

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

VOLUME 92 — NUMÉRO 7
MONTREAL — JUILLET 1963



Québec en 1902

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

MÉDECINS ET MÉDECINE DE DEMAIN 737 **BULLETIN**
Jean-Marc Bordeleau

LE 33e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA 738
Le Comité de Publicité

VIE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA 738
Pierre Smith

ANASTOMOSE ENTRE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE ET L'ARTÈRE PULMONAIRE DROITE.
LIGATURE DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE À LONG TERME 741
Emile Bertho et Visitacion De Aranguren

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE LA REVASCULARISATION DU REIN ISCHÉMIÉ
À L'AIDE DU GRAND ÉPIPLOON 746
Jacques G. Susset et K. J. Mackinnon

LES TUMEURS VILLEUSES HYPERSÉCRÉTANTES DU RECTUM 758
Florent Thibert et Jacques Proulx

LES HYPOACOUSIES PAR INTERRUPTION DE LA CHAÎNE OSSICULAIRE 762
Paul Brunelle et Antoine Alabi

LA MÔLE HYDATIFORME 768
Gilles Amyot et Jacques Gauthier

TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE ET ACQUISE 773
Raymond L'Allier

L'HÉMOCHROMATOSE 777
Rosario Robillard et Roger Alarie

LES FISSURES LABIALES MÉDIANES ET LES MALFORMATIONS ASSOCIÉES 784
Yves Prévost, Claude Dupont et Georges-E. Cloutier

LA GASTROSCOPIE 788
Jacques Baillargeon

LE MÉDECIN ET LES STANDARDS HOSPITALIERS 790
J.-B. Jobin

LIMITES DE L'INFLUENCE DU MÉDECIN 794
Pierre Bour

ANALYSES 799

NOUVELLES 809

COMMUNIQUÉS 816

LIVRES REÇUS 825

L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1894 840

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 841

TRAVAUX ORIGINAUX

RECUEIL DE FAITS

REVUE GÉNÉRALE

MOUVEMENT CHIRURGICAL

ÉDITORIAL

VARIÉTÉS

FERMALAC*

cultures mixtes de trois ferments lactiques lyophilisés

Rétablit l'ÉQUILIBRE NATUREL de la flore intestinale



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

Flacons scellés de 10 et 40 capsules.

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

Rougier
MONTRÉAL

Quels avantages offre Danabol®

chez le patient amaigri



il régénère les forces, la vitalité

il stimule le gain pondéral

il améliore le moral

chez le convalescent



il accélère la convalescence

il favorise la réparation des tissus

il neutralise le catabolisme

chez l'arthritique



il améliore l'état général

il accentue les effets d'autres thérapies

il neutralise l'effet catabolisant de la corticothérapie

chez le patient ostéoporotique



il soulage la douleur

il renforce la structure osseuse

il augmente la motilité

...et dans toutes les indications, Danabol procure "une sensation de bien-être"

Danabol® est la méthandrosténolone CIBA; il est présenté en comprimés à 5 mg. (roses, sécables), flacons de 100 ou 500. Pour tous renseignements détaillés sur Danabol, prière d'écrire à CIBA COMPANY LIMITED, Dorval, Québec.

DANABOL — agent anabolique oral, de coût modique

2214

C I B A
OU LA RECHERCHE EST DE TRADITION

NOUVEAU

VARIDASE[®]

Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS **ORAUX**

pratique... efficace

CONTRÔLE L'INFLAMMATION

DIMINUE L'ENFLURE

SOULAGE LA DOULEUR ASSOCIÉE

ACCÉLÈRE LA GUÉRISON

1 comprimé quatre fois par jour

(10,000 unités de streptokinase)

® Marque déposée

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montreal



L'Union Médicale

du Canada

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Le doyen de la Faculté de Médecine, Université de Montréal,
Lucien-L. Coutu;
Le doyen de la Faculté de Médecine, Université Laval, Québec,
Rosaire Gingras;
Le doyen de la Faculté de Médecine, Université d'Ottawa,
Jean-Charles Lussier;
Le doyen de la Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke,
Gérard-Ludger Larouche;
Le président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P.Q.,
Jean-Baptiste Jobin;

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef :
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction :
Jean-Marc Bordeleau

BUREAU DE COLLABORATION

MM. André Barbeau, Jacques Baillargeon, M. Bélisle, Jacques Bernier,
Marcel Berthiaume, Jean-Marc Bordeleau, Yvon Chartier, Jacques
Gagnon, Fernand Grégoire, Rolland Guy, Jules Hardy, P.-P.
Julien, M. Kaludi, Camille Laurin, J.-Guy Laurin, Simon Lauzé,

MM. R. Lebeau, Maurice LeClair, André Leduc, François Léger,
Charles Lépine, Jean Mathieu, Gérard Migneault, André Proulx,
Rosario Robillard, Maurice St-Martin, Florent Thibert.

CORRESPONDANTS

MM. A Plichet et M. Pestel (Paris),
P. Rentchnick (Suisse),
Donat-P. Cyr (Boston, Mass.),
Charles-P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (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),
Sylvio Leblond (Chicoutimi),
H. E. St-Louis (Vancouver),
Jean-Paul Fortier (Sherbrooke).

MILLET, ROUX & CIE. LTÉE

CENTRE D'ÉQUIPEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL

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

NEO-SPASMYL — FORT, MEDIUM — FAIBLE — ELIXIR

BILOGÈNE
DIONIFORME
GLANDOPLEX

OPO-VÉINOGENÈ
OPOVITAL
PULMORECTAL

RHINOTRICINE
SCILLITRINE
TOTAL MAGNÉSIE

DÉPOSITAIRES ATTITRÉS DES MAISONS SUIVANTES :

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

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



NOZINAN

lévomépromazine

NEUROLEPTIQUE

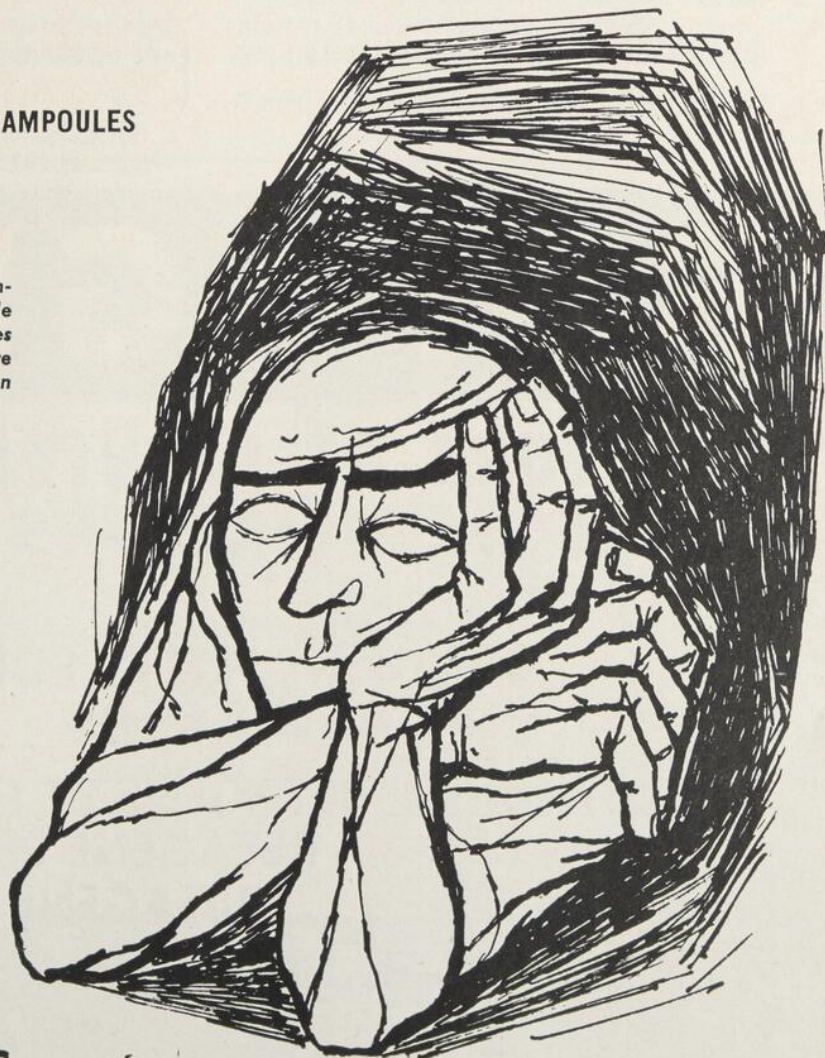
efficace dans les indications suivantes:

DÉPRESSION / ANXIÉTÉ / ANGOISSE / TROUBLES ÉMOTIFS ET MENTAUX / HYPOCONDRIE /
HYPEREXCITABILITÉ PSYCHIQUE accompagnant diverses affections somatiques

COMPRIMÉS / SUPPOSITOIRES / AMPOULES

POSOLOGIE:

strictement individuelle, elle varie selon l'indication et le sujet traité. Pour plus de détails au sujet des doses et de la tolérance, demandez notre brochure NOZINAN et notre documentation scientifique.



OULENC LIMITÉE
8580 Esplanade, Montréal 11

L'Union Médicale

du Canada

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

ADMINISTRATION

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

COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

BUREAU DE DIRECTION

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

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

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

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

BETAGENE

FACTEURS DE LA VITAMINE "B" AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES

elixirs : BETAGENE

BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE ET B₁₂

comprimés : BETAGENE ET FOIE
BETAGENE FER ET FOIE
BETAGENE SUPER

injectables : BETAGENE (10cc.)
BETAGENE ET B₁₂ (10cc.)

CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL

"Méquelon"

Marque de chlorhydrate de méthaqualone

un sédatif non barbiturique

ses recherches pharmacologiques s'échelonnent sur une période de plus de sept ans et son passé d'utilisation clinique remonte à plus de quatre ans*

il amorce rapidement le sommeil, habituellement en moins de 20 minutes, sans agitation psychique ou motrice. Généralement, le patient s'éveille dispos après un sommeil de 6 à 8 heures. S'il y a réveil au cours de la nuit, le retour au sommeil est ordinairement rapide.

il est compatible avec plusieurs médicaments adjuvants, y compris la réserpine, la chlorpromazine et le méprobamate.

il accroît l'effet antalgique de la codéine et d'autres analgésiques. Associé à de tels médicaments, "Méquelon" est utile pour provoquer le sommeil en présence de la douleur.

effets secondaires — Jusqu'à date, on n'a noté aucune accoutumance ni addiction avec "Méquelon". À la dose conseillée, les troubles gastriques, le cafard matinal ou la lenteur sont légers et rares. On n'a rapporté aucune action dépressive sur le cœur ou la respiration et aucun effet défavorable sur l'érythropoïèse. Puisque

"Méquelon" est rapidement métabolisé, il est peu probable qu'il se produise des effets cumulatifs.

MISE EN GARDE — Tout comme avec d'autres hypnotiques, l'alcool augmente l'action dépressive sur le système nerveux central. Lorsque "Méquelon" est prescrit en association avec des dépressifs du système nerveux central, ces derniers doivent être administrés en doses réduites.

POSOLOGIE — Une capsule de "Méquelon" (150 mg) 15 minutes avant le coucher. Au besoin, on peut administrer deux capsules.

Présentation — Flacons de 100 capsules.

**Documentation sur demande.*



"MÉQUELON"
un sédatif
non barbiturique
1956 - 1963

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHANGEMENT D'ADRESSE

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

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

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

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

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

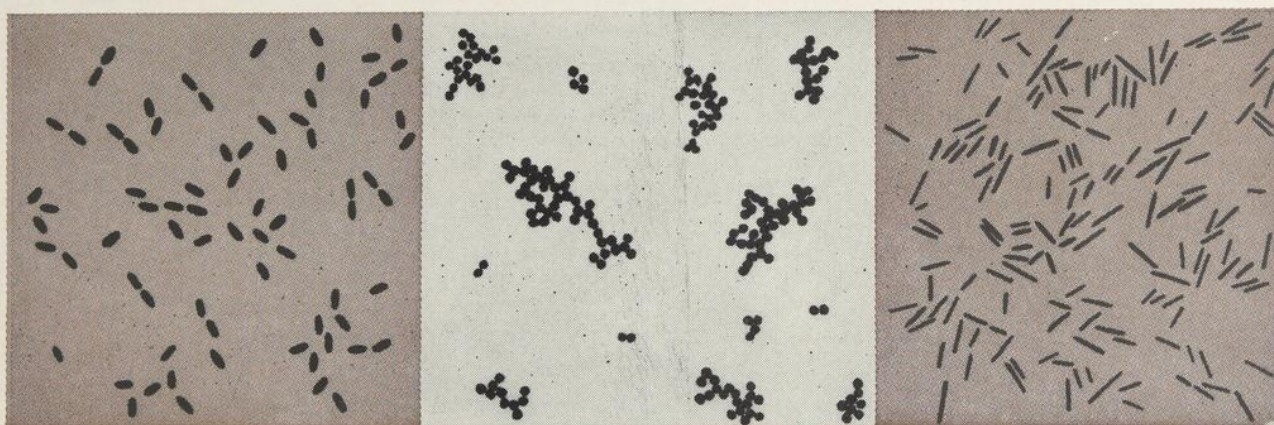
74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

ENFIN... POUR L'IMPÉTIGO

LE NOUVEL ONGUENT HUMACORT*

(chloramphénicol-paromomycine-hydrocortisone)

onguent dermatologique antibactérien...anti-inflammatoire...anti-prurigineux pour traitement topique.



L'onguent HUMACORT se révèle efficace dans le traitement de l'impétigo ainsi que d'une vaste gamme d'autres dermatoses superficielles. Il associe l'activité antibiotique à large spectre de Chloromycetin* (chloramphénicol Parke-Davis) à celle d'Humatin* (paromomycine Parke-Davis), agent particulièrement efficace contre les pathogènes gram-négatifs et gram-positifs. De plus, l'activité anti-inflammatoire et antiprurigineuse de l'hydrocortisone augmente la portée utile de l'onguent HUMACORT pour englober les dermatoses d'origine allergique.

Présentation: L'onguent HUMACORT contient 10 mg (1 p. 100) de chloramphénicol, 5 mg (0.5 p. 100) de paromomycine et 10 mg (1 p. 100) d'acétate d'hydrocortisone par g dans une base spéciale de gelée de pétrole liquide et de polyéthylène. En tube de 1/2 oz.

*MARQUES DÉPOSÉES

CP-23063-F

PARKE-DAVIS
PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL, Q

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990, rue Rachel, Montréal.

OFFICIERS

Emile BLAIN, directeur général, 400 est, rue Sherbrooke, Montréal.

E.-Rolland BLAIS, secrétaire-trésorier général, 1779, avenue de l'Eglise, Montréal.

André LEDUC, adjoint au directeur général, 5635, avenue Canterbury, Montréal.

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

COMITÉ EXÉCUTIF

Emile BLAIN, Montréal.

E.-Rolland BLAIS, Montréal.

André LEDUC, Montréal.

Raymond CARON, Montréal.

Roma AMYOT, Montréal.

Edouard DESJARDINS, Montréal.

Pierre JOBIN, Québec.

Jean LAFRAMBOISE, Eastview.

Richard LESSARD, Québec.

Directeur des Relations Extérieures :
Pierre SMITH.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

Albert PAQUET,
Richard GAUDET,
A.-L. RICHARD,
J.-A. VIDAL,
J.-A. DENONCOURT,

J.-B. JOBIN,
René-L. DuBERGER,
Roma AMYOT,
Lucien LaRUE,

Georges-L. DUMONT,
Pierre SMITH,
Alphonse-E. LeBLANC,
Pierre JOBIN,
Edouard DESJARDINS.

COMITÉ DU XXXIII^e CONGRÈS

Président : Richard LESSARD, Québec.
Secrétaire : Jean BEAUDOIN, Québec.

Trésorier : Jean-Marc LESSARD, Québec.
Adjoint au secrétaire : Jean COUTURE, Québec.

MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1656 est, Sherbrooke, Montréal, P.Q.
AUGER, Gustave-L., 81, d'Auteuil, Québec, P.Q.
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coallidge, Manchester, N.H.
BÉGIN, B.-G., 12075, rue Pasteur, Montréal, P.Q.
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Building, Windsor, Ont.
BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.
BUNDOCK, Benoît, Edifice Copeland, Ottawa, Ont.
CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.
CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.
CHARBONNEAU, Jean, 1025 est, boul. St-Joseph, Montréal, P.Q.
CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.
CHRETIEN, Maurice, 537, Station Shawinigan, P.Q.
COUTU, Lucien-L., Faculté de Médecine, Univ. de Montréal, P.Q.
DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont, P.Q.
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal, P.Q.
DION, Gérard, 298, St-Germain, Rimouski, P.Q.
DORION, J.-Ed., 609 est, boul. Charest, Québec, P.Q.
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal, P.Q.
DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal, P.Q.
ETHIER, Fernand, 114, Tère Rue, Iberville, P.Q.
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.
FOREST, J.-E., 129, rue Jetté, Joliette, P.Q.
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.
GENEST, Jacques, 3840, rue St-Urbain, Montréal, P.Q.

HAMEL, Jean-F., 168, rue Charlotte, Ottawa, Ont.
ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.
JOLICOEUR, Gilbert, 4, rue Taschereau, Hull, P.Q.
LABOSSIERE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.
LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.
LAROUCHE, Gérard-L., 1328, rue Amherst, Sherbrooke, P.Q.
LeBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.
LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal, P.Q.
LUSSIER, J.-Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.
INADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.
PAIEMENT, Raymond, 252, chemin Montréal, Eastview, Ont.
PANNETON, André, 421, boul. Laviolette, Trois-Rivières, P.Q.
PELLETIER, Emile, 34, rue de la Fabrique, Québec, P.Q.
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.
POWERS, Arthur, 135, Gloucester, Ottawa, Ont.
RIOUX, Armand, 1175, des Erables, Québec, P.Q.
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, bd Mercure, Drummondville, P.Q.
ST-JEAN, Conrad, 9, rue Dufferin, Granby, P.Q.
THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal, P.Q.
TURCOT, Jacques, 35, rue Sainte-Ursule, Québec, P.Q.
WHISSELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

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

l'antidépresseur
aux propriétés
distinctives

ELAVIL



(Chlorhydrate d'amitriptyline)

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

quand
LA DÉPRESSION
est accompagnée
d'anxiété et de tension

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

Tristesse, abattement: 95%

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

Anxiété, irritabilité: 75%

Crises de larmes: 72%

Crises d'anxiété: 60%

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

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

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

quand
LA DÉPRESSION
accompagne
la maladie somatique

hypertension artérielle essentielle

infarctus du myocarde

syndrome ménopausique

diabète sucré

obésité

ulcère gastro-duodéal

arthrite rhumatoïde

migraine

côlon irritable

asthme bronchique

rhume des foins

et beaucoup d'autres

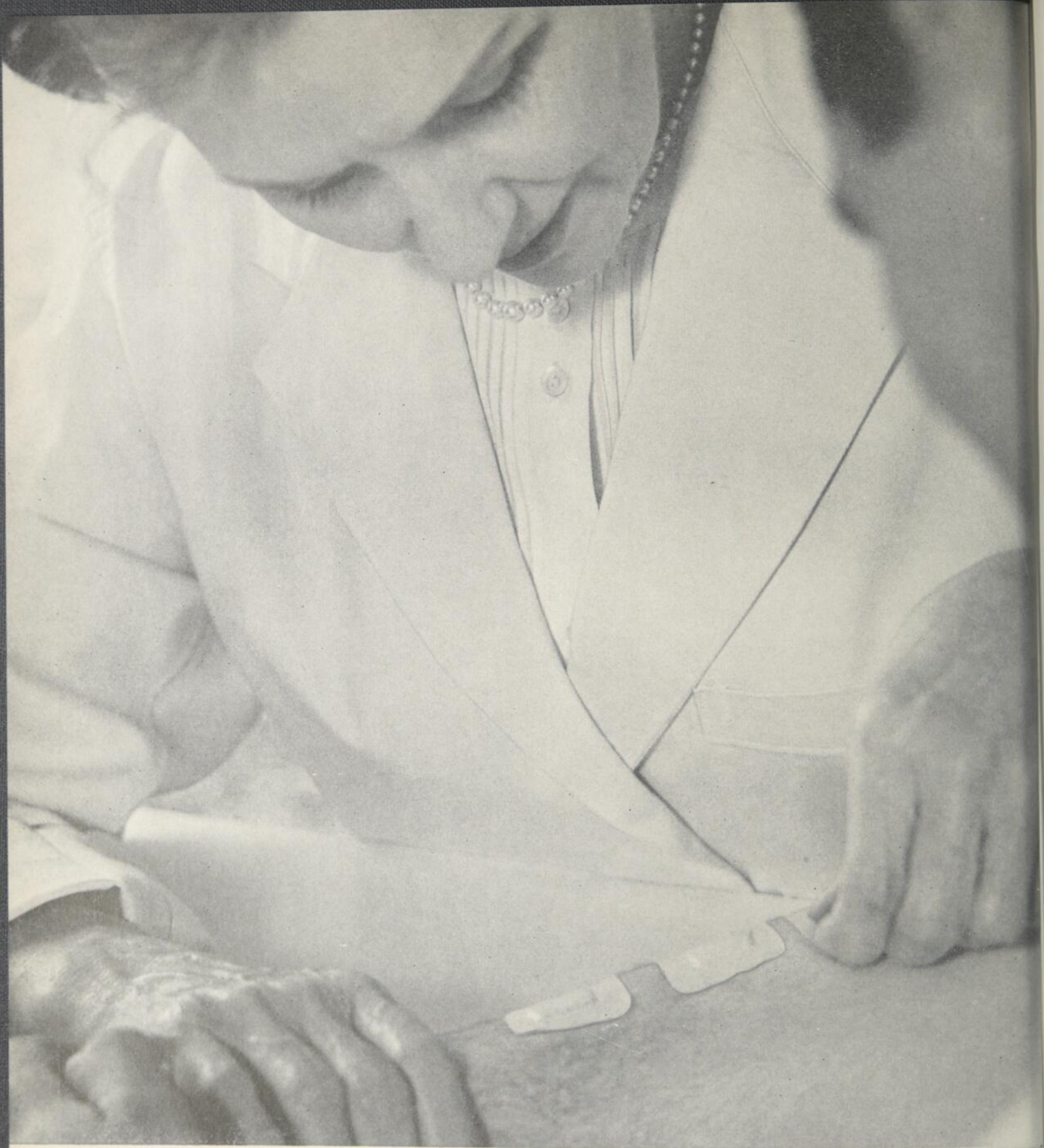
Documentation complète (indications, posologie, effets secondaires, précautions d'emploi) et bibliographie sur demande.

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

Un autre produit des laboratoires de recherche



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



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

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

Impression: Dermatite de contact. Aucun antécédent allergique.

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

2. Epreuves de sensibilité.

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

CELESTONE*

betaméthasone
comprimés à 0.5 mg

efficacité... tolérance... économie

Schering

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

*Marque déposée



d'après création Ateliers A. B. C. - Paris

**ACTION
FRÉNATRICE
DE L'APPÉTIT**

**ACTION
SUR LE
PSYCHISME**

contre l'obésité...

LIDEPRAN

phacétopérane

- dépourvu de toxicité
- pratiquement pas d'effets secondaires gênants
- pas d'accoutumance

**COMPRIMÉS
À 5 MG
ET À 20 MG**

renseignements et échantillons sur demande

poulenc LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL 11

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



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

Chaque comprimé contient:

pour la **stase** biliaire/intestinale

ACIDE DEHYDROCHOLIQUE

250 mg (3¾ grains)

pour le **spasme** des muscles lisses

EXTRAIT DE BELLADONE

10 mg (¼ grain)

pour la **tension** nerveuse

BUTABARBITAL SODIQUE

15 mg (¼ grain)

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

*MARQUE DÉPOSÉE

CA34963F

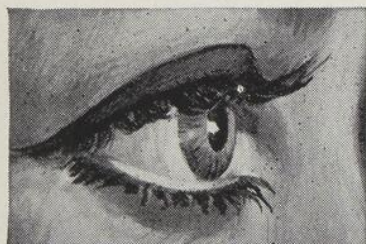
AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD.
Toronto, Ontario



hydrosolubilité



CLEF DE L'ACTION ANTI-INFLAMMATOIRE PRONONCÉE DE LA
Solution ophtalmo-auriculaire



NeoDECADRON*

(21-phosphate de dexaméthasone et sulfate de néomycine)

La solution ophtalmo-auriculaire NeoDECADRON*
—assure la dispersion uniforme et le contact optimal du stéroïde et de l'antibiotique au siège même de l'infection, les ingrédients actifs étant

formulés sous la forme d'une solution aqueuse.
—élimine tout risque d'irritation provenant de particules en suspension et est compatible tant avec les sécrétions lacrymales qu'avec les tissus oculaires.

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

Présentation: Solution ophtalmo-auriculaire NeoDECADRON à 0.1%, en fioles de 5 cc.

Également: Onguent ophtalmo-auriculaire NeoDECADRON à 0.05%, en tubes de 3.5 Gm.

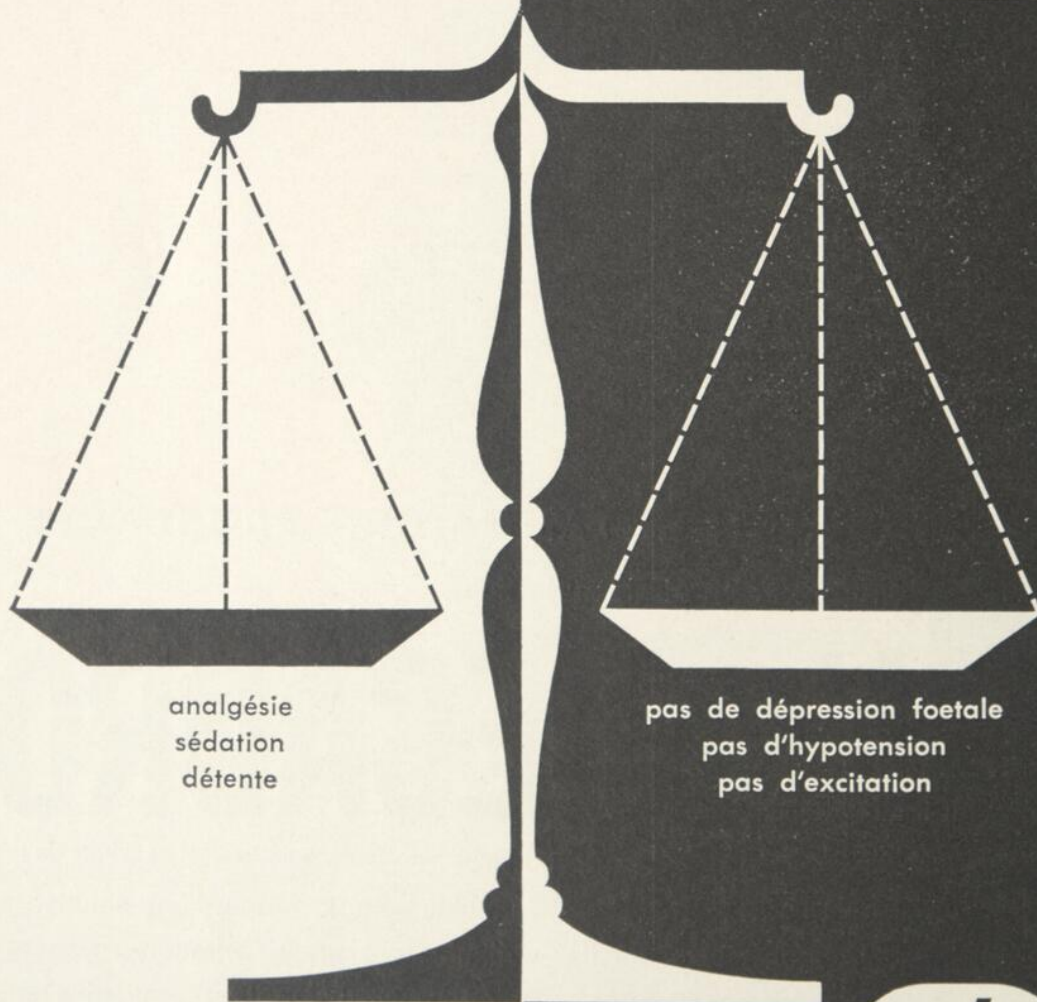
Solution ophtalmo-auriculaire de phosphate de DECADRON* à 0.1%, en flacons de 5 cc.

*Marques de commerce



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

WILLPRODINE *analgésie et amnésie
obstétricales équilibrées*



analgésie
sédation
détente

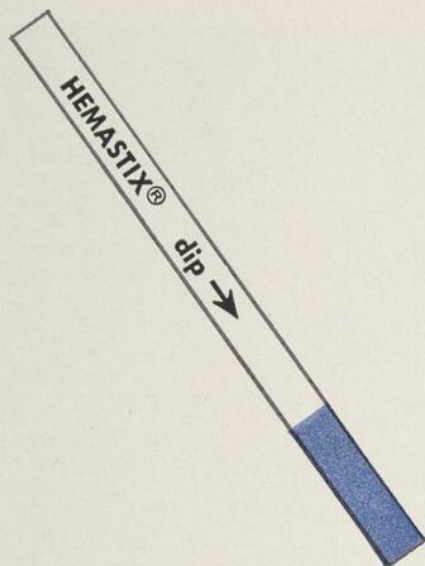
pas de dépression foetale
pas d'hypotension
pas d'excitation

1 cc intramusculairement

péthidine 25.0 mg.
promazine 25.0 mg.
hyoscine 0.2 mg.

DUPHAR

CANADA DUPHAR LIMITED
LONDON CANADA



NOUVELLE ÉPREUVE CHIMIQUE* COURANTE DE L'HÉMATURIE

hemastix[†]
hématurie / hémoglobinurie

■ *Utilisation au bureau*, dans les hôpitaux et les laboratoires et, lorsque la chose est prescrite, par le patient.

■ *Pour l'épreuve courante d'hématurie*, et spécifiquement en urologie, pour le dépistage du cancer et pour les régimes anti-coagulants.

■ *Moyen facile et efficace* de dépister l'hématurie en 60 secondes et d'en obtenir une évaluation au moyen de la colorimétrie — pas de centrifugation, ni de mélange réactif, ni de "nettoyage".

† MARQUE DÉPOSÉE

*HEMASTIX dépiste l'hématurie lorsque les globules rouges sont intacts ou cachés au microscope par l'hémolyse. L'hémolyse peut se présenter dans 9 spécimens d'urine positifs sur 10.^{1,2} Par conséquent, dans la plupart des cas, HEMASTIX offre un indice global du degré d'hématurie, indice que ne donne pas à elle seule la numération au microscope des globules rouges intacts. L'utilisation complémentaire courante des deux méthodes, chimique et microscopique, permet d'évaluer l'hématurie plus complètement et avec plus de précision.

Présentation: Bâtonnets réactifs HEMASTIX, en flacon de 50, avec échelle de couleurs et instructions sur l'étiquette.

Bibliographie: (1) Adams, E. C.; Free, H. M.; Fetter, M. C. et Free, A. H.: Communication présentée au 13e congrès annuel de l'Am. Assoc. Clin. Chem., 21 août 1961. (2) Leonards, J. R.: J.A.M.A. 179:807 (10 mars) 1962.

CA29562F

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto Ontario



On peut se procurer les produits AMES par l'entremise de son fournisseur habituel.



NESTLÉ (CANADA) LTD.

Documentation médicale

27 Carlton Street Toronto 2, Ont.



Autres préparations de Nestlé pour
tout problème d'alimentation infantile:



PELARGON

Lait entier acidifié en poudre pour l'alimentation normale du nourrisson. Il assure un équilibre dans l'alimentation et la croissance du nourrisson délicat.



LACTOGEN

Lait entier en poudre préparé spécialement pour l'alimentation du nourrisson comme remplacement idéal du lait maternel.



NESTARGEL

Antiémétique naturel destiné à prévenir la régurgitation, la rumination et les vomissements habituels du nourrisson. Pas un médicament. Aucun effet secondaire.



ELEDON

Lait en poudre semi-écrémé destiné aux prématurés comme formule supplémentaire ou transitoire.

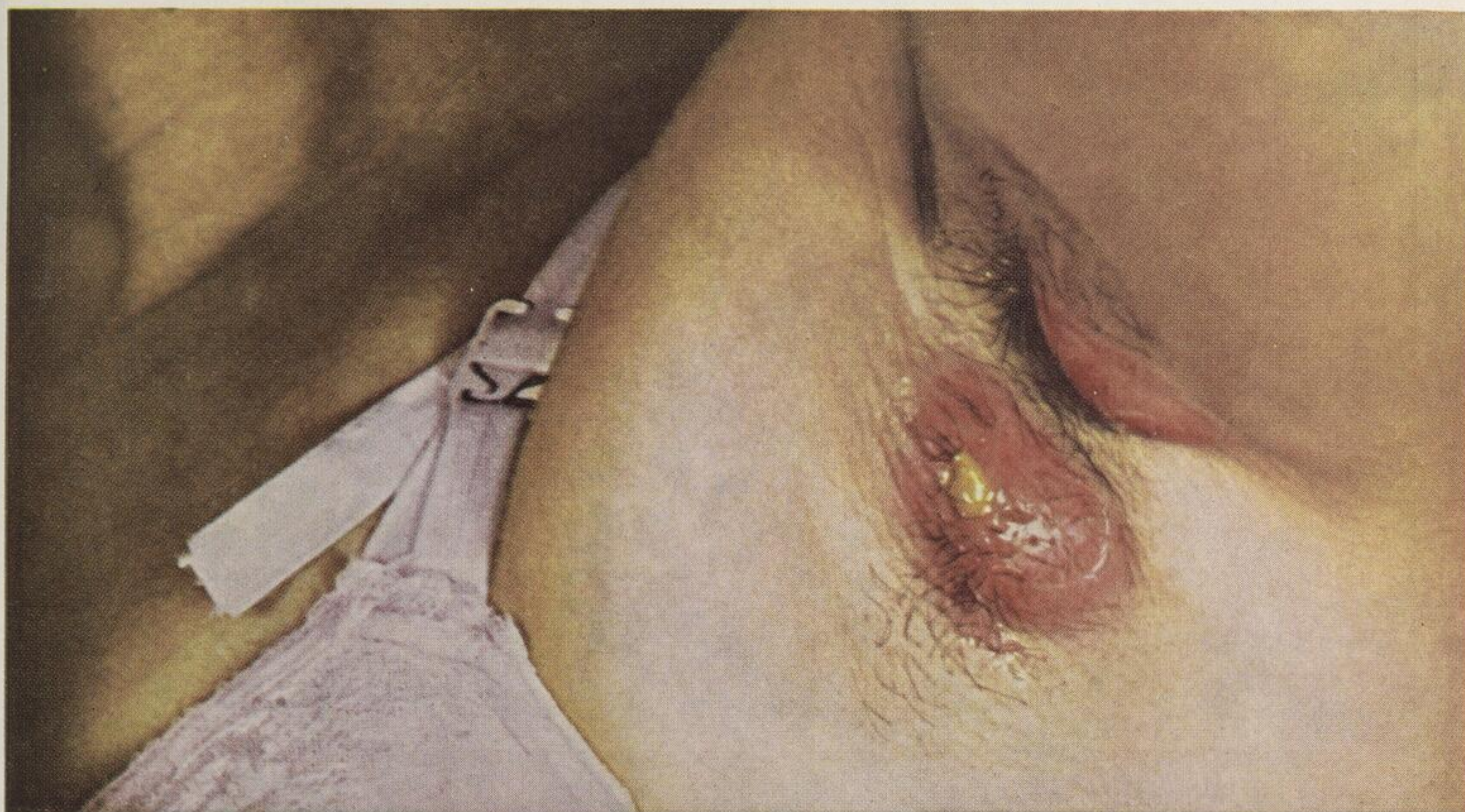
AROBON en POUDRE... dans les cas rebelles de diarrhée!

L'AROBON est une préparation efficace, sûre et absolument non toxique qui vous aidera à enrayer la diarrhée chez le nourrisson. Il est possible d'administrer et de maintenir des doses exactes et uniformes simplement en ajoutant la poudre AROBON à la formule régulière. Le haut pouvoir tampon de l'AROBON aide à combattre l'acidose. L'AROBON est une préparation naturelle à base de lignine, d'hémicellulose et d'électrolytes, entre autres le potassium, indispensable au maintien de l'équilibre électrolytique. L'AROBON agit rapidement et donne des résultats uniformes. Vous pouvez recommander la poudre AROBON en toute confiance comme traitement prophylactique au cours d'épidémies afin de prévenir les crises aiguës de diarrhée.

INDICATIONS: Dans les diarrhées bénignes ou modérément graves. **CONTRE-INDICATIONS:** Aucune. AROBON est absolument non toxique, étant un composé naturel. **EFFETS SECONDAIRES:** Aucun. **POSOLOGIE:** Voir documentation détaillée. **PRESENTATION:** Boîte de 4½ oz.

NESTLÉ . . . Au service de l'enfance depuis 1865

Quand le diagnostic est STAPHYLOCOQUE



Photographie reproduite avec la permission de la malade.

commencez par un traitement de **PROSTAPHLINE**

Les traitements de PROSTAPHLINE vous assurent un contrôle positif et rapide dans une grande variété d'infections staphylococciques aiguës ou chroniques. La PROSTAPHLINE vous permet de réduire au minimum les échecs thérapeutiques dus à la présence de souches staphylococciques résistantes à la pénicilline et aux autres antibiotiques. La PROSTAPHLINE vous fournit le traitement *spécifique* grâce auquel vous éviterez au patient toute dépense inutile qui pourrait résulter d'essais infructueux. La PROSTAPHLINE possède l'avantage unique de résister à la destruction par la pénicillinase (enzyme qui inactive les autres pénicillines) et de conserver son efficacité tout au long du traitement. Il n'a été relevé *aucun* phénomène de résistance de staphylocoques à la PROSTAPHLINE. Une protection supplémentaire est assurée grâce à l'action bactéricide de la PROSTAPHLINE sur les organismes Gram-positifs, tels que le streptocoque pyogène et le pneumocoque.

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

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

Un autre produit



PROSTAPHLINE *

(OXACILLINE SODIQUE)

ARTICHOBYL



MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE

à base d'extrait de feuilles d'artichaut

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



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



J. EDDÉ, Limitée, 202 est, rue Laurier

MONTRÉAL

OSMITROL

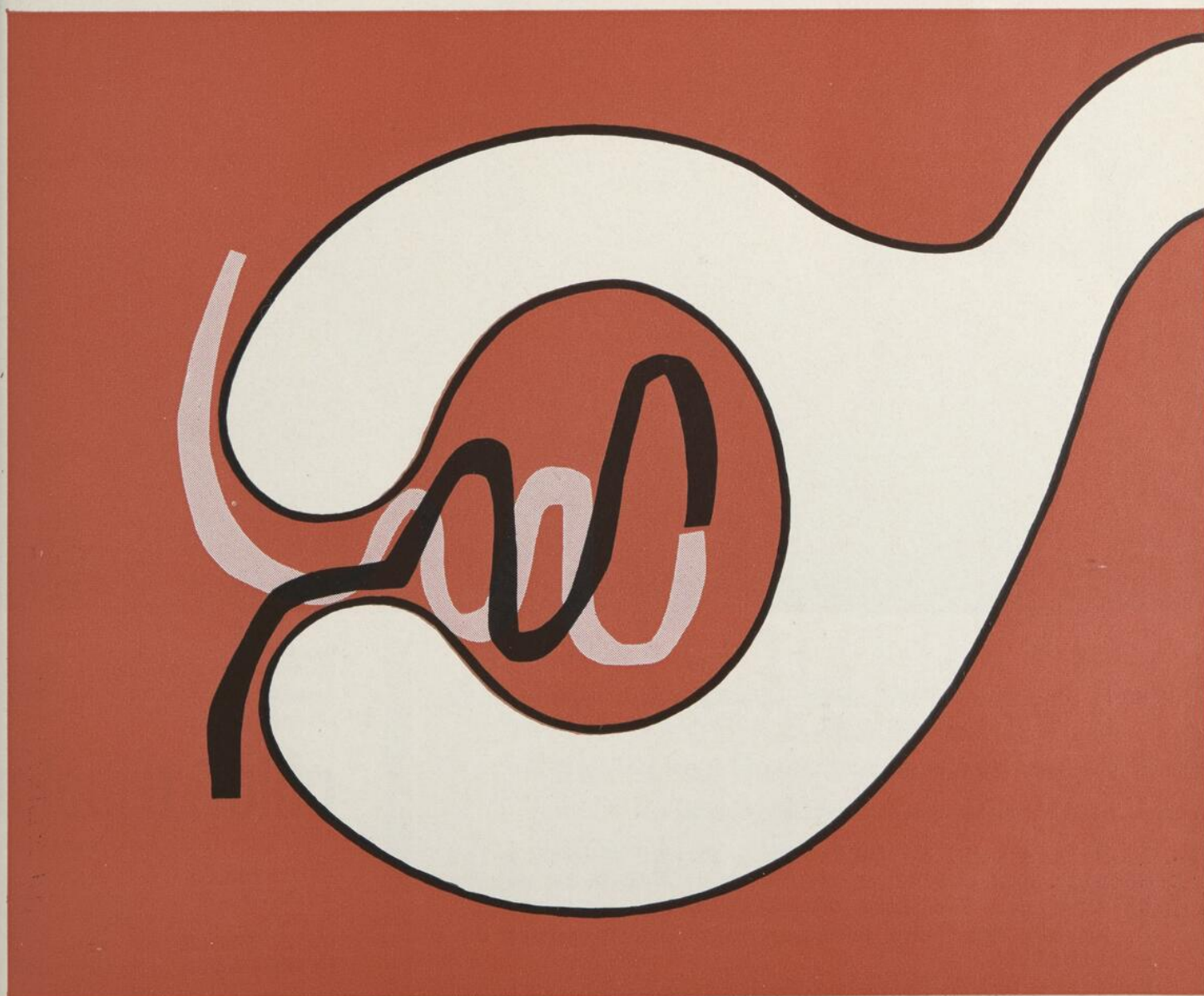
(MARQUE D'INJECTION AU MANNITOL BAXTER)

protège contre la diminution de la fonction rénale causée par une précipitation de facteurs extra-rénaux

Dans le cas d'une oligurie rénale aiguë ou à quelque moment qu'un arrêt du rein de produit, OSMITROL est un agent important. L'infusion d'OSMITROL exerce un effet ostomique et diurétique puissant dans la protection de la fonction rénale... il ne produit aucun changement sur le métabolisme... il est dispersé en dehors du compartiment extra-cellulaire et est généreusement filtré par le glomérule du rein... il augmente le flux sanguin rénal... il diminue la résistance vas-

culaire... il favorise l'excrétion d'eau, de sodium, de chlorure, sans toutefois accroître l'excrétion du potassium. L'OSMITROL est souvent la mesure salvatrice dans le traumatisme rénal.

Voir le dépliant inséré dans la boîte ou écrire au directeur médical pour de plus amples renseignements sur les indications, la posologie, les méthodes d'administration et les contre-indications.



BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD.

Fabricant de produits pharmaceutiques d'ordonnance au Canada depuis 1938

ALLISTON, ONTARIO

L'ANNÉE DE NOTRE VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE AU CANADA



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

Examen physique: Muqueuse nasale pâle et oedématiée.

Impression: Allergie d'étiologie inconnue.

R 1. Malade prié de tenir son journal relatant les détails des périodes d'allergie. Noter le régime et tous les facteurs concomittants.

2. Revoir dans une semaine pour les épreuves de sensibilité.

Répétabs Chlor-Tripolon de 8 mg: 1 q. 8 h. et h.s.

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

chlor-tripolon*

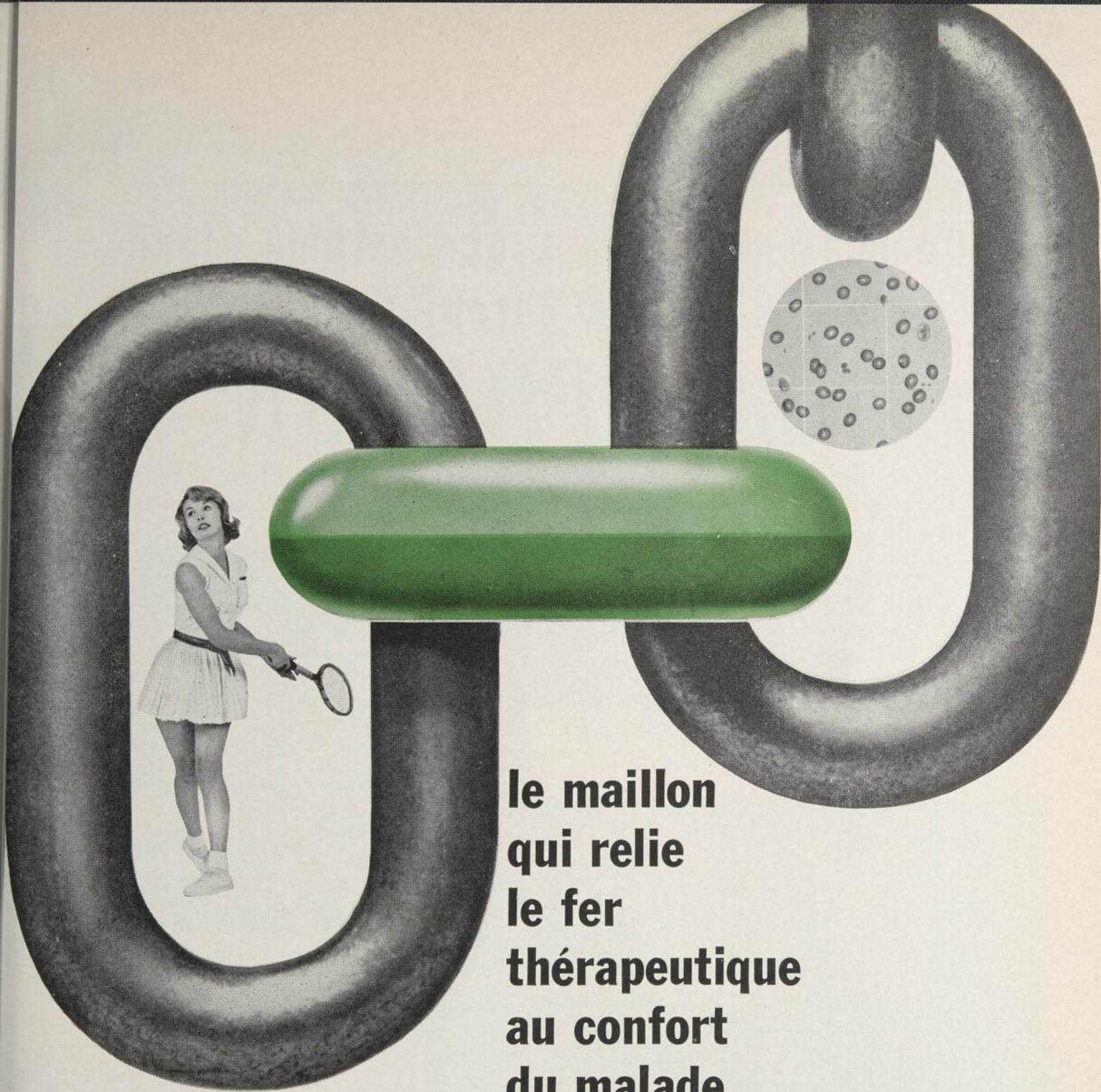
maléate de chlorphéniramine U.S.P.

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

Schering

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

*Marque déposée



**le maillon
qui relie
le fer
thérapeutique
au confort
du malade**

LEDERON*

FUMARATE FERREUX—DIOCTYL SULFOSUCCINATE DE SODIUM LEDERLE

Cette forme de fer tient compte de l'état physique ainsi que de l'état physiologique de votre patiente.

LEDERON évite les problèmes souvent éprouvés par la patiente sous ce genre de traitement. En associant du fer mieux toléré à un ramollissant des selles, LEDERON ajoute au fer thérapeutique le confort du malade.

Chaque capsule LEDERON de deux tons de vert contient:

Fumarate ferreux (correspondant à 50 mg de fer de base)..... 150 mg
Dioctyl sulfosuccinate de sodium..... 100 mg

Posologie: Une capsule, une ou deux fois par jour, ou selon les instructions du médecin.

Présentation: Flacons de 30 et 100.

*Marque de commerce



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

On peut contrôler¹⁻³³ tant l'asthme aiguë que l'asthme chronique avec **ELIXOPHYLLIN**

Chaque 15 cc. contient 80 mg. de THÉOPHYLLINE; 3 cc. d'ALCOOL

- 360,000 patients souffrant de crises asthmatiques aiguës sont admis chaque année dans les cliniques d'urgence des hôpitaux.* L'ELIXOPHYLLIN peut mettre fin à ces crises en quelques minutes.

Tableaux d'observations publiées montrant la sûreté d'absorption, l'efficacité thérapeutique et la tolérance gastrique normale :

	Nombre de patients	soulagement complet en dedans de 30 min.	Soulagement incomplet après 30 mins.	Sans résultat ou douteux
Hôpital —				
cas d'urgence:				
Schluger, McGinn et Burbank ¹	50	37	5	8
Patients privés:				
Greenbaum ²	24	23	0	1
Spielman ³	20	14	6	0
Kessler ⁴	13	11	0	2
	107	85	11	11**

** (5 étaient des cas exemplaires)

L'intolérance gastrique n'a été rapportée que dans le cas d'un seul patient.

1. Schluger, J.; McGinn, J. T., and Burbank, B.: The Treatment of the Acute Asthmatic Attack with an Oral Alcohol-Water Solution of Theophylline (Elixophyllin), *Am. J. Med. Sc.*, 234:28 (July) 1957. 2. Greenbaum, J.: Clinical Evaluation of Elixophyllin and Choline Theophyllinate in the Management of Acute and Chronic Asthma, *Ann. Allergy*, 16:312 (May-June) 1958. 3. Spielman, A.: Comparative Effectiveness of an Alcohol-Water Solution of Theophylline (Elixophyllin), Alcohol-Water Solution and Theophylline Solution for the Oral Treatment of Acute Bronchial Asthma, *J. Allergy*, 30:35 (Jan.-Feb.) 1959. 4. Kessler, F.: Clinical Experience with an Oral, Rapidly-Acting, Theophylline Preparation, *Conn. S.M.J.* 21:205 (Mar.) 1957.

*Estimate based on mail survey, data on file at Sherman Laboratories.

- Vos patients souffrant d'asthme chronique sont soulagés et protégés contre des crises sévères récurrentes avec ELIXOPHYLLIN pris à jeun toutes les 8 heures⁵⁻³³.

Note: Nous insistons sur le fait que cette solution hydroalcoolique de théophylline est si bien tolérée qu'on recommande de l'administrer sur un estomac vide — de cette façon permettant une absorption certaine et rapide, sine qua non !

- Absorption rapide veut dire soulagement rapide.
- Niveaux sanguins maintenus veulent dire soulagement prolongé.
- Pas d'éphédrine ou autres auxiliaires pour compliquer la médication.
- Toux, dyspnée, rétention muqueuse sous contrôle parfait.
- Peut être contr'indiqué dans les cas d'ulcère peptique et de goutte.

Rx seulement — flacons de 16 oz. et de 32 oz.

1-33 Bibliographie des travaux publiés sur demande.

Sherman Laboratories Ltd.

WINDSOR, ONTARIO



POSOLOGIE: Dans le cas de crises aiguës — Adultes (de poids moyen) 75 cc. Enfants — 0.5 cc. par livre de poids. Si la théophylline a été administrée précédemment, réduire le dosage en conséquence.



Pour une protection d'une durée de 12 heures — Adultes: les 6 premières doses, 45 cc., avant le déjeuner, à 3 heures p.m. et au coucher, puis doses de 30 cc. Enfants: 0.3 cc., puis 0.2 cc., par livre de poids.

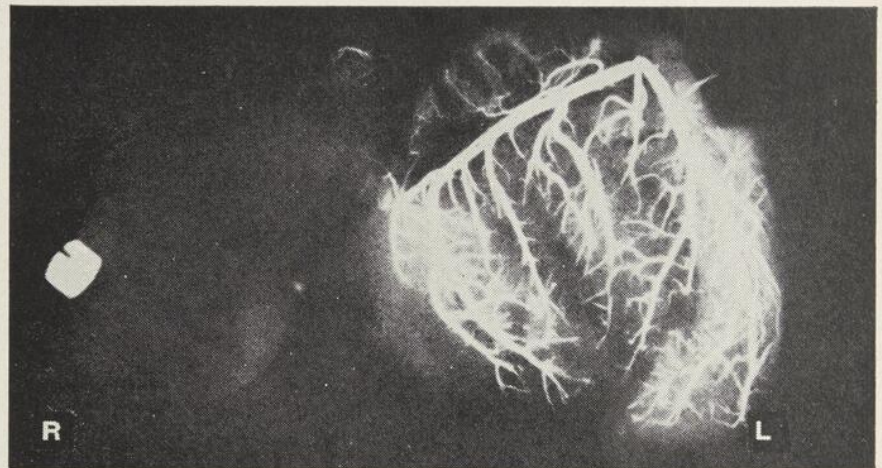
On possède maintenant pour la première fois une preuve anatomique qu'un médicament, le Pérित्रate, peut stimuler la circulation collatérale à la suite d'une occlusion coronaire

Dans une récente étude non équivoque, le docteur George Lumb¹ provoqua, chez 60 porcs, une occlusion générale de l'artère coronaire postérieure.* (Il utilisa des appareils à constriction avec fermeture complète en moins de 48 heures.)

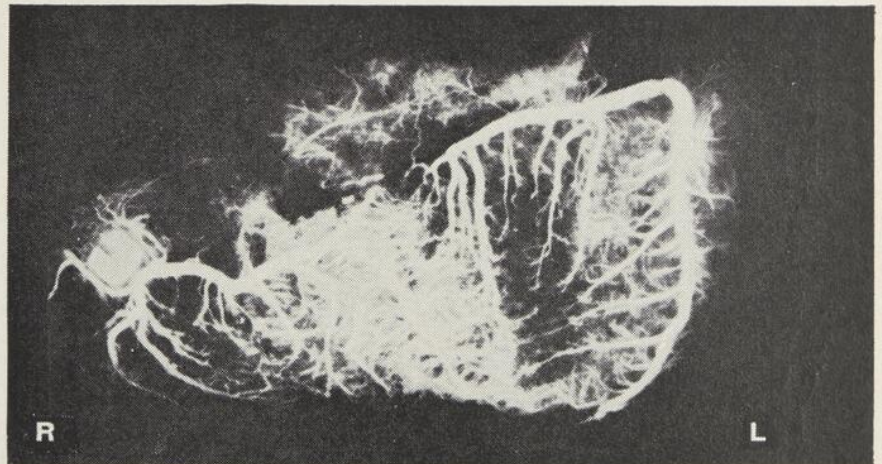
30 porcs ne reçurent aucune médication. Les 30 autres porcs reçurent du Pérित्रate par voie buccale à des doses comparables à celles données à l'homme, une semaine après l'installation de l'appareil à constriction.

Au bout de 5 semaines d'occlusion coronaire, on constata avec étonnement les résultats obtenus avec le Pérित्रate:

	Groupe (de contrôle) non traité—30 animaux	Groupe traité au Pérित्रate—30 animaux
Morts	83.3%	36.7%
Survivants	16.7%	63.3%



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



La circulation collatérale active développée dans le coeur des 19 survivants traités au Pérित्रate semble plus grande que dans le coeur des 5 survivants non traités (dont la photo n'apparaît pas). La substance radiopaque injectée dans l'artère coronaire antérieure se retrouve dans la coronaire postérieure.

(Afin de montrer tout le système coronaire sur un seul plan, on a dû sectionner les coeurs par le milieu et les étaler comme un livre.)

thérapeutique de base
dans la maladie coronarienne—avec ou sans angine

Peritrate

tétranitrate de pentaérythritol

**Stimule la circulation collatérale
... fournit plus de sang et d'oxygène au myocarde**

*Dans cette étude, on se servit du porc parce que chez cet animal la disposition des artères coronaires ressemble plus à celle de l'homme que chez le chien ou d'autres animaux d'expérience²⁻³.

Bibliographie: 1. D'après Lumb, G., et Hardy, L. B.: Circulation collatérale et survie à la suite de l'occlusion graduelle de l'artère coronaire postérieure chez le porc. Travail présenté à la réunion annuelle de l'American Heart Association, Cleveland, Ohio, le 26 octobre 1962. 2. Blumgart, H., et al.: Circulation 1:10, 1950. 3. Lumb, G. et Singletary, H.: Am. J. Path. 41:65, 1962.

WARNER - CHILCOTT

Warner-Chilcott, Toronto, Ont. Fabricants de Coly-Mycin Warnerin Proloid Tedral Mandelamine



ANGINE DE POITRINE

NOUVEAUTÉ!

NILATIL

Tosylate d'itramine

EN DRAGÉES

**SOULAGEMENT RAPIDE
EN 2 À 10 MINUTES**

le soulagement de l'angine de poitrine apparaît avec une promptitude comparable à celle de la nitroglycérine. En effet, la mastication des dragées de Nilatil les fait absorber immédiatement par la muqueuse buccale et accélère leur action.

**SOULAGEMENT
PROLONGÉ
DE 2 À 4 HEURES**

la vasodilatation coronaire causée par le Nilatil est la même que celle des nitrates de longue durée; il diminue la fréquence, la durée et la gravité des attaques; il aide à améliorer la tolérance de l'effort et la réponse de l'ECG ainsi que la circulation collatérale; il réduit le besoin de nitroglycérine.

BONNE TOLÉRANCE—les effets secondaires sont négligeables et la toxicité virtuellement nulle; inodore, agréable au goût.

POSOLOGIE: une dragée Nilatil de 2 ou 4 mg qu'il faut bien mastiquer et avaler, trois ou quatre fois par jour, contre l'angine de poitrine et après l'infarctus du myocarde.

PRÉSENTATION: dragées sécables — jaunes de 2 mg, roses de 4 mg; flacons de 100 et 500.

échantillons et documentation clinique:
ARLINGTON-FUNK LABS., division
U. S. Vitamin Corporation of Canada, Ltd.
Casier postal 779, Montréal 3, Québec.

Canada
1963



**—cette douleur
lombaire fait
réellement souffrir**

Le ROBAXIN (méthocarbamol) détend le spasme douloureux du muscle strié sans diminuer la force musculaire normale, ni altérer le fonctionnement neuromusculaire. Les effets secondaires tels qu'étourdissement, vertige, somnolence et nausée sont rares et disparaissent rapidement après réduction du dosage. On rapporte quelquefois des réactions d'hypersensibilité. Le ROBAXIN est contre-indiqué chez les malades hypersensibles au médicament.

Posologie adulte moyenne

	ROBAXIN®	ROBAXIN®-750
	(méthocarbamol, comprimé à 500 mg.)	(méthocarbamol, comprimé à 750 mg.)
Dose initiale:	3 comprimés q.i.d.	2 comprimés q.i.d.
Dose d'entretien:	2 comprimés q.i.d.	1 comprimé q. 4 h. ou 2 comprimés t.i.d.

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

Robaxin®

(methocarbamol, Robins)

U. S. Pat. No. 2,770,649

Il est essentiel que les tampons vaginaux absorbent bien

Pour les milliers de femmes qui adoptent Tampax chaque année, il est de la plus haute importance que Tampax absorbe bien le flot sanguin.

Tampax est fait exclusivement d'un coton chirurgical doux. Ce coton est comprimé pour qu'on l'introduise facilement et correctement, au moyen de l'étui-applicateur hygiénique et individuel. Une fois en place, ce coton absorbe dans toute sa longueur le flot sanguin, grâce à son action capillaire puissante. Avec les volumineuses serviettes périnéales, l'absorption ne se fait vraiment que par une petite partie, au centre, alors que le Tampax tout entier est absorbant.

Tout comme les millions d'autres femmes de tous les pays, vos patientes apprécieront la sensation de propreté que leur donne Tampax et elles auront tôt fait de découvrir tous ses autres avantages. Tampax élimine pratiquement l'odeur menstruelle. On s'en débarrasse facilement en le jetant dans la chasse d'eau; il en est ainsi des étuis-applicateurs. Cela devient plus agréable de prendre un bain ou une douche, même de s'asseoir et de marcher.

Si la menstruation provoque chez certaines de vos patientes des problèmes psychologiques ou émotifs, peut-être pouvez-vous les aider en leur recommandant l'usage de Tampax. Si une femme ou une jeune fille souffre de complexe à cause de la menstruation, l'emploi de Tampax, si agréable et pratique, peut les en débarrasser.

Tampax se présente en trois degrés d'absorption (Junior, Régulier et Super) qui répondent aux besoins variés de la période menstruelle. Canadian Tampax Corporation Ltd., Barrie, Ont.

TAMPAX

Protection hygiénique interne pour une meilleure
hygiène menstruelle

Canadian Tampax Corporation Ltd.,
C.P. 627, Barrie, Ont.

Veuillez m'envoyer gratis des livrets-échantillons et une carte de renouvellement de commande, ainsi qu'une série des graphiques anatomiques de Dickinson (à feuilles de plastique durable), pour explication de la menstruation et de l'usage des tampons aux patientes.

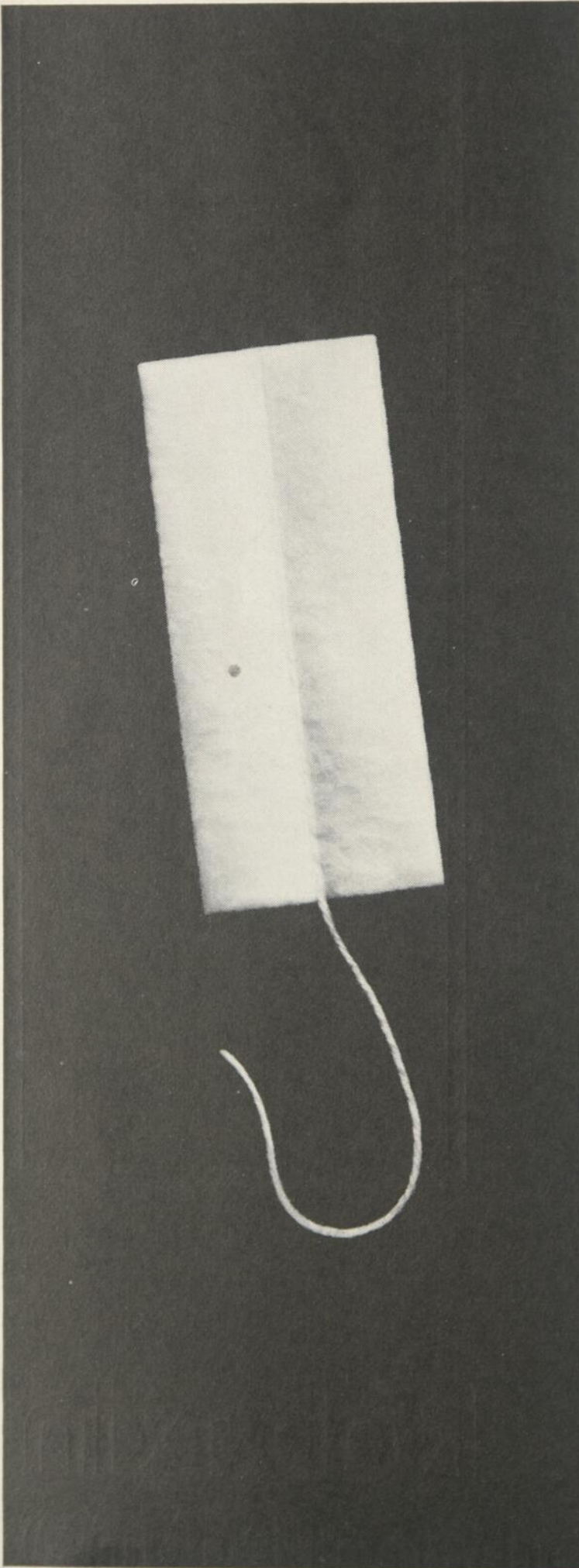
Nom _____

Adresse _____

Ville _____

Prov. _____

UM3





LA
DANS
LA

CYSTITE PYÉLITE

ET LES AUTRES INFECTIONS URINAIRES

Thiosulfil'-A Forte

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

(0,5 g de Sulfaméthizol + 50 mg de Chlorhydrate de phénylazo-diamino-pyridine)

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

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

AYERST, MCKENNA & HARRISON, LIMITÉE • MONTRÉAL

PRODUITS PHARMACEUTIQUES MIS AU POINT PAR LA RECHERCHE MÉDICALE



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

'PRÉMARINE'

DANS LA MÉNOPAUSE

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



PRODUITS PHARMACEUTIQUES
MIS AU POINT PAR LA
RECHERCHE MÉDICALE

les deux aspects d'HydroDIURIL*



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

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

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

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

Un autre produit des Laboratoires de recherche MSD

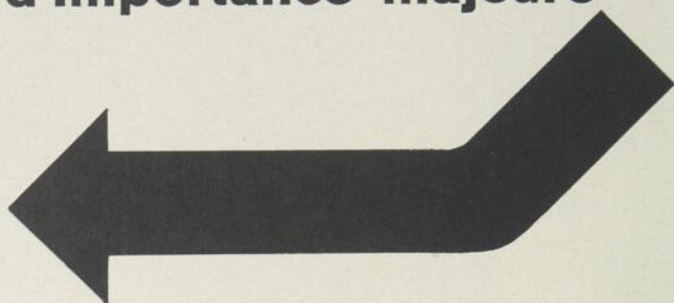


MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED

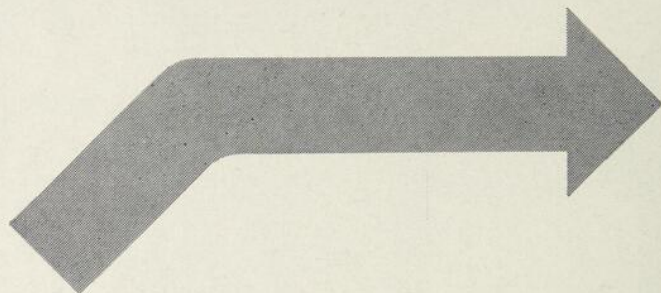
MONTREAL 30, QUÉ.

*Marque de commerce

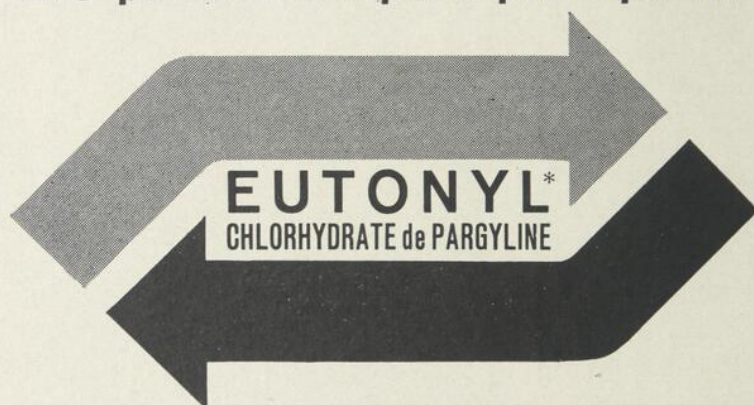
L'annonce d'un nouveau médicament d'ordonnance d'importance majeure



Diminue significativement la tension artérielle



• ...et pourtant ne déprime pas le patient



Produit chimique unique

L'Eutonyl est un nouvel hypotenseur ne ressemblant à rien de ce qui est présentement en usage. Il fait partie d'une série chimique **non hydrazinique** unique en son genre. Sur le plan pharmacologique ce corps est un inhibiteur de l'oxydase de la monoamine. Et pourtant son action consiste essentiellement en l'abaissement de la tension artérielle. Autre différence d'importance vitale: l'Eutonyl **ne provoquera pas ou n'aggravera pas la dépression**. Dans les essais cliniques il a même souvent procuré une sensation accrue de bien-être.

Résultats cliniques hors ligne

1. Il y a eu abaissement significatif de la tension artérielle, tant systolique que diastolique, chez 84% de tous les malades étudiés, même dans des cas exceptionnellement sévères et difficiles.
2. Dans environ la moitié des cas, la réduction en position assise ou couchée était presque aussi considérable qu'en position debout.
3. La plupart des effets secondaires se rattachaient à la dose et pouvaient ordinairement être corrigés par ajustement de celle-ci. Quarante-vingt-onze pour cent des malades qui ont ré-

pondu ont continué de prendre le médicament pendant toute la durée du traitement—au-delà de deux ans dans certains cas.

4. L'Eutonyl peut être employé conjointement avec d'autres hypotenseurs, y compris les thiazides et les associations thiazide-rauwolfia.

Ne déprime pas

Nous désirons insister encore une fois sur le fait que **l'Eutonyl n'a aucune action dépressive**. C'est là un caractère vital du traitement. La plupart des hypotenseurs employés actuellement provoquent ou aggravent souvent des symptômes de dépression. Cela peut être un obstacle majeur au traitement. L'Eutonyl évite cette difficulté et souvent peut procurer au malade une sensation accrue de bien-être. De la documentation médicale, comprenant les effets secondaires, les précautions et les contre-indications, sera envoyée sur demande.

Présenté en comprimés Filmtabs[†] de 10 mg, 25 mg, et 50 mg. Flacons de 100 et de 1000.

*Marque de Commerce

†Nom Déposé

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE

Montréal — Toronto — Winnipeg — Vancouver



Retour à la réalité

Librium

**un complément important dans
le traitement de l'alcoolisme**

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

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

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

Documentation sur demande.

Présentation

Capsules, 5, 10, 25 mg. 100 et 500.

Comprimés, 10 mg. 100 et 500.

Ampoules, 100 mg., paquets jumelés 6 et 25.

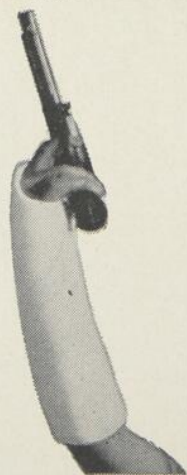
Librium® chlorhydrate de 7-chloro-2-méthyl-
amino 5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde.
©Marque déposée





**Ti-Guy
Le Dur
est de
retour!**

**Grâce à
L.P.L.
GYPSONA.**



Ce n'est pas un bras dans le plâtre qui va diminuer son entrain!

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



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

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



ménorragies



grossesse



gériatrie



chirurgie



adolescence



*maladies
chroniques*

Trinsicon®
(vitamine B₁₂ avec
concentré de facteur
intrinsèque et autres
médicaments, D.N.C.,
Lilly)

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

315019



Aldactone

IMMÉDIATEMENT

plutôt que

DEMAIN

Eventuellement, chez beaucoup de patients souffrant d'œdème progressif et d'ascite par défaillance cardiaque congestive et de cirrhose hépatique ou néphrotique, une résistance à tous les diurétiques ordinaires a tendance à se développer. Ceci est souvent dû à une sécrétion excessive de l'aldostérone, et un inhibiteur de choix comme l'ALDACTONE-A peut devenir une thérapeutique de contrainte nécessaire.

Mais il y a des raisons sérieuses de commencer immédiatement la thérapeutique à l'ALDACTONE-A plutôt que d'attendre, ce qui permettra la régularisation de la rétention hydrique des malades.

Pour prévenir les états réfractaires.

La prompt administration d'ALDACTONE-A peut souvent prévenir le développement de cette résistance au régime diurétique ordinaire.

Pour améliorer la diurèse.

Lorsqu'il est administré conjointement avec un diurétique à thiazide ou mercuriel, l'ALDACTONE-A exerce une action synergique efficace et véritable sur la diurèse sodique et hydrique. On pourra ainsi obtenir plus rapidement et maintenir une véritable évaluation de cette thérapeutique.

Pour conserver l'intégrité électrolytique.

L'ALDACTONE-A restreint la perte potassique induite par les thiazides et les mercuriels en évitant le déséquilibre électrolytique qui pourrait être amené par ces composés. Ceci est particulièrement important chez les malades digitalisés (vu que l'hypokaliémie peut précipiter l'intoxication par la digitale), ou

quand un contrôle sévère de laboratoire des électrolytes est impossible.

Pour favoriser le confort du malade.

Les malades traités à l'ALDACTONE-A se sentent souvent mieux, se comportent mieux, et une diète moins sévère peut leur être permise. Des réactions désagréables sont plus qu'improbables; durant des années d'études cliniques sérieuses sur l'ALDACTONE, aucun effet toxique grave ou secondaire n'a été observé.

