurgie des malformations congénitales.

4) Traitement de l'hypertension artérielle.

5) Traitement de l'insuffisance cardiaque.

6) Diagnostic de la maladie coronarienne.

7) Traitement de la maladie coronarienne.

8) La chirurgie des lésions valvulaires.

CINQ FORUMS

Réponses aux questions des auditeurs.

Inscription: Cinquante dollars.

Correspondance: Cours de Cardiologie
a/s Dr Paul David

Institut de Cardiologie de Montréal

5415, boul. de l'Assomption, Montréal 36.

NOUVELLE RÉSIDENCE D'INFIRMIÈRES À L'HÔPITAL SAINT-LUC

L'Hôpital St-Luc de Montréal recevra une subvention fédérale de plus de \$262,900 destinée à couvrir une partie des frais de construction d'une nouvelle résidence d'infirmières. C'est ce qu'a annoncé aujourd'hui à Ottawa l'honorable J. Waldo Monteith, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

La construction, déjà terminée, permet de loger 227 personnes et abrite également des salles de classe, des laboratoires et une salle de conférences. L'ancienne résidence, qui peut loger 122 personnes, sera transformée pour loger les internes, les malades mentaux et les employés.

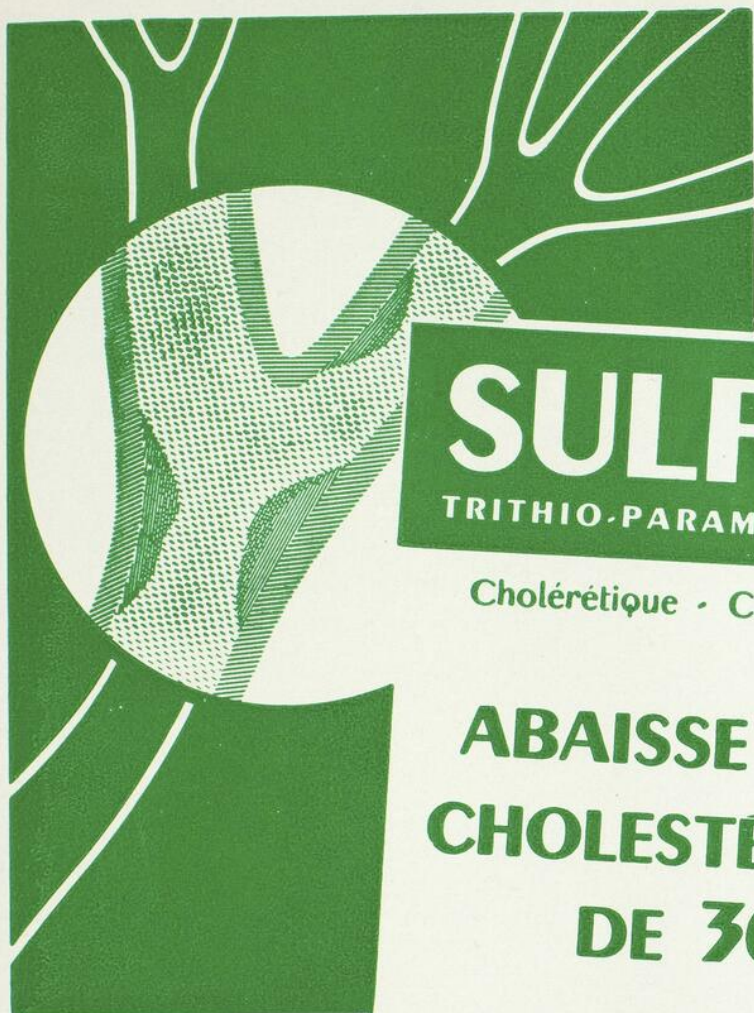
RAPPORTS DE SURVEILLANCE DES MALADIES CONTAGIEUSES ÉPIDÉMIQUES OU EXCEPTIONNELLES MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (DIVISION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE)

INFLUENZA

Terre-Neuve

Des éclosions d'affection d'allure grippale sont rapportées à North West River, Happy Valley et Makkovik, trois localités du Labrador. Il y a eu plusieurs cas de pneumonie secondaire parmi les Indiens. Trois décès sont rapportés, deux bébés et un vieillard Indien. L'épidémie semble sur son déclin.

Source: Docteur John W. Davies, médecin-hygiéniste chef, ministère de la Santé de Terre-Neuve.



SULFARLEM

TRITHIO-PARAMÉTHOXY-PHÉNYLPROPÈNE

Cholérétique · Cholestérolitique · Azoturique

**ABAISSSE LE TAUX DU
CHOLESTÉROL SANGUIN
DE 30 à 50 %**

TOUTES LES HYPERCHOLESTÉROLÉMIES

Voie intramusculaire profonde,
1 ampoule tous les 2 jours
associée au traitement péroral
de 1 à 2 granules avant chaque repas

Dernière référence bibliographique
ALGÉRIE-MÉDICAL N° 2 - 1953, p. 137.

Tube de 40 granules

Boîte de 6 ampoules

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE
51, RUE DE LISBONNE · PARIS 8^e

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2245, rue Viau, Montréal-4, Canada.

Québec

On rapporte que, depuis la deuxième semaine d'avril, les cas d'affection d'allure grippale ont beaucoup augmenté dans le comté de Bellechasse.

Source: Docteur Jean-Paul Breton, médecin-hygiéniste, Unité sanitaire de Bellechasse, St-Gervais.

TRICHINOSE

Cinq autres cas de trichinose sont rapportés pour la première quinzaine d'avril, dont 4 à Montréal et 1 à Dorval.

La province de Québec rapporte un total de 25 cas de trichinose pour le premier trimestre de 1961.

Source: Docteur A.-R. Folley, épidémiologiste, ministère de la Santé du Québec.

TYPHOÏDE

Saskatchewan

Cinq cas de paratyphoïde, tous imputables au S. paratyphi B, sont rapportés dans la même famille à la réserve indienne de Moose Woods, à 13 milles au sud de Saskatoon. Le premier cas s'est déclaré le 27 février 1961 et les 4 autres le 14 mars.

Des échantillons d'eau ont été prélevés des puits pour analyse et le vaccin T.A.B. a été administré à tous les contacts, aux écoliers et à toute la population résidente. Aucun autre cas n'est rapporté depuis le 14 mars.

Source: Docteur H. O. Dillenberg, épidémiologiste, ministère de la Santé publique de la Saskatchewan.

HÉPATITE INFECTIEUSE

Services de santé des Indiens et du Nord

Cinq cas d'hépatite infectieuse sont rapportés à Inuvik (T. N.-O.), ce qui porte le total à 56.

Source: Docteur P. E. Moore, directeur, Services de santé des Indiens et du Nord, Ottawa.

Manitoba

Un cas de tétanos, chez un homme, était rapporté à Winnipeg durant la semaine terminée le 16 avril 1961.

Source: Chef, Section de la santé publique, Bureau fédéral de la statistique, Ottawa.

PSITTACOSE

Un cas de psittacose est rapporté au Lac du Bonnet. Le malade avait acheté une perruche en mai 1960; l'oiseau est tombé malade et est mort en septembre. Des douleurs thoraciques se sont déclenchées chez le malade en octobre et il a été hospitalisé en janvier 1961.

Source: Docteur J. Eadie, directeur médical, Unité sanitaire de Selkirk, Manitoba.

INFLUENZA

Etats-Unis

Le Connecticut est le deuxième Etat à rapporter la présence d'influenza cette année. (Des cas d'influenza où le virus grippal A2 avait été isolé ont déjà été rapportés à New-York.) L'infection grippale A2 a été confirmée chez 3 malades à Stamford vers la fin de février. A New-Haven, l'influenza sévit parmi le personnel universitaire et le virus grippal A2 a été isolé dans certains cas.

Source: Morbidity and Mortality Weekly Report, Public

Health Service, U.S. Department of Health, Education and Welfare, le 14 avril 1961.

VARIOLE

République fédérale d'Allemagne

Le premier cas de variole (non-importé) a été confirmé à Ansbach le 7 avril 1961. Il s'agit de la mère du cas importé, confirmé le 29 mars. Un second cas non importé était confirmé le 10 avril, celui-ci le père du cas primaire. Ces deux contacts ont été isolés le 30 mars à l'hôpital et vaccinés le lendemain. La mère mourait le 10 avril de variole hémorragique. Au 11 avril, quelque 11,000 personnes avaient été vaccinées à Ansbach.

Moscou

Un cas importé de variole était confirmé à Moscou le 6 avril 1961. Il s'agit d'une personne arrivée par avion de Delhi, en Inde.

Source: Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'O.-M.S., le 14 avril 1961.

CONSTRUCTION D'UN HÔPITAL GÉNÉRAL À
REPENTIGNY (P. Q.)

Une subvention fédérale dépassant \$177,300 contribuera à couvrir les frais de construction d'un hôpital général à Repentigny (P.Q.). C'est ce qu'a annoncé à Ottawa l'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

L'hôpital comprendra 63 lits, 23 berceaux, six lits d'infirmière et des services modernes de médecine, de chirurgie et de maternité.

L'Hôpital Le Gardeur est le premier hôpital général construit à Repentigny et desservira une population de 30,000 personnes, population qu'on s'attend à voir atteindre le chiffre de 80,000 dans les dix prochaines années.

UN MÉDECIN À HAILEYBURY

Nous aimerions nous procurer les services d'un médecin préférablement bilingue, pour rédiger les histoires d'admission des malades à notre hôpital.

Nous croyons que notre hôpital sera accrédité et comme nous ne sommes pas un hôpital enseignant, nous ne pouvons pas obtenir des internes. Notre hôpital de 200 lits est au service des Français et des Anglais du district de Témiscamingue en Ontario et en Québec qui est adjacent.

Haileybury est situé sur le rivage du Lac Témiscamingue, qui est un centre favori pour la pêche et la chasse, à 97 milles au nord de North Bay et 38 milles au nord de la ville de Témiscamingue.

Nous avons pensé à la collaboration d'un médecin assez âgé qui ne veut pas se retirer d'affaire complètement ou peut-être d'un Européen qui est trop vieux pour étudier et se qualifier pour pratiquer au Canada.

Si vous pouviez nous faire connaître quelqu'un, ce serait très apprécié. Dr. W. J. Houghtling, Hôpital de la Miséricorde, Haileybury, Ontario.

OSMOPAK

contient

58% SULFATE MAGNESIUM

+ VERT BRILLANT

+ BENZOCAINE

LOCALISE
SÛREMENT
L'INFECTION

REMPLE AVANTAGEUSEMENT LE PANSEMENT HUMIDE

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

LIVRES REÇUS

Les diurétiques. Par R. TRICOT et J.-P. MAURAT. Un vol. de 140 pages. "Les Précis du Praticien", édit., Paris, 1961.

De nombreuses substances, douées d'une remarquable activité, sont venues récemment enrichir la thérapeutique diurétique. Dans le même temps, celle-ci trouvait de nouvelles indications.

R. Tricot et J.-P. Maurat exposent avec clarté et concision tout ce que le médecin doit savoir des propriétés pharmacodynamiques, du mécanisme d'action, de la posologie, des indications, des incidents et des accidents des diverses médications diurétiques.

Après un rappel de la physiologie de la diurèse et du mécanisme des œdèmes, indispensable pour comprendre l'intérêt et les principes d'un traitement diurétique, les auteurs précisent les conditions générales dans lesquelles les diurétiques doivent être utilisés; puis ils exposent successivement les données qui s'attachent aux médicaments xantiques, mercuriels, sulfamidés, dérivés de la triazine, etc. L'ouvrage se termine par un chapitre concernant la conduite et la surveillance du traitement.

Le médecin trouvera dans ce livre un guide pratique aux énoncés schématiques. Il y trouvera aussi le résumé de nos connaissances biologiques actuelles.

Le glaucome — Etude critique sur les hypertensions oculaires.

Par P. DESVIGNES. Un vol. de 182 pages, avec 3 tableaux: 35 NF. — Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Il ne s'agit pas d'un traité sur le glaucome; mais cet ouvrage contient l'essentiel des connaissances actuelles sur cette redoutable maladie. L'auteur y a rassemblé son expérience de vingt-cinq années sur les différents types de glaucome qu'il a eu à traiter. Considérant que l'hypertension oculaire est l'élément le plus nocif, il étudie successivement les hypertensions que l'on voit survenir dans les maladies oculaires très différentes. Il aborde ensuite l'étude des glaucomes dits primitifs par leur aspect clinique.

L'idée directrice est de rechercher s'il existe dans les différents types d'hypertension oculaire secondaire une cause que l'on retrouve dans tous les cas, ce qui permettrait d'en conclure avec vraisemblance que cette même cause intervient dans le glaucome dit primitif. Cette approche de l'origine de l'hypertension oculaire en allant du connu vers l'inconnu amène l'auteur à faire une critique, qui essaie d'être constructive, des causes de l'hypertension oculaire.

Le lecteur est donc amené à suivre les développements de cette idée directrice. Cette étude critique lui permettra également de faire le point des connaissances actuelles: le fil d'Ariane qui a guidé l'auteur permettra au lecteur de ne pas s'égarer dans les multitudes de rapports, de communications, parus sur le problème. Il était nécessaire de simplifier et de schématiser les indications thérapeutiques, tout en sachant que celles-ci n'ont qu'une valeur temporaire.

La conclusion présente une ébauche d'une théorie métabolique ou enzymatique du glaucome, qui fait espérer une thérapeutique qui serait non plus symptomatique mais vraiment étiologique.