Enfin, et ceci n'est pas sans une grande importance, le nouveau ALDACTONE-A et l'ALDACTAZIDE-A sont efficaces en doses plus faibles, favorisant vos patients d'une économie substantielle.

L'ALDACTONE-A (marque de la spironolactone) en comprimés de 25 mg possède l'effet clinique du comprimé original de 100 mg d'ALDACTONE. Consultez le fascicule documentaire no 39 du "Physicians' Product" pour de plus amples renseignements, ainsi que pour la posologie.

L'ALDACTAZIDE-A (marque de spironolactone et d'hydrochlorothiazide) combinée d'ALDACTONE-A en comprimés de 25 mg, avec hydrochlorothiazide, 25 mg, possède l'effet thérapeutique du comprimé original d'ALDACTAZIDE. Consultez le fascicule documentaire no 46 du "Physicians' Product" pour de plus amples renseignements, ainsi que pour la posologie.

NOTE: Le film "Aldosterone and Its Control in Edema" est disponible pour présentation devant des groupes de médecins. Ecrivez à:

La Recherche au Service de la Médecine,
G. D. Searle & Co. of Canada, Limited,
249, rue Queen est, Brampton, Ontario.

SEARLE

ALDACTONE-A

ALDACTAZIDE-A

On laisse ce flacon chez soi!



NOUVEAUTÉ!

ÉLIXIR STELABID*

(combinaison de Darbid* et de Stelazine*)

**le SEUL liquide antispasmodique/antisécrétoire
offrant la commodité d'une posologie bi-quotidienne**

Il suffit de prendre l'élixir 'Stelabid' deux fois par jour—au lever et au coucher—un grand avantage pour les gens occupés qui ont du mal à se rappeler les doses de la mi-journée ou qui les considèrent comme incommodes. En outre, l'effet thérapeutique de l'élixir 'Stelabid' est *global* autant que *prolongé*; il inhibe l'hypermotilité et les spasmes; il réduit la gastrorrhée; il calme l'anxiété; il prévient la nausée et les vomissements.

Chaque c. à thé (5 cc.) contient 1 mg de 'Stelazine' (trifluopérazine, SK&F) sous forme de bichlorhydrate et 5 mg de 'Darbid' (isopropamide, SK&F) sous forme d'iodure. Posologie pour adultes: 1 c. à thé—matin et soir. Posologie pour enfants de 6 à 12 ans, selon le poids corporel: ½ ou 1 c. à thé—matin et soir. En flacons de 6 oz. liq.



Smith Kline & French • Montréal 9

FAITES VACCINER VOS ENFANTS AVANT L'OUVERTURE DES CLASSES

Les autorités du ministère de la Santé du Québec rappellent aux parents que, dès avant l'ouverture des classes, ils doivent faire vacciner leurs enfants contre la variole. En effet, tous les enfants qui feront leur entrée à l'école ou dans les autres institutions d'enseignement en septembre prochain doivent être vaccinés contre cette maladie. La loi l'exige. Des cliniques auront lieu durant août, dans toutes les régions desservies par les Unités sanitaires de la province de Québec. Profitez-en pour y conduire vos enfants ou conduisez-les chez votre médecin de famille. Si vous voulez qu'ils soient admis à l'école en septembre, obtenez dès à présent un certificat de vaccination.

Les règlements provinciaux d'hygiène décrètent en effet que "toute corporation scolaire ou autre, ou toute personne ayant le contrôle d'une école, d'un collège, d'un couvent, d'une université ou d'une autre maison d'éducation, devra refuser d'admettre dans l'institution tout élève qui ne fournit pas de certificat, d'un médecin pratiquant dans la province, de vaccination antivariolique réussie depuis moins de sept ans. L'admission de chaque élève non vacciné constituera une offense distincte".

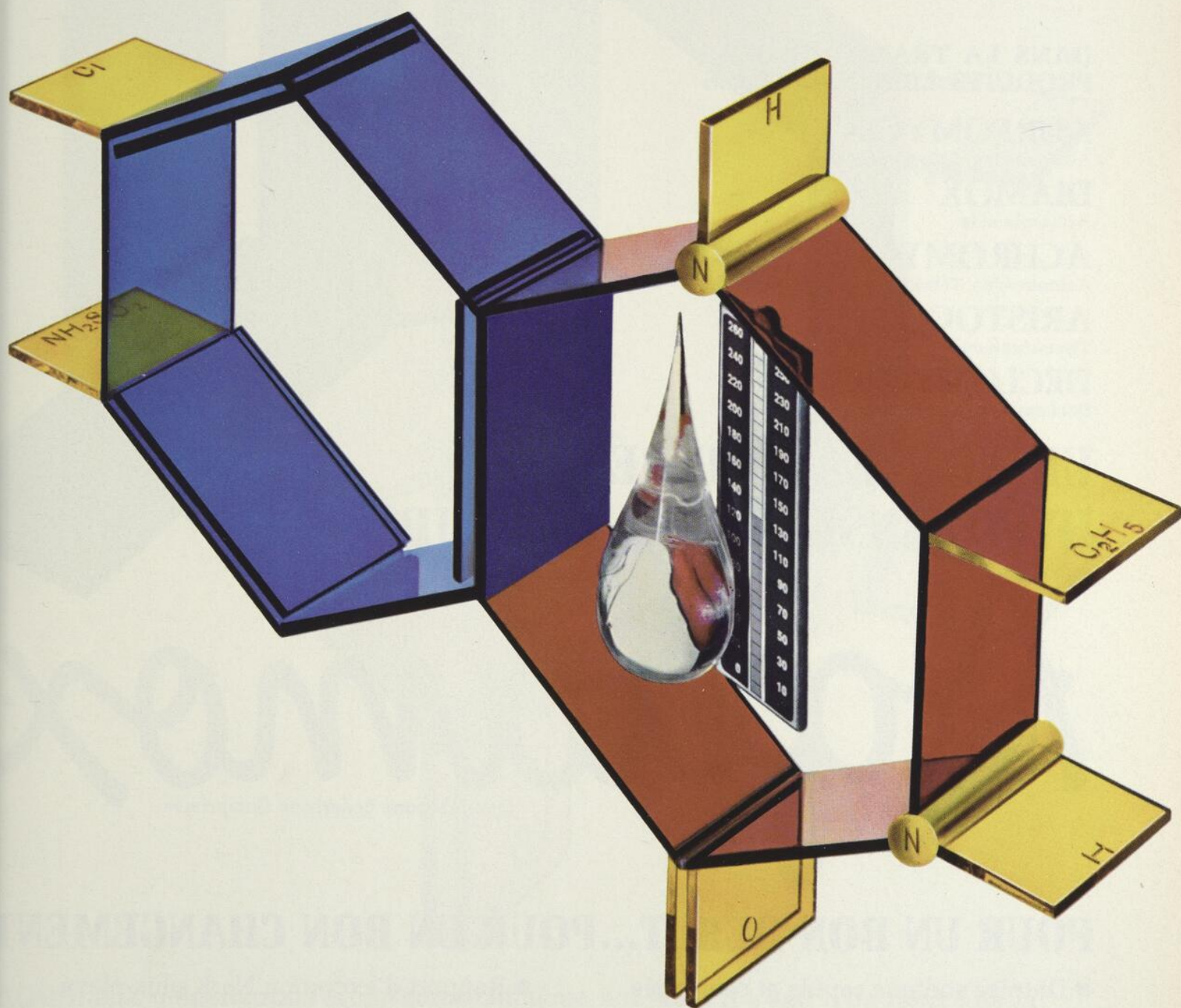
C'est en préparant la jeune génération à se protéger contre la variole qu'on lui enseigne en même temps le respect de l'hygiène et de ses prescriptions. La population tout entière doit avoir à cœur de conserver à notre province l'excellente réputation que, dans le domaine de la médecine préventive, elle s'est acquise depuis quelques années.

Le ministère de la Santé de la province du Québec

Honorable Alphonse COUTURIER, m.d.
ministre

JACQUES GÉLINAS, m.d.
sous-ministre

UN NOUVEAU DIURÉTIQUE *Lederle* HYPOTENSEUR NON THIAZIDIQUE



POUR UN BON DÉBUT...POUR UN BON CHANGEMENT

DANS LA TRADITION DES
PRODUITS LEDERLE, APRÈS

AUREOMYCIN[®]

Auréomycine, Chlortétracycline

DIAMOX[®]

Acétazolamide

ACHROMYCIN[®]

Achromycine, Tétracycline

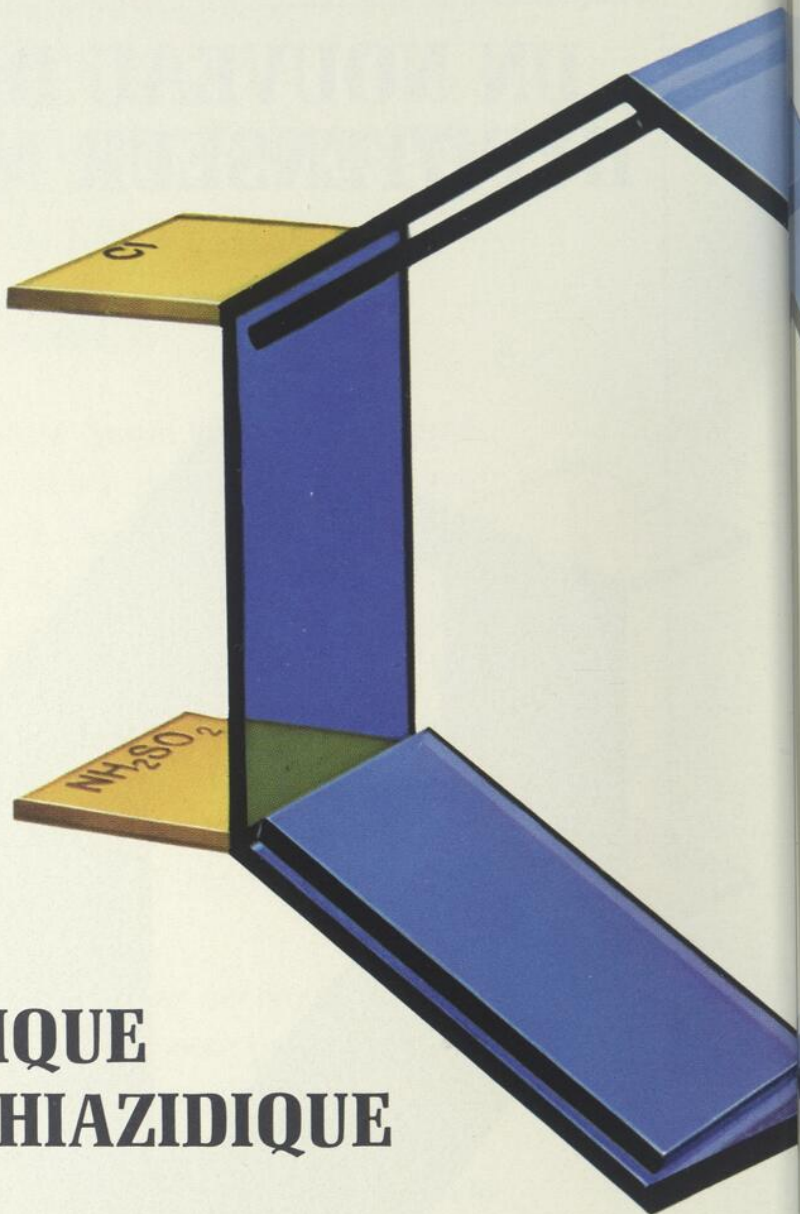
ARISTOCORT[®]

Triamcinolone

DECLOMYCIN[®]

Déclomycine, Déméthylchlortétracycline

**UN NOUVEAU DIURÉTIQUE
HYPOTENSEUR NON THIAZIDIQUE**

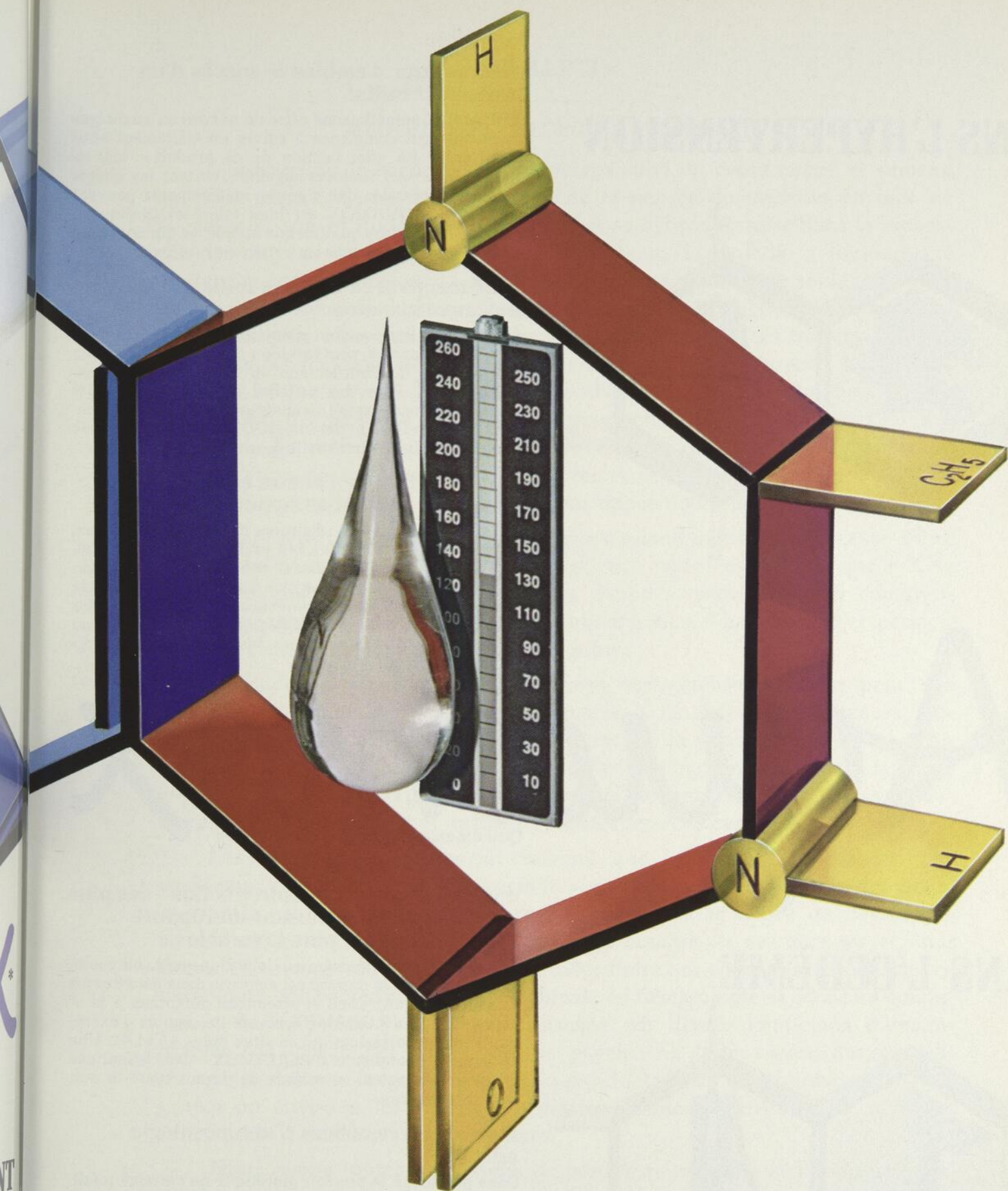


Aquamos^{*}

Quinéthazone Lederle en Comprimés

POUR UN BON DÉBUT...POUR UN BON CHANGEMENT

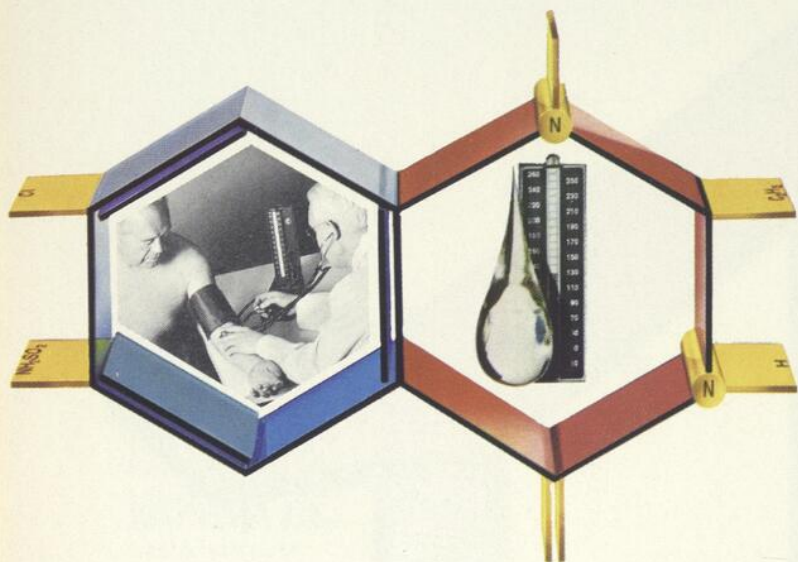
- Diurèse sodique rapide et prolongée.
- Action progressive, physiologique.
- Bonne tolérance : les troubles gastro-intestinaux et autres effets secondaires viennent rarement compliquer le traitement.
- Rapport d'excrétion Na:K plus élevé.
- La précipitation de la goutte est peu probable.
- En association avec d'autres hypotenseurs et diurétiques, permet de mieux contrôler l'action médicamenteuse.



AQUAMOX quinéthazone est un corps chimique nouveau. Il s'agit d'un dérivé de la quinazoline dans lequel un groupement carbamyle cyclique a remplacé le groupement sulfamyle cyclique présent dans les thiazides. Grâce à cette substitution, AQUAMOX est doué de propriétés qui se rapprochent de plus près aux qualités cliniques que l'on souhaiterait idéalement trouver dans un agent diurétique antihypertensif.

UN OU DEUX COMPRIMÉS À 50 mg UNE FOIS PAR JOUR

DANS L'HYPERTENSION



pour assurer d'emblée le succès d'un traitement initial

AQUAMOX quinéthazone offre de nombreux avantages au malade qui commence à suivre un traitement anti-hypertensif. En effet l'action de ce produit — tout en étant rapide — est toujours régulière, évitant les chutes de tension brutales que d'autres médicaments peuvent provoquer. AQUAMOX est bien toléré et pratique à prendre en une dose quotidienne unique, ce qui constitue un avantage notable dans les traitements de longue durée.

pour réactiver la réponse initiale dans les cas réfractaires

AQUAMOX, représentant d'une nouvelle série de composés hypotenseurs, peut fort bien apporter une solution au problème de l'intolérance ou de la résistance aux médicaments. Pour des malades chez qui l'efficacité initiale d'autres agents thérapeutiques avait été entièrement ou partiellement perdue, AQUAMOX quinéthazone a pu rétablir une activité antihypertensive satisfaisante.

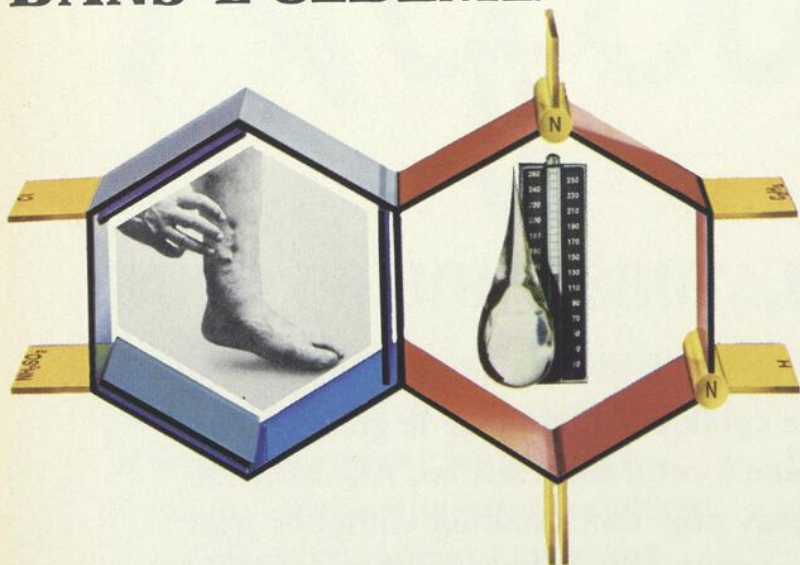
intensification de l'action en traitement associé avec d'autres hypotenseurs

En combinaison avec d'autres agents hypotenseurs, AQUAMOX quinéthazone fait preuve d'une action thérapeutique accrue, produisant souvent une diminution de la tension et une diurèse plus notables. On l'a associé avec succès à d'autres hypotenseurs tels les alcaloïdes du Rauwolfia et les ganglioplégiques dans des cas où ces derniers, utilisés seuls, n'avaient pas donné de résultats satisfaisants.

AquamoX*

Quinéthazone Lederle en Comprimés

DANS L'OEDÈME



une thérapeutique "d'introduction" des plus satisfaisantes, produisant un rapport d'excrétion Na:K plus favorable

AQUAMOX quinéthazone est doué d'une nette efficacité thérapeutique... la diurèse est amorcée dans les 2 heures suivant l'administration et atteint un maximum à la 6^e heure. En outre AQUAMOX assure un rapport d'excrétion sodium/potassium qui se situe entre 4,5 et 6,2. Une seule prise quotidienne d'AQUAMOX — dans la matinée — devrait permettre au malade de dormir toute la nuit sans interruption.

restitue les bénéfices d'une posologie efficace

Dans les cas où le pouvoir diurétique de certains médicaments aurait perdu de son efficacité, AQUAMOX quinéthazone rétablit souvent les bénéfices que l'on recherchait à l'origine.

AQUAMOX n'a pas tendance à compliquer les autres traitements

AQUAMOX est compatible avec le traitement à la digitale et les autres médicaments cardiovasculaires, les tranquillisants, et les sédatifs dans les cas relevant de l'obstétrique et dans la tension prémenstruelle. S'il est associé à d'autres diurétiques, un effet potentialisateur pourra rendre nécessaire une diminution des doses. AQUAMOX est disponible sous forme de comprimés sécables à 50 mg en flacons de 100 et 1,000.

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

BULLETIN

MÉDECINS ET MÉDECINE DE DEMAIN

L'histoire de la médecine a longtemps suivi un cours calme et sinueux qui nous permet d'analyser l'évolution de la pensée du médecin en face de la maladie, son attitude avec le malade et sa débrouillardise dans la recherche des moyens de traitement. Pour le médecin, la maladie a toujours été une entité inacceptable et la souffrance humaine devait être soulagée. Nous pouvons sourire, à la lumière de nos connaissances actuelles, des drogues et des techniques alors utilisées et nous soupçonnons que ces traitements parfois barbares n'étaient acceptés que par la vertu et les pouvoirs attribués à celui qui les prescrivait. Il est même possible de dire que l'attitude protectrice du médecin devait jouer le même rôle que notre "bed-side manner" d'aujourd'hui. La médecine était un art en ce sens que sa pratique exigeait "l'application de connaissances raisonnées et de moyens spéciaux à la réalisation d'une conception" (Larousse) par opposition à une science théorique.

Il serait difficile de dire avec précision quand la médecine a cessé d'être exclusivement un art pour devenir une science, mais il est évident que le XXe siècle nous oblige à faire de plus en plus d'études théoriques pour comprendre les mécanismes les plus complexes qui régissent l'homéostasie et permettre de préserver ou de rétablir l'état de santé.

La médecine a évolué avec une vitesse vertigineuse, utilisant pour son développement tous les concepts découverts à l'intérieur des sciences biophysiques. Nous imaginons mal, par exemple, la pharmacologie ou la chirurgie cardiaque ignorantes des données électroniques modernes. De la même manière, nous ne pensons pas que la psychiatrie puisse un jour nier les découvertes freudiennes qui ont influencé toutes les sciences humaines.

Les médecins eux-mêmes ont constaté que la médecine devenait trop vaste pour eux et ont créé des spécialités qui elles-mêmes exigent des sous-spécialités. Il serait presque tentant d'affirmer que le degré de développement d'un secteur se mesure maintenant au nombre de ses sections et nous citerons l'exemple de la médecine de laboratoire qui exige des spécialistes en pathologie, en bactériologie, en biochimie, en hématologie et même en coagulation. La médecine interne et la chirurgie ont depuis longtemps d'innombrables sous-spécialités, tandis que la psychiatrie, la plus jeune des spécialités, commence à se fragmenter en pédo-psychiatrie, en psychopharmacologie. Lorsqu'on envisage les sciences médicales fondamentalistes, les divisions sont encore beaucoup plus complexes.

Nous avons toutes les raisons de penser qu'une telle évolution ne pourra plus s'arrêter et que la médecine de demain deviendra une science de plus en plus exigeante pour ses disciples.

Les deux questions les plus importantes qui découlent de cette prise de conscience de l'évolution de la médecine moderne sont sans contredit les suivantes: 1) que faudra-t-il enseigner aux étudiants en médecine et comment le faire? 2) quels sont les critères pour admettre un collégien à la Faculté?

Il est difficile de répondre à la première question, sauf pour indiquer que les facultés du Québec ont éprouvé le besoin de remanier complètement le curriculum de l'enseignement à la lumière des expériences américaines et européennes.

Cependant si nous changeons notre programme nous devons aussi développer une philosophie au niveau de l'admission à l'étude de la médecine. Les candidats que nous admettons deviendront-ils des médecins praticiens, des spécialistes, des chercheurs? Les critères qui doivent être exigés pour les uns ou pour les autres seront-ils les mêmes? Pouvons-nous prévoir les besoins de la population si on tient compte que l'option du candidat doit être faite deux années avant qu'il ne commence ses études médicales, soit dix ou douze ans avant qu'il n'ait complété le long périple qui fera de lui un spécialiste certifié?

Nous pouvons anticiper le jour où nous parlerons en médecine, aussi bien à l'université que dans nos hôpitaux, de coordination et de planification.

JEAN-MARC BORDELEAU

LE 33^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Québec — Novembre 1963

Le prochain congrès de l'association se tiendra à Québec, au Château Frontenac, les 13, 14, 15 et 16 novembre 1963, sous la présidence du docteur Richard Lessard.

Depuis plusieurs mois, le comité d'organisation du congrès est à l'œuvre; nous savons qu'un programme scientifique recherché et varié saura intéresser tous les confrères, généralistes ou spécialistes. On traitera entre autres: de retard de croissance, de virilisation et de féminisation, du dépistage du cancer du col utérin, des tumeurs pigmentaires de la peau, d'adénopathies non tumorales et de nouveautés thérapeutiques en clientèle. Une place a été faite à la médecine morale et l'euthanasie sera à l'ordre du jour.

Outre les séances générales, on pourra également s'inscrire aux cours de chirurgie et de médecine; vous n'ignorez pas l'immense succès que ces derniers ont obtenus lors des récents congrès, l'équipe du 33^e congrès vous réserve des surprises.

Quant aux activités extra-médicales, elles comporteront elles aussi des innovations dont nous vous ferons prochainement part.

Nul doute que les congressistes seront nombreux, n'oubliez pas de réserver les dates du 13, 14, 15 et 16 novembre 1963, et si vous aimez vous loger confortablement, ayez la prévoyance des sages...

LE COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

MISE AU POINT

Notre Association fut fondée à Québec en 1902. Comme en témoigne sa Charte rédigée en français, elle porte le nom officiel suivant: "Association des Médecins de Langue Française du Canada", d'où le sigle: A.M.L.F.C.

Le nom de notre Filiale du Québec se lit comme suit: "La Filiale du Québec de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada".

Une association autre que la nôtre est maintenant dénommée: "L'Association Médicale de la Province de Québec Inc.", "The Province of Quebec Medical Association".

Ces appellations ne doivent pas prêter à confusion; aussi l'Association des Médecins de Langue Française du Canada (A.M.L.F.C.) a-t-elle jugé opportun et nécessaire de faire parvenir sans tarder à chacun de ses membres la "Mise au point" dont nous reproduisons ici le texte intégral.

On a attiré notre attention sur le fait qu'une association autre que la nôtre porte maintenant le titre "L'Association Médicale de la Province de Québec Inc."

Nous nous permettons de rappeler à nos membres, pour éviter toute confusion, que notre propre filiale québécoise porte le nom de "La Filiale du Québec de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada".

Cette mise au point est faite dans le simple but de rendre à chacun ce qui lui est dû, sans préjudice pour personne.

Cette remarque nous est imposée par les circonstances et nous la présentons de bonne foi.

PRIX DE L'A.M.L.F.C. À NOS FINISSANTS EN MÉDECINE

En 1960 l'Exécutif de l'A.M.L.F.C. prenait l'heureuse initiative d'attribuer trois prix, renouvelables annuellement et décernés dans nos Facultés de médecine, à l'élève de cinquième année qui a totalisé le plus grand nombre de points sur toutes les matières primaires et finales.

La remise de ces prix est accordée, l'une par l'Université Laval, l'autre par l'Université d'Ottawa, la troisième par l'Université de Montréal.

Les finissants bénéficiaires de ces prix pour la promotion 1963 sont les suivants:

à l'Université Laval, le docteur Aldéric Légère,

à l'Université d'Ottawa, le docteur Roger Perrault,

à l'Université de Montréal, le docteur J.-Hubert Sasseville.

Ce geste d'encouragement, ainsi perpétué, souligne l'intérêt que l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, ne cesse de porter à la valeur de l'enseignement médical universitaire et au jeune médecin dès son entrée dans les cadres de notre profession.

Aux titulaires du "Prix de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada" — dénomination officielle de ce prix —, nous formulons nos félicitations les plus sincères, et nos bons vœux de succès.

RÉUNION DU COMITÉ DES RELATIONS MÉDICALES FRANCE-CANADA

Le samedi 1er juin dernier se réunissaient, au Siège social de l'Association, plusieurs membres de notre Comité des Relations Médicales France-Canada. Ils ont étudié les questions d'intérêt immédiat concernant nos médecins qui font actuellement ou ont l'intention de faire prochainement un séjour d'étude en France.

Concernant ces derniers, l'Association a fait parvenir récemment dans nos hôpitaux, avec prière d'afficher une circulaire indiquant les premières formalités à remplir pour l'obtention des postes d'internes en France.

Nous donnons ci-contre, à l'intention des intéressés, copie de cette circulaire.

AUX RÉSIDENTS ET AUX INTERNES DE NOS HÔPITAUX

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, par son Comité des Relations Médicales France-Canada, et en collaboration intime avec les Doyens des Facultés de Médecine de l'Université de Montréal et de l'Université Laval, travaille depuis longtemps à favoriser et à faciliter les séjours d'étude de nos jeunes collègues en France.

Ce travail se fait également en collaboration constante avec les chefs de service dans les différents hôpitaux et laboratoires de plusieurs villes importantes de France.

Une vingtaine de postes d'internes-résidents en France, dont la plupart offrent les mêmes avantages scientifiques et économiques que les postes des internes français, sont depuis quelques années officiellement réservés aux jeunes étudiants canadiens-français qui désirent s'en prévaloir, et sont répartis dans les villes suivantes: Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Strasbourg.

Pour l'obtention de ces postes d'Internes en France, les aspirants doivent personnellement en formuler la demande aux Doyens des Facultés de Médecine de l'Université de Montréal et de l'Université Laval, à qui incombe finalement la responsabilité du choix des candidats à ces postes privilégiés.

Les demandes des candidats doivent être formulées assez tôt avant le début de l'année académique en France.

Nous invitons donc instamment tous les jeunes médecins désireux de faire des stages de perfectionnement d'études médicales en France, de réaliser dès maintenant les démarches nécessaires auprès des Doyens de nos Facultés de Médecine, qui sauront par la même occasion, leur fournir tous les renseignements nécessaires à ce sujet.

*L'Association des Médecins de Langue
Française du Canada*

Pierre SMITH
Directeur des relations extérieures

TRAVAUX ORIGINAUX

ANASTOMOSE ENTRE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE ET L'ARTÈRE PULMONAIRE DROITE. LIGATURE DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE À LONG TERME¹

Émile BERTHO, F.R.C.S. (C)² et Visitacion De ARANGUREN³

Certaines malformations cardiaques ne pouvant être corrigées par les techniques chirurgicales actuelles fermées ou ouvertes peuvent bénéficier d'une anastomose entre la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire droite (1). Telles sont l'atrésie de la valvule tricuspide, l'hypoplasie du ventricule droit, la maladie d'Ebstein et certaines formes de ventricule unique, de cœur biloculaire et de transposition des gros vaisseaux avec sténose pulmonaire. Glenn en 1958 (2) rapporte le premier cas clinique opéré par cette méthode. Il s'agissait d'un enfant de 7 ans ayant un ventricule unique, une transposition des gros vaisseaux et une sténose de l'artère pulmonaire.

Après un rappel historique sur les tentatives d'isoler le cœur droit de la circulation, les résultats obtenus seront exposés et discutés au cours de la présente communication.

HISTORIQUE

Starr et ses collaborateurs (3) et Bakos (4) détruisirent au moins 75% de la musculature du ventricule droit à l'aide d'un cautère, et constatèrent que la pression veineuse périphérique n'augmentait pas après une telle destruction. Bakos démontra également que la pression dans l'artère pulmonaire restait la même.

Rodbard et Wagner (5) après avoir fait une anastomose entre l'auricule droit et le tronc de l'artère pulmonaire constatèrent que le sang passait de l'oreillette droite à l'artère pulmonaire quand la pression dans l'oreillette droite atteignait 9 à 14 centimètres d'eau. Jamison et ses collaborateurs (6) au cours d'expériences sur la fibrillation ventriculaire ont démontré qu'à l'aide d'une pompe remplaçant le ventricule gauche et donnant une pression variant entre 120 et 205 mm Hg, il était possible de faire passer le sang à travers les capillaires, le cœur droit en fibrillation, les poumons et l'oreillette gauche et ils concluaient que le ventricule gauche est capable de propulser le sang à travers les deux circulations sans l'aide du cœur droit. Toutefois Rose et ses col-

laborateurs (7) en répétant ces expériences, pensaient qu'un débit sanguin normal dans un ventricule droit non fonctionnel ne peut être maintenu que sous certaines conditions d'hypervolémie et d'hypertension veineuse. Rose et ses collaborateurs (8) d'autre part, après avoir dérivé toute la circulation veineuse dans l'artère pulmonaire en excluant le ventricule droit à l'aide d'une pompe, ne furent capables d'obtenir chez l'animal que quelques minutes de survie après arrêt de la pompe. Ils concluaient que la circulation totale ne peut être maintenue au cours d'une exclusion aiguë du ventricule droit.

Warden, De Wall et Varco (9) après avoir anastomosé l'auricule droit au tronc de l'artère pulmonaire et créé une sténose tricuspidiennne, rapportent en 1954 quelques survies en chirurgie expérimentale. Hurvitt (10) rapporte en 1955 la création d'une anastomose entre l'auricule droit et l'artère pulmonaire chez un enfant moribond avec atrésie tricuspidiennne. L'enfant ne survécut pas à l'opération.

Glenn et Patino rapportent en 1954 (11) et en 1958 (1) qu'en chirurgie expérimentale, il était possible d'anastomoser la veine cave supérieure à l'artère pulmonaire droite et de fermer la veine cave supérieure avec succès. Ils démontrent d'autre part que chez la majorité des animaux étudiés le shunt ainsi créé demeurait perméable.

Le but de cette communication est de présenter la technique et les résultats obtenus en chirurgie expérimentale au cours de l'anastomose entre la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire droite et la ligature de la veine cave supérieure; puis de discuter ces résultats et d'en voir les applications cliniques. Cette étude porte sur une durée de près de deux ans et demi.

TECHNIQUE

Douze chiens dont le poids a varié de 13 kgs à 49 kgs ont servi à ces expériences. Après anesthésie au penthotal (environ 25 mgms par kg) une thoracotomie est pratiquée dans le 5ième espace intercostal droit. La veine azygos est disséquée, ligaturée et sectionnée. L'artère pulmonaire droite est disséquée, ligaturée à son origine et sectionnée après avoir mis un clamp sur son extrémité

¹ Travail réalisé grâce aux autorités administratives de l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi.

² Chef du service de chirurgie cardio-vasculaire (expérimental et clinique).

³ Résident dans le service de chirurgie cardio-vasculaire.

distale. Puis, la veine cave supérieure est clampée latéralement au niveau de l'origine de la veine azygos. Un morceau elliptique de la veine cave supérieure est enlevé et une anastomose terminolaterale aussi large que la lumière de l'artère pulmonaire est faite entre l'artère pulmonaire droite et la veine cave supérieure avec un surjet continu à la soie-00000. Les clamps sont enlevés et une soie-5 est placée entre l'anastomose et l'oreillette droite. Cette soie est ligaturée de façon à obstruer complètement la veine cave supérieure. La figure 1 représente le schéma de l'opération. Deux fois au cours de ces expériences une lobectomie supérieure droite a été pratiquée, car la bronche lobaire supérieure droite donne l'impression de comprimer l'artère pulmonaire droite anastomosée à la veine cave supérieure. La survie à long terme enregistrée a été obtenue à la suite de cette lobectomie.

RÉSULTATS

Le tableau 1 résume les résultats obtenus. Quatre chiens sont morts dans les 24 heures. Le chien no-291 est mort 4 heures après l'opération d'un

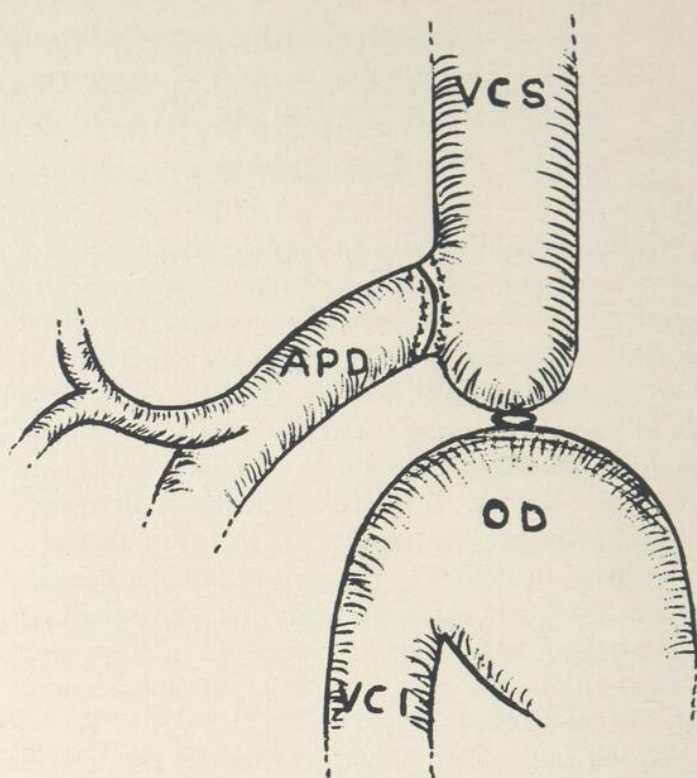


Fig. 1. — Schéma de l'opération. — V.C.S.: veine cave supérieure. A.P.D.: artère pulmonaire droite. O.D.: oreillette droite. V.C.I.: veine cave inférieure.

TABLEAU 1

No	Date d'opération	Poids en kgs	Survie en heures et en jours	Liquide ponctionné	cause du décès
278	28/10/60	18 kgs	19 jours	4075 cc (blanc laiteux)	Sacrifié
280	31/10/60	16 kgs	8 jours	3500 cc (rouge foncé épais)	Décédé au cours d'une ponction
282	4/11/60	25 kgs	27 jours	11500 cc (rosé)	Sacrifié
283	2/11/60	13 kgs 750	47 jours	7700 cc (rosé, grisâtre, blanc)	Décédé spontanément
284	7/11/60	15 kgs 700	24 jours	1000 cc (rosé)	Sacrifié
285	8/11/60	13 kgs 550	16 jours	2500 cc (grisâtre)	Sacrifié
287	9/11/60	17 kgs 500	10 heures		Langue vineuse
290	14/11/60	22 kgs	808 jours	3800 cc (blanc laiteux)	Sacrifié
291	15/11/60	14 kgs 500	4 heures		Pneumothorax
384	14/1/63	49 kgs	6 heures		Langue noire
462	31/10/62	31 kgs	20 jours		Sacrifié
489	8/1/63	21 kgs	24 heures		Langue noire

pneumothorax aigu droit. Il avait eu une lobectomie supérieure droite. Les chiens no-287, 384 et 489 sont morts 10 heures, 6 heures et 24 heures après l'opération à la suite d'un coma progressif; la langue, les muqueuses devenaient de plus en plus vineuses et noirâtres, témoins d'une hypertension de la veine cave supérieure importante; la pression prise dans une veine jugulaire s'élevait à 45 et 50 mm Hg. Les chiens no-278, 280, 282, 283, 284, 285, 462 sont morts 8 à 47 jours après l'opération. Tous ces chiens présentaient de la dyspnée importante et subissaient au moins tous les deux jours une ponction de la cavité thoracique droite. Ces ponctions ramenaient un liquide ou rose, ou grisâtre ou blanc. Le liquide total ponctionné a varié de 2500 cc à 11,500 cc. Certains chiens ont subi jusqu'à 15 ponctions. Le liquide ponctionné était surtout composé de chyle. A part le chien no-283 qui est mort spontanément, tous les autres chiens ont été sacrifiés en raison de leur état de souffrance et de cachexie et aussi le surcroît de travail occasionné au personnel du département de chirurgie expérimentale. Avant la mort, ces chiens avaient une langue rosée et la pression prise dans la veine jugulaire variait entre 15 et 25 mm Hg. L'examen post-mortem de ces chiens a montré une anastomose entre la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire droite perméable dans tous les cas. D'autre part, la veine cave supérieure était toujours complètement fermée. Le chien no-290 a pu être conservé en vie, il a subi 4 ponctions thoraciques qui ont ramené en tout 3800 cc. La dernière ponction a été faite un mois après l'opération et a ramené 1000 cc de liquide chyleux. Ce chien s'est comporté d'une façon tout à fait normale par la suite et il n'a pas été nécessaire de lui faire d'autre ponction. Il paraissait en parfaite santé physique et mentale. Il était très actif. Il courait et faisait des

sauts de 2 à 3 pieds. Il s'alimentait très bien. Vingt-six mois et demi après l'opération ce chien a subi une étude hémodynamique et cinéangiographique.

Le tableau 2 montre le résultat des examens pratiqués le thorax ouvert et quelques minutes avant de sacrifier le chien par une grosse dose de nembutal et en arrêtant la respiration. Au moment de ces examens le chien était sous respiration contrôlée avec oxygène pur.

La pression dans la veine cave supérieure était à 12 mm Hg, alors que la pression prise dans la veine cave supérieure 808 jours auparavant et immédiatement après l'opération était à 35 mm Hg. Ce qui frappe ici c'est l'augmentation de pression dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire à 45 et 42 mm Hg sans explication apparente. Par ailleurs les saturations en oxygène, le Ph et le PCO_2 sont sans particularité.

La figure 2 montre 3 photos du film d'angiographie.¹ En A et B 20 cc d'hypaque à 90% ont été injectés manuellement dans la veine cave supérieure. A représente la substance opaque passant directement de la veine cave supérieure à l'artère pulmonaire droite. B montre le passage de la substance opaque aux cavités gauches du cœur. Toutefois on note que la veine cave supérieure reste toujours opacifiée expliquant ainsi que la circulation est ralentie de la veine cave supérieure à l'oreillette gauche. En C, 22 cc d'hypaque à 90% ont été injectés dans l'oreillette droite. La substance opaque passe du ventricule droit dans l'artère pulmonaire gauche, les cavités gauches du cœur et l'aorte.

Après la mort, le cœur et les poumons ont été enlevés en bloc et injectés à l'acétate de vinyl. La

¹ Cette cinéangiographie a été pratiquée par le docteur Ivan Lessard.

TABLEAU 2

CHIEN No 290. — EXAMENS PRATIQUÉS AVANT LA MORT ET LE THORAX OUVERT.

	Pression mm Hg	Contenu D^2 Vol. %	Capacité O_2 Vol. %	% saturation	Ph	PCO_2 mm Hg
Veine cave supérieure	12	14.3	18.1	79	7.24	47.5
Oreillette droite	6					
Ventricule droit	45/5	14.34	19.6	73	7.30	52
Artère pulmonaire	42/12					
Oreillette gauche	8					
Ventricule gauche	140/5	19.1	20.6	92.7	7.25	40

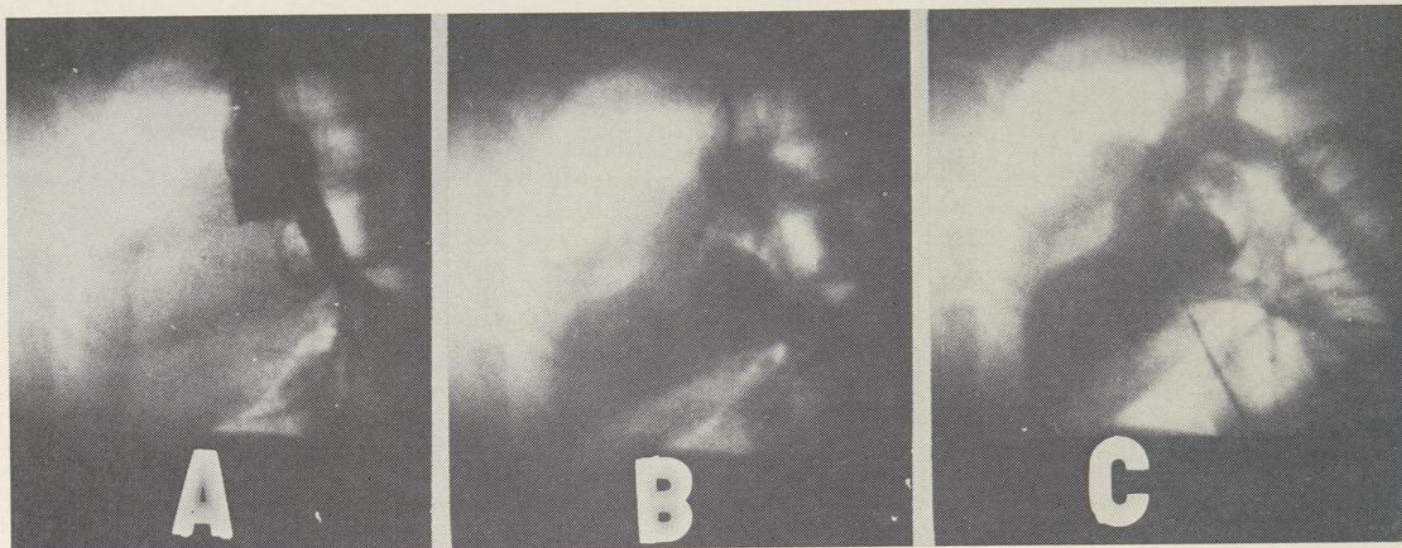


Fig. 2. — Cinéangiographie. A) Injection de la substance opaque dans la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire droite. B) Passage de la substance opaque aux cavités gauches du cœur et l'aorte. La veine cave supérieure demeure opacifiée. C) Injection de la substance opaque dans l'oreillette droite. Artère pulmonaire gauche, oreillette gauche, ventricule gauche, aorte opacifiés.

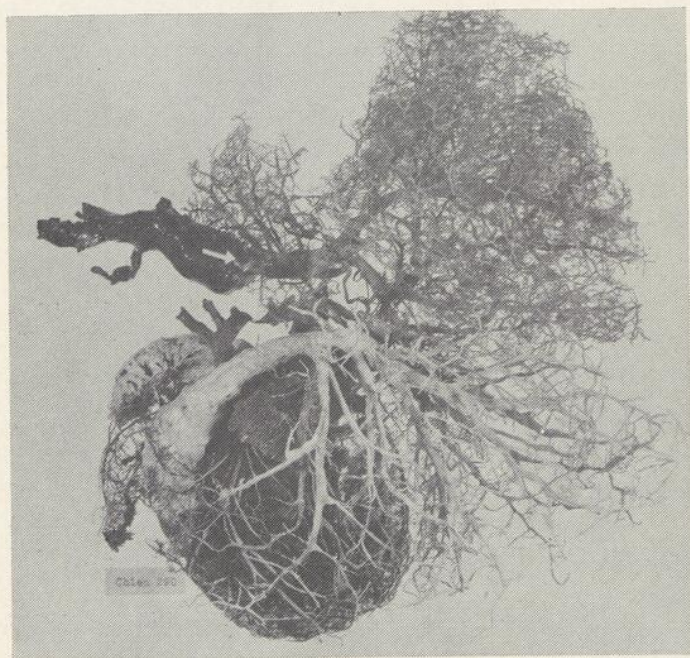


Fig. 3. — Moule du cœur et des poumons injectés à l'acétate de vinyl. La flèche indique l'endroit de l'anastomose entre la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire droite.

veine cave supérieure et le poumon droit ont été injectés en vert, la veine cave inférieure, l'oreillette droite et le poumon gauche en blanc. Les cavités gauches du cœur et les veines pulmonaires en rouge. Les artères et le sinus coronaires ont également été injectés. La figure 3 est une photo de l'ensemble cœur et poumons injectés à l'acétate de vinyl.

DISCUSSION

Douze chiens ont subi une anastomose latéro-terminale entre la veine cave supérieure et l'artère

pulmonaire droite et une ligature de la veine cave supérieure. Trois chiens sont morts dans les 24 heures après un coma progressif dû à l'hypertension de la veine cave supérieure. Un chien est mort 4 heures après l'opération d'un pneumothorax à la suite de lobectomie supérieure droite. Sept chiens sont morts de 8 à 47 jours après l'opération, soit spontanément, soit sacrifiés en raison de l'état de cachexie et de dyspnée entraînées par l'épanchement thoracique, en général chileux. A signaler que ces chiens à part leur épanchement thoracique et leur amaigrissement présentaient un comportement normal, et une langue rosée. La pression prise dans la veine cave supérieure variait entre 15 et 25 mm Hg alors qu'immédiatement après l'opération elle atteignait 30 à 35 mm Hg. Sur ces 12 chiens, un seul a été conservé en vie, 26 mois et demi. Ce chien au moment d'être sacrifié était en excellente santé. La pression enregistrée dans la veine cave supérieure était à 12 mm Hg. Une cinéangiographie pratiquée dans la veine cave supérieure montre le passage de la substance opaque de la veine cave supérieure à l'artère pulmonaire droite et à l'oreillette gauche. Toutefois quand les cavités gauches s'opacifient, la substance opaque persiste dans la veine cave supérieure montrant ainsi un ralentissement marqué de la circulation de la veine cave supérieure à l'oreillette gauche. Lors de l'injection de la substance opaque dans l'oreillette droite, celle-ci est apparue très rapidement dans les cavités gauches en disparaissant complètement des cavités droites.

CONCLUSION

D'après l'étude expérimentale pratiquée, la survie à long terme est possible et compatible avec une vie normale. Le risque primordial c'est l'hypertension du système cave supérieur avec chylothorax. Le chylothorax peut disparaître spontanément, tel le chien no-290. Tous les expérimentateurs et en particulier Glenn ont rapporté ce phénomène. L'augmentation de pression jusqu'à 20 et 35 mm Hg dans la veine cave supérieure semble parfaitement compatible avec la vie et cette pression diminue avec le temps: le chien no-290 avait une pression de 12 mm Hg au moment d'être sacrifié. Toutefois lorsque cette pression dépasse 35 mm Hg la survie ne semble pas possible. Ces expériences ont été pratiquées sur des chiens apparemment en parfaite santé et surtout ayant une hémodynamique cardiaque normale. Il est logique de penser que des malades atteints d'atrésie tricuspide, d'hypoplasie du ventricule droit ou des cavités droites, de maladie d'Ebstein, de transposition des gros vaisseaux avec sténose pulmonaire bénéficieront de cette opération.

Résumé

1. Un historique de l'exclusion des cavités droites du cœur a été présenté.

2. Douze chiens ont subi une anastomose entre la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire droite et la ligature de la veine cave supérieure.

3. Quatre chiens sont morts dans les 24 heures. Sept chiens ont survécu de 8 à 47 jours et sont morts soit spontanément, soit sacrifiés. Un chien a survécu 808 jours et a été sacrifié après étude hémodynamique et anatomique.

4. L'anastomose entre la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire droite est actuellement l'opération de choix en clinique au cours de l'atrésie tricuspide, de l'hypoplasie du ventricule droit, de certaines formes de transposition des gros vaisseaux avec sténose pulmonaire, et de la maladie d'Ebstein.

Summary

1. The history of the exclusion of the right cardiac cavities has been presented.

2. Anastomosis of the superior vena cava to the right pulmonary artery with ligature of the superior vena cava was performed on twelve dogs.

3. Four dogs died within 24 hours. Seven dogs survived from 8 to 47 days and were either sacrificed or died spontaneously. One dog survived for 808 days and was finally sacrificed after catheterization, cineangiography and anatomical study were performed.

4. The superior vena cava to the right pulmonary artery anastomosis is in present practice the operation of choice for treatment of tricuspid atresia, right ventricular hypoplasia, certain types of great vessels transposition asso-

ciated with pulmonary stenosis, and finally of Ebstein's anomaly.

Resumen

1. Una reseña histórica de la exclusión de las cavidades derechas del corazón ha sido presentada.

2. La anastomosis entre la vena cava superior y la arteria pulmonar derecha, seguida de ligadura de la vena cava superior ha sido practicada sobre doce perros.

3. Cuatro perros han muerto dentro de las 24 horas. Siete han sobrevivido de 8 a 47 días, y han muerto, sea espontáneamente, ó sacrificados. Un perro a sobrevivido 808 días y fué sacrificado después de un estudio hemodinámico y anatómico.

4. La anastomosis entre la vena cavo superior y la arteria pulmonar derecha es actualmente la operation indicada en clinica en los casos de: atresia tricúspide, hipoplasia del ventriculo derecho, ciertas formas de transposición de grandes vasos con estenosis pulmonar y la enfermedad de Ebstein.

BIBLIOGRAPHIE

1. NULAND, Sherwin B.; GLENN, William W. L. et GUILFOIL, Paul H.: Circulatory By-Pass of the Right Heart. III. Some Observations on Long-Term Survivors. *Surgery*, **43**: 184-201, 1958.
2. GLENN, William W. L.: Circulatory By-Pass of the Right Side of the Heart. IV. Shunt between Superior Vena Cava and Distal Right Pulmonary Artery — Report of Clinical Application. *New-England Journal of Medicine*, **259**: 117-120, 1958.
3. STARR, I., JEFFERS, W. A. et MEADE, R.H.: The Absence of Conspicuous Increments of Venous Pressure After Severe Damage to the Right Ventricle of the Dog. *Am. Heart J.*, **26**: 291, 1943.
4. BAKOS, A. C. P.: The Question of the Function of the Right Ventricular Myocardium. *Circulation* **1**: 724, 1950.
5. RODBARD, S. et WAGNER, D.: By-Passing the Right Ventricle. *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.*, **71**: 69, 1949.
6. JAMISON, W. L.; GEMEINHARDT, W.; ALAI, J. et BAILEY, C. P.: Artificial Maintenance of the Systemic Circulation Without Participation of the Right Ventricle. *Circulation Research*, **2**: 315, 1954.
7. ROSE, J. C.; BROIDA, H. P.; HUFNAGEL, C.A.; GILLESPIE, J. F.; RABIL, P. J. et FREIS, E. D.: A Method for the Study of the Circulation Using a Mechanical Left Ventricle. *J. Appl. Physiol.*, **7**: 580, 1955.
8. ROSE, J. C.; COSIMANO, S. V. Jr.; HUFNAGEL, C. A. et MASSULLO, E. A.: The Effects of Exclusion of the Right Ventricle From the Circulation in Dogs. *J. Clin. Invest.*, **34**: 1625, 1955.
9. WARDEN, H. E.; De WALL, R. A. et VARCO, R. L.: Use of the Right Auricle as a Pump for the Pulmonary Circuit. *S. Forum*, **4**: 16, 1954.
10. HURWITT, E.; YOUNG, D. et ESCHER, D.: Rationale of Anastomosis of Right Auricular Appendage to Pulmonary Artery in Treatment of Tricuspid Atresia. *J. Thoracic Surg.*, **30**: 503, 1955.
11. GLENN, W. W. L. et PATINO, J. F.: Circulatory By-Pass of the Right Heart. 1. Preliminary Observations on the Direct Delivery of Vena Caval Blood in the Pulmonary Arterial Circulation, Azygos Vein-Pulmonary Artery Shunts. *Yale J. Biol. & Med.*, **27**: 147, 1954.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE LA REVASCULARISATION DU REIN ISCHÉMIÉ À L'AIDE DU GRAND ÉPIPLOON¹

Jacques G. SUSSET et K. J. MacKINNON²

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant d'explorer les possibilités de revasculariser les reins à partir de la périphérie corticale. Les résultats encourageants obtenus au cours des travaux récents sur la revascularisation cardiaque ont été pour beaucoup dans notre décision d'entreprendre ce travail.

Diverses techniques ont été d'abord essayées sans grand succès, en particulier l'implantation sous-capsulaire de l'artère splénique. Celle-ci a été effectuée chez 8 chiens et suivie par un échec total. Le vaisseau se thrombose en effet définitivement et il nous a semblé illogique de continuer dans cette direction.

Cockett et Winter ont présenté un travail excellent sur la revascularisation du rein à l'aide de segments d'ilion (7). Glenn semble confirmer, d'une manière d'ailleurs assez peu convaincante, l'intérêt de cette technique (15).

L'épiploplexie nous a paru devoir être une opération techniquement plus facile et plus courte.

La néphro-épiploplexie a été employée par de nombreux auteurs de 1912 à 1949. Aucun n'a pu donner de preuve définitive du succès de cette opération qui, d'ailleurs, à cette époque, ne présentait pas, aux yeux de la plupart, l'intérêt qu'elle offre aujourd'hui. Siter (43) avait enveloppé les reins de chiens et de chats avec de l'épiploon. Il rapporte une fonction rénale adéquate après ligature des vaisseaux rénaux. Paunz (38) rapporte le même résultat chez un chien, dont le rein décapsulé avait été complètement divisé le long de son bord externe et l'épiploon partiellement inclus "en sandwich" entre les deux moitiés, le reste de l'épiploon enveloppant le rein. Dans un cas, l'artère rénale fut ligaturée et le rein controlatéral enlevé. Un an plus tard, le chien fut sacrifié et la preuve de l'oblitération artérielle établie. MacNider et Donnelly (26), Davis et Tullis (9) utilisant la technique de Paunz, trouvèrent que la graisse épiploïque intrarénale disparaissait et était remplacée par du tissu conjonctif et que le développement capillaire était très pauvre au niveau des glomérules.

Mansfield (29) produisit une hypertension rénale chez le chien par la méthode de Goldblatt et nota la réapparition d'hypertension, 40 jours après l'épiploplexie.

Muller et Cholzon (cf. Siter) ainsi que Ritter (41) rapportèrent quelques résultats favorables. Burger et Carter (6) ainsi que Weeks (48) ont employé l'épiploplexie, la myopexie, la splénoexie chez 12 malades hypertendus sans obtenir de diminution appréciable de leur pression artérielle, mais l'opération avait été faite à la période terminale de glomérulo et de pyélonéphrites chroniques.

Enfin, Maluf (28) a répété récemment ces expériences, en étudiant plus particulièrement par cette méthode l'amélioration quantitative de la fonction rénale tant glomérulaire que tubulaire. Il a utilisé la technique de Siter chez 2 chiens, celle de Paunz dans 6 autres cas. Une troisième technique tout aussi choquante fut employée dans un troisième groupe d'animaux, elle consistait à raser 3 mm de cortex rénal avant d'appliquer l'épiploon.

Les conclusions sont très pessimistes, puisqu'il n'a pu observer d'amélioration de la fonction rénale dans aucun cas; au contraire, la fonction rénale fut trouvée inférieure à ce qu'elle était du côté sain, ce qui n'est pas étonnant lorsqu'on considère la gravité d'une néphrotomie large ou du rasage du cortex rénal. Deux des chiens seulement n'ont pas été soumis à ces traumatismes et la raison de l'échec peut être recherchée ailleurs. En effet, la veine rénale a été liée en même temps que l'artère et cela seulement 2 mois après l'épiploplexie, sans compression vasculaire et sans néphrectomie controlatérale préalable.

MÉTHODE

29 chiens ont été utilisés au cours de cette expérience. Six attitudes chirurgicales différentes furent adoptées.

I — Une seule technique a été utilisée chez ces chiens à l'exception des 8 animaux des groupes témoins. L'épiploplexie n'a été effectuée que sur le rein gauche dans tous les cas. La technique est simple:

Incision paramédiane gauche, dissection du rein et de son pédicule, décapsulation complète du rein, clipage de l'artère ou des artères rénales, épluchage du péritoine épiploïque autour des vais-

¹ Travail effectué au Laboratoire de Chirurgie Expérimentale de l'Université McGill, Montréal, et présenté au Congrès de l'Association Canadienne d'Urologie, Fort William, juin 1961.

² Hôpital Royal Victoria, Montréal.

seaux, à l'aide d'une petite pince à griffes, sur une surface équivalente à celle du rein, enveloppement du rein décapsulé dans le grand épiploon, en ayant soin que la surface dépéritonisée soit à son contact immédiat. Le reste de l'épiploon est enroulé autour du rein et de son pédicule d'une façon régulière, en 2 ou 3 couches.

II — Il nous est apparu rapidement qu'il était nécessaire de créer un besoin de sang au niveau du rein pour que la revascularisation s'accomplisse, tout comme au niveau de la jambe, l'obstruction artérielle est indispensable au développement d'une circulation collatérale. C'est pourquoi une oblitération partielle de l'artère ou des artères rénales a été effectuée à l'aide de "clips" de MacKenzie. Pour ce faire, une aiguille no 20 est placée le long de l'artère; le "clip" est fermé complètement autour du vaisseau et de cette aiguille; qui est ensuite retirée. Le degré d'ischémie varie évidemment avec le volume du vaisseau.

Dans notre premier groupe de chiens, l'oblitération artérielle a été pratiquée à l'aide d'anneaux améroïdes utilisés largement pour la constriction des artères coronaires. Ils ont l'inconvénient de se fermer complètement en 3 semaines environ, période de temps insuffisante pour permettre la revascularisation, puisque tous les reins de ce groupe se sont atrophiés.

III — Dans le même ordre d'idée, il semble que les chances de revascularisation augmentent en fonction inverse de la quantité totale de parenchyme rénal utilisable pour un animal donné. Une néphrectomie controlatérale a, par conséquent, été pratiquée dans la majorité des groupes. Le rein isolé, après néphrectomie, s'hypertrophie et augmente ainsi ses besoins en apport sanguin. Si toutefois la brillante théorie des rénotrophines de Braun-Menendez tend à expliquer l'hypertrophie compensatrice du rein, au moyen du rôle joué par l'antéhypophyse, la thyroïde et l'apport protéique, il n'en est pas de même pour l'explication du développement de la circulation collatérale par rapport au besoin des tissus en oxygène, qui demeure très obscur et n'obéit toujours qu'au seul principe finaliste.

Dans tous les cas, une néphrectomie droite fut pratiquée à intervalles variables, soit en même temps que l'épiplopie (groupe E); soit 6 mois plus tard (5 chiens du groupe B), ou 11 mois plus tard (4 chiens du groupe B), ou encore 5 mois plus tard (groupes C et D).

IV — Les critères de revascularisation

Ils ont été étudiés à la fois du point de vue clinique, biochimique, radiologique et anatomique.

1 — Le meilleur critère clinique est la survie de l'animal, lorsque son artère ou ses artères rénales ont été sectionnées d'un côté et que son rein opposé a été enlevé. Il est entendu que la section complète de toute artère rénale doit être soigneusement contrôlée et ne laisser aucun doute.

Il est bien connu que le chien de Goldblatt, néphrectomisé d'un côté, présente une hypertension rénale permanente. S'il en est bien ainsi, l'absence d'hypertension chez les chiens du groupe B après épiplopie et néphrectomie contro-latérale signifie que le rein reçoit un apport sanguin suffisant à empêcher la production de facteur hypertensif. Un appareil d'enregistrement électrique fut employé pour mesurer la tension artérielle, à l'aide d'une aiguille transfémorale. La tension a été enregistrée en moyenne toutes les deux semaines chez chaque animal.

2 — L'évaluation quantitative de la revascularisation a été basée sur l'étude de la fonction rénale par le dosage sanguin d'urée et de créatinine; les études du volume urinaire, de l'excrétion de PSP et de sodium ainsi que la "clearance" de la créatinine ont été faites à intervalles réguliers.

Avant la néphrectomie droite, la vessie est ouverte, les deux uretères cathétérisés et les urines recueillies pendant 15 minutes. Le volume urinaire, la concentration de PSP et l'excrétion sodique sont mis en comparaison entre le rein normal et le rein ischémié, ce qui permet de s'assurer que le clampage de l'artère rénale gauche a été satisfaisant.

3 — L'examen radiologique occupe une place majeure dans cette expérience pour les raisons suivantes. Il permet de contrôler initialement la bonne position et l'efficacité des "clips" par la constatation d'une dilatation artérielle en aval (Fig. 1 et 2); de s'assurer plus tard de la ligature complète des artères rénales; d'apprécier dans une certaine mesure la qualité de la fonction du rein revascularisé, par sa capacité de concentration d'un produit radio opaque; enfin et surtout, d'évaluer in vitro la réalité de la revascularisation par l'injection dans l'artère splénique d'une substance à microparticules et le passage de cette substance dans les plus fins des capillaires rénaux.

Pour ces raisons, les examens radiologiques suivants ont été pratiqués:

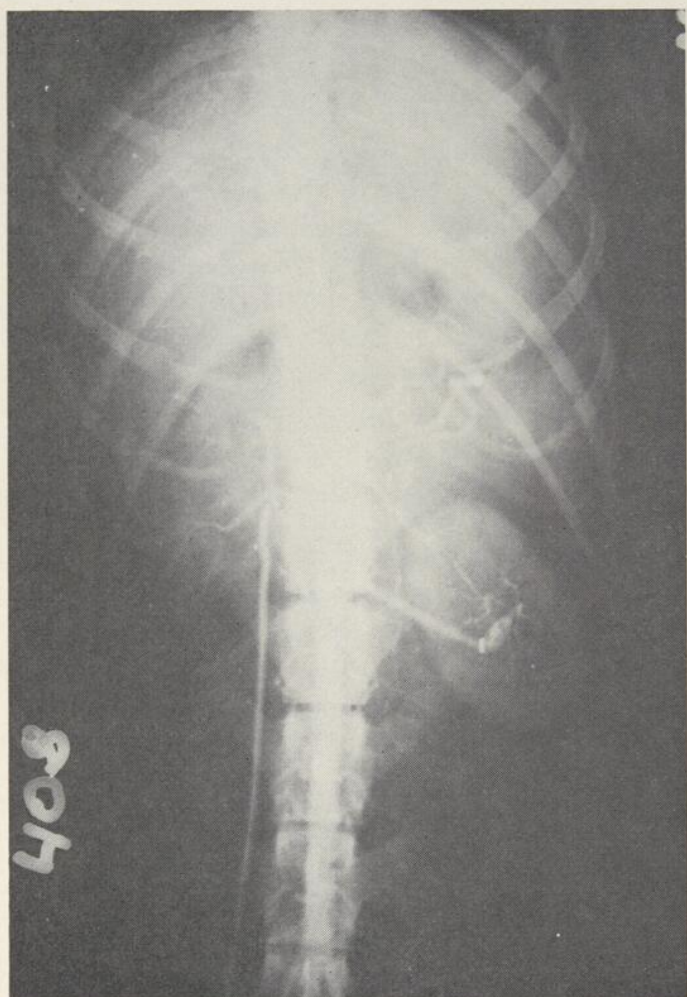


Fig. 1. — Dilatation post-sténotique.

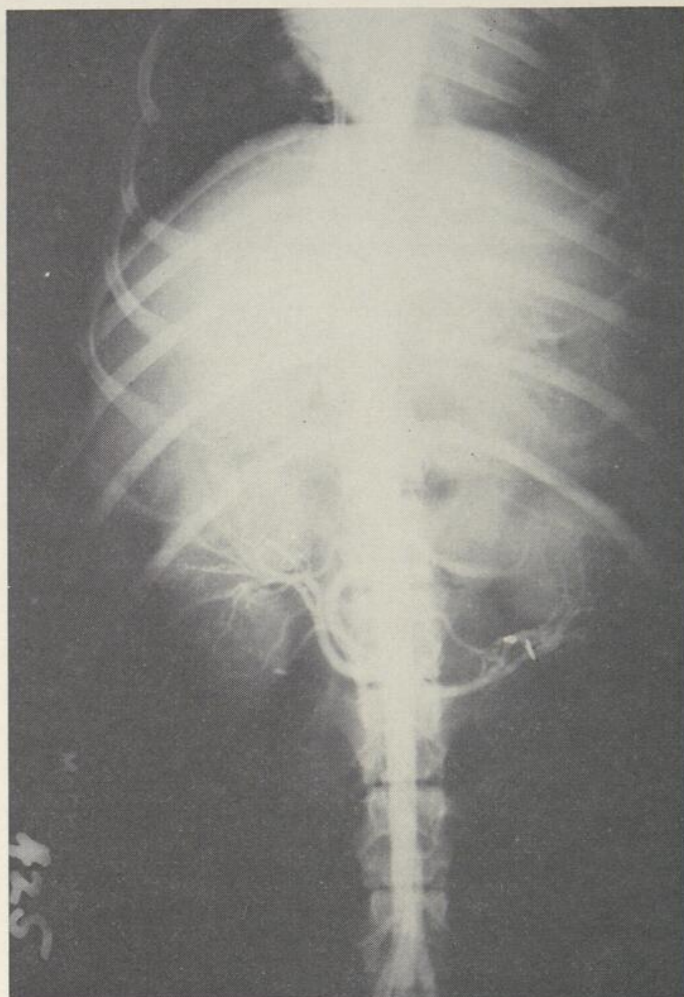


Fig. 2. — Dilatation post-sténotique.

a) l'aortographie par voie transfémorale en 4 occasions: i) avant de sacrifier les animaux des groupes A et A', ii) avant la néphrectomie droite (groupes B, C, D), iii) la section de l'artère ou des artères rénales gauches (groupes B, C, D. et E), iv) avant de sacrifier les animaux survivants du groupe B;

b) l'urographie intra-artérielle, en prenant un cliché 10 minutes après l'injection de la solution d'Hypaque à 70% (25 cc) utilisée pour l'aortographie. Cet examen a surtout paru intéressant chez les chiens survivants du groupe B après section des artères rénales;

c) in vitro, clichés du spécimen composé de la rate et du rein gauche enveloppé d'épiploon, après injection de 50 à 150 cc de micropaque dans l'artère splénique.

4 — Les constatations opératoires nous ont paru importantes dans la mesure où elles confirmaient les données de l'aortographie, en particulier en apportant la certitude qu'aucune artère d'origine aortique ne se rendait directement au rein gauche, la seule source de sang laissée intacte provenant de l'artère urétérale.

V — Les six groupes de chiens (tableau I)

1) Les groupes A (5 chiens) et A' (3 chiens) ont fait figure de groupes d'essai.

Une épiploexie fut pratiquée sur le rein gauche. L'artère rénale a été partiellement comprimée par une bague améroïde (groupe A) ou un "clip" (groupe A'). Après 4 mois, les chiens furent sacrifiés et le spécimen constitué par la rate et le rein gauche enveloppé d'épiploon, fut prélevé et radiographié après injection de produit opaque dans l'artère splénique. Le but était ici double: comparer les avantages de l'anneau améroïde et du "clip" comme moyen de compression artérielle et se former une opinion première sur les possibilités de revascularisation par cette méthode. Les résultats furent appréciés au bout de 4 mois.

2) Le groupe B (9 chiens). Dans un premier temps la même technique que pour le groupe A' a été employée. Une néphrectomie contro-latérale fut pratiquée au bout de 6 mois, chez 5 chiens et au bout de 11 mois chez les 4 autres animaux. C'est seulement après 2 et 3 mois que les artères rénales furent complètement sectionnées.