Grandes divisions de l'ouvrage

I. Rappel de physiologie sur la tension oculaire. — II. Physio-pathologie de l'hypertension oculaire. — III. Les glaucomes secondaires. Les uvéites hypertensives. L'aniridie. Les atrophies de l'iris. Les enclavements iriens. Le glaucome par altération ou déplacement du cristallin. Glaucome par tumeur intra-oculaire. Glaucomes post-traumatiques. Glaucomes post-opératoires. Glaucomes d'origine vasculaire. Le glaucome pigmentaire. Le glaucome congénital (hydrophthalmie ou buphtalmie). Glaucomes infantiles. Glaucomes juvéniles. Le glaucome dans l'épidémie d'opsophtalmie. — IV. Le glaucome primitif de l'adulte. Le glaucome congestif aigu. Le glaucome chronique simple. La gonioscopie dans le glaucome dit primitif. Recherches modernes. Stade terminal. Les modifications générales dans le glaucome dit primitif. Point de vue psycho-somatique. Glaucome et myopie. Histopathologie. Traitement du glaucome chronique. L'hérédité du glaucome. — V. Conclusions. — Essai pathogénique.

Prévention et traitement des complications de la chirurgie oculaire. Par R.-M. FASANELLA et coll. Traduction et adaptation de Henry Saraux et Henry-Georges Hamard. Un vol. de 362 pages, avec 208 fig. Cartonné toile demi-souple: 65 NF. — Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Cet ouvrage traduit de l'américain se présente comme un livre de référence pour tous ceux qui s'efforcent d'éviter les pièges de la chirurgie du globe oculaire et d'en traiter les complications.

Chaque aspect des difficultés et des complications rencontrées en chirurgie et en traumatologie oculaires est successivement étudié par un spécialiste faisant autorité en la matière.

Sur chaque sujet, l'étude rappelle brièvement les principes de l'intervention selon la technique considérée comme la plus courante. Il est admis que le lecteur est capable d'effectuer l'intervention et les auteurs ne font qu'en rappeler les principes pour aider à la discussion, sans s'arrêter aux techniques abandonnées par la plupart des opérateurs, ou destinées à l'être. Ils ont essayé d'illustrer clairement chaque détail utile pour éviter un piège ou traiter une complication, en laissant le moins de place possible à l'imagination. Des idées neuves, des faits, des conclusions sont apportés sur nombre de points controversés. Des références bibliographiques donnent au lecteur la faculté d'approfondir certains sujets et de se faire ainsi une opinion personnelle. Des avis divergents sur un même problème ont été donnés par certains des auteurs, les résultantes d'opinions différentes n'étant pas très éloignées.

Dans le chapitre traitant des problèmes de médecine générale et du métabolisme au cours des interventions oculaires, ces problèmes médicaux sont abordés en même temps que le problème chirurgical, et l'individu est considéré comme un tout. Les thérapeutiques actuelles par les antibiotiques et les hormones ont considérablement simplifié le problème des complications de la chirurgie oculaire. Les auteurs insistent cependant sur les complications que peuvent créer ces médicaments.

pour obtenir une action laxative sans effet drastique

DOXIDAN[®]

le laxatif tensio-actif

Assure l'évacuation de selles molles et "normales" grâce à l'action synergique de Danthron[®] — un péristaltogène léger — et de Surfak — l'agent tensio-actif (amollissant fécal) supérieur. N'entraîne ni coliques ni crampes — aucun ballonnement — ne provoque aucun suintement huileux et ne fait pas obstacle à l'assimilation des vitamines.

POSOLOGIE: Adultes et enfants de plus de 12 ans: une ou deux capsules. Enfants de 6 à 12 ans: une capsule. A prendre au coucher pendant 2 ou 3 jours ou jusqu'à régularisation des fonctions intestinales.

Présenté en flacons de 30 ou de 100 capsules gélatineuses.



lorsque seul un effet tensio-actif (amollissant fécal) est désiré

SURFAK[®]

calcium bis-(sulfosuccinate de dioctyl)
principe actif nouveau assurant une meilleure homogénéisation et un amollissement optimal des matières fécales durcies.



HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTREAL

ORINASE®

tolbutamide, Hoechst

Fruit des recherches qui, pendant plus de 50 ans, furent effectuées sur le diabète.

l'innocuité

une nécessité première

"Les résultats, dans l'ensemble satisfaisants, obtenus avec le tolbutamide, font désormais de ce produit le *modèle* sur quoi *tous les autres dérivés de la formule sulfonylurée initiale*, ainsi que les composés dissimilaires, peuvent être mesurés." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 82, Art. 2: 531-536 (25 sept.) 1959.*

"Seulement trois malades sur 314, ressentirent des effets secondaires, soit une occurrence de 0.9 pour cent. Du point de vue clinique, on n'a constaté, jusqu'à présent, aucune complication grave chez les sujets traités au tolbutamide."

Marble, Alexander et Camerini Davalos: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71, Art. 1: 239-248 (10 juillet) 1957.

"Il est rare qu'avec le tolbutamide l'hypoglycémie soit caractérisée et symptomatique; c'est pourquoi on peut obtenir un niveau glycémique normal sans craindre une chute intempestive de la glycémie." *Mehnert, H., et coll.: J.A.M.A. 167: 818-827 (14 juin) 1958.*

"Sur tout le contingent (500 patients) il n'y eut pas un seul cas de manifestation toxique impliquant l'hématopoïèse, le foie ou le système cardiovasculaire." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71: 275-279 (10 juillet) 1957.*

"Tolbutamide, remarquablement atoxique, peut, grâce à cette propriété, être considéré comme unique en son genre parmi les thérapeutiques de valeur." *O'Donovan, C. J.: Third Congress International Federation of Diabetes, (23-28 juillet) 1958.*

tolérance

le premier souci du malade

"Si l'on compare les effets secondaires et la toxicité provoqués par les plus récentes préparations orales... il apparaîtra que le tolbutamide présente à la fois le maximum d'efficacité et le maximum d'innocuité." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 82, Art. 2: 531-536 (25 sept.) 1959.*

"... l'un des avantages exceptionnels du tolbutamide fut la faible occurrence des complications." *Marble, A.: Med. Clinics North Am. 5: 1163-1177 (sept.) 1958.*

"L'absence remarquable d'hypoglycémie chez les malades recevant une cure d'entretien au tolbutamide revêt une telle importance pratique que le tolbutamide serait bien mieux défini par l'adjectif "euglycémique" que par celui d'hypoglycémique." *O'Donovan, C. J.: Third Congress International Federation of Diabetes, (23-28 juillet) 1958.*

efficacité

le premier souci du médecin

"Une étude portant sur 143 diabétiques révéla que 76 pour cent obtinrent des résultats satisfaisants avec le tolbutamide." *Sugar, Samuel, J. N.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71, Art. 1: 256 (10 juillet) 1957.*

Faisant allusion à un contingent de 772 malades, Marble déclara que la dose d'entretien habituelle était de 0.5 à 1.0 Gm. d'Orinase par jour (1 ou 2 comprimés). *Marble, A.: Med. Clinic North Am. 5: 1163-1177 (sept.) 1958.*



HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTREAL

indiqué dans la dépression



ELAVIL*

(CHLORHYDRATE D'AMITRIPTYLINE)

est un antidépresseur nouveau et exceptionnellement efficace dans le traitement des états dépressifs.

Il est en outre doté de propriétés anxiolytiques qui le rendent particulièrement utile en vue du soulagement de l'anxiété presque toujours liée à la dépression.

PRÉSENTATION: Le chlorhydrate d'ELAVIL (chlorhydrate d'amitriptyline) est présenté en comprimés dosés à 25 et à 10 mg., en flacons de 100.
Le chlorhydrate d'ELAVIL injectable (chlorhydrate d'amitriptyline) dosé à 10 mg./cc. est présenté en fioles de 10 cc.

UN PRODUIT DES LABORATOIRES DE RECHERCHES DE MERCK SHARP & DOHME



MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED

MONTRÉAL 30, QUÉ.

*Marque de commerce

Cet ouvrage, fruit d'une large collaboration de spécialistes qui y ont apporté leur expérience, transmettra à tous les ophtalmologistes une part au moins de cette expérience, pour les aider dans les situations difficiles.

Chapitres de l'ouvrage

I. Les complications anesthésiques. — II. Les complications médicales. — III. Aspects psychiatriques de la chirurgie oculaire. — IV. Complications des corps étrangers intra-oculaires. — V. Les complications de la chirurgie du ptosis. — VI. Difficultés et complications de la chirurgie des traumatismes de l'appareil lacrymal. — VII. Complications de la kératoplastie. — VIII. Complications de la chirurgie des traumatismes de l'iris. — IX. Réinterventions et complications après les interventions pour glaucome. — X. Les complications de la chirurgie de la cataracte. — XI. Retard de la formation de la chambre antérieure. — XII. Complications de la chirurgie des muscles extrinsèques. — XIII. Complications de la chirurgie du décollement de la rétine. — XIV. Chirurgie du vitré. — XV. Complications de la chirurgie orbitaire. — XVI. Complications de l'énucléation et de l'éviscération. — XVII. Complications de l'exentération de l'orbite. — XVIII. Complications de la chirurgie plastique des paupières. — XIX. Complications de la chirurgie intra-oculaire justiciables d'un traitement médical. — XX. Place des radiations dans le traitement des complications post-opératoires et post-traumatiques. — XXI. Complications des exophtalmies endocriniennes. — XXII. Amélioration des insuffisances visuelles. — XXIII. Calcul de la perte de l'efficacité visuelle. — Index alphabétique.

Le désinsectisation des aéronefs. Onzième rapport du Comité d'experts des Insecticides. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1961, No 206; 28 pages. Prix: \$0.30. Publié également en anglais et en espagnol.

Le transport fortuit d'insectes entre territoires pose des problèmes de santé publique dont l'importance est considérable, car il pourrait compromettre le succès de divers programmes tels que ceux de l'éradication du paludisme et de la destruction de l'*Aedes gypti*. Les conséquences de ce transport peuvent être particulièrement désastreuses lorsque les insectes véhiculés entre pays appartiennent à des souches résistantes. Si les dispositions du *Règlement sanitaire international* concernant la protection contre les moustiques vecteurs de maladies étaient rigoureusement appliquées dans tous les aéroports internationaux, les risques de transport de tels insectes par la voie aérienne seraient bien moindres et la désinsectisation ne jouerait que le rôle d'une deuxième ligne de défense. Mais la documentation dont disposait le Comité OMS d'experts des Insecticides révélait que tel n'est malheureusement pas le cas et qu'en fait la situation actuelle est insuffisante dans un certain nombre d'aéroports internationaux en ce qui concerne la lutte contre les vecteurs.

Dans son onzième rapport, le Comité préconise donc vivement qu'un service de lutte contre les vecteurs soit organisé dans chaque aéroport international sous l'égide des autorités sanitaires et que l'OMS fournisse, sur demande, aux gouvernements l'aide technique dont ils pourraient avoir besoin.

Il note que de nombreuses réglementations nationales prévoient encore la désinsectisation des aéronefs « en l'air »

par aérosols, malgré son manque d'efficacité. Par ailleurs, le traitement par insecticide des aéronefs après l'arrivée non seulement provoque des retards fâcheux mais encore permet l'évasion des moustiques avant l'application des mesures insecticides. Quant au mode actuel de désinsectisation avant le départ, il n'exclut pas toute possibilité de réinfestation ultérieure. Le Comité préconise donc que la désinsectisation soit effectuée après le verrouillage des portes qui suit l'embarquement, immédiatement avant le décollage (désinsectisation « cales enlevées »). Il recommande un mode d'application destiné à obtenir de cette désinsectisation un degré d'efficacité maximum, mais il reconnaît que l'emploi d'aérosols présente inévitablement des limites et un certain nombre d'inconvénients auxquels l'application d'un insecticide à l'état de vapeur permettrait de parer. Or, un dérivé récent du phosphate de dichlorovinyle (DDVP), pour l'application duquel un dispositif automatique satisfaisant a été mis au point, paraît répondre à ces desiderata. La technique de désinsectisation par vapeurs est extrêmement prometteuse; plus efficace que la désinsectisation par aérosols et applicable pendant que l'aéronef est « en l'air », elle est préférable du point de vue des autorités sanitaires. Le Comité en recommande l'adoption dès que les dernières mises au point seront achevées. Après avoir indiqué un certain nombre d'améliorations à apporter à cette technique, le Comité formule d'autres recommandations pour des recherches et des enquêtes futures. Toutefois, compte tenu de la probabilité d'utilisation des aérosols pendant quelque temps encore, le Comité a joint à son onzième rapport: a) une méthode provisoire d'essai biologique des aérosols proposés pour la désinsectisation des aéronefs; b) des méthodes d'épreuve des aérosols et des diffuseurs d'aérosols; c) une liste d'aérosols dont l'efficacité pratique est avérée.

La surveillance médicale du personnel professionnellement exposé aux radiations. Deuxième rapport du Comité d'experts des Radiations. O. M. S.: Série de Rapports techniques, 1960, No 196; 33 pages. Prix: \$0.30. Existe aussi en versions anglaise et espagnole.

Les risques sanitaires liés à l'action des rayonnements ionisants ont été étudiés bien plus en détail que ceux de la plupart des autres agents nocifs, chimiques ou physiques, qui se rencontrent couramment dans l'industrie et dans la vie moderne; aussi le bilan sanitaire exceptionnellement favorable des établissements utilisant des radiations n'a-t-il d'équivalent dans aucune autre branche d'industrie. Mais pour qu'il reste aussi favorable, il est indispensable de donner à la surveillance médicale toute l'ampleur que requiert le développement rapide des activités faisant appel aux substances radioactives et à l'énergie nucléaire. Le deuxième rapport du Comité d'experts des Radiations est destiné à servir de guide à tous ceux qui participent à l'élaboration ou à la révision des programmes de protection sanitaire.

Pour que cette protection soit efficace, il doit y avoir une coopération aussi complète que possible entre le médecin responsable des aspects médicaux du programme, les physiciens et les chimistes spécialisés dans la mesure de la radioactivité et les radiobiologistes qui étudient les effets des radiations et le comportement des matières radioactives dans le corps humain. Selon le type d'activité et selon la nature et la quantité des rayonnements émis

ACTION PROLONGÉE DE LA PÉNICILLINE QUI SE MESURE EN SEMAINES POUR...

- les infections streptococciques et pneumococciques
- la prophylaxie du rhumatisme articulaire aigu
- la syphilis (primaire et secondaire) et la blennorragie

dose injectée	durée de la pénicillinémie
600,000 unités.....	16 jours
1,200,000 unités.....	35 jours
2,400,000 unités.....	44 jours

pénicilline à longue action
conçue pour supplanter les injections
à renouveler constamment de pénicilline
procaïnique

- dans la salle d'urgence
- dans les salles
- à la clinique externe
- à domicile ou au bureau



*Marque Déposée
WALKERVILLE, ONTARIO

BICILLIN

INJECTABLE

À LONGUE ACTION

Pénicilline G benzathine, Wyeth



dans le milieu de travail, on doit pouvoir déterminer les risques auxquels sont exposés les travailleurs et instituer les mesures appropriées de protection. Les principales catégories de travaux passées en revue dans le rapport sont les suivantes: l'utilisation en radiologie médicale des émetteurs de rayons X et des sources scellées de radium et de cobalt, l'étude et le traitement des maladies par les radio-isotopes; les emplois industriels de la radiographie et des radio-isotopes; l'utilisation des radiations et des radio-isotopes dans la recherche, et l'exploitation de l'énergie atomique.

Dans tout programme de protection sanitaire, il est essentiel de prévoir une surveillance médicale régulière et divers autres examens, afin de contrôler l'état de santé du personnel et de déceler tout effet physiologique et pathologique des radiations; les maladies et accidents profes-

sionnels doivent être traités rapidement et efficacement. Le Comité, dans son rapport, examine dans le détail le rôle du médecin et de son équipe, ainsi que la sélection du personnel professionnellement exposé aux radiations; cette dernière question est importante pour la prévention. Le rapport traite également de la nature des examens médicaux à organiser et passe en revue un certain nombre de méthodes de laboratoire. Il contient certaines recommandations relatives à la tenue des dossiers médicaux, qui devront être exacts, complets et bien organisés et dont le caractère confidentiel devra être strictement respecté. On y trouve également quelques indications sur les services médicaux adaptés aux diverses catégories d'établissements qui utilisent des radiations, notamment en ce qui concerne les installations de décontamination. Enfin, le rapport donne quelques brèves recommandations sur les mesures préliminaires à prendre en cas d'accidents.

L'Union Médicale du Canada en 1892

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE

Juin 1892

La Chambre des députés et le Sénat français viennent de remanier d'une façon assez sérieuse la loi concernant l'exercice de la médecine dans notre ancienne mère-patrie.

Nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs les points principaux sur lesquels ont porté les amendements, tels que nous les trouvons reproduits dans nos échanges de Paris.

D'après le titre premier, « nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat ».

Le titre deuxième stipule que « nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste. Le diplôme de chirurgien dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat ».

Dans le titre troisième, nous trouvons que « les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1ère ou de 2e classe délivré par le gouvernement à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat. Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ».

En vertu du titre quatrième, « les médecins, dentistes et sages-femmes diplômés à l'étranger, quel que soit leur nationalité, ne pourront dorénavant exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents. Des dispenses de scolarité et d'examens pourront cependant être accordées par le ministre, mais en aucun cas les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

« Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français. D'autres part, il pourra leur être accordé, en vue de l'instruction dans les Facultés et Ecoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger ».

« Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

« Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu à faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration du cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visés dans le paragraphe suivant:

« La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France ».

Pour d'excellents résultats cliniques

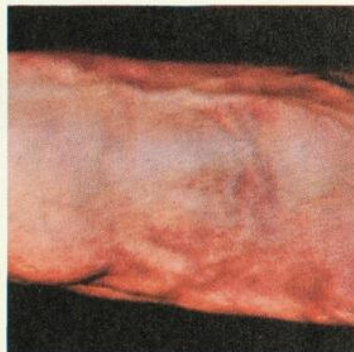
Veriderm* Medrol**

pour les dermatoses non-infectées

Veriderm Neo-Medrol*

pour les dermatoses infectées

Veriderm Medrol



Veriderm Neo-Medrol



Avant traitement
Névrodermite de la cheville
accompagnée d'éruptions et de
plaques étendues d'érythème
induré et squameux.

Après traitement
Guérison après trois semaines
de traitement au Veriderm
Medrol, 0.25%.



Avant traitement
Dermatite atopique infectée
intéressant une grande partie
de la tête.

Après traitement
Guérison après deux semaines de
traitement au Veriderm
Neo-Medrol, 0.25%.

Le Veriderm, par sa composition et son action en clinique, se rapproche beaucoup des lipides cutanés. Il adoucit la peau, adhère aussi bien aux lésions suintantes qu'aux lésions sèches et ne laisse pas de traces inesthétiques.

L'acétate de Medrol est, d'après plusieurs cliniciens, le corticostéroïde topique idéal. Il donne d'excellents résultats en dermatologie grâce à la rapidité et à l'efficacité de son action.

La Néomycine (qui figure dans le Veriderm Neo-Medrol) est sans égal pour traiter et prévenir les infections cutanées secondaires.

Le Veriderm Medrol est conditionné en tubes de 5 et de 15 grammes, renfermant 0.25% d'acétate de Médrol (méthylprednisolone) dans le Veriderm, excipients reproduisant les lipides cutanés.

Le Veriderm Neo-Medrol est conditionné en tubes de 5 et de 15 grammes, renfermant 0.25% d'acétate de Medrol (méthylprednisolone) avec 0.5% de sulfate de néomycine dans le Veriderm, excipient reproduisant les lipides cutanés.

Upjohn

*MARQUE DÉPOSÉE **MARQUE DE COMMERCE

C.Q.F.D.

La méthode de traitement idéale de l'infection devrait comporter la détermination de la sensibilité des germes aux antibiotiques préalablement au choix définitif de l'antibiotique, mais cette méthode est loin d'être toujours réalisable en pratique. De nombreux médecins ont choisi de prescrire en premier lieu l'Albamycin T en raison de son caractère logique et ont persisté dans cette voie en s'appuyant sur les succès cliniques qu'elle leur a donnés. Une étude bactériologique approfondie vient de démontrer la sagesse de leur choix. Dix hôpitaux canadiens indépendants, totalisant 3202 lits et d'une capacité moyenne de 320 lits, ont accepté de procéder à un travail de vérification courante de la sensibilité bactérienne. La compilation de leurs résultats montre que l'Albamycin T est nettement supérieure aux quatre autres antibiotiques qui ont été essayés.

SENSIBILITE GLOBALE AUX ANTIBIOTIQUES DANS 10 HOPITAUX CANADIENS

ALBAMYCIN T (2546 souches)

85.8%

CHLORAMPHÉNICOL (2545 souches)

72.5%

ERYTHROMYCINE (1579 souches)

66.9%

TÉTRACYCLINE (2247 souches)

64.3%

NOVOBIOCINE (1856 souches)

62.8%

Les laboratoires des dix hôpitaux en question ont déterminé la sensibilité par la méthode classique des disques. Les disques utilisés étaient identiques à ceux qu'employait couramment le laboratoire avant d'entreprendre l'essai, chaque disque étant imprégné de la concentration suivante d'antibiotique:

ALBAMYCIN T 15 mcg de tétracycline
15 mcg de novobiocine

CHLORAMPHÉNICOL 30 mcg

ERYTHROMYCINE 15 mcg

NOVOBIOCINE 30 mcg

TÉTRACYCLINE 30 mcg

Upjohn

SENSIBILITE DES DIVERSES SOUCHES BACTERIENNES

	Chloramphénicol	Erythromycine	Novobiocine	Tétracycline	Albamycin T
Staphylocoque pyogène	77.7%	75.8%	95.3%	67.6%	99.1%
Escherichia coli	70.5%	12.1%	14.2%	69.7%	77.2%
Groupe des streptocoques	85.3%	95.6%	91.5%	86.0%	95.7%
Groupe des Proteus	66.7%	†	51.5%	24.0%	74.1%
Groupe des pseudomonas	37.9%	5.6%*	5.0%	29.0%	55.1%
Aerobacter aerogenes	61.5%	26.3%*	24.6%	67.6%	80.8%
Diplococcus pneumoniae	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Klebsiella pneumoniae	57.1%	†	37.0%	62.5%	84.8%
Hemophilus influenzae	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Divers **	82.5%	69.6%	42.1%	72.7%	81.0%

*Deux hôpitaux seulement ont essayé l'érythromycine **Souches diverses—N. gonorrhoea, E. freundii, E. intermedia, groupe des paracolibacteria, groupe des achromobacter, groupe des pasteurella, N. meningitidis, Micrococcus urea, B. muco-capitatus, B. arthrocoïdes
†Pas essayé

Albamycin^{*}T

NOVOBIOCINE/TÉTRACYCLINE

Granulé aromatisé - présenté en flacons de 40 et de 60 c.c. (après solubilisation). Comprimés - présentés en flacons de 16 et de 100 comprimés.

“the lady doth
protest too much,
methinks”

“cette dame
exagère vraiment,
il me semble”

Hamlet, acte 3, scene 2

Shakespeare n'entendait probablement pas grand chose aux médicaments, mais, chose certaine, il connaissait la nature humaine. Nous réagissons presque tous avec scepticisme quand on nous présente quelque chose—et les médicaments n'y font pas exception—paré du plumage chatoyant des superlatifs. Nous croyons cependant que le Medrol est le stéroïde le plus sûr et le plus efficace qui soit et, pour confirmer cette affirmation, nous disposons de documents cliniques sérieux. Sans autre exagération de notre part, nous vous demanderions simplement de prescrire une des nombreuses formes de Medrol. Une fois votre opinion faite, vous renchéririez peut-être à notre place ajoutant même quelques superlatifs de votre cru.

pour couvrir vos besoins en matière de cortico-thérapie

PAR VOIE ORALE

Medrol en comprimés

(méthylprednisolone)

Comprimés à 2 mg. en flacons de 30 et de 100 comprimés.

Comprimés à 4 mg. en flacons de 30, de 100 et de 500 comprimés.

Medrol Medules

Capsules à 4 mg. en flacons de 30 et de 100 capsules.

Medroxine

Un comprimé renferme:

Medrol, 2 mg. et chlorhydrate d'Orthoxine (méthoxyphénamine), 75 mg.

en flacons de 30 et de 100 comprimés.

PAR VOIE PARENTÉRAL

Depo-Medrol

Suspension aqueuse stérile

acétate de Medrol, 40 mg. par c.c. en flacon-ampoule de 1 c.c. et de 5 c.c.

COMME TOPIQUE

Veriderm Medrol à 0.25%

tubes de 5 et de 15 Gm. renfermant 0.25% d'acétate de Medrol dans un excipient lipidique.

Veriderm Neo-Medrol à 0.25%

dans les dermatoses infectées

tubes de 5 et de 15 Gm. renfermant 0.25% d'acétate de Medrol et 0.5% de sulfate de néomycine dans un excipient lipidique

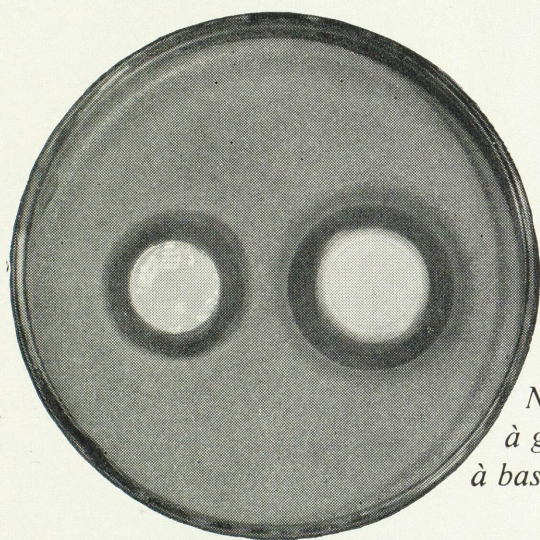
Upjohn

À L'AVANT GARDE DES RECHERCHES
SUR LES CORTICOSTÉROÏDES

The Upjohn Company of Canada • Don Mills (Toronto), Ontario

*si 2 onguents renferment
les mêmes antibiotiques,
comment l'un des deux peut-il
être plus efficace?*

...La base unique* du Neo-Polycin libère dans les lésions
une plus grande concentration d'antibiotiques.



à droite: onguent
Neo-Polycin
à gauche: onguent ordinaire
à base de graisse

Les plaques de gélose, après incubation, démontrent que l'onguent
Neo-Polycin est plus efficace contre les pathogènes topiques courants.