TABLEAU I
SCHÉMA DE L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DES 29 CHIENS

Groupe	Nom- bre	1er temps	Mortalité	Inter- valle	2ième temps	Morta- lité	Inter- valle	3ième temps	Mortalité	Survie
A	5	Décapsulation Epiplopexie Ameroïdes	0	4 mois	sacrifice					
A'	3	Décapsulation Epiplopexie MacKenzie Clips	0	4 mois	sacrifice					
B	9	Décapsulation Epiplopexie MacKenzie Clips	0	11 mois (4 cas) 6 mois (5 cas)	Néphrectomie Contro-latérale	2 (1ère semaine)	2 mois (4 cas) 3 mois (3 cas)	Section des artères rénales	4 (1er sem. 1 (3 sem. après)	2
C	4	Décapsulation MacKenzie Clips	1 - 4 mois	5 mois	Néphrectomie Contro-latérale	3 (1ère semaine)				
D	4	MacKenzie Clips	1 après 2 mois	5 mois	Néphrectomie Contro-latérale	3 (1ère semaine)				
E	4	Décapsulation Epiplopexie MacKenzie Clips Néphrectomie Contro-latérale	0	6 mois	Section des artères rénales	4 (1ère semaine)				

3) C'est pour éliminer toute autre possibilité de revascularisation spontanée que les deux groupes suivants ont été créés. Aucune tentative de revascularisation n'a été tentée chez ces animaux. Une décapsulation du rein gauche et la compression artérielle par "clip" fut effectuée chez les 4 chiens du groupe C et une néphrectomie contro-latérale droite fut faite 5 mois plus tard, alors que seule la compression artérielle par "clip" sans décapsulation a été le sort des 4 chiens du groupe D, suivi d'une néphrectomie droite 5 mois après.

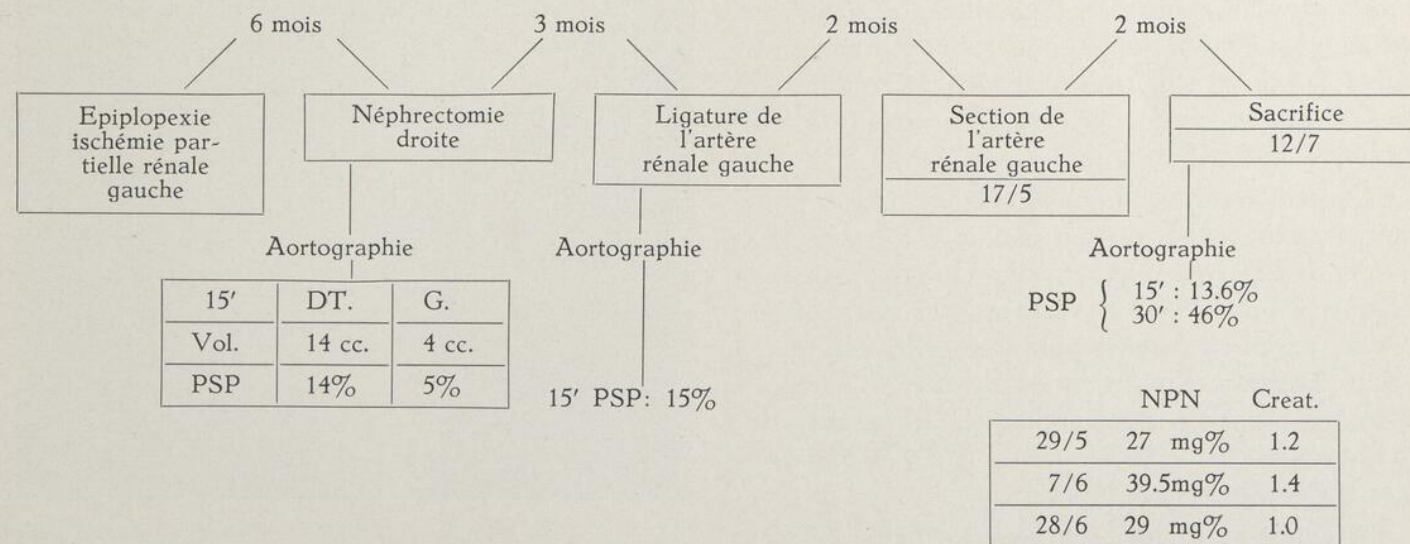
4) Chez les 4 chiens du groupe E, l'épiplopexie et la compression artérielle ont été accompagnées d'une néphrectomie controlatérale droite immédiate. Six mois plus tard les artères rénales furent sectionnées.

RÉSULTATS (tableau I)

C'est essentiellement parmi les chiens du groupe B que des preuves de revascularisation ont été obtenues. Deux animaux de ce groupe n'ont pas survécu à la néphrectomie droite pratiquée respec-

TABLEAU II

Groupe B — Chien 370



La pression artérielle demeure normale.

tivement 6 mois et 11 mois après la néproépiplo-
pexie gauche. Ils sont morts de péritonite dans
les trois jours qui ont suivi.

La ligature de l'artère du rein restant a été
effectuée chez sept chiens. Quatre d'entre eux
ont manifesté à un degré variable des preuves de
revascularisation. Chez quatre d'entre eux des
preuves satisfaisantes de revascularisation ont pu
être démontrées.

No 370. Mâle de 20 kg (tableau II)

Le 12 mai 1960. Premier temps opératoire com-
prenant épiploexie et obstruction partielle de
l'artère rénale gauche.

Le 23 novembre 1960. Intervention par voie
médiane. Ouverture de la vessie, cathétérisme des
uretères. Spécimens d'urine collectés pendant 15
minutes. Aucune évidence de fuite le long des
sondes. A droite, 14 cm³ d'urine contenant 14%
de PSP sont recueillies contre respectivement 4
cm³ et 5% à gauche. Une aortographie est prati-
quée. Les "clips" sont en place et il existe une
légère dilatation en aval de la sténose.

La pyélographie est normale à gauche comme à
droite. Le rein droit est alors enlevé et la paroi
refermée. La tension artérielle est normale 90/75
une semaine après la néphrectomie. Elle restera
normale jusqu'au troisième temps opératoire.

Le 16 février 1961. La ligature de l'artère
rénale gauche est faite en amont des "clips", très
près de l'aorte. Suites opératoires normales. La
tension artérielle demeure normale variant entre
95 et 110 pour la maxima et 70 et 86 pour la
minima.

Le 9 mai, c'est-à-dire un peu moins de trois mois
après la ligature de l'artère du rein restant, le
sérum sanguin montre les taux suivants: azote non
protéique 41 mg%, créatinine 1.4mg%, acide uri-
que 1.5 mg %, chlorure 100 meq/1, sodium 146
meq/1, potassium 5.2 meq/1. L'excrétion de PSP
est 17% après 15 minutes.

De tels résultats incitent à la méfiance, pour-
tant, l'aortographe répétée semble confirmer la li-
gature de l'artère rénale gauche. Une révision de la
ligature est malgré tout exécutée le 17 mai. L'artère
rénale paraît réellement obturée, elle est quand
même ligaturée à nouveau et divisée. L'aorte est
explorée jusqu'au tronc cœliaque. Plusieurs artè-
res lombaires sont sectionnées. Il n'y a pas d'au-
tres artères se rendant au rein.

Le chien se remet très bien de cette dernière
opération. La tension artérielle demeure normale.

Le niveau de l'azote non protéique est pratiquement
normal, 27 mg% le 29 mai, 39.5% le 7 juin, 29
mg% le 28 juin. La créatinine à ces mêmes dates
est respectivement de 1.2 mg%, 1.15 mg% et 1.03
mg%. Le 31 mai l'excrétion de PSP est de 13.6%
après 15 minutes et 46% au total après 30 minutes.

Le 4 juillet, soit 14 mois après le temps initial
et 7 semaines après la section complète de l'artère
rénale, l'animal est réopéré et sacrifié. A l'inter-
vention, le rein est superficiel et très latéral entouré
d'épiploon, attaché à la rate par son rôle supérieur.
Les artères épiploïques apparaissent d'un diamètre
très supérieur au diamètre normal. Quatre d'entre
elles sont particulièrement grosses et semblent se
rendre au rein. L'aorte est de nouveau explorée
et aucune artère destinée au rein ne paraît s'en
détacher. L'aortographie confirme l'absence de
vaisseaux rénaux d'origine aortique et la présence
d'artères épiploïques anormalement grosses (Fig.
3).

La rate et le rein gauche entourés d'épiploon
sont enlevés d'une pièce, en repérant soigneuse-

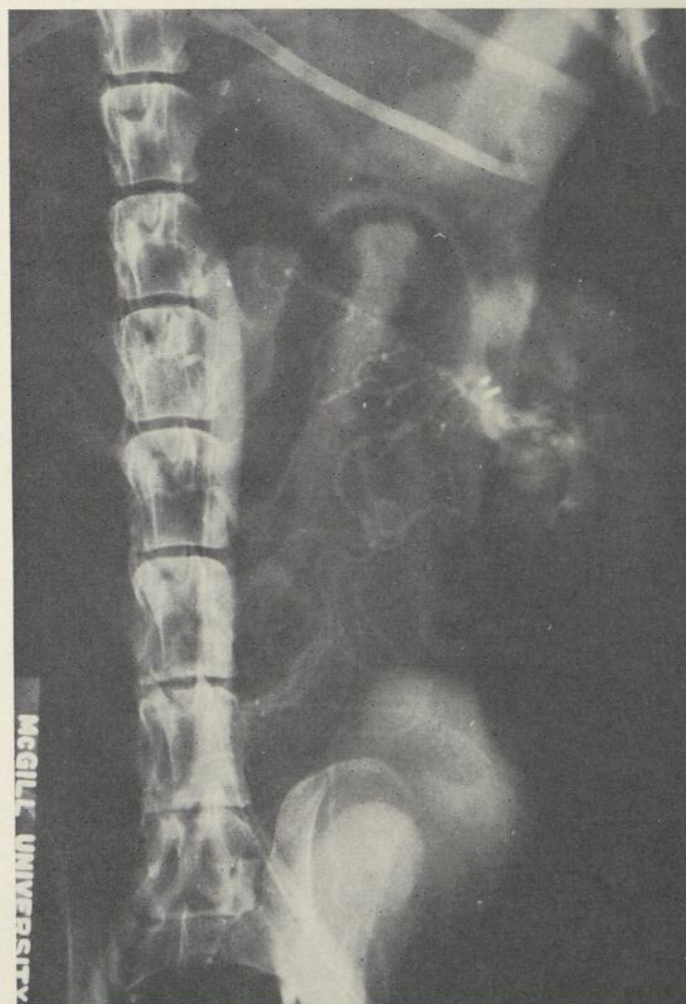


Fig. 3. — NR. 370. Aortographie. — Notez la grande taille
des vaisseaux épiploïques et le moignon de l'artère rénale
gauche.

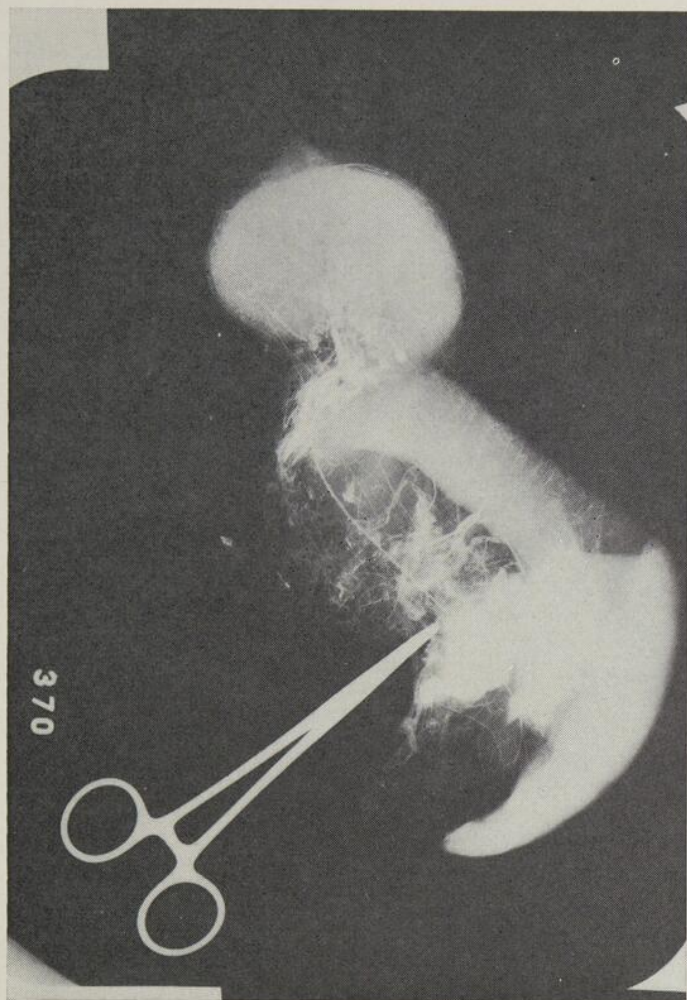


Fig. 4. — NR. 370 Rate et rein. — Injection de micropaque dans l'artère splénique (150 cc).

ment toute artère importante au moyen d'un fil de soie (Fig. 4a).

Chacune des deux branches de l'artère splénique est cathétérisée à l'aide de canules par lesquelles 150 cm³ de micropaque sont injectés. On voit progressivement la rate s'imprégner de cette substance blanche, ensuite les vaisseaux épiploïques entou-

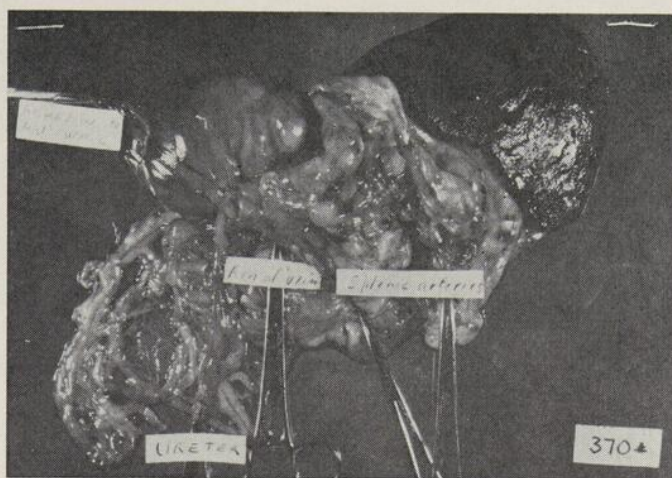


Fig. 4a. — Spécimen composé de la rate et du rein entouré d'épiploon avant l'injection de micropaque par l'artère splénique.

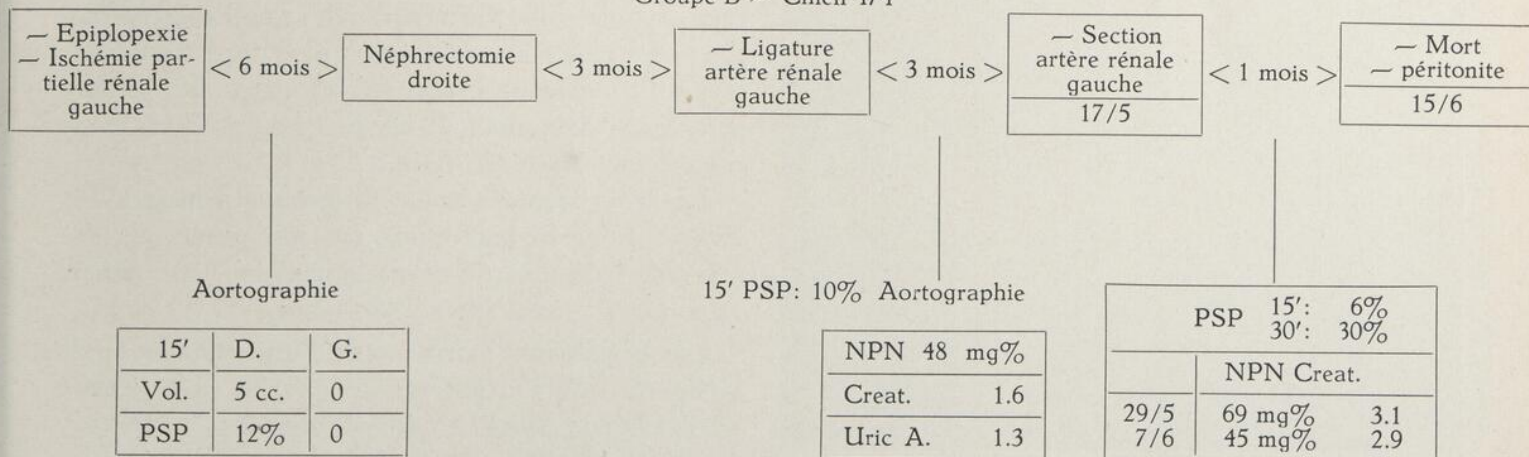
rant le rein, enfin le produit apparaît à la veine rénale, ce qui indique le moment d'arrêter l'injection. La radiographie (Fig. 4b) montre l'imprégnation du réseau vasculaire rénal et l'injection de plusieurs gros vaisseaux au niveau du hile. Les deux "clips" sont facilement visibles et ne semblent entourer aucun des gros vaisseaux ainsi injectés. Le spécimen est ensuite ouvert par son bord externe et le film confirme l'injection complète de l'arbre rénal.

No 474. Mâle de 23 kg (tableau III)

Son histoire est en tout point semblable à celle de l'animal précédent. Épiplopie le 16 mai 1960, néphrectomie droite 6½ mois plus tard. A ce moment l'aortographie montre la présence d'une dilatation post-sténotique très marquée en aval des "clips". Aucune excrétion urinaire ne peut être obtenue du côté gauche, alors qu'elle est de 5 cm³ à droite avec une excrétion de PSP de 12%. Deux semaines après la néphrectomie, la tension arté-

TABLEAU III

Groupe B — Chien 474



La pression artérielle s'élève de 80/55 à 200/110 deux semaines après la néphrectomie droite et retourne à la normale deux semaines plus tard, pour y demeurer.

rielle atteint 200/110, le niveau moyen habituel étant 85/50. Deux semaines plus tard, soit un mois après la néphrectomie droite, la tension est 95/65, elle demeurera normale jusqu'à la fin de l'expérience.

Un peu moins de trois mois après la néphrectomie, l'artère rénale gauche est ligaturée. L'animal n'en est apparemment pas affecté et une semaine après l'opération l'examen du sérum sanguin montre les résultats suivants: azote non protéique: 48 mg%, créatinine: 1.6 mg%, acide urique: 1.3 mg%, chlorure: 101 meq/l, sodium: 148 meq/l et potassium: 5 meq/l, 10% de PSP sont excrétés en 15 minutes. Comme dans le cas précédent, ce très bon résultat encourage à répéter l'aortographie qui semble démontrer la reperméabilisation de l'artère rénale gauche.

L'artère est alors sectionnée ainsi que tous les vaisseaux partant à gauche de l'aorte à partir du diaphragme jusqu'à la bifurcation. L'état général de l'animal demeure partiellement altéré. Son sérum sanguin 2 semaines plus tard témoigne d'une urémie modérée, azote non protéique: 67 mg% et

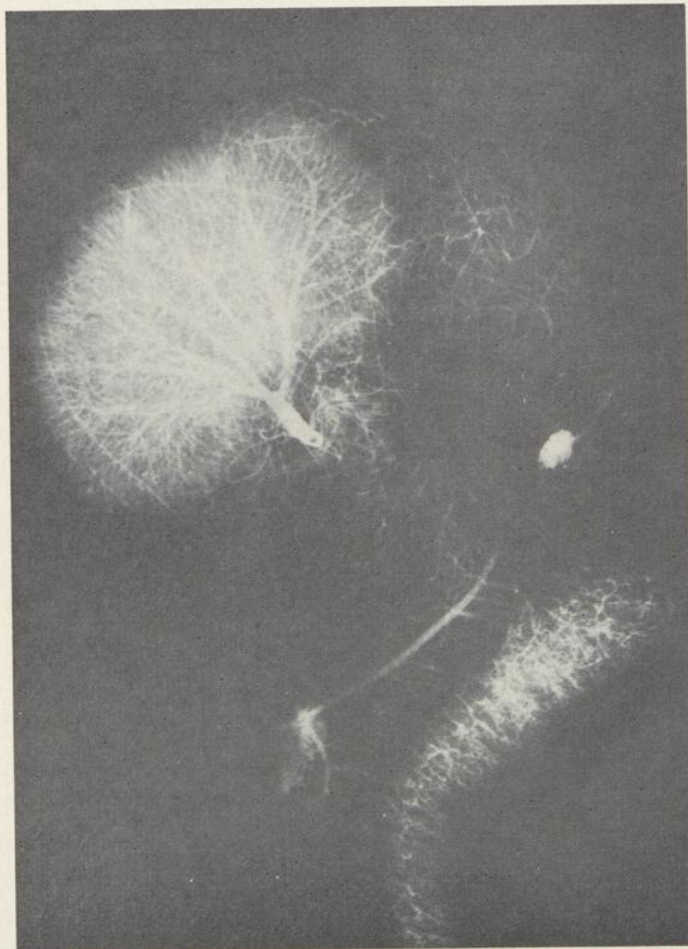


Fig. 5. NR. 474. — Vascularisation complète du rein après injection de micropaque dans l'artère splénique.

créatinine: 3.1 mg%. Une semaine plus tard légère régression: azote non protéique: 45 mg%, créatinine: 2.9 mg%. A ce moment l'excrétion de PSP est de 5.8% après 15 minutes et de 19.7% après 30 minutes. La tension artérielle demeure normale.

Un mois après le dernier temps opératoire, l'animal meurt. L'autopsie révèle une péritonite purulente, le rein apparaît légèrement atrophié. L'injection du spécimen semble démontrer l'existence de revascularisation (Fig. 5).

No 397. *Femelle de 25 kg*

Les mêmes intervalles entre les différents temps opératoires ont été respectés. Six mois après l'épiplopie, l'aortographie suggère une hypotrophie relative du rein gauche par rapport au droit. La séparation des urines montre une excrétion de PSP de 17.5% à droite contre 12% à gauche après 15 minutes. Trois semaines après la néphrectomie la tension artérielle s'élève à 190/140 pour revenir à un niveau normal (115/80) un mois plus tard et s'y maintenir. Trois mois après la néphrectomie la ligature complète de l'artère rénale gauche est effectuée. Le chien survit trois semaines.

No 353. *Mâle de 21 kg*

Ce cas diffère des précédents, la néphrectomie ayant été effectuée onze mois après l'épiplopie. L'aortographie faite avant cette néphrectomie montre un rein gauche de taille égale au droit, contrastant avec le fait que les "clips" semblent obstruer complètement les deux branches de l'artère rénale. L'étude différentielle de la fonction rénale semble confirmer l'existence de revascularisation. L'excrétion de PSP est de 10% à droite contre 7% à gauche.

Après la néphrectomie, la tension artérielle demeure normale: 91/60; un mois plus tard la ligature complète de l'artère rénale gauche est effectuée. Le chien meurt 4 jours plus tard de péritonite. Le spécimen après l'injection de l'artère splénique démontre l'existence d'une excellente revascularisation (Fig. 6).

Les trois derniers chiens du groupe B ne peuvent être utilisés. Si leur étude n'a pas permis de démontrer l'absence de revascularisation, elle n'a pu apporter d'arguments en sa faveur.

Ces chiens sont morts moins d'une semaine après la ligature de l'artère rénale gauche. L'efficacité de l'ischémie partielle réalisée par les "clips" n'y est pas complètement établie. Les radiographies du spécimen in vitro ne sont pas convaincantes.

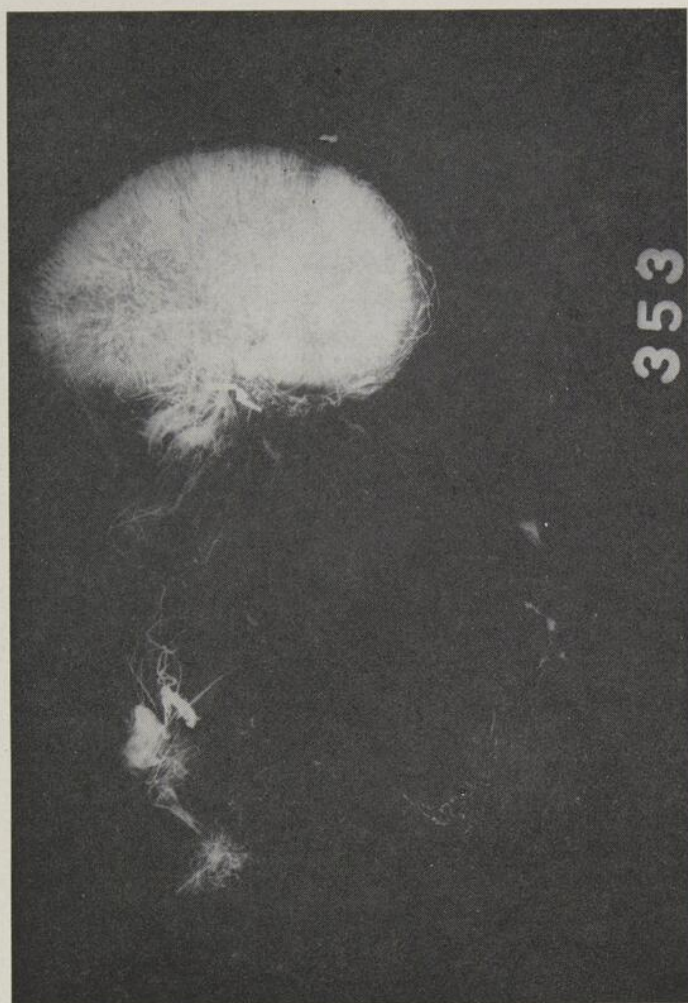


Fig. 6. NR. 353. — Vascularisation complète du rein après injection de micropaque dans l'artère splénique.

GROUPE E

Un chien du groupe E est particulièrement intéressant.

No 472. Chien mâle pesant 20 kg

Le 8 juin 1960 une décapsulation du rein gauche est pratiquée ainsi qu'une épiplopectomie; un "clip" est placé sur l'artère rénale gauche et le rein droit est enlevé. Suites opératoires simples.

Le 2 février 1961 l'excrétion de PSP après 15 minutes atteint 12.5%. Une aortographie montre une légère dilatation post-sténotique. L'artère rénale gauche est alors ligaturée. L'animal meurt cinq jours plus tard d'infection pulmonaire.

Le spécimen injecté in vitro par l'artère splénique montre une injection complète de l'arbre vasculaire rénal, ainsi que l'absence d'atrophie rénale (Fig. 7).

Les trois autres chiens de ce groupe sont morts dans les six premiers jours suivant la ligature complète de l'artère rénale gauche. L'injection in vitro chez un seul d'entre eux suggère la présence de revascularisation.

GROUPE A

Les bagues améroïdes se referment complètement après trois semaines. Les cinq chiens chez lesquels elles furent employées ont développé une atrophie rénale plus ou moins complète (Fig 8 et 9). Ceci implique qu'un délai de trois semaines est insuffisant à l'épiplopectomie pour être efficace. Chez 3 chiens des "clips" de MacKenzie furent employés et les animaux sacrifiés 4 mois plus tard. Une atrophie rénale marquée ne fut constatée dans aucun cas. L'injection du spécimen suggère l'existence de revascularisation chez deux d'entre eux (Fig. 10).

GROUPES C et D (Groupes témoins)

Les deux groupes ont en commun l'obstruction de l'artère rénale gauche au moyen de "clip", la néphrectomie cinq mois plus tard et la mort au cours de la première semaine suivant cette dernière opération. Ils diffèrent l'un de l'autre par le seul point suivant, le rein gauche des chiens du groupe C a été décapsulé, alors que la capsule rénale

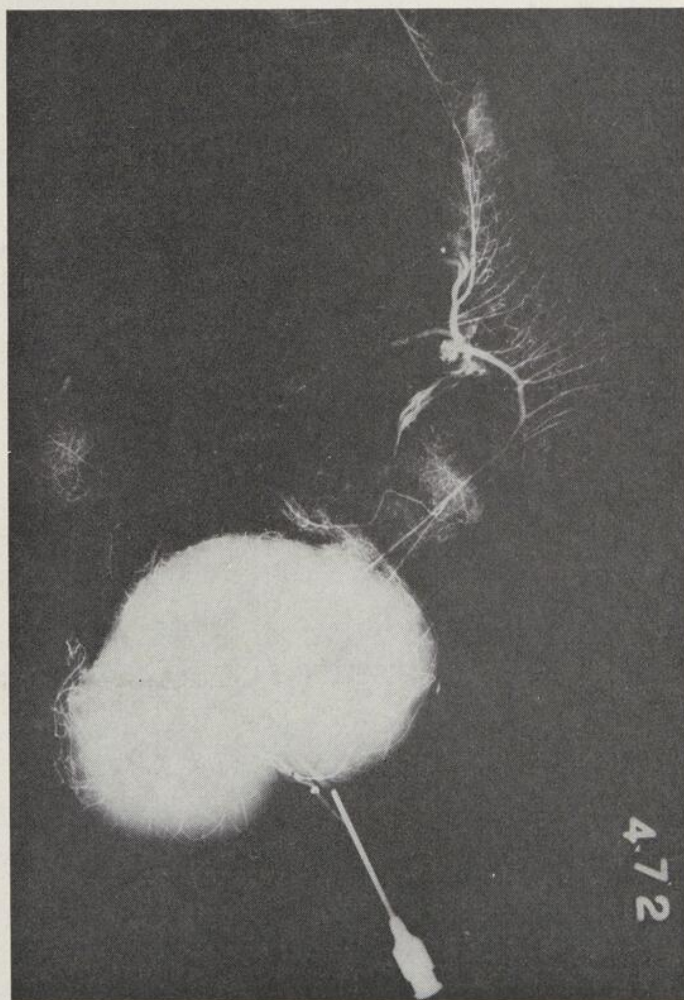


Fig. 7. NR. 472. — Vascularisation complète du rein après injection de micropaque dans l'artère splénique.

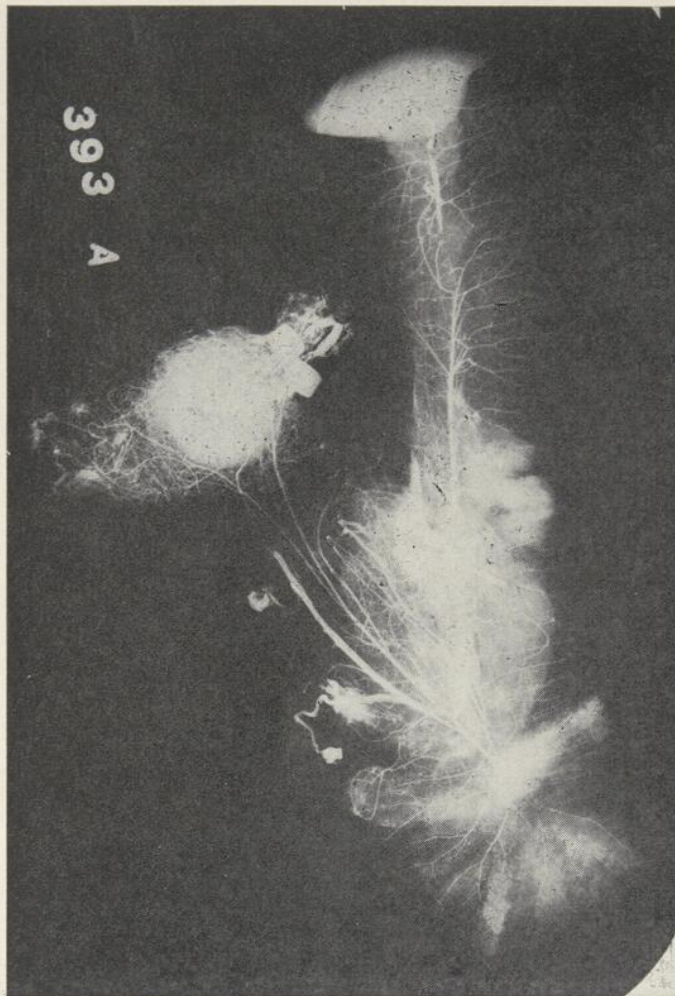


Fig. 8. NR. 393. — Injection de micropaque par l'artère splénique. Atrophie rénale dans un cas où les bagues améroïdes avaient été employées.

gauche a été laissée intacte chez les chiens du groupe D. Aucun des spécimens injectés n'a montré de vaisseaux épiploïques se rendant au rein. Dans tous les cas il existait une atrophie rénale gauche plus ou moins marquée.

Ces résultats tendent à démontrer que le développement spontané d'une circulation rénale accessoire quelle que soit son origine est certainement peu fréquente dans les conditions expérimentales ainsi créées.

DISCUSSION

Elle portera sur deux points: les preuves de revascularisation par l'épiploplexie et le degré d'amélioration de la fonction rénale que l'on pourrait attendre de ce procédé et partant son intérêt pratique.

A. Les preuves de revascularisation (tableau IV).

Six critères ont été établis:

1) La survie de l'animal néphrectomisé à droite après section de l'artère rénale gauche et de toute artère susceptible d'une vascularisation accessoire

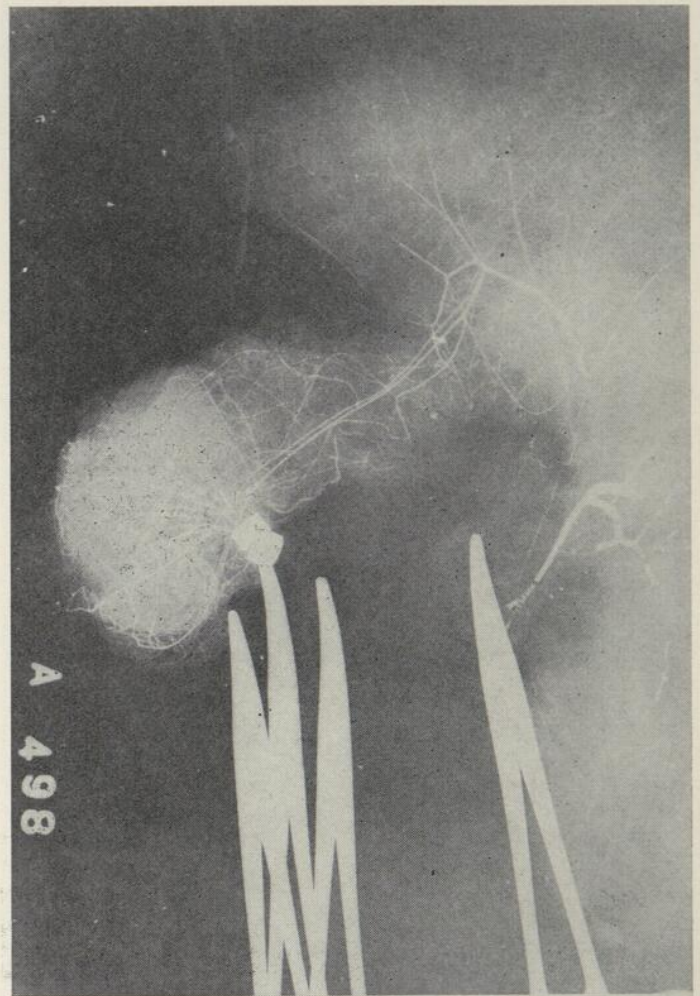


Fig. 9. NR. 498. — Injection de micropaque par l'artère splénique. Atrophie rénale. Un certain degré de revascularisation est démontré.

d'origine aortique directe semble représenter un critère raisonnable de revascularisation épiploïque.

TABLEAU IV

CRITÈRES DE REVASCULARISATION APRÈS LIGATURE DE L'ARTÈRE RÉNALE ET NÉPHRECTOMIE CONTROLATÉRALE

1. *Survie.*
2. *Absence d'hypertension.*
3. *Fonction rénale satisfaisante et pyélographie normale.*
4. *Absence de vaisseaux en provenance de l'aorte à destination rénale, vérifiée par aortographie.*
5. *Absence de vaisseaux en provenance de l'aorte à destination rénale vérifiée pendant l'opération.*
6. *Injection complète de l'arbre vasculaire rénal après installation de micropaque par l'artère splénique.*

Cette survie pour être valable doit dépasser deux semaines. Dans ces conditions, elle n'a été observée que chez trois chiens du groupe B (No 370, No 474, No 397). Aucun des quatre animaux du

groupe E n'a satisfait à ce critère. Deux des neuf chiens du groupe B moururent quelques jours après la néphrectomie de péritonite aiguë (Nos 7 et 408). L'aortographie avait montré dans ces deux cas une compression efficace de l'artère rénale gauche, avec dilatation post-sténotique marquée contrastant avec l'absence d'atrophie rénale et une excrétion de PSP comparable à celle du rein droit suggérant l'existence de revascularisation, respectivement 7 mois et 11 mois après l'épiploexie.

Les quatre derniers chiens de ce groupe n'ont pas survécu une semaine à l'ischémie complète. Parmi eux le No 353 répond à d'autres critères qui sont très en faveur d'une revascularisation.

Il est intéressant de noter qu'aucun des huit chiens des groupes contrôlé C et D n'a survécu à la ligature de l'artère rénale gauche. Chez ces animaux les mêmes besoins d'apport sanguin complémentaire que chez les chiens du groupe B avaient été créés.

2) Les expériences de Goldblatt ont démontré que la compression partielle d'une artère rénale

chez le chien était responsable d'hypertension artérielle, apparaissant 1 ou 2 semaines plus tard. La tension revient progressivement à la normale en 4 à 5 semaines. Seule une néphrectomie contrôlatérale permet à l'hypertension de se maintenir. Ainsi, le fait que la tension artérielle demeure normale ou retourne à la normale chez un chien après compression de l'artère rénale gauche et néphrectomie droite, implique l'absence d'ischémie rénale et partant de revascularisation efficace.

3) Le fait que la fonction rénale reste adéquate après section de l'artère rénale gauche et néphrectomie droite constitue aussi un excellent critère de revascularisation.

4) L'aortographie a été jugée essentielle pour prouver l'oblitération de l'artère rénale et l'absence de vaisseaux en provenance de l'aorte. Il faut souligner que l'aortographie ne peut suffire à éliminer la présence de vaisseaux accessoires avec certitude.

5) La vérification per opératoire systématique de l'obstruction complète de l'artère rénale a été effectuée chez deux chiens (370 et 474). Il convient ici d'insister sur la nécessité de sectionner l'artère rénale.

6) Enfin il semble que le meilleur critère de revascularisation soit représenté par l'imprégnation totale de l'arbre vasculaire rénal après injection de micropaque par l'artère splénique in vitro. Ceci a été démontré avec certitude chez 7 chiens des groupes A', B et E.

En conclusion, un chien seulement répond à ces six critères de revascularisation (No 370). Le No 474 mort de péritonite ne se réclame que de cinq critères, le No 353 seulement de trois, le

TABLEAU V

I Groupes A, A', B, E

— Chez 7 chiens

Évidence de revascularisation

— Survie	3 chiens (3 semaines, 1 et 2 mois)
— Pression artérielle normale	7 chiens
— Fonction rénale satisfaisante	2 chiens
— Arbre vasculaire rénal injecté par l'artère splénique	7 chiens

— Chez 10 chiens

Pas d'argument suffisant contre ou en faveur
d'une revascularisation

II Groupes C, D (témoins)

Absence de revascularisation

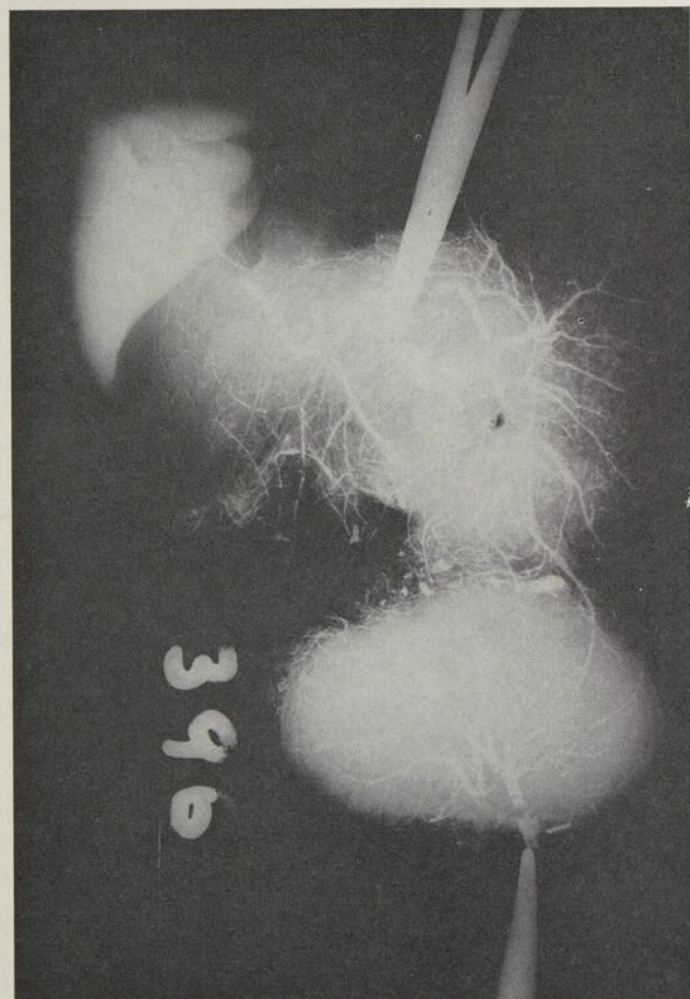


Fig. 10. NR. 396. — Injection de micropaque par l'artère splénique. Atrophie rénale. L'arbre rénal est partiellement injecté.

No 397 de deux, les Nos 472, 498 et 396 d'un seul, c'est-à-dire de l'injection du spécimen in vitro qui semble d'ailleurs être le critère le plus intéressant.

Sept chiens sur les dix-sept des groupes A, B et E ont donc montré à un degré variable des preuves de revascularisation par épiploplexie. L'échec de la méthode n'a fait sa preuve dans aucun des dix autres animaux.

B. Si ce travail tend à prouver la validité de cette technique, il ne répond pas à toutes les questions. En particulier, le degré de récupération de la fonction rénale auquel on pourrait s'attendre demeure incertain. Une étude soigneuse et plus complète de la fonction rénale apparaît nécessaire. Seul le No 370 a montré une récupération totale de sa fonction rénale.

Il reste à démontrer l'anatomie de cette revascularisation; il a été impossible de l'établir avec certitude. Ou bien, les néo-vaisseaux traversent le cortex rénal, ce qui est vraisemblable, ou bien il s'agit d'une reperméabilisation de l'artère rénale en aval de la ligature. Les résultats obtenus avec des segments intestinaux ont démontré une revascularisation corticale (7).

L'application pratique de cette opération en clinique dépend en grande partie de la réponse à cette question. Les indications suivantes semblent dignes de considération. La grande facilité de cette technique pourrait en faire une opération de choix, au cours des maladies ischémiques de l'artère rénale, au lieu et place d'une intervention sur l'artère elle-même, toujours hasardeuse dans ses résultats, ou bien lorsque l'obstruction siège sur une ou plusieurs branches secondaires inaccessibles à la chirurgie artérielle.

Il n'est pas impossible enfin que certaines pyélonéphrites chroniques puissent bénéficier de cette opération en permettant une hypertrophie compensatrice de foyers parenchymateux non encore affectés sérieusement par la maladie.

Conclusion et résumé

L'étude expérimentale de la revascularisation du rein par le grand épiploon a été faite chez 21 chiens et chez un groupe témoin de 8 chiens.

Six critères ont été établis pour conclure à la revascularisation. Un seul animal a répondu à l'ensemble de ces critères. Chez six autres chiens, la revascularisation a pu être prouvée à un degré variable. Il n'a été possible de conclure à l'absence de revascularisation que chez les chiens des groupes témoins.

Malgré la conservation d'une fonction rénale normale chez l'un des animaux soumis à l'épiploplexie, le degré d'amélioration rénale que l'on pourrait attendre d'une telle technique a été insuffisamment établi. Une étude anatomique de cette opération est aussi en voie de développement.

Summary

Experimental study of revascularization of the kidney by omentum has been conducted in 21 dogs with a control group of 8 dogs. A left omentopexy was performed and partial obstruction of the renal artery was created by means of an ameroid ring or MacKenzie clip. Six months later the contra-lateral nephrectomy was performed.

Six criteria of revascularization have been established. In only one animal were all of these criteria satisfied. In six other dogs revascularization was proved in variable degrees. No animal showed complete failure. A more complete study of renal function and of the mode of action in revascularization appears necessary.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABESHOUSE, B. J. et GOLDSTEIN, R.: Revascularization of the kidney. *J. Internat. Coll. Surgeons*, **28**: 756, 1957.
2. ADDIS, T.; MYERS, B.A. et OLIVER, J.: *Arch. Int. Med.*, **34**: 243, 1924.
3. ALLEN, R. B.; BOLLMAN, J. L. et MANN, F. C. *Arch. Path.*, **19**: 174, 1935.
4. ALLEN, R. B. et MANN, F. C. *Arch. Path.*, **19**: 28, 1935.
5. BARNETT, H. L.; PERLEY, Anne M. et HEINBECKER, P. *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.*, **52**: 114, 1943.
6. BRUGER, M. et CARTER, R. F. *Ann. Surg.*, **113**: 381, 1941.
7. COCKETT, A. T. K. et WINTERS, Chester C. *Am. J. Surg.*, **104**: 543, 1962.
8. CLOUGH, P. W.: Unilateral renal ischemia as a cause of hypertension. *Ann. Int. Med.*, **50**: 232-238, 1959.
9. DAVIS, H. A. et TULLIS, D. F. Jr. *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.*, **40**: 161, 1939.
10. DAVIS, H. C. et MORSE, I. S.: Renal revascularization of splenic artery implantation. *Arch. Surg.*, **73**: 13, 1957.
11. DUSTAN, H. P.; PAGE, I. H. et POUTASSE, E. F.: Renal hypertension. *New. Eng. J. Med.*, **261**: 647-652, 1959.
12. ELLIS, L. B. et WEISS, S. *Am. J.M.Sc.*, **186**: 242, 1933.
13. FORTER, N. B. *Arch. Int. Med.*, **36**: 884, 1925.
14. GLENN, J. F. et HARVARD, B. M.: The urologic cure of hypertension. *Connecticut Med.*, **24**: 234-239, 1960.
15. GLENN, J. F.: Ileorenal Revascularization. *The Journal of Urology*, **85**: 889, 1961.
16. GOLDBLATT, H.: The Renal Cause of Hypertension. Charles C. Thomas, édit., Springfield, 1948.
17. GONZALES, R.: *Compt. rend. Soc. de Biol.*, **129**: 1270, 1938.

18. GONZALES, R. *Rev. Soc. argent de biol.*, **14**: 173, 1938.
 19. HEINBECKER, P.; ROLF, D. et WHITE, H. L. *Am. J. Physiol.*, **139**: 543, 1943.
 20. HINMAN, F. *Arch. Surg.*, **12**: 1105, 1926.
 21. KAHN, J. R. et LAIPPLY, T. C.: Frequency of bilateral renal disease in persistent hypertension. *Am. J. Med. Sci.*, **203**: 807-811, 1942.
 22. KATZ, Y. J.; HANNON, D. W.; ALDEN, J. F. et BARANOFSKY, I. D.: Revascularization of the Kidney. *Surgery*, **39**: 623, 1956.
 23. KATZ, Y. J., HANNON, D. W. et BARONOFSKY, I. D.: Studies on kidney revascularization: renal function following revascularization and bilateral artery transection. *Surgery*, **40**: 140, 1956.
 24. KNOCK, F. E.: Cardio-omentopexy and implantation of multiple omental loops for revascularization of the heart. *Surg. Forum*, **9**: 68, 1948.
 25. KUBICEK, W. G.; HARVEY, R. B. et KOTTKE, F. J. *Federation Proc.*, **7**: 68, 1948.
 26. MACNIDER, W. de B. et DONNELLY, G. L. *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.*, **40**: 271, 1939.
 27. McQUEEN, Williams, M. *Yale J. Biol. & Med.*, **12**: 531, 1940.
 28. MALUF, N. S. R.: Nephro-omentopexy, compensatory renal hyperfunction, and parallel measurements of renal dynamics. *Am. Journ. of Phys.*, **156**: 79, 1949.
 29. MANSFIELD, J. S.; WEEKS, D.M.; STEINER, A. et VICTOR, J. *Proc., Soc., Exper. Biol. & Med.*, **40**: 708, 1939.
 30. MORRIS, G. C. Jr; COOLEY, D. A.; CRAWFORD, E. S.; BERRY, W. B. et DEBAKEY, M. E.: Renal revascularization for hypertension; Clinical and physiological studies in 32 cases. *Surgery*, **48**: 95-110, 1960.
 31. NEWSAM, J. E.: Unilateral renal hypertension. *J. Roy. Coll. Surg. (Edinburgh)*, **5**: 146-149, 1960.
 32. OLIVER, J. *Arch. Int. Med.*, **34**: 258, 1924.
 33. OLIVER, J.: Architecture of the Kidney in Chronic Bright's Disease. Paul B. Hoeber Inc., édit., New York, 1939.
 34. OLIVER, J. *Harvey Lect.*, **40**: 102, 1945.
 35. PAUNZ, L. *Ztschr. f.d. ges. exper. Med.*, **59**: 391, 1928.
 36. PAUNZ, L. *Ibid.*, **65**: 285, 1929.
 37. PAUNZ, L., *Ibid.*, **71**: 321, 1930.
 38. PAUNZ, L., *Ibid.*, **93**: 366, 1934.
 39. PEARCE, R. M. *Exper. Med.*, **10**: 632, 1908.
 40. PUPPEL, A. D. et ALYEA, E. P.: Hypertension and the surgical kidney. *J. Urol.*, **67**: 433-440, 1952.
 41. RITTER, J. S. *J. Internat. Coll. Surg.*, **4**: 25, 1941.
 42. SHANNON, J. A. *Am. J. Physiol.*, **114**: 362, 1935.
 43. SITER, E. H. *Surg. Gynec. & Obst.*, **15**: 702, 1912.
 44. SMITH, H. W.; FINKELSTEIN, Norman; ALIMONOSA, Lucy; CRAWFORD, Betty et GRABER, Martha. *J. Clin. Investigation*, **24**: 388, 1945.
 45. SMITH, H. W.: Unilateral nephrectomy in hypertensive disease. *J. Urol.*, **76**: 685-701, 1956.
 46. STONE, P. W.; WADE, W. H.; HINTON, J. W. Jr. et NEUMANN, C. G. Observations on experimental revascularization of the kidney. *Arch. Surg.*, **72**: 92, 1956.
 47. TAVARES, A. S.: Grafts of the greater omentum in the venous drainage of the kidneys. *J. Chir., (Paris)*, **67**: 779-791, 1951.
 48. WEEKS, D. M.; STEINER, A. et VICTOR, J. *Surgery*, **19**: 515, 1946.
 49. WHITE, H. L.; HEINBECKER, P. et ROLF, Doris. *Am. J. Physiol.*, **136**: 584, 1942.
 50. WINTERNITZ, M. C. et WATERS, L. L. *Yale J. Biol. & Med.*, **12**: 705, 1940.
-

RECUEIL DE FAITS

LES TUMEURS VILLEUSES HYPERSÉCRÉTANTES DU RECTUM

Florent THIBERT, F.R.C.P.(C) ¹ et Jacques PROULX ²

À PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

La tumeur vilieuse du rectum, encore appelée papillome ou adénome papillaire, est beaucoup moins fréquente que son proche parent le polyadénome. Encore plus rare est la tumeur vilieuse hypersécrétante compliquée de déséquilibre électrolytique. Au cours des deux dernières années, nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Maisonneuve deux malades porteurs de telles tumeurs. En voici les observations:

Observation 1

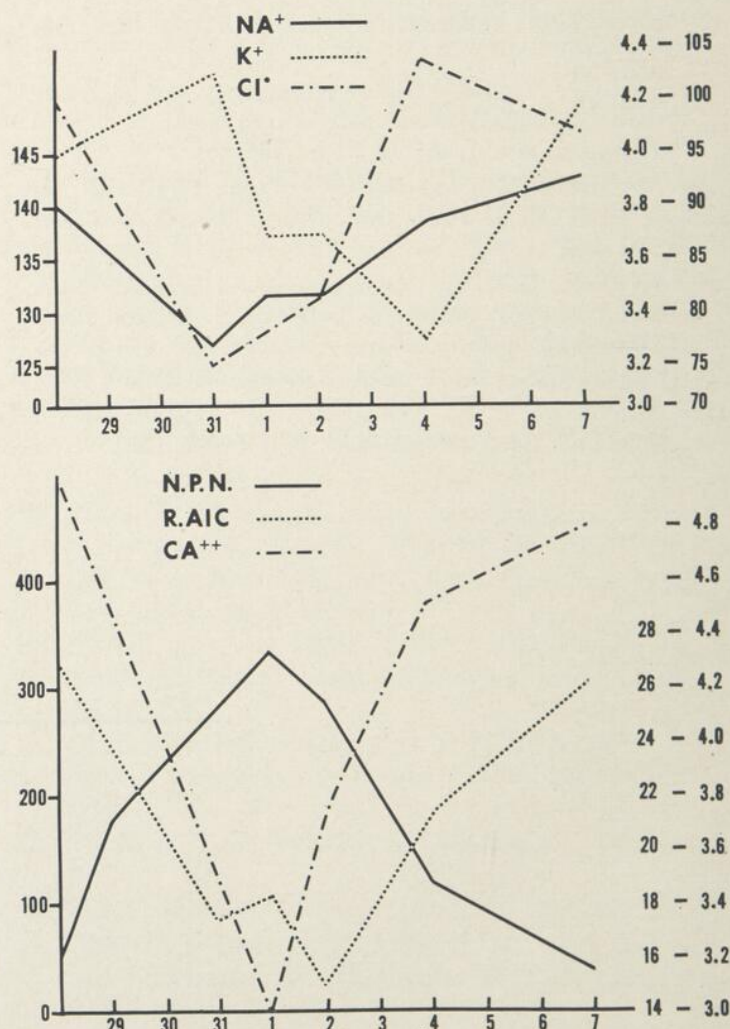
M. W.C., 62 ans, industriel, vient nous consulter en mars 1960 pour diarrhée. Ce symptôme isolé était apparu quatre ans auparavant sans cause connue et persistait depuis, sans rémission. Le malade avait noté une exacerbation récente de la diarrhée, à peu près au moment où il avait mis fin à un tabagisme excessif. Les évacuations se chiffraient entre 8 et 12 quotidiennement, réparties uniformément sur le nycthémère. Elles étaient liquides, contenant surtout du mucus, parfois complètement afécales, impérieuses au point de causer de l'incontinence. Le malade n'avait jamais noté de sang. Le questionnaire subjectif du point de vue digestif était par ailleurs négatif. La revue des autres systèmes ne révélait de pertinent que l'apparition au cours des dernières années de crampes musculaires nocturnes.

A l'examen sommaire le malade paraissait chroniquement malade, fatigué et déshydraté. Le toucher rectal nous paraissait négatif. Le malade fut admis le jour même, 28 mars 1960, dans le Département de Médecine de l'Hôpital Maisonneuve.

L'état du malade était si précaire que la rectoscopie d'urgence dut être pratiquée au lit et que le lavement baryté fait le lendemain entraîna une perte de connaissance. L'endoscopie, faite donc dans de mauvaises conditions, nous permit de constater une congestion diffuse marquée de la muqueuse de l'ampoule rectale, de même qu'une hypersécrétion abondante et une grande fragilité. Une biopsie fut faite à la pince et montra qu'il s'agissait d'une tumeur vilieuse. Quant au lavement baryté il fut d'abord interprété comme négatif, ce à cause de la localisation rectale de la tumeur.

Les analyses de laboratoire faites à l'entrée se lisaient comme suit: hémoglobine: 18 gms 117%; hématoците: 56%, témoins d'une grande hémocentration. La sédimentation globulaire corrigée était à 6 mm après 1 hre; globules blancs: 11,000 avec formule différentielle normale; glycémie: 146 mgm %; N.P.N.: 178 mgm %. Les données des études du bilan électrolytique sont retrouvées au tableau No 1. L'analyse des urines était sans particularité. Créatinine: 0.9 mgm %; phosphatase alcaline: 2.9 unités Bodansky; E.C.G.: rotation horaire: pointe en arrière; bloc intraventriculaire; bloc auriculo-ventriculaire du 1er degré;

TABLEAU I



Courbe de l'ionogramme, de l'azotémie et de la réserve alcaline à partir de la date de l'admission jusqu'au moment de l'opération. A noter les chiffres élevés de l'azotémie, contrastant avec l'hyponatrémie, l'hycalcémie. Le potassium est élevé dans le sang au moment où le sodium est à son plus bas, comme si le premier sortait de la cellule pour remplacer le second dans le milieu extracellulaire.

¹ Assistant dans le Département de Médecine de l'Hôpital Maisonneuve.

² Résident en Médecine — Hôpital Maisonneuve.

dilatation auriculaire; ischémie sous épocardique antéro-latérale; possibilité d'altérations métaboliques ajoutées. (Dr Yves Desrochers). Le dosage des électrolytes dans les selles n'a malheureusement pas été fait.

A cause du mauvais état du malade et de l'incontinence fécale, la quantité des selles évacuées n'a pu être mesurée. Selon les observateurs elle se chiffrait aux environs de 1,000 ml. par jour.

Durant la période des examens, l'état du malade s'est considérablement détérioré, comme en font foi les données du laboratoire au tableau No 1. Le malade se plaignait de crampes musculaires et présentait des phénomènes de tétanie. La réanimation intensive par réhydratation et remplacement électrolytique ont tôt fait cependant de corriger cet état de chose, et malgré la persistance de la diarrhée, le bilan était redevenu complètement normal 9 jours après l'admission.

Une rectosigmoïdoscopie fut alors pratiquée sous anesthésie générale. Cet examen, fait dans des meilleures conditions que le premier, permit d'identifier une tumeur étendue du rectosigmoïde intéressant tout le pourtour de la lumière rectale. Sise à 12 centimètres de l'anus, la tumeur prenait un aspect chevelu, velouté et était le siège d'une hypersécrétion très abondante. Elle ne présentait cependant ni ulcérations, ni induration. La lumière intestinale paraissait avoir gardé toute sa souplesse. Il n'était pas possible de déterminer la limite supérieure de la tumeur. Une nouvelle biopsie fut faite qui confirma le diagnostic de papillome.

L'intervention est décidée et pratiquée par le docteur Marcel Lamoureux au 22ième jour d'hospitalisation. L'exploration abdominale soigneuse ne révèle pas d'invasion locale ou à distance par des métastases et une résection antérieure fut décidée. La colectomie emporta 17 cms de rectosigmoïde (Fig. 1) et on opta pour une anastomose colo-colique définitive qui se situait à 4 cms de la marge anale. Les suites opératoires immédiates furent sans histoire, mais 2 semaines plus tard, la situation se détériora, l'anastomose faite trop près de l'anus ayant lâché. Une colostomie de dérivation fut pratiquée sur le transverse et par la suite, l'évolution ne cessa d'être excellente. Le malade quitta l'hôpital deux semaines plus tard pour y revenir en octobre, alors que la continuité colique fut rétablie. Durant cet intervalle, le poids était passé de 126 à 150 lbs. Le reste de l'évolution est sans intérêt. Le malade est revu périodi-

quement; il se porte à merveille et nous n'avons jamais pu mettre en évidence de récurrence locale.

Observation 2

La deuxième observation est celle de Mme F.B., âgée de 76 ans, qui est admise à l'Hôpital Maisonneuve pour diabète, diarrhée et amaigrissement de 20 livres en 6 mois. La diarrhée remontait à 6 mois, faite d'évacuations liquides non chiffrées, ne contenant pas de sang microscopique et s'était compliquée depuis 3 mois d'incontinence fécale. En effet un liquide glaireux s'écoulait en permanence de l'anus.

A l'examen, on notait une déshydratation marquée; le rythme cardiaque était à 96 et la tension artérielle se chiffrait à 160/80.

Laboratoire.

Hémoglobine: 9.9 gms %; Hématocrite: 63%; Globules rouges: 3,280,000; formule différentielle sans particularité; N.P.N.: 46.5 mgm %; Glycémie: 130 mgm %; Protéines totales: 5.3; Electro-



Fig. 1. — Gros plan de la tumeur enlevée par le chirurgien. A noter qu'elle intéresse toute la circonférence du rectum sur une hauteur de 17 cms; aussi l'aspect succulent et hyperplasique de la muqueuse.

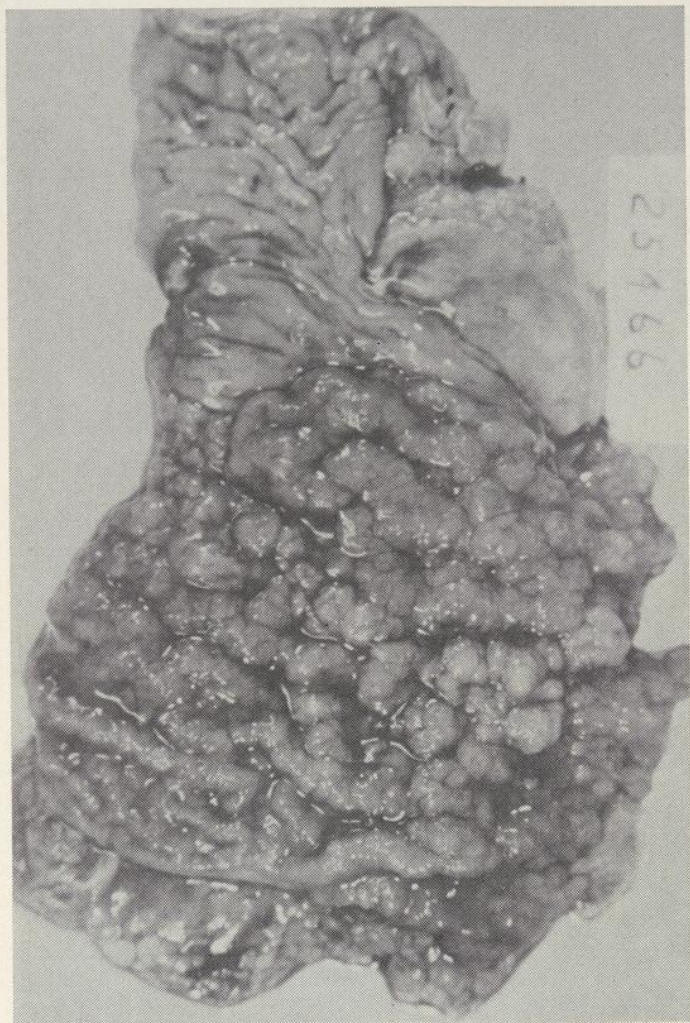


Figure 2

lytes du sang, K: de 3.1 à 3.5 m Eq/L; Na: de 135 à 142 m Eq/L; Cl 98 m Eq/L; Ca: 4.8 m Eq/L. Électrolytes dans les selles: K: 18.4 m Eq; Ca: 5.44 m Eq; Na 153.7 m Eq. par 24 hres.

E.C.G.: hypertrophie ventriculaire gauche, ischémie antéro latérale, modifications de la phase terminale compatibles avec une hypopotassémie. (Dr Yves Desrochers).

La rectoscopie permit d'identifier une tumeur villeuse sise à 10 cms de la marge anale, qui était le siège de placards nécrotiques. La biopsie à la pince confirmait le diagnostic endoscopique mais, en plus, montrait des signes de transformation maligne. Le lavement baryté, cette fois, mettait en évidence une zone sténotique, irrégulière, mesurant 5 cms de hauteur au niveau du sigmoïde distal, interprétée comme une formation tumorale néoplasique.

Le traitement de réanimation fut entrepris, mais des phénomènes occlusifs forcèrent le chirurgien à intervenir dans des conditions défavorables. On dut se contenter d'une colostomie de dérivation,

laissant en place la tumeur responsable des désordres électrolytiques. Malgré un remplacement hydro-électrolytique qui paraissait adéquat, malgré aussi un contrôle satisfaisant du diabète, la malade mourut quelques jours après l'opération. Une autopsie minutieuse ne parvint pas à démontrer la cause précise de la mort. La broncho-pneumonie en foyer, probablement terminale, n'expliquait pas à elle seule le décès. On ne trouva cependant aucune trace de métastase.

DISCUSSION

La symptomatologie de la tumeur villeuse du rectum est trop bien connue pour que nous nous permettions d'y revenir. Dès 1928, notre Maître Lambling y consacrait sa thèse de doctorat (1). Le lecteur pourra trouver ailleurs d'excellentes descriptions cliniques à la suite desquelles il n'y a rien à ajouter (5) (9).

On connaît aussi depuis longtemps le retentissement de ces tumeurs sur l'état général et les auteurs classiques font mention de la possibilité de mort par "cachexie séreuse". Ce n'est pourtant qu'en 1955 que Fitzgerald (2), puis en 1956 Starr et coll. (3), établissaient pour la première fois la relation entre cet état et les déperditions hydro-électrolytiques, en particulier potassiques, découlant de l'hypersécrétion muqueuse des tumeurs. Il faut attendre 1960 (4) pour voir apparaître la première observation dans la littérature française. Dans la livraison de septembre 1962 du "New England Journal of Medicine" (10), Carey et Burbank rapportaient le 20ième cas de la littérature mondiale. A notre connaissance, nos observations sont les premières à paraître dans la littérature médicale canadienne-française. Nous nous bornerons donc à discuter cet aspect inhabituel des tumeurs villeuses et des conséquences qui en découlent sur les plans biologique, clinique, et thérapeutique.

Les pertes d'eau et de sels.

L'importance des pertes en eau et en sels est déterminée non seulement par la quantité des selles émises, mais aussi par leur teneur en électrolytes.

Le volume des évacuations quotidiennes est variable d'un malade à un autre et peut souvent atteindre des chiffres considérables. Chez notre premier malade nous avons évalué grosso modo, qu'il avait perdu environ un litre en une seule journée. Chez l'autre, les émissions quotidiennes

se chiffraient entre 300 et 400 grammes. Mais ce qui détermine la gravité de la maladie c'est la concentration du liquide en électrolytes et surtout en potassium.

Normalement, les pertes journalières par les selles sont de l'ordre de 100 à 200 Ml. d'eau, de 2 à 5 m Eq. de sodium et de 10 à 15 m Eq. de potassium. Or, chez notre deuxième malade, le liquide analysé contenait 153.7 m Eq. de sodium et 18.4 m Eq. de potassium. Dans une récente revue de la littérature, Shnitka et coll. citent des chiffres allant de 103 à 159 m Eq. pour le sodium, de 99 à 141 m Eq. pour les chlorures et de 15 à 80 m Eq. pour le potassium. La concentration moyenne du liquide en potassium est de 13.2 fois celle du sérum (11). Findlay et ses collaborateurs rapportent des valeurs comparables (12).

L'hypersécrétion de mucus tient à l'histologie même de la tumeur, l'hyperplasie intéressant surtout l'épithélium de surface sécréteur de mucus, contrairement à l'adénome où l'hyperplasie touche surtout les glandes muqueuses. Quant à la concentration du mucus en électrolytes, surtout en potassium, il faut admettre qu'elle est le résultat d'une sécrétion active de la cellule épithéliale du colon (4). Comme on l'a vu plus haut, les électrolytes autres que le potassium sont en concentration à peu près voisine de celle du plasma.

Conséquences biochimiques et cliniques de ces pertes.

Les secondes sont évidemment dépendantes des premières. La *déshydratation*, outre les signes habituels, tels la sécheresse de la langue, le ramollissement des globes oculaires, aura pour témoin l'élévation de l'hématocrite, signe d'hémoconcentration. Elle entraîne une diminution du volume sanguin et partant, la diminution du flot plasmatique rénal et l'oligurie. Tout se passe comme si l'intestin tenait le rôle d'un troisième rein absolument hors de tout contrôle.

L'*hyponatrémie* s'associant à cette déshydratation, les conditions nécessaires à l'apparition d'une azotémie prérénale sont réunies. Les perturbations précitées ne sont pas de rigueur dans la tumeur villeuse hypersécrétante. Longtemps les déperditions en eau et en sodium peuvent rester muettes sur le plan clinique et biologique (11), l'individu compensant les pertes par un apport accru. Cependant si cette compensation fait défaut, soit à cause de nausées ou de vomissements, soit à cause de restrictions imposées par le médecin, ou si les déperditions s'accroissent, par exemple, en cas de

diaphorèse intense ou de thérapeutique diurétique, l'équilibre est brisé. C'est ainsi que le malade de Carey (10) est tombé en collapsus circulatoire précipité par une température atmosphérique élevée et une diète pauvre en sel préalablement prescrite. A quelques signes près, ce tableau peut s'apparenter à une crise addisonnienne.

L'*hypokaliémie* se manifeste cliniquement par des phénomènes de faiblesse musculaire qui peuvent aller jusqu'à la parésie ou simuler une véritable crise de myasthénie grave. Cette déficience en potassium plasmatique se vérifie aussi par des modifications électro-cardiographiques intéressant la phase terminale du complexe QRS.

L'hypocalcémie est plus rare. Nous ne l'avons retrouvée que chez notre premier malade, qui d'ailleurs, a présenté en décours d'évolution des phénomènes tétaniques.

Enfin l'*acidose* est l'aboutissement normal de toutes ces perturbations hydroélectrolytiques auxquelles se surajoutent la rétention d'acides organiques et le catabolisme protéique.

Nous avons volontairement omis de considérer dans cet exposé le risque énorme de cancérisation de ces tumeurs. L'incidence s'élève jusqu'à 75% selon les auteurs (13). Notre deuxième malade est probablement décédé à cause de cette redoutable complication qui a rendu toute chirurgie curative impossible.

CONCLUSION

De ce qui précède, il ressort que la tumeur villeuse hypersécrétante du rectum peut donner lieu à des désordres métaboliques importants. Les manifestations cliniques les plus frappantes sont certainement celles qui tiennent à l'hypokaliémie et à l'hyponatrémie. Certes la tumeur villeuse ne s'accompagne pas toujours d'un cortège aussi tapageur. Il importe d'être averti des potentialités d'une telle affection, afin d'y opposer promptement une thérapeutique énergique de remplacement qui permettra d'amener le malade à une guérison définitive par la chirurgie.

Résumé

Deux observations de tumeurs villeuses du rectum compliquées de déperditions hydroélectrolytiques sont rapportées. Les auteurs discutent les diverses manifestations cliniques découlant de ces désordres. Le problème de la cancérisation de ces tumeurs et leur traitement chirurgical sont mentionnés.

Summary

Two cases of villous tumours of the rectum with disturbances of water and electrolytes are reported. The case reports are followed by a brief discussion on the clinical manifestations of such disturbances. The high incidence of malignancy in such tumours and surgical treatment are mentioned.

BIBLIOGRAPHIE

1. LAMBLING, A.: Thèse. Masson et Cie, édit., Paris, 1928.
2. FITZGERALD, M. G.: Extreme Fluid and Electrolyte Loss due to Villous Papilloma of Rectum. *Brit. Med. J.*, **1**: 831, 1955.
3. STARR, A.; MUELLER, S. et MCKITTRICK, J. R.: Villous Adenomas of the Colon Associated with Severe Hypopotassemia. *Arch. Surg.*, **73**: 995, 1956.
4. CARASSO, R.; ACAR, J. F.; SULTAN et VESIN, P.: Syndrome de Déperdition Électrolytique par Tumeur Villeuse du Rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, **49**: 758, 1960.
5. ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE: Estomas, Intestin. 1ère édition 1-1936. Fasc. 9085, pp. 3.
6. GOLDGRABER, M. B. et KIRSNER, J. B.: Papilloma of the Large Intestine: A Clinical-Pathology Correlation. *Gastroenterology*, **35**: 36, 1958.
7. GRINNELL, R. S. et LANE, N.: Benign and Malignant Adenomatous Polyps and Papillary Adenomas of the Colon and Rectum. An Analysis of 1856 Tumours in 1335 Patients. *Int. Abst. of Surgery*, **106**: 519, 1958.
8. LEE, H. C. et KAY, S.: Papillary Tumours of the Rectum. *Ann. Surg.*, **143**: 780, 1956.
9. RACHET, J.; BUSSON, A. et DEBRAY, C.: Maladies de l'Intestin et du Péritoine. Éditions Médicales Flammarion, édit., Paris, 1954, pp. 767-774, 1954.
10. CAREY, R. J. et BURBANK, C. B.: Mucus Secreting Villous Adenomas of the Colon, Presenting as a Circulatory Collapse. *New Eng. J. of Med.*, **267**: 609, 1962.
11. SHNITKA, T. K.; FRIEDMAN, M. V. H.; KIDD, E. G. et MACKENZIE, W. C.: Villous Tumours of the Rectum and Colon Characterized by Severe Fluid and Electrolyte Loss. *Surg. Gyn. and Obst.*, **112**: 609, 1961.
12. FINDLAY, C. W. J. et O'CONNOR, T. F.: Villous Adenomas of the Large Intestine with Fluid and Electrolyte Depletion. *J.A.M.A.*, **176**: 404, 1961.
13. TURRELL, R.: in *Diseases of the Colon and Rectum*. Vol. 1, 1959, pp. 387.

LES HYPOACOUSIES PAR INTERRUPTION DE LA CHAÎNE OSSICULAIRE

Paul BRUNELLE¹ et Antoine ALABI²

PRÉLIMINAIRES

A cause de l'ambiguïté du mot surdité, il est préférable d'employer celui d'hypoacousie pour signifier une baisse d'audition et celui d'anacousie pour son absence.

L'audiogramme est la représentation graphique de la perte d'audition, exprimée en décibels (db) et mesurée sur les fréquences de 125 à 8000 cycles par seconde (c/s).

Que la voix soit celle d'une basse ou d'une soprano, les mots sont toujours composés de fréquences allant de 500 à 2000 c/s. La perte d'audition s'exprime donc par la moyenne des décibels perdus sur ces fréquences.

En pratique, une perte de moins de 30 db passe inaperçue. Par contre, plus la perte dépasse cette "clôture", plus elle présente un "handicap".

Pour une même oreille il existe deux graphiques sur l'audiogramme. L'un qui mesure l'acuité de l'organe de transmission (oreille moyenne); c'est la courbe aérienne. L'autre mesure l'acuité de l'organe de réception (oreille interne); c'est la courbe osseuse.

En comparant ces deux graphiques, il est possible de dire où siège la lésion. La courbe aérienne seule est-elle abaissée? L'onde sonore a perdu de son énergie en étant transformée en onde liquide; il s'agit donc d'une lésion de l'organe transformateur seul et la perte est dite de transmission.

Lorsque les seuils de stimuli auditifs (tant aériens qu'osseux) se placent sur une même courbe, la perte est dite de réception. L'organe récepteur est certainement lésé. Il est fréquent que l'organe transformateur le soit aussi, mais on ne peut l'affirmer que lorsque les seuils aériens sont inférieurs aux seuils osseux (déjà abaissés): il s'agit alors de perte de transmission avec réserve cochléaire abaissée (perte mixte).

¹ Consultant au centre de l'Ouïe et de la Parole, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

² Résident, Service d'Oto-rhino-laryngologie, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Il est probable que dans un avenir rapproché un récepteur électronique puisse remplacer la cochlée; mais présentement seules les hypoacusies de transmission sont opérables. Parmi elles, l'otosclérose occupe certainement la première place. Les résultats de cette chirurgie sont excellents et permanents dans environ 90% des cas, pourvu que la réserve cochléaire soit supérieure à 30 db.

Cependant, il n'est pas rare de trouver une toute autre cause lors de la tympanotomie pour otosclérose. L'ankylose de la chaîne des osselets, l'absence de fenêtre ronde, l'interruption de la chaîne ossiculaire sont autant de lésions qui, derrière un tympan normal, simulent l'otosclérose.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Hough (1) et Ombredanne (3, 4) ont établi des critères suivant lesquels il serait possible de déterminer ces lésions "pseudo-otosclérotiques" avant la tympanotomie exploratrice.

1 — L'hypoacusie est toujours profonde, supérieure à 55 db.

2 — Elle est stable, n'ayant pas ou peu progressé depuis son apparition.

3 — Elle s'accompagne rarement d'acouphène.

4 — En précisant l'anamnèse, on remonte presque toujours à l'incident causal: un traumatisme oublié ou une otite importante.

5 — Dans les malformations congénitales, l'hypoacusie remonte à l'enfance; elle est souvent unilatérale; il y a absence de traumatisme ou d'infection importante.

6 — Enfin, si l'on a recours à la radiologie, en particulier les incidences de Chaussé et celles de Guillen, la lésion est souvent apparente. Anderson et ses collaborateurs (15) insistent sur la valeur des tomogrammes.

CLASSIFICATION

Les interruptions de la chaîne ossiculaire peuvent être classifiées suivant leur étiologie. Le nombre des cas trouvés dans la série présente est indiqué entre parenthèses.

1 — Par traumatisme direct (2 cas):

1) chirurgical (antrotomie, myringotomie, chirurgie de la caisse);

2) non chirurgical (objet effilé, projectile).

2 — Par traumatisme ossiculaire indirect (traumatisme crânien avec ou sans fracture du temporal). (1 cas)

3 — Par nécrose ossiculaire (1 cas):

1) secondaire à une infection;

2) secondaire à la radiothérapie;

3) secondaire à un traumatisme (direct ou indirect).

4 — Par absence ossiculaire congénitale (4 cas):

1) associée à d'autres malformations de la caisse;

2) où seul un osselet manque.

5 — D'étiologie incertaine (3 cas).

REVUE DE LA LITTÉRATURE ET PRÉSENTATION DE CAS

172 patients consécutifs soupçonnés d'otosclérose ont été opérés dans le Service d'oto-rhinolaryngologie de l'hôpital Notre-Dame, les uns pour une oreille, les autres pour les deux. Onze (6.4%), opérés d'une seule oreille présentaient une interruption de la chaîne des osselets, dont un seul avec otosclérose. Les trois cas de traumatisme avaient été diagnostiqués correctement.

Sooy (2) rapporte que 4.2% de ses cas opérés pour otosclérose présentaient à la place un trouble de la caisse tympanique.

1 — Les interruptions par traumatismes ossiculaires directs

Anderson, sur 18 ans d'interruption traumatique, rapporte 4 cas de dislocations incudo-stapédiennes résultant d'antrotomies et un cinquième cas survenu à la suite d'une myringotomie.

Il y a quelques années, la chirurgie de l'otosclérose consistait à mobiliser l'étrier en exerçant des pressions sur cet osselet. Il arrivait souvent de le disloquer de l'enclume ou de le fracturer dans ses branches. Le résultat auditif était alors désastreux: la chaîne ossiculaire étant interrompue, le tympan servait de véritable rideau empêchant les sons de se rendre à la fenêtre ovale. Hough (11), A. B. Smith (5), Robinson (10) en rapportent plusieurs cas. Le cas suivant est le seul de notre série.

Observation 1

Il s'agit d'un homme de 47 ans qui avait eu une mobilisation de l'étrier à droite et à gauche, sans amélioration. Quatre ans plus tard, une tympanotomie exploratrice est faite à l'oreille gauche.

Les deux branches de l'étrier étaient fracturées et reposaient sur le promontoire. La platine était fixe et entièrement envahie par l'otosclérose. Il y avait en plus une ankylose incudo-malléolaire de nature indéterminée.

L'étrier en entier fut enlevé et remplacé par une prothèse de fil d'acier inoxydable avec bouchon de *gelfoam* à la fenêtre ovale. On réussit à mobiliser partiellement l'ankylose de l'attique.

Avant l'opération, le patient avait une perte de 70 db. Après opération, la perte semble vouloir demeurer à 50 db, probablement à cause de l'ankylose incudo-malléolaire.

Il aurait mieux valu sacrifier l'enclume et unir le marteau à la fenêtre ovale par la même prothèse.

A cause de sa protection naturelle au fond du conduit auditif externe, la caisse tympanique est rarement le siège de traumatisme direct, en dehors de toute chirurgie. Seuls, trois cas ont pu être relevés dans la littérature médicale récente: celui de John Smith (6), où une aiguille à tricoter fut accidentellement enfoncée dans la caisse tympanique, fracturant les deux branches de l'étrier et le désarticulant de l'enclume, celui d'Andersen, occasionné par une broche à cheveux et celui de Hajek (1), où l'apophyse lenticulaire fut fracturée par une aiguille à tricoter.

Observation 2

Un manœuvre de 41 ans reçoit un éclat d'acier dans l'oreille droite. Il présentait une excellente audition auparavant; il n'avait pas d'antécédent otitique. Il consulte 2 mois et demi plus tard; son tympan est normal, l'audition est abaissée à 56 db avec une réserve cochléaire abaissée à 27 db; il accuse une légère perte sur les hautes fréquences à l'autre oreille. Des douleurs intermittentes légères avec acouphènes en position couchée apparaissent à l'oreille droite.

La tympanotomie, pratiquée 5 mois après l'accident, révèle une fracture des deux branches de l'étrier avec capitonnage fibroblastique à l'endroit de la fracture de la branche antérieure; il n'y a pas de nécrose.

En tentant de replacer les morceaux, le patient bouge et la platine est enfoncée. Une stapédecotomie et un remplacement par un tube de polythène et du *gelfoam* sont pratiqués.

L'audition post-opératoire est remontée à 22 db avec une réserve cochléaire de 10 db.

2 — Les interruptions par traumatisme crânien

Dans son excellente étude des séparations de l'articulation incudostapédienne, Hough commente les traumatismes crâniens. Il invoque, comme mécanisme producteur de cette désarticulation: 1 - l'inertie des osselets qui sont subitement mis en

mouvement (loi de Newton) sous l'effet du choc; 2 - la réaction tissulaire, en quelque sorte explosive, au niveau de l'articulation; 3 - l'action défensive des muscles de la caisse qui entrent en tétanie temporaire. Ces trois phénomènes simultanés amènent le déchirement de la capsule et la séparation des surfaces articulaires.

Non moins intéressantes sont ses remarques sur l'aspect médico-légal de la question: "A loss of hearing immediately following a hear injury, whether it be conductive or perceptive, must be considered to be the result of that incident".

Seltzer (7), Sooy, Robinson, A. B. Smith décrivent aussi des interruptions ossiculaires causées par des traumatismes crâniens sans fracture du temporal. En l'absence de signe radiologique, il ne faut pas dire qu'une hypoacousie apparaissant lors d'un traumatisme crânien, qu'elle soit de réception ou de transmission, n'est pas due à ce traumatisme, à moins d'avoir des preuves formelles de son existence avant l'accident. Il vaut mieux explorer la caisse tympanique et ceci le plus tôt possible pour éviter la nécrose ossiculaire.

Bouche et Richard (12) ont rapporté un cas de fracture de l'écaïlle du temporal irradiée à la caisse, où ils ont trouvé une luxation incudo-stapédienne. Ils ont eu de la difficulté à maintenir les surfaces articulaires une fois replacées; ils ont employé, sans succès, un vernis chirurgical comme agent de rétention. En rapportant ce cas, ils ont parlé de l'ostamer, substance plastique que les orthopédistes ont essayée et délaissée. Il semble qu'elle soit trop difficile de maniement. Sataloff (13, 14) est le seul qui en parle avec faveur.

Notre série comporte un cas de traumatisme crânien certain. Nous le présumons dans deux autres cas, mais l'anamnèse ne nous permet pas de l'affirmer. Nous les avons donc classés parmi les étiologies incertaines.

Observation 3

Un mécanicien de 40 ans, sans travail, victime d'un accident d'automobile, reçoit un coup violent à la tête. Il constate une baisse d'audition dans la semaine qui suit l'accident (58 db, avec réserve cochléaire abaissée à 29 db). Il affirme que son audition était parfaite avant l'accident. La radiographie est négative. Six mois après l'accident, une tympanotomie exploratrice montre une fracture des deux branches de l'étrier, sans déplacement marqué, avec capitonnage fibroblastique à l'endroit de la fracture de la branche antérieure. Sans nécrose et la platine est normale. L'étrier a

été enlevé et remplacé par un fil d'acier inoxydable, le tout suivi d'une greffe adipeuse. L'audition post-opératoire est remontée à 35 db.

3 — Les interruptions par nécrose ossiculaire

La branche descendante et l'apophyse lenticulaire de l'enclume sont sans contredit les endroits de prédilection de la nécrose ossiculaire. Aucun cas n'est rapporté où un autre osselet est en cause. Cette singularité trouve son explication dans l'angiologie de cette région minuscule.

Alberti et Dawes (8) ont étudié la question. En se basant sur le travail de Nager et Nager publié en 1953, ils reconnaissent 4 voies vasculaires: deux vaisseaux qui remontent le long des branches de l'étrier vers l'articulation de l'enclume, un autre qui s'y rend par le tendon du muscle de l'étrier et enfin un quatrième qui y parvient en longeant la branche de l'enclume venant du corps de cette dernière. Ipso facto, si l'articulation est rompue, le bout de la branche descendante est privé de l'apport sanguin de trois vaisseaux sur quatre.

Hough remarque avec justesse que, de tous les osselets de la chaîne, seule l'enclume s'éloigne autant des tissus mous et de leurs sources vasculaires. Elle s'étend librement dans une cavité aérienne, si loin qu'au cours d'une infection elle peut être privée d'apport sanguin et se nécroser, alors que le restant de la caisse peut se réparer ad integrum.

L'importance de cette connaissance vasculaire est capitale. D'abord, dans les traumatismes de la caisse tympanique, il faut explorer dès que les circonstances le permettent, de peur que la nécrose ne s'installe. Ensuite, et surtout, dans la chirurgie moderne de l'otosclérose, où la mode est à la stapéctomie, le bout de l'enclume n'ayant plus qu'un vaisseau nourricier, il est essentiel de ne pas le traumatiser. De plus, le danger de nécrose étant plus grand à l'extrémité lenticulaire de l'enclume, il semble préférable d'ancrer la prothèse aussi loin que physiologiquement possible de ce bout dangereux.

Anderson rapporte un cas de nécrose totale de l'enclume après radiothérapie pour cancer du cavum. Gyorkey et Pollock (16) ont vu un cas où la branche descendante fut détruite en entier par suite de radiothérapie pour tumeur du quatrième ventricule.

La grande majorité des nécroses viendrait des désarticulations incudo-stapédiennes, que ce soit par traumatisme direct ou indirect. On en trouve

plusieurs exemples dans la littérature déjà citée. A. B. Smith rapporte un cas de nécrose récidivante de l'enclume; le bout de la branche descendante s'était nécrosé après mobilisation de l'étrier probablement par dislocation; il était contenu dans une adhérence fibreuse qui faisait pont entre l'étrier et le moignon d'enclume. Il réussit à installer un tube de polythène entre les deux, mais dans une dernière intervention il découvrit une solution de continuité par récurrence de nécrose.

Observation 4

Une ménagère de 62 ans est hypoacousique depuis l'âge de 17 ans. La perte d'audition est progressive et plus marquée à droite. Elle accuse des acouphènes frontaux lorsqu'elle enlève sa prothèse auditive. Elle raconte une histoire vague d'otalgie et d'otorrhée jusqu'à l'âge de 50 ans. En s'inspirant de l'anamnèse, on soupçonne une cicatrice tympanique antérieure à droite. Le tympan est normal à gauche.

L'hypoacousie est de 75 db à droite avec une réserve cochléaire de 18 db; à gauche, elle est de 63 db avec une réserve de 22 db. Une tympanotomie à droite est pratiquée. On trouve une ankylose du marteau dans l'attique et une absence totale d'enclume. L'étrier apparaît fixé, résultat possible d'otosclérose antérieure.

On a procédé à une myringo-stapédiopexie, après avoir enlevé le marteau et mobilisé l'étrier.

Le résultat post-opératoire montre une perte résiduelle de 45 db, avec une réserve cochléaire de 13 db.

4 — Les interruptions par absence congénitale

Il est très rare, d'après Hough, de trouver une absence totale d'enclume sans autre anomalie congénitale de la caisse. Ombredanne, dont l'expérience en ce domaine est énorme, abonde dans le même sens. Hajek en rapporte deux. Nous en avons rencontré un.

Observation 5

Un jeune homme de 18 ans se présente pour hypoacousie droite depuis son enfance. Il lui semble qu'elle soit plus marquée depuis quelque temps; il a rarement des acouphènes; il ne se souvient pas d'avoir eu d'otite, ni de traumatisme. La perte d'audition à droite est de 80 db, avec une réserve cochléaire de 45 db, derrière un tympan normal. À gauche le tympan est un peu rétracté et son audition est abaissée à 28 db avec une réserve cochléaire à 15 db.

Le malade est disparu pendant au delà d'un an. Une tympanotomie droite a alors révélé une absence d'enclume sans autre pathologie. Après une stapéctomie avec prothèse de fil d'acier et un greffon adipeux, il a eu une amélioration marquée de son audition pendant toute la durée des soins post-opératoires. Cependant, il est disparu à nouveau avant qu'un autre audiogramme puisse être fait.

Les trois cas suivants présentaient une absence totale ou partielle d'enclume, associée à d'autres anomalies de la caisse.

Observation 6

Ménagère de 50 ans, dont l'hypoacousie ne durerait que depuis 4 ou 5 ans. Il n'y a eu ni douleur, ni écoulement, ni vertige, ni acouphène. L'audiogramme montrant une perte de 80 db à droite avec une réserve cochléaire de 21 db, il est possible que cette surdité remonte à beaucoup plus loin et qu'elle ne s'en soit plainte que depuis la baisse de l'audition de l'oreille gauche. Celle-ci, en effet, est à 30 db avec une réserve à 15 db.

La tympanotomie exploratrice droit révèle une absence totale d'enclume et d'étrier. La fenêtre ovale est fermée par une platine (?) mobile; un tube de polythène est installé entre le marteau et la platine. L'audition post-opératoire est remontée à 57 db, mais la réserve cochléaire s'est abaissée à 47 db.

Observation 7

Une demoiselle de 47 ans se plaint d'entendre mal depuis l'âge de 2 ou 3 ans. Elle attribuerait cette baisse de l'ouïe à une rougeole. Il lui semble que l'audition soit pire depuis quelque temps, surtout à droite. Anamnèse incomplète au dossier. Les tympans étaient plutôt fibreux.

L'hypoacousie droite est enregistrée à 58 db, réserve cochléaire de 12 db; à gauche, 63 db avec réserve à 10 db.

Une tympanotomie exploratrice à droite montre une absence d'enclume, d'étrier et de fenêtre ovale. Fénéstration du canal semi-circulaire horizontal. Perte d'audition post-opératoire de 15 db.

Observation 8

Un adolescent de 15 ans est profondément hypoacoustique depuis l'âge de 6 ans, à la suite d'un accident d'auto. Il porte une prothèse auditive à gauche où la perte est de 65 db, avec une réserve cochléaire de 8 db. A droite, il a perdu 63 db et sa réserve est de 5 db.

La tympanotomie exploratrice droite montre une absence d'étrier et de fenêtre ovale; l'enclume n'a pas de branche verticale et son corps difforme est soudé au marteau. Le canal de Fallope est aberrant, tout au haut de l'attique. Il est trop tôt encore pour donner les résultats de sa fénéstration.

5 — *Les interruptions par absences ossiculaires d'origine incertaine*

Même après une anamnèse des plus poussée et un examen méticuleux, il restera toujours des cas à étiologie incertaine. Nous présentons trois cas dont l'étiologie est probable, sans plus.

Observation 9

Une ménagère de 45 ans est hypoacoustique depuis une vingtaine d'années à l'oreille gauche. Pas de vertige, ni douleur, ni infection, ni traumatisme, mais acouphènes fréquents bilatéraux. L'hypoacousie gauche est de 85 db avec réserve cochléaire de 38.

A l'opération, on a constaté qu'il y avait désarticulation incudo-stapédienne et fixité de l'étrier sans atosclérose. Les surfaces articulaires ont été réapposées. Il semble que seul un traumatisme aurait pu causer cette lésion.

Observation 10

Une célibataire psychosomatique de 48 ans, traitée pour osthéarthrose vertébrale et pour un trouble de l'hormone stimulatrice de la thyroïde, est hospitalisée pour sinusite chronique et hypoacousie de longue date. Le questionnaire est pénible et les réponses sont douteuses.

Elle présente une perte d'audition de 58 db à droite avec une réserve de 30 db, et une perte de 13 db à gauche avec une réserve cochléaire de 6 db. Les tympans sont normaux.

A l'opération, on trouve une déhiscence du bout de l'enclume et de l'apophyse lenticulaire. Il n'y a pas d'articulation avec l'étrier. Un tube de polythène est mis entre le moignon d'enclume et la tête de l'étrier.

L'audition remonte après l'opération à 30 db, elle s'y maintient pendant 5 mois, puis elle retombe au niveau pré-opératoire.

Ceci rappelle tellement le cas de A. B. Smith, rapporté plus haut au chapitre des nécroses, qu'on serait tenté de l'y classer. Il est logique de penser qu'il y a eu nouvelle nécrose avec affaissement de la prothèse.

Observation 11

Jeune homme de 24 ans qui se plaint d'hypoacousie droite depuis 2 ans. Aucune histoire de

traumatisme, ni d'otorrhée. Il a cependant des acouphènes à droite. A l'opération, on trouve une dislocation incudo-stapédienne, cachée sous un capitonnage fibroblastique. Il est possible qu'il ait reçu un traumatisme suffisamment puissant pour disloquer l'articulation légèrement, la déchirer et rompre ainsi la continuité ossiculaire. Une chute, par exemple, ou un coup passé inaperçu. Les surfaces articulaires ont été replacées et son audition était excellente à l'opération.

CONCLUSION

1 — Il existe des lésions de la chaîne ossiculaire qui simulent l'otosclérose, tant au point de vue audiolgique qu'otoscopique, mais qui n'en sont pas. Elles sont dues à: 1° l'ankylose de la chaîne des osselets par fibrose, par rétention séreuse, par fusion congénitale; 2° l'absence de fenêtré ronde ou son occlusion; 3° l'interruption de la chaîne des osselets dont l'étiologie a été donnée en détails.

2 — Elles sont plus fréquentes que ne l'indique le nombre de cas présentés ici, puisque ceux-ci n'étaient représentatifs que des interruptions ossiculaires.

3 — Il semble bien que l'hypoacousie dans ces cas soit toujours profonde. Dans notre série, la majorité présentait une perte supérieure à 60 db.

4 — Les acouphènes semblent rares dans les anomalies congénitales et l'hypoacousie semble stable.

5 — L'importance d'une anamnèse bien conduite et approfondie ne saurait être exagérée. Bien souvent elle seule peut nous mettre sur la piste du diagnostic de ces lésions.

Résumé

L'auteur passe en revue les lésions auditives qui simulent l'otosclérose, et il s'arrête sur les interruptions de la chaîne ossiculaire.

Il discute de la possibilité d'un diagnostic préopératoire exact et des critères qui le permettent.

Suivant une classification étiologique, 11 cas nouveaux sont étudiés à la lumière de la littérature médicale de ces dernières années.

Summary

After a review of the auditory lesions simulating otosclerosis, ossicular interruptions are singled out to form the object of this presentation.

The possibility of their exact diagnosis is discussed along with their criteria.

Following an etiological classification, 11 new cases are studied in the light of the medical literature of recent years.

BIBLIOGRAPHIE

1. KAJEK, E. F. *Journal of Lar. & Otol.*, **75**: 371-386, (avril) 1961.
2. SOOY, F. A. *Ann. of Otol. Rhinol. & Lar.*, **69**: 540-558, (juin) 1960.
3. OMBREDANNE, M. *Ann. d'Oto-laryng.*, **79**: 485-518, (juill.-août) 1962.
4. OMBREDANNE, M. *Ann. d'Oto-laryng.*, **77**: 423-449, (juin) 1960.
5. SMITH, A. B. *Jour. Laryng. & Otol.*, **76**: 403-410, (juin) 1962.
6. SMITH, E. J. *Proc. Cndn. Otol. Soc.*, 15e séance annuelle, 26-31, 1961.
7. SELTZER, A. P. *Ann. Otol. Rhin. & Laryng.*, **71**: 170-172, (mars) 1962.
8. ALBERTI, P. W., DAWES, J. D. K. *Journ. Lar. & Otol.*, **75**: 821-825, (sept.) 1961.
9. KELLY, W. D. *Journ. Lar. & Otol.*, **65**: 826-827, (sept.) 1961.
10. ROBINSON, M. *Laryngosc.*, **71**: 181-184 (fév.) 1961.
11. HOUGH, J. V. D. *Laryngosc.*, **69**: 644-664, (juin) 1959.
12. BOUCHE, J.; RICHARD, J.M. *Ann. Otol.*, **77**: 840-843, (oct.-nov.) 1960.
13. SATALOFF, J. *AMA Arch. Otolaryng.*, **70**: 415-418, (oct.) 1959.
14. SATALOFF, J. *Amer. Journ. of Diseases of Children*, **100**: 248-251, (août) 1960.
15. ANDERSON, H. C.; JEPSEN, O. et RATJEN, E. *Acta Otol.*, **54**: 393-403, (mai) 1962.
16. GYORKEY, J. et POLLOCK, F. J.: Radiation necrosis of the ossicles. *Arch. Otolaryng.*, **71**: 793, (mai) 1960.

LA MÔLE HYDATIFORME

Gilles AMYOT¹ et Jacques GAUTHIER²

INTRODUCTION

La môle hydatiforme est, à coup sûr, une grossesse pathologique. Elle pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques assez complexes. Le hasard a voulu que nous rencontrions deux formes exceptionnelles de môle hydatiforme. Les deux cas que nous présentons sont, en effet, exceptionnels: 1° parce qu'il a été possible de faire le diagnostic avant l'avortement partiel de la môle hydatiforme; 2° à cause de l'âge avancé de la môle et, par conséquent, du volume important de la masse molaire; 3° à cause du type de traitement chirurgical préconisé pour la cure de ces formes rares de môle hydatiforme et enfin 4° à cause, peut-être, pourrions-nous ajouter, de la similitude de ces deux cas.

Nous ferons d'abord une revue de nos connaissances actuelles sur le problème, mais en nous limitant strictement et volontairement à la môle hydatiforme, sans insister sur les formes plus avancées du même processus pathologique que sont le chorio-adénome disséquant et le chorio-épithéliome.

ANATOMO-PATHOLOGIE

La môle hydatiforme pourrait être définie, au point de vue pathologique, comme un produit de conception ne contenant habituellement pas de fœtus sain, dans lequel la totalité ou de nombreuses villosités choriales montrent les caractéristiques suivantes: 1° un gonflement œdémateux marqué du stroma villositaire qui atteindra souvent le stage kystique; 2° une désintégration des vaisseaux sanguins de la villosité; 3° une prolifération variable du trophoblaste, à la fois du syncytio-trophoblaste et du cytotrophoblaste (cellules de Langhans: sécrétrices des gonadotrophines).

Nous devons admettre qu'il s'agit d'un processus à la fois dégénératif et prolifératif. Pourtant, lequel de ces deux mécanismes est le plus important? L'opinion actuelle semble reconnaître que la môle est essentiellement un processus prolifératif. L'on peut considérer la môle comme une néoplasie bénigne du trophoblaste. Son aspect macroscopique a été classiquement décrit comme étant

celui d'une masse formée de vésicules ressemblant de façon caractéristique à une grappe de raisins.

On a remarqué, depuis longtemps, que de nombreux produits de conception, recueillis au cours d'avortements, présentent des transformations des villosités choriales semblables à celles que l'on rencontre dans la môle hydatiforme et qualifiées alors de "dégénérescence hydatiforme". Ce phénomène de dégénérescence hydatiforme des villosités ne peut être reconnu sans examen histologique, contrairement à celui des vésicules de la môle hydatiforme. Hertig et Edmonds ont observé une forme intermédiaire entre la dégénérescence hydatiforme et la môle elle-même: la "môle transitionnelle"; ils l'ont définie comme un abortus dans lequel on peut identifier les différents constituants de l'œuf (chorion, villosités, amnios et embryon), mais où il existe toutefois suffisamment de dégénérescence hydatiforme pour que le diagnostic puisse être posé à l'examen macroscopique. Certains auteurs ont cependant mis en doute le processus évolutif de ces trois entités pathologiques de "dégénérescence hydatiforme", "môle transitionnelle" et "môle hydatiforme".

Notons enfin que, dans la plupart des cas, la môle hydatiforme ne s'accompagne pas de fœtus. Mais il peut arriver, lorsque le processus molaire n'envahit qu'une portion du trophoblaste, qu'un fœtus arrive à se développer jusqu'à un certain stade; un tel développement fœtal est évidemment toujours compromis et nous verrons que dans l'un de nos cas il y avait présence d'un fœtus papyracé. Dans 25 à 60% des cas, les ovaires présentent des kystes lutéiniques multiples qui peuvent atteindre un volume important.

ÉTIOLOGIE

Il existe, de toute évidence, une différence importante dans la répartition géographique de la môle hydatiforme. La môle hydatiforme serait de dix à vingt fois plus fréquente chez les populations asiatiques qu'en Amérique du Nord. Des statistiques faites par Accosta-Sisson rapportent un cas de môle sur 145 grossesses aux Philippines et un cas sur 232 grossesses au Japon, tandis qu'aux États-Unis, selon Buxton, on n'en rencontrerait qu'un cas sur 2000 grossesses et selon Eastman, qu'un cas sur 3000 grossesses.

On a émis l'hypothèse que cette différence dans le taux d'apparition de la môle hydatiforme serait

¹ Service d'Obstétrique de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

² Service de Gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

plus marquée en Asie à cause du plus grand nombre de cas de déficiences alimentaires et de maladies débilitantes telles que la tuberculose. Ainsi donc, en Amérique du Nord, l'on pourrait s'attendre de rencontrer la môle hydatiforme chez les "économiquement faibles"; ce qui n'a été confirmé par personne... D'autre part, le facteur génétique ne semble pas pouvoir être mis en cause.

L'âge maternel cependant semble devoir être considéré comme un facteur étiologique assez important. Edmonds, qui a fait une étude détaillée des statistiques européennes et américaines de la môle hydatiforme, déclare que celle-ci est nettement plus fréquente chez les parturientes soit très jeunes (19 ans et moins), soit âgées de 40 ans et plus. Les statistiques établies quant à l'âge paternel arrivent à peu près aux mêmes conclusions que précédemment.

Nous demeurons donc encore dans l'obscurité quand il s'agit de déterminer le facteur étiologique proprement dit de la môle hydatiforme. Il y a quelques années, des expériences semblaient avoir démontré que l'agent causal était un virus. Mais des expériences plus récentes révèlent que les lésions causées dans l'œuf de poule par un extrait de môle seraient plutôt dues à un facteur hormonal (gonadotrophines ou œstrogènes) qu'à un virus.

CLINIQUE

Le diagnostic de môle hydatiforme n'est pas facile à poser comme certains semblent le croire. Évidemment, les signes cliniques dépendent de l'âge de la môle.

Le signe le plus constant est, sans contredit, l'hémorragie, plus ou moins régulière et plus ou moins abondante. Mais comment distinguer l'hémorragie de la môle hydatiforme de celle de la menace d'avortement au début d'une grossesse normale ou même entre les deuxième et troisième mois? A ce stage de la grossesse, le diagnostic n'est possible qu'au moment de l'expulsion ou de l'avortement plus ou moins complet de cette môle et il se base sur l'aspect macroscopique des vésicules en grappes de raisins. Le diagnostic au moyen des dosages hormonaux ou de la cytologie vaginale ne se fait avec sûreté qu'en des cas très exceptionnels entre les deuxième et troisième mois.

Après le troisième mois, le diagnostic devient possible; plus la grossesse est avancée, plus il devient aisé de l'établir avec certitude. Dans plus de la moitié des cas, l'augmentation du volume utérin est plus importante qu'au cours d'une gros-

sesse normale. Il faut éliminer à ce moment la possibilité d'une erreur dans la date des dernières menstruations ou celle d'une grossesse gémellaire. Il faut cependant retenir qu'une forte proportion des utérus contenant une môle hydatiforme ont un volume qui pourrait coïncider avec le volume utérin d'une grossesse normale.

Mais à partir du troisième mois de la grossesse, la clé du diagnostic repose sur les *tests de grossesse dilués* ou le *dosage* des gonadotrophines chorioniques, qui seront étudiées plus loin en détail.

Entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse, la *plaque simple de l'abdomen*, qui permet l'identification d'un squelette fœtal, est un aide précieux et elle a contribué de façon spéciale au diagnostic des deux cas que nous présentons ici. En effet, avec un fond utérin remontant à l'ombilic ou près de l'ombilic, si l'on ne peut identifier de squelette fœtal, il faut supposer que le contenu de l'utérus peut être une môle hydatiforme. La présence d'un squelette fœtal normalement constitué élimine du même coup le diagnostic de môle hydatiforme.

Finalement, l'apparition d'un *syndrome de pré-éclampsie ou même d'éclampsie* avant le sixième mois de la grossesse doit immédiatement faire songer à la môle hydatiforme, car il n'y a que la môle qui puisse donner un tel syndrome. Ce syndrome était présent dans le premier de nos deux cas.

Les gonadotrophines

Un bref rappel histologique de la villosité placentaire permet de mieux comprendre la fonction excrétoire du placenta. La paroi de la villosité est formée normalement par un axe conjonctivo-vasculaire comprenant une artère, une veine et un système capillaire. Il apparaît en général vers la cinquième semaine de la gestation. Il y a deux couches cellulaires; une superficielle, qui est le syncytium sans limites cellulaires, avec de nombreux noyaux irréguliers et une autre, profonde, qui est formée par des cellules polyédriques, appelées "cellules de Langhans".

Aux stimulines hypophysaires s'associent, dès l'implantation de l'œuf, des gonadotrophines d'origine placentaire qui sont sécrétées par les cellules de Langhans. Dès le dixième jour qui suit l'ovulation, on peut retrouver dans les urines et le sérum, la présence de ces hormones. Ce sont des mélanges de substances d'activité analogue à la F.S.H. et à la L.H., cette dernière prédominante.

Dans les cas de môle hydatiforme, les cellules de Langhans prolifèrent et sécrètent un taux très élevé de gonadotrophines chorales; ainsi, cliniquement, si l'on soupçonne une môle hydatiforme, il faut faire un dosage quantitatif de ces gonadotrophines chorales. En effet, la concentration en gonadotrophines est proportionnelle à l'activité du trophoblaste. Pour réussir ce dosage, il faut établir une unité de mesure et un moyen de rapporter à cette unité de mesure le sérum ou l'urine examinés. Le moyen consiste à soumettre le sérum ou l'urine à des dilutions de plus en plus fortes et à injecter ces dilutions à un animal réactif jusqu'à l'obtention de la réaction minimum encore appréciable. Il faut évidemment distinguer l'unité internationale et l'unité physiologique. L'unité internationale est définie en fonction d'un étalon de principe actif isolé ayant un effet biologique déterminé. L'unité internationale de gonadotrophine est celle qui correspond à l'activité de 0.1 mgr d'un échantillon standard international. Quant aux unités physiologiques, elles sont aussi nombreuses que les espèces animales servant de réactif. Donnons comme exemple l'unité-lapine: c'est la plus petite dose de gonadotrophine qui, administrée par voie intra-veineuse, fasse apparaître en quarante-huit heures chez une lapine vierge, pubère et pesant 1.5 kg, au moins un follicule hémorragique sur l'un des deux ovaires. Une unité-lapine correspond environ à 6 ou 8 unités internationales. L'unité-rat et l'unité-souris sont aussi employées.

Ces dosages permettent les conclusions suivantes: 1) Au cours de la grossesse normale, le taux des gonadotrophines augmente rapidement à partir du dixième jour pour atteindre un maximum entre le quarante-cinquième et le soixante-dixième jour après les dernières règles (30,000 u.i. dans les urines et 70,000 u.i. dans le sérum); 2) au cours de la môle hydatiforme ou du chorio-épithéliome, le taux est élevé et souvent au-dessus de 300,000 u.i. ou 50,000 unités-lapines.

Il faut remarquer cependant qu'au cours d'une grossesse normale ou gémellaire, on peut trouver un taux très élevé de gonadotrophines. Dans le cas de la môle hydatiforme, ce n'est pas un dosage isolé (à moins de taux très élevé) qui est caractéristique, mais bien plusieurs dosages successifs dont il faut faire la courbe du taux de gonadotrophines. Dans une grossesse normale, une élévation n'est souvent que temporaire et dure moins de dix jours. Mais dans la môle hydatiforme, le plateau se maintient pour ne tomber que beaucoup plus tard.

TRAITEMENT

Il consiste évidemment dans l'évacuation de l'utérus. Dans la majorité des cas, l'avortement molaire incomplet se produit spontanément et l'on ne pose souvent le diagnostic qu'en apercevant la forme typique des grappes de raisins, caractéristique de la môle. A ce moment, on complètera l'évidement utérin sans difficulté par curetage, le col étant déjà dilaté et le volume de l'utérus peu impressionnant. Mais nous croyons que le procédé de traitement par voie haute, i.e. l'hystérotomie, doit être utilisé dans des cas exceptionnels où la masse molaire est importante, i.e. que le fond utérin remonte à l'ombilic ou au-delà de l'ombilic et que le col est long et fermé. Une tentative d'évacuation par dilatation et curetage, dans ces cas d'exception, amène avec elle des risques d'hémorragies abondantes. Une tentative de stimulation des contractions utérines par une perfusion de pitocin serait fort probablement longue et inefficace. Nous avons donc choisi le procédé de traitement par voie haute pour les deux cas que nous présentons.

ÉVOLUTION

Après l'évacuation de la môle hydatiforme, la patiente doit être gardée sous contrôle médical. Les tests de grossesse simples et dilués si nécessaires, sont répétés à intervalles réguliers, au moins jusqu'à l'apparition d'un test négatif. Si l'on obtient un test négatif, on peut considérer la patiente comme guérie; il serait cependant à conseiller dans ce cas de répéter deux tests de grossesse à un mois d'intervalle.

Si, au contraire, les tests de grossesse demeurent positifs, il faut alors faire le diagnostic différentiel entre une grossesse normale, la persistance d'activité des tissus molaires ou une transformation maligne en chorio-épithéliome. A ce moment, ce sont les tests dilués de grossesse ou le dosage des gonadotrophines chorioniques qui permettent de poser le diagnostic, comme nous l'avons vu précédemment.

Observation 1

Madame J.G., admise le 10 mars 1960. Patiente âgée de 40 ans. Gr. VIII — Para. V — Ab. II — D.M. 10 octobre 1959. D.P. 17 juillet 1960; à 22 semaines de gestation. Histoire d'hypertension, d'albuminurie, rapportée par son médecin de famille durant les deux mois qui ont précédé son admission à l'hôpital. Ce dernier nous rapporte également que la patiente examinée trois mois

avant le début de sa grossesse, avait une tension artérielle à 130/80. La patiente dit n'avoir ressenti aucun mouvement fœtal depuis le début de sa grossesse. Depuis une semaine, elle avait présenté un léger "spotting" brunâtre qui n'était pas accompagné de crampes abdominales. Avant ce dernier épisode, elle n'avait jamais eu d'hémorragie vaginale. La patiente accuse également une perte de poids de 15 livres depuis deux semaines.

Examen

T.A. 170/100. Pouls 108. Pas d'œdème.

Abdomen: le fond utérin remonte à l'ombilic. L'utérus est mollaissé et uniformément augmenté de volume. Le cœur fœtal n'est pas entendu. Spéculum: présence d'une endocervicite. Nous notons également la présence de sang brunâtre dans le vagin et en provenance de la cavité utérine. Toucher vaginal: le col est ramolli, long et fermé.

Un interniste, demandé en consultation, croit que cette patiente présente un goître nodulaire toxique avec hypertension secondaire. Le PBI, le métabolisme basal et la captation de I_{131} viennent confirmer ce diagnostic. Un traitement médical avec la solution de Lugol est immédiatement commencé.

Radiologie

1) Plaque simple de l'abdomen: l'utérus remonte jusqu'à la 3^e vertèbre lombaire. Il semble que l'on puisse identifier dans le petit bassin quelques calcifications fœtales. Ces calcifications seraient très rapprochées les unes des autres. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'un fœtus mort depuis déjà très longtemps.

2) Radiographie pulmonaire: négative.

Laboratoire

1) Formule sanguine: HB 10.6. Globules rouges 3,650,000. Globules blancs 5,900 avec différentielle normale.

2) Urée: 37 mgr %; Glucose: 89 mgr %.

3) Analyse des urines: Albumine: 1 plus. Rares globules rouges.

4) Dosage des électrolytes: normaux.

5) Tests de grossesse dilués (Frank Berman): positifs aux dilutions suivantes: 1/100 - 1/200 - 1/500 - 1/3000; négatifs à la dilution: 1/3500.

6) Dosage des gonadotrophines chorioniques: positif 300,000 unités/ 24 hres; négatif 600,000 unités/24 hres.

Nous notons en date du 17 mars. L'histoire clinique, la radiologie et les tests dilués de gros-

ses démontrent de façon concluante la présence d'une môle hydatiforme. Étant donnés les faits suivants: a) l'âge avancé de la patiente et sa parité; b) l'importance de la masse molaire (utérus remontant à l'ombilic); c) le fait que la patiente ne manifeste aucun signe clinique suggérant qu'elle peut entrer en travail dans un avenir rapproché; d) le risque important d'hémorragie au cours d'une tentative d'évacuation utérine par voie basse; nous préconisons donc une hystérectomie totale.

Le 22 mars: la patiente subit une hystérectomie totale abdominale. On ne note aucun kyste ovarien au cours de cette laparotomie. La patiente a bien toléré l'intervention chirurgicale. Le rapport anatomo-clinique confirme le diagnostic de môle hydatiforme. L'évolution post-opératoire s'est déroulée sans incidents graves. Un rash allergique à la solution de Lugol s'étant manifesté, on a employé par la suite chez cette patiente les anti-thyroïdiens. Elle a quitté l'hôpital le 30 mars 1960. Un test de grossesse non dilué fait un mois après son départ s'est révélé négatif.

Observation 2

Madame A.D. admise le 23 mars 1962. Patiente de 28 ans. Gr. I — Para. O — Mariée depuis 8 ans. D.M. le 20 octobre 1961. D.P. le 27 juillet 1962. A 22 semaines de gestation. La patiente a présenté des pertes sanguines vaginales durant trois jours au mois de janvier. Depuis le 20 février, pertes sanguines continues, mais peu abondantes. Aucune histoire d'hypertension antérieure à sa grossesse. La patiente n'a ressenti aucun mouvement fœtal.

Examen

Patiente pâle; pas d'œdème; T.A. 160/100.

Abdomen: le fond utérin remonte à l'ombilic. L'utérus est mollaissé et uniformément augmenté de volume. Le cœur fœtal n'est pas entendu.

Spéculum: présence de sang brunâtre venant de l'orifice cervical.

Toucher vaginal: col long, mou et complètement fermé.

Radiologie

1) Plaque simple de l'abdomen: masse de densité des tissus mous remontant jusqu'au niveau de L3. Dans cette masse, l'on ne peut déceler la présence de calcifications pouvant correspondre à un squelette fœtal.

2) Radiographie pulmonaire: négative.

Laboratoire

1) Formule sanguine: Hb 9.8 grms; Ht 32 vol%. Globules blancs: 7,800 avec différentielle normale.

2) Analyse des urines: Albumine: 11.25 grms %. Rares globules rouges.

3) Tests de grossesse dilués: positifs: 1/100 - 1/200 - 1/500.

4) Dosage des gonadotrophines chorioniques: positif 330,000 R.U./24 hres; négatif 1,000,000 R.U./24 hres.

A cause de l'importance de la masse molaire et de l'état du col, nous préconisons une hystérotomie par voie abdominale pour l'évacuation de cette môle.

Le 2/4/62, la patiente subit une hystérotomie abdominale. On ne note aucun kyste ovarien au cours de cette laparotomie. La patiente a bien toléré cette intervention chirurgicale.

Le rapport anatomo-pathologique confirme le diagnostic.

La patiente a quitté l'hôpital le 10/4/62. Un Frank-Berman simple, le 10/4/62: positif. Le 14/5/62: également positif. Dilution 1/100 - 1/250 - 1/500: négatifs.

Réhospitalisation le 16/5/62 pour hémorragies vaginales plus abondantes avec crampes abdominales. L'examen gynécologique démontre la présence d'un corps utérin augmenté de volume avec un col long et fermé. Un curetage, fait le même jour, ne ramène que des débris de muqueuse utérine. L'examen anatomo-pathologique révèle: muqueuse du stade menstruel. Absence de rétention molaire.

Évolution

Tests de grossesse: le 14/6/62: Frank-Berman simple: positif; dilué 1/100: négatif;

le 10/7/62: Frank-Berman simple: positif; dilué 1/50: négatif; 1/100: négatif; 1/200: négatif;

le 8/11/62: Frank-Berman négatif.

Résumé

Deux cas exceptionnels de môle hydatiforme sont présentés. La pathologie du processus de

dégénérescence molaire, son étiologie et sa fréquence sont expliquées en détail.

Les grands symptômes de la môle hydatiforme se résument dans l'hémorragie utérine, le volume exagéré de l'utérus, l'absence du fœtus et le syndrome de pré-éclampsie avant six mois de grossesse. Les dosages hormonaux des gonadotrophines chorioniques confirment le diagnostic clinique.

Le traitement de la môle hydatiforme consiste dans l'évacuation de l'utérus. Ceci s'est fait par voie abdominale dans les deux cas rapportés, car le volume utérin l'exigeait: le premier cas fut traité par hystérectomie totale, car la patiente était une multipare de 40 ans et le second par hystérotomie, car la patiente était une nullipare de 28 ans.

Summary

Two unusual cases of hydatiform mole are presented.

The etiological factors, incidence and pathology of this tropho-blastic invasion are enumerated.

The symptomatology consists of vaginal bleeding, enlarged corpus uteri, absence of foetus and early toxemia gravidaris. The chorionic gonadotrophin test is necessary to establish the diagnosis.

The treatment consists in emptying the uterus. In both presented cases, this was done by abdominal approach; the first patient, a multipare, age 40, had a total hysterectomy. The second patient was a primigravida, age 28, and lower segment hysterotomy was performed. This approach was selected, because the enlarged uterus was comparable to a six month pregnancy.

BIBLIOGRAPHIE

1. BUXTON SEEL. *Annals of the N.Y. Acad. of Sciences*, 80: 121-124, 1959.
2. EDMONDS, Henry W. *Annals of the N.Y. Acad. of Sciences*, 80: 85, 1959.
3. CHESLEY, L. C.; COSGROVE, S. A. et PRUCE, J. *Amer. J. of Obstet. and Gynec.*, 52: 311, 1946.
4. PAGE, E. W. *Amer. J. of Obstet. and Gynec.*, 37: 291, 1939.
5. MUELLER, C. W. et SAPP, W. A. *Amer. J. of Obstet. and Gynec.*, 58: 133, 1949.
6. POST, Stanley: Hydatiform Mole complicated by eclampsia. *Amer. J. of Obstet. and Gynec.*, 78: 878-880 (octobre) 1959.
7. EASTMAN NICHOLSON, J. *Obstetrics*, 12e édit., Williams, édit., p. 591, 1961.

TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE ET ACQUISE

Raymond L'ALLIER
Hôtel-Dieu de Montréal

La toxoplasmose, comparativement aux autres maladies humaines connues d'origine infectieuse, est une maladie connue depuis tout récemment. En 1939, Wolfe, Cowen et Paige ont trouvé le *Toxoplasma gondii* responsable de cas d'encéphalomyélite congénitale chez l'homme. Chez l'animal, Nicolle et Mangeau en Afrique du Nord et Splendore au Brésil l'avaient découvert en 1908.

Après la découverte du parasite chez l'homme, les progrès furent lents à se réaliser à cause de l'insuffisance des techniques disponibles. La majorité des cas reconnus étaient d'origine congénitale; et, parmi ces malades, quelques-uns étaient prématurés ou morts-nés, d'autres présentaient de l'hydrocéphalie, de la microcéphalie, de la chori-rétinite, des calcifications cérébrales, un retard psychomoteur et des convulsions. On a rapporté quelques cas de toxoplasmose acquise, sous forme d'encéphalite ou de maladie semblable à la rickettsia avec éruption.

Plusieurs chercheurs ont tenté un rapprochement avec certains problèmes de cause indéterminée, comme la chori-rétinite acquise, l'épilepsie, l'hydrocéphalie, etc. mais sans succès surtout à cause du manque de technique de recherche. Depuis sept ou huit ans, le développement de plusieurs nouvelles méthodes de recherche de laboratoire nous a valu une connaissance plus approfondie sur la toxoplasmose humaine, mais il y a encore beaucoup à faire avant que le sujet ne soit entièrement connu.

LE PARASITE

Le *Toxoplasma gondii* est un organisme en forme d'ovale ou de croissant de 2 à 4 par 5 à 7 microns, plutôt fragile et qui se divise par le milieu. C'est probablement un protozoaire et il s'identifie surtout par les colorations de Wright et au Giemsa. Le *Toxoplasma* ne se multiplie qu'en présence de cellules vivantes et il a la caractéristique inusitée de pouvoir envahir tous les tissus des mammifères et des oiseaux, à l'exception peut-être des érythrocytes. Le parasite se sédimente bien par centrifugation et ne peut survivre à la congélation.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le *Toxoplasma* peut se rencontrer dans les zones tropicales aussi bien que dans les zones tempérées. L'incidence des anticorps dans une population normale semble varier considérablement d'un endroit

à un autre; nous devons donc interpréter ces résultats avec précaution.

Les anticorps sont présents chez les deux sexes avec la même fréquence. Il est reconnu que l'infection existe chez plusieurs espèces d'animaux et chez certains oiseaux, surtout le pigeon. La maladie se rencontre surtout chez le chien et le chat. Nous n'avons pas de preuve actuelle de la transmission d'homme à homme; il est possible que ce soit par l'intermédiaire d'un insecte, mais ceci n'est que spéculation.

PATHOLOGIE

Des changements histologiques peuvent se rencontrer dans tous les tissus, mais surtout dans le système nerveux central et dans l'œil pour les cas congénitaux, et dans les ganglions et les muscles pour les cas acquis. Nous pouvons retrouver au microscope des points de nécrose au poumon, au cœur, au foie, à la rate et aux muscles squelettiques. De petites et de grandes surfaces calcifiées se trouvent localisées dans le tissu cérébral pour les cas congénitaux; ceci est probablement le résultat d'hémorragies résultant de la destruction des parois vasculaires. Des pseudokystes contenant plusieurs organismes peuvent se rencontrer au cerveau et dans les muscles, même en l'absence de toute réaction des tissus.

D'après Siim, des changements caractéristiques se rencontrent dans certains ganglions de personnes ayant acquis la maladie. Ceux-ci ont une structure normale avec un tissu lymphatique hyperplasié contenant de grandes cellules pâles à noyau foncé et de multiples mitoses. Éparpillés partout, surtout dans les follicules, se trouvent de nombreux macrophages qui contiennent de petites granules dans leur cytoplasme. Nous ne savons pas si ces granules basophiles représentent des débris de noyaux ou des toxoplasmas. Dans ces noyaux ganglionnaires, Siim a isolé le *Toxoplasma*, et Pinkerton a trouvé des pseudokystes.

LA TOXOPLASMOSE HUMAINE

Cette maladie se rencontre sous deux formes: a) la forme congénitale, b) la forme acquise. La forme congénitale semble vouloir toujours laisser certaines séquelles, alors que la forme acquise peut être symptomatique ou inapparente. S'il y a guérison de la forme acquise, il n'en reste aucune séquelle.

a) *La forme congénitale*

D'après notre expérience, la toxoplasmose congénitale peut se rencontrer chez un enfant dont la mère fut exempte de toute maladie; elle résulte probablement alors d'une infection passée inaperçue acquise pendant la grossesse et accompagnée de parasitémie. Ainsi, nous n'avons aucun moyen pour découvrir, ou même soupçonner l'infection avant la naissance de l'enfant. Environ un quart des enfants atteints naissent avant terme; le plus grand nombre de décès se rencontre chez ces prématurés.

Le nouveau-né atteint de toxoplasmose congénitale peut présenter de la température, de la microcéphalie ou de l'hydrocéphalie, de l'ictère, une éruption maculo-papulaire généralisée, de la splénomégalie, de l'hépatomégalie, de la lymphadénopathie, des convulsions, de la chorioretinite, de la paralysie oculaire et de la microphthalmie. Tous ces symptômes peuvent être présents à la naissance, ou apparaître plusieurs jours ou plusieurs semaines plus tard, mais il n'est pas nécessaire que tous les signes soient présents. Certains enfants semblent normaux à la naissance; puis, des changements peuvent apparaître: la dimension de la tête peut varier; des convulsions, du retard psychomoteur et des anomalies de la rétine peuvent se présenter des semaines ou des mois plus tard. D'après notre expérience, la chorioretinite est presque toujours bilatérale, et il n'y a pas de localisation précise ni de degré d'envahissement.

b) *La toxoplasmose acquise*

Celle-ci peut se présenter sous plusieurs formes, mais il nous reste encore beaucoup à apprendre avant de tout savoir sur la symptomatologie. Quelquefois, la maladie se présente sous forme d'encéphalite avec ou sans éruption généralisée; ou bien, on rencontre de la lymphadénopathie généralisée, des malaises et de la température, et on peut la confondre avec la mononucléose infectieuse; nous trouvons aussi des lymphocytes atypiques dans le sang périphérique, mais le Paul-Bunnell est négatif. D'autres cas présentent de la pneumonie, de la myocardite et des myalgies sévères avec ou sans éruptions maculo-papulaires.

LABORATOIRE

Liquide cérébrospinal

Dans la période active de la maladie néonatale, le liquide cérébrospinal peut être xanthochrome et contenir un pourcentage augmenté de protéines. Les cellules sont ordinairement au-dessous de 200

et certaines sont éosinophiles. Le parasite peut être décelé dans ce liquide par la coloration de Wright ou au Giemsa du sédiment après centrifugation. Nous pouvons aussi injecter ce sédiment à la souris et ensuite retrouver le parasite dans plusieurs tissus de l'animal malade ou mort de la maladie.

Le liquide cérébrospinal des malades souffrant d'encéphalite due à la toxoplasmose acquise ne se distingue pas de celui des autres sortes d'encéphalites, sauf par la présence du parasite.

Hématologie

Pendant la phase aiguë, le nombre des globules blancs est bas, normal ou légèrement élevé, mais rarement au-dessus de 15,000. La formule différentielle est normale ou les lymphocytes peuvent être légèrement augmentés. On peut trouver des lymphocytes atypiques ainsi que des éosinophiles.

Radiologie

C'est seulement dans la maladie congénitale que nous retrouvons des calcifications intracérébrales. Celles-ci peuvent être uniques ou multiples; leur distribution et leur forme ne suivent aucune règle.

Sérologie

Le test le plus employé pour la recherche des anticorps est celui décrit par Sabin et Feldman. Ces anticorps se développent assez rapidement et atteignent un pourcentage assez élevé au bout de deux semaines de maladie. Des pourcentages de 1.16 et plus sont significatifs et des pourcentages de 1.1024 et plus persistent pendant des semaines ou des mois après le début de la maladie. Il est même possible de retrouver des anticorps durant toute la vie.

Les anticorps par fixation du complément apparaissent lentement et disparaissent plus rapidement que les précédents. Il en résulte qu'il est préférable de faire plusieurs examens pour la recherche des anticorps afin de mieux déterminer la progression de la maladie.

Un test cutané a été utilisé, mais sans résultat, dans un cas bien déterminé; ce test peut se montrer d'une certaine efficacité lorsqu'il s'agit d'études sur une population entière.

ÉVOLUTION CLINIQUE

L'évolution de la toxoplasmose est variable. Les deux formes de la maladie peuvent durer de quelques jours à quelques mois. Chez un malade ayant la forme aiguë de la maladie acquise, les symptô-

mes ont persisté jusqu'à la mort survenue trois mois plus tard. Certains malades ayant la forme acquise sont demeurés asthéniques pendant des mois après la phase aiguë, probablement à cause d'une atteinte des muscles cardiaques et squelettiques.

TRAITEMENT

Les antibiotiques ne se sont pas montrés efficaces dans le traitement de la toxoplasmose. Expérimentalement, les sulfas semblent arrêter l'évolution de la maladie quoique, chez les humains, ils aient donné de piètres résultats. La combinaison de la pyriméthamine et de la sulfadiazine s'est montrée assez efficace au laboratoire, mais moins dans la pratique. Il serait tout de même avantageux d'essayer ce mélange chez l'humain. Aucune dose thérapeutique n'ayant été fixée, il serait préférable d'administrer ce mélange à la dose maxima tolérée par le sujet. Chez le jeune enfant, on pourra donner 60 mg de sulfadiazine par livre de poids par jour et 10 mg, par jour, de pyriméthamine et, pour l'enfant plus âgé, 15 mg de pyriméthamine par jour. La période durant laquelle ces médicaments doivent être administrés n'étant pas déterminée, il serait préférable de les continuer pendant au moins plusieurs jours après la disparition des symptômes.

PRONOSTIC ET SÉQUELLES

D'après notre expérience, chez les prématurés, 27% meurent comparativement à 12% chez ceux qui naissent à terme: ceci pour la maladie congénitale. Presque tous les survivants conservent un certain degré d'impotence. Presque tous les cas observés avaient de la chorioretinite et plus de la moitié avaient une tête démesurée, du retard psychomoteur ou des calcifications cérébrales.

Nous ne connaissons pas le pourcentage de mortalité dans les cas de maladie acquise, mais il semble que cette dernière soit rarement mortelle; la guérison est généralement complète.

Une mère qui donne naissance à un enfant ayant la toxoplasmose congénitale n'a pas à craindre que cette maladie revienne aux grossesses suivantes. L'usage prophylactique de sulfas, au cours des grossesses subséquentes, n'est pas indiqué.

Observation

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui se présente pour aménorrhée, céphalée pariétale et occipitale, fatigue continuelle, nausées, vertiges à la marche, nervosité, diminution progressive de la vue.

Laboratoire: Formule sanguine normale. Glycémie normale. Urée normale. Temps de saignement 1.30 m. Temps de coagulation 4.20 m. Urines: 3 leucocytes par champ, traces d'albumine. Salmon: urines et sérum négatifs. B.W.: négatif. Métabolisme basal: — 12. Ponction lombaire: 3 éléments par mm³, liquide limpide. Selles: pas de parasites ni d'œufs. Gonadotropine: normal. Oestrogènes totaux: chimique 15 mg/24 heures (N. 0 à 0.08 mg/24 heures). 17 kétostéroïdes: 18.2 mg/24 heures (N. 5 à 15 mg/24 heures). Cholestérol total: 288 mg % (N. 150 à 230 mg %). Esters du cholestérol: normal.

R.X. thorax: normal. Abdomen: normal.

Crâne: Il y a des dépôts calcaires distribués uniformément dans les deux hémisphères cérébraux; leur dimension varie d'une tête d'épingle à un gros pois. Leur forme est irrégulière et ils sont situés surtout au-dessus des ventricules latéraux. La selle turcique est large mais non décalcifiée. Les sinus de la face paraissent vastes.

Gynécologie: Malformations qui ne sont pas primitivement d'origine endocrinienne.

Pneumoencéphalogramme: Il ne semble pas y avoir de tumeur hypothalamique ni hypophysaire. Le nystagmus et la céphalée seraient dus à l'irritation cortico-méningée.

Électroencéphalogramme: Il y a une très grande diminution de voltage alpha, une absence d'activité alpha, la présence d'activité téta généralisée. Ceci suggère une atteinte assez marquée du parenchyme cérébral.

Examen neurologique

Histoire: 1) Vision à peu près nulle jusqu'à 14 ans. Visitation minime des deux yeux de 14 à 25 ans. De 25 à 35 ans, diminution progressive de la vision de l'œil droit. La rétine temporale gauche est aveugle. 2) Céphalée frontale et occipitale depuis 10 ans, mais surtout depuis deux ans. 3) Tendance à la chute antérieure à la marche depuis six mois. 4) Aménorrhée depuis un an. 5) Parésie subjective du membre supérieur gauche. 6) Asthénie générale.

Examen: Hypersudation.

Déviations à droite du regard avec nystagmus épuisable dans les deux directions horizontales.

Fond d'œil: O.D. Myosis irréductible; opacité du cristallin; séclusion pupillaire.

O.G. Opacité punctiforme et centrale du cristallin; déplacement de l'émergence du nerf opti-

que; atrophie optique; dégénérescence chorio-rétinienne; absence d'œdème papillaire.

La rétine temporale gauche ne semble pas fonctionner.

Les autres nerfs crâniens sont normaux.

La motricité et la sensibilité sont normales.

Les fonctions cérébrales sont bonnes.

Le parler est infantin.

Pas de Babinski franc.

Il y a un Hoffman à droite.

CONCLUSION

L'ensemble des signes cliniques, des examens et des radiographies semble bien démontrer clairement qu'il s'agit d'un cas de toxoplasmose congénitale.

Résumé

Le toxoplasma gondii est l'agent causal d'une maladie, soit congénitale, soit acquise, chez l'homme. Heureusement, la majorité des cas acquis ne présentent aucun symptôme; ceux qui en présentent ont tendance à guérir spontanément et sans séquelles. Presque tous les enfants qui survivent à la maladie congénitale conservent des séquelles. Pour la maladie acquise, le mode de contamination est inconnu.

Summary

Toxoplasma gondii has been shown responsible for a congenital or acquired type of disease. Most of the acquired cases rarely present symptoms, and those who have symptoms tend to cure spontaneously and leave no trace of the

illness. Most of the children who survive the congenital form of the disease are marked for life.

The mode of contamination of the acquired type remains unknown.

A congenital case is presented.

BIBLIOGRAPHIE

- FELDMAN, H. A.: The Clinical Manifestations and Laboratory Diagnosis of Toxoplasmosis. *Am. J. Trop. Med. & Hyg.*, 2: 420, 1953.
- FELDMAN, H. A. et SABIN, A. B.: Skin Reactions to Toxoplasmosic Antigen in People of Different Ages without known history of infection. *Pediatrics*, 4: 798, 1949.
- FRENKEL, J. K. et FRIEDLANDER, S.: Toxoplasmosis. Pathology of Neonatal Disease. Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. *Public Health Service Publication No 141*. Washington, D.C., U. S. Government Printing Office, 1951.
- SABIN, A. B.: Complement Fixation Test in Toxoplasmosis and Persistence of the Antibody in Human Beings. *Pediatrics*, 4: 443, 1949.
- SABIN, A. B. et FELDMAN, H.A.: Dyes as Microchemical Indicators of a New Immunity Phenomenon Affecting a Protozoon Parasite (Toxoplasma). *Science*, 108: 660, 1948.
- SABIN, A. B.; EICHENWALD, H.; FELDMAN, H. A. et JACOBS, L.: Present Status of Clinical Manifestations of Toxoplasmosis in Man. Indications and Provisions for Routine Serologic Diagnosis. *J.A.M.A.*, 150: 1063, 1952.
- SIIM, J. C.: Acquired Toxoplasmosis. Report of Seven Cases with Strongly Positive Serologic Reactions. *J.A.M.A.*, 147: 1641, 1951.
- FELDMAN, H. A.: Congenital and Acquired Toxoplasmosis. *Ped. Clin. N. Am.*, 169-174, (février) 1955.

REVUE GÉNÉRALE

L'HÉMOCHROMATOSE

Rosario ROBILLARD¹ et Roger ALARIE²
Service de Nutrition, Hôpital du Sacré-Cœur (Montréal)

DÉFINITION

L'hémochromatose représente un syndrome anatomo-clinique caractérisé par une surcharge ferrique polyviscérale avec des lésions de sclérose diffuses surtout marquées au foie et au pancréas. Elle doit aussi être considérée comme une maladie enzymatique du duodénum.

HISTORIQUE

La première description de l'hémochromatose fut faite en 1865 par Trousseau qui semble n'y avoir pas attaché d'importance. Hanot et Chauffard, en 1882, décrivent cette pathologie avec sa triade symptomatique sous le titre de cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète. Pierre Marie, en 1895, propose le terme de Diabète bronzé. Quant au terme de cirrhose pigmentaire, employé dès le début et consacré par Letulle, en 1897, il fut réservé aux formes non diabétiques. Il est à noter que le qualificatif "pigmentaire" voulait signifier la pigmentation viscérale ferrugineuse et non la mélanodermie.

L'école allemande, par des constatations d'ordre anatomique, sépara l'hémochromatose liée à l'infiltration de certains organes par l'hémochromatose (pigments ferriques nés de l'hémolyse) de l'hémochromatose, terme créé par Von Recklinghausen, en 1889, pour décrire une affection caractérisée par des dépôts tissulaires d'hémochromatose et d'hémofuchrine associés à une sclérose polyviscérale. C'est à tort qu'on a cru à l'origine sanguine hémique des pigments ferriques retrouvés dans les tissus et qu'on a donné le nom d'hémochromatose. Ce terme a cependant prévalu pour être adopté par les anglo-saxons et de plus en plus par les français eux-mêmes.

A l'occasion de la découverte d'une hémochromatose dont les symptômes sont bien incomplets, il convient, croyons-nous, d'attirer l'attention médicale sur cette pathologie.

Observation

Monsieur M.L., 50 ans, Dossier A-1483, hospitalisé à l'hôpital du Sacré-Cœur, du 19 janvier au 6 février 1961. Sur la recommandation de son médecin, ce malade est hospitalisé dans le service de médecine. Il l'avait consulté le 5 janvier 1961, pour ce qui semble avoir été un urticaire, mais

c'est au cours de cette consultation que le médecin a noté chez son malade une polydipsie, une polyurie, un amaigrissement de 30 livres depuis 3 ans malgré la persistance d'un bon appétit. Également, depuis 1958, le malade se plaignait d'une arthénie et d'une diminution progressive de son acuité visuelle. La première glycosurie avait été découverte en 1958. Tous ces symptômes persistent encore à l'admission du malade à l'hôpital, sauf l'urticaire.

Antécédents personnels. Ictère en 1939, passé alcoolique chargé.

Antécédents héréditaires. Grand-père paternel, diabétique.

Examen subjectif. Le questionnaire qui a attiré notre attention sur une symptomatologie diabétique se porte ensuite sur des troubles digestifs. Le malade nous raconte qu'il fait souvent des indigestions et qu'il souffre de malaises à l'épigastre, s'irradiant en barre et s'accompagnant de nausées et de vomissements bilieux. Il n'a jamais présenté le tableau de crises de coliques hépatiques franches. Le malade avoue souffrir d'impuissance sexuelle.

Examen objectif.

L'apparence de la peau et des muqueuses est normale. Pas de rétinopathie diabétique. L'examen du cou, y compris la thyroïde, est négatif. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est normal, le rythme cardiaque est régulier, sans souffle audible. La P.A. est de 120/70. L'examen de son abdomen nous laisse croire que son foie ou sa vésicule sont suspects. La paroi dans la zone de l'hypocondre droit se laisse déprimer avec difficulté, mais le volume du foie ne semble pas augmenté de façon appréciable.

Il existe une hernie inguinale à gauche. Les réflexes ostéo-tendineux sont lents, les pédiées sont pulsatiles et les membres inférieurs montrent des lésions de grattage.

Examens pratiqués

Les examens pratiqués montrent à l'admission une glycémie de 316 mgrs, une azotémie de 13.7 mgrs, un cholestérol de 253 mgrs. La glycosurie révèle 57 grammes de sucre au litre. La formule sanguine et l'analyse complète des urines sont sensiblement dans les limites de la normale sauf pour

¹ Chargé du Service de Nutrition.

² Assistant dans le Service de Nutrition, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal (Canada).

la glycosurie. L'ECG est normal. La radiographie pulmonaire est normale, mais la cholécystographie pratiquée à deux reprises n'a pas réussi à montrer la vésicule. Le thymol est à .96 unités, le BSP est de 5.4 et 3.1% après 30 et 45 minutes respectivement. Le dosage des 17 céto-stéroïdes est abaissé à 5.1 mgrs/24 heures. (Norm. 9 à 20 mgrs par 24 heures.)

Évolution

Le diabète fut assez bien contrôlé avec 30 unités d'insuline lente et un régime alimentaire de 222 grammes de glucides, 75 grammes de lipides et 84 grammes de protides. On conseilla au malade d'être opéré pour sa hernie inguinale. Le malade est vu en chirurgie, le 26 janvier 1961 et il fut décidé de faire non seulement une cure radicale de hernie, mais aussi une cholécystectomie pour une cholécystite calculeuse chronique.

A l'intervention, le 27 janvier 1961, on fait la cure de hernie, on enlève un diverticule de Meckel, mais on ne fait que ponctionner la vésicule. Cependant, comme le foie est dur et granuleux, mais de volume à peu près normal, le chirurgien en fait une biopsie, croyant qu'il s'agissait d'une cirrhose.

L'évolution est des plus satisfaisante, mais le rapport d'anatomo-pathologie revient avec le diagnostic d'hémochromatose.

Biopsie du foie. Tissu fibreux interstitiel; stéatose; cellules hépatiques à noyau vacuolaire; tatouage des cellules hépatiques à pigments ferrugineux.

CLASSIFICATION

Dans le cadre des hémochromatoses, nous pouvons décrire:

- 1) l'hémochromatose secondaire de causes connues: les transfusions et la médication martiale;
- 2) l'hémochromatose primaire dans sa forme complète (le diabète bronzé) ou dans sa forme incomplète (la cirrhose pigmentaire). Cette hémochromatose primaire est souvent décrite comme une hémochromatose idiopathique familiale et héréditaire. C'est de l'hémochromatose primaire que nous voulons traiter.

MÉTABOLISME DU FER

Avant d'aller plus loin dans l'étude de l'hémochromatose, il serait intéressant d'avoir des notions plus précises sur le métabolisme du fer.

Bien que le fer existe en petite quantité dans l'organisme, cet élément est extrêmement important puisqu'il est essentiel à l'hémoglobine et à la chromatine et que, parmi ses fonctions, il faut

signaler son rôle de vecteur de l'oxygène par l'hémoglobine, de respiration et d'oxydation cellulaire par le cytochrome.

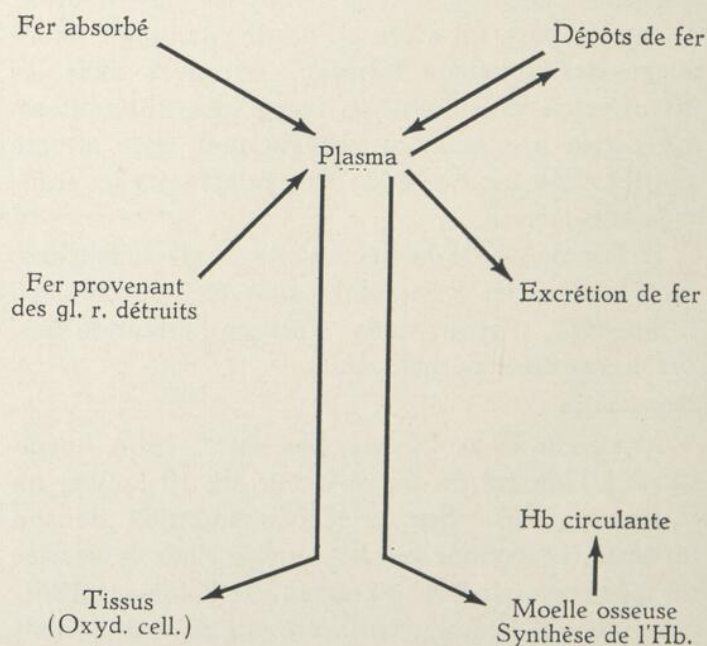
L'adulte requiert par jour 5 à 15 mgrs de fer et cette quantité est suffisante pour les besoins de l'organisme même s'il y a menstruation, grossesse et lactation. Il est évident qu'en présence de troubles digestifs capables d'inhiber l'absorption du fer, ces quantités quotidiennes de fer devront être augmentées. Ce fer nous est apporté principalement par le foie, les viandes, le jaune d'œuf, les légumes et surtout les légumes verts.

Le fer est absorbé selon les besoins de l'organisme, selon, peut-être, la richesse ou la pauvreté du fer sérique du sang circulant.

Le fer qui provient de l'alimentation est ionisé dans l'estomac et absorbé par la muqueuse duodénale, grâce à une protéine spécifique, l'apoferritine qui transforme le sel ferreux en ferritine. Une fois absorbé, le fer est transporté par une Béta 1 globuline du plasma, la sidérophiline qui, normalement, n'est saturée de fer qu'au tiers de sa capacité. Dès que la sidérophiline est saturée, le fer est stocké dans le foie, la rate et la moelle osseuse sous forme de ferritine, mobilisable à tout moment, suivant les besoins.

Quand ce stockage dépasse la capacité des tissus, l'hémosidérine apparaît, cette dernière est un produit de condensation de la ferritine.