Cette plaque de gélose, contenant le *Staph. doré*, fut soumise à l'incubation pendant 24 heures à la température ambiante. Remarquez la zone d'inhibition plus prononcée autour de l'onguent Neo-Polycin (à droite) qu'autour de l'onguent à base de graisse possédant la même teneur antibiotique (à gauche). Des épreuves sur les pathogènes suivants donnèrent des résultats similaires: *strep. hémolytique bêta*, *E. coli*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*. En plus de son action bactéricide sur les pathogènes courants, le Neo-Polycin, libérant des concentrations plus grandes d'antibiotiques, a tendance à inhiber la croissance des souches relativement résistantes et à diminuer la résistance antibactérienne que développent les concentrations moins efficaces.

formule: Chaque gramme d'onguent Neo-Polycin contient 4.28 mg. de sulfate de néomycine (3 mg. de néomycine), 400 unités de bacitracine de zinc, 8000 unités de sulfate de polymyxine B. Présenté en tubes de 5 et 15 gm. Pour les infections topiques avec inflammation, utiliser le Neo-POLYICIN HC (1% d'acétate d'hydrocortisone). Présenté en tubes de 5 gm.

*FUZENE—une base brevetée, miscible au sang, au pus, aux exsudats tissulaires.

Dans le titre sixième enfin, il est stipulé que « les médecins venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession en France avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée ».

Nous ne voyons, pour notre part, rien que de très juste dans la plupart des amendements précités. Si le gouvernement de la République trouve bon et opportun de protéger les médecins français en exigeant que les médecins diplômés à l'étranger soient soumis à de nouvelles épreuves et à de nouveaux examens, il a toute raison et tout droit de le faire. Cela justifie, à nos yeux, la ligne de conduite adoptée par notre Bureau provincial de médecine le 11 mai dernier, et en vertu de laquelle tout diplômé étranger devra dorénavant être soumis à un examen avant que d'avoir la licence provinciale. Si la profession médicale est encombrée en France, elle l'est bien davantage ici, et la même mesure préventive est bonne dans l'un et l'autre pays.

Comme le fait observer notre confrère du *Scalpel*, le titre premier de la nouvelle loi est la mort de l'enseignement libre et la reconnaissance de l'omnipotence de l'Etat en matière d'instruction, attendu qu'il oblige tous les étudiants des Facultés libres à subir leurs examens terminaux devant un établissement de l'Etat. Ce titre supprime aussi l'officiat de santé, les seuls officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi, et les élèves qui ont pris à l'époque actuelle leur première inscription, pourront continuer la pratique. Après quoi, par voie d'extinction, l'officier de santé aura vécu.

La clause relative à la déclaration des cas de maladies épidémiques, en dépit du dogme du secret professionnel,

fait, comme on le voit, bon marché de celui-ci, aussi cette disposition est-elle accueillie en France avec une réserve des plus significatives par la profession médicale.

Ici, également, beaucoup de médecins se plaignent de la nécessité où ils sont de déclarer au Bureau de santé les cas de maladies contagieuses, et se retranchent volontiers derrière le secret professionnel. Mais il paraît qu'il n'y a pas de secret qui tienne en face d'un danger menaçant le public, et il faut s'exécuter. *Salus populi suprema lex esto!* Toute réflexion faite, c'est peut-être encore mieux comme cela.

Les journaux politiques nous apprennent qu'un médecin étranger, gradué, paraît-il, de la Faculté de Paris, et auquel le Bureau provincial de médecine vient de refuser l'octroi de la licence *ad praticandum*, a pris un bref de *mandamus* contre le Bureau, à l'effet de forcer celui-ci à lui accorder *instanter* la licence susdite.

Si la nouvelle est vraie, ce que nous ignorons absolument, celui-là peut se vanter d'être *fin de siècle*, et nous sommes curieux de voir en vertu de quelle loi le Bureau sera mis en demeure d'accéder au désir de l'exigeant étranger. On dira peut-être que jusqu'à aujourd'hui l'usage a été d'accorder la licence à tout porteur d'un diplôme étranger. Si l'usage fait loi, fort bien. Mais tel n'est malheureusement pas le cas, et si le Bureau a eu naguère des faiblesses et des complaisances, il ne saurait être forcé d'en avoir indéfiniment. Le texte de la loi lui *permet* seulement mais *ne l'oblige pas* d'accorder, dans ce cas présent, la licence sans examen, et s'il se refuse absolument, comme il vient de le faire, à ouvrir ses portes aux gradués étrangers, ce ne sont pas les cours de justice qui peuvent l'y forcer.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

AZO-MANDELAMINE

Azo-Mandelamine associe, dans un comprimé glutinisé, en forme de capsule, 50 mg. de chlorhydrate de phénylazodiamino-pyridine (Pyridium) et 500 mg. de mandélate de méthénamine (Mandelamine).

Un seul comprimé d'Azo-Mandelamine produit l'effet analgésique de Pyridium tout en exerçant l'activité antibactérienne de Mandelamine sur les voies urinaires. Ainsi, en plus de maîtriser l'infection. Azo-Mandelamine soulage la douleur, la brûlure et diminue la fréquence des mictions qui accompagnent plusieurs types d'infection des voies urinaires. L'activité analgésique spécifique de Pyridium se limite à la muqueuse urogénitale, le comprimé ne présente aucun des risques que comportent les analgésiques exerçant une action centrale.

Dans Azo-Mandelamine, le composant Mandelamine détruit la plupart des microbes pathogènes des voies urinaires, y compris plusieurs souches résistant aux antibiotiques et aux sulfamides. Plus de vingt ans d'utilisation clinique n'ont permis d'observer aucune diminution de la sensibilité bactérienne à Mandelamine, et l'on n'a rencontré aucune variété résistante.

Dans Azo-Mandelamine, Mandelamine est transformée, comme d'habitude, en ses deux composants — la méthénamine et l'acide mandélique. L'acide mandélique, excrété tel quel dans l'urine, accroît l'acidité urinaire; la molécule d'acide urique et d'acide mandélique, dans un milieu acide, exerce un effet inhibiteur sur les bactéries. Lorsque la méthénamine atteint l'urine acide, elle est hydrolysée en formaldéhyde, assurant une concentration antibactérienne de formaldéhyde dans l'urine. Pour une efficacité maximum, il faut maintenir un pH urinaire de 5.5 au maximum.

Azo-Mandelamine est particulièrement indiquée dans les cas d'infections courantes des voies urinaires inférieures, habituellement associées à la dysurie — cystite, prostatite, uréthrite non spécifique, calculs de la vessie et autres états irritants de la région vésicale et prostatique.

Azo-Mandelamine est un agent thérapeutique idéal à la suite d'une intervention sur la vessie ou la prostate; elle soulage les malaises uro-génitaux en même temps qu'elle procure les avantages prophylactiques d'une urine active du point de vue antibactérien.

La prophylaxie devient de plus en plus importante avant et après l'emploi d'un cathétère ou d'un cystoscope. Azo-



nouvel espoir thérapeutique dans la céphalée sinusale

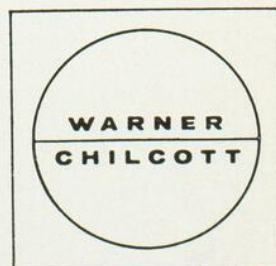
la congestion et la céphalée sinusale ou frontale —
provenant d'une sinusite vraie ou d'une rhinite —
se résorbent rapidement à l'aide de Sinutab. En
thérapeutique ou en prophylaxie, le Sinutab éloigne

la douleur avec rapidité et efficacité, décongestionne
les muqueuses et relâche le patient. Constatez par
vous-même l'efficacité du Sinutab; vous et vos pa-
tients en serez enchantés.

Sinutab

pour la céphalée sinusale et frontale

Fabricants de TEDRAL GELUSIL PROLOID PERITRATE MANDELAMINE

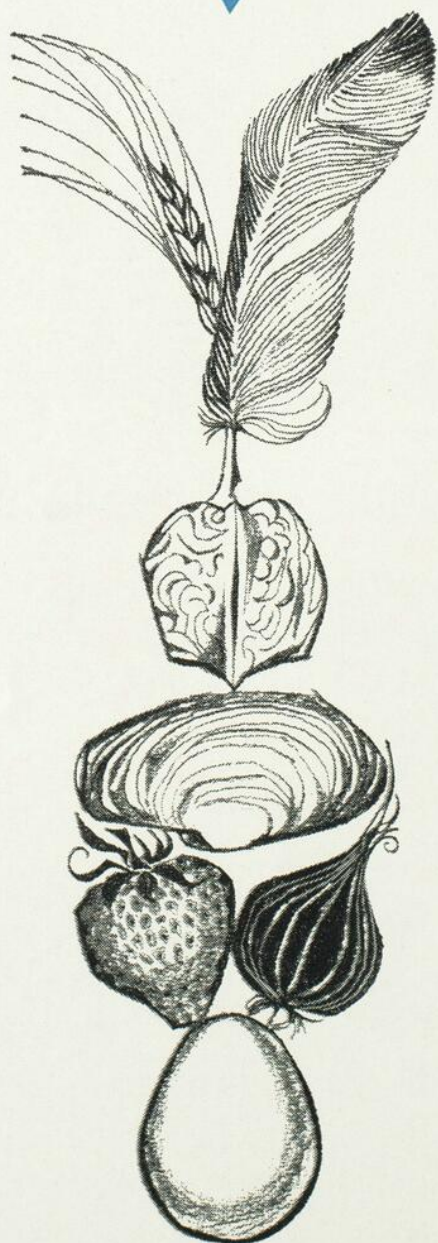


TORONTO, ONTARIO

A tarax

Cl. H. d'Hydroxyzine

Le tranquillisant à action anti-allergique exceptionnelle



CONTRE

l'Allergie

urticaire
dermatite diffuse
asthme bronchique

Pour votre patient souffrant
d'affections allergiques, considérez
les témoignages en faveur de l'

Atarax

(C.H. d'Hydroxyzine)

"... on attribue à l'hydroxyzine une valeur clinique considérable dans le traitement de l'**urticaire chronique**."

J. H. Toogood et al, Applied Therapeutics, août 1960.

"... résultats sensationnels dans l'**urticaire**... L'hydroxyzine joint des propriétés antihistaminiques soulageant les états allergiques à des effets de relaxation musculaire et de tranquillité, une combinaison d'effets qui apaise les réactions de stress physique et mental associées à ces troubles."

Santos, I. M. H. et Unger, L., F.A.C.A. Ann. Allergy 18:172 (fév.) 1960.

"... l'un des (tranquillisants) les plus efficaces dans l'**urticaire chronique**."

"Le soulagement de la démangeaison et de l'urticaire est souvent dramatique."

Current Therapy, édition 1960, pp. 498.

"... (Atarax), qui est également un **antihistaminique**, semble être le plus efficace dans le soulagement de la **démangeaison**..."

Anning, S. T., F.R.C.P.—Drug Treatment of **Eczema**, British Med. Journal, 21 nov. 1959.

"Une série de 151 patients allergiques furent traités (à l'hydroxyzine). La drogue fut efficace dans la **rhinite allergique, l'urticaire, et le prurit** d'origine allergique."

Grater, W. C., Postgraduate Medicine, novembre 1960.

"... dans l'**urticaire chronique**... Le soulagement de la démangeaison et de l'urticaire est souvent sensationnel."

Eisenberg, B. C., Management of Chronic Urticaria, J.A.M.A., 3 janv. 1959, Vol. 169, N° 1.

"L'hydroxyzine soulagea les symptômes pruriteux chez 70 patients sur 77 souffrant de différents troubles cutanés ordinaires."

Behling, R., Clinical Medicine, août 1959.

"Dans l'ensemble les résultats démontrent des effets heureux chez soixante-douze des soixante-quinze patients traités (96%)."

"L'hydroxyzine est une **préparation antipruriteuse** et tranquillisante efficace, entraînant une toxicité exceptionnellement faible."

Shapiro, I., Medical Times (Vol. 87, N° 12), décembre 1959.

"... chlorhydrate d'hydroxyzine... Une estimation objective chez 140 patients permit de conclure à la grande utilité du chlorhydrate d'hydroxyzine en thérapie adjuvante dans le traitement de patients atteints de dermatoses associées à une tension émotive."

Robinson, H. R. Jr., Robinson, R. C. V. et Strahan, J. F., Southern Medical Journal, Vol. 50, 1282-1287.

"En général, les effets du chlorhydrate d'hydroxyzine sur l'**urticaire chronique** ont été très satisfaisants et utiles."

Bottomley, H. W., M.D., F.A.C.P., "Chronic Urticaria", The Winnipeg Clinic Quarterly—décembre 1960.

PRÉSENTATION:

Comprimés à 10, 25 et 50 mg.

Sirop dosé à 10 mg/5 cc.

Solution parentérale dosée à

25 mg/cc. en fioles de 10 cc.


PFIZER CANADA

Mandelamine non seulement exerce une activité antibactérienne qui réduit les possibilités d'infection, mais soulage également l'irritation et les malaises associés à ces interventions.

Les infections causées par les organismes gram-négatifs et gram-positifs, révélant une sensibilité aux disques « Sensi-Discs » Mandelamine (que l'on peut se procurer sans frais), réagiront au traitement avec Azo-Mandelamine.

Azo-Mandelamine est contre-indiquée dans les cas d'insuffisance rénale, d'urémie, d'hépatite grave et dans la pyélonéphrite de la grossesse associée à des troubles gastro-intestinaux.

Adultes — Deux comprimés quatre fois par jour. *Enfants de plus de 60 lb.* — Un comprimé par 15 lb. de poids, chaque jour, en doses fractionnées.