Il y a peu de fer qui soit excrété de l'organisme. Une fois absorbé, le fer n'est presque pas éliminé. Les selles contiennent surtout le fer qui a échappé à l'absorption au cours de la digestion des aliments;



Métabolisme intermédiaire et stockage du fer.
D'après Moore, Doan et Arrowsmith.

ce sont les 9/10. Le fer est excrété par la bile, un peu par la muqueuse intestinale et très peu par le rein.

L'organisme contrôle ses 5 grammes de fer beaucoup plus en régularisant son absorption qu'en réglant sa déperdition. La production endogène de fer est de 25 mgrs par jour et provient de la destruction des 7 à 8 grammes d'hémoglobine.

Dans l'hémochromatose primaire familiale et héréditaire, un premier fait doit être constaté: l'organisme est capable de stocker d'énormes quantités de fer, 50 grammes au lieu de 5 grammes. Un deuxième fait à noter, c'est l'extrême affinité des tissus pour le fer. On a tendance à conclure à un excès d'absorption de fer par l'intestin. Mais pourquoi l'intestin absorbe-t-il plus de fer? La réponse à ce problème n'a pas encore été apportée.

Les symptômes de l'hémochromatose s'expliquent par une augmentation de fer tissulaire associée à une sclérose viscérale. Pourquoi cette sclérose se produit-elle? C'est encore là un problème plein de mystère, car une surcharge de fer provoque expérimentalement une sidérose sans sclérose.

Le fer de réserve existe sous deux formes: ferritine et hémossidérine. La ferritine est abondante dans la rate et le foie, c'est la forme normale du stockage du fer. L'hémossidérine n'apparaît que lorsque les réserves de fer sont excessives. C'est un pigment ocre qui donne la réaction de Perls (coloration bleue avec le ferrocyanure de K.).

La cause de la mélanodermie reste d'étiologie inconnue.

INCIDENCE

L'hémochromatose est plus fréquente qu'on le croit en général. Sheldon, en 1935, avait recueilli dans toute la littérature médicale seulement 311 cas authentiques. En 17 ans, à la Clinique Mayo, on a découvert 34 cas de cette maladie. Stauffer et ses collaborateurs ont réussi, en 1954, à ajouter 263 cas aux 311 déjà découverts.

Ce sont les diabétologues qui sont les plus exposés à rencontrer les cas de diabète bronzé, mais les cirrhoses pigmentaires leur échappent. Boulin a découvert en moyenne un cas d'hémochromatose sur 60 diabétiques. Joslin, Marble et Bailey estiment qu'il y a 0.11 à 0.16% d'hémochromatose chez les diabétiques, tandis que Boulin et Azerad montent ce pourcentage à 1.2 et 1.67% chez les diabétiques.

Enfin, on croit que le diabète bronzé représente 40 à 70% du total des hémochromatoses primaires.

SEXE

La seule étiologie précise concerne le rôle du sexe. L'hémochromatose est une maladie de prédilection pour le sexe masculin. La proportion est de 85 hommes pour 15 femmes.

ÂGE

La découverte de l'hémochromatose se fait entre 40 et 60 ans. Quand cette maladie est découverte entre les âges de 20 et 30 ans, la maladie est plus grave et provoque plus facilement des atteintes endocriniennes et cardiaques.

RACE

Ce facteur a peu d'importance, car aucune race n'y échappe systématiquement.

HÉRÉDITÉ

L'hérédité dans l'hémochromatose avait été fortement soupçonnée par Boulin et Bamberger, mais c'est R. Debré et Dreyfus qui l'ont prouvée. L'atteinte d'un descendant sur deux confirme l'hypothèse d'une hérédité dominante à manifestation régulière.

L'hémochromatose est une maladie génétique consistant en une erreur congénitale du métabolisme du fer par augmentation de l'absorption intestinale du fer alimentaire.

De cette notion d'hérédité découle l'indication de la mise en œuvre des phlébotomies, répétées chez les descendants mâles d'hémochromatosiques, même s'ils ne sont qu'au stage d'hypersidérémie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE. SYMPTOMATOLOGIE.

SYMPTÔMES CARDINAUX

L'hémochromatose se reconnaît facilement à la coexistence d'une mélanodermie, d'une cirrhose du foie et d'un diabète. Quand cette triade symptomatique fait en partie défaut, le diagnostic peut devenir extrêmement difficile.

A) Mélanodermie

Le premier symptôme de la triade de l'hémochromatose est la mélanodermie. Elle existe dans 83% des cas. Il s'agit d'une pigmentation brune, bronzée, d'une teinte gris-ardoise. Elle affecte surtout les parties découvertes. Les muqueuses ne sont pas épargnées, car 15% des hémochromatoses présentent des pigmentations ocres dans la bouche. Cette pigmentation est due à un excès de mélanine dans les couches profondes de l'épiderme. L'hémossidérine se dépose dans les glandes sudoripares, les vaisseaux du terme et un peu dans les glandes sébacées. Une biopsie de la peau révélant un

excès de mélanine est de nature à confirmer une hémochromatose.

Si on veut expliquer une mélanodermie, on peut le faire en invoquant a) une endocrinopathie: sur-rénalienne, hypophysaire ou thyroïdienne, b) certaines carences nutritionnelles et c) certaines atteintes du système nerveux, principalement le sympathique abdominal. On a invoqué ces divers aspects pour expliquer la mélanodermie de l'hémochromatose, mais l'accord est loin d'être fait.

Harvier considère l'hémochromatose comme un trouble congénital du métabolisme aboutissant à l'apparition intra-cellulaire de pigments chromo-lipoïdiques qui pourraient se charger 1) de fer dans les organes et 2) de mélanine dans la peau et les muqueuses.

B) Cirrhose pigmentaire

La sidérose hépatique est certes très précoce dans l'hémochromatose et toute hépatomégalie découverte vers la vingtaine et non entachée d'éthylisme doit être considérée comme suspecte d'hémochromatose s'il existe une pigmentation cutanée discrète. La ponction-biopsie du foie s'impose alors d'emblée.

Avant l'apparition de la cirrhose, l'hémochromatose est rarement diagnostiquée et l'est tardivement dans bien des cas après une cirrhose confirmée.

Le foie est gros et dur, finement bosselé, sans hypertension portale. Les hémorragies surviennent dans 6% des cas.

Le diagnostic repose sur la ponction-biopsie du foie. Le fragment rouille est suggestif, mais le tatouage métallique intense des hépatocytes et des cellules de Kupffer associé à une sclérose importante au sein de laquelle se retrouvent de nombreux séquestres ferrugineux suffit à nous faire conclure à une hémochromatose.

La période de latence peut être longue, l'évolution se fait lentement vers une hypertension portale ou vers la grande insuffisance hépatique. L'adénocarcinome, les hépatomes malins peuvent survenir chez les hémochromatosiques.

C) Diabète sucré

L'hémochromatose est une cause de diabète et non la conséquence de celui-ci.

Le diabète existe dans 75% des cas d'hémochromatose primaire, mais il apparaît à une période avancée de la surcharge ferrique. L'apparition du diabète suffit dans 38% des cas à faire dépister une hémochromatose.

Le diabète bronzé possède-t-il des caractères particuliers suffisants pour le distinguer nettement du diabète ordinaire d'après les troubles glyco-régulateurs ?

Une première école ayant pour chef, Boulin, affirme que le diabète bronzé est un diabète grave, souvent acidotique, nécessitant de l'insuline et souvent acido-résistant.

Une deuxième école soutenue par les auteurs anglo-saxons: Marble, Bailey, Althausen et Stauffer et appuyée par Azerad prétend que le diabète bronzé ne présente pas de caractères cliniques et un comportement thérapeutique différents du diabète ordinaire.

Cependant, le diabète bronzé ne montre pas une tendance aussi marquée à l'artériosclérose que le diabète ordinaire. Le syndrome de Kimmestiel-Wilson se développe au cours du diabète bronzé, malgré l'opinion différente de P. Lonergan à ce sujet.

Pourquoi le diabète apparaît-il au cours de l'hémochromatose ? Le pancréas est de coloration rouille, brunâtre, augmenté de volume et de poids, de consistance dure. Il existe une scléro-sidérose. L'hémossidérose est à la fois intra-cellulaire, tâtouant les cellules exocrines et moins constamment les cellules de Langerhans. L'hémossidérose est aussi extra-cellulaire au sein même de la sclérose. L'hémofuchsine occupe les parois des vaisseaux.

Le diabète de l'hémochromatosique serait-il dû aux facteurs endocriniens ou à un facteur pancréatique ?

L'atteinte endocrinienne dans l'hémochromatose peut aboutir à une hypofonctionnement glandulaire qui serait de nature à aider le pancréas dans sa fonction endocrine. L'explication purement pancréatique est mieux conçue, car l'accumulation ferrugineuse et la sclérose concomitante du pancréas aboutissent à une insuffisance des cellules B des îlots de Langerhans et au déclenchement tardif du diabète.

L'altération pancréatique semble donc être le phénomène dominant dans le déclenchement du diabète de l'hémochromatosique. Les facteurs endocriniens peuvent y jouer un rôle bien secondaire, mais suffisant pour expliquer certaines divergences d'opinions parmi les diabétologues.

Symptômes accessoires

A) *Les crises douloureuses abdominales.* Au cours de l'hémochromatose, les crises douloureuses abdominales surviennent dans 30 à 50% des cas et occupent une place de choix parmi les symptômes accessoires.

Ces douleurs peuvent siéger à l'hypocondre droit avec nausées et vomissements bilieux, simulant à s'y méprendre les crises de coliques hépatiques. Elles peuvent survenir au creux épigastrique avec irradiation vertébrale, laissant croire à un cancer du pancréas, à une crise gastrique du tabès, aux crises douloureuses abdominales de la maladie d'Addison. Ces douleurs sous formes de crises de coliques peuvent s'accompagner de diarrhée ou de constipation faisant penser à une crise abdominale de porphyrine.

B) *Les troubles digestifs.* Les troubles digestifs sont variés et nombreux: troubles dyspeptiques du type hyposthénique, hématurie, diarrhée graisseuse avec amaigrissement important, achylie gastrique.

La cholécystographie est souvent demandée, mais la vésicule est habituellement exclue. Le tube duodénal ramène rarement la bile B. Il serait intéressant de vérifier, selon Boulin, si le canal cystique reste perméable.

La surcharge pigmentaire dans le tube digestif est faite d'hémoglobine dans l'estomac, le duodénum et le grêle, d'hémofuchsine dans les muscles lisses de l'intestin et de mélanine dans le péritoine pariétal et viscéral.

D'après Debray, la biopsie de la muqueuse gastrique permet souvent de préciser le diagnostic de l'hémochromatose.

C) *Les troubles nerveux.* Les troubles vestibulaires, labyrinthiques, cérébelleux et les troubles psychiques ne peuvent être attribués à l'hémochromatose, car cette maladie n'atteint pas le système nerveux. Les dépôts de fer déjà observés dans le névraxe étaient plutôt dus à de petits foyers diffus de nécrose hémorragique.

D) *Les troubles cardiaques.* Dans l'hémochromatose, l'atteinte cardiaque est-elle une insuffisance cardiaque fonctionnelle encore appelée myocardie ou bien une myocardite pigmentaire ?

La fréquence de cette atteinte cardiaque est de 25% pour l'insuffisance cardiaque, de 70% pour les modifications de l'ECG, et de 100% pour les atteintes anatomo-pathologiques.

Quand il existe une onde lente T dans l'ECG, c'est un des stigmates les plus constants de l'hémochromatose.

Quand l'insuffisance cardiaque est d'étiologie indéterminée et s'associe à une insuffisance endocrinienne, à une mélanodermie chez un sujet jeune, il faut penser à une cirrhose pigmentaire.

E) *Les troubles endocriniens*

L'hémochromatose provoque une atteinte endocrinienne avec beaucoup plus de fréquence chez les jeunes.

1) *Atteinte sexuelle.* On a même observé de l'infantilisme authentique. Dans ces cas, l'atteinte testiculaire pourrait même être antérieure à l'atteinte hépatique.

L'hypoandrie est fréquent et se manifeste par une chute des poils, par une impuissance sexuelle dans 40 à 70% des cas, par une frigidity, de la stérilité ou de l'aménorrhée. Il existe une baisse des céto-stéroïdes et du FSH.

L'insuffisance testiculaire est secondaire à une insuffisance hypophysaire.

2) *Atteinte hypophysaire.* C'est le lobe antérieur qui est atteint dans l'hémochromatose et l'hypopituitarisme s'en suit. Comme les cellules du testicule sont rarement atteintes et dans les cas où l'insuffisance testiculaire existe, il faut surtout penser à une insuffisance de gonado-stimulines hypophysaires. D'ailleurs, l'administration de gonadotrophine chorionique améliore la fonction génitale et corrige très bien l'asthénie.

3) *Atteinte cortico-surrénalienne.* Elle explique l'asthénie, l'hypotension, la mélanodermie, les crises douloureuses abdominales, la baisse des 17-céto-stéroïdes. Le test de Thorn est généralement négatif.

4) *Atteinte des autres glandes.* La thyroïde, malgré la part d'hémoglobine qu'elle renferme, évolue rarement vers le myxoœdème.

ÉVOLUTION

L'hémochromatose débute par une mélanodermie à laquelle se surajoute une cirrhose et finalement un diabète. Cette règle n'est cependant pas absolue. Le syndrome endocrinien peut être très précoce, c'est un signe de gravité, car des complications cardiaques surviennent alors hâtivement. La durée de la maladie est en moyenne de 21 ans depuis la mélanodermie, de 12 ans depuis la cirrhose et de 4 ans depuis le diabète.

La cause de la mort dans l'hémochromatose peut avoir trait aux cirrhoses hépatiques et à leurs complications dans 25% des cas, au diabète et à ses complications dans 25%, à l'insuffisance cardiaque dans 15% et à la tuberculose pulmonaire dans 35%.

EXAMEN FAMILIAL SYSTÉMATIQUE

Comme il s'agit d'une maladie génétique, l'examen familial est nécessaire. Il portera d'abord sur la fratrie et ensuite sur les ascendants et sur les descendants.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Quand la symptomatologie de l'hémochromatose est au complet, le diagnostic est facile, mais il n'en est pas de même quand seules la cirrhose et la mélanodermie existent et même quand la mélanodermie fait défaut. Si, par ailleurs, il y a une atteinte familiale, la possibilité de l'hémochromatose se trouve renforcée d'autant. La ponction-biopsie du foie ou de la muqueuse gastrique présentent une valeur réelle de diagnostic en dehors des transfusions répétées ou d'un éthylisme évident.

A) *Atteinte des fonctions hépatiques*

Les fonctions hépatiques restent normales assez tardivement dans l'hémochromatose. En présence d'une hépatomégalie, des tests hépatiques peu perturbés devraient nous orienter vers l'hémochromatose, tandis que des tests positifs devraient nous faire suspecter un éthylisme inavoué, un cancer hépatique ou une phase de décomposition d'une cirrhose pigmentaire.

L'existence d'un diabète confirmé est un bon argument en faveur d'une hémochromatose, mais l'allure para-diabétique d'une courbe d'hyperglycémie provoquée, en dehors de tout diabète, n'a pratiquement aucune valeur dans le diagnostic d'un diabète bronzé.

B) *Les tests liés aux troubles du métabolisme du fer*

a) *Fer sérique.* Le fer sérique est normal quand il y a 100 gammas/100 dans le plasma. Si la sidérémie s'élève à répétition à 190 ou 200 gammas, ce dosage est significatif. Il faut cependant savoir qu'un taux normal de fer sérique n'élimine pas l'hémochromatose.

Il faut reconnaître des hypersidérémies sans hémochromatose, on les rencontre dans les surcharges exogènes de fer, dans les syndromes hémolytiques, dans les troubles de maturation globulaire, dans les hépatites aiguës et dans certaines hépatites chroniques à leur phase terminale.

b) *La saturation en fer de la sidérophiline.* Le fer du plasma est lié à une Béta 1 Globuline qu'on appelle la sidérophiline. Celle-ci peut fixer 400 gammas de fer par 100 cc de plasma. Chez

l'homme, la sidérophiline n'est saturée qu'au 1/3. Le taux de saturation de la sidérophiline est le rapport:

$$\frac{\text{Fer sérique}}{\text{Capacité totale de fixation du fer par le sérum}} = 0.35, \text{ normalement.}$$

Ce test est recommandable quand la sidérémie est normale ou légèrement augmentée et que des doutes persistent sur la possibilité d'une hémochromatose.

c) *L'hypersidérémie provoquée.* 1) "Per os". On fait absorber 3 ou 4 grammes de sulfate ferreux. Le fer sérique ne monte guère au-dessus de la normale ou du niveau initial dans l'hémochromatose primaire. 2) Par voie intraveineuse. Le fer ne s'élève que très peu à cause de la déposition rapide, hors des vaisseaux, du fer sérique injecté.

d) *Analyse d'urine.* La recherche de l'hémosidérine dans le culot urinaire n'a que peu de valeur. Il en est de même pour le dosage du fer urinaire.

e) *Fer radio-actif.* L'étude du fer par les isotopes montre une absorption intestinale de 20 à 40% de la dose ingérée dans l'hémochromatose, au lieu de 10% dans la cirrhose simple. Il s'agit d'une méthode plus utile en recherche qu'en pratique courante.

f) *Hémogramme.* La formule sanguine traduit une anémie hyper ou normochrome, mais non pas une polyglobulie.

En pratique, quand demander ces tests et lesquels devons-nous choisir ?

1 — Quand la clinique ou quand l'enquête héréditaire est révélatrice, il suffit de demander une sidérémie. Si le résultat revient à plus de 200 gammas et à plusieurs reprises, l'hypersidérémie suffit à confirmer le diagnostic d'hémochromatose.

2 — Quand il existe une cardiopathie sans étiologie chez un homme au teint bistre ou quand il y a une hépatomégalie chez un diabétique mélanodermique, c'est à la ponction-biopsie du foie qu'il faut recourir.

3 — Quand le diagnostic est établi et que les résultats de laboratoire sont discordants: anémie importante, sidérémie normale, perturbation des tests hépatiques, il faut alors rechercher une infection, un carcinome du foie greffé sur une cirrhose ou un alcoolisme surajouté.

4 — Dans l'enquête héréditaire, il est difficile de faire soumettre les sujets à une ponction-biopsie

du foie, mais nous recommandons le fer sérique, le coefficient de saturation et l'hypersidérémie provoquée.

PATHOLOGIE

L'hémossidérine et à un degré moindre l'hémofuchsine existent en excès dans les organes et les tissus de l'hémochromatosique, sauf le cerveau et les nerfs.

L'hémossidérine rend le foie ocre, augmenté de poids et de volume. Sa capsule est épaissie. La surface du foie est dure et nodulaire. L'hémossidérine prédomine dans les régions intra-cellulaires, mais aussi en quantité dans les cellules du foie.

La mélanine est en excès dans les couches de la peau.

TRAITEMENT

L'hémochromatose est la deuxième cause des cirrhoses, mais loin derrière la cirrhose nutritionnelle alcoolique.

A) Thérapeutique symptomatique

a) *De la cirrhose.* Le régime devra être riche en glucides et en protides, mais pauvre en fer. Les vitamines du complexe B et les facteurs lipotropes sont conseillés.

b) *Du diabète sucré.* Le traitement du diabète devra reposer sur un régime alimentaire riche en glucides. L'insuline est requise puisque les pilules antidiabétiques sont contre-indiquées.

c) *Du déficit de la fonction sexuelle.* Le propionate de testostérone à raison de 25 à 50 mgrs par semaine ou la gonadotrophine chorionique, 1500 à 5000 unités par jour pendant plusieurs semaines peuvent corriger ce déficit en même temps que l'asthénie.

B) Thérapeutique pathogénique

a) *Régime alimentaire.* Le régime pauvre en fer ne donne rien comme résultat, mais un régime riche en phosphates d'origine carnée est utile.

b) *Phlébotomies.* Les petites saignées répétées de 250 à 300 cc faites tous les dix jours soutirent 500 mgrs de fer par litre sont profitables aux hémochromatosiques à moins qu'il existe déjà une atteinte hépatique sérieuse: œdème, ascite, ictère, hypoprotéinémie avec une inversion du rapport A/G et à moins que l'insuffisance cardiaque ne se soit déjà installée.

c) *BAL.* Le traitement par le Dimercaptopropanol qui réussit à se combiner aux métaux lourds dont le fer pour l'éliminer ensuite a été employé dans le passé, mais il s'est avéré toxique.

d) *Agents chélateurs.* Parmi ces agents, il y a le versenol et le N.N. dihydroxyethyl glycolle, mais c'est l'E.D.T.A. calcique qui est le plus employé. C'est un éthylène-diamino-tetra-acétique calcique qu'on donne à raison de 0.50 à 1 gramme dans du sérum glucosé à 5% tous les jours, 10 à 15 jours par mois, pendant environ un an. Il faut savoir que ce médicament peut produire une hypoprothrombinémie, une néphrite toxique passagère, une insuffisance rénale sévère et une acidose diabétique. D'après Klotz, il faudrait 15 à 20 ans pour traiter efficacement une hémochromatose avec les chélateurs.

Si des notions nouvelles se sont ajoutées dans l'hémochromatose, il faut encore reconnaître qu'elle reste une maladie d'étiologie passablement mystérieuse et que son traitement n'est que palliatif.

Résumé

L'hémochromatose est un syndrome anatomo-clinique caractérisé par une surcharge ferrique polyviscérale avec des lésions de sclérose diffuses surtout du foie et du pancréas. Ce syndrome se présente sous deux formes principales: secondaire à une cause connue, transfusionnelle ou par une médication martiale, et l'autre, primaire: idiopathique familiale et héréditaire. Dans l'hémochromatose, l'organisme est capable de stocker d'énormes quantités de fer. Le syndrome est fait d'une triade: mélanodermie, cirrhose du foie et diabète. Le traitement demeure les phlébotomies répétées sur des périodes de temps prolongées.

Summary

Hemochromatosis is a syndrome characterized by an abnormal depot of iron-containing pigments in the viscera, with lesions of diffuse sclerosis mostly of the liver and pancreas. This syndrome has been observed to occur as the result of a familial and hereditary predisposition: primary or idiopathic hemochromatosis or secondary to multiple transfusions or after an intensive iron therapy. In hemochromatosis, the outstanding characteristic is the power of human organism to stock large amounts of iron. The diagnosis is easily made when the three main features are present: pigmentation of the skin, cirrhosis of the liver and diabetes. Treatment is still mainly based on repeated phlebotomies over a long period of time.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

LES FISSURES LABIALES MÉDIANES ET LES MALFORMATIONS ASSOCIÉES

Yves PRÉVOST, F.R.C.S. (C), Claude DUPONT, F.R.C.S. (C)
et Georges-E. CLOUTIER, F.A.C.S.¹

Le terme fissure labiale est employé le plus souvent pour les fissures uni- ou bilatérales communément appelées "bec-de-lièvre" ou "gueule-de-loup". Cette terminologie populaire et péjorative n'est plus employée de nos jours dans ces cas de malformations congénitales de la lèvre supérieure. On leur a substitué le mot fissure labiale et le même phénomène s'est produit en anglais où "cleft lip" a remplacé "hare lip". Cependant les fissures labiales ne sont pas toujours latérales et la littérature rapporte de nombreux cas de fissures médianes.

Il est important d'établir ce que l'on entend par une fissure médiane, car toutes ne sont pas semblables. Braithwaite et Watson (1) en 1949 rapportent trois cas de fissures labiales rares dont une fissure médiane. Ils en profitent pour faire une revue de cette malformation. Dans leur article ils donnent la classification de Victor Veau publiée en 1947.

1° Les cas associés à un manque de croissance des éléments médians avec atrophie ou absence virtuelle des structures qui proviennent de ces éléments i.e. le septum osseux et cartilagineux, le prémaxilla et la portion centrale de la lèvre supérieure.

2° Une fissure médiane de la lèvre se prolongeant quelquefois jusque dans la columelle, le septum nasal, le palais dur et donnant l'impression d'une séparation des éléments médians.

3° Une simple encoche des tissus mous de la lèvre.

Il est cependant difficile d'appeler les cas de la première division: fissures médianes. Il serait alors impossible de les distinguer des fissures labiales bilatérales. La fissure dans ces cas se trouve de chaque côté des éléments médians rudimentaires. Ce sont donc des fausses fissures médianes. Dans la deuxième division la séparation des éléments médians peut aussi intéresser le nez et occasionner une bifidité — (Weaver 2). Cette distinction pourtant très importante n'est que très peu décrite dans la littérature — Warren Davis (3) en 1935 rapporte quatre cas de fissures médianes sur mille cas de malformations congénitales de la

figure. Cependant, d'après les photographies il s'agit de fausses fissures médianes.

Ces fissures médianes vraies ou fausses sont souvent accompagnées d'autres lésions congénitales dont les plus fréquentes sont celles du S.N.C. On rencontre très souvent une absence du rhinencéphale, et des éléments qui en découlent. L'arhinencéphalie consiste en l'absence du bulbe olfactif, des nerfs olfactifs et des autres structures adjacentes. Ernst en 1909 faisant suite à la description de Hans Kundrat en 1882 rapporte l'association des malformations suivantes.

- a) absence du philtrum;
- b) ouverture nasale unique;

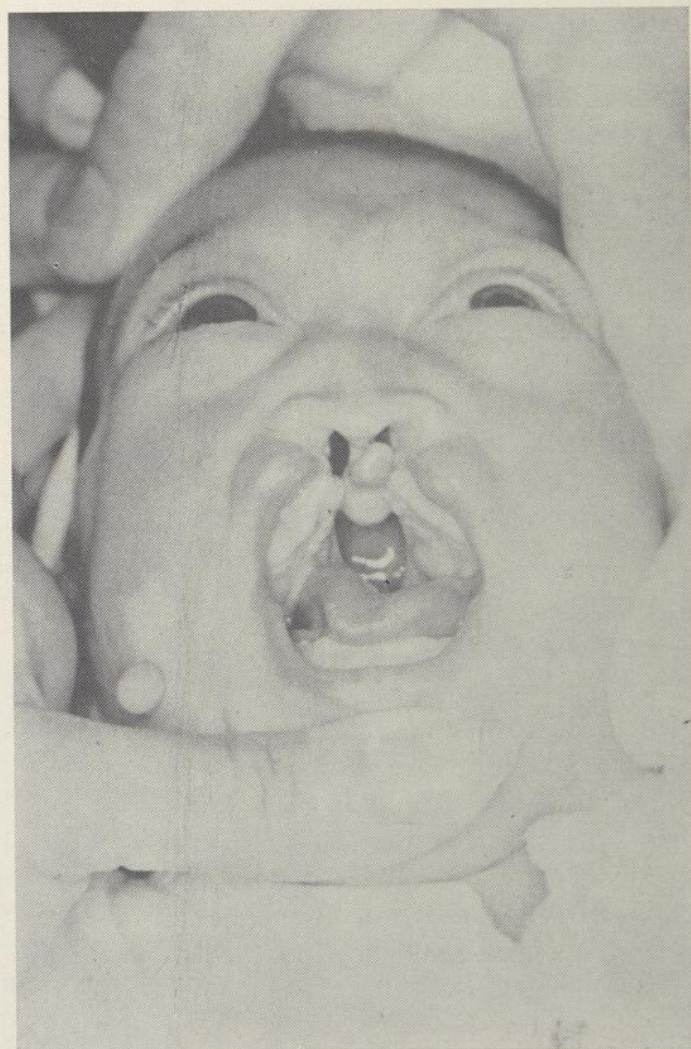


Fig. 1. — Les éléments médians sont visibles mais très rudimentaires.

¹ Clinique de Chirurgie plastique de Montréal, 1656 est, rue Sherbrooke, Montréal, P. Qué., Canada.

c) nez plat et diminution de l'espace interorbitaire (hypotélorisme);

d) fissure palatine;

e) absence du prémaxilla, du septum nasal et de la lame horizontale de l'ethmoïde;

f) arhinencéphalie.

On peut aussi trouver ces mêmes difformités avec une agénésie du corps calleux (Bell, Van Allen — 1959) (4). Curranimo et Silverman (5) dans leur présentation de trois cas avec hypotélorisme orbitaire, arhinencéphalie et trigonocéphalie montrent une photographie d'une vraie fissure médiane typique.

On sait, par contre, que le pronostic de ces lésions cérébrales, surtout l'arhinencéphalie, est très réservé. Plusieurs de ces enfants meurent à la naissance ou quelque temps après. Au dernier congrès de l'American Society of Plastic and Reconstructive Surgery en octobre 1962, Brucker, Hoyt et Trusler présentèrent cinq cas de fissures médianes accompagnées d'arhinencéphalie. Tous ces enfants étaient morts. Les rapporteurs deman-

dèrent aux chirurgiens présents d'indiquer s'ils avaient déjà vu des fissures médianes. Environ une cinquantaine levèrent la main. Ceci porte à croire qu'il existe probablement beaucoup plus de ces malformations que l'on serait porté à le croire à prime abord.

Depuis 1954, nous avons eu connaissance de trois cas de fissures médianes vraies ou fausses. Le premier malheureusement a été perdu de vue et nous n'avons que le document photographique du début (Fig. 1). Il s'agissait d'une fausse fissure médiane avec un prémaxilla rudimentaire. Le deuxième nous fut montré comme curiosité anatomique. L'enfant était mort-né et présentait de multiples malformations congénitales. On remarque sur les photographies (Fig. 2) une absence complète des éléments médians ainsi qu'une fissure palatine (Fig. 3). Les yeux sont rapprochés, il existait sûrement des malformations du S.N.C. mais l'autopsie ne fut pas faite. Le troisième cas fut dirigé à la clinique de chirurgie plastique de l'Hôpital Sainte-Justine en 1962. L'enfant avait

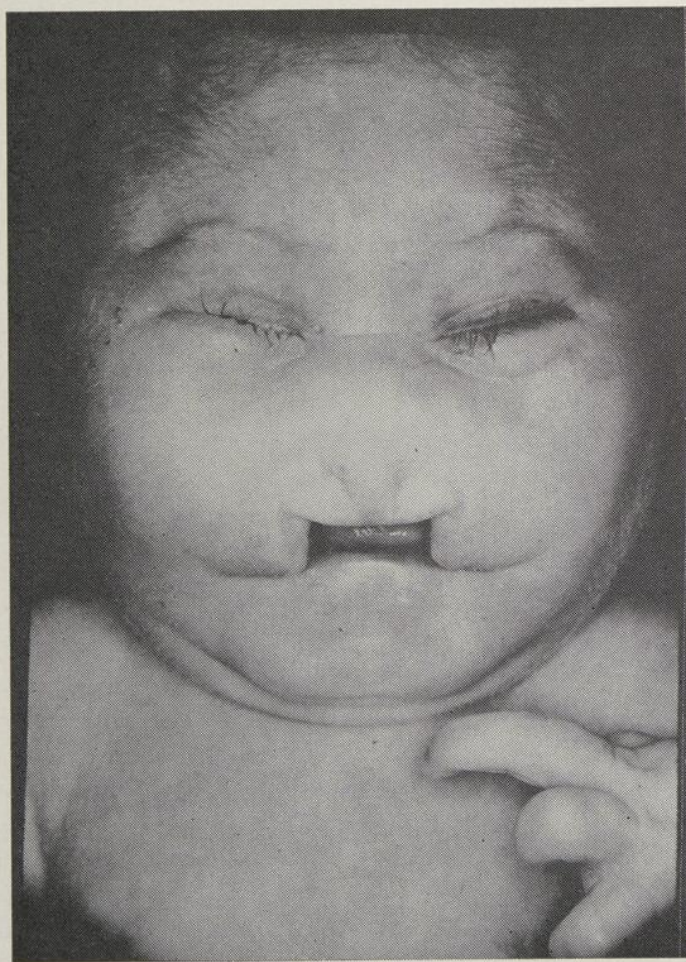


Fig. 2. — Absence complète des éléments médians et diminution marquée de l'espace interorbitaire (hypotélorisme).



Fig. 3. — Fissure palatine complète chez le même patient.



Fig. 4. — Élément médian inutilisable chirurgicalement.



Fig. 5. — Nez plat avec agénésie septale et columellaire.

alors quatre mois et son état général était excellent. À première vue, les éléments médians semblaient absents, mais un examen plus minutieux nous révéla un vestige de septum auquel était attaché un minuscule prémaxilla (Fig. 4, 5). Il existait en plus une fissure palatine complète. En résumé, il s'agissait d'un cas de fissure labiale bilatérale

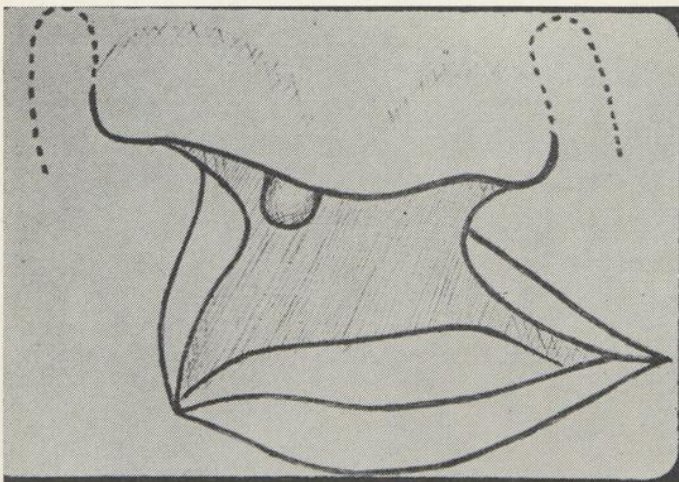


Fig. 6. — Les lambeaux délimités par la ligne pointillée sont soulevés et ramenés vers la ligne médiane pour former le nouveau plancher.

extrême dont les éléments médians étaient vestigiaux. Ces éléments sont d'habitude très importants dans la réparation chirurgicale quelle que soit la technique employée. Une fermeture simple de la lèvre aurait amené les deux narines en contact vu l'absence du plancher et de toute façon il était virtuellement impossible de rapprocher les deux narines à cause de l'espace à combler. Voici comment le problème fut résolu.

Un lambeau pédiculé, basé sur la lèvre supérieure fut destiné de chaque côté des narines (Fig. 6). Après avoir soulevé les tissus de la lèvre et de la joue, les deux lambeaux furent placés à l'intérieur des narines et suturés ensemble sur la ligne médiane au vestige de la columelle afin de former un nouveau plancher. Le but de cette technique est double. D'abord il apporte un lambeau cutané où ils existe une pénurie de tissus, puis il permet de refermer la lèvre sans trop de tension. Les vestiges du prémaxilla furent laissés en place derrière la nouvelle lèvre afin d'augmenter la plénitude de cette dernière. On inséra ensuite un point de soutien au fil d'acier de chaque côté des narines (Fig. 7). À la suite de cette intervention un embarras respiratoire important apparut. À chaque effort que l'enfant faisait pour sucer il se formait un vide qui fermait complètement les lèvres. Ceci fut facilement corrigé au moyen d'un tube de Guedel pendant quelques jours. L'évolution post-opératoire fut ensuite sans incident et on commença les biberons deux semaines plus tard.

L'enfant quitta l'hôpital un mois plus tard et devra revenir pour correction de la fissure palatine.

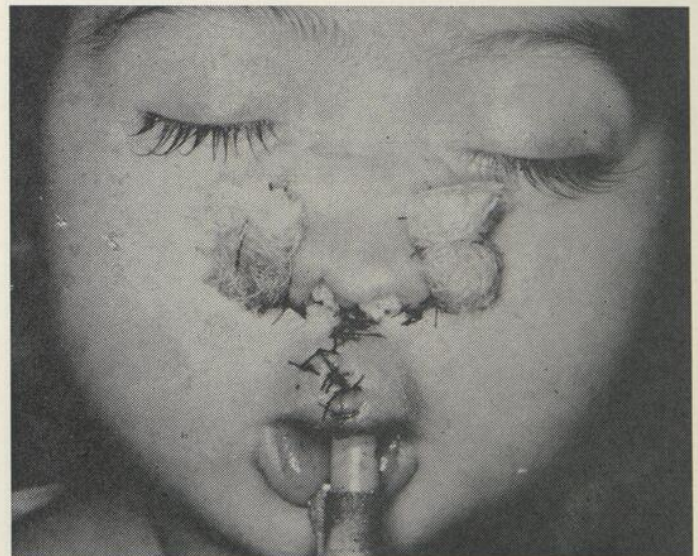


Fig. 7. — Apparence à la fin de l'opération. Un fil métallique de soutien a été passé d'un côté à l'autre des deux narines pour diminuer la tension.

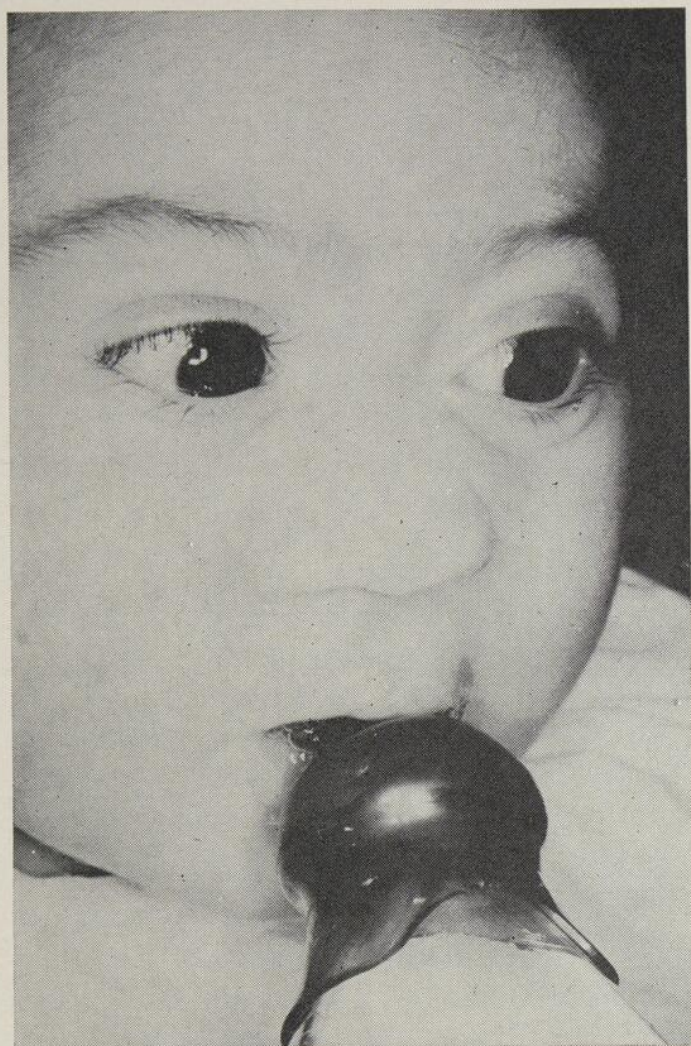


Fig. 8. — Apparence deux semaines après l'opération.
L'Enfant avait commencé à boire au biberon.

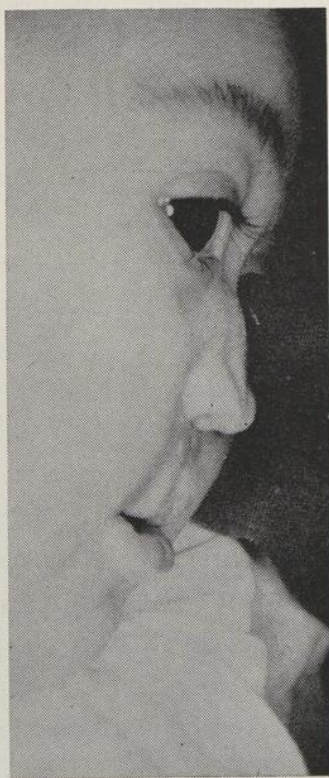


Fig. 9. — Amélioration considérable du profil si on compare
cette photo avec la fig. 5.

Le résultat obtenu n'est pas parfait mais il est réellement une amélioration (Fig. 8, 9). Nous profiterons de la deuxième hospitalisation pour compléter les investigations neurologiques.

CONCLUSION

Il est important de distinguer les fausses fissures médianes des vraies fissures médianes car le pronostic n'est pas le même. Dans les cas où une malformation importante comme l'arhinencéphalie est présente il n'est pas indiqué de tenter une réparation chirurgicale car tous les enfants meurent quelque temps après leur naissance. Dans les autres cas nous croyons qu'une technique semblable à celle décrite dans ce travail pourra être utile.

Résumé

Une division des fissures médianes est donnée et une distinction établie entre les vraies fissures médianes et les fausses fissures médianes. L'association de l'archinencéphalie, de l'hypotélorisme avec les fissures médianes de la lèvre supérieure est démontrée. Deux cas de fausses fissures médianes et un cas de vraie fissure médiane sont présentés avec description d'une technique chirurgicale pour la réparation de la lèvre. L'arhinencéphalie contre-indique toute chirurgie reconstructive.

Summary

The association of arhinencephaly, hypotelorism and median cleft lips is discussed. A distinction is made between false median clefts and true median clefts. Two cases of false median clefts and one of true median cleft are presented with the description of a surgical repair of the lip in one. Surgery is not advised in the presence of arhinencephaly.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRAITHWAITE, F. et WATSON J.: A report on three unusual cleft lips. *B.J.P.S.*, 2: 33, 1949.
2. WEAVER, D. et BELLINGER, D.: Bilid nose associated with midline cleft of upper lip. *Archives Otol.*, 44: 480, 1946.
3. DAVIS, W.: Congenital deformities of the face. *S.G.O.*, 61: 201, 1935.
4. BELL, W. et VAN ALLEN, M.: Agenesis of the corpus callosum with associated facial anomalies. *Neurology*, 9: 694, 1959.
5. CURRANIMO, G. et SILVERMAN, F.: Orbital hypotelorism, arhinencephaly and trigonocephaly. *Radiology*, 74: 206, 1960.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

(Fondée à Québec en 1902)

Tome 92, No 7 — Montréal, juillet 1963

LA GASTROSCOPIE

L'endoscopie gastrique avec l'appareil flexible mis au point par Schindler il y a trente ans a subi peu de modifications majeures. Tous les appareils utilisés jusqu'à maintenant s'inspirent du même principe avec certaines améliorations du point de vue optique et transmission lumineuse. Celles-ci ont amené des progrès considérables dans le domaine de la photographie endoscopique en couleur pour fins diagnostiques et didactiques, grâce en particulier au flash électronique adapté à l'objectif du gastroscopie. Ainsi, à l'Hôpital Notre-Dame, avons-nous pu constituer une intéressante collection de documents en couleur portant sur diverses lésions gastriques et jéjunales.

Complément du diagnostic visuel, la biopsie gastrique sous vision directe par le procédé de l'aspiration-section, demeure difficile du point de vue technique, requiert une assez grande expérience mais s'avère d'un précieux secours dans le diagnostic de certaines lésions suspectes de malignité à la radiologie. Un cyto-diagnostic dirigé et pratiqué en même temps que la biopsie sous vision directe a donné, avec les deux méthodes combinées, près de 60% de résultats positifs dans le diagnostic des épithéliomas gastriques.

Grâce à la radiologie et aux renseignements fournis par la gastroscopie, la biopsie et le cyto-diagnostic, on peut admettre avec plusieurs auteurs que le diagnostic différentiel des ulcérations bénignes ou malignes est possible dans 95% des cas.

Du point de vue instrumental, une orientation nouvelle et pleine de promesses a été donnée à la gastroscopie par la mise au point, au cours des dernières années, d'un gastroscopie flexible sur la totalité de sa longueur. Partant de principes optiques entièrement différents, composé d'un faisceau de plus de 200,000 fibres de verre isolées, le fibroscope gastro-duodénal se caractérise par une flexibilité remarquable et une transmission lumineuse beaucoup plus grande.

Sa souplesse équivaut à celle d'un tube de caoutchouc et permet de pratiquer une gastroscopie, impossible jusqu'ici, même en présence de déformations vertébrales importantes. Son indice de sécurité élevé, sa facilité d'introduction, sa tolérance par le malade, autorisent une observation prolongée et bien supportée, et surtout élargissent le champ d'action de la gastroscopie. En effet, celle-ci devient possible et sans danger au lit même des grands malades et très précocément après une hémorragie.

Les travaux publiés récemment laissent entrevoir que le fibroscope sera peut-être appelé à jouer un rôle croissant dans le diagnostic précoce des hémorragies digestives hautes. La gastroscopie pratiquée dans les 24 heures, ou même selon certains auteurs en cours d'hémorragie, alors qu'il n'est pas toujours possible de radiographier le malade, donne un pourcentage beaucoup plus élevé de diagnostics précis quant au lieu d'origine, pré ou post-pylorique, et quant à la nature de la lésion en cause. D'ailleurs, seule la gastroscopie précoce peut démontrer les érosions aiguës de certaines gastrites hémorragiques, et grâce au fibroscope tout particulièrement, les érosions duodénales aiguës invisibles à la radiologie. On peut déjà prévoir que le fibroscope trouvera dans l'hémorragie digestive haute une indication de choix.

Par contre, selon la plupart des expérimentateurs, le fibroscope ne franchit pas le pylore dans la moitié des cas, la plupart du temps chez des malades porteurs de lésions ulcéreuses bulbaire ou pylorique avec spasme et œdème de la région. On peut espérer qu'éventuellement une réduction du calibre de l'objectif contribuera à surmonter cette difficulté.

Parfois zone aveugle pour le gastroscope standard, la région antrale est très facilement explorée par le fibroscope, avec la face postérieure du corps gastrique et la région cardio-œsophagienne dont l'observation est adéquate dans presque tous les cas.

La pathologie de l'estomac opéré est notoirement rebelle au diagnostic radiologique et le fibroscope acquiert ici une valeur diagnostique supérieure encore à celle du gastroscope standard. La bouche d'anasto-

mose est visualisée plus facilement et presque toujours où qu'elle soit située, et l'exploration des anses jéjunales afférentes et efférentes, facile pour les premiers centimètres, serait possible jusqu'à plus de vingt centimètres. Grâce au fibroscope le diagnostic des stomites, des ulcères peptiques du jéjunum et des jéjunites est posé plus fréquemment et avec plus de certitude qu'avec toute autre méthode.

Certains auteurs affirment déjà la supériorité absolue du fibroscope sur le gastroscope standard. Pour notre part, nous croyons que le fibroscope trouvera ses indications majeures dans l'hémorragie haute et la pathologie de l'estomac opéré, le gastroscope surtout biopsique conservant toute sa valeur dans le diagnostic différentiel des ulcérations et des néoplasies bénignes ou malignes.

Jacques BAILLARGEON

VARIÉTÉS

LE MÉDECIN ET LES STANDARDS HOSPITALIERS *

J.-B. JOBIN

Si j'ai accepté spontanément et même avec enthousiasme votre invitation de participer à ce forum sur "le médecin et les standards hospitaliers", c'est que j'en fus d'abord grandement honoré. Mais à la réflexion, au moment de rédiger ces quelques notes, je vous avoue que je me suis senti quelque peu pris de panique en réalisant mon manque de compétence pour traiter adéquatement d'un sujet aussi vaste et aussi complexe. Et pourtant la loi des hôpitaux ne nous permet pas de remettre à plus tard le soin de voir clair dans ce problème d'administration hospitalière mais aussi en regard d'un "modus vivendi" que nous devons définir et établir à cette fin entre médecins et administrateurs d'hôpitaux.

Le Collège qui s'est vu attribuer de nouveaux privilèges par la loi des hôpitaux entend bien s'acquitter de ses devoirs dans ce domaine avec diligence et avec toute l'énergie nécessaires mais aussi avec la ferme conviction qu'on ne pourra arriver à rien de bien dans ce domaine, comme en tout autre domaine, sans une collaboration franche, entière, désintéressée et même généreuse de la part de tous les intéressés.

Nous comprenons parfaitement que les responsabilités administratives et légales incombent aux administrateurs; par contre, nous considérons que la responsabilité de l'acte médical incombe aux médecins. Mais au sein d'un hôpital, ces deux choses sont tellement liées l'une à l'autre et interdépendantes qu'on ne peut imaginer un bon rendement sans une étroite collaboration entre médecins et administrateurs, et que cette collaboration soit conditionnée uniquement par le bien des malades. C'est dans cet esprit que le Collège, même avant l'application de la loi des hôpitaux, a accepté de faire partie d'un comité consultatif conjoint composé de représentants du Gouvernement, du Collège, de l'Association des Hôpitaux et des Associations de spécialistes, lequel comité a reçu le mandat d'étudier les problèmes qui surgissent au sein du Service d'assurance-hospitalisation en ce qui a trait aux relations des médecins avec les hôpitaux ou avec le Service d'assurance-hospitalisation. Ce comité a un rôle extrêmement délicat, périlleux et ingrat à remplir et il me fait plaisir de lui rendre

aujourd'hui un hommage public pour le dévouement et le courage dont il a fait preuve et aussi pour les insignes services qu'il a rendus et qu'il ne cesse de rendre aux médecins, aux hôpitaux et au Service d'assurance-hospitalisation, et cela malheureusement sans en recevoir tout le crédit auquel il a droit.

Plus tôt les règlements des Bureaux Médicaux seront clairement rédigés, plus tôt les droits, privilèges et devoirs de chacun seront mieux définis, plus facilement ce comité pourra s'acquitter de sa tâche et peut-être même n'avoir plus raison d'exister.

En ce moment où un peu partout l'on dénigre à qui mieux mieux médecins et hôpitaux, il n'est que juste que nous disions publiquement ce que nous, médecins, faisons pour aider le gouvernement de notre province à roder son système d'assurance-hospitalisation.

Qu'il y ait des lacunes et des erreurs dans le monde de la médecine nous sommes les premiers à le reconnaître et nous nous employons de notre mieux à les corriger. Mais s'il faut le faire dans une atmosphère d'hostilité agressive, j'estime que nous sommes voués à l'échec et j'en connais qui abandonnent la partie laissant aux passions le soin de régler les problèmes par la force au lieu de chercher à le faire par le travail et la collaboration de tous les intéressés, et j'entends ici aussi bien le public et le gouvernement que les hôpitaux et les médecins. A mon humble avis, nous échouerons facilement si chacun n'aborde pas ce problème avec un sens profondément humain des choses, beaucoup d'objectivité, une certaine générosité de pensée qui s'oppose à la prétention d'avoir le monopole des bonnes idées, et je dirais aussi avec des sentiments profonds de charité chrétienne à l'égard de la société et des malades qui sont en dernière analyse la seule et unique raison d'exister des médecins et des hôpitaux. Dans cette ère de standardisation, de normalisation et de socialisation que nous vivons, l'initiative privée et la charité individuelle ont dû céder le pas aux lois et à la technique avec la conséquence que le résultat global moyen sera probablement meilleur, mais aussi avec le risque de voir la médecine perdre quelque peu de ce caractère humanitaire qu'on se plaisait dans le passé à lui reconnaître. Il nous appartient donc à nous, médecins, d'être conscients de ce danger

* Conférence prononcée par le docteur J.-B. Jobin, Président du Collège des médecins, lors du déjeuner qui eut lieu au Reine Elizabeth, le 18 avril 1963, à l'occasion du cinquième Congrès annuel de l'Association des Hôpitaux du Québec.

et de voir à ce que, tant dans notre pratique que dans notre enseignement, nous conservions toujours pour le malade le plus profond respect.

Il s'ensuit également que toute législation comporte une limitation des libertés individuelles et que nous devons nous faire à l'idée d'en accepter les conséquences.

Je vous disais, il y a un instant, qu'il existe un comité de contrôle et d'arbitrage; il existe aussi au Collège un comité qui a nom "comité de la loi des hôpitaux" et vous imaginez facilement quelle est sa raison d'être.

Il a été constitué le 12 décembre 1962; il est composé des docteurs Dubé, Décarie, Dinelle et Léger et il a reçu pour mandat de répondre au désir exprimé dans l'article 20 du bill 44, et qui se lit comme suit: "Le bureau provincial de médecine doit, avec le concours du conseil d'administration de l'Association des hôpitaux du Québec Inc., et celui de l'Association des Hôpitaux Catholiques de la province de Québec, faire des règlements généraux pour les diverses classes d'hôpitaux concernant:

l'admission des médecins, dentistes, étudiants en médecine;

l'admission et la sortie des patients;

les soins médicaux;

les règlements du personnel médical, du bureau médical et des comités."

Vous avouerez que c'est là une tâche énorme à accomplir et je me fais un devoir, au nom du bureau provincial de médecine, de remercier le docteur Jacques Dubé et ses collaborateurs de la diligence, du dévouement et de la conscience qu'ils mettent à exécuter ce travail.

Les problèmes qui existent à ce niveau et qui sont loin d'être tous résolus exigent qu'on les aborde avec un certain degré de désintéressement et une grande objectivité sans quoi on risque fort, au lieu d'unir nos forces pour le bien des malades, de les neutraliser au grand détriment tant des médecins et des administrateurs que des malades.

Il y aura inévitablement des conflits d'autorité et d'intérêt, c'est trop humain pour qu'il n'en soit pas ainsi, et si de part et d'autre, nous ne sommes pas prêts aux concessions qui s'imposent, je crains fort que nous nous acheminions vers un ou des désastres. Et cela nous n'avons pas le droit de le faire. Au cours de séances d'études telles que celles qui se déroulent actuellement, chacun se doit d'exprimer franchement et librement sa pensée, mais j'espère que nous saurons montrer aux

yeux de tous, par notre attitude objective, positive et généreuse, que nous ne sommes conditionnés que par le bien général.

Le comité dont je viens de parler a reçu pour mandat tout particulièrement de préparer les règlements des Bureaux médicaux. Ce sont ces règlements qui serviront de base et de critères pour la régie interne des hôpitaux. Et je tiens à déclarer que si les médecins auront, de par la nouvelle loi, un rôle important à jouer non plus seulement en ce qui concerne le soins des malades, mais aussi pour leur quote part en ce qui concerne l'administration de l'hôpital, le Collège désire s'abstenir d'intervenir dans les conflits qui pourront surgir entre médecins d'une même hôpital ou entre médecins et administrateurs, à moins qu'il ne soit sollicité de le faire.

Mais par contre, ayant maintenant la responsabilité de surveiller l'acte médical, non seulement dans la pratique privée des médecins, mais aussi dans les hôpitaux, nous avons la ferme détermination d'enquêter et d'intervenir chaque fois qu'un problème relatif à la qualité des soins médicaux aura été porté à notre attention par journaliste, patient ou médecin. Pour nous acquitter de ce devoir en toute équité pour les malades, pour les médecins et pour les hôpitaux, il faut une action concertée entre le Collège et les hôpitaux mais aussi entre le Collège et le Service d'assurance-hospitalisation. Croyez-moi, ce n'est pas là une mince tâche à accomplir et pour le faire adéquatement, il faudrait procéder tout d'abord à une classification systématique des hôpitaux quant à la qualité des soins médicaux et le Collège envisage déjà la nécessité de se donner les structures administratives nécessaires à cette fin.

Permettez-moi d'aborder maintenant un point particulier de ce problème complexe qu'est celui des standards hospitaliers. Puisque j'ai subi une déformation professionnelle en m'occupant d'éducation médicale pendant des années, j'aimerais vous parler de la responsabilité de l'hôpital à l'égard des services éducationnels qu'il doit rendre aux étudiants en médecine, aux médecins, aux infirmières, aux administrateurs, techniciens, etc.

Même si cela ne concerne pas tous les hôpitaux, et loin de là, il ne fait pas de doute que l'hôpital a un rôle de tout premier plan à jouer dans la formation des futurs médecins et spécialistes, des directeurs et administrateurs d'hôpital, des infirmières, des techniciens, etc. Ce rôle a une telle importance que le législateur a cru devoir introduire un article spécial dans la loi à cette fin.

Cette responsabilité éducationnelle est partagée par les hôpitaux, le Collège, les facultés de médecine et les associations professionnelles. Le temps me manque pour développer comme il se devrait cette idée. Mais je tiens à attirer l'attention de ceux qui sont constitués en autorité dans les hôpitaux sur la responsabilité qui leur incombe à l'égard des standards éducationnels que l'hôpital doit maintenir.

Plus particulièrement en ce qui concerne l'éducation médicale, on peut l'envisager sous trois aspects différents:

A. *Au stage sous-gradué*

L'Hôpital qui veut être un hôpital d'enseignement doit accepter l'idée et les termes d'une entente écrite avec l'université, entente comportant essentiellement une responsabilité conjointe de l'Université et de l'Hôpital dans la nomination des médecins et dispensent et l'enseignement et les soins médicaux, et d'autre part, l'obligation de mettre au service des enseignants les facilités cliniques nécessaires. Aux yeux de ceux qui ne sont pas commis personnellement à l'enseignement, cela peut paraître superflu d'en parler, mais je sais d'expérience que cela crée, au moins dans certains milieux, des difficultés considérables. Depuis longtemps, nous réclamons des hôpitaux, des unités cliniques d'enseignement et l'engagement d'enseignants cliniques à temps complet, et je profite de la circonstance pour insister de nouveau sur cette nécessité absolue pour solliciter le concours bienveillant et des médecins et des administrateurs de nos hôpitaux pour que cet objectif si ardemment désiré soit enfin atteint dans tous les hôpitaux d'enseignement. Il s'ensuit donc que les étudiants doivent être accueillis dans ces hôpitaux non pas comme des gêneurs mais comme les représentants de la classe médicale de demain envers lesquels nous avons assumé la responsabilité de leur donner la meilleure éducation médicale possible.

B. *Au stage gradué*

C'est-à-dire l'éducation et la formation des internes, des résidents et des futurs spécialistes, l'hôpital a un rôle de tout premier plan à jouer et de son côté, le Collège s'y intéresse d'une façon toute particulière en déterminant les barèmes suivant lesquels les services hospitaliers sont reconnus pour fins d'enseignement gradué, en organisant et contrôlant par son comité des spécialités et son comité des créances les examens et en dé-

cernant les certificats de spécialistes. Le Collège entend bien, en se prévalant de ses droits dans ce domaine, assumer toutes ses responsabilités pour assurer aux futurs spécialistes comme aux futurs médecins de famille la meilleure formation possible.

Mais la part de responsabilité qui incombe à l'hôpital dans ce domaine est très grande car si les facultés de médecine ont une responsabilité importante et inéluctable dans la formulation des programmes académiques et la structuration générale de cet enseignement, il n'en reste pas moins que la responsabilité principale, et le poids presque total de l'enseignement lui-même, retombent sur les épaules des médecins et des administrateurs d'hôpitaux.

L'interne ou le résident doit, il va sans dire, en retour de l'éducation qu'il reçoit, rendre des services au médecin traitant et à l'hôpital, mais l'on doit bien se garder de ne l'utiliser que pour faire du travail de routine ou encore pour faciliter le travail du médecin traitant.

Il existe autour de ces internes et de ces résidents toute une série de problèmes dont leur éducation, leur enregistrement, leur dénomination, leur orientation professionnelle, leur rémunération, leurs responsabilités graduées et contrôlées auprès des malades, à la consultation externe, ou en dehors de l'hôpital, les remplacements qu'ils sont appelés à faire dans d'autres hôpitaux ou dans des cabinets particuliers de médecins, etc. Ces problèmes avec lesquels le Collège est actuellement confronté, il ne peut les résoudre sans la collaboration des médecins et des administrateurs d'hôpitaux, et aussi sans la collaboration bienveillante des internes eux-mêmes. C'est pourquoi je me permets de solliciter votre concours pour que la discussion de ces problèmes se fasse posément, sans passion et surtout sans leur permettre d'être montés en épingle et discutés sur la place publique.

C. *Quant à l'enseignement post-gradué* que l'on pourrait dénommer "cours d'extension" en essayant de traduire les mots anglais "Continuing medical education" il faut reconnaître que si tout le monde en parle, nous ne pouvons malheureusement pas nous prévaloir de beaucoup de réalisations pratiques dans ce domaine; le Collège, les facultés de médecine, la fédération des omnipraticiens, les associations de spécialistes et pratiquement tous les hôpitaux sont impliqués dans ce problème. Cet enseignement peut se faire sous différentes modalités soit dans les hôpitaux d'enseignement, soit dans les hôpitaux régionaux par

des équipes volantes de médecins partis des hôpitaux centraux pour aller sur place vivre quelques jours dans une communion de pensée et d'action avec les médecins des régions excentriques. Il s'agit là d'un enseignement difficile à organiser, onéreux mais en même temps indispensable et ardemment réclamé tant par le Collège que par les facultés de médecine, les médecins de famille et les spécialistes. Espérons que sa mise en route ne tardera pas trop.

L'éducation des infirmières: il me semble que les médecins, par le truchement de leur Collège ayant la responsabilité de contrôler l'acte médical, ne peuvent se désintéresser de la formation des infirmières dont la collaboration est absolument indispensable à une saine pratique de la médecine. Mais la question se pose de savoir quelle est la part qui leur revient dans cette responsabilité éducative. Il me semble qu'il s'agit là encore d'une responsabilité qui doit être partagée par l'Association des Infirmières, les hôpitaux, le Collège et les facultés de médecine. Il est de la plus urgente nécessité de provoquer entre ces intéressés des colloques qui permettront de préciser les responsabilités respectives des infirmières, des hôpitaux, des facultés de médecine et également du Collège en ce qui a trait à cette éducation des infirmières.

Et je pourrais faire les mêmes remarques en ce qui concerne la formation de tous ceux qui gravitent autour du problème des malades: psychologues, orthophonistes, techniciens, etc.

Il est évident qu'il y a là tout un problème de relations à établir entre groupements professionnels voisins et interdépendants en face duquel nous devons de reviser notre politique en fonction des exigences de l'heure, politique qui ne sera pas nécessairement identique à celle qui a traditionnellement prévalu chez les médecins. Autour des médecins gravitent d'autres groupements professionnels qui ont acquis avec le temps droit de cité, qu'on ne peut pas faire disparaître d'un trait de plume et avec lesquels nous devons engager le dialogue pour déterminer d'une entente commune les privilèges respectifs des uns et des autres. Les cadres de la profession médicale éclatent présentement, nous en sommes alertés par la voix des journaux, et il me semble impérieux que nous réfléchissions sérieusement à l'attitude que nous devons prendre à cet égard: c'est en somme toute la question des relations du Collège avec les médecins, avec les para- et les extra-médicaux, avec les grou-

pements sociaux, avec le gouvernement et avec le public en général.

Dans cette courte entrée en matière, je n'ai pu qu'effleurer cette question de l'attitude des médecins à l'égard des standards hospitaliers. J'ai tenu cependant à ne pas vous refuser mon concours en dépit de mon incompétence technique pour témoigner de l'intérêt que je porte personnellement à ce problème et aussi pour vous dire quelle est la part active que le Collège prend et entend prendre tout particulièrement dans le domaine éducationnel et dans celui du contrôle de l'acte médical. Pour le moment, il travaille spécifiquement en collaboration avec d'autres associations à la rédaction des règlements des Bureaux Médicaux. D'autres plus compétents que moi assumeront la responsabilité de discuter devant vous de questions techniques.

Personnellement, j'ai tenu à vous faire part de quelques considérations d'ordre général en marge de la question qui fait l'objet des présentes études en me rappelant que vivant en ce moment en pleine évolution médico-sociale, le médecin ne peut plus rester isolé dans sa pseudo-tour d'ivoire et qu'il doit collaborer avec tous ceux qui sont impliqués directement ou indirectement dans les problèmes de santé et que, d'autre part, l'hôpital ne peut plus se contenter d'une administration qui se ferait à l'insu ou en marge des médecins. Il s'ensuit donc qu'il n'y a d'espoir que dans une collaboration franche, entière et désintéressée entre les parties constituantes d'un hôpital.

Et pour conclure, permettez-moi d'emprunter une parole que le docteur Maurice Campbell, Président de l'Association des Bureaux Médicaux de la province de Québec, citait lors de son entrée en fonction l'an dernier: "Les médecins doivent travailler en harmonie avec l'administration hospitalière, une confiance réciproque est indispensable pour atteindre cet objectif. Le climat de confiance requis sera réalisé si, d'une part, les médecins reconnaissent les justes prérogatives de l'administration et si, d'autre part, les administrateurs de l'hôpital admettent le bien-fondé des droits et des devoirs du médecin, tels que déterminés par la profession médicale, et s'appliquent à les respecter intégralement."

Ces paroles expriment une idée qui m'est particulièrement chère, celle de la nécessité d'une collaboration indispensable. Cette idée m'inspire tous les jours dans mes fonctions de Président du Collège comme un leitmotiv et je vous la propose comme mot de la fin.

LIMITES DE L'INFLUENCE DU MÉDECIN

Le respect de la pensée du malade *

Pierre BOUR

Quand la Comtesse de Savigny agonise sous l'effet du poison versé par sa soubrette (l'amante déguisée de son mari) elle refuse tout remède au docteur Torty¹ et le supplie de la laisser mourir. Elle lui demande en outre de lui jurer qu'il cèlera au Comte la vérité, déshonorant son nom (à elle) et capable d'empoisonner son bonheur (à lui), à savoir qu'elle n'ignorait plus la main dont elle était la victime. Le médecin, interdit, reste fidèle à son ordre comme à son secret. Qu'aurions-nous fait à sa place ?

A la croisée des chemins entre la mort et la vie, entre le corps et l'esprit, l'influence du médecin, devenu (trop souvent malgré lui) grand prêtre de la vie moderne, connaît une frontière à ses plus légitimes prérogatives: *le respect de la pensée de l'homme qu'il sert*. Ainsi en font foi les débats souvent passionnés sur le problème de l'euthanasie qui viennent de connaître un récent rebondissement. Telle est sans doute également la raison qui aura poussé un éminent Confrère à solliciter quelques réflexions sur un sujet aussi singulièrement délicat.

Aujourd'hui rien n'arrête plus le biologiste et beaucoup souriront des réserves faites il y a vingt siècles sur la possibilité pour l'homme de hausser sa taille d'une coudée. Franchit-il la stratosphère en quelques secondes pour affronter l'éther, le cosmonaute doit encore passer au guichet médical, avant comme après l'expérience, demandant au spécialiste de reculer les limites de sa résistance organique. Ici pour l'homme point d'atteinte à sa liberté: les animaux ont payé pour lui, le devançant sans avoir eu leur mot à dire.

Mais en arrive-t-on à cultiver le fœtus humain en bocal, à castrer des déficients physiques ou

mentaux, à achever d'une piqûre un moribond, bref, dès qu'il s'agit d'intervenir sur l'homme *sans le consulter* l'opinion publique s'émeut, faisant écho à la conscience individuelle.

Par contre, la même conscience, la même opinion publique ne s'insurgera point si, après le sauveteur ou le pompier de garde, le médecin fait subir sans le consulter à un noyé ou à un intoxiqué par le gaz d'éclairage une cure de réanimation intensive, susceptible de n'être pas toujours goûtée de l'intéressé. De même, il sera admis sans difficulté qu'un psychiatre maintienne, contre son gré, à l'hôpital psychiatrique tel furibond incontrôlé ou tel toxicomane aux aguets de la drogue (qui l'a déjà, à plusieurs reprises, annihilé). Une distinction majeure s'impose donc, selon qu'il s'agit d'un malade entravé physiquement et à l'égard duquel auront à prendre position le médecin somaticien ou le chirurgien, ou bien d'un malade entravé mentalement, posant des problèmes très spéciaux qui seront évoqués dans un second chapitre.

I. LE MALADE EST ENTRAVÉ PHYSIQUEMENT

a) *Sa vie est en danger*

Deux parents s'affrontent au chevet d'un enfant de quatre ans atteint d'une méningite tuberculeuse. Un nouveau médicament est essayé, mais pas sans risque puisqu'il peut laisser une surdité définitive. La mère prévoyant l'infirmité préférerait qu'il meure, le père est décidé à tenter l'impossible pour lui laisser la vie sauve: le médecin se trouve pris à témoin dans cette lutte entre le "*guérir à tout prix*" et le "*survivre à tout prix*". Aujourd'hui, l'enfant est devenu un grand adolescent complètement sourd. Qui oserait lui poser la question du choix de son destin ?

Prolonger une vie très probablement diminuée peut poser au médecin un grave cas de conscience, surtout lorsque l'intéressé n'a pas eu ou n'a plus voix au chapitre. Ainsi tel accoucheur a-t-il pu interdire aux sages-femmes de son Service de poursuivre la réanimation d'un nourrisson au-delà d'une demi-heure; passé ce délai, il estimait trop grands les risques de séquelles cérébrales irréversibles.

Un jeune transplanté, désespéré de vingt-deux ans, est tiré d'un profond coma oxycarboné

* Cet article de haute tenue déontologique expose d'épineux problèmes portés quotidiennement au jugement et à la conscience du médecin. Nous avons cru qu'il pourrait intéresser tous nos lecteurs. Il a paru dans "Médecine de France" en 1962. Nous avons obtenu du comité de rédaction de cette revue et de l'auteur, le privilège de reproduction dans notre journal. Nous les en remercions vivement.

L'esprit de l'auteur qui confronte selon une vivante acuité les deux facettes d'un conflit moral qui se multiplie sous différentes modalités, sera bien compris de nos lecteurs dont l'optique intellectuelle et la culture sont d'origine et de formation identiques.

La Rédaction

¹ Témoin d'une étrange nouvelle de Barbey d'Aurevilly: "*Hauteclair ou le bonheur dans le crime*" dans "*Les Diaboliques*".

(aggravé par une massive ingestion de rhum) mais sans recouvrer la parole, il subsiste pendant plus d'un mois quasi "décortiqué" dans une pitoyable vie végétative, le corps rongé d'escarres; après une lutte pied à pied où rien n'a été négligé, le médecin n'en est-il pas venu à préférer s'avouer vaincu, au fur et à mesure que s'amenuisaient les chances de totale récupérabilité? . . . Plus abrupte encore la situation de cet homme atteint d'un coup de couteau au cœur², qui refusa tout soin sachant qu'en expirant il faisait encourir à son ennemi la peine de mort, et que le chirurgien crut mieux faire de ne pas opérer, craignant de passer outre la plus expresse volonté du blessé. Mais peut-on se faire la moindre idée des dernières réactions d'un suicidé? N'a-t-on pas vu, tout dernièrement, se débattre désespérément dans les eaux de la Seine le corps d'une jeune fiancée abandonnée, qui, quelques secondes plus tôt, avec un froid courage, laissait dans un taxi son anorak et son sac contenant une lettre où elle justifiait sa résolution fatale en fonction de son amour?

Par ailleurs, ce n'est pas sans poser de problèmes qu'à la faveur des thérapeutiques modernes se multiplient aujourd'hui certaines survies, au point d'entraîner de nouveaux chapitres à l'étiopathologie. Le médecin devra-t-il violenter ou respecter la pensée de ce vieillard, atteint de pneumonie double, qui refuse les piqûres d'antibiotiques en soupirant: "*Laissez-moi mourir en paix*"? L'interventionnisme à outrance à cet âge peut être mal supporté et ne va-t-il pas, parfois, chez des sujets amoindris, à l'encontre de la seule euthanasie défendable: celle offerte par la nature? On ne saurait en aucun cas confondre en effet une éventuelle absence d'intervention du médecin avec l'acte plus discutabile destiné à abrégier chez un malade condamné des souffrances intolérables: c'est ici qu'à la limite, selon l'avis le plus autorisé, "*il serait permis, si le mourant y consent, d'utiliser avec modération des narcotiques qui adouciraient ses derniers moments, quitte à entraîner une mort plus rapide*". Question d'appréciation toute personnelle? de philosophie de la vie? L'un de nous, au cours d'une discussion entre confrères sur ce sujet, dit à l'autre qu'il considérerait comme son aîné: "*S'il m'arrivait à moi un pépin (sous-entendu: une affection incurable) je te demande aujourd'hui, en toute lucidité, de ne pas me prolonger et de m'aver-*

²Dont parle P. Gascar dans *le Figaro Littéraire* du 28-X-61. Du point de vue légal, le délit de non-assistance en danger de mort tombe lorsque la personne intéressée refuse délibérément tout secours.

tir le plus tard possible". Peut-être notre Confrère avait-il en mémoire l'histoire de ce moine âgé qui se supprima après avoir été informé de son diagnostic qu'il avait réclamé avec insistance, ou cet autre cas cité par Pasteur Vallery-Radot d'un leucémique épargné en France et se suicidant au cours d'un voyage en Amérique où la nature de son mal lui fut dévoilée. Il est sans doute plus sage de ne jamais présumer de ses forces, et plus encore des forces de l'autre! C'est ce qui se dégage de l'article 34 du Code de déontologie médicale³ ou encore du débat ouvert⁴ dans un hebdomadaire sous le titre "*faut-il dire la vérité aux cancéreux?*" A cette interrogation dramatique où le silence pèse au médecin parfois plus que l'aveu, il n'existe pas de réponse de principe, pourvu que le traitement soit assuré. Ainsi peut-on, en de rares conjonctures, estimer que tel sujet condamné à court terme gagnerait à ne pas rester le dernier informé . . . par exemple s'il est porté à sous-estimer la nécessité de la cure ou, à l'inverse, si sans illusion avant "le grand passage" il réclame le droit à la franchise en vue de mettre de l'ordre chez lui.