Il n'est pas nécessaire de recourir à des mesures spéciales comme une acidification supplémentaire, des restrictions sur l'absorption des liquides, une thérapie alcaline ou un régime particulier. Toutefois, si l'infection est causée par un organisme qui cause une fermentation ammoniacale, l'emploi d'un agent acidifiant durant une période de 24 à 36 heures facilitera le maintien de l'acidité urique.

Flacon de 100 comprimés. (Warner-Chilcott Laboratories Co. Limited, Toronto, Ontario).

FILM SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE MASSAGE EXTERNE DU COEUR

Smith Kline & French, une compagnie montréalaise de produits pharmaceutiques vient de présenter un film concernant une nouvelle méthode qui pourrait être appelée à révolutionner le traitement de nombreux cas de crises cardiaques.

Intitulé « External Cardiac Massage », ce film traite d'une toute récente technique permettant au cœur, qui a cessé de battre, de reprendre ses battements, sans pour cela qu'on ait recours à l'ouverture du thorax et au massage cardiaque direct.

Fait en coproduction avec les promoteurs de cette méthode — R. Jude, W. B. Kouwenhoven et G. Guy Knickerbocker, tous attachés au Johns Hopkins Medical Institutions — ce film illustre la façon par laquelle cette technique substitue une pression externe aux contractions rythmiques normales du myocarde normal, maintenant ainsi un flot circulatoire suffisant à la conservation de la vie.

Cette technique, que l'on a qualifiée « d'étonnamment efficace » fut employée, au Johns Hopkins Hospital, sur plus de 100 malades ayant subi un arrêt du cœur. Soixante-deux pour cent des sujets furent ranimés et retrouvèrent, tant du point de vue du cœur que du système nerveux central, l'état dans lequel ils se trouvaient avant la crise.

Ce film illustre comment la compression de la partie inférieure du sternum comprime le cœur et force le sang dans les vaisseaux pulmonaires et organiques. Le relâchement de la pression permet au thorax de s'élargir et au cœur de se remplir. Si la méthode est appliquée dans les quatre minutes qui suivent l'arrêt cardiaque, accompagnée d'une ventilation pulmonaire, elle peut véritablement renverser le pronostic fatal.

« External Cardiac Massage » énumère les étapes qui doivent être suivies pour ranimer les malades dont le cœur a cessé de battre ou qui souffrent d'une crise de fibrillation ventriculaire, tant à l'hôpital qu'en dehors. Ce

film médical éducatif SK&F fait également une distinction entre l'arrêt du cœur et la fibrillation ventriculaire, il illustre l'emploi d'un défibrillateur externe comme partie intégrante de la technique de réanimation, il montre enfin l'application de cette technique aux bébés et aux enfants.

Un groupe de huit experts — médecins éminents — ont participé à l'élaboration du script en donnant des conseils. Ces experts sont: le Docteur Claude S. Beck, Western Reserve University; le Docteur Donald W. Benson, the Johns Hopkins Medical Institutions; le Docteur Alfred Blalock, the Johns Hopkins Medical Institutions; le Docteur Gilvert S. Blount, Université du Colorado; le Docteur Peter Forsham, Université de Californie; le Docteur Edgar C. Hanks, Presbyterian Medical Center; le Docteur C. Walton Lillehei, Université du Minnesota et le Docteur Mason Sones, The Cleveland Clinic.

Ce métrage, produit par SK & F, est le quatrième d'une série de films médicaux éducatifs réservés exclusivement au corps médical. Il s'agit d'un film parlant et en couleurs, d'une durée de 21 minutes. Il peut être obtenu par un système de location gratuite en s'adressant aux représentants locaux de la firme ou en communiquant directement avec Smith Kline & French, 300 boul. Laurentien, Montréal.

La version française de cette production sera bientôt disponible sous le titre: « Massage cardiaque transthoracique ».

Les autres films de cette série sont: — « Resuscitation of the Newborn »; « Human Gastric Function » et « Recognition and Management of Respiratory Acidosis ».

Ces films ne font allusion à aucun produit pharmaceutique.

UN TRIO DISTINGUÉ ACCEPTE L'INVITATION À JUGER LE "PHYSICIANS' ART SALON" 1961

Hommes de talent, très bien qualifiés et sympathiques aux intérêts de l'amateur pour la peinture et la photographie, voilà un exposé bref mais précis en faveur des membres du jury choisis pour évaluer les oeuvres qui seront inscrites au dix-septième « Physicians' Art Salon » annuel.

Tenu à l'occasion du congrès annuel de l'Association Médicale Canadienne, pendant la semaine du 19 juin, le Salon occupera cette année toute la mezzanine des quartiers-généraux du congrès, à l'Hôtel Reine Elizabeth à Montréal. Ce Salon est une évènement de plus en plus popu-

laire et les médecins et étudiants en médecine canadiens y voient une véritable attraction et une occasion de mettre en évidence leurs talents artistiques et photographiques.

Le but du Salon étant de stimuler l'intérêt des médecins pour les arts et d'encourager les efforts des artistes par des récompenses, le comité et la maison Horner sont vivement honorés du fait que des juges aussi hautement qualifiés que Harold Beament, RCA, Albert Cloutier, RCA, et Geoff. F. Rogers, aient consenti à faire le choix de quelque quarante-cinq oeuvres dans les diverses catégories, pour l'attribution de prix.

M. Beament, artiste canadien accompli et respecté, a beaucoup voyagé dans le monde occidental où il a enregistré et interprété les scènes qui se sont présentées à lui. Après avoir fait du service actif lors des deux guerres mondiales, M. Beament s'est retiré de la Marine en 1947, avec le titre de Commandant. Une de ses nombreuses fonctions a été celle d'Artiste Naval Senior de Guerre. M. Beament a commencé à peindre en 1924 après une brève carrière légale.

M. Albert Cloutier a été élevé et a fait ses études à Montréal. Il est connu pour ses descriptions remarquables de la scène canadienne. Après avoir occupé le poste de Surveillant des Arts et de l'Imprimerie au Département des Services Nationaux de Guerre, de 1940 à 1943, il a servi, pendant les deux années qui suivirent, comme Artiste de Guerre attaché au C.A.R.C. M. Cloutier est un ancien Président du Art Directors' Club of Montreal et du Arts Club of Montreal.

Geoff. Rogers, Président de Arnott & Rogers Limited, photographes commerciaux de Montréal, apporte au jury une richesse d'expérience et de succès dans le domaine de la photographie. Au cours de la deuxième guerre mondiale il a servi comme Officier-Photographe en charge des renseignements aériens, avec l'Armée Canadienne en Europe. M. Rogers a reçu de nombreux trophées en photographie, parmi lesquels le Anseo Award pour monochromes, et le Eastman Award pour photographie en couleurs.

Les quarante-cinq oeuvres primées, parmi les huit cent inscriptions ou plus attendues, auront vraiment reçu une évaluation judicieuse par le jury. Les médecins et étudiants en médecine qui désirent s'inscrire, et qui n'ont pas encore reçu un blanc d'inscription, peuvent en obtenir un en écrivant à Frank W. Horner Limited, C.P. 959, Montréal 3, P.Q.

LIVRES RECUS DEPUIS LE 1er AVRIL 1961

Le Sang. Par Georges MARCHAL et Gérard DUHAMEL. Coll. Que sais-je? Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1961.

Comité d'experts des drogues engendrant la toxicomanie, 11e rapport. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.

Le glaucome — Etude critique sur les hypertensions oculaires. Par P. DESVIGNES. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

Prévention et traitement des complications de la chirurgie oculaire. Par R.-M. FASANELLA. Masson et Cie, édit., Paris, 1960.

Histoire de la chirurgie. Par Claude D'ALLAINES. Coll. Que sais-je? Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1961.

De la genèse des maladies. — Le rôle des métabolites intermédiaires toxiques. Par E. DAUBRESSE et J.-L. DAUBRESSE. Librairie Maloine, édit., Paris, 1961.

La méningite purulente traitée. Par Pierre MOZZICONACCI et François GIRARD. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Comment prescrire les formules magistrales modernes. Par G. CUVIER. Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1961.

Les ulcères de jambe de cause circulatoire. Par Pierre GERARD. L'Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1961.

Les ictères post-opératoires précoces. Par F. POILLEUX et A. KAPANDJI. L'Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1961.

METHODE DE ZONDEK
(Curetage Médical)

AMENORRHEE
OU
GROSSESSE ?

pour une réponse rapide

**AMENORONE
FORTE**

Chaque comprimé contient 50 mg. d'éthistérone plus 0.05 mg. d'éthinylœstradiol

1 comprimé par jour pendant 3 jours

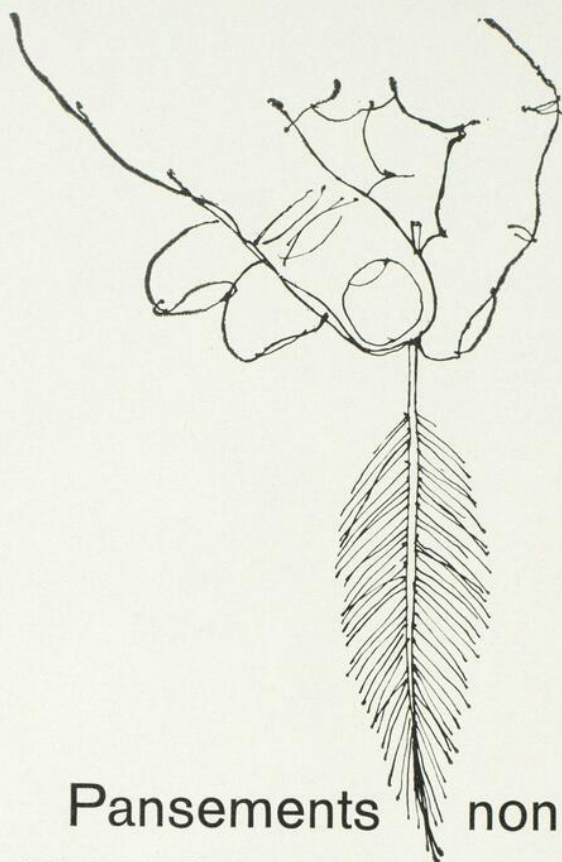
L'Aménorone Forte agit directement sur l'endomètre. L'interruption de la cure produit le "curetage médical" décrit par Fuller Albright qui est une menstruation "physiologique normale". L'Aménorone Forte n'a pas d'action si la patiente est enceinte.

Boîte de 3 comprimés pour une cure de 3 jours.



ROUSSEL (CANADA) LTÉE

209 EST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL 18, P. Q.



Pansements non adhérents

CARBONET ET JELONET

S'ENLÈVENT EN DOUCEUR

CARBONET, un pansement imprégné de polyéthylène glycol hydrosoluble, convient à tous les genres de plaies. Fabriqué d'un tissu à base de rayonne multi-filament, CARBONET n'adhère pas à la plaie. Il s'enlève en douceur, sans causer de douleur au patient et sans traumatiser le tissu. Il ne provoque pas de macération sous le pansement. Tout résidu peut être enlevé rapidement et sans douleur, laissant la plaie propre.

JELONET est également un pansement non adhérent. C'est un pansement du genre tulle gras qui ne se coagule pas. Jelonet est entièrement et uniformément imprégné de molle paraffine jaune.

JELONET et CARBONET sont tous deux STÉRILISÉS et prêts à servir. Ils peuvent être stérilisés de nouveau sans dommage.



DISPONIBILITÉ:

CARBONET: boîte C.T.3: 30 pansements de $3\frac{3}{4}$ " carrés
boîte C.T.2: bande de $7\frac{1}{2}$ " x 4 verges

JELONET: boîte J.1: 36 pansements de $3\frac{3}{4}$ " carrés
boîte J.6: 10 pansements de $3\frac{3}{4}$ " carrés
boîte J.2: bande de $3\frac{3}{4}$ " x 8 verges



SMITH & NEPHEW LIMITED

5640, RUE PARÉ, MONTRÉAL 9, QUÉ.

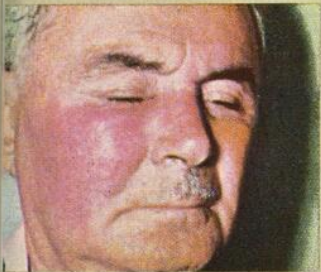
VARIDASE*

Streptokinase-Streptodornase Lederle

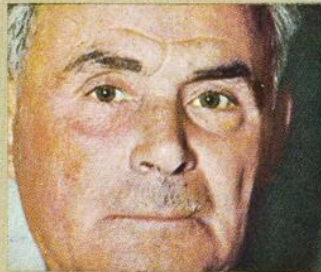
COMPRIMÉS

Buccaux

POUR L'INFLAMMATION
AIGÜE RÉSULTANT D'UNE
INFECTION OU D'UN
TRAUMATISME



Commencé
traitement
à la
VARIDASE



Cellulite

VARIDASE pendant
un jour et demi



remontant
à 15 ans



Ulcère variqueux chronique

après
VARIDASE
pendant 3 mois



après
3 semaines
de traitement
conventionnel

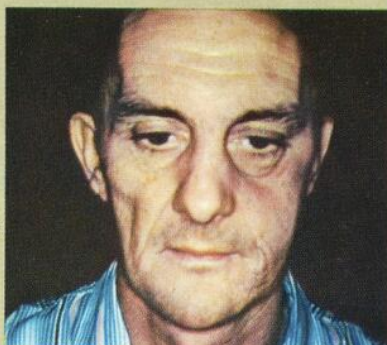


Abscès de suture

à la suite de
la gastrectomie
VARIDASE
pendant 4 jours



2 jours
après le
traumatisme



**Hématome
sévère**
VARIDASE
pendant 4 jours



Commencé
traitement
à la
VARIDASE
q. 2. h.



Thrombo-phlébite
après 4 jours
(malade ambulant)

RENDEZ LA CONVALESCENCE CONFORTABLE — HÂTEZ LE RÉTABLISSEMENT

Un rétablissement "normal" ne suffit pas. Maintenant, en associant la VARIDASE à votre traitement, vous pouvez délivrer votre malade du stress et de la douleur d'un rétablissement "normal"— rendre la convalescence confortable, abrégé le cycle du rétablissement, et être récompensé par la reconnaissance de votre malade.

Dans le traitement des affections chroniques rebelles, la VARIDASE accélère le rétablissement. Dans les affections autolimitatives ordinaires, la VARIDASE facilite la convalescence et permet de reprendre plus rapidement une vie constructive. Cela peut avoir une importance considérable, même pour le malade atteint d'une affection "mineure".

Les Comprimés Buccaux de VARIDASE sont indiqués pour enrayer l'inflammation à la suite d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale, et dans le cas de lésions purulentes ou inflammatoires des tissus sous-cutanés ou profonds.

VARIDASE*

Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS
Buccaux

Précautions: La VARIDASE n'a aucun effet défavorable sur la coagulation du sang normal. Il faut user de prudence dans le cas de malades en traitement par les anticoagulants, ou dont le mécanisme coagulant est défectueux. En présence d'infection, les Comprimés Buccaux de VARIDASE devraient être associés aux antibiotiques.

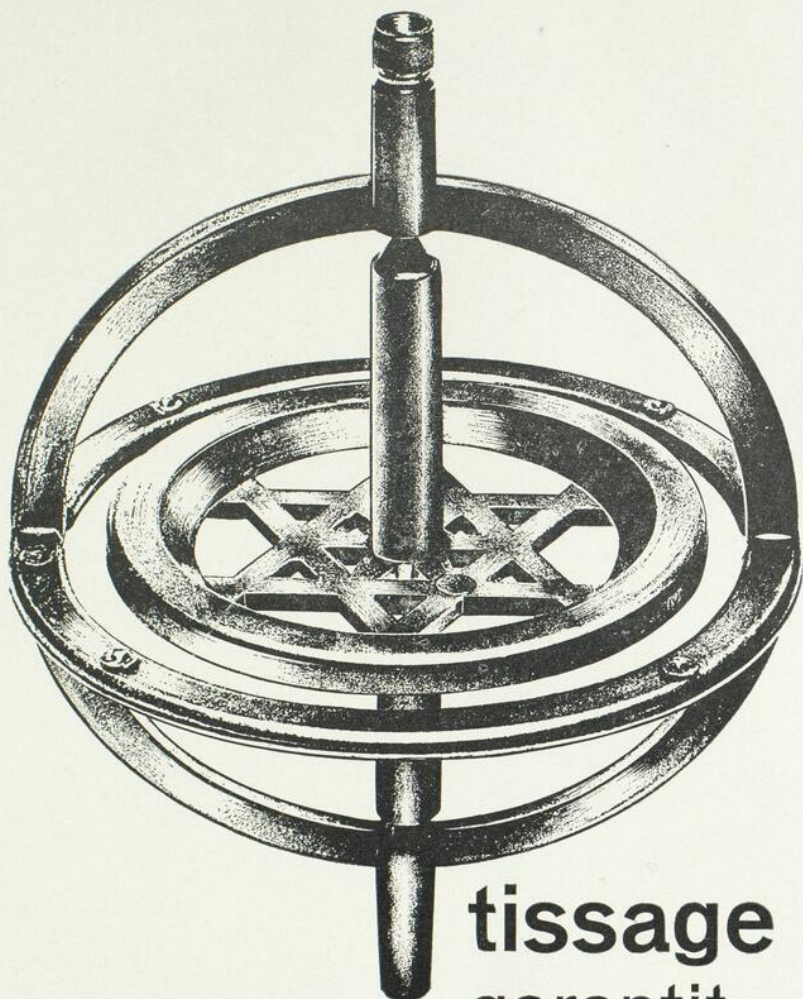
Dose: Un comprimé buccal quatre fois par jour ordinairement pendant cinq jours. Pour faciliter l'absorption, le malade devrait retarder d'avalier sa salive.

Présentation: Chaque comprimé renferme 10,000 unités de Streptokinase, 2,500 unités de Streptodornase. Boîtes de 12 et de 100 Comprimés.



*MARQUE DÉPOSÉE

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal



tissage équilibré
garantit
un soutien
uniforme

AUJOURD'HUI... MEILLEURE QUE JAMAIS PARCE QUE

FABRIQUE
AU CANADA

B-D

la proportion des fils de la chaîne (en long) et de ceux de la trame (en travers), déterminée de façon scientifique pour chaque Bande ACE assure une pression qui —

- garantit une élasticité égale et contrôlable
- maintient sous pression
- évite le tassement
- réduit au minimum la possibilité de constriction veineuse

ACE

BECTON, DICKINSON & CO., CANADA, LTD.
TORONTO 10, ONTARIO

BANDE ELASTIQUE CAOUTCHOUTÉE

B-D ET ACE SONT DES MARQUES DE FABRIQUE

77760F



l'adolescence féminine—période de désarroi

Durant la puberté, la jeune fille est la proie d'une pénible confusion. Cette transition — rapide et pourtant mystérieuse de bien des façons — appelle sûrement des conseils particuliers. Et quand vous conseillez l'usage de Tampax — la méthode de protection moderne sous forme de tampon — vous offrez de plus à votre malade l'assurance d'une hygiène menstruelle discrète, complète et sans danger.

Avec Tampax, pas de friction ni d'irritation. Il ne cause aucune érosion et n'arrête pas l'écoulement. Parce que Tampax procure une protection *interne*, il ne favorise le développement d'aucune odeur ni l'invasion de bactéries pathogènes. Il est facile de se servir de Tampax et de s'en débarrasser. Et puisque de nombreuses constatations cliniques confirment que

la virginité n'est pas une contre-indication, Tampax convient à tout âge durant la menstruation. Les jeunes filles apprécient surtout Tampax lorsqu'elles font de la culture physique et de la natation. Rien d'encombrant ne les embarrasse; rien ne gêne leur activité. La jeune fille plus âgée préfère Tampax à cause de l'aplomb qu'il lui permet d'avoir en société, en *tout* temps. Tampax est disponible en trois degrés d'absorption pour répondre aux différentes exigences.

Pourquoi ne conseilleriez-vous pas "Tampax" à vos malades adolescentes? Sa simplicité pratique et sa sécurité sont des avantages hors de pair qu'on apprécie sûrement de nos jours et qu'on appréciera aussi dans l'avenir.

Canadian Tampax Corporation Limited, Barrie, Ontario

X-RAY FOLLOW-UP



... à tout coup, le "Patrician 200" vous assure des clichés de rayons x d'une précision "de cadran"

C'est lors d'examens périodiques chez un même malade que vous êtes le plus à même d'apprécier l'expression "précision de cadran" appliquée à l'équipement "Patrician 200" G-E. La comparaison des clichés est plus facile parce que vous avez l'assurance que le débit des rayons X est constant. Le rendement en est prévisible d'une série de clichés à l'autre... et même d'un appareil G-E à l'autre ! Et de plus, vous profitez de tellement d'autres avantages avec le "Patrician": table à bascule, pleine taille, de 81" ... tube de suspension indépendant, écran fluoroscopique équilibré par contrepoids, et non pas par jeu de masse... accessoire de film sur place... rayons confinés à la région de l'écran, grâce à un obturateur limi-

teur automatique... économie d'achat et de manipulation.

Vous pouvez louer un "Patrician". Le plan de location G-E Maxiservice* vous permet une alternative intéressante à l'achat au comptant. Il comprend, pour un paiement mensuel raisonnable, l'installation, l'entretien, les accessoires, les lampes, l'assurance, les taxes locales. Pour plus de renseignements, voyez le représentant G-E de votre localité ou retournez-nous le coupon ci-dessous.

Le Progrès est le plus Important de nos Produits

GENERAL  ELECTRIC

General Electric, Service des Rayons X
Milwaukee 1, Wisconsin, Suite F.F. 61

S.V.P. m'envoyer:

- le Bulletin Patrician
 le Bulletin Maxiservice

NOM

ADRESSE

HYGIÈNE ET PROPRETÉ SONT INDISPENSABLES AU COMMERCE

Le respect des prescriptions de l'hygiène dans l'achat, la vente et la manutention des marchandises est la plus belle publicité que puisse se faire un établissement de commerce. Rien n'est plus propre à fortifier la confiance de la clientèle.

Le marchand, soucieux d'accroître ses affaires, n'accepte pas de marchandises en mauvais état, garde d'une manière sanitaire les denrées en vente et ne livre jamais de produits avariés.

Le premier devoir social du marchand, envers sa clientèle, est de ne pas mettre en circulation des marchandises contaminées par des germes infectieux.

Le second devoir social du marchand, c'est de se prémunir lui-même et sa famille contre les maladies contagieuses évitables. Il y va de son intérêt et de celui de ses clients.

Dans toutes les professions et dans tous les états, l'examen médical périodique est indispensable. Quand on entretient des relations quotidiennes avec le grand public, il faut être encore plus prudent. Que le marchand et ses employés veillent donc sur leur santé avec soin, qu'ils ne négligent jamais de prendre les précautions que suggère la médecine préventive et le succès couronnera leur entreprise.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Hon. ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre

JEAN GREGOIRE, m.d.,
sous-ministre



un nouveau service pour favoriser les relations
entre médecin et patient...

*Ce message est le début d'une série d'articles
qui paraîtront dans les principales publications au pays*

Mead Johnson of Canada Ltd. annonce

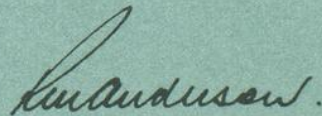
UN NOUVEAU SERVICE À LA PROFESSION MÉDICALE

Le mois prochain verra une série d'articles publiés par Mead Johnson dans les publications destinées au public, et les messages seront du même genre que la reproduction à la page suivante.

Le thème de la campagne sera "Votre médecin joue plusieurs rôles auprès d'un grand nombre de gens". Ces articles feront connaître les responsabilités importantes mais moins connues du travail et de la vie du médecin, ses divers rôles comme homme de science, éducateur, confident, responsable de décisions importantes et chercheur.

Par cette série, nous espérons favoriser les relations entre le médecin et le patient, grâce à une meilleure compréhension de la part du public, envers le médecin et les rôles variés qui incombent aujourd'hui à sa profession. En même temps, nous voulons attirer l'attention sur le fait que le système de choisir librement son médecin est la clé pour continuer l'excellence des soins médicaux dont nous profitons tous.

Certaines critiques envers la profession médicale, soit par ignorance soit par intérêt personnel, ont parfois donné un tableau injuste et faux du médecin. Cette situation a pu semer le doute et la confusion chez certaines personnes incapables de discerner la vérité. Une telle attitude mal fondée pourrait alors, si elle n'est pas corrigée, entraver le progrès de la médecine libre et agir au détriment des médecins ainsi que des patients.



R. M. Anderson, M.D.
Directeur médical

*votre médecin joue plusieurs rôles
auprès d'un grand nombre de gens*

La pratique de la médecine est une profession unique.

Les demandes qui sont imposées au médecin sont plus exigeantes que les responsabilités qui nous incombent dans nos travaux . . . et la tâche du médecin devient un fardeau considérable s'il ne remplit pas bien chacun des rôles qui lui incombent envers la vie et aussi envers la mort.

Considérons par exemple quelques-unes des fonctions qui lui sont demandées . . .

UN HOMME DE SCIENCE . . . qui applique son savoir scientifique et complexe au bien-être des gens dont les maladies sont aussi variées qu'imprévues.

UN ÉDUCATEUR . . . dont le sujet couvre la santé, les maladies et même la vie, dont la salle de cours est tout endroit sur son passage, et dont les auditeurs sont les patients qui doivent comprendre cet enseignement pour sauvegarder leur vie et leur santé.

UN CONFIDENT . . . la seule personne à qui l'on peut se confier absolument et de qui l'on sollicite des conseils importants.

UN CHERCHEUR . . . qui a fait des études très longues, ardues et rigoureuses en plus d'un entraînement fatigant, et qui pourtant doit sans cesse poursuivre ses recherches afin d'être au courant des nouvelles découvertes médicales.

UN RESPONSABLE DES DÉCISIONS . . . il doit souvent prendre des mesures vitales affectant la vie et le bien-être de toute votre famille.


N'est-il pas juste de réaliser alors que la pratique de la médecine est un service personnel d'une importance plus grande que d'ordinaire pour nous tous? N'est-il pas juste aussi de considérer que cette profession demande . . . et reçoit . . . les plus hauts standards de compétence et d'éthique professionnelle?

La pratique de la médecine est vraiment le service le plus intime envers une autre personne . . . le genre de service que vous devez choisir vous-même . . . et changer librement selon vos besoins individuel. C'est le genre de service entre les gens qui demande le respect, la confiance et la considération individuels qui ne sauraient être soumis aux rigidités d'une directive imposée par une législation.

L'un des articles au sujet de votre médecin présenté à titre de service public, par Mead Johnson of Canada Ltd., fabricants de produits pharmaceutiques et alimentaires.