Dans tous ces cas d'espèce il faudrait, pour être apte à choisir *en fonction de l'autre* n'être plus rien soi-même ou être Dieu . . . ce qui s'observerait, dit-on, dans la vie des saints! Mais ne pouvant sans méprise prétendre à cet état, il conviendrait sans doute mieux, en face de notre frère désarmé, de prendre simplement conscience des limites de notre influence et à la question: "*que ferais-je à sa place?*", Substituer cette interrogation peut-être moins subjective: "*toi à qui le temps de respirer est compté, qu'aimerais-tu que je fasse, à cette heure, pour toi?*"

b) *La vie du malade n'est pas directement en jeu, sa santé seule est compromise.*

C'est alors que l'acte médical, contrat entre le médecin et le malade, suppose idéalement, comme le précisait le Professeur Portes devant l'Académie des sciences morales et politiques, "*d'une part une certaine égalité des forces entre les deux contractants et, d'autre part, la possibilité pour le patient de consentir de façon "libre et éclairée" à ce qui est médicalement proposé.* Mais pratiquement cette règle d'or est loin d'être toujours réalisable ou

³"Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade; un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il doit l'être généralement à sa famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite," titre II (art. 34) du code paru au décret du 28 nov. 1935.

⁴ Par le docteur R. Soupault.

réalisée car la médecine d'adultes oscille entre deux pôles comportant chacun son glissement propre: Celui de la médecine de clientèle où *le client* (sans même qu'il soit question de "certificat de complaisance") s'octroiera plus ou moins le droit d'acheter l'avis de son médecin, et celui de la médecine fonctionnarisée (comme elle tend de plus en plus à le devenir) où le malade, "sectorisé" selon son appartenance professionnelle ou géographique, devient *le patient* (pour ne pas dire le numéro), indisposé par une longue attente, déçu du coup d'œil blasé ou succinct du praticien, parfois découragé par l'impression d'avoir été considéré comme indésirable ou au contraire retenu comme cobaye. Ainsi telle patiente pourra rester traumatisée par le souvenir d'une présentation de malade dont elle fut l'objet et où la part d'exhibition à la galerie estudiantine aurait pu être, sans de sérieux inconvénients, atténuée, écourtée, sinon évitée. Chacun peut se demander avec toute la probité que comporte le serment hippocratique si, au nombre des garanties assurant sa validité au moindre acte médical, à côté des examens de laboratoire et des obligations administratives (selon l'intérêt scientifique ou la banalité du cas), une invitée silencieuse n'a pas été parfois escamotée: la pensée libre du malade.

Tout acte médical méritant ce titre suppose en effet la relation de deux personnes ayant entre elles un objectif commun: la maladie à combattre. Mais cette relation tripartite, *Le médecin, son malade et la maladie*⁵, est d'une ambiguïté psychologique dont M. Balint a dressé récemment une très remarquable analyse: "*Dans aucun manuel, il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne... devrait-il être une sorte de tuteur autoritaire qui sait mieux ce qui est bon pour ses pupilles, qui ne leur doit aucune explication, mais qui attend d'eux une obéissance fidèle? devrait-il offrir ses connaissances d'expert... se comporter en savant détaché, décrire objectivement les avantages et les inconvénients des diverses possibilités thérapeutiques et diététiques, mais en laissant à son patient l'entière liberté du choix (et en lui imposant aussi la responsabilité de ce choix)? devrait-il jouer le rôle du bon protecteur qui doit éviter à son pauvre enfant patient toute mauvaise nouvelle ou toute responsabilité douloureuse? ou devait-il se faire l'avocat de "la vérité avant tout", croire fermement*

que rien n'est plus mauvais que le doute et agir selon ce principe?..."

De son côté, l'objet "maladie" n'est pas souvent présenté sur un plateau comme un loup de la joue et l'on n'oubliera pas que les syndromes fonctionnels couvrent près d'un tiers de la morbidité chez l'adulte. Quant au "sujet" malade, même s'il échappe à la pusillanimité ou à la complaisance dans le symptôme, il lui reste "*à accepter les convictions et les commandements de son médecin ou, s'il les rejette, à moins de s'installer dans un état chronique d'ergotages, à choisir un autre médecin*". Balint s'applique à démasquer la part subjective inhérente à ces convictions du médecin dont il use parfois inconsciemment, sous couvert de bon sens, et qu'il tente après coup de justifier. Bergson, on le sait, précisait déjà: "*Les opinions auxquelles nous tenons le plus sont celles dont nous pourrions le plus malaisément rendre compte et les raisons par lesquelles nous les justifions sont rarement celles qui nous ont déterminés à les adopter.*" Des sourcils froncés au sourire débonnaire, du soupir blasé à l'encouragement tumultueux, du tant pis au tant mieux, il existe souvent une robuste part affective à contrôler pour atteindre à l'attitude objective du médecin "*limitant au nécessaire ses prescriptions et ses actes*".

Toutefois, s'agit-il de résister aux assertions prolixes d'une hypocondriaque, d'avertir loyalement avant toute intervention, fût-elle esthétique, des risques postopératoires, de ne pas cacher le caractère pénible et rigoureux de tel régime ou de telle mesure prophylactique⁶, le médecin évitera avec le maximum de tact de céder aux concessions qui ne manqueraient pas de se retourner contre lui. Qu'importe s'il connaît alors pour prix de son honnêteté de nécessaires limites à son influence (lorsque, comme dans notre pays, le malade conserve la possibilité de s'adresser ailleurs) car son temps est compté.

II. LE MALADE EST ENTRAVÉ PSYCHIQUEMENT

En psychiatrie, les limites de l'influence du médecin se font sentir peut-être de façon plus aiguë qu'ailleurs, puisque rien d'efficace et de constructif ne peut être entrepris en matière d'intervention psychologique sans le consentement du malade. Mais ici c'est la maladie, en règle générale, et non le médecin qui ne respecte pas la pensée de la personne... ceci va très loin.

⁵ Titre de l'ouvrage de Michael Balint traduit de l'anglais aux P.U.F.

⁶ On sait que la loi intervient pour les imposer, par exemple en matière d'hygiène ou de vaccination, dès que s'y trouve engagée la santé d'autrui.

Distinguons deux cas, selon que le sujet a conscience de ses troubles et demande qu'on l'en délivre, ou, au contraire, est totalement submergé par eux. Le *névrosé* supplicié intérieurement par ses tics, ses obsessions ou ses angoisses répond au premier cas. Pour lui, c'est sa pensée saine qui recourt à l'intervention du médecin, et, comme pour une affection physique, la question de confiance se trouve implicitement située à l'origine de cette intervention. Ceci étant bien établi, on ne saurait trop insister sur l'opportunité pour le spécialiste de poser explicitement au malade cette question de confiance, préalablement à toute psychothérapie, surtout si celle-ci est d'ordre analytique. En effet cette précaution permet d'éviter au praticien, outre une perte de temps ou d'énergie, des échecs évitables et surtout au malade de s'enliser à son insu dans les dédales de son inconscient plus ou moins heureusement défriché — et parfois implacablement dépiauté, puis disséqué par des méthodes intangibles — au risque d'y enliser ses possibilités de choix...

Aussi convient-il d'avertir l'intéressé que toute cure⁷ — individuelle ou collective — portant sur le domaine inconscient suppose de la part du médecin comme de lui-même de descendre d'un étage. Ainsi facilite-t-on l'accès à l'irrationnel, seule dimension où puisse jouer une intervention durable touchant aux racines psychologiques du sujet, sans préjudice pour le champ de la liberté consciente, où sa pensée rationnelle conserve sainement sa place et ses droits.

Tout autre est le second cas: celui où la maladie mentale revêt une acuité telle qu'elle submerge la pensée consciente de sujet — alors atteint de *psychose* — mettant, par exemple, sa vie en danger ou celle d'autrui, ou encore lui ôtant tout contact avec ses semblables en même temps que la conscience d'être malade. C'est alors qu'interviennent des mesures de protection qui furent à l'origine de la loi de 1838 (loi régissant l'internement, dont les applications, à la faveur des progrès des thérapeutiques psychiatriques, connaissent aujourd'hui bien des assouplissements). Ici la question se trouve transposée et s'exprime au plan concret de la façon suivante: "*Comment s'exerce le respect de la pensée chez le médecin responsable des malades internés? Où s'arrête son influence? Celle-ci n'est-elle point compromise par sa situation même, allant apparemment à l'encontre de leur liberté?*" Si de

tels malades ne sont jamais ses *clients*, d'après l'actuelle législation française⁸, ils peuvent dans certains cas devenir ses *patients*, c'est-à-dire subir sa tutelle comme une tyrannie, en gardant l'impression qu'ils restent à sa discrétion, victimes de ses humeurs, de ses appréciations, de ses limites. Sans savoir regarder en face de tels écueils, comment un médecin-chef assumera-t-il sa tâche malaisée? A vrai dire, tout internement non arbitraire pose, en règle, le drame d'une vie entière bloquée dans une impasse, tout au moins en ce qui concerne ses rapports avec la société... et au nœud de ce drame existe le plus souvent un divorce entre le comportement réel du malade et celui qu'il aurait aimé adopter. Or l'appauvrissement radical auquel le réduit la situation d'interné — quels que soient le confort et l'accueil rencontrés — le met précisément en demeure, dès qu'il commence à s'améliorer, de prendre conscience du décalage opéré par ses troubles entre la vie courante qu'il a subie et celle qu'il aurait voulu mener. Dans ces cas, le désir de la sortie, prélude de toute guérison, ne suffit pas à assurer des conditions nécessaires à une amélioration durable. Les causes qui ont conduit tel sujet à l'hôpital psychiatrique risquent de se reproduire si le malade n'est pas suffisamment armé pour se contrôler dans son comportement quotidien. Une fois hospitalisé, il ne deviendra capable d'une rectification ou d'une acquisition psychologique valable que s'il sent chez le médecin un allié totalement respectueux à la fois de sa pensée et de sa personne, qu'il s'agit justement de réconcilier. C'est ce qui est parfois si difficile à atteindre par le médecin et à accepter par le malade qui a accumulé dans le processus idéique morbide tous ses moyens de défense (ou de retrait) à l'égard d'une situation insupportable.

A la patiente disponibilité du psychiatre (jamais complice des cercles vicieux, des processus tentaculaires ou des idées fixes — ces *calcifications de la pensée*) — les malades vont réagir selon l'extrême variété de leur vie intérieure antécédente, de leur degré de maturité, de leur tempérament ou des complexes qui les amputent, les désaxent ou les dévorent. Ainsi telle toxicomane, entrée volontairement, puis retenue malgré elle vous saura gré, une fois guérie, de ne pas avoir cédé aux plus durs moments du sevrage à son idée que le médecin était son persécuteur ou que telle lotion alcoolisée était nécessaire à l'entretien de sa peau. La moindre concession faite à la conviction délirante d'un

⁷ Psychoanalyse, narco-analyse ou psychodrame.

⁸ Faisant de lui un fonctionnaire de l'Etat.

jaloux ou d'un paranoïaque serait suivie de redoutables conséquences !

Où se loge donc, ici, le respect de leur pensée ? Ce n'est, à coup sûr, ni celui de l'homme de la rue qui, raisonnant avec le malade, ne fait qu'attiser son délire, ni celui de ce prudent ecclésiastique qui, faute de mieux, conseillait à l'une de ses pénitentes tourmentées par ses obsessions: "*Ma chère fille, pensez-y le moins possible.*" De même que dans la chirurgie du cancer il ne s'agit pas de faire l'autruche, et encore moins d'agacer la région tumorale avant l'extirpation, dans l'intervention psychologique en profondeur, il convient d'abord de circonscrire le mode de pensée morbide en freinant au maximum la virulence des charges émotionnelles qui la sous-tendent. A ce premier temps, grandement facilité aujourd'hui par la chimiothérapie (plus rarement par certaines cures biologiques non détériorantes) et auquel concourt l'isolement, s'ajoute le second temps, plus essentiel encore, celui d'une psychothérapie dont M. A. Sechehaye⁹ en Suisse et J. N. Rosen¹⁰ aux États-Unis nous ont donné vis-à-vis des schizophrènes des exemples saisissants où l'être tout entier, sortant d'une position de refus commence à structurer une pensée saine nourrie d'affectivité à la faveur d'une relation nouvelle: celle du transfert. En effet, sans ce véhicule humain rétablissant un contact avec la pensée d'un autre, le monde noétique de l'*aliéné* (au sens étymologique) reste emmuré en lui-même: ceci souligne le caractère majeur faisant de la psychose une maladie relationnelle.

Plus particulière encore se trouve la situation du psychiatre en face d'un malade atteint de syndrome d'influence éprouvant un sentiment de dépersonnalisation, de violation ou de rapt de la pensée: "*on pense pour moi*", déclare-t-il, "*on devine mes pensées*", "*on les dirige, du dehors, sans mon consentement*", "*on les vole*". Comment ne pas rapprocher de ce parasitisme envahissant (pouvant aller jusqu'à la possession) les innombrables entorses au respect de la pensée endossées

par le malade dans son passé. Le plus souvent doté dès sa première enfance de moyen de défense insuffisants, il a pu être contaminé par une poussière d'idées fausses ou culpabilisantes emmagasinées comme autant de corps étrangers encombrants ou dissolvants: à ce sujet, trop d'adultes — nous l'avons récemment souligné (11) — imposent à l'enfant leurs conceptions, leurs idées ou leurs jugements, sans établir avec eux un vrai dialogue, seul capable de nourrir leur pensée naissante en la respectant. A l'extrême, une fois franchi un certain seuil, chez les sujets les plus sensibles et les moins résistants, pourraient s'installer ces processus mentaux d'*intrusion* réduisant l'homme à un champ de bataille ou à un bric-à-brac avec l'atroce impression d'être mécanisé, d'être devenu un robot ou une chose.

Ces cicatrices, difficiles à refermer, qui sillonnent le cerveau d'une humanité blessée, avant qu'on en puisse faire un plus subtile inventaire au plan organique, ne viennent-elles point parmi d'autres témoigner de ces ravages de l'homme sur l'homme (*homo homini lupus*) et n'appellent-elles pas en négatif notre méditation sur l'art difficile du respect de la pensée d'autrui ?

CONCLUSION

Que le médecin, comme l'y invite René Laforque (12), "*prenne de nouveau en considération ce qui le dépasse*" et que l'expérience de la souffrance le contraigne "*de rompre avec une comptabilité matérialiste étroite selon laquelle il pourrait, par son dirigisme intellectuel, s'emparer de tous les leviers de commande de la nature*". Qu'il se souvienne, après Ambroise Paré, quel que soit le pouvoir qui lui est laissé sur l'organisme d'autrui, qu'il n'est jamais, comme un capitaine de navire, seul maître à bord. La connaissance ne reste toujours pour lui que la lanterne de Diogène... en tout malade curable ou incurable, il lui faut rencontrer un homme.

⁹ Sur un mode indirect et symbolique.

¹⁰ Sur un mode direct.

¹¹ "*Le respect de la pensée*", P. Bour, *Presse Médicale* du 21-x-61, 69e année, No 44.

¹² L'éminent psychanalyste français.

ANALYSES

MÉDECINE

Jean VAGUE et J.-L. CODACCIONI: **Les modifications de la faim.** "Revue du Praticien", 12: 3533 (21 décembre) 1962.

Le principal traitement de l'obésité consiste à établir d'abord un régime diététique dans le but de diminuer les calories ou même d'aller au-dessous surtout au début. Si on veut s'attaquer à la maigreur, le régime hypercalorique a sa principale indication. Le traitement varie énormément, tout dépendant de la collaboration du sujet qui doit prendre conscience de ses responsabilités.

Le patient doit surveiller son poids même s'il est parvenu à son chiffre normal. Une fois sa ration établie, il doit s'y adapter. Le grand malheur, c'est que le patient est trop mal placé pour apprécier exactement ses besoins caloriques "sous-estimés par les maigres, surestimés par les obèses", surtout durant l'enfance, la puberté et la grossesse. Les uns commettent des erreurs diététiques conduisant à un poids exagéré, alors que chez les autres, c'est plutôt par la réduction de leur ration au-delà des besoins biologiques qu'ils seront considérés comme des gens maigres. Certaines circonstances de la vie favorisent sciemment ou inconsciemment la maigreur et même l'obésité.

Pour obtenir le retour du poids à la normale chez les gras comme chez les maigres, il faut viser au "véritable reconditionnement du comportement alimentaire". Chaque sujet à la longue doit maintenir sa ration alimentaire automatiquement à un niveau convenable. L'appétit est conditionné par le cortex cérébral (facteurs psychologiques, sociaux, culturels, religieux, symboliques, etc.). Les centres hypothalamiques, les hormones, les humeurs, les cellules, les tissus, le tube digestif jouent des rôles aussi importants.

Même si les "anorexiantes" ou les excitateurs de l'appétit doivent être considérés comme des adjuvants, ils sont surtout indiqués pour amorcer la première phase du traitement. Ce qui importe avant tout, c'est la diète. C'est à tort que les patients doivent compter sur la pilule "miraculeuse" et le traitement est long. Les médicaments ont parfois des effets très variables, parfois nocifs, parfois inefficaces. Enfin, il est indiqué de faire de la psychothérapie.

Les médicaments dits "anorexiantes" ou modérateurs de la faim atténuent ou diminuent les sensa-

tions digestives. Ils ont une action sur un des points de départ de la faim.

Il y a aussi les médicaments ayant une action sur le système nerveux; ils modifient ou inhibent l'action des centres régulateurs de la faim. Les plus connus sont les amphétamines.

Parmi les médicaments excitants de la faim les plus usuels et les plus simples sont les gouttes d'amers, la liqueur de Fowler, la noix vomique, le kola, le fénugrec, etc.

L'apport calorique pour un maigre doit être supérieur à 6,000 calories.

Il y a les neuroleptiques: l'isoniazide, la réserpine, etc. Quant aux hormones (insuline, corticoïde, anobolisants), elles peuvent devenir très utiles.

Chez les sujets obèses comme chez les amaigris, on constate ordinairement des troubles du caractère, de l'humeur et de l'affectivité allant parfois jusqu'à l'angoisse ou la dépression, ce qui n'est pas une raison suffisante pour contre-indiquer ou pour cesser la cure. Il est parfois nécessaire de retirer le patient de son milieu qui, la plupart du temps, lui est néfaste. Il faut prendre un soin particulier de son psychisme en ayant recours à la psychothérapie et aux médicaments antidépresseurs les plus usuels. La cure des obésités ou des maigreurs doit être bien expliquée, bien comprise des malades. Il importe qu'ils ne doivent pas trop compter sur les médicaments. Au départ, ils doivent être convaincus de la nécessité absolue du régime riche en calories pour les maigres, pauvre en calories pour les obèses. C'est à ces conditions que le succès couronnera les efforts.

Paul-René ARCHAMRAULT

H. FLAVIGNY: **Traitement des insomnies.** "Revue du Praticien", 12: 3543 (21 décembre) 1962.

Les médecins sont tous les jours consultés pour de l'insomnie qui est souvent le seul trouble dont les malades ont à se plaindre. Il y a aussi tous ceux qui cherchent à se procurer eux-mêmes les médicaments les plus divers dans le but de vaincre une insomnie plus ou moins évidente dans nombre de cas.

Tout thérapeute doit envisager avant tout les aspects cliniques multiples de l'insomnie. Il devra tenir compte du moment d'apparition de l'insomnie, de son rythme, de son évolution dans le temps et des symptômes qui l'accompagnent.

Dès l'abord, nous devons toujours accepter avec scepticisme l'appréciation personnelle qui risque d'être interprétée selon les caprices de chacun.

Le véritable insomniaque a les traits tirés ou est très fatigué; il est amaigri et il paraît très inquiet.

Quant aux "faux insomniaques" et ils sont nombreux, ils se reconnaissent au fait qu'ils paraissent jouir d'une bonne santé générale.

Il y a aussi les insomnies "essentiels" qui sont difficiles à reconnaître à certains points de vue. C'est le type qui est impressionné par la fatigue, le bruit, la chaleur, le froid, la vision d'un fait grave de la vie quotidienne, par des difficultés importantes. En somme, c'est "le reflet de nos journées, de notre moi total physique, affectif, sexuel, social", dépendant de la prédisposition de chacun. Ce sont les anxieux d'occasion, affectés par le surmenage, le manque de détente, les traumatismes psychologiques et émotionnels. "Le sommeil apparaît donc comme un témoin de notre mode de vie, et un reflet de notre existence qui est elle-même réfléchi par notre système nerveux".

L'auteur n'a étudié que le traitement des insomnies essentielles puisque l'insomnie épiphénomène est subordonnée au traitement de l'affection causale.

Il y a d'abord les mesures d'hygiène mentale à considérer. Autant que possible ne recourir qu'aux médicaments hypnotiques seulement lorsque tout a échoué.

S'abstenir des stimulants, des excitants. Le patient devra être convaincu qu'il y a aussi un temps pour le travail, pour le repos, pour les repas. Il est interdit d'invertir ces temps essentiels. Les loisirs seront bien occupés; s'éloigner du bruit. L'exercice par la promenade à pied, le repos hebdomadaire, les vacances, le refus d'accumuler trop de responsabilités, la gymnastique, l'hydrothérapie, le fait d'éviter les discussions vives et les spectacles impressionnants sont des moyens très efficaces dans la lutte contre l'insomnie.

Quant aux méthodes chimiothérapeutiques, il y a: les barbituriques: phénobarbital, butobarbital, amobarbital, mebubarbital, sécobarbital, etc., ils ont une action définie; les neuroleptiques: chlorpromazine, réserpine, lévomépromazine; les tranquillisants: méprobamate; les médicaments classiques de l'insomnie: valériane, passiflore, bromure, phénergan; les médicaments récents de l'insomnie essentielle: les dérivés des phénotiazines peuvent parfois remplacer les tranquillisants.

L'action hypnotique de ces médicaments est variable. Ils sont d'abord des sédatifs, des anxiolytiques avant d'être des hypnotiques.

Parmi les inconvénients, les barbituriques exceptés, l'endormissement est assez lent, le réveil est lourd et pénible; il est accompagné de pesanteurs intellectuelles. L'échec de ces médicaments varie selon les individus. Il y a danger d'accoutumance, sans parler de la toxicité parfois fatale, si le malade en abuse. Ce qui est consolant, c'est la faible toxicité des hypnotiques nouveaux. L'intolérance est absente ou discrète. L'action sur la formule sanguine est minime. Le sommeil est plus physiologique, le réveil est plus agréable.

Si l'on veut agir sur l'insomnie du début de la nuit, ce sont les barbituriques dits "d'induction" à action rapide qui sont indiqués (les hypnotiques nouveaux, le nembutal, etc.).

Si, au contraire, on veut agir sur l'insomnie à retardement, ce sont le gardénal, le phénergan, le méprobamate, etc. qu'il faut choisir. On doit se méfier de la somnolence secondaire.

L'expérience de chaque médecin devra tenir compte des variations individuelles quant au choix du ou des médicaments à employer. Que le thérapeute s'inquiète d'abord du mode de vie du malade pour le modifier au besoin en s'inspirant des règles d'hygiène mentale. Le choix du médicament s'impose lorsque tout aura été tenté.

Paul-René ARCHAMRAULT

CHIRURGIE

K. NAKAYAMA et K. HIROTA: *Expérience chirurgicale résultant de 3000 cas de cancer de l'œsophage et du cardia.* (Experiences of about 3,000 cases with cancer of the oesophagus and the cardia.) "The Australian and New Zealand Journal of Surgery", 31: 222-230 (février) 1962. Mentionné dans "Journal de Chirurgie", 84: 367-369 (octobre) 1962.

De 1946 à 1959 Nakawama et ses collaborateurs examinèrent 3,056 patients dont 1998 furent hospitalisés et 1161 opérés. Les auteurs mentionnent alors que le taux de mortalité opératoire du cancer de l'œsophage à l'exclusion du segment cervical est habituellement de 20% et plus, et ils rapportent que chez ces 1161 malades opérés d'un cancer de l'œsophage et du cardia il fut de 6%. L'explication de cette différence réside d'après eux dans la technique chirurgicale qu'ils emploient.

Cancer de l'extrémité supérieure ou de la partie moyenne de l'œsophage. — Dans ces cas trois variantes opératoires sont alors possibles:

(1) Résection totale de l'œsophage thoracique par voie thoracique droite et œsophago-gastrostomie thoracique antérieure.

(2) Résection totale de l'œsophage thoracique par voie thoracique droite et œsophago-gastrostomie intrathoracique.

(3) Résection totale de l'œsophage thoracique et œsophago-gastrostomie au niveau du cou.

Sur 320 cas de cancers de l'œsophage supérieur et moyen, la mortalité opératoire s'éleva à 9.4% chez les 271 cas (80%) opérés par anastomose thoracique antérieure.

Depuis quelque temps les auteurs suggèrent de réaliser l'anastomose thoracique antérieure en trois temps, soit:

Premier temps:

Gastrostomie permettant l'alimentation du malade, avec ablation complète des métastases cœliques, ainsi que des métastases de la région du cardia. Ce temps chirurgical est suivi d'un intervalle allant de une à trois semaines au cours duquel on pratique la radiothérapie ou encore la cobalthérapie.

Second temps:

Résection complète de l'œsophage par voie thoracique droite puis œsophagostomie au niveau du cou avec le moignon proximal. A l'aide d'un tube reliant l'œsophagostomie et la gastrostomie, le patient est alimenté par voie orale.

Troisième Temps:

Six mois plus tard ou même plus tardivement, et seulement chez les patients ne présentant pas de récidives, on pratique:

une laparotomie;

la mobilisation de l'estomac et la formation d'un tube gastrique à travers un tunnel sous-cutané en avant du sternum;

une anastomose au moignon de l'œsophage.

N.B. Chez les 50 malades opérés selon cette technique en trois temps, aucun décès ne fut constaté.

Cancer de l'extrémité inférieure et du cardia

Dans ces cas la voie thoracique gauche est utilisée et deux modalités chirurgicales peuvent être employées:

(1) résection de l'œsophage inférieur et du cardia puis œsophago-gastrostomie thoracique gauche.

(2) résection de l'œsophage inférieur et du cardia puis œsophago-jéjunostomie thoracique gauche.

Sur 841 malades opérés pour ces lésions les auteurs rapportent une mortalité opératoire de 4.8% ce qui représente moins de la moitié de la mortalité des lésions hautes.

Résultats:

En ce qui concerne 74 cas de résection pour carcinome primitif de l'œsophage, cas qui ont été suivis pendant cinq (5) ans, l'exploration peropératoire avait démontré:

— l'absence de métastases ganglionnaires dans 28% des cas.

— la présence d'une métastase isolée au niveau des ganglions œsophagiens dans 21% des cas.

— la présence de métastases ganglionnaires paracardiales dans 18.5% des cas.

— la présence de métastases ganglionnaires de la chaîne paracardiale et cœliaque dans 14.3% des cas.

De plus, les auteurs notent qu'une infiltration directe traversant la paroi œsophagienne est en rapport étroit avec le pronostic. Chez 50% des survivants de 5 ans l'infiltration ne s'étendait pas au-delà de la paroi musculaire de l'œsophage, elle se propageait au-delà de la paroi musculaire chez 17.6% et au-delà de la séreuse chez seulement 13.2%.

Pierre AUDET-LAPOINTE

C. DUBOST, P. BLONDEAU, A. PIWNICA et S. LEVY-LEMANN: **Les tumeurs de la surrénale.** (Étude clinique et thérapeutique fondée sur une expérience de 30 tumeurs opérées depuis 10 ans.) "Journal de Chirurgie", 84: 5-43 (juillet-août) 1962.

Les trente (30) tumeurs rapportées se répartissent ainsi:

— 14 phéochromocytomes.

— 6 tumeurs pour syndrome de Cushing.

— 2 tumeurs pour syndrome de Conn.

— 1 tumeur cortico-surrénale hypertensive.

— 4 tumeurs virilisantes.

— 1 tumeur féminisante.

— 2 tumeurs afunctionnelles.

Dans une première partie les auteurs étudient les tumeurs médullaires des surrénales soit les phéochromocytomes, et c'est cet aspect de l'article qui a surtout retenu notre attention.

L'anatomie-pathologique de ces tumeurs y est d'abord revue: aspect macroscopique, tumeurs ectopiques, localisation et histologie. Quant à ce

dernier point, ils notent la difficulté de porter un diagnostic histologique de malignité et ils rapportent l'opinion de Masson, d'ailleurs partagée par d'autres, qui nie l'authenticité des observations de phéochromocytomes malins. Pourtant, ces auteurs sont scientifiquement convaincus d'en avoir trouvé et d'après eux seule l'évolution vers une métastase décide d'un statut de malignité.

L'étude clinique de ces cas a démontré que la moyenne d'âge des patients était de 40 ans, le plus jeune ayant 15 ans et le plus vieux 56 ans. Quant à la répartition, elle était de 9 femmes pour 5 hommes.

Les auteurs divisent ensuite leurs cas de phéochromocytomes en deux groupes: soit un premier groupe où sont classés les phéochromocytomes avec hypertension paroxystique 1° chez les normotendus et 2° chez les hypertendus permanents. A ce sujet, les auteurs répondent à la question suivante: "L'accès paroxystique est-il pathognomonique d'un phéochromocytome?". Non, disent-ils et ils affirment que des affections diverses peuvent amener cet état (affections diencéphaliques, hyperplasie de la surrénale, etc.). Ils mentionnent ensuite la statistique de Sterne qui a trouvé 10 cas d'hypertension paroxystique sur 1857 dossiers d'hypertension et où le phéochromocytome n'intervenait comme facteur étiologique que dans un seul cas. Dans le second groupe se retrouvent les phéochromocytomes avec hypertension permanente et sans paroxysme.

D'après les auteurs cette hypertension permanente comporte des particularités bien spéciales. Ainsi, écrivent-ils que "l'instabilité tensionnelle nous paraît être la marque clinique la plus constante du phéochromocytome" et ils ajoutent que "le caractère le plus significatif est la chute tensionnelle initiale par passage du clinostatisme à l'orthostatisme suivie d'une remontée de la tension artérielle". Puis, ils soulignent le caractère évolutif de cette hypertension qui se dirige souvent vers la malignité avec atteintes oculaire, rénale, cardiaque et neurologique. Enfin, ils mentionnent l'hyperglycémie comme un élément très évocateur au cours d'une hypertension et ils nous renvoient aux études particulièrement faites dans ce domaine par Hazard et ses collaborateurs ("Les perturbations du métabolisme des glucides au cours de l'évolution des phéochromocytomes" *in Path. Biol.*, 7 (1959) pages 2271).

Pour terminer cette première partie de leur article, les auteurs renvoient les divers éléments du diagnostic des phéochromocytomes soit:

- 1 — Palpation de la tumeur (14% des cas).
- 2 — Tests pharmacodynamiques (Histamine et Régistine).
- 3 — Dosages des cathécolamines sanguines et urinaires.
- 4 — Le rétro-pneumo-péritoine avec cliché standard, tomographie de centimètre en centimètre, urographie associée, tomographie frontale et stratigraphie axiale).
- 5 — L'aortographie.
- 6 — La pyélographie endo-veineuse.

Pierre AUDET-LAPOINTE

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Ph. DETRIE: **La cholangiométrie: Une méthode peropératoire simple d'appréciation de l'état fonctionnel des voies biliaires.** "Presse méd.", 70: 995, (25 avril) 1962.

La cholangiométrie peropératoire consiste, après avoir rempli la voie biliaire principale de 5 cm³ de diodone, à pratiquer des clichés en série toutes les cinq minutes. Elle permet d'apprécier la morphologie et surtout l'état fonctionnel de la voie biliaire. Normalement l'hépatocolédoque évacue la substance de contraste en quinze minutes. La méthode met en relief de façon simple tous les obstacles à l'écoulement biliaire, non seulement au niveau du sphincter d'Oddi, mais aussi en n'importe quel point de l'arbre biliaire, ce dernier point constituant un avantage certain sur la manométrie qui n'explore que le cholédoque terminal.

Guy ALBOT

À. DESGREZ: **Examens paracliniques réalisés en hépatologie à l'aide des radioéléments artificiels.** "Arch. Mal. App. Digest", 51: 523 (mai) 1962.

A l'heure actuelle les examens réalisés à l'aide de radioéléments artificiels susceptibles de rendre service au clinicien dans le domaine de l'hépatologie peuvent être classés en deux groupes:

- 1°) les courbes fonctionnelles comprennent essentiellement l'épuration sanguine de l'or colloïdal dont la mesure permet d'étudier le débit hépatique, et les épreuves de perméabilité des voies biliaires qui plus intéressantes que la seule épuration du rose bengale sont susceptibles de déceler non seulement l'existence mais le siège d'une obstruction biliaire.
- 2°) les scintigrammes, images qui réalisées avec l'un des deux produits précédents donnent suivant le cas des renseignements morphologiques ou fonctionnels.

Guy ALBOT

M. LEVRAT, P. MICHAUD, R. LAMBERT et J. PASQUIER: **Hémorragies digestives et ulcères gastroduodénaux compliquant les suites d'une intervention chirurgicale.** "La Presse Médicale": 70: 1797 (22 septembre) 1962.

La survenue d'un ulcère aigu post opératoire en neuro-chirurgie est bien connue. De tels accidents peuvent s'observer également en chirurgie générale. Les auteurs ont retrouvé 68 observations depuis 1948, en retenant 5 cas personnels. L'intervention déclenchante est très variable il faut retenir au premier plan, le rôle de la chirurgie cardio-vasculaire; la chirurgie génito-urinaire et la chirurgie colique sont également importantes. L'âge des patients est variable, mais il faut retenir l'importance doctrinale des accidents observés chez l'enfant et la fragilité des sujets âgés. Le terrain constitutionnel prédisposant est souvent retrouvé: il s'agit du terrain ulcéreux. Les caractères cliniques des accidents sont variables: hémorragie habituellement très grave, perforation également grave, poussée douloureuse chronique ou latence absolue. Les caractères évolutifs permettent d'opposer les formes aiguës très graves et les formes chroniques, plus rares, évoluant comme une poussée ulcéreuse banale.

Guy ALBOT

PNEUMOLOGIE

M. BARIÉTY et P. THIBAUT: **Les plus grands progrès en pneumo-phtisiologie.** "Rev. Prat.", 12: 36 (7 décembre) 1962.

Les plus grands progrès en tuberculose pulmonaire concernant plus la prévention de la maladie tuberculeuse que la découverte de nouveaux médicaments.

La recherche de la sensibilité à la tuberculine a été précisée. La dose idéale pour une intra-dermo-réaction est de 10 unités internationales avec lecture après 4 à 5 jours et le nodule érythémateux doit avoir un diamètre d'au moins 5 mm.

La vaccination par le B.C.G. doit être faite par scarification ou par voie intradermique. Cette lésion ne se cicatrise qu'au bout de quatre mois environ.

L'isoniazide peut être employée chaque fois qu'il s'agit de protéger momentanément une personne qui est exposée, chaque fois aussi qu'un traitement précoce est entrepris, surtout si on a à lutter contre une primo-infection tuberculeuse. Pour plusieurs, l'isoniazide semble représenter le traitement d'attaque.

La gravité des contaminations par les adultes (la primo-infection) est beaucoup moindre. L'iso-

niazide a une action assez souvent spectaculaire et rapide. D'après le Congrès d'Alger, les médicaments bactériostatiques doivent amener la guérison de la tuberculose pulmonaire dans 95% des cas. Les conclusions de ce Congrès favorisent la chirurgie après 6 à 12 mois d'une chimiothérapie jugée inefficace.

Quant aux plus grands progrès en pneumologie, si l'on considère en particulier les cancers broncho-pulmonaires, il y en a très peu.

Les pneumopathies aiguës, les viroses pulmonaires, les mycoses pulmonaires rencontrent des succès thérapeutiques obscurcis par des résistances décevantes.

Les pneumopathies chroniques (les bronchites chroniques, l'emphysème pulmonaire, les localisations médiastinales, les collagénoses respiratoires, etc.) ne connaissent pas de grands progrès au chapitre du traitement.

Quant à la méthode de biopsie à l'aiguille, elle présente un très grand intérêt, surtout au point de vue diagnostique. Elle est inoffensive. Elle permet de porter un diagnostic chez un nombre important de cas.

Paul-René ARCHAMBAULT

NEUROLOGIE

J. R. GRISLAIN, C. de FERRON et P. de BERRANGER: **Paralysies sciatiques du nouveau-né et du nourrisson.** "An. de Pédiatrie", 9: 62-63, 461-466 (sept.) 1962.

Cette étude est présentée à l'occasion d'un cas de paralysie sciatique survenue à la Clinique médicale infantile de Nantes.

La littérature sur ce sujet est peu abondante. 43 observations dans la littérature étrangère sont associées à l'observation présente, ce qui permet d'en discuter la symptomatologie.

Observation — Jeune prématuré pesant 1530 grammes (3.3 lbs) au terme de 6 mois et 10 jours qui présente de la difficulté respiratoire nécessitant l'injection intra-musculaire d'un analeptique cardio-respiratoire à une reprise et de Gardenal également à une reprise. L'élevage se fait ensuite normalement et il revient à l'âge de 6 semaines pour une impotence motrice du membre inférieur droit. (Il pèse à ce moment 2.2 kg (4.8 lbs).

Examen — 1 - trouble moteur prédominant sur les muscles de la loge antéro-externe de la jambe; 2 - pied tombant; 3 - extension du pied légèrement atteinte; 4 - flexion de la jambe sur la cuisse semble normale; 5 - réflexe achilléen droit aboli, mais le rotulien est normal; 6 - atrophie musculaire 1 cm au mollet; 7 - insuffisance de croissance du pied droit.

Aucun autre trouble dans les membres.

Il s'agissait donc d'une paralysie sciatique originaire à L5 S1. L'évolution s'est faite normalement avec disparition progressive de l'atrophie et de l'inégalité des deux pieds.

Revu à l'âge de 10 mois, les mouvements spontanés du pied sont redevenus normaux et seule persiste une légère atrophie du mollet droit.

Ceci représente la forme typique des paralysies sciatiques dont voici la symptomatologie:

1 — les troubles moteurs sont constants, mis en évidence par la recherche d'une attitude anormale de la jambe et du pied et par la mobilisation passive pour découvrir une hypotonie. Des 43 cas observés, les troubles moteurs ont été très bien analysés chez 30 et l'on constate: 28 fois l'atteinte du sciatique poplité externe dont 10 fois seul et 18 fois associé à des troubles du poplité interne; 14 fois du poplité interne dont 2 fois seul et 12 fois en association; 12 fois l'atteinte porte sur le tronc sciatique.

Cette prédominance du sciatique poplité externe peut s'expliquer par une fragilité plus grande de cette branche ou par une division anormalement précoce du nerf;

2 — les troubles des réflexes: le rotulien est toujours normal; l'achilléen est toujours atteint;

3 — les troubles sensitifs: difficiles à rechercher à cause de l'âge. Avec de la patience, on parvient à les mettre en évidence;

4 — les troubles trophiques: toujours présents et ils ont une grande valeur pronostique; troubles immédiats: plaque de lividité sur la jambe; troubles tardifs: anomalie de la coloration, anomalie de la chaleur locale, anhydrose, escarres fessières ou granulomes, ulcères trophiques récidivant à la marche;

5 — atrophie musculaire avec troubles de la croissance osseuse;

6 — circonstances étiologiques: tous comparables. Il s'agit presque toujours d'enfants prématurés, d'enfants de faible poids à la naissance ou d'enfants en état de nutrition insuffisant au moment de l'installation de la paralysie. L'injection intra-musculaire précédant la paralysie est notée dans 18 cas.

Pathogénie. 1 — Théorie allergique: ces substances provoqueraient une mononévrite allergique, mais cette théorie est abandonnée aujourd'hui.

2 — Théorie ischémique: 2 voies artérielles participent à l'irrigation du nerf sciatique, l'une longitudinale venant du bassin qui est chez le fœtus

l'artère principale du membre inférieur; l'autre transversale formée de plusieurs petits vaisseaux venus des régions fémorales par l'artère circomplexe moyenne et les 2° et 3° perforantes, donc d'origine de l'iliaque externe. Le sciatique poplité externe serait moins bien vascularisé que le sciatique poplité interne. L'injection jouerait le rôle d'un facteur ischémique. Cependant, nous manquons d'arguments anatomo-cliniques pour justifier cette hypothèse.

3 — Théorie du traumatisme direct du nerf: ce serait un problème neuro-toxique et ceci s'appuie sur des bases anatomo-cliniques. Il s'agirait d'une lésion intra-neurale créée par la substance injectée et pas du tout par la compression extrinsèque du médicament. La pathologie en effet montre de la fibrose péri et intra-neurale avec adhérence sur le trajet du nerf pouvant aboutir à de la neurolyse d'ailleurs observée.

Le pronostic semble être d'autant plus grave que l'enfant est jeune au moment de l'injection. Sur 26 observations suivies parmi les 43 cas, on observa de très bons résultats: 5 fois (19%); une amélioration modérée: 8 fois (23%) soit avec persistance d'un léger pied tombant avec steppage et troubles de la croissance osseuse; des séquelles graves: 7 cas (27%), entraînant une incapacité permanentes. Parmi ces séquelles, on note, par ordre d'importance: pied tombant: 70%; incapacité de croissance: 64%; parésie: 13.5%; contractures: 13.5%; raccourcissement du tendon d'Achille: 4.5%; sensation douloureuse du pied: 4.5%.

On doit noter qu'un ralentissement des réponses des muscles n'a pas de valeur pronostique, lorsqu'il est observé au début de la maladie, comme s'il dépendait d'une sidération nerveuse. Mais un affaiblissement des réponses plusieurs mois après le début de la maladie témoigne d'un pronostic défavorable.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec compression médullaire, une malformation, une poliomyélite aiguë, une atteinte polynévritique ou mononévritique, avec une intoxication ou une maladie du collagène.

La thérapeutique est médicale, comportant l'emploi de vitamines du groupe B; elle est chirurgicale dans la libération du nerf avec résection des tissus nécrosés et de brides et cicatrices. Le traitement chirurgical ne sera employé que plusieurs mois après le traitement médical, si aucune amélioration est notée, et précocement s'il existe un granulome profond.

La prophylaxie consistera à abandonner les injections intra-fessières chez le nourrisson, le nouveau-né et surtout chez l'hypotrophique et le prématuré.

Il faut se souvenir que l'enfant bouge beaucoup, ce qui peut faire dévier l'aiguille au moment de l'injection, car il n'est pas nécessaire de traumatiser le nerf pour en déterminer une lésion. Une simple concentration trop élevée du produit médicamenteux au voisinage immédiat du nerf suffirait à déterminer la formation d'une fibrose réactionnelle péri-neurale responsable des paralysies. On peut causer des accidents similaires par l'injection intra-deltaïdienne.

La région la plus sûre pour l'injection intramusculaire chez le nouveau-né est la face latérale de la cuisse, dans le vaste externe où ne se trouve aucune structure neuro-vasculaire importante.

Jacques FORTIN

PÉDIATRIE

Julien MARIE et Gilles LYON: **Les convulsions de cause métabolique chez l'enfant**, "Rev. du Praticien", 13: 781 (1er mars) 1963.

Les troubles métaboliques susceptibles de causer des convulsions sont multiples.

Les auteurs ont ici revu en détail les causes les plus fréquentes où les convulsions étaient dues à un trouble métabolique précis: hyponatrémie et hypernatrémie, hypoglycémie, hypocalcémie et défaut de pyridoxine. Ces étiologies (35% des convulsions de l'enfance dans la série des auteurs) ont été particulièrement étudiées à cause de leur retentissement sur le développement neuro-psychique de l'enfant.

1) Convulsions par *hyponatrémie*

A noter qu'elle entraîne un œdème cérébral avec de graves perturbations de la fonction cérébrale.

Nous aurons alors les symptômes de "l'intoxication par l'eau" (Water Intoxication de Rowntree) avec céphalées, vomissements, altération progressive de la conscience allant au coma, et surtout des convulsions d'abord isolées, puis généralisées. Dans les hyponatrémies sévères, on aura un état de mal épileptique. Le L.C.R. à une tension élevée. La correction a un résultat remarquable dans ces cas.

L'hyponatrémie provient de causes variables telles:

a) perte exagérée de sodium par des vomissements répétés, aspiration gastro-duodénale, néphropathie avec perte de sel, etc.

b) apport excessif d'eau avec élimination rénale insuffisante, ou une

c) association de ces deux mécanismes.

Principales causes d'intoxication par l'eau:

— réhydratation post-opératoire.

— au cours de neuro-chirurgie sur le IIIe ventricule, danger de rétention hydrique.

— réhydratation un peu intempestive dans des affections neurologiques avec hyponatrémie.

— les lavements hypotoniques amènent la rétention hydrique.

— l'arachnoïdo-urétérostomie (hydrocéphales) également peut amener d'importantes pertes de sodium.

En guise de traitement, on donne du NaCl à 3%.

2) Convulsion par *hypernatrémie*

Elles sont rares ici mais vont parfois laisser des séquelles épileptogènes.

L'hypernatrémie va entraîner une diminution du tissu nerveux avec dilatation "a vacuo" marquée de tout l'arbre vasculaire intracérébral avec stase sanguine. On pourra avoir une véritable *encéphalopathie hémorragique*.

La cause la plus fréquente est la déshydratation hypertonique au cours de la diarrhée du nourrisson.

L.C.R. hypotendu avec des protéines élevées.

Les convulsions elles-mêmes sont mal expliquées sauf si lésions cérébrales définitives.

On donnera des liquides hypotoniques lentement, en surveillant bien la diurèse et les électrolytes.

3) Convulsions par *hypocalcémie*

Le calcium a un rôle important dans le fonctionnement de la cellule nerveuse et son abaissement augmente l'excitabilité de la fibre nerveuse. Ces convulsions sont fréquentes et il faut y penser.

On les trouve dans: *rachitisme commun*; souvent dans des rachitismes en voie de guérison au décours d'une infection banale.

Le traitement calcique d'urgence a toujours un effet spectaculaire.

L'EEG est normal entre les crises, sauf que parfois, on aura des ondes lentes généralisées ou des pointes ubiquitaires de faible amplitude.

Le traitement d'urgence: gluconate de calcium intra-veineux, CaCl_2 per os, puis vitamine D (4,000 à 5,000 v.i. die).

On trouve aussi ces convulsions dans l'*hypocalcémie néo-natale*. Elles ne sont pas exceptionnelles: soit dues à une hypoparathyroïdie transitoire, soit dues à une avitaminose D très précoce.

On aura des secousses cloniques localisées erratiques. On trouve alors un abaissement franc de la calcémie et, bien sûr, un arrêt subit des manifestations cliniques, sous thérapie calcique. Même traitement.

On pourra aussi rencontrer l'hypoparathyroïdie idiopathique et la pseudo-parathyroïdie: 2 affections peu communes.

Dans l'hypoparathyroïdie, signes oculaires (cataracte, kérato-conjonctivite, ptosis) troubles trophiques de la peau, dents et ongles, calcifications intra-cérébrales.

Les anomalies neurologiques et électroencéphalographiques disparaissent la plupart du temps après A.T. 10 et vitamine D.

Dans la pseudo-parathyroïdie, le syndrome d'insuffisance parathyroïdienne est associé à un ensemble de dysmorphies: nanisme, bradymétacarpie, calcifications sous-cutanées.

4) Convulsions par hypoglycémie

La cellule nerveuse dépend pour vivre d'un apport constant de glucose. Les convulsions se produisent en majeure partie avant 2 ans, surviennent sous forme de convulsions généralisées, parfois localisées unilatérales. À l'EEG, on aura des ondes lentes et amples généralisées. La glycémie sera franchement abaissée.

Il faudra envisager systématiquement l'hypoglycémie devant toute convulsion du nourrisson et du jeune enfant et donner au moindre doute du glucosé à 30% I.V.

Les auteurs mentionnent en outre les hypoglycémies par hypersensibilité à l'insuline, par intolérance au fructose, au saccharose, par hypersensibilité à la leucine, par surcharge en glucose dans le cadre des hypoglycémies fonctionnelles de McQuarrie.

5) Convulsions liées à un défaut de B_6 ou pyridoxine

B_6 est essentielle au bon *modus vivendi* de la cellule nerveuse:

— une carence alimentaire amène des convulsions chez tous les mammifères;

— l'isoniazide est un inactivateur de la pyridoxine et peut amener des convulsions par véritable carence chimique en B_6 .

La B_6 aurait un rôle très important dans le métabolisme de l'acide gamma-amino-butyrique, un acide aminé essentiel au fonctionnement normal de la cellule nerveuse.

Les auteurs terminent par une analyse sur:

— la dyspyridoxinose cérébrale du nouveau-né (pyridoxine-dépendance de Hunt).

Maladie rare, génétique, où tout se passe comme si la cellule nerveuse avait des besoins anormalement élevés en B_6 , maladie dont la physiopathologie est encore inconnue.

Il semble y avoir un défaut de formation d'acide gamma-amino-butyrique.

Elle se résume à des convulsions qui apparaissent chez le nouveau-né de quelques heures ou de quelques jours.

La maladie évolue vers un état de mal et la mort en quelques semaines.

Traitement spectaculaire avec B_6 et l'on doit donner de 2 à 15 mg de pyridoxine par jour.

Les enfants atteints demeurent toujours pyridoxino-dépendants et l'arrêt de la thérapie amène la réapparition des convulsions.

Donc, dans les crises du nouveau-né et du nourrisson dont l'origine n'apparaît pas évidente et qui résistent aux anticonvulsifs habituels, il n'y a rien à perdre et tout à gagner à donner du B_6 .

Alain GODON

ANESTHÉSIE

W. A. DODDS, H. B. GRAVES, E. NIXON, L. E. DAVIES et G. E. SLEATH: *Le rôle de l'anesthésiste au cours de la chirurgie à cœur ouvert*. (The anaesthetist's role in open heart surgery.) "The Can. An. S.J.", 8: 239 (mai) 1961.

Au cours des cinq dernières années, la chirurgie à cœur ouvert ou la chirurgie cardiaque où l'on emploie une pompe et un oxygénateur s'est développée rapidement. Dans les endroits où l'on a obtenu du succès dans ce domaine, on a attaché une grande importance à l'équipe dirigeant les opérations. On profite de l'occasion pour préciser le rôle de l'anesthésie dans cette équipe puisque la période d'adaptation est passée. Au début, on attachait une grande importance aux méthodes employées pour dévier la circulation mais actuellement, depuis l'apparition de plusieurs types d'oxygénateurs et de pompes qui se sont avérés à point,

on a concentré l'intérêt sur le diagnostic, les soins au cours de l'opération, la correction chirurgicale et les soins post-opératoires.

Après avoir opéré maintenant au-delà de 200 cas de lésions acquises ou congénitales chez des enfants ou chez des adultes, les anesthésistes ont assumé et joué un rôle de première importance comme membres de cette équipe depuis la précision du diagnostic, qui est un facteur important au point de vue de la conduite de l'anesthésie, de la méthode de perfusion et de la technique chirurgicale proposée jusqu'à la salle d'opération où l'anesthésiste assume la responsabilité de l'anesthésie, la mise en marche de la perfusion, le fonctionnement des moniteurs qui renseignent sur l'état du malade. Voilà ce qui laisse au chirurgien l'entière liberté d'essayer de résoudre les problèmes qui se présentent à lui.

Parmi les moniteurs, on compte: un électrocardiogramme, un électro-encéphalogramme, un appareil mesurant la pression artérielle et la pression veineuse, un oxymètre mesurant les saturations en oxygène et des appareils mesurant l'activité métabolique. Après une grande série de cas, on estime qu'il s'impose de continuer ces études pour mieux comprendre les réactions du malade au cours de ces opérations et aussi à cause du changement continu des méthodes de perfusion et de correction chirurgicale.

L'anesthésiste suit le malade dans la salle de réveil et se concentre sur les problèmes de la respiration et du métabolisme et fait équipe avec le chirurgien pour rétablir l'équilibre chez le malade.

Léon LONGTIN

OPHTALMOLOGIE

J. B. GREGG et S. F. BECKER: **Surdité, néphrite et maladie de Lens.** (Deafness, Nephritis and Lens disease.) "Archives of Ophthalmology", 69: 293 (mars) 1963.

Les auteurs affirment que l'association d'une glomérulo-néphrite chronique avec surdité de perception et lésions cristalliniennes sont rares.

Ils font une revue de 7 cas publiés par des ophtalmologistes où cette triade n'était pas toujours complète.

Ils ont eu l'occasion de faire le bilan complet d'un garçon de 7½ ans qui souffrait d'une surdité progressive de l'oreille interne, d'une néphrite chronique qui a causé sa mort, précédée d'une rupture spontanée du cristallin dans un œil et de la présence d'une cataracte juvénile dans l'autre œil.

Ils font remarquer que le cas est inhabituel non seulement à cause de la triade des symptômes mais par la façon inusitée de l'apparition et de l'évolution de la pathologie oculaire.

Claude MONFETTE

Samuel LOSSEF: **Les symptômes oculaires de la paralysie cérébrale.** (Ocular sign in cerebral palsy.) "American Journal of Ophthalmology", 54: 1114 (décembre) 1962.

Des 88 cas atteints de paralysie cérébrale et examinés à l'hôpital Bird S. Coler de New York, on a dépisté 59 cas (67%) dont une moitié était myope, l'autre hypermétrope.

Sur 53 cas, 10 avaient une vision de 20/70 ou moins des deux yeux. Le strabisme est fréquent et 34% des cas souffrait soit de strabisme convergent ou de strabisme divergent.

Nystagmus dans 6 cas.

15 cas d'atrophie optique soit 17%

L'auteur conclut que ces cas sont plus difficiles à examiner que d'autres surtout en ce qui concerne l'examen de la vue (réfraction) mais qu'ils méritent évidemment beaucoup de patience et de sympathie.

Claude MONFETTE

GÉRIATRIE

F. BOURLIÈRE et J. DRY: **La gériasthénie.** (Causes et traitement.) "Rev. du Praticien", 12: 2257 (11 juillet) 1962.

L'asthénie est un mal dont les vieillards sont affligés, même si des plus jeunes n'attendent pas cet âge avancé pour s'en plaindre amèrement. Ce qui complique trop souvent ce symptôme, c'est l'absence de lésions organiques décelables. Ainsi ce fatigué recherche-t-il inconsidérément une médication suggérée par des incompetents et par la publicité.

Les causes infectieuses, inflammatoires, endocriniennes, neurologiques sont ici mises de côté pour faire place à un syndrome asthénique majeur grave d'une part et à des syndromes asthéniques modérés.

a) Les grands états de fatigue du vieillard.

Cette asthénie est caractérisée par sa constance, sa permanence qui existe même au réveil, plus physique qu'intellectuelle. Il y a amaigrissement insidieux la plupart du temps. L'organisme ne

peut plus subvenir aux besoins. L'amyotrophie s'installe. La peau est sèche. La sédimentation est normale. Le métabolisme basal donne une thyroïde normale et la fixation de l'iode 131, le dosage du cholestérol sont normaux. L'hormonothérapie semble efficace dans certains cas.

b) Le vieillard est avant tout un sujet d'une grande fatigabilité physique et psychique.

Au point de vue physique, il est de toute nécessité de l'interroger au sujet de:

l'alimentation, sa qualité, sa quantité;

l'état des dents;

l'examen du tube digestif s'impose pour rechercher la présence possible de troubles gastro-intestinaux;

l'appréciation de la musculature.

Au point de vue endocrinien, rien ne prouve que l'asthénie du vieillard soit d'origine surrénalienne.

Enfin, l'asthénie intellectuelle et neuro-psychique est d'une grande importance et elle est progressive. Tout effort paraît une tâche incommensurable. Les troubles de la mémoire sont constants et le vieillard s'adapte de plus en plus difficilement. Son existence devient parfois pénible.

Quant au traitement, il comporte une attention spéciale au régime alimentaire. Diète à ration protidique suffisante et plutôt élevée. Pour rendre cela possible, une attention spéciale doit être portée aux dents et au système gastro-intestinal.

Il faudra faire aussi des dosages de l'azotémie.

Une indication très importante: ce sont les anabolisants. Il faut lutter contre l'immobilité de ces vieillards par une saine activité musculaire.

Enfin, les médicaments psycho-toniques ont leur place pour atténuer cette asthénie si déprimante.

Paul-René ARCHAMBAULT

NOUVELLES

LE 33^e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C. SE TIENDRA À QUÉBEC DU 13 AU 16 NOVEMBRE 1963

Le programme du 33^e Congrès de l'A.M.L.F.C. qui se tiendra à Québec les 13, 14, 15 et 16 novembre 1963 commence à prendre corps. En voici un aperçu préliminaire non nécessairement définitif.

Les séances plénières porteront sur les retards de croissance, le dépistage du cancer du col utérin, la virilisation et la féminisation, les tumeurs pigmentaires de la peau, les nouveautés thérapeutiques en clientèle, les adénopathies non tumorales et l'euthanasie.

La première conférence à la mémoire du président du 1^{er} Congrès de l'A.M.L.F.C. aura lieu le vendredi, 15 novembre 1963.

Samedi, le 16, la séance du matin sera consacrée aux sciences de base. On y parlera de la physiologie du sommeil.

Il y aura également des conférences anatomo-cliniques.

L'Association des internes et des résidents a accepté la responsabilité d'organiser une séance sur "l'Éducation médicale".

Les cours de médecine auront pour thèmes: l'auscultation du cœur, les allergies respiratoires et les pyélo-néphrites.

Les cours de chirurgie se donneront sur l'obstruction intestinale, le choc traumatique et l'hypertension portale.

Le conférencier invité, qui est le délégué officiel de la France, est le professeur Lucien Léger, chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Le programme des activités sociales comprend le cocktail d'ouverture, le 13 novembre, et le banquet de clôture le 16 novembre.

Les dames n'ont pas été oubliées et le comité social féminin est en voie d'organiser un déjeuner-modes, une visite à l'aquarium du Centre Biologique de Québec suivie d'un thé et si possible, une réception d'un caractère officiel.

Bref, les raisons de retenir les dates du 13, 14, 15 et 16 novembre 1963 ne manquent pas. Les docteurs Richard Lessard, Jean Couture, Jean-Marc Lessard et Jean Beaudoin ne négligent aucun effort pour que le 33^e Congrès soit un succès scientifique et ils méritent la récompense d'une assistance considérable.

Le 33^e Congrès de l'A.M.L.F.C. se tiendra au Château Frontenac.

LE DOCTEUR MAURICE BARIÉTY DE PARIS CONFÉRENCIER D'HONNEUR AU CONGRÈS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE ANTITUBERCULEUSE

L'Association Canadienne antituberculeuse a tenu son Congrès annuel à l'Hôtel Reine Élisabeth de Montréal du 3 au 7 juin 1963.

Le conférencier d'honneur était le docteur Maurice Bariéty, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin-chef du Centre de Pneumo-Physiologie de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine, vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose et conseiller de l'Union internationale contre la tuberculose.

Le professeur Maurice Bariéty a prononcé deux conférences au cours du Congrès.

LE DOCTEUR PAUL LETONDAL, DÉLÉGUÉ OFFICIEL AU XIX^e CONGRÈS DES PÉDIATRES

Le docteur Paul Letondal, de l'Hôpital Ste-Justine de Montréal, s'est embarqué le 31 mai dernier à bord du "Carmania", en route pour la France, où il représentera personnellement et de façon officielle, le Ministre de la Santé de l'État du Québec, l'Honorable Alphonse Couturier, M.D., au XIX^e Congrès des Pédiatres de Langue Française à Paris, les 18, 19 et 20 juin 1963. Le docteur Letondal, qui est le président-fondateur de l'Association des Pédiatres de la Province de Québec, représentera également cette Association, de même que l'Union Médicale du Canada, dont il est membre d'honneur à la direction scientifique.

INAUGURATION DU LABORATOIRE CARDIO- VASCULAIRE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

L'inauguration officielle du laboratoire cardio-vasculaire du service de médecine de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal a eu lieu jeudi, le 23 mars 1963, sous la présidence d'honneur du doyen de la Faculté de Médecine, le docteur Lucien L. Coutu.

La cérémonie débuta par des allocutions prononcées à l'amphithéâtre Rousselot pour le Conseil d'Administration, par M. Paul Bienvenu, par le président de l'exécutif du bureau médical, le docteur Roma Amyot, par le chef du service de médecine, le docteur Charles-Émile Grignon et par le chef de la section cardio-vasculaire, le docteur Reginald Johnson.

Le laboratoire cardio-vasculaire est dû pour une large part au legs d'un pionnier en cardiologie, le docteur Gaétan Barry, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, décédé en 1954.

Après la cérémonie de l'amphithéâtre Rousselot, il y eut visite du laboratoire précédée du dévoilement d'une plaque à la mémoire du docteur Gaétan Barry.

LE DOCTEUR PAUL-ÉMILE CHARBONNEAU, DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL ST-LUC DE MONTRÉAL

Le bureau de direction de l'Hôpital Saint-Luc de Montréal annonce la nomination du docteur Paul-Émile Charbonneau au poste de directeur du département de chirurgie et de chirurgien en chef de leur institution.

Le docteur Paul-Émile Charbonneau était jusqu'alors membre du service de chirurgie de l'Hôpital Maisonneuve.

ÉLECTIONS DES OFFICIERS DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

L'assemblée des membres du bureau médical de l'Hôtel-Dieu de Montréal, tenue le 11 juin 1963, a confirmé la nomination de son nouvel exécutif.

Il se compose des docteurs René Roux, président; Jean Laporte, vice-président; Léopold A. Long, secrétaire-trésorier; Guy Courtois, René Lefebvre et Jacques Genest, président sortant de charge, conseillers.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ROMÉO-JACQUES LAJOIE DE LOS ANGELES

L'Université St-Joseph de Moncton au Nouveau-Brunswick a décerné récemment un doctorat honorifique au docteur Roméo-Jacques Lajoie, cardiologue de Los Angeles.

PARTICIPATION DES DOCTEURS JACQUES GENEST ET PAUL DAVID AU CONGRÈS DE L'AMERICAN GERIATRIC SOCIETY

Le docteur Jacques Genest a présidé une discussion panel sur les maladies cardio-vasculaires chez les vieillards, discussion à laquelle participèrent les docteurs Paul David, Harold Segall et Arthur Vineberg, à la réunion annuelle de l'American Geriatric Society, vendredi, le 7 juin 1963, à l'Hôtel Reine Élisabeth. A son banquet annuel, le même jour, cette Société américaine a conféré un fellowship honoraire au docteur Jacques Genest.

HOMMAGE RENDU AU DOCTEUR LUCIEN L. COUTU

Le docteur Lucien L. Coutu, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, a été récemment l'hôte d'honneur au dîner annuel de l'Association des secrétaires médicales, division du Québec.

Le docteur Lucien L. Coutu a été un des organisateurs du cours de secrétariat médical qui se donne dans le cadre de l'enseignement du soir au Collège Sainte-Marie de Montréal.

A l'occasion du dîner, un témoignage tangible d'estime a été présenté au doyen de la Faculté.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR JEAN-BAPTISTE JOBIN AU 25^e CONGRÈS DE LA C.M.A.

Le président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a fait une conférence au 25^e Congrès de la division de Québec de la *Canadian Medical Association* qui s'est tenu à Québec le 15, 16 et 17 mai 1963. Le docteur Jean-Baptiste Jobin a reconnu que le prestige du médecin a été ébranlé. Si l'on en croit le compte rendu du Soleil, "il a déclaré que la comparution de corps médicaux devant le Comité des bills publics et devant la Commission Lacroix a valu à la profession médicale des expressions d'opinion empreintes d'une certaine hostilité, qui témoigne de la baisse du prestige des médecins devant l'opinion publique. Inutile, a dit le docteur Jobin, de nous demander présentement si ces opinions sont fondées ou pas, si elles sont justes ou injustes. Le fait est qu'elles ont été formulées et qu'elles constituent pour l'ensemble de la profession médicale un défi à relever.

Selon le docteur Jobin, cet état de choses a été amené par l'évolution très rapide de la médecine d'autrefois vers la médecine scientifique d'aujourd'hui, et concurremment par l'évolution sociale. "Le développement rapide de la science médicale, son étendue actuelle, ses exigences, la complexité de l'administration hospitalière, les problèmes de l'assurance-hospitalisation, ceux de l'assurance-santé de demain, le rythme effréné de la vie moderne constituent pour la médecine une écologie dans laquelle il a peine à se reconnaître et où il cherche anxieusement sa voie". La médecine n'est

plus l'apanage exclusif des médecins et ne peut plus aujourd'hui être exercée uniquement par des médecins. Et le docteur Jobin a insisté: "Inutile de se le cacher, compte tenu de ce nouveau contexte médico-social, il nous fait repenser nos problèmes, reviser nos positions avec une objectivité courageuse et prendre les décisions qui s'imposent en regard de l'opinion publique".

Une des solutions avancées par le docteur Jobin pour permettre à la profession médicale de retrouver l'estime du public, est d'exercer, par l'intermédiaire du collège des médecins et chirurgiens, un contrôle rigoureux de l'acte médical, tant à l'hôpital que dans la pratique privée. Le docteur Jobin a déclaré que d'ici peu commencera une visite systématique de tous les hôpitaux, "non seulement pour analyser les services éducationnels qui peuvent y être rendus, mais aussi et plus généralement pour exercer sur l'acte médical le contrôle que la nouvelle loi des hôpitaux nous impose d'exercer.

Les relations des médecins avec le Service d'assurance-hospitalisation sont un autre objet de préoccupation des directeurs du Collège des médecins. Ces relations sont en partie assurées par un comité consultatif de contrôle et d'arbitrage composé de représentants du Service d'assurance-hospitalisation, des hôpitaux, des médecins et du Collège. Les parties en cause, soit les médecins, les hôpitaux et le Service d'assurance-hospitalisation restent libres d'accepter les recommandations du comité, mais a expliqué le Dr Jobin, comme il s'agit d'intérêts professionnels, "on comprend facilement qu'il puisse y avoir des questions litigieuses difficiles à trancher."

Si l'Assurance-hospitalisation est un problème, l'assurance-santé en est un autre auquel le Collège des médecins porte un intérêt particulier. Mais, a dit le président du Collège, le temps n'est pas encore venu de faire des déclarations publiques à ce sujet. Le Collège est strictement conditionné dans l'étude de ce problème par le respect des intérêts des trois parties en cause, soit celle qui recevra les soins médicaux, celle qui fournira les soins médicaux et celle qui en paiera le coût.

Le Collège des médecins et chirurgiens s'est donné pour objectif immédiat d'organiser ses relations publiques d'une façon aussi efficace que possible. Le comité des relations publiques du Collège a reçu mission de ne négliger aucun moyen pour rétablir le prestige de la profession médicale devant l'opinion publique. Il le fera en agissant en particulier par le truchement des journaux, de la télévision et de la radio, "non pas, a dit le Dr Jobin, sous forme de polémiques qui n'apportent en définitive rien de constructif, mais bien plutôt en faisant une propagande constructive, en informant les intéressés des moyens que prennent réellement et efficacement les médecins pour assurer la relève des effectifs médicaux".

Pour arriver à atteindre cet objectif, il faut non seulement que chaque médecin se sente personnellement responsable de la réputation de toute la profession médicale, mais, a conclu le Dr Jobin, il faut aussi que les corps publics, les hôpitaux, les associations professionnelles ou syndicales, de même que le public en général comprennent qu'ils ont respectivement leur part de responsabilité dans le présent conflit. "Si par malheur il arrivait que les médecins ne puissent se recruter ou que la pratique médicale se détériore, ce serait en fin de compte le malade qui en ferait les frais".

UNE ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROPOSÉE PAR LE DOCTEUR L. S. GOBEIL

Le docteur L. S. Gobeil de Grande-Baie, ancien gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, a exprimé le vœu devant la Commission d'enquête sur la Chiropratique siégeant à Chicoutimi, que se forme prochainement au Québec une Académie de Médecine.

COMMUNICATION DU DOCTEUR JEAN-JACQUES LAURIER AU CONGRÈS D'OTTAWA

Le Congrès de l'Association des Hôpitaux de l'Ontario, section de l'est de la province s'est tenu à Ottawa les 22 et 23 mai 1963.

Le docteur Jean-Jacques Laurier, directeur médical de l'Hôpital Général d'Ottawa, y a présenté un travail sur les relations du personnel médical avec le public, avec l'administration et avec les confrères.

CONFÉRENCE À QUÉBEC DU DOCTEUR
JACQUES GENEST

Le docteur Jacques Genest a été conférencier invité de la Société Royale à sa réunion annuelle tenue à Québec, mardi, le 4 juin 1963. Son sujet a porté sur l'angiotensinémie.

DÉLÉGUÉS DE LAVAL À LA CONFÉRENCE
SUR L'HYGIÈNE MENTALE DE L'ÉTUDIANT

Le docteur Pierre Jobin, directeur du département d'Anatomie et le docteur Henri Richard, directeur du département de psychologie de l'École de Pédagogie et d'Orientation étaient les délégués officiels de l'Université Laval de Québec à la Conférence sur l'Hygiène mentale de l'étudiant qui s'est tenue du 10 au 13 mai 1963 à l'Université Queen's de Kingston.

CONFÉRENCE À CORNWALL PAR LE
DOCTEUR RAYMOND AUBIN

Le docteur Raymond Aubin de Cornwall a été récemment le conférencier invité à l'assemblée mensuelle du cercle Lacordaire de Cornwall.

Le docteur Raymond Aubin a parlé de l'irresponsabilité de l'alcoolique.

NOUVEAUX OFFICIERS DE LA SOCIÉTÉ
CANADIENNE-FRANÇAISE DE RADIOLOGIE

Les nouveaux officiers de la Société Canadienne-Française de radiologie sont les docteurs Louis-Ivan Vallée, président; Jean-Louis Léger, 1er vice-président; Robert Lessard, 2e vice-président; Maurice Dufresne, secrétaire général; H.-P. Lévesque, trésorier; Luc Hamelin, assistant-secrétaire; André Lapointe, assistant-trésorier; Robert Lessard, archiviste et Léo Payeur, conseiller.

La prochaine réunion annuelle de la Société aura lieu le 6 décembre 1963. A cette occasion, la première "Conférence à la mémoire du docteur Leglius A. Gagnier, père" sera prononcée par le professeur Albert Jutras.

L'EXPÉRIENCE DU SERVICE DE SOINS À
DOMICILE ORGANISÉ PAR L'HÔPITAL
SAINTE-JEANNE D'ARC

Le rapport du docteur Benoît Charlebois directeur du Service de soins à domicile organisé par l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc de Montréal, vient d'être rendu public lors de l'assemblée annuelle de l'Association des infirmières visiteuses.

Tout médecin a intérêt de la connaître pour s'en inspirer à l'occasion et en faire bénéficier les patients qui en sont justiciables.

Le service de soins à domicile assure les mêmes soins qu'à l'hôpital, plus les services connexes:

Service médical: Le malade bénéficie à domicile de la visite du médecin de son choix. Les honoraires du médecin seront défrayés par le Service à moins que le malade soit en mesure d'acquitter ces mêmes honoraires. (\$5 pour une visite d'un médecin de pratique générale, \$10 pour la visite d'un spécialiste).

Service de soins infirmiers: L'infirmière visiteuse se rend au domicile du malade autant de fois que des soins professionnels sont nécessaires: traitements, injections, pansements, surveillance, enseignement, etc.

Service social: La travailleuse sociale dirige le malade et l'aide, lui et sa famille, à régler les problèmes socio-économiques qui hâteront la convalescence du malade.

Service de médecins-spécialistes: S'il y a nécessité de consultation, le médecin-chef en collaboration avec le médecin visiteur peut recourir aux services d'un médecin spécialiste.

Service de radiologie et de laboratoire: Sur réquisition du médecin traitant, le Service pourvoira aux examens de radiologie et de laboratoire que l'état du patient requerra, sans frais pour celui-ci.

Service de physiothérapie: Si un malade nécessite des traitements de réhabilitation, une physiothérapeute donnera ces services à domicile.

Service de domestiques: Au besoin, les légers travaux ménagers seront assumés par une aide-domestique (fournie et payée par le Service).

Service de gardiennes d'enfants: La surveillance des enfants, s'il y a lieu, sera confiée à une gardienne d'enfants (fournie et payée par le Service).

Médicaments: Les produits pharmaceutiques et le matériel à pansement sont fournis par le Service.

Service de transport: Le Service de soins à domicile pourvoit au transport, en ambulance ou en taxi, des malades dont l'état de santé l'exige et qui doivent être amenés à l'hôpital, une journée, pour des soins spéciaux tels que: transfusion, radiographie, etc.

Cette expérience est subventionnée par les ministères de la Santé fédéral et provincial.

ÉLECTION DU DOCTEUR JULES HARDY À LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE NEURO-CHIRURGIE

Le docteur Jules Hardy, neuro-chirurgien à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, a été élu membre correspondant de la Société Française de Neurochirurgie. Son élection fut recommandée par le docteur Gérard Guiot, de Paris, et par le docteur Claude Bertrand, de Montréal.

NOUVEAUX MEMBRES "FELLOW" DE L'AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

L'*American Academy of Pediatrics* vient d'admettre au rang de ses "fellows" les docteurs Victor Marchessault et U. Callegarini de Montréal et Roger Blanchard de Saint-Jérôme.

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE LA CANADIAN ASSOCIATION OF PATHOLOGISTS

La 15^e assemblée annuelle de la *Canadian Association of Pathologists* a eu lieu à Toronto du 13 au 15 juin 1963.

Le docteur Jacques Gagnon de l'Hôpital Sainte-Justine a, le 15 juin, présenté un travail, fait en collaboration avec L. Archambault et Madame N. Katyk-Longtin, intitulé: "*Cytogenetic investigation in familial nephritis*".

Le même jour, le docteur Jean Sirois a rapporté un cas de "*Mast cell reticulosis*".

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES

L'Assemblée annuelle de la Société Canadienne des Anesthésistes s'est tenue au Club Seigneurial de Montebello du 13 au 16 mai 1963, sous la présidence du docteur H. B. Graves.

Le docteur Léon Longtin, vice-président de la Société a présidé la séance de l'après-midi le 14 mai 1963 au cours de laquelle ont, entre autres, pris la parole les docteurs A. McClish et J. P. Dechêne de Québec (anesthésie pour commissurotomie mitrale à cœur fermé), L. Perreault, J. G. Maillé, J. L. Lajoie et Jean Archambault de Montréal (Méthoxyfluorane), Fernando Hudon, A. Jacques, R. Déry et J. Roux de Québec (Effets respiratoires et hémodynamiques de l'anesthésie par inhalation de méthoxyfluorane).

Les docteurs F. Lafleur et M. Keeri-Szanto de Montréal ont présenté le 15 mai 1963 une communication intitulée: "Lésions hépatiques et anesthésie". Relevé de statistiques de 30,000 cas d'anesthésie au fluothane.

LE PÈRE BERTRAND FONDERA UNE FACULTÉ DE MÉDECINE EN INDE

Le R. P. Hector Bertrand s.j., vient d'être désigné par Rome pour fonder en Inde une faculté de Médecine, première pierre de la future université de Bangalore.

Le Père Bertrand est bien connu dans les milieux hospitaliers du Québec, en tant que fondateur du Comité des hôpitaux du Québec et de l'École supérieure d'administration hospitalière.

CAUSERIE DU DOCTEUR GÉRARD GAGNÉ SUR L'HYPNOTISME

Le docteur Gérard Gagné de Hull a donné récemment une causerie sur l'hypnotisme devant les membres du club Rotary.

CONTRIBUTION DU DOCTEUR JACQUES GENEST À L'AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

Le docteur Jacques Genest a participé à un Symposium sur l'Hypertension à la réunion annuelle de l'American College of Chest Physicians tenue à Atlantic City, dimanche, le 16 juin 1963. Le Docteur Jacques Genest y traita des mécanismes de l'hypertension essentielle.

LE DOCTEUR HENRI TALBOT ÉLU PRÉSIDENT DE LA CORPORATION DE L'INSTITUT DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE

La Corporation de l'Institut de la famille et de l'enfance Inc., qui aura son siège social à Beauport, a été fondée le 10 mars 1963. Elle a été incorporée en vertu de la troisième partie de la loi des compagnies de l'État du Québec (sans but lucratif).

Le conseil d'administration se compose des membres suivants: le Dr Henri Talbot, m.d., président; le Dr Roland Pichette, m.d., vice-président; madame Edouard Gaudette, secrétaire; M. Guy Chênevert, architecte, trésorier; Me Adrien Grenier, n.p., conseiller juridique; Mgr Ernest Lemieux, p.d., conseiller moral; M. Louis Gosselin, m.s.s., M. Fernand Jolicoeur, m.s.s., madame Xiste Jeanneau, M. Charles-Henri Tremblay, M. Georges-E. Boutet.

ACTIVITÉS DE L'ASSOCIATION DES ÉPOUSES DE MÉDECINS DE L'OUEST DU QUÉBEC

L'Association des épouses des Médecins de l'Ouest du Québec a organisé une réunion de ses membres le 4 juin 1963.

Le nouveau bureau de direction de l'association est présidé par madame Julien Parent, de Hull, qui est secondée par mesdames Gabriel Gay, vice-présidente, Marcel Barrette, secrétaire, Georges Bédard, trésorière, Robert Bisson, toutes quatre de Hull, Jean-P. Coupal de Gatineau et Jean Éthier, de Hull, conseillères.

LES DOCTEURS P. LANDRY ET M. BÉRARD RAPORTEURS AU 96^e CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

Le 96^e congrès annuel de l'Association Médicale Canadienne s'est tenue à Toronto du 10 au 14 juin 1963.

Le docteur Philippe Landry de Montréal participa à une Table ronde le 12 juin 1963, consacrée à l'étude "des soins ambulatoires en tuberculose".

Le docteur Michel Bérard était au nombre des participants à un symposium sur la mortalité maternelle, tenu le jeudi 13 juin 1963.

LE DOCTEUR CANTERO OBTIENT UNE SUBVENTION DE \$10,000

Le docteur Antonio Cantero, directeur de l'Institut du Cancer de Montréal, a reçu hier matin de la part des administrateurs de Damon Runyon Memorial Fund, de New York, un chèque de \$10,000 qui lui permettra, ainsi qu'à ses collaborateurs, de poursuivre des recherches sur un aspect bien

défini de l'étude du cancer. Il s'agit du mécanisme d'une enzyme qui favorise la formation, aussi bien que la destruction de l'acide nucléique dans les cellules des mammifères.

Les chercheurs de l'Institut du cancer de Montréal tentent d'isoler cette enzyme dans les cellules, de la purifier, d'en observer le mécanisme en laboratoire, avant de tenter des expériences dans le but de déterminer jusqu'à quel point cette enzyme peut inhiber la prolifération de cellules cancéreuses.

Depuis 1947, Damon Runyon Memorial Fund a distribué \$17,376,713 en octrois de recherche sur le cancer à 357 institutions aux États-Unis et en 27 pays étrangers, dont le Canada. Pour sa part, l'Institut du cancer de Montréal a reçu des octrois de cet organisme privé chaque année depuis 1949.

Ces fonds consacrés à la recherche sont surtout recueillis chez les sommités américaines du monde du spectacle, du sport et même du jeu. Pour sa part, M. Walter Winchell, commentateur américain en vue, qui a été l'instigateur de ce fonds en mémoire de son ami Damon Runyon, vedette du spectacle, a pris également l'initiative d'un fonds qui défraie entièrement les dépenses d'administration du Damon Runyon Fund, de sorte que le montant entier des dons est consacré à la recherche.

ENQUÊTE AUX TROIS-RIVIÈRES SUR LA CHIROPRATIQUE

La Commission d'enquête sur la chiropratique a siégé récemment aux Trois-Rivières.

Les docteurs Philippe Bellefeuille président de la Société Médicale de la Mauricie, Antonin Fréchette, chef du service de neurochirurgie à l'hôpital Sainte-Marie, Charles Édouard Lamoureux, chef du service d'orthopédie de l'hôpital St-Joseph, Jacques Garneau, chef du service de radiologie de l'hôpital St-Joseph, Marcel Boily, chef du service de physiothérapie à l'Hôpital Sainte-Marie et Jacques Normand, chef du département de chirurgie de l'Hôpital Saint-Joseph ont tour à tour déposé devant le Juge Gérard Lacroix, commissaire enquêteur.

JOURNÉES D'ÉTUDE EN PÉDIATRIE

À l'Hôpital Sainte-Justine, les jeudi et vendredi 30 et 31 mai dernier, eurent lieu des journées d'étude en pédiatrie, organisées par le Comité du Service du Nursing de l'Association des infirmières de la province de Québec.

L'ouverture officielle a été faite sous la présidence conjointe de la révérende Sr St-Eugène, co-convocatrice du Comité du Service du Nursing, Mme L. de G. Beaubien, présidente du Conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Justine, du docteur Raymond Labrecque, directeur médical et de la R. M. Noémi de Montfort, directrice de la Régie interne, de Sainte-Justine.

Deux symposiums ont été tenus: "La maladie mentale chez l'enfant" et "La lutte pour sauver nos petits brûlés", auxquels prirent part les docteurs R. Fontaine, L. Houde, Luc Chicoine, C. Dupont, L. Bélisle, Mme G. Azenberg, P.T.O., M.C.P.A., les infirmières licenciées Y. Mayrand et C. Ranger, Mme J. Larose, T.S.P., de même que Mlle D. Tourillon, L. Ps.

Des travaux furent présentés par les docteurs B. Martineau et L. Houde, Gloria Jeliu et J.-C. Ducharme, Mlle L. Messier et Mme A. Robitaille.

Il y eut discussions, visite de l'Hôpital, présentation d'un documentaire, etc.

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE

La clinique de chirurgie d'urgence est devenue indispensable dans tous les grands centres industriels, mais les pouvoirs publics ne le comprennent que rarement, a déclaré le Dr R. Merle d'Aubigné, de Paris, qui vient de donner des conférences de traumatologie à l'hôpital Royal Victoria de Montréal.

Membre de l'Académie de Chirurgie, professeur de chirurgie orthopédique, le Dr Merle d'Aubigné, dont la réputation est mondiale, a organisé le premier Centre de traumatologie de Paris, à l'hôpital Cochin. Depuis, cinq autres cliniques de ce genre furent créées, une autre le sera bientôt.

Un Centre de traumatologie comme celui de l'hôpital Cochin, explique le docteur Merle d'Aubigné, est un service complet de spécialistes: chirurgiens, médecins, garde-malades, techniciens de laboratoires, et autres. Par définition, un tel service doit être capable de faire vite et bien dans l'immédiat, et aussi de prévoir les soins consécutifs au traitement d'urgence. Il faut évidemment des appareils nombreux et perfectionnés.

Le docteur Merle d'Aubigné était l'invité d'honneur de la troisième session annuelle de traumatologie organisée par l'hôpital Royal Victoria à l'intention des médecins. Outre le Docteur Merle d'Aubigné, plusieurs spécialistes renommés avaient été invités à donner des leçons, entre autres, les Docteurs Calixte Favreau, Yves Prévost, Édouard Gagnon, Gilles Bertrand.

1239 DIPLÔMES DÉCERNÉS PAR L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Vendredi, le 31 mai 1963, le recteur de l'Université de Montréal a décerné 1239 diplômes aux finissants de ses facultés et écoles.

En médecine, le nombre atteignait la centaine.

Le docteur Hubert Sasseville a obtenu le premier rang avec très grande distinction et il s'est mérité entre autres le prix Sir William Hingston.

Ont obtenu leur diplôme avec grand distinction: les docteurs Pierre Bernard, Madeleine Blais, Gilles Blanchette, Donald Bouchard, Jean-Louis Choinière, Jacques Couture, Wilfrid Deslippe, Jean-Guy Fecteau, André Gauthier, Robert Lemire, Albert Nault, Robert Péloquin, Gilles Perrault et Pierre Viens.

Ont obtenu leur diplôme avec distinction les docteurs Jean Charles Bastien, Jean Guy Beaudoin, C. Germain Beau regard, Raphaël Bélanger, Édouard Beltrami, Maurice Bergeron, Michel Blanchette, Radu Dan Boghen, Guy Boileau, Marie Boivin, Germain Brillon, Roger Brodeur, Jacques Buisson, Jean-Maurice Chicoine, Pierre-Paul David, Jean-Pierre Forget, Maurice Gagnon, René Gascon, Yvan Gauthier, Mlle Suzanne Gervais, Mlle Denise Godard, Roger Laberge, Dorian Labranche, Marcel Lapointe, Normand Lapointe, Jacques Lefebvre, Robert Lefrançois, Robert Le-

roux, Robert Lesage, Michel Léveillé, Jean Manzi, Jacques Marchand, J.-André Marcoux, Ronald Matte, Alain Messier, Pierre Migneault, Mlle Thérèse Morais, André Morissette, Yves Morissette, Claude Parent, André Régimbald, Jean Robert, Claude Rouleau.

Ont obtenu leur diplôme, les docteurs Georges Aird, Jean-Marie Albert, Gilles Amireault, Raymond Amyot, Luc Archambault, Pierre Bastien, Pierre Bélanger, Gilles-R. Bouchard, André Bourret, Gilles Brouillette, Jean Caron, Pierre Cousineau, Jean-Paul Dery, J.-Irénee DesGroseilliers, Georges Dufour, Louis R. Dufresne.

Guy Dumoulin, Raymond Faucher, Réjean Gauthier, François Gravel, André Grégoire, Bernard Hade, Jean-Jacques Jetté, Michel Lapointe, Pierre Leblanc, Bernard Leduc, Rosaire Lefebvre, Maurice Legault, Guy Legros, Gilles Liboiron, Pierre M. Martin, Pierre-Ignace Maziade, André-Eugène Ménard, Serge Mongeau, Rolland Mongeon, Daniel Myhal, Claude Petitclerc, Damien Pomerleau, Paul Prévost, Jean-Louis Rochon, Roland Roux, Jacques Roy, Marc St-Pierre, Rudy Troini.

Doctorat (Ph.D.): René Veilleux, D.V.M.; option, médecine et chirurgie expérimentale; sujet de thèse, étude d'une réaction anaphylactoïde calcifiante.

Maîtrise: Mlle Helen G. Stone, maîtrise ès sciences en physiologie.

DIPLÔMÉS 1963 DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

L'université Laval de Québec accorda le 1 juin 1963 huit cent cinquante-quatre diplômes académiques aux finissants des diverses facultés. De ce nombre, 109 doctorats ont été décernés aux élèves de la Faculté de Médecine.

M. Gilles Larouche et Mlle Eléonore Paquet se sont classés premiers ex æquo.

LE DOCTEUR BERNARD GRÉGOIRE FORGET REMPORTE LES HONNEURS DE SA PROMOTION À L'UNIVERSITÉ MCGILL

Un franco-américain, Bernard Grégoire Forget qui a fait ses études classiques à l'Externat Classique St-Viateur de Montréal vient de se classer au tout premier rang des finissants en médecine à l'Université McGill.

Le 31 mai 1963, Bernard Grégoire Forget a été proclamé bénéficiaire de la médaille d'Or Holmes, de la médaille d'Or Walter M. Chipman, des prix Campbell Howard et Robert Forsyth.

Ses confrères ont élu Bernard Grégoire Forget président de la promotion et il a été choisi comme rédacteur de la section française du journal de CAMSI.

Le docteur Bernard Grégoire Forget est le fils du docteur Ulysse Forget de Fall River, Mass. et Warren, R.I.

À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA TOUS LES FINISSANTS ONT RÉUSSI LES EXAMENS DU DOCTORAT EN MÉDECINE

Une coutume dont les origines remontent au Moyen Age a été le 2 juin 1963, pour la deuxième année consécutive, le trait particulier de la collation des grades de la faculté de médecine, quand le président de la classe des finissants a présenté une paire de gants blancs au doyen.

Les noms de 45 diplômés ont été proclamés lors de cette cérémonie. Le T.R.P. Henri Légaré, o.m.i., recteur, a décer-

né 43 doctorats en médecine, une maîtrise ès sciences (pathologie) et un doctorat en philosophie (pathologie).

Le Dr Raymond LeBlanc, de Moncton, N.-B., président de la classe des finissants, a présenté les gants blancs au Dr J.-Jacques Lussier, doyen de la faculté de médecine. C'est une coutume en honneur dans plusieurs écoles de médecine, lorsque tous les étudiants de la classe des finissants ont réussi les examens du doctorat en médecine.

Cette coutume date de l'époque de la chevalerie, au Moyen-Age, alors qu'un chevalier au retour d'une bataille présentait ses gants au roi, pour marquer une victoire qui concordait avec la réalisation du plus haut idéal chevaleresque.

Les écoles de médecine françaises adoptèrent cet usage au 18^e siècle et on l'introduisit au Canada au 19^e siècle.

L'Université d'Ottawa a remis également deux diplômes d'études supérieures: un doctorat en philosophie (pathologie) au Dr Yong H. Yang, de Séoul, Corée, et une maîtrise ès sciences en pathologie au Dr William J. Wills, d'Ottawa.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION ANTITUBERCULEUSE

Les spécialistes dans le traitement de la tuberculose et des maladies pulmonaires du Canada se sont réunis à l'hôtel Windsor, à Montréal, du 4 au 7 juin. La 63^e réunion annuelle de l'Association canadienne antituberculeuse a coïncidé avec la 5^e réunion annuelle de la Société canadienne de thoracologie et la première réunion générale de l'Association des pneumologues de la province de Québec.

Cette année, le thème des assises a été: prévention et contrôle versus éradication de la tuberculose.

Le congrès fut marqué par l'élection du président national de l'Association canadienne antituberculeuse, le Dr Hugh Edmund Burke, directeur médical de l'hôpital Royal Edward Laurentian, de Montréal, responsable de toute l'organisation de la réunion annuelle. Il succède au Dr G. R. Davison.

Les congressistes ont entendu deux conférences du professeur Maurice Bariety, de Paris, l'un des plus grands spécialistes de France dans le traitement de la tuberculose.

Le ministre de la Santé du Québec, le Dr Alphonse Cousturier, a pris la parole au dîner offert à l'ACA par le gouvernement du Québec, jeudi soir, 6 juin.

PRÉSIDENTS DES SÉANCES

Les nombreuses séances furent sous la présidence de diverses sommités du monde médical, notamment le Dr G. R. Davison, président sortant de l'ACA, les Drs Roland Guy et Philippe Landry, respectivement président et secrétaire-trésorier du Comité provincial de défense contre la tuberculose, les Drs G. E. Maddison et A. B. Colohan, de St-Jean, N.-B., le Dr D. D. Munro, de Montréal, et le Dr Ruben Laurier, président des sections médicales de l'Association canadienne antituberculeuse et du Comité provincial de défense contre la tuberculose.

LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ADULTES ?

La radiographie pulmonaire deviendra-t-elle bientôt obligatoire pour tous les adultes dans les hôpitaux généraux ? Les dirigeants de l'assurance-hospitalisation seraient favora-

bles à cette mesure qui constitue un excellent moyen de dépistage.

De plus, un registre central de la tuberculose commencera à fonctionner le 1er juillet prochain et il sera complètement en force dès le début de janvier 1964. C'est ce qu'ont annoncé le Dr Roland Desmeules, conseiller médical spécial des services antituberculeux du Québec et le Dr Charles-Henri Dorval, registraire au fichier central des tuberculeux, au cours d'une conférence conjointe présentée dans les cadres du congrès de l'Association canadienne antituberculeuse.

SOUTENANCE DE THÈSE DE M. YVES ALARIE

La soutenance de thèse de M. Yves Alarie s'est faite sous l'égide de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le 27 mai 1963.

Cette thèse a été présentée en vue d'obtenir un doctorat Ph.D. en physiologie.

Le thème de la thèse portait sur "l'Influence de l'inhalation de microaérosols sur la mécanique pulmonaire".

ÉLECTIONS DES OFFICIERS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIOLOGISTES

La 26e assemblée annuelle de l'Association des Radiologistes du Canada s'est tenue à Québec le 5 mars 1963.

Les officiers suivants ont été élus pour l'année courante: président: le docteur W. L. Sloan; vice-président: le docteur Ross A. Lobb; secrétaire-trésorier: le docteur D. J. Sieniewicz; assistant secrétaire-trésorier: le docteur Maurice Dufresne.

OCTROIS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE L'ARTHRITE

La Société canadienne du Rhumatisme et de l'Arthrite vient de distribuer la somme de \$300,000. entre huit universités.

Parmi les récipiendaires, on remarque les docteurs J. Antoine Blais, Gaëtan Jasmin et Hans Selye de l'Université de Montréal.

Des bourses d'études ont été décernées en même temps aux docteurs Marcel Boisvert et André Lussier de Montréal.

PRÊTS D'HONNEUR POUR LES JEUNES MÉDECINS

L'Association médicale du Québec a institué à l'occasion de sa 25e assemblée plénière, un "prêt d'honneur garanti" à l'intention des jeunes médecins qui désirent poursuivre des études post-universitaires. Cette initiative est sans précédent dans les milieux médicaux du Canada, et même de l'Amérique du Nord.

La fondation a été créée en collaboration avec l'Association médicale du Québec, le Royal Trust et la Banque de Montréal. Le projet, soumis à l'Association par le Dr N.-J. Belliveau, a été adopté à l'unanimité. L'idée en avait d'abord été suggérée à l'AMQ, l'automne dernier, par le président de l'Association des médecins du district de Québec, le Dr Jacques Papillon. Ce dernier s'est dit enchanté de la rapidité avec laquelle sa suggestion a été utilisée.

Dans ses grandes lignes, le système de prêt fonctionnera de la façon suivante. Les candidats soumettront leur candidature à un comité de l'AMQ qui étudiera chaque cas au mérite. Peut être candidat, tout jeune médecin qui désire poursuivre des études post-universitaires; il va de soi que la fondation s'intéresse en tout premier lieu aux jeunes qui n'ont pas la possibilité de contracter un emprunt par leurs propres moyens.

PROJET D'AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL ST-CŒUR DE MARIE DE HAWKESBURY

Le Conseil Médical de l'hôpital St-Cœur de Marie de Hawkesbury vient de proposer la construction d'une annexe à l'hôpital qui augmenterait le nombre de lits et le porterait de 41 à 91.

Le président du Conseil Médical le docteur Eugène Auger et le docteur Charles-Émile Lafrance ont exposé leur projet aux autorités de Hawkesbury.

Dix médecins de Hawkesbury et de la région et cinq spécialistes de Montréal et d'Ottawa constituent le bureau médical.

FONDATION POUR L'ÉTUDE DE LA THÉRAPEUTIQUE

L'industrie pharmaceutique canadienne vient d'annoncer la formation d'une fondation pour l'étude de la thérapeutique. Les buts de cette fondation seront l'amélioration des normes qui servent à l'évaluation des nouveaux médicaments et la formation de chercheurs dans ce champ d'action.

Cette fondation est un organisme indépendant dirigé par un bureau de gouverneurs choisi parmi les personnalités médicales et scientifiques canadiennes. Le président de cette fondation est le docteur F. E. Brien, professeur de médecine à l'université Western de London, Ont. Le Dr Brien était président du comité spécial sur les nouvelles drogues, formé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada à la demande du ministère de la Santé et du Bien-être et dont le docteur Roger R. Dufresne, chef du département de Médecine de l'Université de Montréal, est membre. Ce comité a remis son rapport au ministre en décembre dernier. Le président honoraire de cette fondation est le Dr R. F. Farquharson d'Ottawa, directeur du Conseil des recherches médicales. L'industrie pharmaceutique s'est engagée à remettre \$50,000 pour supporter le travail de la fondation au cours de sa première année et continuera son support pour une période d'au moins cinq ans.

Cette nouvelle fut annoncée à l'assemblée annuelle du printemps de l'Association canadienne des manufacturiers en pharmacie, par son président, M. Roger Larose. Ce projet a demandé plus de deux ans d'études et de préparation.

LE DOCTEUR JULES HARDY, CONFÉRENCIER AU CONGRÈS DE LA "CANADIAN NEUROLOGICAL SOCIETY" À TORONTO

Lors du dernier congrès de la "Canadian Neurological Society" tenu à Toronto, du 13 au 15 juin dernier, le docteur Jules Hardy, neurochirurgien à l'hôpital Notre-Dame, a présenté une conférence intitulée: "The Trans-sphenoidal operation for hypophysectomy, pituitary adenoma and craniopharyngioma".

COMMUNIQUÉS

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE¹ (avril 1963)

AFFECTION D'ALLURE GRIPPALE

Manitoba

Du mois de janvier au mois de mars, il y a eu trois éclosions successives d'affection respiratoire au Manitoba. La première qui s'est déclarée en janvier et au début de février, a frappé surtout les écoliers et les adultes jeunes. Elle s'est traduite par une maladie fébrile, aiguë dès le début, des nausées, des crampes abdominales, parfois accompagnées de vomissements et de céphalée. Il n'y eut presque pas de cas chez les personnes âgées. Les malades se sont remis en 5 à 10 jours selon leur âge. Il y eut peu de suites graves chez les grands enfants et les adultes. Chez les enfants en bas âge, les complications les plus graves furent les bronchiolites et les pneumonites. Il n'y eut pas de décès.

La deuxième éclosion a commencé vers la fin de février et le déclin n'a commencé qu'à la fin de mars. Celle-ci a frappé surtout les adultes, jeunes et vieux. Les jeunes ont fait une plus forte fièvre, mais les suites furent plus nombreuses et plus graves chez les vieillards, surtout ceux qui demeurent dans des maisons de repos. Il y eut plusieurs décès chez des vieillards déjà débiles. Les symptômes étaient à prédominance respiratoire, mais, au contraire de la première éclosion la myalgie a été plus fréquente chez les personnes âgées. La cause du décès et les symptômes qui ont précédé le décès indiqueraient une "toxémie" comme étiologie.

La troisième éclosion a commencé vers la mi-mars et est encore en pleine évolution. Les premiers symptômes sont d'ordre respiratoire mais sont vite suivis par la diarrhée, les nausées, parfois avec vomissements, et un état de prostration intermittent. Aucun groupe d'âge n'est épargné.

Les premières études ont établi que la première éclosion était due surtout au virus paragrippal type 3, et la deuxième à une souche de virus grippal type A. Les études sérologiques indiquent que les réactions majeures sont pour la souche A/1957 (Japon). L'agent étiologique de la troisième éclosion n'est pas encore établi mais les premières études portent à croire qu'il s'agirait peut-être d'un adénovirus.

Alberta

Une affection d'allure grippale a frappé au moins 50% de la population dans la région de Grande-Prairie (Alb.), à quelque 285 milles au nord-ouest d'Edmonton. Il y a eu beaucoup d'absences dans les écoles et les industries. Plusieurs cas ont été hospitalisés et les hôpitaux locaux ont été fermés aux visiteurs.

On signale une autre éclosion d'affection d'allure grippale, celle-ci dans la région de Rivière-la-Paix, à quelque 300 milles, en direction nord-nord-ouest d'Edmonton. Environ 40% des adultes et 11% des écoliers ont été malades. L'éclosion a débuté dans la dernière semaine de mars. Des échantillons de lavages de gorge et des sérum sanguin des cas aigus ont été envoyés au laboratoire pour analyse.

¹ Division de l'épidémiologie, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada.

On signale dans la même région, soit à Paddle-Prairie (Alb.), une troisième éclosion d'affection d'allure grippale. Ici encore, elle a frappé environ la moitié de la population. Elle a débuté vers la mi-mars et est encore en pleine évolution, dans tous les groupes d'âge.

Québec

Une éclosion d'affection d'allure grippale s'est déclarée dans la région de Rouyn-Noranda vers la fin de février. À la mi-mars, jusqu'à 10% des écoliers étaient encore absents de leurs classes et les absences dans l'industrie étaient de 3%.

Une éclosion d'affection d'allure grippale est signalée aussi à St-Raymond de Portneuf. Elle a commencé vers le 10 mars et la plupart des cas sont des écoliers, 110 ayant été malades sur une population écolière de 750.

On signale au Collège classique de Matane une épidémie d'affection d'allure grippale. On rapporte 62 cas jusqu'ici, presque tous des élèves et principalement ceux des premières années. Les classes moins gravement frappées ont été fermées pendant 10 jours.

Également en mars une éclosion d'affection d'allure grippale a frappé quelques 250 personnes au village de La Rédemption, près de Mont-Joli (P.Q.).

Dans le comté de Beauce, une affection d'allure grippale a frappé 48% environ de la population. Elle a commencé au début de mars et sur les 11,418 écoliers inscrits, 5,514 ont été malades depuis le début de cette épidémie. Les principaux symptômes sont une température élevée, des maux de tête et de gorge, des nausées et une toux particulièrement pénible et prolongée, accompagnée de faiblesse, qui durent souvent de 3 à 4 semaines. Aucun décès n'est imputable à cette affection.

Nouvelle-Écosse

Pendant le mois de mars, on signale dans la région de Dartmouth (N.-É.) plus de 1,500 cas d'affection d'allure grippale. La maladie dure de 4 à 7 jours et se traduit par la toux, les frissons, un peu de fièvre mais, dans certains cas, la céphalée et les douleurs musculaires et articulaires sont les symptômes prédominants.

À East-Hants (N.-É.) une éclosion d'affection d'allure grippale a commencé vers le 18 mars et une autre s'est déclarée dans la région d'Anna-Royal, celle-ci frappant 25% de la population écolière.

Une éclosion analogue est signalée dans les comtés de Queens et de Lunenburg, où une très forte proportion de la population a été malade. Cette éclosion a eu lieu en mars et certains cas se sont compliqués de pneumonie.

En mars, une affection d'allure grippale a frappé 25% environ de la population de l'Île du Cap-Breton. Les symptômes sont analogues à ce que l'on rapporte ailleurs et, dans plusieurs cas, la maladie a été suivie d'un affaissement prolongé.

Terre-Neuve

On signale une épidémie d'affection d'allure grippale dans la région de Buchans à Terre-Neuve. Il y a eu plus de 300 cas depuis la dernière semaine de mars. Les premiers

OSMOPAK

contient

58% SULFATE MAGNESIUM

+ VERT BRILLANT

+ BENZOCAINE

**LOCALISE
SÛREMENT
L'INFECTION**

REPLACE AVANTAGEUSEMENT LE PANSEMENT HUMIDE

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

symptômes sont le coryza, la céphalée, les maux de gorge, les vomissements; ils évoluent plus tard vers les douleurs vives aux membres et à la poitrine, accompagnées de toux non productive.

Une épidémie analogue s'est déclarée au début d'avril à St-Alban, à l'Anse St-Joseph et à Ste-Véronique. Il y a eu 114 cas environ, dont les âges s'échelonnent de 4 mois à 76 ans. Douze enfants ont fait une otite moyenne et six autres ont évolué vers la pneumonie. Il n'y a pas de décès.

On signale en outre des éclosions d'affection d'allure grippale dans les régions d'Avondale, de Corner-Brook et de Tilt-Cove.

DIPHTÉRIE

Alberta

On signale, entre la mi-novembre et la mi-mars, 44 cas de diphtérie à la Réserve Indienne de Goodfish-Lake. La population exposée est de 479. Parmi ces 44 cas, 3 furent des infections à l'oreille, 4 des infections de la peau et 37 des infections du nez et de la gorge.

Aucun malade n'a présenté le tableau classique de la diphtérie et aucun n'a été gravement malade. Les cas cutanés ressemblaient cliniquement plutôt à des abrasions septiques ou des éruptions du genre impétigo. Les affections auriculaires sont décrites comme ressemblant à l'otite moyenne chronique. Onze cas furent hospitalisés et les 33 autres ont été traités à domicile par l'antibiothérapie.

Tous les foyers où il y avait eu des cas furent gardés en quarantaine jusqu'à ce que l'on obtienne deux prélèvements négatifs pour chacun des occupants. Des prélèvements ont été obtenus pour tous les écoliers et 7 cas furent ainsi dépistés chez des enfants cliniquement sains. Parmi les cas cliniques, 10 n'avaient jamais été immunisés; 2 avaient reçu une dose immunisante et les autres de deux à six doses.

HÉPATITE INFECTIEUSE

Territoires du Nord-Ouest

On signale une petite éclosion d'hépatite infectieuse à Fort-Simpson (T.N.-O.). Jusqu'ici, 19 cas ont été rapportés. La globuline *gamma* est administrée aux contacts immédiats des cas cliniques et les pratiques d'hygiène sont enseignées au personnel des écoles et des pensionnats. On s'attend à d'autres cas dans la région.

Nouvelle-Écosse

Depuis le début de mars, on a signalé neuf cas d'hépatite infectieuse à Bear-River, dans le comté de Digby (N.-É.). Cinq familles sont impliquées et les nombreux contacts ont reçu de la globuline *gamma*.

TYPHOÏDE

On signale des cas de typhoïde au Manitoba. Le premier fut un garçonnet de 2 ans, à la Colonie huttérienne de Lakeside, près de Portage-la-Prairie. Le 10 mars, il était hospitalisé pour pyrexie d'étiologie indéterminée. Le 18 mars, les tests de Widal indiquaient un titre H de 1:3200 et un titre O de 1:1600. L'antigène Vi était positif à un titre de 1:2. Plus tard, les cultures des échantillons de selles ont mis en évidence du *Salmonella typhi*. On pratique actuellement les études sérologiques pour les 50 habitants de cette Colonie. La mère et la grand-mère de cet enfant avaient toutes deux des antigènes Vi mais les autres habitants de la Colonie ont été trouvés négatifs. On n'a pas établi la provenance de l'agent infectieux dans ce cas mais l'eau est puisée directe-

ment dans la rivière et n'est pas traitée comme elle le devrait.

On signale un autre cas de typhoïde chez une Esquimaude adulte, à l'hôpital militaire de Fort-Churchill. Les analyses sériques ont montré des titres d'agglutination de 1:800 pour l'antigène H et de 1:400 pour l'antigène O de la typhoïde. L'antigène Vi était également positif. Un test de Widal le 4 mars avait donné un titre de 1:40 et les tests Vi étaient négatifs. Le 26 mars, les cultures de selles mettaient en évidence des *Salmonellas* et des *Shigellas*.

GASTRO-ENTÉRITE

Territoires du Nord-Ouest

On signale 9 cas de gastro-entérite à Coral-Harbour (T.N.-O.). Deux furent gravement malades et durent être évacués à l'hôpital militaire de Fort-Churchill. Les agents étiologiques n'ont pas été isolés dans ces cas mais 2 autres cas, signalés le 29 mars, avaient été diagnostiqués comme dysentérie à *Shigella*.

ENCÉPHALITE (VARICELLE)

Saskatchewan

Le 4 décembre, un garçonnet bien portant, âgé de 7 ans, de Langenburg (Sask.) a commencé une varicelle. Huit jours plus tard, il a souffert de céphalée et d'étourdissements, de nausées, de vomissements et d'une ataxie progressive. À son admission à l'hôpital, on note une ataxie prononcée du tronc, un signe de Bakinski positif, du nystagmus, avec perturbation des réflexes cérébelleux. Les analyses de laboratoire étaient normales pour le sang et le L.C.R. et il n'y eut pas d'autre complication. Avec un traitement qui comprenait le repos, la mulcine et un complexe de vitamines B, le malade a commencé à prendre du mieux le 20 décembre. La guérison a été lente mais régulière et les réflexes perturbés sont revenus partiellement à la normale. Pendant la 3e semaine de cette rémission, le malade a pu faire quelques pas et le pronostic est jugé favorable.

RUBÉOLE

Québec

On signale une éclosion de rubéole qui a commencé vers le 12 mars 1963, à l'école centrale du village de St-Agapit (P.Q.). Une cinquantaine d'élèves, de 1ère et de 2e années étant touchés, on a recommandé de fermer l'école durant une semaine.

PSITTACOSE

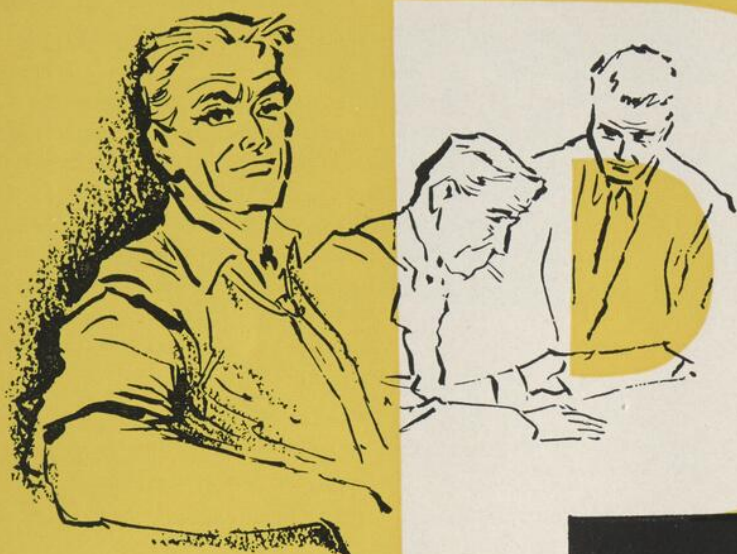
Manitoba

En janvier, 20 petites perruches sont mortes de psittacose dans un magasin de Winnipeg. Le 15 mars, on rapportait un cas de psittacose chez une femme de 30 ans. Elle avait gardé chez elle pendant 3 ans, deux perruches qui étaient mortes toutes deux peu avant que la dame tombe malade elle-même. Son unique contact avec le magasin Woolworth en cause, c'était qu'elle y avait acheté en février, le grain qu'elle donnait à ses oiseaux.

Un autre cas de psittacose fut diagnostiqué chez un homme qui avait acheté, à ce magasin, un oiseau qui est mort deux semaines plus tard. Cet homme avait eu en février une affection assez bénigne d'allure grippale et, vu la publicité faite à la mort des perruches, son médecin a fait analyser des sérums couplées pour la psittacose. On a trouvé un titre élevé. Le Service municipal de santé recherche présentement tous les cas d'affection humaine qui pourraient être associés à l'achat de perruches.

MARRO-DAUSSE

MAINTENANT PRÉSENTÉ SOUS FORME DE DRAGÉES



LA PRÉPARATION LA PLUS
RICHE EN VITAMINES
"P" NATIVE
11,000 γ
DE VITAMINE P PAR CC. DE
SOLUTION OU PAR DRAGÉE

4 FORMES



DRAGÉES



POMMADE



SUPPOSITOIRE



SOLUTION

HÉMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
VARICES • PHLÉBITES

ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Posologie: 1 ou 2 dragées deux ou trois fois par jour, aux repas.

Présentation : Solution : Flacons de 1 oz. et 4 oz.

Pommade : Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.

Suppositoires : Boîte de 10 suppositoires.

Dragées : Flacons de 50, 100 et 500 dragées.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSE, Paris, France
Représentants exclusifs au Canada :

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

RAPPORTS DE L'ÉTRANGER

Influenza - États-Unis

Le District de Columbia et 41 États rapportent une ou plusieurs éclosions d'affection d'allure grippale. Dans le District de Columbia et 32 États, le virus grippal A2 a été isolé et confirmé par l'élévation des titres sérologiques comme agent causal d'une ou de plusieurs éclosions. Celles-ci sont maintenant sur leur déclin dans la plupart des régions en cause. Dans les États de l'est et du Middle-West. Dans la partie nord de la Californie, on rapporte deux éclosions locales, dont l'une confirmée comme imputable au virus grippal A2. Mais, jusqu'ici, on ne signale pas d'éclosion d'affection d'allure grippale qui s'étende à toute une localité sur la côte du Pacifique.

Influenza — Europe

On signale au Danemark, des éclosions d'affection bénigne d'allure grippale à plusieurs endroits au pays. Les titres sérologiques ont établi qu'il s'agit ici du virus A, et la même étiologie est également prouvée dans des éclosions analogues au sud de la France. On n'a isolé le virus B que dans deux cas.

Annotations

LE TABAC ET LE CANCER

Les centaines de communications, toutes importantes, présentées au VIII Congrès international contre le cancer qui a été tenu à Moscou en juillet 1962, ont fait une large place au rapport entre la cigarette et le cancer du poumon. Les extraits rédigés en préparation des séances et les résumés publiés depuis mentionnent le tabac à plusieurs reprises. En voici quelques exemples:

Les présentations sur la cancérogénèse commentent de nouveaux agents cancérogènes extraits du tabac. Des études épidémiologiques chez les Bantous de l'Afrique du Sud ont mis en évidence un rapport positif entre l'usage du tabac (à fumer, sauf mention spéciale) et le cancer de l'œsophage. Le taux peu élevé de cancer du poumon chez les Orientaux a été attribué aux taux également faibles de la pollution de l'atmosphère et de l'usage de la cigarette. On a rapporté qu'en Asie centrale, le cancer du poumon est plus rare, mais que le cancer de la bouche est plus fréquent dans les régions où l'usage du thé est plus répandu que celui du tabac. En Inde, les différences géographiques en matière de cancer paraissent en rapport avec les habitudes de régime alimentaire, le tabac que l'on fume et la noix de bétel que l'on mâche. Une étude sur cette pathologie aux États-Unis a mis en évidence un rapport positif et progressif entre le nombre de cigarettes fumées et les altérations cellulaires de l'arbre trachéobronchique. Un pathologiste de Hongrie a conseillé de chercher ailleurs que dans l'usage du tabac les facteurs étiologiques qui pourraient expliquer la proportion de 60:40 qui existe entre les cancers des bronches droites par rapport aux bronches gauches. Des rapports danois sur la campagne d'éducation menées dans ce pays chez les écoliers signalent comme résultats non seulement que le nombre de fumeurs a diminué mais que les fumeurs ont réduit leur consommation de tabac. Les efforts des Russes, y compris les dessins animés utilisés dans les écoles, en vue d'éduquer le public sur les effets du tabac ont été décrits à ces assises. Le rapport d'une conférence tenue antérieurement aux États-Unis présentait, entre autres, les raisons pour lesquelles les jeunes commencent à fumer et recommandait que les jeunes eux-mêmes aident à orga-

niser leurs propres campagnes contre l'usage du tabac. Des études chez l'animal, en URSS et aux États-Unis, ont démontré que l'on a déclenché des cancers du poumon par administration intratrachéale de benzopyrène, substance cancérogène présente dans la fumée de cigarette. Des chercheurs Britanniques ont rapporté que les animaux exposés à la fumée de cigarette avaient perdu du poids. Ils croient que cela serait dû à une altération du métabolisme.

LE CANCER DU POUMON ET L'USAGE DU TABAC

Deuxième rapport de l'Institut national contre le cancer du Canada.

En 1958, l'Institut national contre le cancer du Canada publiait un rapport sur la relation entre le cancer du poumon et l'usage du tabac (i). On y signalait que, pendant une période de 20 ans, la mortalité par ce cancer au Canada était devenue 6 fois plus élevée pour le sexe masculin et 2½ fois plus élevée pour le sexe féminin. Au cours de cette période, le rapport entre les deux sexes est passé de 2:1 à 5:1, en faveur du sexe féminin. Les statistiques de cette mortalité et la mortalité pour d'autres causes peuvent s'exprimer comme suit:

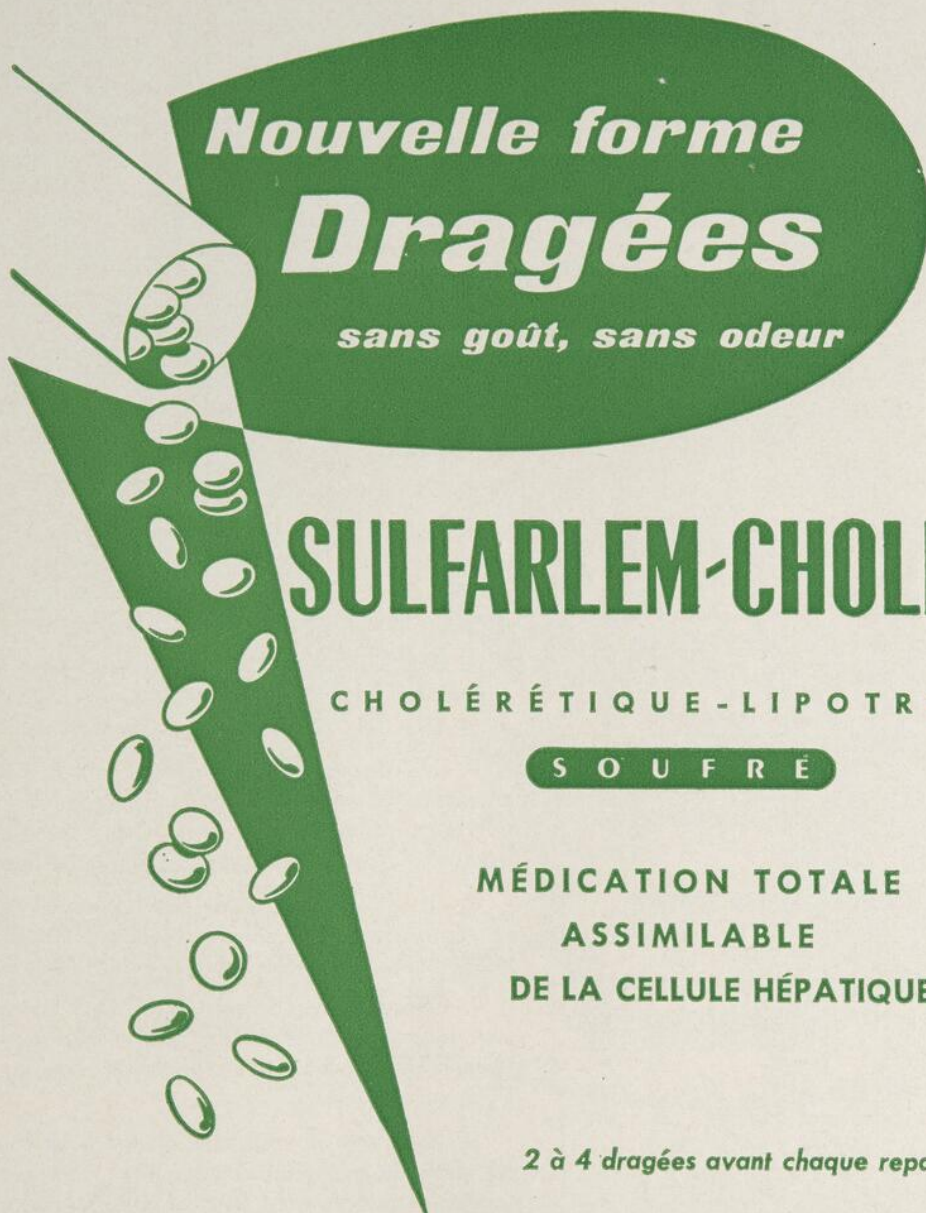
- 1° Un décès sur six est dû au cancer.
- 2° Pour chaque dix décès par cancer de toute autre localisation, il y a un décès par cancer du poumon.
- 3° Pour chaque 66 décès (toutes causes) au Canada, il y en a un dû au cancer du poumon.

Ce rapport passe en revue les études qui ont porté sur la relation possible entre l'usage de la cigarette et le cancer du poumon et conclut que des critiques comme celles qui accusent l'échantillonnage de dévier les résultats ne détruisent pas la validité des conclusions tirées de ces études. On signale que la preuve scientifique, à l'abri de toute critique, qu'il existe une relation de cause à effet entre la cigarette et le cancer du poumon, ne pourrait s'obtenir que par des expériences en fait inapplicables et que, pour rester pratiques, on peut accumuler ces preuves de cause à effet par les moyens suivants:

- a) des études épidémiologiques en continu, et
- b) des études plus poussées sur le dépistage, l'isolement et l'épreuve biologique de substances suspects présentes dans la fumée du tabac.

Depuis ce rapport de 1958, d'autres données de cette nature ont été publiées. Une étude faite au Canada (ii) sur la mortalité par rapport à l'usage du tabac a montré que la mortalité par cancer du poumon augmente avec le nombre de cigarettes fumées et que l'abondance de la cigarette fait baisser le taux de mortalité. Un rapport plus récent, du Collège Royal des médecins de Londres (iii), présente aussi une revue d'ensemble et une analyse de ce sujet.

Ce dernier rapport conclut que l'explication la plus simple de l'association statistique marquée entre la cigarette et le cancer du poumon est celle de cause à effet. Quant à la deuxième source de renseignement, soit l'épreuve biologique de substances présentes dans la fumée de tabac, on a entrepris, dans un laboratoire canadien (iv), (v), le fractionnement chimique de la fumée de tabac condensée, et on a analysé les fractions pour leur activité cancérogène. Quoique l'on ait identifié jusqu'ici 16 agents cancérogènes connus, du groupe des composés aromatiques polynucléés, on n'en a trouvé aucun en quantité suffisante pour expliquer les cancers de la peau produits expérimentalement chez l'ani-



Nouvelle forme
Dragées

sans goût, sans odeur

SULFARLEM-CHOLINE

CHOLÉRÉTIQUE - LIPOTROPE

S O U F R É

MÉDICATION TOTALE
ASSIMILABLE
DE LA CELLULE HÉPATIQUE

2 à 4 dragées avant chaque repas

FORMULE ; Trithioparaméthoxyphénylpropène 0.005 g
Bitartrate de choline 0.30 g
pour une dragée.

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

mal par application du condensat de cette fumée. L'activité cancérigène de ce condensat pourrait être imputable soit à un effet addition, soit à un agent cancérigène non identifié qui appartiendrait à quelque autre groupe chimique présent.

En repassant encore une fois le problème global de la cigarette par rapport au cancer du poumon, l'Institut national contre le cancer du Canada croit que les données statistiques et épidémiologiques actuelles qui associent l'usage du tabac au cancer du poumon tendent à favoriser la conclusion que la cigarette tient une place importante dans l'apparition du cancer du poumon et qu'elle est le principal facteur à incriminer dans l'augmentation frappante et continue de la mortalité par cancer du poumon.

BIBLIOGRAPHIE

- (i) LUNG: Cancer and Smoking. *Canad. Med. Ass. J.*, 79: 566, 1958.
- (ii) BEST, E. W. R.; JOSIE, G. H. et WALKER, C.B.: *J. Public Health*, 52: 99, 1961.
- (iii) Collège Royal des médecins de Londres, comité de la pollution de l'atmosphère et l'usage du tabac, dans "Smoking and Health". Résumé d'un rapport du Collège Royal des médecins de Londres, sur l'usage du tabac en regard du cancer du poumon et d'autres maladies. Publié par McClelland and Stewart, Limited, Toronto, 1962.
- (iv) WYNDER, E. L. et WRIGHT, G. F.: *Cancer*, 10: 255, 1957.
- (v) WRIGHT, G. F.: Communication personnelle.

L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

MOTION D'UNE ASSOCIATION MEMBRE

La motion suivante a été reçue de l'Association Médicale Suédoise pour être soumise à l'étude de la 16^{ème} Assemblée générale:

Attendu que dans bon nombre de pays le tiers de tous les décès sont causés par des accidents et que près du quart de ces décès sont attribuables à l'asphyxie ou à l'arrêt cardiaque, et

Attendu qu'un grand nombre de ces vies ne seront sauvées que par l'application sur place des techniques de la ressuscitation et

Attendu que le Corps médical doit être pleinement préparé pour effectuer une ressuscitation adéquate au lieu même de l'accident, et

Attendu que les techniques modernes de la ressuscitation par bouche à bouche, de la ressuscitation cardiaque externe et de la ressuscitation cardiaque-pulmonaire ne sont pas suffisamment connues et pratiquées de nos jours par le Corps médical du monde entier, et

Attendu que l'Association Médicale Mondiale reconnaît sa responsabilité vis-à-vis de ses membres individuels en leur donnant les connaissances appropriées dans cette question vitale

Qu'il soit résolu d'autoriser le Conseil à étudier ce problème pour lui permettre de trouver les moyens de porter à la connaissance de tous les médecins les méthodes les plus

perfectionnées de la réanimation d'urgence et qu'à cet égard, les "Recommandations du Symposium sur la Ressuscitation d'Urgence" formulées à Stavanger, Norvège, en août 1961, soient suivies.

RECOMMANDATIONS DU SYMPOSIUM SUR LA RÉANIMATION D'URGENCE STAVANGER, SUÈDE, 21-24 AOÛT 1961

1. La technique de la respiration artificielle recommandée dans un cas d'urgence est l'extension totale de la tête, avec insufflation par la bouche ou le nez.

2. Il faut appliquer immédiatement la technique de réanimation à l'accidenté avant de procéder au dégagement des voies respiratoires ou au drainage de l'eau dans l'organisme.

3. Le décubitus ventral ne doit pas être considéré supérieur au décubitus dorsal, ni pour le dégagement des voies respiratoires, ni pour le drainage des poumons.

4. Tout le personnel affecté aux premiers secours, les enfants des écoles et le public en général devraient apprendre la technique de la ressuscitation par bouche à bouche et par bouche à nez.

5. Les organisations et personnes responsables de l'enseignement des techniques du sauvetage devraient essayer d'obtenir des méthodes adjuvantes, tels que poupées et mannequins, thorax artificiel, films, diagrammes et images.

6. L'utilisation du thorax artificiel et d'autres méthodes adjuvantes ne devraient être enseignée qu'au personnel médical, aux infirmières et aux sauveteurs attirés.

7. La ressuscitation cardiaque externe ne devrait être enseignée et pratiquée que conjointement avec la ventilation artificielle, et, pour le moment, réservée au personnel médical, aux infirmières et aux sauveteurs attirés.

8. Le meilleur moyen de faire connaître les techniques de la respiration artificielle serait d'en rendre l'enseignement obligatoire dans les écoles.

9. Chaque pays devrait établir un bureau central d'informations pour rassembler les informations sur les cas traités en dehors des hôpitaux lorsque la ressuscitation artificielle a été pratiquée.

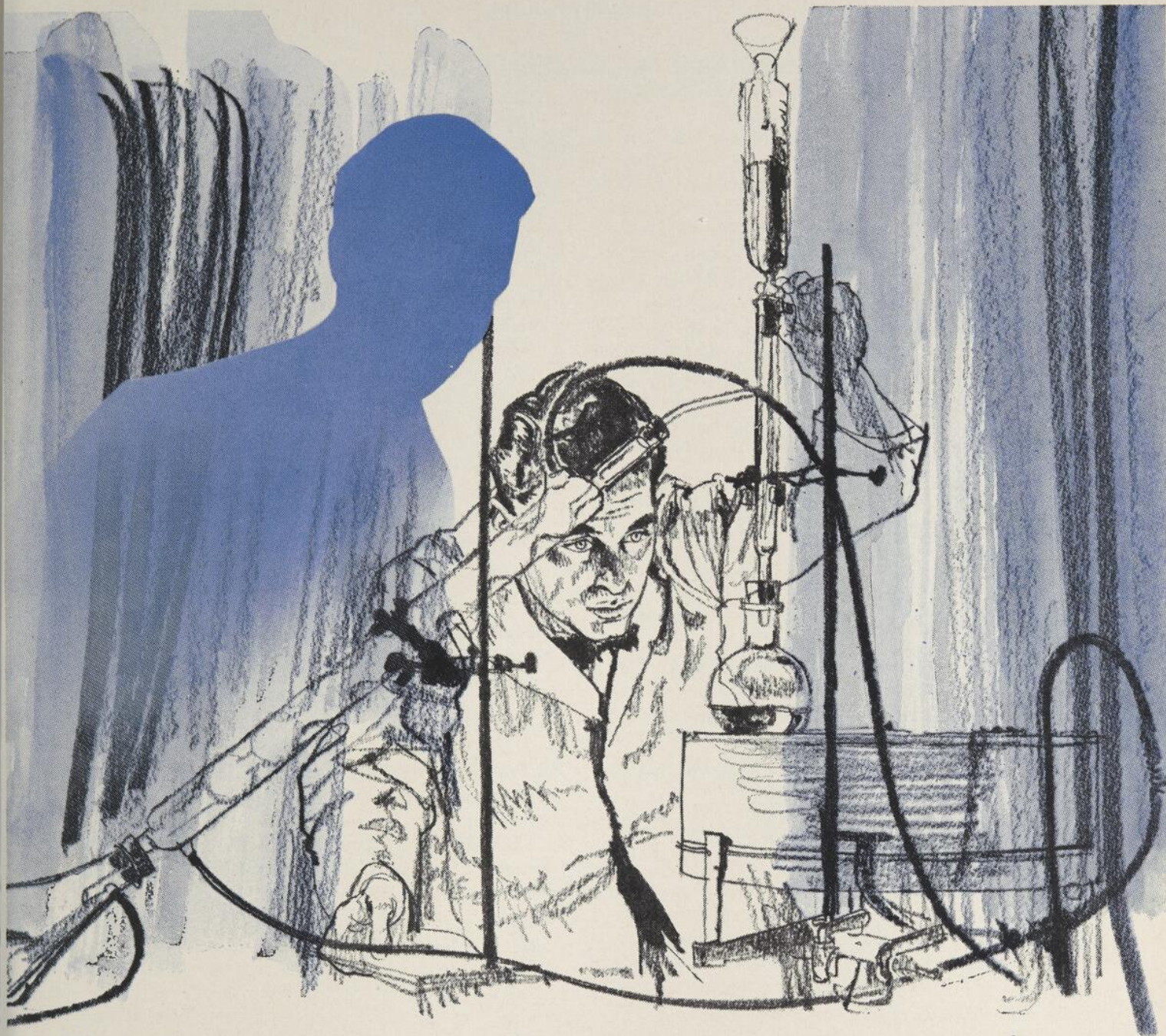
10. L'O.M.S. devrait être invitée à se constituer un centre international d'informations pour rassembler et classer toutes les informations des centres nationaux.

ATTRIBUTION D'UNE SUBVENTION FÉDÉRALE À L'HYGIÈNE POUR LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEL HÔPITAL

Une subvention fédérale de \$536,613 a été attribuée à l'Hôpital-Hospice Maimonides présentement en construction à Côte Saint-Luc, Montréal. Cette nouvelle a été annoncée ici aujourd'hui par l'honorable Judy LaMarsh, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

La partie qui constituera l'hôpital proprement dit sera un bâtiment de cinq étages abritant 210 lits et de nombreux aménagements complémentaires pour le soin des malades chroniques. Il remplacera l'actuel Hôpital Maimonides situé avenue de l'Esplanade à Montréal.

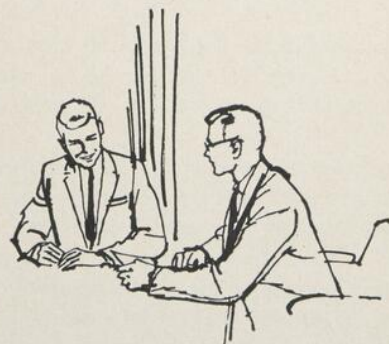
L'édifice est une structure de piliers de béton armé reliés par des murs de maçonnerie. La construction doit être terminée en juillet 1964.



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

...VOTRE REPRÉSENTANT ORTHO

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



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

NEUVIÈME COURS DE CARDIOLOGIE DE
L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

16-20 septembre 1963

PROGRAMME

Lundi, le 16 septembre 1963

9.00 à 9.45 a.m.: Diagnostic et traitement de la fièvre rhumatismale — Dr G. Gilbert.

10.00 à 10.45 a.m.: Diagnostic et traitement des lésions valvulaires — Dr O. Gialloreto.

11.15 à 11.30 a.m.: Message du Directeur — Dr P. David.

11.30 à 12.30 p.m.: La place actuelle et les résultats de la commissurotomie dans le traitement du rétrécissement mitral — Prof. Jean Himbert.

2.30 à 3.15 p.m.: Chirurgie des lésions valvulaires — Dr P. Grondin.

3.30 à 5.00 p.m.: Forum: *Dr Paul David* — Drs G. Gilbert, G. Germain, P. Grondin, O. Gialloreto et Prof. J. Himbert.

Mardi, le 17 septembre 1963

9.00 à 9.45 a.m.: Diagnostic des malformations congénitales — Dr G. Gilbert.

10.00 à 10.45 a.m.: Cathétérisme et angiocardigraphie — Dr L. Campeau.

11.15 à 12.15 p.m.: Histoire naturelle des communications interauriculaires — Prof. Jean Himbert.

2.30 à 3.15 p.m.: Chirurgie des malformations congénitales — Dr G. Lepage.

3.30 à 5.00 p.m.: Forum: *Dr G. Gilbert* — Drs A. Johnson, L. Campeau, G. Lepage, N. Aerichidé et Prof. J. Himbert.

Mercredi, le 18 septembre 1963

9.00 à 10.00 a.m.: Présentation de malades.

10.15 à 11.00 a.m.: Traitement de l'insuffisance cardiaque — Dr M. Savard.

11.30 à 12.30 p.m.: Les Cardiopathies ischémiques: définition, critères, étiologie — Prof. Jean Himbert.

P.M.: Sessions de Travail: Chirurgie à ciel ouvert. B.C.G. Cathétérisme. ECG et vecto. Pathologie. Anticoagulant. Athérosclérose expérimentale.

Jeudi, le 19 septembre 1963

9.00 à 9.45 a.m.: Diagnostic de la maladie coronarienne — Dr P. David.

10.00 à 10.45 a.m.: Diagnostic électrocardiographique de la maladie coronarienne — Dr Y. Desrochers.

11.15 à 12.15 p.m.: L'athérosclérose coronarienne ischémique: ses causes et ses lésions — Prof. Jean Himbert.

2.30 à 3.15 p.m.: Traitement de la maladie coronarienne — Dr Y. Lemire.

3.30 à 4.15 p.m.: Prophylaxie de la maladie coronarienne — Dr G. Choquette.

4.30 à 5.00 p.m.: Chirurgie périphérique — Dr P. Grondin.

Vendredi, le 20 septembre 1963

9.00 à 10.00 a.m.: Présentation de malades.

10.15 à 11.00 a.m.: Traitement des troubles du rythme — Dr N. Aerichidé.

11.30 à 12.30 p.m.: Évolution naturelle de la maladie et influence des traitements — Prof. Jean Himbert.

2.30 à 3.15 p.m.: Traitement de l'hypertension — Dr J. Genest.

3.30 à 5.00 p.m.: Forum: *Dr Paul David* — Drs H. Segall, J. Genest, Y. Lemire, G. Choquette et Prof. J. Himbert.

LIVRES REÇUS

Le Goître endémique. Par divers auteurs. Organisation mondiale de la Santé: Série de Monographies, No 44, Genève, 1962, 480 pages + index. Prix: \$6.75. — A paru également en anglais et en espagnol.

Il est prouvé depuis plus de 40 ans que l'iodation du sel est une mesure prophylactique simple, efficace et peu coûteuse de prévenir l'apparition du goître endémique dans une collectivité. Pourtant, les pays qui ont négligé cette mesure sont si nombreux que le goître sévit encore dans de très vastes régions du monde. Les autorités de la santé publique ont souvent sous-estimé la menace que représente le goître pour le bien-être physique, social et économique d'un pays. Elles ont douté de l'efficacité et de l'innocuité des mesures prophylactiques, ou ont été rebutées par les difficultés techniques ou administratives.

Au cours des dix dernières années, en collaboration avec la FAO et le FISE, l'OMS a invité les gouvernements à reprendre la question. Tout en participant à des consultations, sur le plan international, relatives à la lutte contre le goître, elle a envoyé des conseillers dans diverses régions pour donner des avis aux gouvernements sur les mesures à prendre; elle a en outre publié plusieurs études sur les divers aspects du problème. La monographie qui vient de paraître, à laquelle ont participé 18 auteurs de 10 pays, est une mise au point actuelle et complète de la question du goître endémique. Sa répartition géographique, son histoire, son importance en santé publique; la physiologie, l'anatomie pathologique et les études expérimentales de la maladie; la technique des enquêtes, le traitement et la prévention; l'iodation du sel; les principes de la lutte et leur application; la législation en matière de prophylaxie par l'iode, sont autant de sujets développés dans cet ouvrage.

Le chapitre de la répartition géographique du goître endémique est présenté sous forme d'enquêtes sur chaque pays. Il suffit de le parcourir pour se rendre compte de l'étendue de l'endémie goitreuse dans le monde et de ses répercussions sur la santé publique. On voit aussi, d'après d'autres chapitres, les lacunes qui subsistent dans les connaissances sur la pathogenèse et l'étiologie de la maladie, malgré tout ce que l'on a découvert durant les 20-30 dernières années sur la fonction et les dysfonctions de la thyroïde. Bien que la carence en iode puisse n'être pas le seul facteur de la goïtrogénèse, il est indubitable que l'ingestion d'iode exerce une action préventive dans la grande majorité des cas. En publiant cette monographie, l'OMS souhaite stimuler l'intérêt des autorités de la santé publique et les aider à surmonter les difficultés législatives, administratives et techniques qu'elles pourraient rencontrer en mettant sur pied un programme de prophylaxie collective contre le goître endémique.

Les Infra-sons — Données physiques, physiologiques et thérapeutiques. Par Jacques DÉNIER. — Un volume 16 x 24, 48 pages, 11 figures. 10 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Les Ultra-sons depuis longtemps déjà ont fait l'objet d'études approfondies par les chercheurs du monde entier. Les Infra-sons à leur tour commencent à intéresser les

savants. Alors qu'il semble que les Ultra-sons aient épuisé le domaine des découvertes, les Infra-sons offrent aux chercheurs des possibilités d'investigation jusqu'alors méconnues. Leur intérêt comme agent thérapeutique est très important.

L'auteur commence par l'étude physique des Infra-sons, puis envisage leurs actions physiologiques sur le tonus musculaire, sur le cortex cérébral et sur la sensibilité du corps aux vibrations. Ceci le conduit à examiner l'emploi des Infra-sons en thérapeutique dont le champ est très étendu. Son travail s'appuie sur de nombreuses observations qui mettent en lumière l'importance des Infra-sons comme agent thérapeutique. Par leur action osmotique modifiant la perméabilité des membranes et par leur action relaxante, leurs indications sont très variées.

Traité pratique de pathologie digestive. Sous la direction de J. GODART, Ancien Chef de Service des Hôpitaux de Bruxelles, Chef du Service de Gastro-Entérologie Clinique César de Paepe (Bruxelles), Président du cycle de conférences de perfectionnement en gastro-entérologie, Président de la Société Belge de Gastro-Entérologie; Préface du docteur J. CAROLI. — Tome I: **Dyspepsies - œsophage - retentissement digestif des affections du diaphragme - estomac - duodénum.** — Un volume 18 x 25, 496 pages, 176 figures, 4 planches en couleurs. Broché: 70 F.; Cartonné: 80 F. — Tome II: **Grêle - côlon - rectum - anus - péritoine - mésentère - épiploon - hémorragies digestives - diététique.** — Un volume 18 x 25, 468 pages, 92 figures. Broché: 70 F.; Cartonné: 80 F. — Tome III: **Maladie du foie, des voies biliaires et du pancréas.** (En préparation). — Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Ce traité qui rassemble tous les éléments de la gastro-entérologie dont un omnipraticien se doit de connaître l'existence, constitue pour les candidats spécialistes un livre de base qui résume l'ensemble des notions indispensables qu'un gastro-entérologue ne peut ignorer.

Les deux premiers volumes concernent le tube digestif proprement dit.

Un troisième volume, à paraître traitera des maladies du foie et du pancréas.

L'ouvrage commence par l'étude des plaintes digestives et de la thérapeutique générale qui leur est opposée. Quant aux "dyspepsies", elles n'ont pas été dissociées de la pathologie générale dont elles ne sont qu'une expression fragmentaire et le lecteur lira avec profit les chapitres qui décrivent les rapports entre la pathologie digestive et celle des différents appareils.

A ce travail, des spécialistes de toutes les disciplines ont apporté leurs contributions qu'il s'agisse de psychiatres, d'allergistes, d'endocrinologues, de cardiologues, d'hématologues, etc.

Le traité se poursuit par une description simple et didactique de la pathologie du tube digestif à tous ses niveaux. Chacun de ces chapitres a été confié à celui qui, en Belgique, a paru le plus qualifié pour un tel enseignement.

Des détails techniques sont fournis; c'est ainsi que l'ensemble des chapitres qui intéressent les maladies ano-rectales constitue à cet égard un manuel complet de proctologie pratique.

Seules, les affections rarissimes ne sont citées que pour mémoire.

Le deuxième volume s'achève par deux chapitres, l'un sur les hémorragies digestives, l'autre sur la diététique dans les maladies du tube digestif.

L'effort de J. Godart de réunir en trois volumes maniables une matière éparpillée dans d'innombrables publications répond à un besoin exprimé par de nombreux praticiens.

Une iconographie très riche et très belle dont la plus grosse partie est fournie par M. Brombart illustre l'ouvrage.

Traité de biologie appliquée. — Tome II: **Les diagnostics microbiologiques.** Première partie: Bactériologie - Virologie - Mycologie - Rickettsioses - Parasitologie - Analyse des eaux. Par: de l'Institut Pasteur de Paris: J. BENEX, P. R. BRYGOO, M. CAPPONI, Y. A. CHABBERT, P. J. COLETSOS, E. DROUHET, P. GIROUD, L. LAMY, F. MARIAT, J. MAURIN, P. NICOLLE, D. et M. PIÉCHAUD, J. PILLOT, A. R. PRÉVOT, G. SEGRETIN, P. THIBAUT, M. VÉRON; et H. R. OLIVIER. Sous la direction de H. R. OLIVIER, Ex-professeur de Clinique Médicale de Dijon, Ex-charge de Cours de Biologie à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du professeur Jacques TRÉFOUËL. — Un volume 18.5 x 26, 760 pages, 244 figures, 1 planche en couleurs. Broché: 118 F.; Cartoné: 128 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Sans doute est-il bon de signaler ou de rappeler d'abord la place que tient (depuis sa parution, fin 1961) le Tome I ayant trait aux méthodes fondamentales, aux techniques générales d'analyse, à l'instrumentation et aux appareillages concernant la biologie appliquée: méthodes optiques, électrochimiques, méthodes physiques d'analyse, méthodes générales attachées aux grandes disciplines biologiques et microbiologiques et comportant, il faut le remarquer, un chapitre d'enzymologie.

Le présent Tome II est réservé aux diagnostics microbiologiques. Si sa rédaction a retenu, pour son succès et sa valeur, la nécessité première d'une judicieuse répartition des tâches en confiant à chaque co-auteur la liberté et la responsabilité de sa contribution, afin de lui laisser surtout le poids et l'originalité de sa compétence, ce volume a été conçu dans l'intention finale d'offrir au lecteur un instrument didactique de travail, un ensemble éclectique de méthodes, une homogénéité enfin dans la disposition, la construction, le déroulement des opérations.

Autant dire qu'il s'adresse à la fois aux étudiants et aux techniciens de l'analyse médicale (voire, de la recherche), aux médecins biologistes et cliniciens, et notamment aux laboratoires et centres hospitaliers qui ont souvent à entreprendre des investigations inhabituelles, à poser des diagnostics peu courants.

En effet, le matériel et les méthodes microbiologiques sont traitées, en un premier temps, avec tous les détails utiles qui sont quelquefois inconnus, oubliés, ou méconnus; de plus, chacune des grandes rubriques de ce livre est précédée d'un rappel (souvent indispensable) des notions fondamentales permettant au lecteur de comprendre le pourquoi de certains gestes techniques et de saisir, combien mieux alors, les divers aspects des résultats, leur portée pratique, les nuances non négligeables dans leur interprétation.

Les diagnostics biologiques des diverses bactéries aérobies sont présentés, puis des anaérobies; les mycobactéries et la tuberculose sont évidemment traitées en un chapitre spécial; de même que les champignons et les mycoses, visibles essentiellement sous nos climats, et dont l'importance croît chaque jour.

En virologie, les diagnostics sont envisagés sous la forme pratique la plus concise et la plus efficiente, dans les limites des possibilités techniques courantes; un chapitre concernant la bactériophagie et surtout la lysotypie diagnostique apporte un supplément intéressant et précieux. L'étude des rickettsies et des toxoplasmes n'a pas été omise: leur rôle pathogène occupe actuellement une grande place, et de nombreux chercheurs. Les protozoaires et les helminthes sont décrits, que l'on rencontre le plus fréquemment, sous divers climats, mais avant tout dans nos pays; comme en mycologie, l'iconographie (riche et soignée) tient ici un rôle indispensable dans le diagnostic.