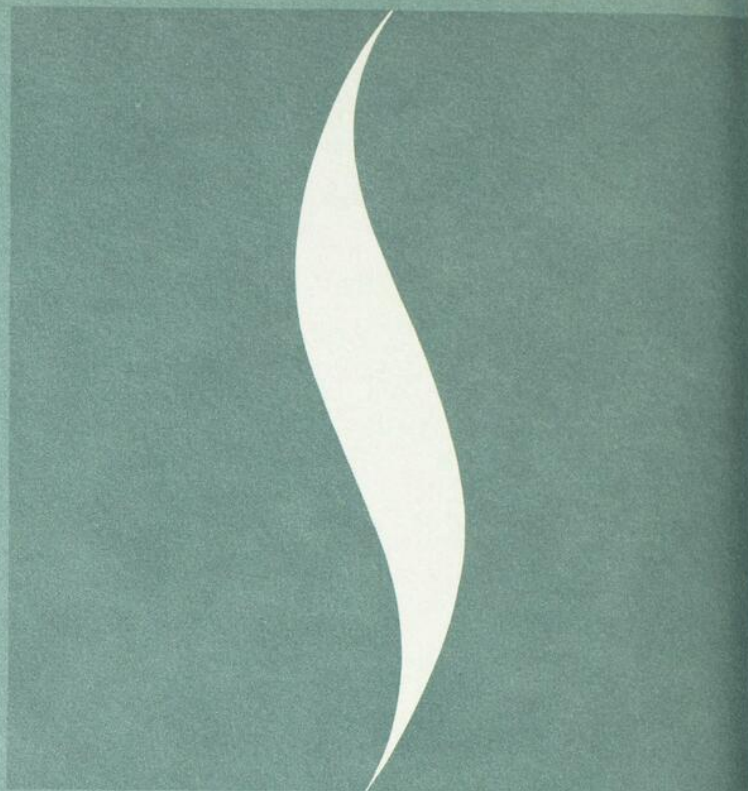


HOMME DE SCIENCE HOMME DE SCIENCE HOMME DE SCIENCE HOMME DE SCIENCE
ÉDUCATEUR ÉDUCATEUR ÉDUCATEUR ÉDUCATEUR ÉDUCATEUR ÉDUCATEUR ÉDUCATEUR
CONFIDENT CONFIDENT CONFIDENT CONFIDENT CONFIDENT CONFIDENT CONFIDENT
CHERCHEUR CHERCHEUR CHERCHEUR CHERCHEUR CHERCHEUR CHERCHEUR CHERCHEUR
RESPONSABLE DES DÉCISIONS RESPONSABLE DES DÉCISIONS RESPONSABLE DES DÉCISIONS

 Mead Johnson
of Canada Ltd.

Emblème de service à la profession médicale

SERVICE À LA PROFESSION MÉDICALE
UNE RÉALISATION DE LA DEVISE DE
LA COMPAGNIE



Mead Johnson of Canada Ltd. adhère à sa devise d'offrir un service à la profession médicale, ce qui constitue un principe de base de cette entreprise.

Aujourd'hui, Mead Johnson offre un double service à la profession médicale: réaliser et développer des produits utiles pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine et de la santé; offrir un service au médecin dans l'exercice de ses fonctions, en lui fournissant surtout une organisation de ressources et de renseignements.

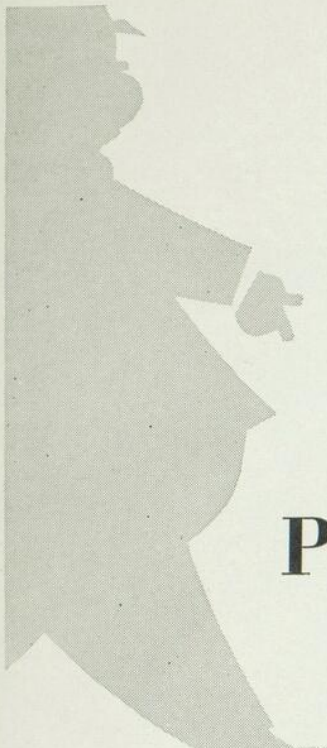
Ces ressources sont fournies par l'entremise du Programme de Service à la Profession Médicale, administré par le Service Médical, et comprennent une aide bibliographique et des références pour la rédaction d'articles, des publications techniques reconnues, des imprimés utiles en pratique qui sont fournis pour l'emploi quotidien au bureau, et l'attribution de bourses annuelles substantielles pour perfectionner les diplômés.

Si vous désirez plus de renseignements au sujet du Programme de Service à la Profession Médicale, écrivez à: Service Médical, Mead Johnson of Canada Ltd., 111 St. Clair Avenue West, Toronto, Ontario.



Mead Johnson
of Canada Ltd.

Emblème de service à la profession médicale



*une thérapeutique
plus souple
dans le contrôle
du poids
la famille*

PROBESE

Probèse, l'ordonnance anorexigène préférée, offre aux sujets trop gras une gamme étendue de régimes, grâce au choix de ses médicaments de base: sulfate d'amphétamine — ou chlorhydrate de phénmetrazine, anorexigène idéal dans les cas où l'amphétamine n'est pas recommandée — en association avec de la thyroïde, qui stimule légèrement le métabolisme, de l'atropine qui accroît l'effet antispasmodique et augmente le contrôle de la stimulation centrale, plus du phénobarbital dans le comprimé du soir.

PROBESE A.B.C. Trois comprimés de couleur, dont les formules répondent aux besoins du sujet, au moment de l'absorption. Posologie: 3 c. par jour — en 48 et en 300.

PROBESE T.D. (Timed disintegration — désagrégation réglée). Capsules à dose quotidienne unique dont les effets de répression sur l'appétit sont prévisibles pour 10 à 12 heures, à raison d'une seule capsule avant le petit déjeuner. En 30 et en 500.

PROBESE T.D. FAIBLE. Pour doses initiales ou usage pédiatrique. Contient tous les ingrédients de la capsule à dose quotidienne unique mais en quantités plus faibles.


PROBESE V.M. Même formule que Probèse T.D. plus 8 vitamines et 9 minéraux, en quantités répondant aux besoins journaliers moyens.

NOTE

Dans les cas où l'amphétamine est contre-indiquée, l'anorexigène de choix est le chlorhydrate de phénmetrazine.

PROBESE P-25. Chaque comprimé contient 25 mg. de chlorhydrate de phénmetrazine. Dose quotidienne: deux à quatre comprimés.

PROBESE P-75 (Désagrégation réglée). Chaque capsule contient 75 mg. de chlorhydrate de phénmetrazine dont le pouvoir répressif sur l'appétit s'exerce pendant toute la journée, à raison d'une seule capsule par jour.

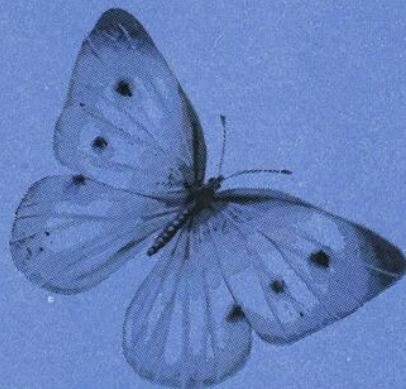
BELL  CRAIG
TORONTO 2B



DÉTENTE AISÉE



SOMMEIL RÉPARATEUR



RÉVEIL ALLÈGRE

PLEXONAL 
FORTE

VOUS FAIT DORMIR
SUR VOS DEUX OREILLES

Plexonal Forte agit rapidement et uniformément sans provoquer d'effets secondaires immédiats ou tardifs. Il peut être employé quotidiennement pendant longtemps sans que son efficacité ne s'atténue.

Indication: Toute surexcitation du système central sauf lorsqu'il s'agit soit d'un état aigu justifiant un traitement par voie parentérale, soit d'un état psychotique nécessitant du Mellaril.

Posologie habituelle:
1 comprimé au coucher.

Conditionnement:

Dragées: flacons de 50, 250 et 1,000
Suppositoires: boîtes de 6 et de 30



SANDOZ PHARMACEUTICALS

SANDOZ

DORVAL, P.Q.



Les personnes âgées — et la manière naturelle de résoudre leurs problèmes d'alimentation

Quand on avance en âge, on peut s'attendre à avoir certains problèmes particuliers d'alimentation. L'appétit devient capricieux, on peut souffrir de troubles dentaires ou autres. Même le prix élevé des aliments contribue parfois à la mauvaise alimentation.

Le lait écrémé en poudre Carnation Instantané — en un mélange de 20% plus riche que la formule ordinaire — leur permet d'améliorer leur régime de façon agréable et économique.

En ajoutant un tiers de tasse de plus de cristaux par pinte de liquide, on obtient 20% de plus de calcium, de vitamines B et de protéines qu'avec un lait écrémé en poudre ordinaire.

Ainsi, vos clients bénéficient d'éléments nutritifs supplémentaires, sans un excès de calories de lipides.

Le Carnation Instantané de formule enrichie est un breuvage plus savoureux qui ne coûte que la moitié du prix du lait entier.



UN PRODUIT
ENTIÈREMENT
CANADIEN

POUR LES MALADIES OCULAIRES INTERNES OU EXTERNES



SULAMYD SODIQUE

Marque de sulfacétamide sodique, U.S.P.

Solution Ophtalmique 30%. Pour combattre les infections aiguës et prévenir l'infection après un traumatisme oculaire.

Onguent Ophtalmique 10%. Pour emploi nocturne et pour le traitement des orgelets et infections de la paupière.

Solution Ophtalmique 10% avec Méthylcellulose 0.5%. Utile comme prophylaxie et traitement des infections oculaires. La plus grande viscosité garde la solution en contact avec la conjonctive.

METIMYD

La Suspension Ophtalmique associe Meticortelone pour une action stéroïdique accrue et Sulamyd Sodique pour un traitement antibactérien de grande envergure. L'Onguent avec Néomycine associe Meticortelone au Sulamyd Sodique et au sulfate de néomycine . . . lorsqu'une plus grande action antibactérienne est requise.

Schering
CORPORATION LIMITED MONTREAL

CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — AVenue 8-9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

*Le Cognac
de l'amitié*

MARTELL



*Le cognac le plus demandé
au monde*

*Depuis 1715, les bôtes accueillants
offrent du Martell*

MIS EN BOUTEILLE À COGNAC, FRANCE.



DRYCO les qualités du lait maternel alliées à la souplesse d'une formule

. . . Dryco possède les qualités digestives et nutritives du lait maternel; il y allie les avantages d'une formule.

. . . la haute teneur en protéines et sa faible teneur en matières grasses (un rapport de 2.7 à 1) lui permet de s'adapter à des formules riches en protéines et pauvres en matières grasses.

. . . la teneur modérée en lactose permet au médecin de régler à volonté la quantité des hydrates de carbone.

. . . combinées, les trois caractéristiques précédentes aident à éliminer la diarrhée infantile.

. . . chaque pinte de Dryco reconstitué renferme 3,000 u.i. de vitamine A et 480 u.i. de vitamine B.

En boîtes métalliques scellées à vide de 1 liv. et de 2½ liv.

Service des aliments pour régimes —

• La Compagnie Borden, Limitée, 6290, rue Périnault, Montréal 9, P.Q. •

VACCINATION OBLIGATOIRE CONTRE LA VARIOLE

Depuis près de trois décennies, la province de Québec n'a pas un seul cas de variole, mais, au dire des hygiénistes du ministère provincial de la Santé, il ne faut pas conclure que notre population est maintenant à l'abri des méfaits de cette infection. La loi exige toujours que tous soient vaccinés contre la variole; les règlements provinciaux d'hygiène stipulent même que nul ne saurait être admis dans une école s'il n'est pas vacciné. Le texte de ce règlement se lit:

"Tout maître d'école et toute personne ou corporation ayant le contrôle d'une école doit, selon le cas, refuser d'admettre dans l'école tout étudiant qui ne peut produire un certificat médical attestant, soit qu'il a été vacciné avec succès contre la variole, soit qu'il est insusceptible de prendre la vaccine. Cependant, ce dernier certificat n'est valable que pour un an à compter de la date à laquelle l'opération a été pratiquée, à la condition que la vaccination ait été essayée au moins à deux reprises successives avec du vaccin frais. L'admission de chaque étudiant en contravention avec le présent article constitue une offence distincte."

Il appartient aux commissions scolaires de donner des ordres sévères à cet égard afin que le règlement soit respecté. Les hygiénistes comptent sur la collaboration étroite de tous, dans ce domaine, afin de protéger la collectivité.

Le Ministère de la Santé de la Province de Québec

Hon. ALPHONSE COUTURIER, m.d.,
ministre

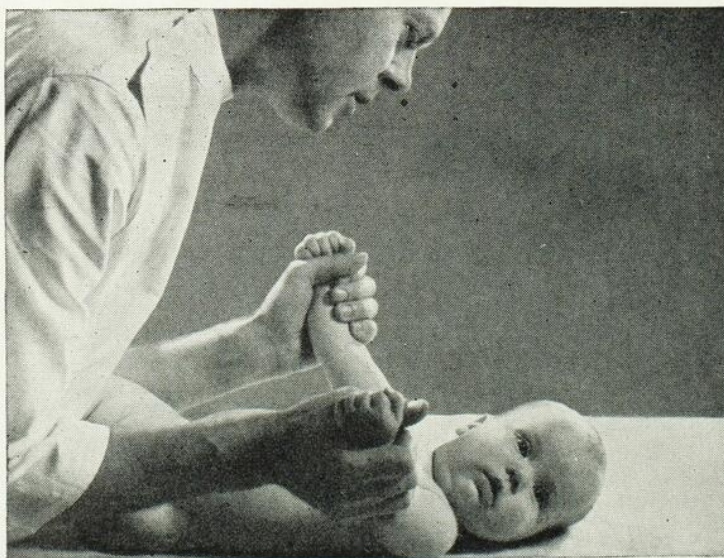
JEAN GRÉGOIRE, m.d.,
sous-ministre

RAPPORT CLINIQUE

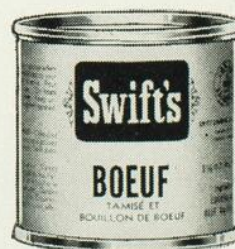
SUJET: Sur un avantage précis de la viande dans le régime du nourrisson

"Ces résultats portent à croire que l'addition de viande au régime a fourni une réserve de fer en vue de la synthèse ultérieure d'hémoglobine, et qu'une augmentation des réserves de fer s'est produite chez les nourrissons pourvus d'un tel supplément. L'expansion du volume d'hématuries et de la masse d'hémoglobine en circulation a été plus grande chez les enfants nourris à la viande que chez les nourrissons-témoins."