Après une étude des principales maladies dues aux leptospires, spirilles et tréponèmes, s'ouvre l'appréciable chapitre d'immunologie générale et pratique auquel pourront se référer les lecteurs des diverses rubriques spéciales. De même, l'étude de la sensibilité aux sulfamides et aux antibiotiques permettra de joindre aux diagnostics microbiologiques des dispositions thérapeutiques immédiates que nul ne saurait négliger.

Enfin, les examens bactériologique et chimique des eaux complètent cet arsenal éminemment diagnostique. Mais il aurait manqué un élément précieux à l'usage des biologistes si ce traité n'avait pas été marqué par une étude des moyens concrets offerts par la documentation et certains de ses prolongements inouïs: ainsi le lecteur averti disposera-t-il d'un outil supplémentaire dans l'organisation même de son travail.

Comme l'a fort justement évoqué la préface de cet ouvrage remarquable, la tradition pastorienne a eu la belle occasion d'être renouvelée, d'une façon homogène, claire, utile.

Physiologie articulaire — Schémas commentés de mécanique humaine. Par I. A. KAPANDJI. Préface du professeur F. POILLEUX. — Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Au Siècle de l'Électronique et de la conquête de l'Espace, l'enseignement ne peut plus se passer des méthodes audiovisuelles, l'Image prend une importance croissante et tend à supplanter le texte. La mémoire visuelle reste, en effet, un des meilleurs moyens de stockage des connaissances et le schéma le plus dépouillé permet parfois de faire comprendre simplement et rapidement une idée complexe.

Il était étonnant que, dans une science aussi "mécaniste" que la physiologie articulaire il n'existât point encore un livre où les figures tiennent lieu d'exposé. Cette lacune est maintenant comblée par les "Schémas commentés de mécanique humaine" dont le principe directeur a été "un schéma pour chaque idée". Ceci explique son étonnante richesse graphique, constituée de dessins pour la plupart inédits.

Le fascicule I qui sort aujourd'hui est consacré au membre supérieur. Il permet d'assimiler facilement et complètement les facteurs articulaires et musculaires des mouvements. Nul doute qu'il soit d'un grand secours aux étudiants en médecine, aux élèves infirmières et aux kinésithérapeutes. Il n'est pas jusqu'au chirurgien qui ne lui trouve un intérêt

ALDOMET*
Méthylodopa

**comble une lacune[†]
dans la thérapeutique
hypotensive**

... associe la *facilité d'emploi*
des hypotenseurs de faible
activité à l'*efficacité* des hypo-
tenseurs plus puissants.

... traite l'hypertension artérielle
permanente de façon très
efficace.

*Documentation complète (indications,
posologie, mode d'emploi, effets secon-
daires, avertissement) et bibliographie
fournies sur demande.*

Un autre produit des Laboratoires de recherches



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

[†]L'absence d'une jugulation satisfaisante
*Marque de commerce

pour la compréhension de certaines interventions à visée fonctionnelle.

A la fin de l'ouvrage se trouvent des planches permettant par découpage et montage de réaliser des modèles dont le fonctionnement éclaire certains aspects de la dynamique articulaire. Le modèle d'un doigt, avec ses articulations et ses tendons, est particulièrement démonstratif. Ces véritables "travaux pratiques de physiologie articulaire" sont une des originalités de ce livre.

Deux autres fascicules sont en préparation: le fascicule II consacré au membre inférieur, le fascicule III comportant les généralités sur le fonctionnement des articulations et des muscles, la physiologie des articulations de la tête et du tronc et enfin l'analyse fonctionnelle de quelques mouvements courants. Conçus dans le même esprit que le premier, ils compléteront la collection. Il ne reste plus qu'à souhaiter leur sortie prochaine.

Médecine de l'Homme — Réadaptation fonctionnelle générale. Par H. J. LAGROUA. Préface du professeur Agr. M. PERRAULT. — Tome I: **Des faits et des hypothèses**. — Un volume 16 x 24, 350 pages, 138 figures. Cartonné: 37 F. — Tome II: **Essai sur la thérapeutique fonctionnelle générale**. — Un volume 16 x 24, 448 pages, 45 figures. 43 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Pour réaliser la portée de ce livre médical, mais qui n'est pas que cela, car il amorce une orientation nouvelle — plus humaine et réaliste des conceptions concernant le malade et la maladie, il importe de se représenter à combien de réintégrations de déficients dans le domaine de l'activité sociale, but final et positif de l'Art Médical, aboutit effectivement le système actuel? Disons-le sans plus attendre: 50% des malades sont récupérés, ce qui signifie que 50% d'entre eux ne le sont pas et, sans contre-partie, demeurent en charge à la collectivité.

Un tel bilan est lourd du point de vue économique-social, il est affligeant du point de vue humanitaire.

Cet état de choses, Lagroua pense qu'il peut être amélioré dans la proportion de 50% et c'est pour nous en convaincre qu'il nous apporte en ces pages, le fruit d'une expérience de plus de vingt-cinq années.

Dans le *Tome I* du présent ouvrage, "*Des Faits et des Hypothèses*", Lagroua démontre le bien fondé de la Médecine de l'Homme.

La Médecine classique contemporaine, constate-t-il, désireuse de ne rien avancer qu'elle ne puisse prouver, s'intéresse essentiellement au physique et à la lésion et pour la raison contraire, n'attache qu'une attention très relative aux manifestations pathologiques dont les investigations les plus poussées de nature pondérale, ne sauraient élucider de façon satisfaisante, ni le mécanisme, ni l'origine réelle? Or, s'il en est ainsi et comme il n'y a pas de faits sans causes, il importe, précise l'auteur, de rechercher ces dernières en dehors des sentiers battus.

Partant de faits d'expérience courante, Lagroua établit que le dérèglement de la machine humaine est loin de n'avoir que des causes de nature physique et que ces perturbations diverses connues sous le nom de "troubles fonctionnels", mettent en évidence l'action du facteur psycho-affectif et volitif, celle de l'hérédité, de la race... en un mot celle des différents éléments interrégissants, constitutifs de la Personnalité qui demeure immuablement une et qu'influence le milieu.

D'observations en déductions, il en arrive à la conclusion que des Lois rythment identiquement le comportement de tout ce qui est vie et mouvement, depuis les astres jusqu'aux cellules organiques, que l'interréaction organo-fonctionnelle, de même que les phénomènes nutritionnels ultimes, obéissent à ces mêmes Lois et que les troubles fonctionnels résultent de leur inobservance.

Toutefois, ne perdant pas de vue le but consistant à apporter une solution pratique au problème "fonctionnel", il fait ressortir que, quelles que soient leur origine et leur apparence, tous les troubles fonctionnels sont liés par un "dénominateur commun" qui se trouve être l'auto-intoxication et le plus souvent, le ralentissement de la nutrition, à la fois effet et cause immédiate du déséquilibre fonctionnel.

Dans le *Tome II* du présent ouvrage, "*Essai sur la Thérapeutique Fonctionnelle Générale*", avec le concours de spécialistes hautement qualifiés, Lagroua rapporte sur le mode schématique, l'essentiel de nombreuses techniques, ailleurs présentées isolément, utilisées en Thérapeutique Fonctionnelle Générale.

Des données précédemment mentionnées et confirmées par celles découlant des notions de base, l'auteur dégage tout naturellement les assises de la Thérapeutique Fonctionnelle Générale qui, par une méthode commune dans son principe si elle diffère en ses applications individuelles, tend à rééquilibrer, autrement dit à "normaliser", ses justiciables.

* * *

Un tel livre restitue à la personnalité humaine sa plénitude et sa dignité et l'être humain s'y révèle solidaire de facteurs multiples et lié à son milieu au développement duquel il participe. On conçoit donc, que le présent ouvrage sur la Médecine de l'Homme déborde les limites de la profession médicale, pour fournir matière à réflexions fructueuses à tous ceux-là que les problèmes de l'Humain intéressent.

Grâce à l'enseignement qui s'en dégage, la réalité des troubles fonctionnels se révèle dans son contexte humain et la possibilité de lever l'hypothèque économique-sociale dont leur nombre grève la Société, n'apparaît plus comme illusoire.

Il apparaît sans contestation que la Médecine de l'Homme, essentiellement synthétique et globale, a des fondements réels; nullement négatrice de la Médecine classique, analytique et organiciste, elle la complète au contraire et il est hors de doute que par elle, des malades innombrables aujourd'hui abandonnés, pourront avec la joie de leur santé recouvrée, connaître à nouveau celle d'une vie bien remplie.

Ces pages, sans nul doute, évoquent des problèmes immenses qui se devaient d'être portés au grand jour.

La chose est faite et ainsi que l'écrit le professeur Marcel Perrault: "Le livre de Lagroua est un bon livre et qui vient à son heure. On ira plus loin, plus tard, c'est vraisemblable. Mais on ira dans le même sens et le mérite du pionnier demeurera grand".

* * *

Le *Tome II* à dire vrai, ne se comprend guère privé de son contexte, c'est-à-dire considéré indépendamment du *Tome I*: les deux *Tomes* de ce livre consacré à la Médecine de l'Homme forment en réalité un tout, la théorie et la pratique se révélant indissociables.

C'est pourquoi nous fournissons par ailleurs une analyse d'ensemble de l'ouvrage.

Cependant, si l'intérêt évident du *Tome II* est de présenter au lecteur, pour la première fois sans doute, une véritable

Nouvel antidiabétique oral

DimelorTM

(acétohexamide, Lilly)

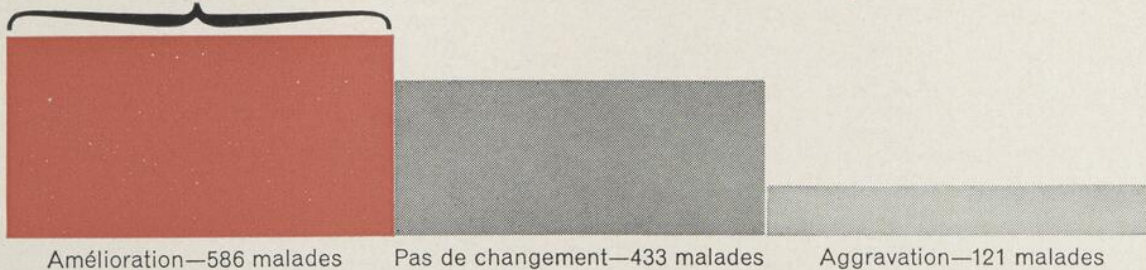
dans le diabète stable de l'adulte...

- Haut degré d'efficacité
- Administration commode: une seule prise quotidienne
- Absence remarquable de toxicité dans les traitements prolongés

Expérimentation clinique¹

Résultats obtenus avec le Dimelor par rapport aux résultats obtenus antérieurement avec d'autres antidiabétiques dans 1.140 cas

51,4% des cas ont été améliorés par le Dimelor



Amélioration obtenue avec le Dimelor dans 172 cas traités antérieurement par d'autres antidiabétiques oraux avec "résultat médiocre"

Nombre de malades traités	Amélioration obtenue avec le Dimelor			Total	% d'amélioration
	Excellente	Bonne	Assez bonne		
172	19	47	39	105	62

Nota: 62% des malades traités antérieurement par d'autres antidiabétiques oraux avec "résultat médiocre" ont été améliorés par le Dimelor.

1. Recueil d'observations cliniques publiées par 228 expérimentateurs, Laboratoires de Recherches Lilly.



synthèse de ce qu'est la Thérapeutique Fonctionnelle Générale, il ressort d'un tel affrontement, un avantage d'ordre pratique indiscutable pour ceux qui souhaitent être informés de l'essentiel de ces techniques diverses, aujourd'hui décrites isolément en des ouvrages de qualité certes, mais trop souvent quelque peu hermétiques pour les non initiés, entre autres: psychothérapie, ressources naturelles, alimentation, entérocyse, ozonothérapie, infiltrations anesthésiques et chirurgie neuro-végétative, acupuncture, cellulothérapie, ostéopathie, tubages duodénaux thérapeutiques, kinésithérapie, gymnastique circulatoire abdominale, physiothérapie, prévention de la vieillesse, cures et centre de réadaptation, etc.

Grâce à cette présentation inédite de données simples, accessibles à tous les médecins et chirurgiens non spécialisés, ceux-ci seront mieux armés pour venir en aide à leurs malades relevant notamment du domaine fonctionnel.

Les praticiens au fait des procédés rapportés en ces pages les liront eux-mêmes avec profit, car elles leur permettront une révision personnelle rapide toujours utile et surtout, de saisir le lien unissant et justifiant leurs disciplines.

La rédaction de ce *Tome II* amorce enfin une révolution bien sympathique; elle est l'occasion pour Lagroua de fournir la démonstration que la flamme et l'érudition ne sont pas l'apanage de l'École traditionnelle et des seuls détenteurs de titres officiels.

Il a fait volontairement appel pour rédiger certains Chapitres du présent *Tome*, à des auteurs dont l'expérience et les travaux personnels ont bien montré que la valeur et la maîtrise sont accessibles à tous. À tous ceux, du moins, qui ont su, quelles que soient la route empruntée et les embûches du chemin, par leur courage et leur travail s'accrocher à une tâche et persévérer jusqu'à sa réalisation.

Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition, sixième rapport. Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1962, No 245; 70 pages. Prix: \$1.00. Publié également en anglais et en espagnol.

Le sixième rapport du Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition passe en revue la situation actuelle et l'état d'avancement des projets de deux Organisations; d'autre part, il contient des recommandations sur les activités futures.

Le Comité d'experts examine les progrès récents de nos connaissances concernant les maladies par carence protéique et calorique, ainsi que la mise au point, la production et la distribution d'aliments riches en protéines destinés à prévenir ces carences. Des farines d'arachide et de graine de coton à faible teneur en graisses et certains dérivés du soya se sont révélés satisfaisants; ces aliments sont produits, souvent en collaboration avec des entreprises industrielles, en Inde, en Amérique centrale, en Afrique et ailleurs. Des farines de poisson sont mises à l'essai. Parmi les autres troubles de la nutrition étudiés sur le terrain, on trouve les anémies nutritionnelles, la pellagre, la carence en vitamine A et le goître endémique. Le Comité préconise une action plus énergique en vue de prévenir ces différents troubles. Il examine d'autre part les données récemment acquises sur les besoins nutritionnels et propose que, conformément aux observations faites par les chercheurs, une révision soit faite des critères précédemment fixés pour ces besoins, spécialement en ce qui concerne les protéines, les calories et le calcium. Il recommande une nouvelle classification des maladies de la nutrition dans la Classification

internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès.

L'assistance fournie par la FAO et l'OMS à divers gouvernements pour la planification de leur politique de l'alimentation et de la nutrition a montré qu'il était urgent d'établir des programmes d'enseignement à tous les niveaux, surtout dans les pays en voie de développement. Aussi le rapport insiste-t-il pour qu'une priorité absolue soit donnée à la formation professionnelle et à l'éducation en matière de nutrition afin que ces pays puissent disposer de nutritionnistes qualifiés et de personnel auxiliaire pour l'exécution des projets nationaux relatifs à la nutrition.

La cécité psychique — Étude critique de la notion d'agnosie.

À propos de 415 cas de lésions cérébrales hémisphériques postérieures dont 102 avec agnosie optique. Par Henry HÉCAEN et René ANGELESGUES, Médecins des Hôpitaux psychiatriques. Travail du centre neurochirurgical de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. — Un volume de 202 pages, avec 15 figures (16 x 24.5). 35 F. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Depuis la dernière guerre mondiale, les troubles de la reconnaissance optique ont été l'objet de travaux nombreux et approfondis d'un grand intérêt clinique et physiopsychopathologique. En même temps qu'était mieux connu le rôle privilégié des lésions de l'hémisphère mineur — en particulier des régions naguère considérées comme "muettes" —, il devenait possible de discerner au sein de la cécité psychique, non seulement divers aspects, mais des modalités de désorganisation permettant de mieux comprendre le problème de l'organisation des fonctions corticales.

C'est pourquoi les auteurs ont repris dans son ensemble la question des troubles de la reconnaissance visuelle, en les étudiant dans le cadre des divers syndromes corticaux qui constituent leurs contextes cliniques habituels. Ainsi apparaissent quelques formules caractéristiques de désorganisation des fonctions corticales susceptibles d'être mises en relation avec diverses topographies lésionnelles.

À partir des données de la littérature et de 102 observations personnelles d'agnosie optique sur un groupe de 415 cas de lésions hémisphériques postérieures, les auteurs cherchent à définir les contextes cliniques particuliers et les références anatomiques propres à six groupes de troubles de la reconnaissance visuelle: agnosie d'objets et d'images figuratives, agnosie pour les images symboliques, agnosie des couleurs, agnosie des physionomies, agnosies spatiales, agnosie spatiale unilatérale.

Grandes divisions de l'ouvrage

I. *Évolution des conceptions sur l'agnosie optique* (19 p.).

II. *Étude anatomo-clinique.* Méthodes d'examen et sémiologie des agnosies visuelles (17 p.). — Étude descriptive et analytique du matériel personnel (56 p.). — Relations entre les symptômes et corrélations statistiques (13 p.). — Conditions anatomiques (15 p.). — Conclusions anatomo-cliniques (9 p.).

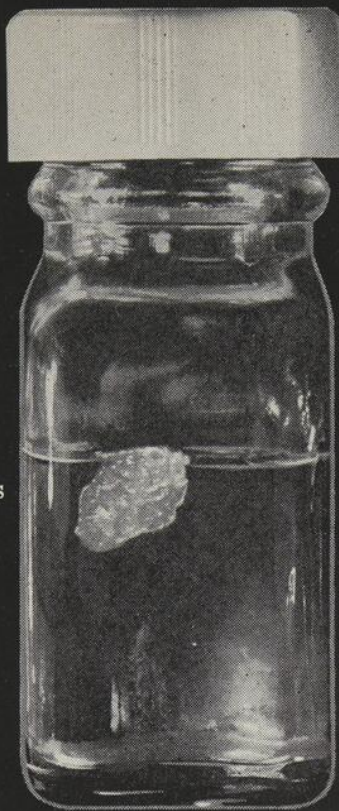
III. *Étude critique de la notion d'agnosie.* Conceptions actuelles sur l'agnosie optique (25 p.). — Le phénomène agnosique (22 p.).

Résumé et conclusions.

Bibliographie.

Du soleil à l'homme — L'organisation énergétique des structures vivantes. Par H. LABORIT, Maître de Recherches des Services de Santé des Armées, Prix Albert Lasker de l'American Health Association. — Un volume de 160 pages, avec 14 figures (14 x 22.5). Cartonné sous jaquette. 22 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

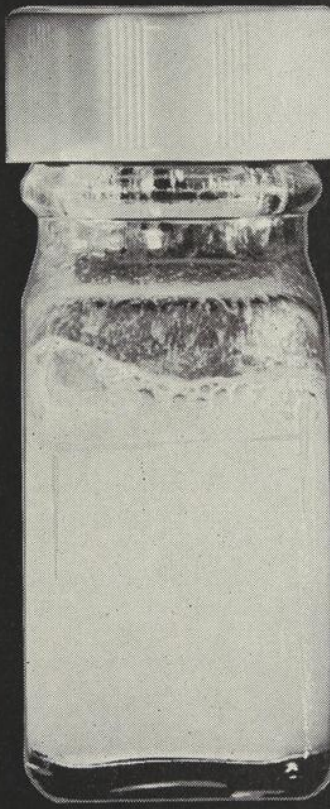
Onguent à excipient gras



Neo-Polycin



Agitez



Contrairement aux onguents à excipient gras, Neo-Polycin se mélange facilement à l'eau. Grâce à Fuzene, excipient unique en son genre, Neo-Polycin est parfaitement miscible au sang, au pus et aux exsudats de tissus, libérant ainsi une plus grande concentration d'antibiotiques dans la lésion. Cet excipient exceptionnel est combiné à trois antibiotiques, généralement préférés pour les infections topiques: la néomycine, la polymyxine et la bacitracine. Neo-Polycin couvre

donc le spectre complet des bactéries que l'on trouve normalement dans les lésions topiques, et il est hautement efficace en cas de suintement. Son excellent pouvoir de diffusion permet un traitement complet et concentré de toutes les infections cutanées, y compris celles qui sont difficiles à identifier en vue d'une thérapie définitive. Neo-Polycin: disponible en tubes de 5 ou 15 grammes. Neo-Polycin HC avec 1% d'hydrocortisone: disponible en tubes de 5 grammes seulement.



P PITMAN-MOORE DIVISION
M DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED
DON MILLS, ONTARIO

Le but de H. Laborit en écrivant cet ouvrage a été de montrer comment, avec les faits actuellement acquis par la Science et les grandes lois qui en décrivent les relations, à condition de ne pas s'enfermer dans une spécialisation aveuglante, il paraît possible de fournir un aspect dynamique du Phénomène Vie. Toute vie sur la terre résulte de l'état d'excitation provoqué par les photons solaires rencontrant certaines molécules terrestres. H. Laborit envisage donc comment les premières molécules vivantes ont pu apparaître, comment elles ont conduit à l'assimilation chlorophyllienne, comment celle-ci a commandé l'apparition des processus oxydatifs et l'évolution des formes animales, des êtres unicellulaires jusqu'à l'Homme.

L'auteur insiste sur le déterminisme autorégulé qui, à partir des composés phosphorés riches en énergie et des phospho-pyridines nucléotides, a gouverné, par sa "dialectique", l'apparition successive des différents degrés d'organisation de la matière vivante et le transfert de l'énergie solaire à travers elle.

Un chapitre est consacré à la signification des processus physiopathologiques individuels dans le contexte évolutif et l'environnement.

L'auteur montre par quel mécanisme, aussi bien en physiologie qu'en physiopathologie, c'est l'énergie solaire liée à la molécule d'Hydrogène qui fournit l'énergie nécessaire au maintien des structures moléculaires complexes ainsi qu'à celui des structures renouées aux paliers d'organisation suivants.

Il propose ensuite une interprétation biologique de la prise de conscience humaine, qui le conduit à la recherche d'un code biologique du comportement individuel et de celui des groupes humains. Il tente alors, sur ces bases, une description biologique du mécanisme de la création artistique et de la découverte scientifique.

Postulant qu'il est possible d'appliquer les grands schémas d'organisation complexifiante abordés jusque-là, au degré d'organisation suivant, il tente de poser les bases d'une sociologie biologique.

Le dernier chapitre est sans doute le plus audacieux. L'auteur en effet y fournit une des clefs de son édifice, en indiquant comment les mathématiques modernes et en particulier la théorie des ensembles l'ont aidé à une telle construction. La distinction nécessaire entre le Réel et le Connu, la notion d'"intersectat" qu'il propose et définit, lui paraissent être le phénomène se trouvant à la base de la structuration des molécules vivantes, comme de celles des organisations plus complexes.

Ceci l'amène à introduire la notion d'espace-temps en biologie et, à sa lumière, d'envisager la signification et le mécanisme du vieillissement et de la mort.

Le livre est dédié à la mémoire d'A. Korzybski, le père de la sémantique générale. Tout au long de l'ouvrage en effet, l'auteur nous rappelle que le mot n'est pas l'objet, que le connu n'est pas le réel, que nos sens ne font qu'abstraire de ce dernier des éléments différents pour chacun d'entre nous, que le langage qui les symbolise n'est pas en relation biunivoque avec l'objet. Il trouve là la cause essentielle de la plupart des calamités humaines, comme du sectarisme et de l'intransigeance.

Livre de généralisation, qui fait appel aux domaines les plus variés de la connaissance scientifique, il propose un aspect personnel de l'"organisation énergétique des structures vivantes".

Grandes divisions de l'ouvrage

I. De l'hydrogène à la matière vivante. — II. L'hydrogène dans la cellule animale. — III. Cheminement de l'hydrogène dans les organismes évolués. — IV. Du physiologique au pathologique. — V. La prise de conscience individuelle et collective. — VI. Art, invention et biologie. — VII. Prise de conscience collective. Vers une sociologie biologique. — VIII. Brain storming.

Psychosomatique et gastro-entérologie — Quatrième colloque de Médecine psychosomatique de langue française, Lausanne, juillet 1961. Ouvrage publié sous la direction de P. ABOULKER, L. CHERTOK, M. SAPIR. Avant-propos de J. HEPP. — Un volume de 204 pages, avec 2 figures, 1 tableau (16,5 x 24,5). Cartonné: 30 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

La tendance psychosomatique en médecine doit englober aussi bien la chirurgie que la psychothérapie, tant au point de vue thérapeutique que dans les domaines de la clinique ou de la recherche.

Cet ouvrage est le premier à traiter en langue française de l'approche psychosomatique en gastro-entérologie. Ce n'est ni une monographie, ni un manuel. Il ne vise pas à l'étude de toutes les affections du tube digestif et ne se veut pas exhaustif dans ses références.

Résultat d'un colloque, il tend à rassembler dans un ordre logique des travaux originaux récents. L'ulcère, objet de nombreuses controverses, est présenté en une partie distincte des autres maladies digestives. Son étude est abordée d'abord par un exposé des principaux travaux cliniques et expérimentaux, des théories les plus marquantes quant à son approche psychosomatique. Vient ensuite une étude des facteurs constitutionnels et héréditaires, puis des travaux cliniques consacrés à un grand nombre de cas, suivis à leur tour par l'analyse approfondie de motivations psychologiques pour aboutir à des conclusions thérapeutiques.

La deuxième partie traite des autres affections gastro-intestinales et, particulièrement, des affections du côlon. Les articles présentés obéissent au même souci méthodologique.

Réfutant tout schématisme, toute psychogénie, toute relation simple de cause à effet, ce volume tend à montrer la complexité des problèmes, le rôle de nombreux facteurs, les possibilités thérapeutiques qu'ouvre l'approche psychosomatique.

Les médications dites spécifiques, celles qui visent le système nerveux, les indications opératoires, le rôle de diverses méthodes psychothérapeutiques sont exposés et discutés.

Table des matières

I. — *L'ulcus gastro-duodéal* (126 pages).

I. Information sur les doctrines psychosomatiques de l'ulcère gastro-duodéal (P.-A. Gloor, P. Krieg, P.-B. Schneider et J.-L. Villa). — II. L'ulcère de contrainte Technique expérimentale "psychosomatique" (S. Bonfils, M. Dubrasquet et A. Lambling). — III. Hérité et maladie ulcéreuse (P. Krieg). — IV. Éléments psychosomatiques du pronostic de l'ulcère gastro-duodéal (M. de M'Uzan, S. Bonfils et A. Lambling). — V. L'étiopathogénie psychosomatique de l'ulcère existe-t-elle? (M. Sapir, F. Reverchon, J. Biro et Mme Y. Javal). — VI. Formes cliniques psychosomatiques de la maladie ulcéreuse (A. J. Burger et A. Lambling). — VII. Masochisme et gastro-entérologie (R. Held). — VIII. Les représentations psychiques maternelles des ulcères gastriques et duodénaux (A. Garma). — IX. Psychoprophylaxie avant gastrectomie (M. Montassut et L. Chertok). — X. Chirurgie frontale en pathologie gastrique (M. Bucaille et J. Nora). — XI. Quelques problèmes psychosomatiques particuliers posés par l'ulcère gastro-duodéal. L'optique du somaticien et de l'expérimentateur (S. Bonfils et A. Lambling). — XII. Psychosomatique et typologie caractérielle (W. Boyen).

II. — *Le tube digestif (hors l'ulcère)* (170 pages).

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

DECADRON*

(Dexaméthasone)

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



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



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



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

XIII. Les somatonévroses en gastro-entérologie (B. Stokvis et I. A. D. Hohberger). — XIV. Les troubles psychosomatiques du tube digestif chez les schizophrènes (G. Abraham et D. Panayotopoulos). — XV. Les résultats du traitement psychothérapeutique de la dyskinésie de l'œsophage (G. Klumbies). — XVI. Existe-t-il un lien entre la personnalité et la colite ? (A. M. J. Houben et H. Enke). — XVII. L'importance du facteur psychosomatique dans le déterminisme des ulcères digestifs et des rectocolites, hémorragiques (J.-J. Dubarry, J. Tournerie et J. P. Bernard). — XVIII. Les problèmes psychosomatiques de la recto-colite hémorragique vus par l'interniste (J. R. Hofstetter, Y. Saudan et Ed. Jéquier-Doge). — XIX. La place des réflexes conditionnés dans l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la constipation fonctionnelle (I. Ruttkay-Nedecky). — XX. Étude au M.M.P.I. de 51 cas de côlon irritable (R.-L. Duret et S. Cosyns-Duret). — XXI. Étude psychosomatique de la colite spasmodique (S. Cosyns-Duret et R.-L. Duret). — XXII. Perspectives nouvelles dans le traitement des affections psychosomatiques gastro-entérologiques: la psychothérapie analytique de groupe (G. Genevard). — XXIII. Efficacité clinique de l'Association du Librium avec un antispasmodique ("Librax") en thérapeutique digestive (M. Demole, J. R. Hoffstetter et E. Rod).

Bibliographie par chapitres.

Les glandes endocrines. — Tome II: **Hypophyse - Gonades - Parathyroïdes - Épiphyse.** Par le professeur GILBERT DREYFUS et Coll. — Un volume de 226 pages, 28 francs. Franco: 29.50 F. L'Expansion, édit., Paris, 1963.

Fidèle à l'esprit de la collection "Diagnostic, Pronostic, Traitement", le professeur Gilbert-Dreyfus s'est efforcé de faire bénéficier les médecins de médecine générale de la grande expérience qu'il a acquise en 30 ans de pratique endocrinologique.

L'étude consacrée à l'hypophyse comporte deux parties: post-hypophyse et antéhypophyse: les syndromes polyurodipsiques et les neurohormones hypothalamiques font l'objet d'une minutieuse mise au point.

En ce qui concerne les gonades, l'auteur a adopté un plan original: 1) syndromes gonadiques congénitaux, qui réunit les dygénésies gonadiques (maladie de Turner, maladie de Klinefelter), les pseudo-hermaphrodismes (ambiguïtés sexuelles, testicule féminisant) et l'hermaphrodisme; 2) syndromes testiculaires acquis (impubérisme, stérilité masculine, pseudo-puberté précoce); 3) syndromes ovariens acquis, envisagés d'un point de vue endocrinologique et non pas gynécologique (hypofonctionnements et hyperfonctionnements globaux et dissociés).

En ce qui concerne les parathyroïdes, Gilbert-Dreyfus et H. Mamou ont insisté particulièrement sur les formes atypiques et trompeuses de l'hyperparathyroïdie, formes rénales notamment.

On retrouvera dans ce tome II les mêmes qualités de simplicité, de clarté et de précision, qui ont fait le succès du tome I (Thyroïde, Surrénales, Endopancréas).

Ici comme là, on chercherait en vain des chapitres autonomes d'anatomie, d'histologie et même de physiologie, encore que celle-ci se trouve schématiquement rappelée chemin faisant, chaque fois que le besoin s'en fait sentir, à propos des indications et de l'interprétation des examens de laboratoire.

Ici comme là, à propos de chaque glande et de ses syndromes d'hypo et d'hyperfonctionnement, est envisagé le déroulement des étapes du diagnostic, lequel, cliniquement évident dans les formes classiques et complètes de la maladie, requiert, dans les formes incomplètes, frustes ou déroutantes, la mise en œuvre des procédés paracliniques, radiologiques et biologiques, comportant des dosages hormonaux statiques et des épreuves dynamiques d'excitation et de freinage.

Cet ouvrage diffère donc profondément de tous les traités, manuels et précis antérieurs: il s'avérera, nous n'en doutons pas, d'une incomparable utilité pour le praticien.

Problèmes actuels d'Oto-Rhino-Laryngologie, Conférences d'Actualités O.R.L. de l'Hôpital Boucicaut, sous la direction de R. Maduro, J. Leroux-Robert et J. Bouche. Année 1961: Un vol. 16 x 24 - 180 pages - 30 fig. - 1 planche hors-texte en couleurs 20 NF; Année 1962: Un vol. 16 x 24 - 312 pages - 66 fig. 30 NF; Année 1963: (A paraître en janvier 1963). Un vol. 16 x 24, 30 NF. Librairie Maloine S. A., éditeur, Paris, 1963.

Table des matières

1961

1. Essai de systématisation dans la thérapeutique de l'otite du nourrisson, par P. Clerc.
2. Embryologie et anatomie de la paroi labyrinthique de l'oreille moyenne. Leurs rapports avec le développement de l'otospongiose, par J. Bouche et J. Pinel.
3. L'expertise audiolinguistique: aptitude et incapacité, par J.-E. Fournier.
4. Les pharyngites chroniques, par R. Maduro.
5. La laryngite chronique d'aspect pseudo-myxomateux, par J. Bourdial.
6. Les kératoses du larynx (leucoplasies et pachydermies), par Y. Cachin.
7. Les pharyngostomes, par P. André.
8. Les sarcomes du larynx, par J. Leroux-Robert.
9. Intérêt de la ponction ganglionnaire dans le diagnostic des adénopathies, par R. André.
10. Les mégacœsophages, par P. Hillemand.
11. Techniques d'examen de la fonction thyroïdienne. Indications thérapeutiques dans les goitres, par J. C. Savoie.

1962

1. La strie vasculaire, par L. Chevance.
2. Les otites externes, par J.-J. Debain.
3. Les otites adhésives, par J. Bouche.
4. L'indemnisation des surdités professionnelles; bases médicales et juridiques.
 - I. Conditions et modalités de l'indemnisation des surdités professionnelles, par R. Maduro.
 - II. Essai de définition médico-légale des hypoacusies professionnelles provoquées par les bruits industriels, par A. Cavigneaux.
 - III. Aspects audiolinguistiques du problème de la surdité professionnelle, par J.-E. Fournier.
5. Les sinusites de l'enfance, par E. Poncet.
6. L'allergie microbienne en O.R.L., par E. Hénoq et J. Bouche.
7. Les kystes du larynx, par J. Bourdial.
8. Les cancers de l'épiglotte, par J. Pinel.
9. Épithéliomas du massif ethmoïdo-maxillaire, méthodes et indications thérapeutiques, par P. André.
10. Tumeurs neurogènes du cou, par J. Leroux-Robert.
11. Les problèmes de la chirurgie carotidienne dans les cancers épithéliaux du cou, par Y. Cachin.
12. Chirurgie de la trachée, par P. Aboulker.

1963

1. Les dernières acquisitions de la physiologie cochléaire, par M. Burgeat.
2. Évidements et tympanoplasties, par J. Lemoine.
3. L'épreuve calorique, par R. Maspétiol.
4. Les tumeurs bénignes des cordes vocales, par G. Sénéchal.
5. Les troubles du langage dans les affections du système nerveux central, par P. Pialoux.

le traitement **Oral** du diabète est-il une innovation?

Relativement parlant, oui!

Mais depuis plus de 40 ans, Hoechst a poursuivi des recherches dans ce domaine et continue encore aujourd'hui.

Déjà depuis 1910, Hoechst travaillait à la préparation d'extraits pancréatiques pour le traitement du diabète. Lorsqu'en 1921 Banting et Best isolèrent l'insuline, Hoechst fut l'un des premiers à obtenir une licence de fabrication en raison de son travail de pionnier dans le domaine du diabète.

Depuis lors, la recherche s'orienta pour trouver des préparations orales qui abaisseraient la glycémie sans l'aide d'injections.

En 1955, après l'expérimentation systématique de plus de 1500 préparations hypoglycémiantes, Orinase fut développé.

Orinase* 'Hoechst'

le premier agent oral efficace contre le diabète

6. L'avenir social des laryngectomisés, par P. Mounier-Kuhn.

7. Le lambeau musculo-aponévrotique temporal dans la chirurgie de l'oreille, par J. Bouche.

8. Les œsophagites (à l'exception des œsophagites par caustiques), par Y. Lallemand.

9. Les tumeurs de la parotide par J. Leroux-Robert. Atlas histo-pathologique des tumeurs de la parotide, par J. Leroux-Robert et J. de Brux.

Les formes coliques totales et subtotaies de la Maladie de Hirschsprung, par Robert Pagès. Un volume 16 x 24 - 106 pages - 10 figures - 20 NF. Librairie Maloine S. A., éditeur, Paris, 1963.

La fréquence des formes longues de la Maladie de Hirschsprung s'est accrue depuis que sont mieux connus les éléments de leur diagnostic. Les progrès de la chirurgie néo-natale en ont transformé le pronostic, autrefois toujours fatal. Il importe donc que le praticien, le pédiatre, le chirurgien sachent, devant une occlusion intestinale aiguë du nouveau-né ou du nourrisson, reconnaître cette affection devenue curable.

Le lecteur trouvera dans cette monographie une mise au point du **diagnostic clinique et radiologique** de la Maladie de Hirschsprung à long segment aganglionnaire colique. Une large place est faite au **diagnostic différentiel**, qui précise les caractères particuliers des autres causes d'occlusion néonatale. Le chapitre de **la biopsie** souligne les nombreuses inconnues qui pèsent encore sur l'anatomie pathologique microscopique et la conception physio-pathologique.

Remarquablement illustrée par P. Haegel, la technique inédite de **l'opération de B. Duhamel adaptée aux formes longues** intéressera certes, le chirurgien d'enfants, mais elle pourra aussi rendre service au chirurgien d'adultes ayant à traiter une affection étendue du recto-côlon.

Traumatologie clinique, par P. Decoux, Professeur à la Faculté de Médecine de Lille et J.-P. Razemon, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille. Un volume de 248 pages, avec 245 figures (17 x 24.5). 48 F. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1963.

Le bilan systématique des symptômes cliniques, aussi bien chez les blessés récents que dans les séquelles lointaines, est le but de cet ouvrage.

L'examen clinique des traumatisés a malheureusement souvent tendance à être négligé, en raison des éléments si précis et si indispensables qu'apporte la radiologie. Or, en traumatologie plus que partout ailleurs, il doit garder la primauté sur elle. Encore, le terme d'examen clinique est-il insuffisant. Répondant étymologiquement au malade couché, il n'apporterait aucun renseignement sur la fonction, dont l'appréciation est le but essentiel de tout examen.

Il faut d'abord isoler chaque mouvement, l'étudier séparément, chiffrer son amplitude et sa force, puis faire réaliser au sujet un ensemble de mouvements combinés, répondant aux gestes courants ou professionnels: marche, course, préhension fine ou forte, etc...

L'examen s'adresse donc au sujet en mouvement, en action, et comporte obligatoirement une incidence d'activité utilitaire qui lui donne sa propre personnalité. Il doit toujours se terminer par un bilan fonctionnel qui doit s'attacher à chiffrer de façon précise la fonction globale du segment de membre.

La chirurgie de l'appareil locomoteur est donc différente de la chirurgie viscérale en ce sens qu'elle concerne la vie de relation, et que toutes ses thérapeutiques doivent viser à replacer le sujet dans son milieu familial, professionnel et social, aussi rapidement que possible, et avec le minimum de séquelles.

Le but essentiel de cet ouvrage est de fournir aux étudiants un canevas de leurs observations cliniques et de leur rappeler qu'un examen correct ne peut se contenter d'appréciations globales et d'évaluations approximatives, mais qu'il comporte des précisions chiffrées, des mensurations, des bilans exacts.

Sa lecture est illustrée de nombreux schémas auxquels l'éditeur s'est employé à donner une grande clarté, ainsi que par des tableaux et modèles de fiches, sélectionnés dans la littérature.

Ainsi conçu, rassemblant et tentant d'unifier les notions classiques, mais éparpillées dans la littérature, ce travail pourra également être utile aux médecins praticiens, aux experts, aux rééducateurs, qui y trouveront les éléments d'un examen comparatif ou d'un bilan terminal des séquelles.

Grandes divisions de l'ouvrage

I. Examen des fractures. — II. Mouvements et positions. — III. Examen de l'épaule. — IV. Examen du coude. — V. Examen du poignet. — VI. Examen de la main. — VII. Examen de la hanche. — VIII. Examen du genou. — IX. Examen du cou-de-pied et du pied. — X. Examen clinique du rachis. — XI. Traumatologie neurologique. — XII. Tests musculaires. — XIII. Examen clinique d'une brûlure. — XIV. Examens radiologiques. — XV. Électrodiagnostic en traumatologie. — XVI. Barèmes d'invalidité. — Index alphabétique des matières.

Problèmes de base en électroencéphalographie. Édité par H. FISCHGOLD, C. DREYFUS-BRISAC et Ph. PRUVOT, Séminaire d'électroencéphalographie de l'Hôpital de la Pitié (1960-1961). — Un volume de 224 pages, avec 95 figures (16.5 x 24.5). 56 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Depuis 15 ans, à l'Hôpital Sainte-Anne (1947-1952) d'abord, à la Pitié ensuite (1953-1962), se réunissent dans les mêmes "Séminaires" des électroencéphalographistes, des neurologues, des neurochirurgiens, des neurophysiologistes, des techniciens et des technologues pour discuter des problèmes suscités par l'Électroencéphalographie clinique.

Cet ouvrage réunit les Séminaires et les Propos occasionnels consacrés aux *problèmes de base*:

— facteurs fondamentaux de l'électrogénèse qui déterminent la courbe électroencéphalographique;

— relations entre les activités neuroniques élémentaires et les courbes globales;

— modifications subies par ces activités électriques (dont l'électroencéphalographie n'est qu'un des modes d'expression) au cours de leur passage à travers les tissus nerveux et leurs enveloppes, les électrodes, les appareils d'amplification et d'enregistrement.

Les données continues dans la courbe électroencéphalographique sont nombreuses, distinctes, à leur origine, mais confondues et même perdues dans des tracés de dizaines de mètres.

Pour ces raisons, Électroencéphalographistes et Neurophysiologistes, demandent aux machines électroniques de compléter l'inspection visuelle des tracés par une extraction,

pourquoi a-t-on choisi Orinase parmi les 1500 composés hypoglycémiantes expérimentés ?

Parce que Orinase (le tolbutamide Hoechst) s'est avéré la préparation ayant le degré maximum d'efficacité et de sécurité parmi tous les composés expérimentés. Maintenant, après 8 ans, plus de 1200 études cliniques décrivant des centaines de milliers de cas, prouvent la sécurité et l'efficacité d'Orinase. Orinase est ainsi la préparation standard avec laquelle tous les autres agents oraux sont comparés.

Et les recherches se poursuivent. De nouveaux composés sont continuellement expérimentés par les chercheurs de Hoechst, mais aucun ne rencontre les standards établis par Orinase.

Orinase* 'Hoechst'

a préparation standard avec laquelle tous les autres agents antidiabétiques sont comparés

un classement et une présentation complémentaire des paramètres de fréquence, amplitude, phase, etc. contenus dans et souvent masqués par la complexité des courbes.

Ceci oblige l'Électroencéphalographiste et le Neurophysiologiste à mesurer la distance qui sépare un cerveau vivant d'un cerveau électronique, tout en faisant de nombreux emprunts aux raisonnements basés sur des modèles et des automates. Ces discussions acheminent le lecteur vers une conception de l'activité nerveuse en termes de probabilité.

Enfin des problèmes comme ceux de la régulation de l'activité cérébrale par la formation réticulée ascendante, des potentiels évoqués, des courants continus de polarisation cellulaire, du silence et de la mort du cerveau, de la place qu'occupe l'électroencéphalographie dans l'ensemble des méthodes d'approche neurobiologiques sont également traités, mais non épuisés.

Les Éditeurs de ces Propos désirent souligner quelques thèmes de réflexion aux électroencéphalographistes — médecins ou techniciens — aux neurologues, aux neurochirurgiens et aux cliniciens intéressés en nombre croissant par l'électroencéphalographie clinique; la disparité des thèmes refléchit les incessantes mutations et le développement explosif de la neurophysiologie et de l'électronique.

Le lecteur trouvera là, selon son orientation et ses préoccupations cliniques, des indications utiles pour approfondir un sujet seulement évoqué.

Table des matières

Quelques notions sur l'électrogénèse cérébrale (H. Fischgold). — Activité neuronique du système nerveux central: de quelques aspects de l'activité neuronique unitaire corticale et de ses rapports avec l'électroencéphalogramme (O. Creutzfeldt). — Acquisitions récentes sur la formation réticulée du tronc cérébral (G. Arfel). — Formation réticulée et comportement (M. Jovet). — Potentiels évoqués en neurochirurgie (J. H. Hirsch et J. Buisson-Ferey). — Le silence cérébral (G. Arfel, H. Fischgold et J. Weiss). — Extraction et traitement des informations en électroencéphalographie (H. Fischgold). — Cerveaux électroniques et électronique cérébrale (A. Robert et H. Fischgold). — Approches neurobiologiques (H. Fischgold et Cl. Blanc). — Propos sur l'électroencéphalographie clinique (H. Fischgold). — Bibliographie par chapitre.

Pathologie du lapin, par G. Lesbouyries. Un volume 16 x 24 - 277 pages - 62 figures en noir et en couleurs. Broché: 38 F - Cartonné: 48 F. Librairie Maloine S. A., éditeur, Paris, 1963.

Cet ouvrage comble une lacune dans l'étude de la pathologie animale en présentant d'une façon simple et complète les diverses maladies et affections dont les lapins peuvent être atteints.

L'auteur, directeur de la Station d'études sur la pathologie des animaux de basse-cour, depuis près de 40 ans, ayant accumulé patiemment des documents cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques les livre aux éleveurs, aux vétérinaires, aux biologistes.

Pour en faciliter la compréhension et pour aider les recherches diagnostiques, il a divisé son ouvrage en six parties:

La première traite des **troubles de la reproduction**.

La deuxième expose les incidents morbides survenant chez les **lapereaux**, animaux en croissance.

La troisième partie relate les maladies infectieuses et parasitaires frappant également les jeunes et les adultes.

La quatrième partie est réservée aux **affections**, c'est-à-dire aux troubles ne se manifestant que dans un appareil (peau, appareil digestif, appareil respiratoire...).

La cinquième partie étudie les **processus tumoraux**.

Enfin, la sixième envisage les diverses **intoxications** minérales et végétales.

La **Pathologie du Lapin** apparaît utile alors que dans l'économie française, les lapins sont environ 80 millions et donnent 120 000 tonnes de viande, ce qui représente, en 1962, une valeur de 72 milliards.

L'utilisation de plus en plus grande des lapins dans les laboratoires révèle une mortalité inquiétante qui serait jugulée si les usagers connaissaient mieux les causes des maladies et les moyens de les combattre.

Le professeur Lesbouyries a écrit son livre, avec l'espoir de secourir tous ceux qui s'intéressent à l'élevage et à la vie des lapins et d'indiquer aux médecins les rares maladies transmissibles à l'homme.

Livres reçus depuis le 4 avril 1963

Comité Mixte FAO/OMS d'Experts de la Nutrition — 6e rapport. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.

Psychosomatique et gastro-entérologie par P. Aboulker, L. Chertok et M. Sapir. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

La cécité psychique par Henry Hécaen et René Angelergues. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

Du soleil à l'homme par H. Laborit. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Malignant Tumours of the Urinary Bladder — Research Commission — Committee on Clinical stage classification and applied statistics 1963-1967. Union Internationale contre le Cancer, édit., Genève.

Malignant Tumours of the Buccal Cavity, the Pharynx and the Larynx — Research Commission — Committee on Clinical stage classification and applied statistics 1963-1968. Union Internationale contre le Cancer, édit., Genève.

L'épidémiologie de la pollution de l'air par P. J. Lawther, A. E. Martin et E. T. Wilkins. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Problèmes de médecine du travail en agriculture — 4e rapport du Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Gravité relative des dangers créés par les rayonnements — 3e rapport du Comité d'experts des Radiations. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.

Les glandes endocrines par Gilbert-Dreyfus. Tome II. L'Expansion, édit., Paris, 1963.

Innervation of Blood Vessels par T. A. Grigor'eva. Pergamon Press, édit., New York, 1962.

Problèmes actuels d'oto-rhino-laryngologie — conférences d'actualités O.R.L. de l'Hôpital Boucicault sous la direction de R. Maduro, J. Leroux-Robert et J. Bouche. Maloine, édit., Paris, 1963.

Les formes coliques totales et subtotaux de la maladie de Hirschsprung par Robert Pagès. Maloine, édit., Paris, 1963.

Traité pratique de pathologie digestive par J. Godard. Tome I et tome II. Maloine, édit., Paris, 1963.

Les infra-sons par Jacques Dénier. Maloine, édit., Paris, 1963.

Pathologie du lapin par G. Lesbouyries. Maloine, édit., Paris, 1963.

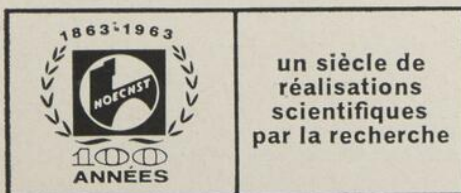
Traité de biologie appliquée — Tome II — par H.-R. Olivier. Maloine, édit., Paris, 1963.

quel est le facteur déterminant dans le choix d'un agent oral adéquat pour le traitement du diabète?

La Sécurité! La préparation la plus efficace et la plus sûre est la meilleure parce que le traitement peut être pour la vie. Huit années ont prouvé que Orinase est la préparation antidiabétique la plus sûre et qui possède la meilleure action thérapeutique.

"Le tolbutamide (Orinase) est l'agent qui a été employé le plus souvent et le plus longtemps et c'est celui qui semble produire le moins d'effets secondaires . . . Le tolbutamide (Orinase) est le médicament de choix s'il permet de contrôler le diabète de façon satisfaisante."¹ La majorité (approximativement 2,000,000 à travers le monde) des diabétiques traités oralement sont maintenant contrôlés avec succès par Orinase. La raison — aucun autre agent antidiabétique oral est mieux toléré et son action thérapeutique est insurpassable.

1. Médecine Moderne, Vol. 18, No. 3, Mars 1963



Orinase* 'Hoechst'

synonyme de sécurité et d'efficacité dans le traitement du diabète

L'Association Protectrice Médicale Canadienne

L'Association Protectrice Médicale Canadienne a été fondée en 1901 par un groupe de médecins canadiens pour se protéger mutuellement contre les réclamations en justice à cause d'incurie ou de négligence au point de vue professionnel; elle a été constituée en corporation par une loi du Parlement en 1913 et affiliée à l'Association Médicale Canadienne en 1924.

Aide offerte par l'Association

1. Conseils sur le meilleur moyen d'éviter les poursuites judiciaires dont on a été menacé.
2. Défense de la cause, en cas de procès.
3. Sous réserve des Règlements, le paiement de tous les frais et des dommages-intérêts qui sont accordés.

Toute correspondance doit être adressée comme il suit :

LE SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

26 rue Nepean, Suite 115 Ottawa 4 (Ontario)

DEMANDE D'ADMISSION

Je,,
Prière d'écrire, en lettres moulées, le nom au complet

né le, médecin reçu, demande par la présente à être admis comme membre de l'Association Protectrice Médicale Canadienne.

Gradué de l'Université, en 19.....
je suis dûment autorisé à exercer dans la province de depuis 19....., et je suis membre en règle de l'Association Médicale
canadienne ou provinciale

Genre de pratique : Médecine générale spécialisée
Spécialité

Etes-vous diplômé ? Oui Non

De quel collège ?
Royal, américain, etc.

Avez-vous déjà été membre de l'Association ?
Quand ?

Avez-vous déjà été l'objet de menaces ou de poursuites judiciaires ? Oui Non

Dans le cas de l'affirmative — Pourquoi?
Résultat?

Si ma demande d'admission est acceptée, je m'engage à observer les règles et règlements de l'Association.

Date Signature

Adresse du bureau
Rue et numéro—NE PAS indiquer le nom de l'immeuble

Si vous êtes membre de l'Association Médicale Canadienne ou de l'une de ses "divisions" provinciales, aucune autre recommandation n'est requise. Si non, veuillez obtenir la recommandation de deux membres de l'Association Protectrice Médicale Canadienne.

1.
Prière d'écrire le nom, en lettres moulées, au-dessous de la signature.

2.
La cotisation annuelle est de vingt dollars, mais est réduite de moitié à compter de juillet.

Médecine de l'homme — réadaptation fonctionnelle générale
par H. J. Lagroua. Tome I et tome II. Maloine, édit., Paris, 1963.

Physiologie articulaire par I. A. Kapandji. Maloine, édit., Paris, 1963.

Problèmes de base en électroencéphalographie par H. Fischgold, C. Dreyfus-Brisac et Ph. Pruvot. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Traumatologie clinique par P. Decoux et J.-P. Razemon. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Actualités neurophysiologiques sous la direction de A. M. Monnier. 4e série. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

Phytothérapie des affections artério-veineuses en pratique phlébologie par Pierre Costet. Maloine, édit., Paris, 1963.

Circulatia extracorporeala si hipotermia profunda par Voinea Marinescu et coll. Editura Academiei Republicii Populare Romine, édit., Bucuresti, 1962.

Les classiques de la médecine — Tome I — Destin des maladies infectieuses — L'expérimentation dans l'étude des maladies infectieuses par Charles Nicolle. Tome II — Recherches physiologiques sur la vie et la mort par Xavier Bichat. Tome III — Les réflexes conditionnés par Ivan Pavlov. Masson et Cie, édit., Paris, 1961 et 1962.

Comité d'Experts de la Trypanosomiase — 1er rapport, Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.

Parasitologie médicale et pathologie exotique par Hervé Harant. 5e éd. Maloine, édit., Paris, 1963.

Le problème tissulaire et anti-tissulaire — ses applications dans la thérapeutique du cancer par N. T. Koressios. Maloine, édit., Paris, 1963.

Le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques — rapport d'une réunion technique européenne. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1962.

Hermodsson's Roentgenological Studies of Traumatic and Recurrent Anterior and Inferior Dislocations of the Shoulder Joint — edit. par H. F. Moseley et B. Overgaard. McGill Univ. Press, édit., Montréal, 1963.

L'Union Médicale du Canada en 1894

LA FOLIE AMOUREUSE ¹

Bientôt il l'accabla de ses œuvres lyriques; de là à l'obséder de sa présence au sortir de la scène, il n'y avait qu'un pas...; bref, cela le mena tout droit à Charenton. — Peut-être l'eût-on guéri de sa folie, en lui faisant voir de près l'ange déchu de ses rêves d'antan! Mais on ne songea pas, à l'asile, à ce mode de traitement, et le pauvre diable est mort sans avoir eu la consolation de voir souffrir son adorée, vengeance suprême, que Gustave Rivet a si bien exprimée par les vers suivants, qui ont paru dans le *Chat noir* :

Oui! faites-lui manger mon cœur
Et ma vengeance sera sûre?
Il brûlera, son sein moqueur,
Elle connaîtra la torture
De la passion que j'endure,
Et saignante de ma blessure
Elle mourra de ma douleur!

Maintenant, voyageurs pour la mort, en voiture!
Du reste, à chaque époque, et plusieurs fois, par siècle, la façon d'aimer, une au fond, revêt un caractère différent.

¹ Suite et fin.

Autrefois, du temps de Goethe, de Benjamin Constant, de Chateaubriand, de Lord Byron, la mélancolie était la compagne inséparable de l'amour. — On tenait moins à le couronner de fleurs qu'à paraître sombre, nuageux, toujours prêt à accuser le ciel et la terre; à les prendre pour témoins poitrine bourrelée de chagrins et de tubercules, était le scénario obligé, quand on ne devenait pas fou ou si on ne se suicidait pas, ce qui est un genre de folie tout comme un autre, plus rapidement seulement.

De notre temps, on mène sa barque plus rapidement; on se moque de Werther, de René, d'Adolphe et de Lara, amoureux transis, osant tout au plus jouer de la guitare sous les fenêtres de leurs belles en soupirant une romance sentimentale. — L'imagination n'est plus envahie en même temps que le cœur; notre mélancolie, dit de Goncourt, n'est plus une mélancolie suicidante, blasphématrice ou larmoyante comme celle de ces beaux ténébreux; au lieu de mouchoirs prêts à être baignés de larmes, on garnit sa poche d'un bon revolver et on tue sa bien-aimée, ou bien, comme Antony, parce qu'elle vous a résisté, ou bien, comme Champige, parce qu'elle ne vous résistait pas. On se manque, il est vrai, et on en est quitte en passant en Cour d'assises, pour plaider la folie ou la morphinomanie, comme il y a deux ans dans le drame de Ville-d'Avray.

Le suicide amoureux est bien, en effet, un acte de folie, préméditée le plus souvent, instantanée parfois. Et ce qui le prouve bien, c'est qu'on ne recommence plus, lorsque l'on s'est manqué. Il nous semble cependant que l'existence de l'homme qui s'est fait l'assassin d'une pauvre femme doit être bourrelée de remords, et devrait être consacrée à des œuvres de bien expiatoires.

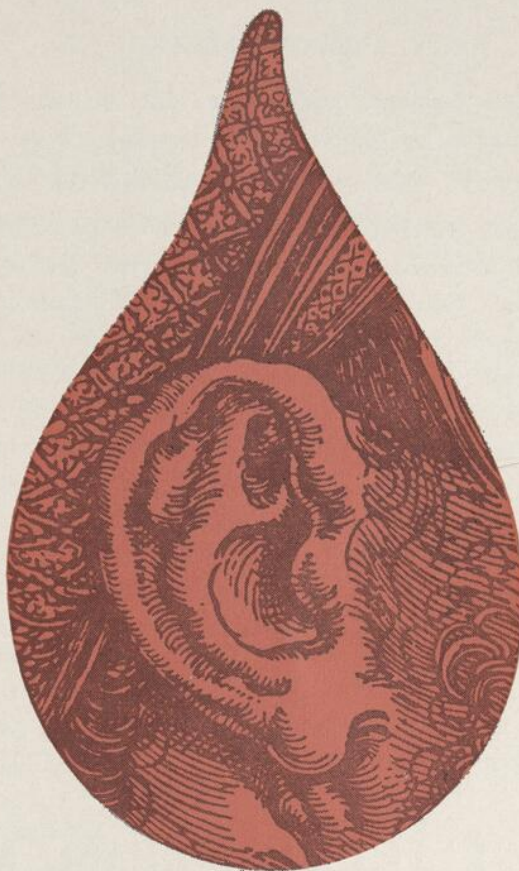
C'est ce qu'avait parfaitement compris un officier de santé de marine, qui courtisa à Rochefort, il y a de ceci de longues années, la femme d'un officier embarqué sur un vaisseau. Ils goûtèrent pendant quelque temps une félicité sans nuages, mais le retour imminent du mari vint bientôt les plonger dans l'affliction. — B... ne voulait pas que sa maîtresse l'abandonnât, elle avait juré de ne pas appartenir à un autre, ils résolurent de mourir ensemble. La profession exerce plus d'influence qu'on ne croit sur le choix des moyens employés pour mettre fin à nos jours; B..., chirurgien, ne voulut pas du pistolet, comme trop bruyant, et se servit de son bistouri, qu'il plongea dans le cœur de son amante. Sa main était sûre; la mort fut immédiate... Ce spectacle terrible l'impressionna sans doute au point de faire trembler sa main, quand il voulut se tuer à son tour; aussi son instrument dévia, quand il l'enfonça dans sa poitrine; alors, il se trancha les artères du poignet, mais on le recueillit baigné de son sang et en état syncopal. Des soins assidus le ramenèrent à la vie et il comparut, guéri de ses blessures, mais non de ses remords, à la Cour d'assises de Saintes; son avocat plaida la folie et demanda l'acquiescement, jurant que la vie à jamais malheureuse de son client sera consacrée au soulagement de l'humanité. Il promit, en son nom, qu'il irait vivre sous des cieux lointains et dans un pays dont le climat est mortel pour l'Européen. B... fut acquitté et il tint parole. — Il partit aussitôt pour le Sénégal où il est resté toute sa vie, traversant les épidémies les plus épouvantables, de fièvre jaune, de dysenterie, de fièvre paludéenne, prodiguant jour et nuit ses soins à tous, pauvres ou riches... La mort ne voulut pas de lui, que longtemps après, et c'est ainsi que résigné, ce malheureux, marqué au coin implacable de la fatalité antique, a expié son crime ou plutôt sa folie d'un instant!

Docteur GÉLINEAU

LES MÉDICAMENTS OTIQUES 'B.W. & CO.'

renferment

'Aérosporine' marque du sulfate de Polymyxine B, l'antibiotique spécifique des infections à Pseudomonas aeruginosa. Son efficacité de premier ordre en fait le prototype des produits antibactériens propres à combattre cet agent pathogène.



Lorsqu'une solution antibiotique et hygroscopique s'impose.

'AÉROSPORINE†'

OTIQUE

renfermant

AÉROSPORINE

Propylène Glycol
Acide acétique

Pour combattre inflammation, infections et prurit auriculaires.

'CORTISPORINE†'

OTIQUE

renfermant

AÉROSPORINE

Hydrocortisone
Néomycine

Quand un traitement analgésique/antibiotique est indiqué.

'LIDOSPORINE†'

OTIQUE

renfermant

AÉROSPORINE

HCl de Xylocaïne*
(HCl de Lidocaïne)
Propylène Glycol



BURROUGHS WELLCOME & CO. (CANADA) LTD
Montréal

†Marque de fabrique

*Marque déposée par Astra Pharmaceutical Products, Inc.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

L'ÉLIXIR STELABID

L'élixir 'Stelabid', produit conçu pour le traitement d'un grand nombre de troubles gastro-intestinaux, a été présenté cette semaine au corps médical par Smith Kline & French.

L'élixir 'Stelabid' constitue une nouvelle présentation d'un produit renommé et largement prescrit: les comprimés 'Stelabid'. Non seulement cette nouvelle forme offre aux médecins la commodité d'une plus grande flexibilité posologique mais elle donne en outre plus d'ampleur à cette catégorie particulière de médicaments. Ses principes actifs à action prolongée inhérente assurent jusqu'à douze heures de soulagement avec une seule dose; il suffit, par conséquent, de prendre l'élixir 'Stelabid' deux fois par jour, au lever et au coucher. Cet avantage élimine la nécessité des doses de mi-journée, si souvent "sautées" ou oubliées par le malade plongé dans ses occupations.

L'élixir 'Stelabid' est une combinaison de deux médicaments largement prescrits: 'Darbid' (iodure d'isopropamide, SK&F) — spasmolytique/antisécrétoire puissant dont les nombreux antécédents ont prouvé l'efficacité ainsi que l'innocuité — et 'Stelazine' (trifluopérazine, SK&F) — anxiolytique/antiémétique actuellement considéré comme l'une des plus utiles phénothiazines.

Il existe un rapport étroit entre les états d'anxiété et les troubles des voies digestives. Or cette combinaison constitue un mode de cure global en quatre points contre les affections gastro-intestinales: elle inhibe l'hypermotilité et les spasmes, réduit la sécrétion gastrique, apaise l'anxiété et la tension psychique, évite les nausées et les vomissements.

Bien que d'ordinaire les médicaments liquides soient plus onéreuses que les comprimés équivalents, Smith Kline & French a décidé que l'élixir 'Stelabid' serait à égalité quant au prix avec son équivalent posologique, les comprimés 'Stelabid' No 1.

L'élixir 'Stelabid' est présenté en flacons de 6 onces liquides.

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

demande un médecin pour occuper le poste de

SECRÉTAIRE-ASSISTANT

Les candidats doivent posséder :

- diplôme d'une école de médecine reconnue et licence légale en vigueur de pratiquer dans une province du Canada;
- expérience récente de pratique;
- aptitudes intéressées en administration médicale;
- bonne santé.

Au point de vue relations publiques, il serait souhaitable que le candidat accepté soit bilingue et ait une naturelle sociabilité pour participation active aux conférences et assemblées.

Le titulaire devra assumer les fonctions de l'Association ayant trait aux comités, programmes d'approbation et autres activités demandant une attention spéciale aux détails, l'habileté de rédiger les rapports des accomplissements et la responsabilité de la correspondance.

La préférence sera accordée aux candidats âgés de 30 à 40 ans; cependant, la demande d'un applicant senior d'une haute compétence sera sérieusement considérée.

Traitement de \$12,000 à \$17,000 par année — Salaire au début proportionnel au titre et compétence — Avantages d'une révision annuelle du traitement et d'un plan de pension.

Soumettre votre demande écrite au :

*Comité du Personnel professionnel
L'Association médicale canadienne
150, rue St-Georges
Toronto 5, Ontario.*

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott Laboratories Limited (Eutonyl)	30	Lilly, Eli and Company (Canada) Ltd. (Trinsicon)	33
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin-BB)	12	Lilly, Eli and Company (Canada) Ltd. (Dimelor)	51
Ames Co. of Canada Ltd. (Hemastix)	15	Merck, Sharp & Dohme (Elavil)	9
Arlington-Funk Laboratories (Nilatil)	24	Merck, Sharp & Dohme (Neo-Decadron)	13
Association Canadienne Médicale (secrétaire-assistant)	64	Merck, Sharp & Dohme (Hydrodiuril)	29
Association Protectrice Médicale Canadienne	62	Merck, Sharp & Dohme (Aldomet)	49
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Thiosulfil'-A Forte Prémairine)	27-28	Merck, Sharp & Dohme (Decadron)	55
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Osmitol)	19	Millet, Roux & Cie Ltée (Centre d'équipement)	2
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Prostaphline)	17	Ministre de la Santé de Québec	36
Burroughs Wellcome & Co. (Canada) Ltd. (Aérosporine - Cortisporine - Lidosporine)	63	Nestlé (Canada) Ltd. (Arobon)	16
Canada Drug Ltée (Betagene)	4	Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd.	47
Canada Drug Ltée (Paveral)	65	Parke-Davis & Co. Ltd. (Humacort)	7
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax)	26	Pitman-Moore of Canada Ltd. (Neo-Polycin)	53
Ciba Limitée (Danabol)	Deuxième page de la couv.	Poulenc Limitée (Nozinan)	3
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	6	Poulenc Limitée (Lidepran)	11
Duphar (Canada) Limited (Willprodine)	14	Robins Co. (Canada) Ltd., A. H. (Robaxin)	25
Eddé, J. Limitée (Artichobyl)	18	Rougier Inc. (Fermalac)	Première page de la couv.
Frosst, Chas. E. & Co. (Méquelon)	5	Searle, G. D. & Co. of Canada Ltd. (Aldactone-A — Aldactazide-A)	34
Herdt & Charton Inc. (Osmopak)	41	Schering Corporation Ltd. (Célestone)	10
Herdt & Charton Inc. (Marro-Dausse)	43	Schering Corporation Ltd. (Chlor-tripolon)	20
Herdt & Charton Inc. (Sulfarlem-Choline)	45	Sherman Laboratories Ltd. (Elixophyllin)	22
Hoechst Pharmaceutical of Canada Ltd. (Orinase)	57-59-61	Smith Kline & French (Elixir Stelabid)	35
Hoffmann-La Roche Limitée (Librium)	31	Smith & Nephew, Limited (Gypsona)	32
Lederle Laboratories (Varidase)	1	Warner-Chilcott Laboratories (Peritrate)	23
Lederle Laboratories (Lederon)	21	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Purodigin - Thiomerin)	66
Lederle Laboratories (Aquamox)	37-38-39-40	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Polymagma) Troisième page de la couv.	
Lederle Laboratories (Declomycin)	Quatrième page de la couv.		

PAVERAL

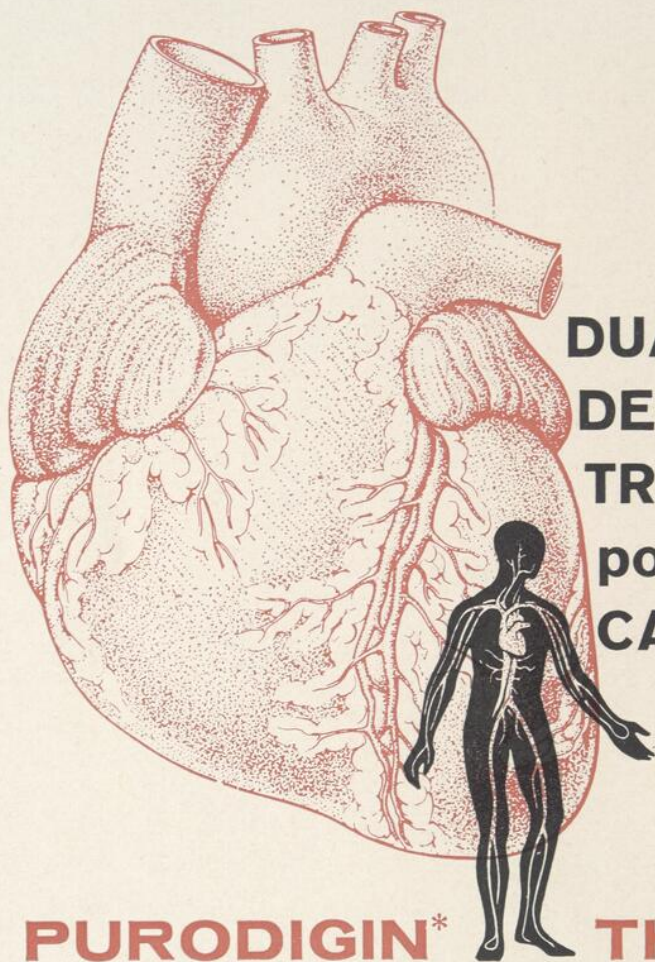
reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

• • **COQUELUCHE** • •

est journallement 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



DUALITÉ DE TRAITEMENT pour le CARDIAQUE

PURODIGIN*

Digitoxine cristallisée, Wyeth

pour réaliser une digitalisation uniforme dans l'insuffisance cardiaque

D'une activité uniforme, d'une stabilité sûre, entièrement absorbée par voie buccale, la PURODIGIN permet une digitalisation régulière répondant aux besoins de chaque malade. La possibilité qu'a le médecin de faire varier à son gré la dose de cardiotonique réduit au minimum les risques de réactions secondaires. Lentement éliminée, la PURODIGIN permet d'assurer un traitement d'entretien avec une seule dose quotidienne. En présence d'une décompensation grave, on peut amorcer le traitement au moyen de la PURODIGIN par voie intra-veineuse.

Présentation: PURODIGIN en COMPRIMÉS: à 0.2 mg., en flacons de 30, de 100 et de 500 comprimés; à 0.15 mg. et à 0.1 mg., en flacons de 100 et de 500 comprimés.

PURODIGIN en AMPOULES: à 0.2 mg., par boîte de 6 ampoules.

THIOMERIN*

Mercaptoméline sodique, Wyeth

pour réaliser une diurèse rapide et sûre dans l'œdème cardiaque

La THIOMERIN parentérale permet de réaliser rapidement une diurèse douce et prévisible, en présence d'œdèmes graves, comme l'œdème cardiaque (périphérique ou pulmonaire), l'œdème néphrotique, l'ascite des maladies hépatiques. L'absence virtuelle d'irritation locale permet de l'employer par voie sous-cutanée aussi bien que par voie I.M. ou I.V. La toxicité générale et la toxicité cardiaque du produit sont extrêmement faibles.

Présentation: THIOMERIN en SOLUTION—prêt à être injectée, en flacons-ampoules de 2 cc. et de 10 cc.

THIOMERIN LYOPHILISÉE—en flacons—ampoules de 10 cc. et de 30 cc.



*Reg. Trade Mark
WINDSOR, ONTARIO



1. Bartell, P., Pierzchala, W., et Tint, H.: J. Am. Pharm. A. (Scient. Ed.) 49:1 (janvier) 1960.
2. Barr, M., et Arnista, E.S.: J. Am. Pharm. A. (Scient. Ed.) 46:493 (août) 1957.



Polymagma*

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



BON MEILLEUR LE MEILLEUR



AUREOMYCIN®,
Auréomycine Chlortétracycline, l'antibiotique à large spectre tétracyclique original qui a ouvert un champ d'attaque entièrement nouveau contre l'infection.

® Marque déposée

ACHROMYCIN® V,
Achromycine V Tétracycline HCl, tamponnée à l'Acide Citrique, produit résultant de la poursuite des recherches en quête d'un produit amélioré, fournissant de meilleurs taux sériques aux mêmes doses.

DECLOMYCIN®, Déclomycine Déméthylchlortétracycline Lederle, réunissant les caractères désirables des tétracyclines plus anciennes et de nouveaux avantages uniques en leur genre. La Déclomycine donne des taux d'activité antibactérienne élevés . . . à des doses plus faibles produisant moins de troubles digestifs . . . et maintient des taux élevés durant le traitement. Cette activité antibactérienne se prolonge pendant 24 à 48 heures après la dernière dose, fournissant une protection contre les rechutes.

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montreal

DENTIÈREMENT CANADIENNE
DECLOMYCIN®

Ces antibiotiques Lederle sont les seules tétracyclines fabriquées entièrement au Canada.