Tiré de "Meat in the Diet of Premature Infants",
Sisson & Whalen, A.M.A. Journal of Diseases of
Children, vol. 95, p. 635, 1958. Disponible sur demande.



Des médecins dans des universités, des associations de recherches et des hôpitaux réputés ont effectué une série d'études cliniques au cours desquelles les viandes Swift pour bébés furent servies à des nourrissons. Les comptes rendus de ces études ont permis de mieux apprécier les avantages de la viande dans le régime du nourrisson.



Le nom
le plus réputé
en boucherie-
charcuterie.



À TOUT ÂGE DANS L'ANÉMIE FERRIPRIVE

MOL-IRON

(sulfate ferreux et oxyde de molybdène)

SUPÉRIORITÉ CLINIQUE SOUTENUE—
Au cours des derniers 12 ans, la tolérance supérieure et l'efficacité exceptionnelle de MOL-IRON ont été confirmées par un nombre plus considérable de rapports cliniques édités* qu'on n'en compte pour toute autre préparation ferrugineuse.

Formes de présentation de MOL-IRON: conçues pour répondre aux besoins variés de malades souffrant d'anémie—MOL-IRON sous forme de COMPRIMÉS, de LIQUIDE, de GOUTTES et MOL-IRON avec VITAMINE C.

Pour obtenir de meilleurs résultats, choisissez—MOL-IRON— il ne coûte pas plus cher que les préparations ferrugineuses ordinaires.

CONDITIONNEMENT:

GOUTTES—en flacons de 15 et de 50 cc avec compte-gouttes gradué.

LIQUIDE —en flacon de 16 onces.

COMPRIMÉS—en flacons de 100, de 1,000 et de 5,000.

COMPRIMÉS avec VITAMINE C—en flacon de 100.

*Bibliographie complète sur demande.



Produit mis au point par:
WHITE LABORATORIES, INC.
KENILWORTH, N.J.

Fabriqué et distribué par:
SCHERING CORPORATION LIMITED
MONTRÉAL, QUÉBEC

BETAGENE

FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs: BETAGENE

BETAGENE FER ET FOIE

BETAGENE ET B₁₂

comprimés: BETAGENE ET FOIE

BETAGENE FER ET FOIE

BETAGENE SUPER

injectables: BETAGENE (10cc.)

BETAGENE ET B₁₂ (10cc.)

CANADA DRUG LTD., MONTRÉAL

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages	Pages	
Abbott Laboratories Ltd. (Selsun — Pramitabs)	37 - 38	Maltbie Laboratories (Desenex)	31
Ames Co. of Canada Ltd. (Uristix)	18	Mead Johnson of Canada Ltd. (Un nouveau service)	87, 88, 89, 90
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin)	32	Merck, Sharp & Dohme (Diuril)	13
Anca Co. of Canada Ltd. (Kanulase)	34	Merck, Sharp & Dohme (Cremomycin)	39
Arlington-Funk Laboratories (OBI)	42 - 43	Merck, Sharp & Dohme (Periactin)	44 - 45
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Xylocaine)	29	Merck, Sharp & Dohme (Decadron)	51
Austin Laboratories Ltd. (Furoxone)	19	Merck, Sharp & Dohme (Elavil)	65
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Hylenta — Premarine)	27 - 28	Merrell Co., Wm. S. (Bendectin)	3
Bard-Parker Co. Inc. (Halimide)	50	Merrell Co., Wm. S. (Kevadon)	23
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Choloxin)	33	Ministère de la Santé du Québec (Assurance-hospitalisation)	52
Becton, Dickinson & Co., Canada Ltd. (Ace)	83	Ministère de la Santé du Québec (Hygiène et propreté)	86
Bell-Craig Limited (Probese)	91	Ministère de la Santé du Québec (Vaccination obligatoire)	95
Borden Company Ltd. (Dryco)	94	Ortho Laboratories (Sporostacin)	40
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Tetrex)	5	Parke, Davis & Co. Ltd. (Elaste)	35
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Staphcilline)	26	Pfizer Canada Ltd. (Atarax)	76 - 77
Calmic Limited (Cerevon)	22	Pitman-Moore of Canada Ltd., E. B. Shuttleworth division (Neo-polycin)	73
Canada Drug Limited (Betagene)	97	Poulenc Limitée (Phenergan)	7 - 8
Canada Drug Limited (Paveral)	98	Redpath & Son (Cognac)	93
Canadian Tampax Corporation Ltd. (L'adolescence)	84	Robins Co. of Canada Ltd., A. H. (Donnatal)	53
Carnation Milk (Les personnes âgées)	92	Rougier Inc. (Herisan)	1ère page de la couv.
Ciba Limitée (Forhista)	2ème page de la couv.	Roussel (Canada) Limitée (Amenorone)	79
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens)	34	Sandoz Pharmaceuticals (Plexonal Forte)	91
Dohow Chemical Co. Ltd. (Auralgan)	46	Schering Corporation Ltd. (Sorboquel)	15
Eddé, J., Limitée (Anaprel)	36	Schering Corporation Ltd. (Celestone)	20 - 21
Endo Drugs (Canada) Ltd. (Percodan)	30	Schering Corporation Ltd. (Metimyd)	93
Frosst, Chas. E. & Co. (Alamino)	4	Schering Corporation Ltd. (Mol-Iron)	97
Frosst, Chas. E. & Co. (Thyrototoxicose)	11	Searle Co. of Canada Ltd., G. D. (Aldactazide)	12
Geigy Pharmaceuticals (Butazolidine)	17	Sherman Laboratories (Protamide)	16
Geigy Pharmaceuticals (Hygroton)	25	Smith & Nephew Ltd. (Gypsona)	48
Geigy Pharmaceuticals (Tandearil)	41	Smith & Nephew Ltd. (Carbonet et Jelonet)	80
Geigy Pharmaceuticals (Preludine)	49	Swift (Canada) Ltd. (Rapport clinique)	96
General Electric (X-Ray Follow-up)	85	Upjohn Company Ltd. (Provera)	55 - 56
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	2	Upjohn Company Ltd. (Medrol - Albamycin T)	69, 70, 71, 72
Herdt & Charton, Inc. (Hyper-prostal)	57	Wallace Laboratories (Soma)	14
Herdt & Charton, Inc. (Sulfarlem)	59	Warner-Chilcott Laboratories (Sinutab)	75
Herdt & Charton, Inc. (Osmopak)	61	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Zactirin)	9
Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Doxidan)	63 - 64	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Sparine)	47
Hoffmann-La Roche Limitée (Librium)	24	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (S.M.A.)	54
Institut Albert-Prévost (Hôpital psychiatrique)	6	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Bicillin)	67
Lederle Laboratories (Aristoderm)	1	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Oxaine)	3ème page de la couv.
Lederle Laboratories (Varidase)	81 - 82		
Lederle Laboratories (Declomycine)	4ème page de la couv.		

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

Littérature sur demande.

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

IMPRIMERIE
DANS LES ATELIERS DE LA
LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE, MONTRÉAL.





de la Gastrite

et des troubles connexes, notamment: indigestion • pyrosis • spasmes du côlon
nausée et vomissement • oesophagite • irritabilité intestinale
dyspepsie • duodénite

quand la succession des symptômes se manifeste en

DOULEUR • ALIMENTS • DOULEUR

OXAINE*

Oxéthazaïne dans un gel d'alumine

anesthésique de la muqueuse—L'OXAINE soulage la douleur, et rompt le cercle vicieux douleur-aliments-douleur caractéristique de la gastrite. Leur douleur étant soulagée, les malades peuvent jouir d'une plus grande variété et d'un plus grand volume d'aliments, de sorte que leur moral s'en trouve amélioré.

L'OXAINE est également efficace dans nombre d'autres troubles apparentés à la gastrite. Vous la trouverez particulièrement précieuse dans les troubles gastriques que ne parviennent pas à traiter convenablement le régime, les anti-acides et les anticholinergiques.

POSOLOGIE—La dose recommandée est de 1 à 2 cuillerées à thé 4 fois par jour, 15 minutes avant les repas et au coucher. Ne pas dépasser cette posologie.

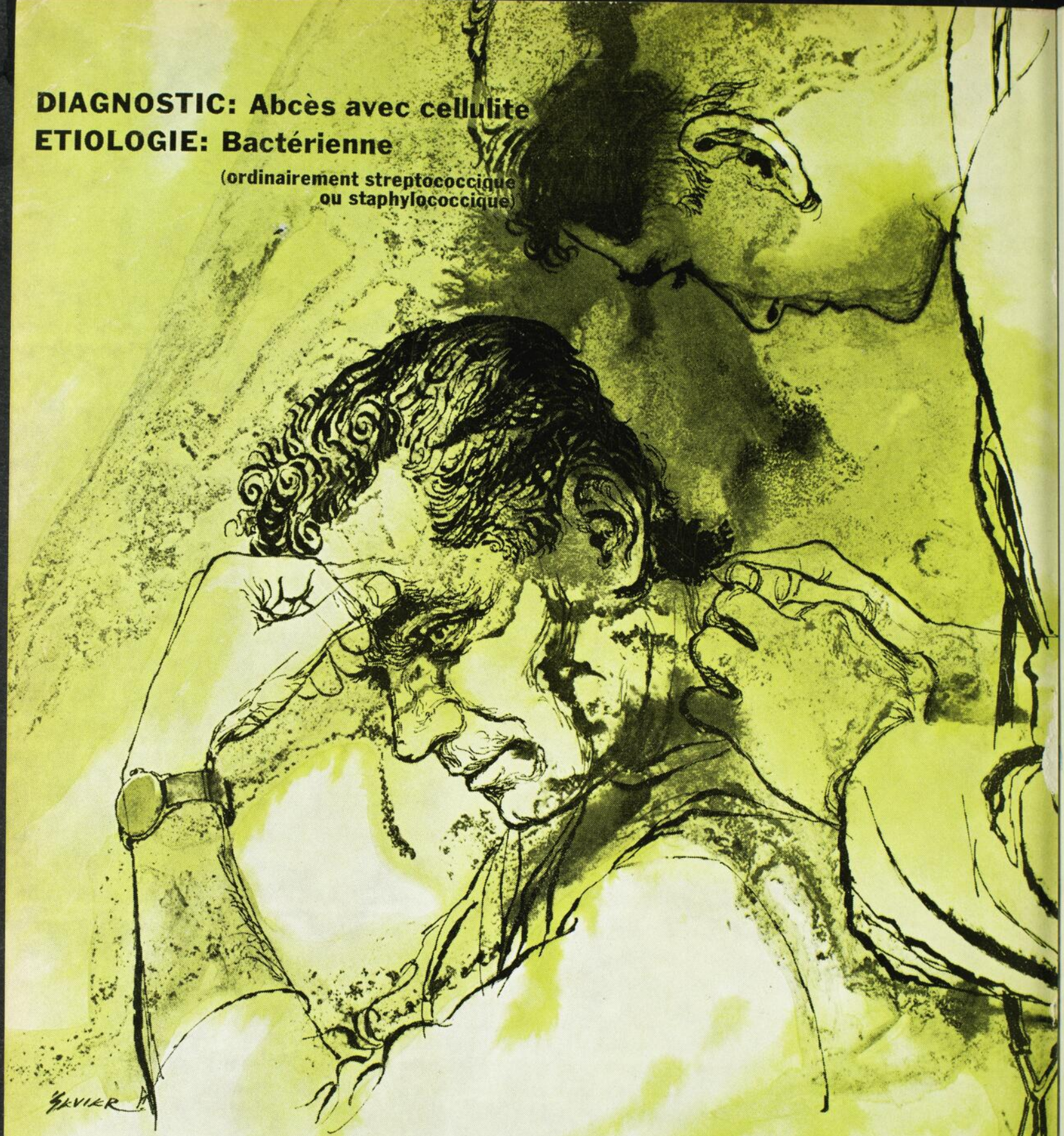
PRÉSENTATION— En flacons de 12 onces liq. et de 1 gall. Imp.
*Marque déposée



DIAGNOSTIC: Abscès avec cellulite

ETIOLOGIE: Bactérienne

(ordinairement streptococcique
ou staphylococcique)



S. VIER

BESOINS THÉRAPEUTIQUES: Suppression des germes causals. S'il y a des symptômes toxiques, le repos, l'élévation de la partie affectée si possible et l'application locale de chaleur sont recommandables.

ANTIBIOTIQUE DE CHOIX: DÉCLOMYCINE* † parce qu'elle s'est montrée cliniquement efficace dans 87% de 280 cas d'abcès avec cellulite.

† DÉMÉTHYLCHLORTÉTRACYCLINE LEDERLE

*MARQUE DÉPOSÉE

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal