

UNION MÉDICALE DU CANADA

VOLUME 92 — NUMÉRO 9
MONTREAL — SEPTEMBRE 1963



Québec en 1902

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

POURQUOI UN CONGRÈS ? <i>Jean-Marc Lessard</i>	961	BULLETIN
LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE EN 1967 <i>Pierre Smith</i>	963	
33 ^e CONGRÈS — QUÉBEC 13-16 NOVEMBRE 1963	965	
PHYSIOPATHOLOGIE DES CEDÈMES NÉPHROTIQUES; RÔLE DE L'ALDOSTÉRON <i>Jacques Genest</i>	968	TRAVAUX ORIGINAUX
UNITÉ PSYCHIATRIQUE ET HÔPITAL GÉNÉRAL <i>Service de psychiatrie, hôpital Notre-Dame</i>	976	
LE RÔLE DU POUMON DANS LA GÉNÉRALISATION MÉTASTATIQUE <i>Jean-Louis Bonenfant</i>	992	
LES HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE <i>J. A. Jacques Desrosiers</i>	994	
COMMUNICATION AORTICO-PULMONAIRE TRAUMATIQUE <i>L. R. LaFlèche, François Telmosse, André David et J. D. Gratton</i>	999	RECUEIL DE FAITS
POLYNÉVRITE ET ARTÉRITE DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE <i>J. Gascon</i>	1003	
CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DU SPECTRE D'ACTIVITÉ DE L'AMPICILLINE <i>A. Leduc et J. Fontaine</i>	1008	MOUVEMENT MÉDICAL
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET RHUMATISME <i>L. J. Papineau</i>	1012	REVUE GÉNÉRALE
LA MÉNOPAUSE <i>Lise Fortier</i>	1018	
NUMÉRATION MICROBIENNE DANS LES URINES <i>Maurice St-Martin</i>	1023	ÉDITORIAL
DIALOGUE CLINIQUE <i>M. Roch</i>	1025	VARIÉTÉS
L'ÉROSION CERVICALE DU POST-PARTUM <i>Jacques Corbeil et Michel R. Brunet</i>	1030	MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES
ANALYSES	1032	
SOCIÉTÉS	1043	
NÉCROLOGIE	1046	
NOUVELLES	1048	
REVUE DES LIVRES	1051	
COMMUNIQUÉS	1056	
LIVRES REÇUS	1066	
L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1894	1074	
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	1077	

une
plus grande
quiétude
pour le
surmené et
l'anxieux...

prosedyl

phényléthylbarbiturate de dihydroquinidine
"le sédatif" par excellence des manifestations subjectives d'origine nerveuse

PALPITATIONS - EXTRASYSTOLES - ÉRÉTHISME CARDIAQUE

ROUGIER

ROUGIER

PER
100
10/11

NOUVEAU

VARIDASE[®]

Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS

OORAUX

pratique . . . efficace

CONTRÔLE L'INFLAMMATION

DIMINUE L'ENFLURE

SOULAGE LA DOULEUR ASSOCIÉE

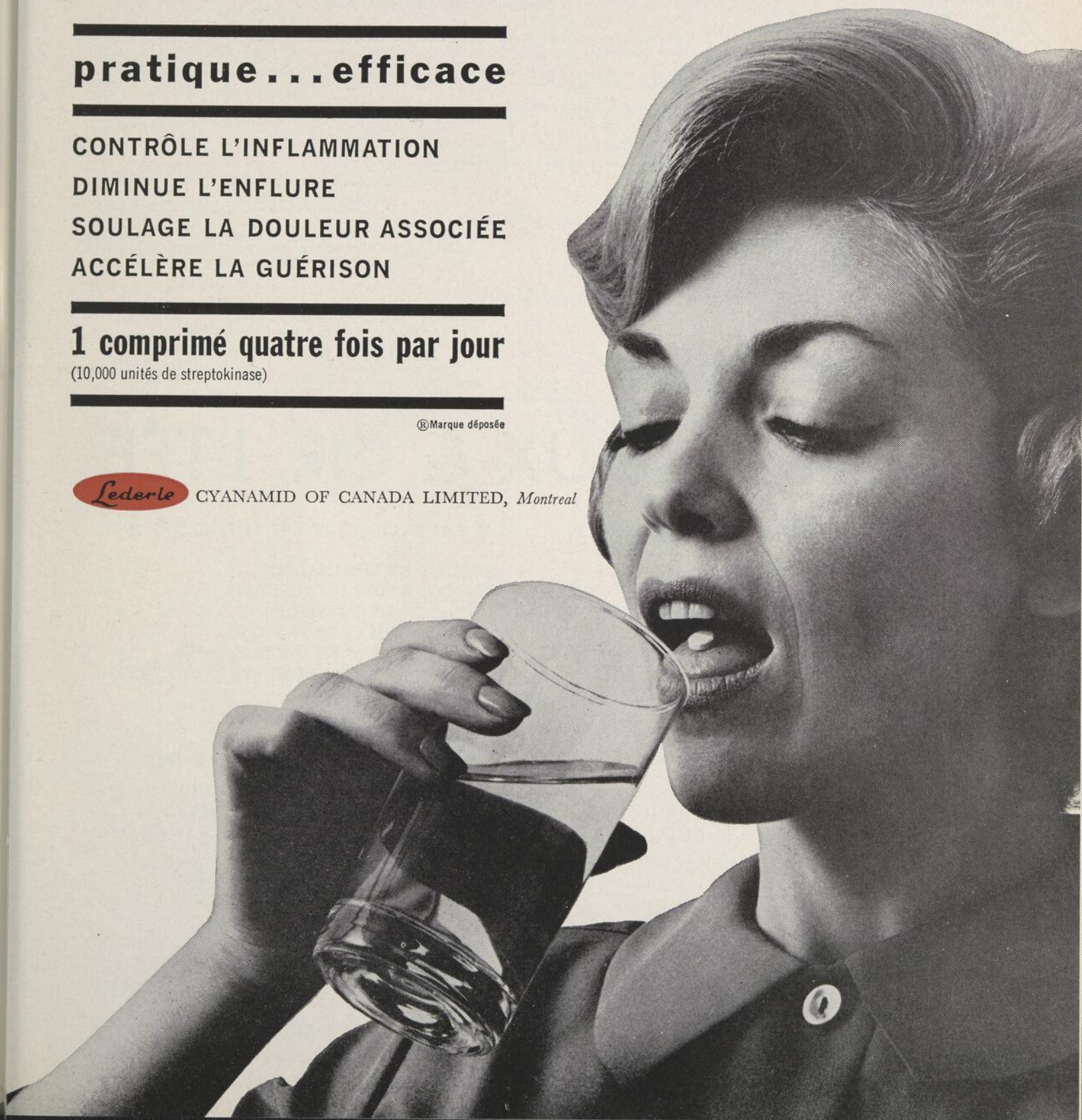
ACCÉLÈRE LA GUÉRISON

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 Tayeau, 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,
Adélaïde 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

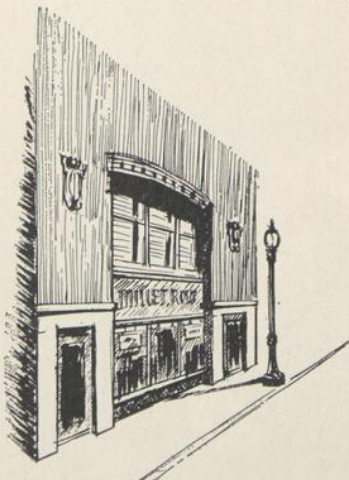
BILOGÈNE
DIONIFORME
GLANDOPLEX

OPO-VÉINOGENÈ
OPOVITAL
PULMORECTAL

RHINOTRICINE
SCILLITRINE
TOTAL MAGNÉSIE

DÉPOSITAIRES ATTITRÉS DES MAISONS SUIVANTES :

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



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

PHĒNERGAN

SIMPLE

VC

EXPECTORANT

AVEC CODÉINE®

NOUVEAU!

soulage l'irritation locale
combat le réflexe de la toux
facilite l'expectoration
favorise le sommeil

+

ACTION DÉCONGESTIVE (Vaso-Constrictrice)

ADULTES: 1 c. à thé toutes les 4 ou 6 heures

ENFANTS: ½ c. à thé toutes les 4 ou 6 heures

...pour toutes les

contre les

toux de toutes

poulenc 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 PUBLICITE

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

ordinairement, une seule dose met fin à l'oxyurose

"PAMOVIN"

marque de pamoate de pyrvinium "Frosst"

Par son action rapide, le pamoate de pyrvinium ("Pamovin") met fin à l'oxyurose tenace; une prise unique élimine à la fois les parasites et les oeufs nuisibles.^{1,2} Simple et efficace, cette thérapie en une seule dose a opéré une extermination complète dans 96% des cas; elle n'a démontré qu'une légère tendance à provoquer des malaises gastro-intestinaux.² "En raison de son coût modique, de sa facilité d'administration et de son efficacité",² le pamoate de pyrvinium ("Pamovin") apporte la clef du contrôle simultané de toutes les sources d'infestation dans une famille ou un groupe d'institution.

1. Beck, J. W., Saavedra, D., Antell, G. J. et Tejeiro, B.: Am. J. Trop. Med. 8:349, 1959.

2. Sanders, A. I. et Hall, W. H.: J. Lab. & Clin. Med. 56:413, 1960.

APERÇU DU PRODUIT

Composition — "Pamovin" (pamoate de pyrvinium "Frosst") est le pamoate du 6-diméthylamino-2[2-(2-5-diméthyl-1-phényl-3-pyr-ryl)-vinyl]-1-méthylquinolinium. Il est offert sous forme de suspension et de comprimés.

Indications — Oxyurose.

Posologie — On administre une seule dose orale aux enfants et aux adultes: 1 comprimé ou 1 cuillerée à thé par 22 livres de poids.

Mise en garde — On rencontre quelquefois des nausées, des vomissements et des troubles gastro-intestinaux. Très peu absorbé par le tube digestif, le "Pamovin" colore néanmoins les selles en rouge.

Présentation — "Pamovin" est disponible sous deux formes: une suspension savoureuse en flacons de 30 cc; des comprimés en boîtes de 6 et en flacons de 100.

Chaque cuillerée à thé de 5 cc de la suspension contient du pamoate de pyrvinium équivalent à 50 mg du composé basique. Chaque comprimé contient du pamoate de pyrvinium équivalent à 50 mg du composé basique.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 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.

MÉDECIN BILINGUE

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être
social, OTTAWA

Traitement — Jusqu'à \$14,200

On demande un médecin bilingue qui sera appelé à faire des travaux d'administration et de surveillance dans le cadre du Programme national des subventions à l'hygiène.

Il faut avoir un permis d'exercer la médecine dans une province du Canada, un certain nombre d'années d'expérience acceptable ou l'équivalent en fait de formation postuniversitaire et d'expérience, être capable de prendre des décisions qui demandent beaucoup de discernement au point de vue médical, de travailler en groupe et d'entretenir de bons rapports avec autrui.

Pour obtenir des précisions et des formules de demande, prière de s'adresser à la COMMISSION DU SERVICE CIVIL DU CANADA, OTTAWA 4, et de rappeler le numéro de concours 63-590 (subventions à l'hygiène).

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



avant l'arrivée de la saison des
grippes offrez dès aujourd'hui
à vos patients la protection de

RESPROGEN[®]

(association de vaccins d'adénovirus et de virus grippal
adsorbés sur phosphate d'alumine Parke-Davis)

RESPROGEN est un efficace antigène polyvalent, destiné à immuniser simultanément contre deux catégories importantes d'agents pathogènes respiratoires: les virus de grippe ordinaires, y compris deux souches asiatiques, et les adénovirus types 3, 4 et 7. Ces antigènes sont adsorbés sur une quantité optimum de phosphate d'alumine.

RESPROGEN assure une prophylaxie à la fois simple et efficace. Des techniques de concentration et de purification spéciales ont permis de réduire la dose à un cc. En général il suffit de deux de ces doses, administrées à un intervalle d'au moins deux mois, pour provoquer une augmentation sensible du taux d'anticorps dans le sérum. RESPROGEN est recommandé pour les adultes âgés de 16 ans et plus, il donne les meilleurs résultats lorsqu'il est administré en automne. Voir la posologie détaillée sur le feuillet qui se trouve dans l'emballage.

PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL 9

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

SECÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

Hermile TRUDEL, 1990, 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

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 XXXIIIe 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 Coolidge, Manchester, N.H.
BEGIN, 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-M., 1000, chemin Ste-Foy, 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, Ibergville, 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.
LAROUCHE, 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.
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

**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.



Motif de la consultation: Douleur oculaire profonde et pulsative s'irradiant au front et aux tempes. Photophobie.

Examen physique: Myosis, pupilles irrégulières.
Hyperhémie marquée autour de la cornée.

Impression: Iritis aiguë.

Rx Celestone-S Gouttes Colloïdales Opthalmiques:
2 gouttes q. 2 h. Consultation en ophtalmologie
stat. Malade à hospitaliser pour rechercher la
cause de la douleur.

NOUVEAU CONCEPT DANS LE TRAITEMENT LOCAL DE L'OEIL

Les gouttes colloïdales ophtalmiques idéales pour traiter sans douleur la conjonctivite, l'iridocyclite et les autres inflammations et allergies oculaires. D'un pH très voisin de celui des larmes. LES GOUTTES COLLOÏDALES OPHTALMIQUES CELESTONE-S forment une pellicule transparente qui apaise et cicatrise, recouvrant l'oeil sans gêner la vision.

CELESTONE*-S

GOUTTES COLLOÏDALES OPHTALMIQUES
betaméthasone (CELESTONE) 1.0 mg (0.1%)
sulfacétamide sodique U.S.P. 100.0 mg (10%)

Schering

FLAGYL

métronidazole

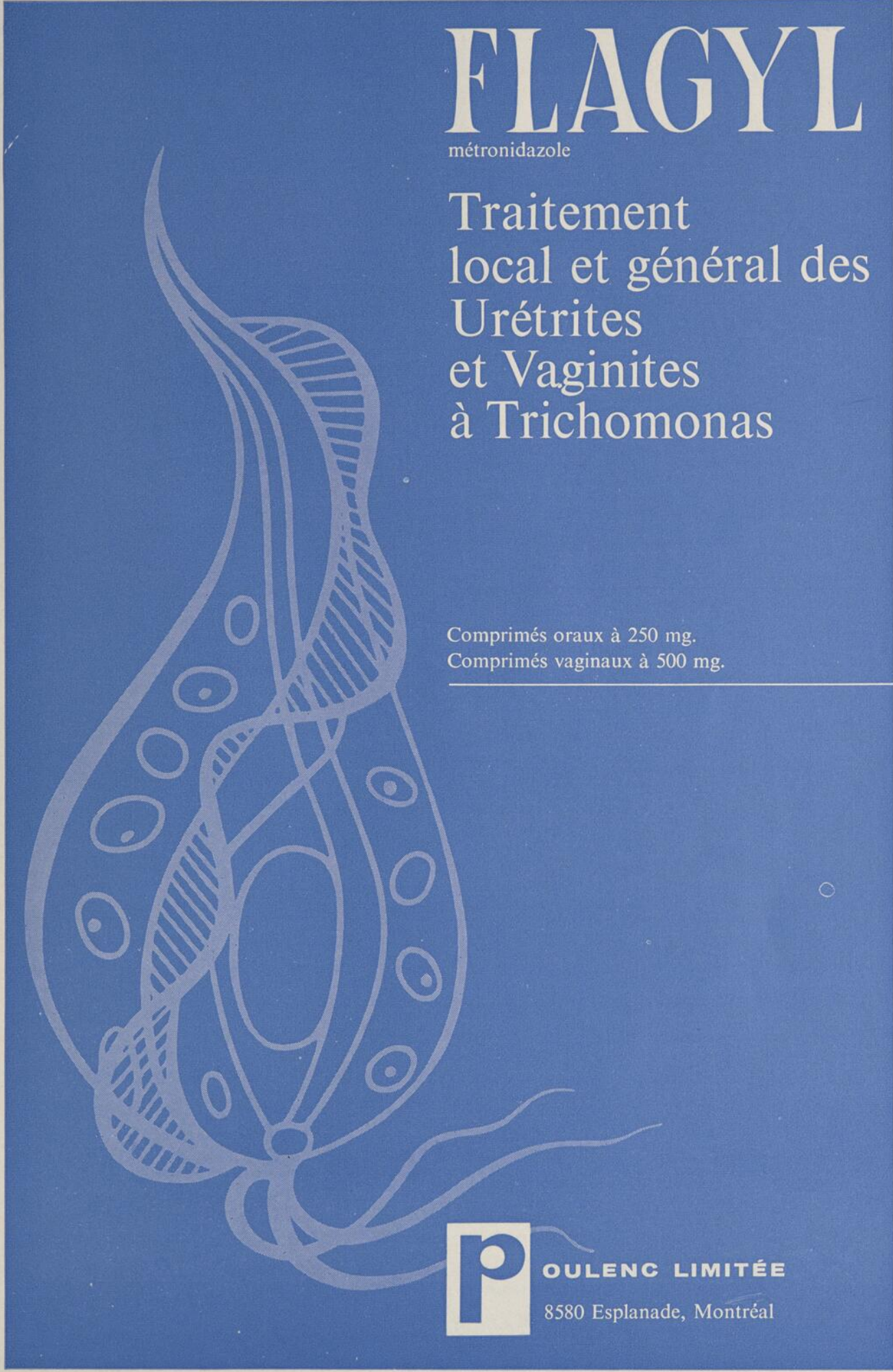
Traitement
local et général des
Urétrites
et Vaginites
à Trichomonas

Comprimés oraux à 250 mg.
Comprimés vaginaux à 500 mg.



POULENC LIMITÉE

8580 Esplanade, Montréal



*très
efficace
chez le
diabétique
obèse*

Des communiqués récents laissent entendre que...l'insuline et les sulfonylurées accéléreraient la lipogénèse, l'accumulation adipeuse, l'augmentation de poids, ce qui semble aggraver l'obésité chez le diabétique⁽¹⁻⁵⁾...chez lui, la concentration d'insuline dans le serum est souvent élevée^(2,3,6)...Le DBI (HCl de phenformine) abaisse l'hyperglycémie, réduit la forte teneur en insuline et tend à ramener le poids du diabétique vers la normale.^(1,3,7,9)

L'administration du DBI et du DBI-TD aux diabétiques acido-céto-résistants dont l'état exige le traitement hypoglycémique: **A.** Ils sollicitent la diminution du taux élevé de sucre sanguin sans accroître la synthèse des graisses ou l'augmentation de poids contrairement à la tendance de l'insuline et des sulfonylurées; **B.** Ils ne haussent pas le teneur déjà élevée du taux d'insuline endogène; en revanche, ils tendent à rétablir sa concentration normale; **C.** Ils favorisent la normalisation du poids.

L'insuline demeure un hypoglycémiant indispensable pour le diabétique sujet à l'acido-cétose. La phenformine paraît toutefois être l'hypoglycémiant préféré chez le diabétique obèse acido-céto-résistant en aidant à éviter le gain de poids ou à réduire l'adiposité, un élément qui tend à gêner le traitement et à augmenter l'éventualité des complications.



DBI • DBI-TD est indiqué chez les cas de DIABÈTE STABLE DE L'ADULTE/et d'ÉCHECS AUX SULFONYLURÉES. Il sert aussi d'adjuvant à l'insuline exogène chez le diabétique instable.

- précédents remarquables d'efficacité clinique
- bonne tolérance
- pratique

Renseignements complets dans la brochure médicale.

Le DBI-TD est offert en flacons de 30, 100 et 500 capsules de 50 mg à désintégration réglée. En outre, le DBI est disponible en flacons de 100 et 500 comprimés de 25 mg.

Bibliographie: 1. Williams, R. H.: Textbook of Endocrinology, Ed. 3, Saunders, Philadelphia, 1962, p. 610. 2. Gordon, E. S.: Metabolism 11:819, 1962. 3. Grodsky, G. M. et al.: Metabolism 12:278, 1963. 4. Sadow, H. S.: Metabolism 12:333, 1963. 5. West, K. M. and Topf, E.: Metabolism 10:689, 1961. 6. Yalow, R. S. and Berson, S. A.: Diabetes 9:254, 1960. 7. Weller, C. et al.: Scientific Exhibit. A.M.A., June 1962. 8. Weller, C. et al.: Metabolism 11:1134, 1962. 9. Radding, R. S. et al.: Metabolism 11:404, 1962.

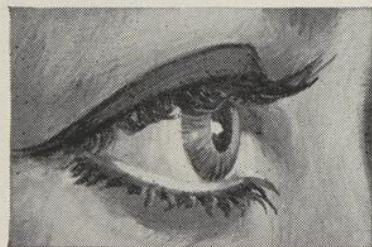
DBI® **DBI-TD**
comprimés de 25 mg capsules de 50 mg à désintégration réglée
CHLORHYDRATE DE PHENFORMINE

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES, div.
U. S. Vitamin Corporation of Canada, Ltd.
Casier postal 779, Montréal 3, Québec

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.

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)

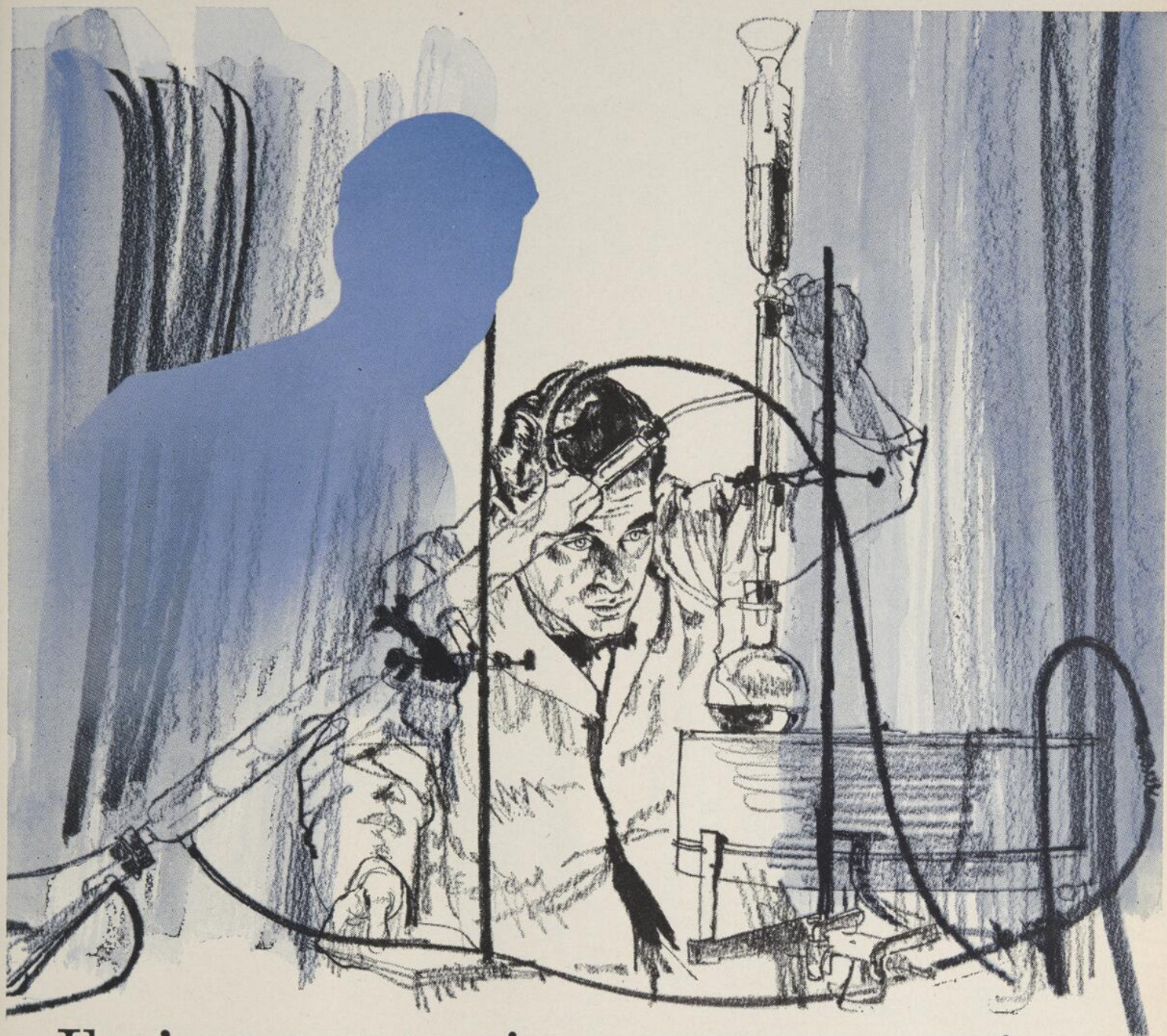
Dose moyenne pour adultes: 1 ou, s'il en est besoin, 2 comprimés trois fois par jour. **Précautions:** Examiner périodiquement le malade afin de dépister une augmentation de la pression intra-oculaire ainsi que l'accoutumance ou l'addiction aux barbiturates; prévenir les conducteurs de véhicules des 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

AMES
COMPANY OF
CANADA, LTD
Toronto Ontario



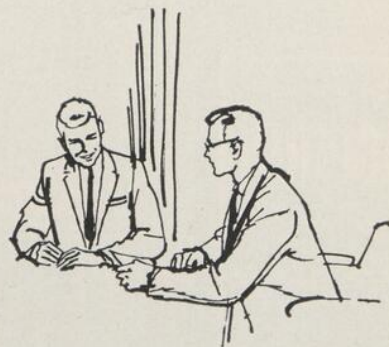
CA34963F



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.

ce qu'il faut que vos patients sachent au sujet d'ASPIRIN*

Comme vous le savez, la confiance que vos patients placent en un certain traitement ou en une certaine marque de médicament contribue souvent à rehausser le soulagement qu'ils en obtiennent. C'est donc souvent une excellente idée que de leur expliquer les raisons de vos recommandations, même dans les cas les plus simples.

Prenons, par exemple, la marque Aspirin d'acide acétylsalicylique. Vous l'avez probablement recommandée plus souvent que n'importe quelle autre d'antipyrétique. C'est sans aucun doute qui soit dans l'arsenal de la médecine.

Mais Aspirin est un produit tellement bien connu et d'emploi tellement sûr, que la plupart des profanes sont loin de l'estimer à sa juste valeur. Donc, la prochaine fois, prenez quelques moments pour expliquer qu'Aspirin est un produit précieux, absolument unique en son genre. C'est là quelque chose que vous savez; vos patients, devraient le savoir, eux aussi.

Comprimés de 5 grains



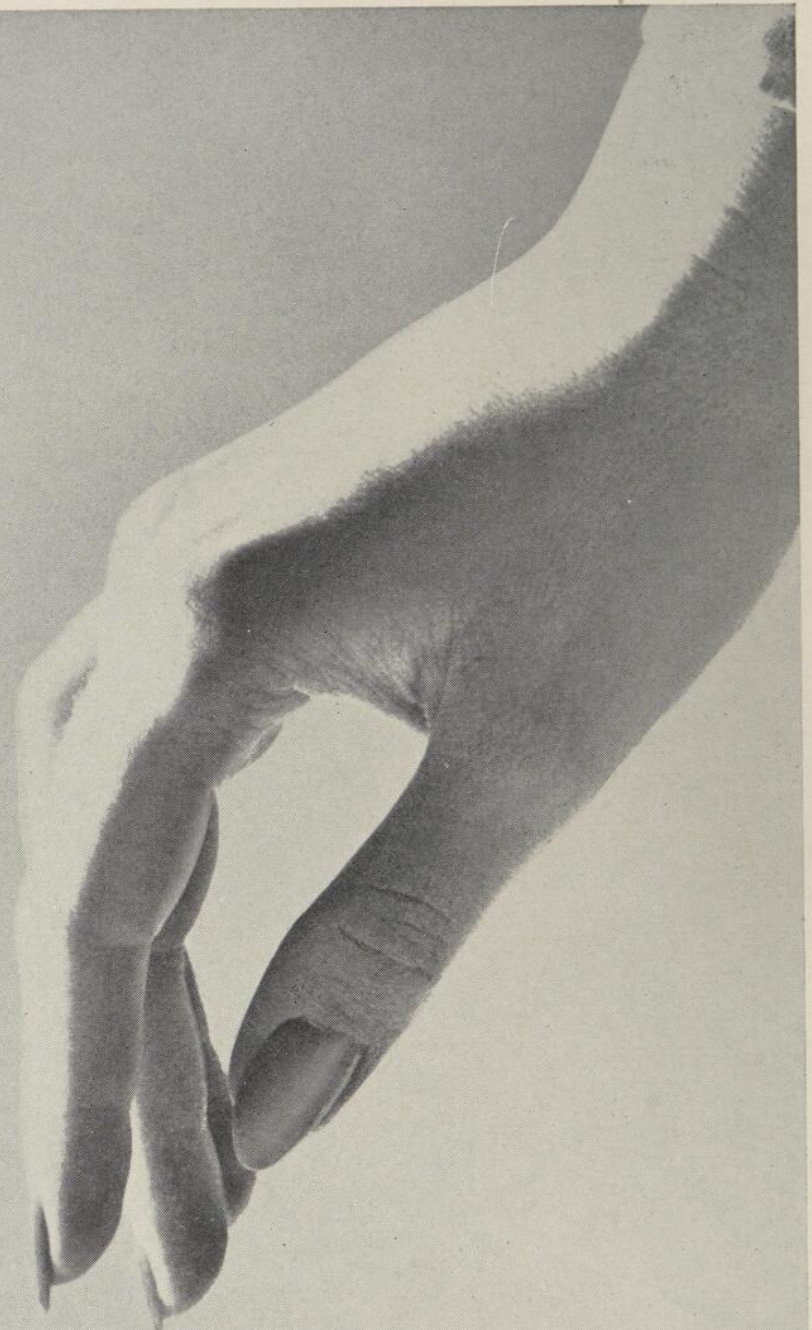
Comprimés de 1/4 grain



Nous acceptons volontiers vos demandes d'échantillons d'Aspirin et d'Aspirin Aromatisé, Format pour Enfants. Ecrivez simplement à:

The Bayer Company, Limited, Aurora, Ont.

*Aspirin est la marque déposée de The Bayer Company Limited



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

**TOUT D'ABORD
CONSIDÉREZ
LA GRANDE
UTILITÉ,
SÉCURITÉ ET
ÉCONOMIE...**

**DES
TROIS
SULFAS**

*la thérapie
par excellence
à cause de...*

L'EFFICACITÉ

l'action additive de tous les sulfas procure des taux sanguins entièrement efficaces, une solubilité satisfaisante dans l'urine, et une diffusion méningée.

LA SÉCURITÉ

la teneur de chaque sulfa à un niveau inférieur au niveau utile de 5 mg./100 ml. élimine, pour ainsi dire, tout risque de lésion rénale ou de sensibilisation²⁻⁵

"TRULFA"
DES TROIS SULFAS MARQUE DÉPOSÉE

COMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable

Chaque comprimé ou cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

Sulfadiazine.....	175 mg.	} 7½ gr.
Sulfamérazine.....	150 mg.	
Sulfathiazole.....	175 mg.	

"TRULFA-ZINE"
MARQUE DÉPOSÉE

COMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable

Chaque comprimé ou cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

Sulfadiazine.....	167 mg.	} 7½ gr.
Sulfamérazine.....	167 mg.	
Sulfaméthazine.....	167 mg.	

MISE EN GARDE: Bien que le danger des phénomènes fâcheux généralement associés à la sulfamidothérapie soit grandement réduit par l'administration des préparations "Trulfa" et "Trulfa-Zine", il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans la recherche et le diagnostic de ces phénomènes, tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc.

SOURCES: 1. Terrell, W., et coll.: "The Newer Sulfonamides", M. Clin. North America, mars, 1957, p. 539. 2. Harris, W. H.: "The Sulfonamides — Twenty-Five Years Later", Virginia M. Month. 86:65, 1959. 3. Ceder, E. T.: "The Current Appraisal of Cutaneous Drug Eruptions", Minnesota Med. 41:363, 1958. 4. A.M.A. Council on Drugs: "New and Non-official Drugs 1959", Philadelphia, Lippincott, 1959, p. 49. 5. Kempe, C. H.: "A Rational Approach to Antibiotic Therapy of Childhood Infection", Postgrad. Med. 24:235, 1958.

EFFICACE DANS

les infections à pneumocoque, staphylocoque, méningocoque, gonocoque et streptocoque hémolytique la fièvre scarlatine, la rougeole, l'otite moyenne, l'amygdalite, l'angine de Vincent, la méningite et les infections du tractus urinaire.

POSOLOGIE

Bébés et enfants:

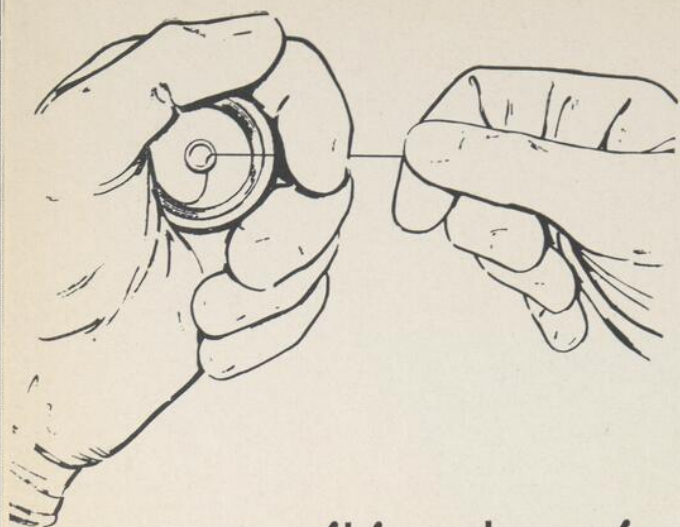
une cuillerée à thé (0.5 G.) par jour pour chaque 8 livres de poids corporel. À volonté, administrer en 2 doses à 12 heures d'intervalle, ou en 4 doses à 6 heures d'intervalle. Dans le dernier cas, la dose initiale doit être le double des doses subséquentes.

Adultes: quatre comprimés (2 G.) toutes les 12 heures, ou une dose initiale de 4 comprimés suivie de 2 comprimés toutes les 6 heures.

Flacons de 16 onces liquides ou de 100 comprimés.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



pour accélérer la préparation et l'exécution des ligatures



La radio-opacité réelle de la BOBINE DISTRIBUTRICE DAVIS & GECK est démontrée (1). La bobine était fixée à l'abdomen au moyen de diachylon lorsque l'exposition a été faite. L'oeillet métallique rend la bobine radio-opaque.

le Catgut Chirurgical en Bobine Distributrice Davis & Geck

DÉPARTEMENT DES PRODUITS / **DAVIS & GECK** / CYANAMID OF CANADA LIMITED
CYANAMID Montréal, Québec

CONTRE LA MONILIASE

SPOROSTACIN*

Crème de Chlordantoïne



pénètre
la
membrane
du monilia

*Le Candida Albicans cultivé dans l'agent de Nickerson;
photographie provenant du docteur A. B. Kupferberg de
La Fondation de Recherches Ortho.*

un monilicide vaginal très puissant, qui ne tache pas

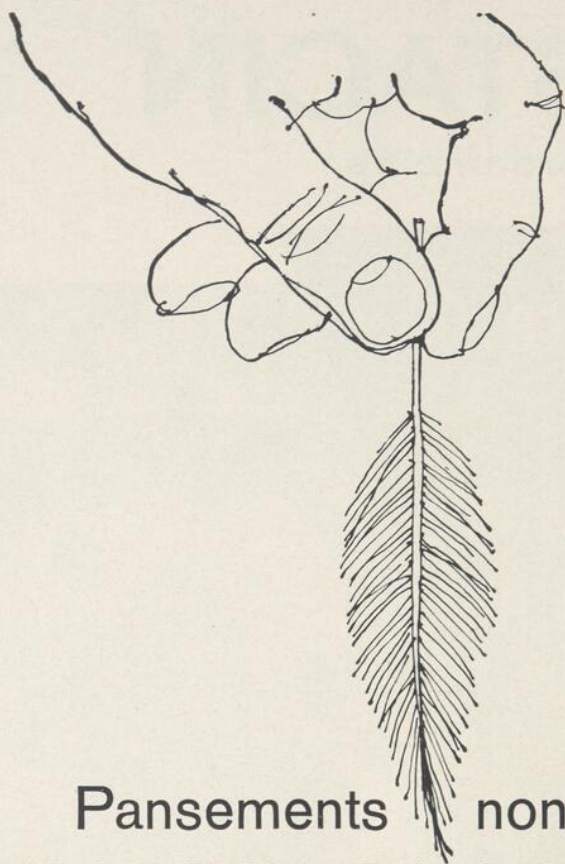
Blanche, inodore, adoucissante et ne tachant pas, la crème SPOROSTACIN est indiquée dans le traitement des infections fongueuses de la région vulvo-vaginale, particulièrement la Candidiase, et dans la surcroissance de monilias à la suite d'antibiothérapie

- soulagement symptomatique rapide, dans les 2 jours, souvent dans quelques heures
- fort pourcentage de guérisons prouvées par cultures
- un seul traitement suffit généralement
- les patientes en sont enthousiastes



*Marque de commerce

1. Lapan, B.: Am. J. Obst. & Gynec. 78:1320, 1959. (156 patientes)
2. Breen, J. L.: Obst. & Gynec., à publier. (139 patientes)
3. Nathanson, E. A.: Obst. & Gynec. 16:601, 1960. (100 patientes)
4. Mendel, E. B.: Am. J. Obst. & Gynec., à publier. (109 patientes)
5. Clow, L. R.: Canad. Med. Ass. J., 86:449, 1962. (58 patientes)



Pansements non adhérents

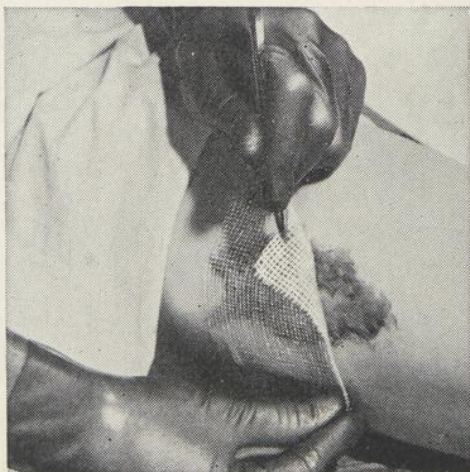
CARBONET ET JELONET

S'ENLÈVENT EN DOUCEUR

CARBONET, un pansement imprégné de polyéthylène glycol hydrosoluble, convient à tous les genres de plaies. Fabriqué d'un tissu à base de rayonne multi-filament, **CARBONET** n'adhère pas à la plaie. Il s'enlève en douceur, sans causer de douleur au patient et sans traumatiser le tissu. Il ne provoque pas de macération sous le pansement. Tout résidu peut être enlevé rapidement et sans douleur, laissant la plaie propre.

JELONET est également un pansement non adhérent. C'est un pansement du genre tulle gras qui ne se coagule pas. **Jelonet** est entièrement et uniformément imprégné de molle paraffine jaune.

JELONET et **CARBONET** sont tous deux STÉRILISÉS et prêts à servir. Ils peuvent être stérilisés de nouveau sans dommage.



DISPONIBILITÉ:

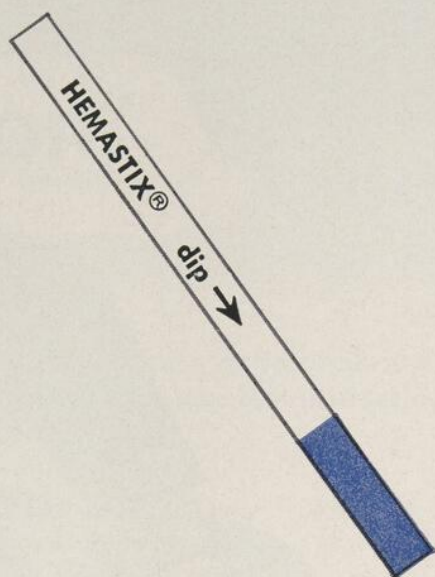
CARBONET: boîte C.T.3: 30 pansements de $3\frac{3}{4}$ " carrés
boîte C.T.2: bande de $7\frac{1}{2}$ " x 4 verges

JELONET: boîte J.1: 36 pansements de $3\frac{3}{4}$ " carrés
boîte J.6: 10 pansements de $3\frac{3}{4}$ " carrés
boîte J.2: bande de $3\frac{3}{4}$ " x 8 verges



SMITH & NEPHEW LIMITED

5640, RUE PARÉ, MONTRÉAL 9, QUÉ.



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 anticoagulants.
- *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.



PELARGON—La formule antidyspeptique pour nourrissons.

PELARGON est une formule alimentaire indiquée pour tous les nourrissons. Puisqu'il est particulièrement efficace comme correctif, vous êtes assurés d'une formule de routine de tout repos. Voilà pourquoi tant de médecins recommandent le PELARGON dès la naissance. Quelle que soit l'indication, vous adopterez certainement vous aussi le PELARGON pour vos bébés. Il est préparé d'un lait de vache entier modifié par l'addition précise d'acide lactique pour en augmenter la digestibilité. Le PELARGON ne requiert aucune adjonction parce qu'il est déjà un aliment complet fournissant au nourrisson la protéine nécessaire à une bonne croissance et un fonctionnement normal.

INDICATIONS: Troubles dyspeptiques et formule de routine des nourrissons. **CONTRE-INDICATIONS:** Aucune. Préparation naturelle. **EFFETS SECONDAIRES:** Aucun. **POSOLOGIE:** 2 mesures de PELARGON poudre dans 3 onces d'eau. **PRÉSENTATION:** Boîtes de 1 et 2½ livres.

Hautement recommandé par les médecins, le PELARGON est une des nombreuses préparations qu'offre Nestlé pour aider à régler les divers problèmes d'alimentation infantile.

NESTLÉ (CANADA) LTD.

Documentation médicale
27 Carlton Street Toronto 2, Ont.



LACTOGEN

Lait entier en poudre indiqué comme remplacement du lait maternel.



NESTARGEL

Antiémétique naturel destiné au traitement des vomissements chez les nourrissons.



ELEDON

Lait en poudre demi-écrémé pour prématurés.



AROBRON
POUDRE

Antidiarrhéique naturel pour nourrissons, à base de pulpe de caroube.

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

"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'érythrocytose. 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

CEREVON

contre l'anémie pendant la grossesse

L'efficacité de Cerevon dans les cas d'anémie due à la carence de fer au cours des périodes pré- et post-natales a déjà été prouvée.

Parmi tous les sels de fer organiques qui sont offerts, seul Cerevon peut produire une élévation convenable de l'hémoglobine. Des expériences cliniques démontrent qu'une réaction journalière de l'hémoglobine de 1-2% peut être attendue après l'absorption d'un comprimé trois fois par jour. L'intolérance au Cerevon est inférieure à 1%.

Formules

Cerevon Succinate ferreux 150 mg.
Cerevon 'B' Succinate ferreux 150 mg.
Riboflavine 1 mg. Niacinamide 10 mg.
Chlorhydrate de thiamine 1 mg.

Présentation

Comprimés 100 et 1,000
Capules 100 et 1,000
Elixir Cerevon 4 oz. et 20 oz.



nouvelle

GOUTTES PÉDIATRIQUES

CEREVON

Les gouttes pédiatriques Cerevon ont spécialement été conçues pour le traitement de l'anémie par carence en fer chez les enfants.

Grace à leur saveur agréable de framboise les gouttes pédiatriques Cerevon peuvent facilement être incorporées à la nourriture des bébés ou encore être administrées à la cuillère.

POSOLOGIE

Bébés prématurés: 10-15 gouttes 2 fois par jour
Plus de 2 ans:..... 15 gouttes 2 fois par jour
De 2 à 5 ans:..... 30 gouttes 3 fois par jour

COMPOSITION

Chaque cuillère à thé (3.5 ml.) renferme 150 mg. de Succinate Ferreux.

CALMIC



CALMIC LIMITED • TORONTO, CANADA
Crewe & Londres, Angleterre
Sydney, Australie



'Le sort de la femme post-ménopausée non-traitée...'

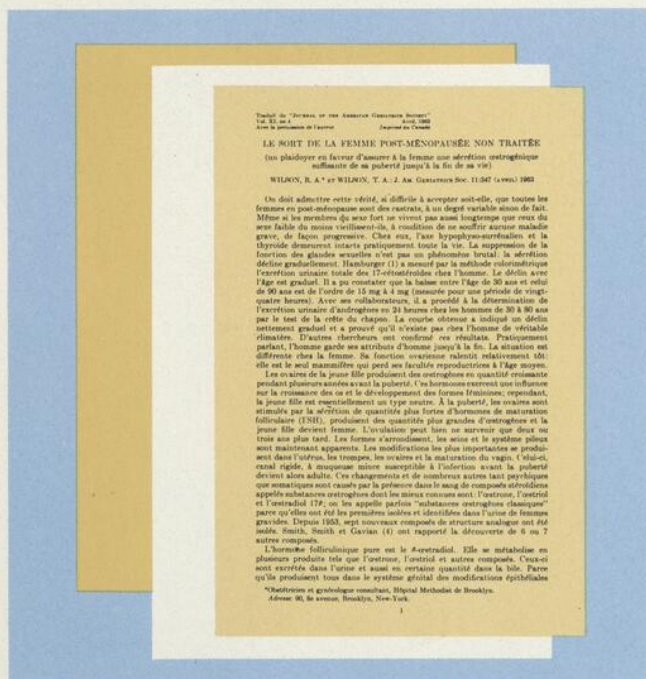
'Un plaidoyer en vue d'assurer à la femme une sécrétion oestrogénique suffisante de sa puberté à la fin de sa vie.'

ROBERT A. WILSON, M.D., et THELMA A. WILSON, R.N.: J. AM. GERIATRICS SOC. 11:347 (AVRIL) 1963

Lorsque l'administration d'oestrogènes a été poursuivie au delà des années de transition... "on a observé moins de vaginites atrophiques, d'ostéoporose, de dégénérescence vasculaire, une perte moindre de l'élasticité des tissus et certaines autres modifications métaboliques. On avait noté que les maladies coronariennes étaient manifestement moins fréquentes chez la femme que chez l'homme jusqu'à l'âge de 60 ans alors que ses sources extra-ovariennes d'oestrogènes commencent à se tarir; à partir de ce moment, elle a les mêmes problèmes vasculaires que les hommes."

Éditorial, *West. J. Surg. Obst. & Gynec.*
Vol. 71, no 3 (mai-juin) 1963.

Vous pouvez obtenir de votre représentant Ayerst ou des bureaux de la compagnie une traduction du tiré à part: "Le sort de la femme post-ménopausée non traitée" de même que de deux autres articles de Wilson et collaborateurs traitant du même sujet, soit, l'emploi d'oestrogènes.



'PRÉMARINE'

(SUBSTANCES OESTROGÉNIQUES CONJUGUÉES)

PRODUITS
PHARMACEUTIQUES
MIS AU POINT PAR LA
RECHERCHE MÉDICALE

Sûreté et Sécurité éprouvées dans le traitement de la cystite et des autres infections des voies urinaires...

"Thiosulfil"-A Forte

(0.5 G DE SULFAMÉTHIZOL + 50 MG DE CHLORHYDRATE DE PHÉNYLAZO-DIAMINO-PYRIDINE)

"Thiosulfil" Forte

(0.5 G DE SULFAMÉTHIZOL)

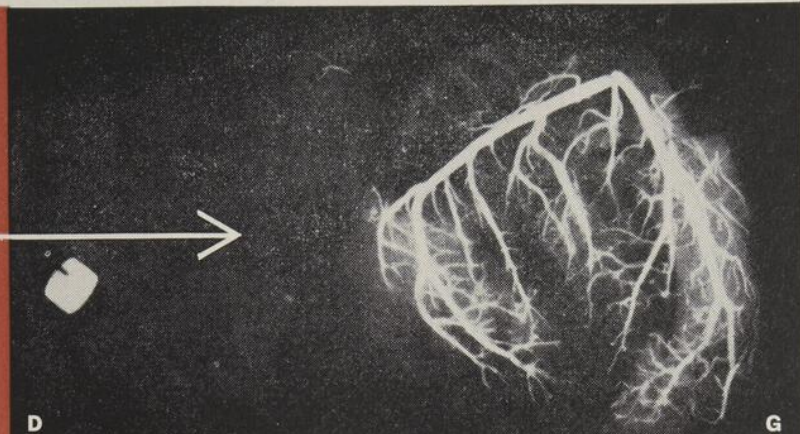


PRODUITS PHARMACEUTIQUES MIS AU POINT PAR LA RECHERCHE MÉDICALE

Ayerst

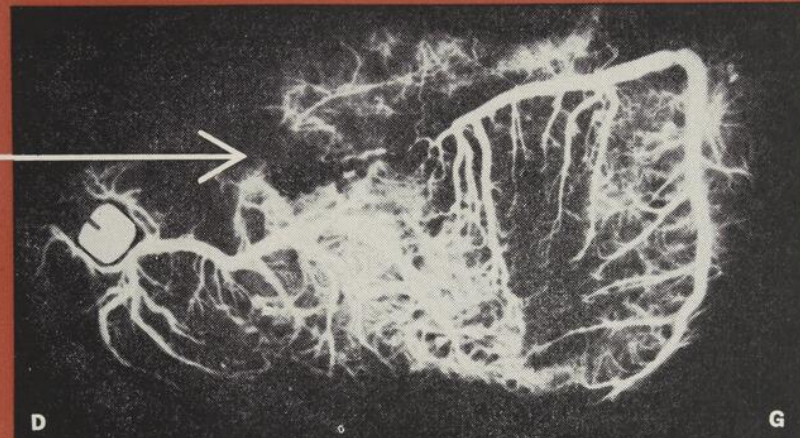
après l'occlusion
provoquée d'une
artère coronaire
principale

ischémie
Mort



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 un 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.

circulation collatérale
Survie



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 ici). 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, il a fallu sectionner les coeurs par le milieu et les étaler comme un livre.)

première preuve
anatomique **proof**

**un médicament peut maintenant stimuler la circulation collatérale
après l'occlusion provoquée d'une artère coronaire principale
ce médicament est le PÉRITRATE**

Dans une étude récente 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, **par voie buccale**, des doses de Pérित्रate équivalentes à celles données aux humains.

**Cinq semaines après avoir provoqué l'occlusion
d'une artère coronaire principale, on constata les
résultats étonnants obtenus avec le Pérित्रate:**

	Groupe de contrôle 30 animaux non traités	Groupe de 30 animaux traités au Pérित्रate
morts	83,3 p. 100	36,7 p. 100
survivants	16,7 p. 100	63,3 p. 100

thérapie de base dans les maladies
coronariennes—avec ou sans angine

Pérित्रate

tétranitrate de pentaérythritol

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

*Dans cette étude, on utilisa le 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'expérience 2, 3.

Bibliographie: 1. D'après Lumb, G. et Hardy, L. B.: Collateral circulation and survival related to gradual occlusion of the right coronary artery in the pig. Travail présenté à la réunion annuelle de l'American Heart Association à Cleveland, 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

Toronto, Ontario

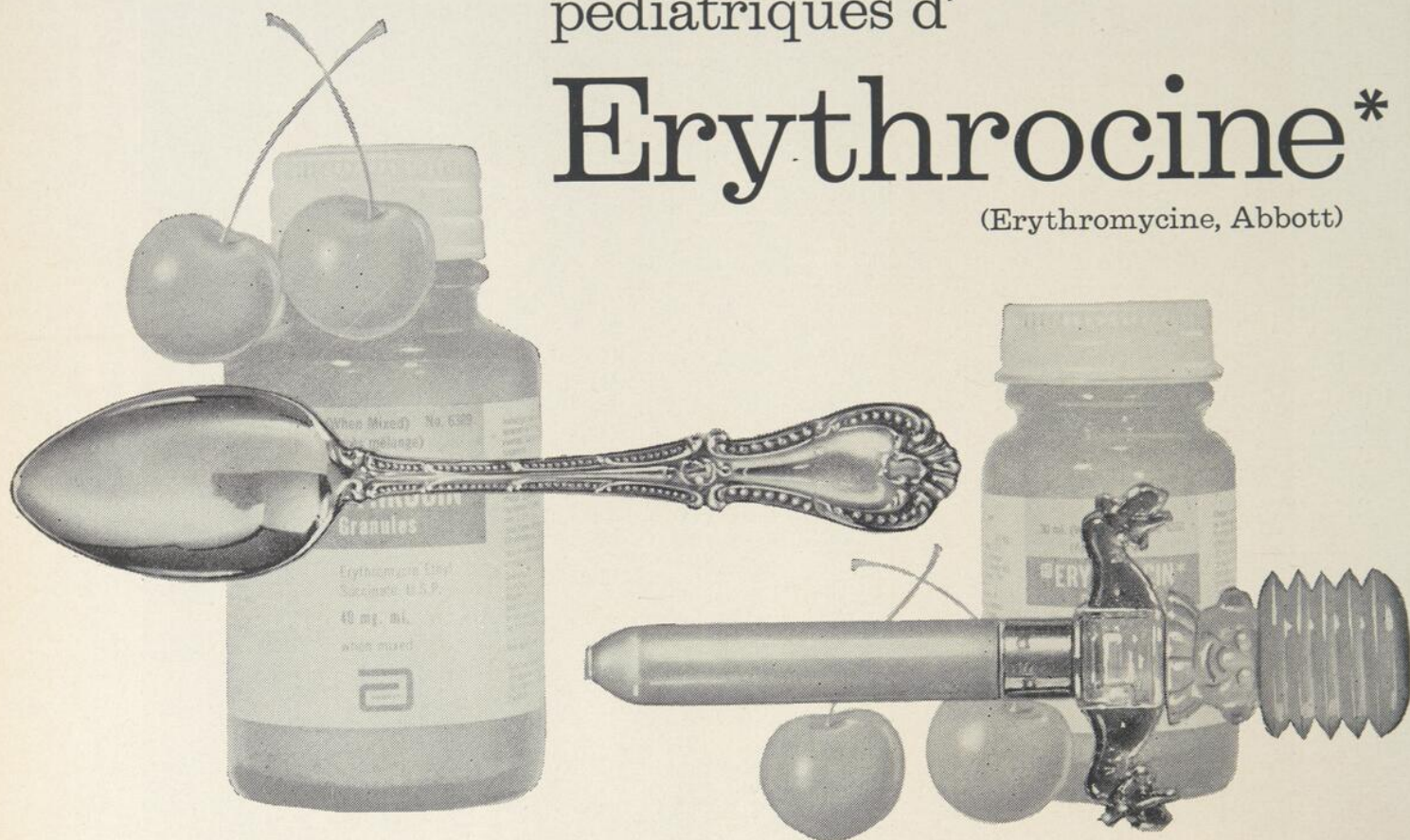
Fabricants de
Coly-Mycin Gelusil Proloid Mandélamine Tédral



Nous annonçons deux
nouvelles formes posologiques
pédiatriques d'

Erythrocline*

(Erythromycine, Abbott)



Granules d'Erythrocline (pour suspension)

La préparation selon les instructions fournit 60 ml de suspension aromatisée à la cerise renfermant une activité correspondant à 200 mg d'érythromycine base par cuillerée à thé de 5 ml.

Il n'y a aucun changement dans la formule de base de l'Erythrocline—seule la saveur est différente. L'Erythrocline continue de maîtriser 8 sur 10 des infections courantes que vous traitez et possède à son actif la plus grande des sécurités en thérapie antibiotique.

Il n'y a pas d'antibiotique plus sûr, plus efficace, que les Granules et les Gouttes Orales d'Erythrocline, ni plus agréable pour vos jeunes malades.

POSOLOGIE:

La recommandation de base est de 30 mg/kg/jour (14 mg/lb/jour) en doses fractionnées, avec un maximum de 50 mg/kg/jour (23 mg/lb/jour). Les indications suivantes sont communes pour les infections légères ou modérées:

- enfant de 25 lb—une demi-cuillerée à thé (100 mg) quatre fois par jour.
- enfant de 50 lb—une cuillerée à thé (200 mg) quatre fois par jour.
- enfant de 75 lb—la dose pour adultes d'une cuillerée à thé (200 mg) ou plus, cinq fois par jour.

Gouttes Orales d'Erythrocline

La préparation selon les instructions fournit 30 ml de suspension aromatisée à la cerise renfermant une activité correspondant à 200 mg d'érythromycine base par cuillerée à thé de 5 ml.

PRÉCAUTIONS:

Les effets secondaires sont rares. Toutefois, si un malade manifestait des signes de sensibilité allergique, les contre-mesures appropriées (e.g., épinéphrine, stéroïdes, antihistaminiques, etc.) devront être appliquées et la médication devra être discontinuée.

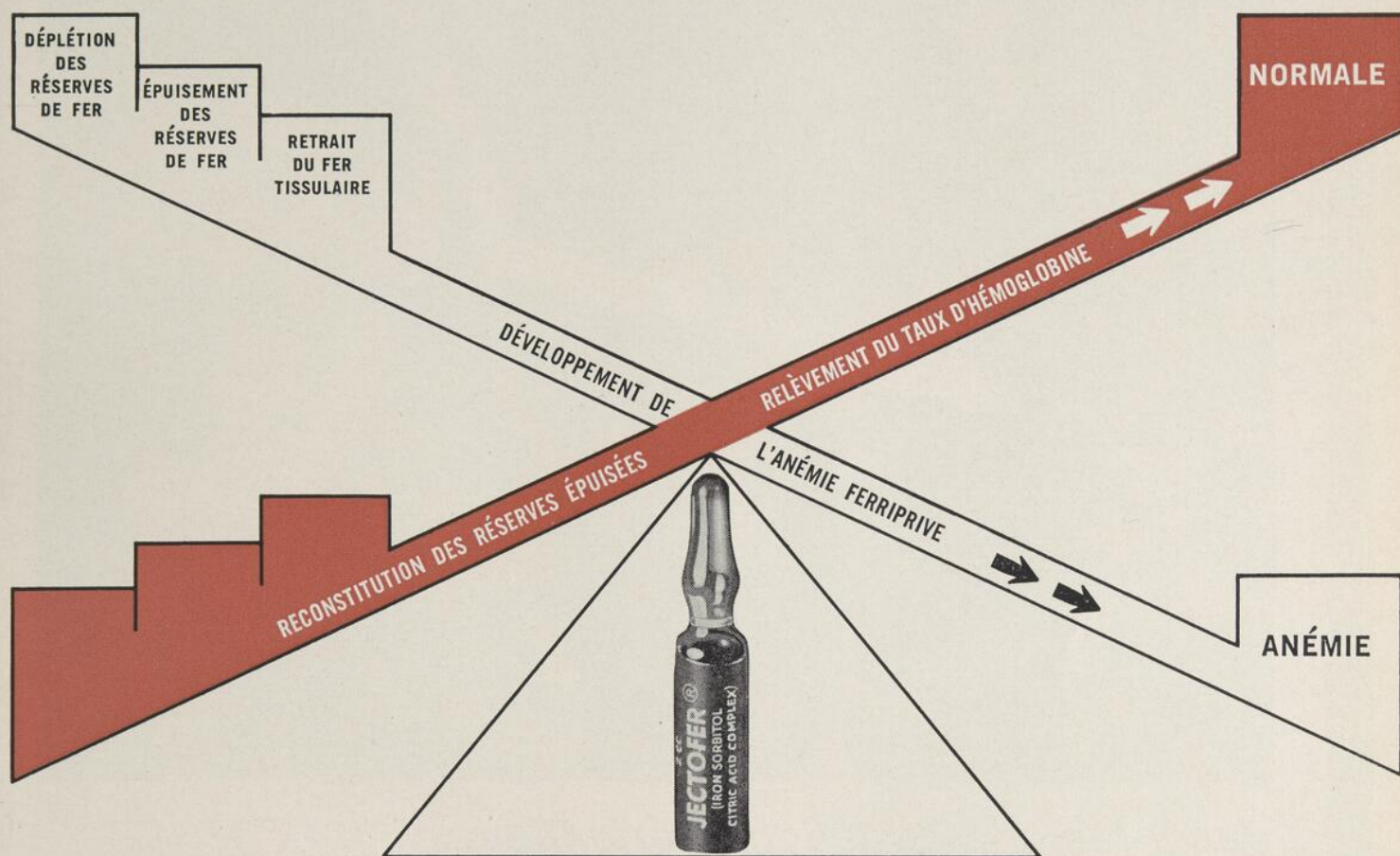
Erythrocline—éthyl succinate d'érythromycine, Abbott.

*Nom déposé



Jectofer:®

Nouvelle thérapie intramusculaire à base de fer
remédie intégralement à l'anémie ferriprive en
rétablissant la balance ferreuse positive de toutes les réserves épuisées



La déplétion des réserves de fer de l'organisme précède toujours le développement de l'anémie ferriprive.

La reconstitution des réserves par voie orale demande de nombreux mois ou même des années.

La thérapie à base de fer par voie parentérale constitue la seule méthode sûre de reconstitution des réserves. En attendant que celle-ci soit réalisée, la balance ferreuse négative continue d'exister.

Jectofer est rapidement et entièrement utilisé pour la reconstitution des réserves de fer, le fer tissulaire, certains systèmes enzymotiques, et pour la synthèse de la nouvelle hémoglobine.

Jectofer est du sorbitol de fer et il a été prouvé qu'il est non cancérigène. La coloration de la peau, le cas échéant, n'est que passagère.

Documentation sur demande.



ASTRA Pharmaceuticals (Canada) Ltd.

Cooksville, Ont.





*dans les affections bactériennes...
le succès thérapeutique est assuré*

par I'ILOSONE®

(estolate d'érythromycine, Lilly)

Avantages:

- **Absorption optimale**—taux sanguins antibactériens précoces, élevés, prolongés
- **Stabilité en milieu acide**—non modifiée par la présence d'aliments dans l'estomac
- **Activité élective**—particulièrement sur les germes Gram positifs
- Rareté des effets secondaires

Formes pharmaceutiques: Capsules, granulé pour sirop, gouttes et Pedipacs®.

332646



Eli Lilly and Company (Canada) Limited, Toronto, Ontario

Butazolidine® Geigy

Pour l'arthrite et les affections connexes
Efficacité dans tous les types d'arthrite chronique

Soulagement rapide de la douleur et restauration précoce de la fonction dans les affections arthritiques aiguës

Diminution de la période de l'incapacité fonctionnelle de semaines en jours dans la thrombophlébite superficielle aiguë



Butazolidine®, marque de phénylbutazone, dragées rouges de 100 mg.

Butazolidine® alka, pour les malades présentant une hypersensibilité gastrique: chaque capsule orange et blanche contient 100 mg de Butazolidine, 100 mg d'hydroxyde d'aluminium, 150 de trisilicate de magnésium, 1.25 de bromure de méthyle d'homatropine.

Comme pour tous les agents chimiothérapeutiques puissants, on recommande d'exercer une surveillance étroite sur les malades traités à la Butazolidine.



Produits Pharmaceutiques Geigy, Montréal

G-1705F

dans
l'antibio-
thérapie
parentérale
un
nom
se distingue
REVERIN*
(pyrrolidino-méthyl-tétracycline)
'Hoechst'



l'antibiotique intraveineux qui a fait ses preuves

Avec REVERIN, l'action immédiate est bactéricide dans la majorité des cas, ce qui assure un contrôle rapide de l'infection. Le pH physiologique de REVERIN intraveineux assure l'absence de complications locales et d'effets secondaires. REVERIN, grâce à sa structure uni-moléculaire, est dix fois plus soluble que les autres tétracyclines, ce qui donne un niveau sérique initial exceptionnellement élevé et des niveaux tissulaires correspondants. La posologie est ainsi considérablement inférieure à celle requise pour les autres préparations.

une injection—efficacité d'une journée. Des niveaux bactériostatiques sont encore maintenus même 24 heures après une seule injection. Une action thérapeutique complète est obtenue ainsi avec une seule injection par jour. Dans des cas exceptionnellement graves, des injections additionnelles doivent être administrées à 12 ou 8 heures d'intervalle. **durée de l'injection—1 minute.** REVERIN (275 mg.) est dissous dans 10 ml. d'eau et s'injecte directement dans la veine. En fait, 1 seule minute est requise pour l'injection.



un siècle de
réalisations
scientifiques
par la recherche



ALDOMET^{*}
Methyldopa

**comble une lacune¹
dans la thérapeutique
hypotensive**

*...associe facilité d'emploi et
efficacité thérapeutique.*

*...traite l'hypertension artérielle
permanente de façon très
efficace.*

*Documentation complète (indications,
posologie, mode d'emploi, effets secondaires,
avertissement) et bibliographie
fournies sur demande.*

Un autre produit des Laboratoires de recherches



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

¹Brit. Med. J., 1962, 1, 1676 (16 juin)
Lancet, 1962, 2, 973 (10 novembre)
Amer. Heart J., 1963, 65, 139 (Janvier)

^{*}Marque de commerce

Nouvel antidiabétique oral

Dimelor™

(acétohexamide, Lilly)

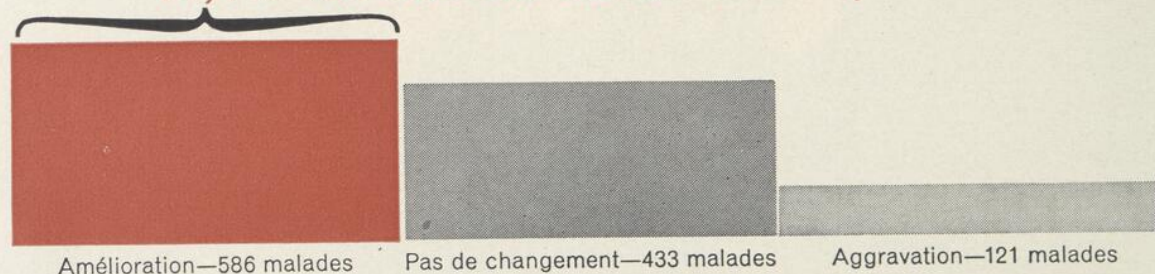
dans le diabète stable de l'adulte...

- 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

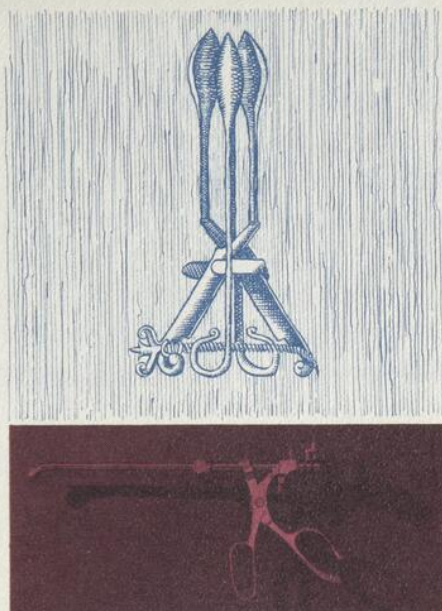
Nota: 62% des malades traités antérieurement par d'autres antidiabétiques oraux avec "résultat médiocre" ont été améliorés par le Dimelor.

1. Recueil d'observations cliniques publiées par 228 expérimentateurs, Laboratoires de Recherches Lilly.

Eli Lilly and Company (Canada) Limited, Toronto, Ontario

350014





Au 16^{ème} siècle, Ambroise Paré parlait du traitement de la néphro-lithiase en ces termes brefs: "Comme nous ne pouvons pas aider autrement les malades qui ont des calculs dans la vessie, force nous est d'aller tout de suite au traitement extrême, à savoir couper".¹ Pour réaliser cet objectif, Paré employait divers instruments conçus spécialement pour broyer et enlever les calculs par une petite incision. Certains calculs étant assez petits pour être enlevés par voie transurétrale, on créa l'appareil appelé lithotriptoscope, qui permet de voir directement le calcul et de le broyer. Il en est souvent ainsi: un problème médical défini conduit à la découverte d'une solution adéquate tirée des ressources et des progrès de la technique moderne.

1. Paré, Ambroise: "Of Cutting for the Stone." The Apology and Treatise, Univ. of Chicago Press, 189-196, 1952.

conçue spécialement pour satisfaire un besoin spécifique

Albamylin T

L'association de tétracycline et de novobiocine est l'antibiothérapie convenant spécialement au traitement courant et immédiat de l'infection, avant qu'on ne procède aux épreuves de sensibilité. Non seulement l'Albamylin T combat efficacement une vaste gamme de bactéries, mais elle se révèle particulièrement active contre les staphylocoques rebelles.

Présentation:

Albamylin T en comprimés — flacons de 16 et de 100 comprimés. Composition par comprimé:

Albamylin (sous forme de novobiocine calcique) 125 mg
Chlorhydrate de tétracycline..... 125 mg

Albamylin T en granulé aromatisé — en flacons de 40 et de 60 c.c. (après solubilisation). Une fois le granulé solubilisé dans la quantité voulue d'eau, on obtient une suspension dont une dose de 5 c.c. (1 cuillerée à thé) renferme:

Albamylin T
(sous forme de novobiocine calcique)..... 62.5 mg
Tétracycline (sous forme de
chlorhydrate de tétracycline)..... 62.5 mg

MARQUE DÉPOSÉE: ALBAMYLIN CF 2299.1

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

Upjohn

peut-elle bénéficier de l'action soutenue des **Medrol Medules**?

Pour l'arthritique traitée par les Medules, forme de Medrol à libération progressive, l'ankylose et la douleur matinale peuvent fort bien ne plus être qu'un mauvais souvenir. Grâce à l'action prolongée du médicament, les malades obtiennent un bienfaisant soulagement avec la posologie commode de deux doses par jour laquelle, chez certains, peut même être encore réduite, ce qui diminue d'autant les réactions secondaires. L'enrobage spécial, sensible au pH, libère le corticoïde dans l'intestin, le produit n'entre donc pas en contact avec la muqueuse de l'estomac et, ipso facto, se trouve diminué le risque de malaises gastriques. A votre prochain malade justiciable de la corticothérapie par voie buccale, prescrivez les Medrol Medules et jugez par vous-même des avantages précieux de cette forme à libération graduelle.

Présentation: capsules à 2 et à 4 mg de méthylprednisolone, en flacons de 30 et de 100 comprimés. Autre forme, dont l'action est immédiate: les comprimés de Medrol. Présentation: comprimés à 2 et à 4 mg de méthylprednisolone, en flacons de 30 et de 100 comprimés.

Upjohn

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA / 865 YORK MILLS ROAD / DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

MARQUES DÉPOSÉES: MEDROL, MEDULES. CF 2299.1



BULLETIN

POURQUOI UN CONGRÈS ?

Bien souvent de nos jours, on se demande: Encore un Congrès ! Pourquoi cette multiplicité de réunions médicales ? Les praticiens généraux ont leur Congrès ! Toutes les spécialités ont aussi le leur. Et maintenant l'Association des Médecins de Langue Française !

C'est vrai ! Mais avez-vous songé d'abord que très peu de ces Associations tiennent leurs assises en français sur notre continent et même dans notre "Belle Province". Nous avons la traduction simultanée, me direz-vous ? C'est quand même bien différent et souvent fort décevant. Car si on réussit à traduire les mots on ne rend pas toujours l'idée. Et cette traduction est bien loin de la clarté de notre langue.

Il y a plus ! Davantage chaque année nous pouvons constater l'affirmation du Canadien français dans le domaine de la Médecine, et comment peut-il la réaliser plus pleinement que dans sa propre langue. De plus en plus, le Congrès des Médecins de Langue Française du Canada tente de grouper autour de lui les différentes spécialités et les mettre en contact plus direct avec la profession médicale de notre Province et du Canada. Existe-t-il un meilleur terrain de rencontre que celui de la Science ? Un meilleur médium de compréhension que celui que nous avons tous, c'est-à-dire la pratique de la Médecine ?

Le Congrès des Médecins de Langue Française du Canada ! On s'en désintéresse, hélas, trop souvent. On dit: "Oh ! ça n'est pas pour moi. Je n'ai rien à apprendre là". Bien au contraire, il y a beaucoup à apprendre; il y a toujours quelque chose à apprendre. Vous ne pouvez pas pendant plusieurs jours, côtoyer des gens, écouter des médecins, quelle que soit leur spécialité, vous présenter le fruit de leur travail et de leur expérience, sans qu'il ne vous en reste quelque chose. Comment pourrait-il en être autrement, quand les organisateurs, pendant des mois, ont groupé leurs efforts pour rendre profitable à chacun de nous ce 33ième Congrès de 1963.

Au fait, à qui s'adresse-t-il ce 33ième Congrès ? S'il fût un temps où c'était le congrès du praticien, ses cinquante années d'existence ont élargi ses horizons. Aujourd'hui, il veut être le Congrès de tous les médecins.

Il s'adresse à vous les praticiens. Il veut exposer devant vous et discuter avec vous, certains de vos problèmes de chaque jour; problèmes dont la solution peut être obtenue par vous, si vous savez y voir clair; problèmes dont vous devez d'abord et avant tout reconnaître l'existence et les moyens à votre disposition pour y remédier.

Il s'adresse encore à vous, qui pratiquez la médecine, la chirurgie dans des centres plus populeux, mais qui n'avez pas toujours des contacts journaliers et suivis avec d'autres spécialistes. Il vous offre des cours où certains

sujets d'actualité sont étudiés plus à fond. A vous aussi les séances plénières permettront de revoir certains problèmes sous un aspect différent, mais toujours instructif.

Il s'adresse aussi à vous les spécialistes en discutant certains aspects de votre pratique. Il vous permet de vous renseigner sur les problèmes de la pratique générale. Il vous donne l'occasion de comprendre ses difficultés et de l'aider. Il comprendra mieux les vôtres. Et c'est là un des buts de cette rencontre de tous les médecins pratiquant tous la médecine dans une même contrée, parlant le même langage, et ayant le même idéal: le soin des malades quelque différente que soit sa sphère d'action.

Il s'adresse à vous les étudiants en Médecine, les résidents dans chacun de nos hôpitaux, ceux qui demain pratiqueront la Médecine. Nous voulons vous associer à nous, à nos activités. Nous avons voulu discuter avec vous de vos problèmes qui sont aussi les nôtres. La pratique de la Médecine devient de plus en plus complexe et elle doit vous trouver de plus en plus préparés. Elle doit nous unir davantage dans la pratique de notre art.

Le 33ième Congrès des Médecins de Langue Française vous apportera quelque chose, nous en sommes convaincus; il augmentera vos connaissances, nous l'espérons; c'est là notre plus grand désir. Mais pour cela, vous devez y assister, vous devez y participer activement par votre présence et votre assiduité, aux séances que nous avons organisées pour vous.

Ce sera la meilleure récompense pour ceux qui ont organisé ce congrès, pour ceux qui y auront pris part en préparant et présentant des travaux et pour tous ceux qui auront participé à la réussite de ce 33ième Congrès des Médecins de Langue Française du Canada qui se tiendra à Québec, en novembre de cette année.

Jean-Marc LESSARD

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE EN 1967

L'Exposition universelle de Montréal prend corps topographiquement. Lentement, son site définitif émerge des eaux du Saint-Laurent; et c'est le regard fixé sur ces îles en transformation que s'élaborent des projets qui vont passer à l'histoire. Physiquement, l'Exposition est en marche; tous ceux qui ont charge de l'animer spirituellement doivent dès maintenant se mettre au travail.

C'est pourquoi l'Association des Médecins de Langue Française du Canada est déjà à l'œuvre pour organiser à Montréal, en septembre 1967, un Congrès international des Médecins de Langue française.

Cette initiative importante et prestigieuse est bien dans la ligne d'action suivie par notre Association depuis sa fondation. Elle s'est faite le champion du dialogue médical France-Canada lors de tous ses congrès, en invitant, chaque fois, un délégué officiel de la médecine française. Elle a prolongé l'effet bienfaisant de ces contacts, grâce à son Comité des Relations médicales franco-canadiennes particulièrement actif ici comme à Paris. Elle s'est dépensée sans compter pour maintenir et diffuser l'usage du livre médical français dans nos facultés de médecine. Elle a entretenu avec des doyens de facultés de médecine francophones des échanges fructueux et prometteurs. Bref, peu de groupements peuvent se vanter d'états de service comparables à ceux de l'A.M.L.F.C. dans un domaine des relations internationales où la langue française sert de pôle d'attraction. Donc notre Association ne prend pas prétexte de l'Exposition universelle de Montréal pour y organiser un quelconque congrès. Elle couronne une œuvre amorcée à Québec, en 1934, puis à Paris en 1961, lors de congrès conjoints avec des médecins membres de l'Association des Médecins de Langue française (d'Europe), en invitant cette fois-ci une très large audience de médecins francophones à partager ses travaux.

Il est évident que le thème général de l'Exposition de 1937: "Terre des Hommes" inspirera, d'une certaine façon, celui du Congrès. C'est dans l'ordre lorsque ces deux sortes de manifestations coïncident. Comme il est normal, également, que bénéficiant de facilités de voyage, les participants au congrès deviennent automatiquement des visiteurs de l'Exposition. À leur tour, les activités du Comité féminin et le programme social graviteront autour de ce double élément: Congrès et Exposition.

Personne ne s'étonnera que nous ne soyons pas dès maintenant en mesure d'explorer en détail le programme de ce futur Congrès. Disons simplement qu'il aura lieu à l'Hôtel Reine-Elisabeth, où nous avons déjà réservé l'espace nécessaire, et sera présidé par le docteur Jacques Léger, de Montréal. Le docteur Marc Geoffroy, également de Montréal, en est le secrétaire.

Parmi les projets envisagés, certains, comme la Télévision en couleurs, sont déjà une certitude. D'autres, comme le "Festival du film médico-chirurgical" généralement lié aux "Entretiens de Bichat" sont à l'étude.

Une invitation toute spéciale sera transmise, dès cet automne, à l'Association des Médecins de Langue française (d'Europe) de nous envoyer une importante représentation de ses membres en 1967. Et nous souhaitons aussi la visite d'un groupe de nos anciens "délégués officiels" français, dont plusieurs sont restés, à travers les années, de véritables amis de l'A.M.L.F.C. Enfin, ce sera un honneur pour nous, si plusieurs doyens de Facultés de médecine des universités de langue française saisissent l'occasion d'un tel congrès pour renforcer des liens professionnels et culturels dont, en définitive, le grand bénéficiaire sera la santé de l'homme.

Tous pourront se rendre compte que le Canada français possède des centres hospitaliers en pleine expansion, des facultés de médecine dynamiques et des laboratoires de recherches animés par des équipes éprises de rigueur scientifique, de documentation sérieuse et de persévérance dans l'effort. Des visites particulières seront probablement organisées pour les congressistes qui en feront la demande.

Dès maintenant, nous souhaitons que la date de ce congrès de 1967 s'inscrive dans de nombreux carnets de voyage de nos confrères d'outremer, et qu'ils ne négligent aucune occasion d'entrer en contact avec le Comité du Congrès, au siège même de l'Association des Médecins de Langue française du Canada. La complexité d'une organisation de cette envergure commande que les suggestions et les projets soient connus très tôt, pour que l'on puisse examiner en toute objectivité le bien fondé de leur proposition et leur possibilité d'exécution.

À tous les médecins canadiens de langue française — du Cap Breton à Vancouver — nous demandons de se faire un point d'honneur de venir à ce congrès. Ils ont quatre ans pour s'y préparer et pour prendre conscience que ce congrès est *leur*, à l'image même de l'Exposition universelle qui convie *le Canada tout entier*. À l'occasion des congrès de l'A.M.L.F.C. qui précéderont celui de 1967, ils auront, eux aussi, la facilité de rencontrer notre Exécutif et d'apporter aux organisateurs des vues constructives qui seront mises ensuite à l'étude.

Le Congrès international des Médecins de Langue française est lancé dans l'espace des années et des réalités de demain. Tous doivent concourir à son déploiement sur la *Terre des Hommes* avec succès.

Pierre SMITH,
Directeur des relations extérieures

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

33^e CONGRÈS — QUÉBEC 13-16 NOVEMBRE 1963

LES SÉANCES PLÉNIÈRES AU COURS DU CONGRÈS

Sommaire des sujets soumis à la discussion

CANCER DU COL UTÉRIN, DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC PRÉCOCE

Si l'on songe que 90% des cancers du col utérin peuvent être guéris définitivement par un traitement précoce, on comprend l'importance de déceler, le plus tôt possible, ce mal terrible.

Le cancer du col, avec celui du sein, est parmi les causes les plus fréquentes de mortalité chez la femme. L'un et l'autre peuvent être découverts dans leurs premières phases par un examen méthodique et le dépistage systématique au moyen de la mammographie pour celui-ci et du frottis vaginal pour celui-là.

Durant la séance plénière du mercredi 13 novembre, de 2 heures à 3.15 p.m., le problème du dépistage du cancer cervical sera envisagé sous tous ses aspects.

Les participants de cette séance discuteront de la symptomatologie du cancer du col et de la méthode à suivre pour faire un examen gynécologique adéquat.

La technique du prélèvement cytologique sera expliquée de même que l'interprétation des résultats.

La conduite à tenir en face d'un rapport cytologique positif sera envisagée ainsi que l'application du traitement à suivre.

Enfin le pronostic sera évalué.

Une partie de la séance sera consacrée à répondre aux questions de l'auditoire.

Tous, praticiens généraux, chirurgiens comme gynécologues tireront profit de cette séance et sont invités à y assister.

ADÉNOPATHIES NON TUMORALES

De façon simple et commode, on peut classer les adénopathies en deux principaux groupes. Un premier groupe comprend les adénopathies de nature néoplasique ou tumorales. Le second groupe, que nous désignons sous le terme d'adénopathies non tumorales, englobe toutes les autres affections des ganglions lymphatiques.

Les adénopathies non tumorales sont, le plus souvent, d'origine réactionnelle. Organes de filtration, les ganglions sont susceptibles de réagir à des agressions d'ordre régional ou encore d'ordre général.

Plusieurs entités nosologiques se manifestent par des adénopathies régionales: les lymphadénites non spécifiques, très fréquentes, sont banales et de peu d'intérêt. Par contre, il faut souligner la BCGite, la réticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffures de chat), la tularémie et la réticulose lipo-mélanique: ce sont des lésions dont le diagnostic est aisé à condition d'en connaître la pathologie et surtout d'y songer. La tuberculose des ganglions lymphatiques est bien connue, mais il existe des adénopathies qui ont été confondues avec la tuberculose et dont on commence à se rendre compte de la fréquence: ce sont les adénites pseudo-tuberculeuses. Au médiastin, on a décrit récemment, sous le terme d'hyperplasie pseudo-tumorale des ganglions médiastinaux, une lésion très particulière dont la nature n'est pas encore précisée, et qui radiologiquement peut en imposer pour une tumeur maligne. L'adénite mésentérique reste un problème controversé.

Parmi les maladies systémiques qui peuvent s'accompagner d'adénopathie, il importe de mentionner la brucellose et la toxoplasmose. Dans ce cas, le diagnostic doit d'abord s'appuyer sur la clinique et la micro-biologie; l'image histologique est particulière mais variable et non spécifique et peut parfois en imposer pour une maladie de Hodgkin. La sarcoïdose pose des problèmes d'étiologie et de diagnostic. La mononucléose infectieuse, l'arthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux peuvent se manifester par des adénopathies. On a rapporté des cas d'adénomégalie consécutive à l'emploi de médication anti-convulsivante.

En présence d'une adénomégalie, le clinicien doit résister à l'impulsion de pratiquer aussitôt une biopsie. Si le temps, pas si lointain, est révolu où il arrivait de pratiquer une biopsie ganglionnaire avant même de connaître la formule sanguine; il arrive encore occasionnellement que les recherches n'ont pas été suffisamment poussées. Cette façon de procéder, non seulement expose à des exérèses chirurgicales inutiles, mais peut compromettre le diagnostic histologique. En effet, comme pour bien d'autres entités nosologiques, le diagnostic des lésions ganglionnaires non néoplasiques requiert une collaboration très étroite entre le clinicien et l'anatomo-pathologiste.

La ponction ganglionnaire, peu traumatisante, devrait à l'occasion être tentée avant la biopsie. D'autre part, la biopsie ganglionnaire exige certaines précautions techniques si l'on veut qu'elle fournisse tous les renseignements qu'on peut en exiger. Un adéno-gramme et un examen micro-biologique devraient être faits avant la technique histologique.

Les participants, à la discussion, présenteront successivement leur point de vue sur les aspects nouveaux ou d'intérêt pratique que soulève ce problème des adénopathies non néoplasiques.

TUMEURS PIGMENTAIRES DE LA PEAU

Dans l'esprit de ceux qui sont appelés à voir certaines tumeurs pigmentaires de la peau, il s'établit immédiatement l'idée de tumeurs malignes et pour quelques-unes de ces tumeurs d'extrême malignité.

Les participants ici, s'attarderont à faire comprendre les critères qu'il faut connaître pour déceler, si possible, le diagnostic exact, clinique et histo-pathologique, le pronostic éventuel et le traitement de guérison ou de réparation de ces tumeurs.

Il sera question de mélanomes bien entendu mais l'on verra, par la discussion, que ces mélanomes n'ont pas tous la même valeur au point de vue pronostic.

La discussion s'engagera sûrement sur la modalité des traitements du mélanome lui-même, de ses adénopathies, de ses métastases, du mélanome malin chez l'enfant et des mélanomes malins des muqueuses.

On aura à parler de certaines tumeurs —baso-cellulaires surtout— qui sont pigmentées secondairement.

L'histo-pathologiste situera dans leur contexte ce qu'est un mélanocyte, un mélanoblaste et un mélanophage. Il étudiera les diverses cellules rencontrées dans ces tumeurs pigmentaires de la peau.

Le tout sera accompagné de photographies en couleur, cliniques et histopathologiques qui seront des illustrations des idées émises.

* * *

LES COURS POST-GRADUÉS AU COURS DU CONGRÈS

Québec, les 13, 14, 15 et 16 novembre 1963

Depuis deux ans, le Congrès des Médecins de Langue Française du Canada présente quelques modifications dans son programme scientifique, par l'addition de cours post-scolaires en Médecine et en Chirurgie.

En effet, il y a deux ans, lors du congrès tenu à Québec, les cours post-scolaires en Médecine et en Chirurgie étaient alors une innovation. Ces deux cours présentés ont été une réussite complète qui s'est affirmée davantage lors du récent congrès de Montréal.

De plus, cette année, les officiers du 33^e Congrès ont voulu apporter une collaboration particulière à cette partie du programme scientifique. Un troisième cours post-gradué à assistance limitée, a été préparé afin de compléter certaines connaissances dans le domaine des sciences de base. Nous avons cru qu'il était opportun que le médecin s'intéresse davantage aux problèmes inhérents à l'étude de ces sciences. Ce cours aura lieu le dernier jour du congrès soit le samedi, 16 novembre, sous la direction du docteur Guy Lamarche, du département de neuro-physiologie de la Faculté de Médecine de l'Université Laval. Le docteur Guy Lamarche et ses collaborateurs ont préparé un programme complet sur la "physiologie du sommeil".

Les cours de médecine et de chirurgie auront lieu les 13, 14, 15 novembre, de 8.15 à 10.00 heures a.m. Comme par les années passées, les inscriptions sont limitées à cinquante auditeurs, de façon à permettre une participation plus intéressante.

La direction du cours de médecine a été confiée au docteur Yves Morin qui s'est entouré de collaborateurs compétents des divers hôpitaux de la province. Les sujets discutés seront: "Hémorragies Méningées", "Auscultation Cardiaque", "Nodules Thyroïdiens".

La responsabilité du cours de chirurgie a été confiée au docteur Jean Couture et dans la préparation du programme, le docteur Couture et son équipe ont voulu que les sujets choisis puissent intéresser tous les chirurgiens en général, qu'ils soient attachés à un hôpital universitaire ou à un hôpital régional. Les sujets discutés seront: "l'Hypertension Portale", "Choc en Traumatologie", "Obstruction Intestinale".

Dans un communiqué ultérieur nous vous donnerons un aperçu du programme complet, mais nous sommes déjà assurés de la participation active de notre délégué français, le professeur Lucien Léger, ainsi que du docteur Fraser N. Gurd, Professeur de Chirurgie à l'Université McGill et Chirurgien en Chef de l'Hôpital Général de Montréal. Tous reconnaissent bien la compétence de ces deux chirurgiens; le premier, dans le domaine de l'hypertension portale, et le second, par ses expériences sur le choc traumatique.

Nous espérons que les cours post-gradués, cette année, contribueront de façon appréciable à réaliser le thème principal du congrès: "L'éducation médicale continue".

VIRILISATION ET FÉMINISATION

Les problèmes d'identification du sexe sont souvent troublants pour les parents, les médecins traitants et quelquefois même pour les patients eux-mêmes. La crainte d'une erreur de la Nature ou d'un traumatisme psychologique devraient conduire à une consultation précoce. Les recherches récentes en embryologie et en génétique ont donné un cadre nouveau à la classification des anomalies du sexe; de plus des épreuves et dosages permettent à l'urologue et à l'endocrinologue d'envisager des décisions thérapeutiques rapides chez des patients porteurs d'anomalies du sinus uro-génital. Le pédiatre peut maintenant orienter un traitement plus tôt dans la vie de l'enfant et éviter des délais dommageables à la réadaptation psychologique et sociale.

Différents aspects des anomalies sexuelles seront présentés par les participants et quelques cas seront discutés pour illustrer l'application pratique des connaissances nouvelles en ce domaine.

De plus, quatre autres séances plénières auront lieu: Dans une première, les problèmes engendrés par les retards de croissance seront portés à l'attention des congressistes.

Deux autres séances, qui auront lieu simultanément, traiteront de certaines acquisitions récentes en médecine et en chirurgie.

Finalement, certains sujets d'actualité concernant la médecine morale et l'euthanasie seront discutés.

Le comité du 33^{ième} Congrès vous invite donc à faire de cette réunion scientifique une véritable séance d'"ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE".

TRAVAUX ORIGINAUX

PHYSIOPATHOLOGIE DES ŒDÈMES NÉPHROTIQUES; RÔLE DE L'ALDOSTÉRONÉ¹

Jacques GENEST, F.A.C.P., F.R.C.P. (C)²

Dès le début du siècle, Widal, Ambard et leurs collaborateurs, ont insisté sur l'importance du sel dans le développement des œdèmes. Vers la même époque, Starling émettait son concept d'équilibre entre les forces osmotiques et hydrostatiques des compartiments vasculaires d'une part, et des compartiments interstitiels d'autre part. Toute rupture de cet équilibre par diminution de la pression osmotique du plasma favorise le passage de liquide vers les espaces interstitiels et généralement la production d'œdème.

De nombreuses études métaboliques faites au cours des 20 dernières années chez les malades souffrant d'œdème néphrotique, quelle qu'en soit l'étiologie, ont démontré que ces patients éliminaient une urine pratiquement dénuée de sodium et que le contenu total du corps en sodium était très augmenté. Cette élimination minimale de sodium, le plus souvent de l'ordre de 1 à 2 milliEquivalents par jour, s'observe chez tous les cas d'œdème néphrotique, indépendamment du taux de filtration glomérulaire qui peut être soit abaissé, normal ou même augmenté. Le rôle de la pression osmotique du plasma n'est cependant pas entièrement clarifié puisque l'on constate une absence d'œdème chez certains patients dont la protéinémie et l'albuminémie sont abaissées à des taux où l'œdème devrait apparaître selon le concept de Starling.

Après la découverte par Loeb en 1929, du rôle des glandes surrénales dans le métabolisme du sodium (1) et l'observation ultérieure de la très forte activité de rétention sodique exercée par la fraction amorphe d'extraits surrénaux, on se douta que la glande surrénale pouvait exercer une action prédominante sur la réabsorption tubulaire exagérée du sodium dans les cas d'œdème. Déjà en 1950, Luetscher qui s'était intéressé depuis plusieurs années à l'étude de l'œdème néphrotique,

avait démontré l'existence d'une forte activité de rétention sodique dans les extraits chloroformiques d'urines de patients néphrotiques (2).

En 1952, Tait et Simpson, réussissaient à isoler l'aldostérone à partir de la fraction amorphe d'extraits de surrénales (3) et deux ans plus tard, grâce au travail de collaboration des équipes de Tait, Reichstein et Wettstein, cette substance était identifiée chimiquement et synthétisée (4).

En 1954, Luetscher et ses collaborateurs prouvaient que la substance responsable de l'activité accrue de rétention sodique dans les extraits urinaires de patients néphrotiques était l'aldostérone présente en excès (5, 6).

Les remarquables travaux de Singer et de Giroud et de leurs collaborateurs au Montreal Children's Hospital, ont ajouté des éléments importants à notre compréhension de l'œdème néphrotique et surtout au rôle de l'aldostérone dans la genèse de ces œdèmes. Singer a constaté en 1957 que la sécrétion d'aldostérone par les surrénales de rats rendus néphrotiques par l'administration d'un aminonucléoside de la puromycine était beaucoup plus élevée que chez les rats normaux (7). De plus, elle a constaté que cette augmentation de la sécrétion d'aldostérone précédait l'apparition d'œdème ou d'ascite. Tout dernièrement, Deane et ses collaborateurs ont poussé plus loin ces observations en montrant que les surrénales de ces rats néphrotiques présentaient une hypertrophie progressive de la zone glomérulée de la surrénale, plus marquée vers le quinzième jour, au moment où l'on constatait l'augmentation la plus forte de la sécrétion d'aldostérone et précédant l'accumulation maximale d'ascite (8).

Giroud et ses collaborateurs ont démontré de leur côté, que l'administration d'un antagoniste de l'aldostérone entraînait la disparition de l'œdème et de l'ascite (9). De plus, si des rats surrénalectomisés reçoivent une dose quotidienne d'aldostérone, équivalente à son taux de sécrétion normale, ces mêmes rats rendus néphrotiques par l'administration d'aminonucléoside, ne développent aucun œdème, tout en présentant les mêmes perturbations biochimiques d'hypoalbuminémie et d'hypercholestérolémie que les autres rats néphrotiques non surrénalectomisés. L'œdème et l'ascite apparaissent, dès que la dose d'aldostérone administrée devient excessive (9).

¹ Conférence prononcée au 34^e Congrès français de Médecine, Congrès du Cinquantenaire à Lyon, France, du 26 au 28 septembre 1963.

Les travaux personnels auxquels nous référerons dans le cours de cet article ont été réalisés grâce à des subventions des Ministères de la Santé (Entente Fédérale-Provinciale), du National Institute of Health (End. HE-06420-02), du Medical Research Council, du Life Insurance Medical Research Fund, et de la Compagnie Ciba, Montréal.

² Directeur du Département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal et Professeur Agrégé de Médecine à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Ces expériences font donc ressortir le rôle et l'importance de l'augmentation de la sécrétion d'aldostérone dans la genèse des œdèmes néphrotiques chez les animaux. D'un autre côté, les rats rendus néphrotiques par l'injection de sérum anti-rénal hétérologue ("heterologous anti-kidney serum") présente un œdème temporaire qui n'est pas accompagné d'une augmentation de la sécrétion d'aldostérone (10). Mais ces rats présentent une très importante diminution du taux de filtration glomérulaire, d'où l'importance des relations entre la sécrétion d'aldostérone qui agit sur la réabsorption tubulaire du sodium, d'une part et le taux de filtration glomérulaire et la quantité de sodium filtré par minute, d'autre part.

Ces observations nous conduisent au concept classique de la physiopathologie de l'œdème néphrotique (11) et du rôle de l'aldostérone tel que l'illustre la Figure 1. Les études que nous avons faites sur l'élimination d'aldostérone chez les patients néphrotiques montrent que cette élimination est, dans la grande majorité, de l'ordre de 40 à

200 microgrammes par jour (valeur normale: 2 à 10 $\mu\text{g}/\text{jr}$). Les autres chercheurs rapportent des résultats semblables. Les études sur le taux de sécrétion montrent que la sécrétion d'aldostérone est généralement de 1200 à 3000 microgrammes par jour. Toutefois, nous avons observé chez quelques patients souffrant d'œdème néphrotique, une élimination d'aldostérone soit normale ou très peu élevée. Chez ces patients, le taux de filtration glomérulaire, mesuré par la "clearance" de la créatinine, était toujours fortement abaissé. Un exemple en est donné dans la Figure 2. Il s'agit d'un patient hospitalisé à plusieurs reprises pour syndrome néphrotique et dont l'urée sanguine au moment de cette hospitalisation variait entre 148 et 300 $\text{mg}\%$, avec une fonction rénale fortement diminuée. Les dosages quotidiens d'aldostérone, même pendant la période d'administration combinée de natriurétiques puissants, étaient à peine au-dessus des limites normales.

Un deuxième exemple est celui d'une patiente de 33 ans présentant un syndrome néphrotique

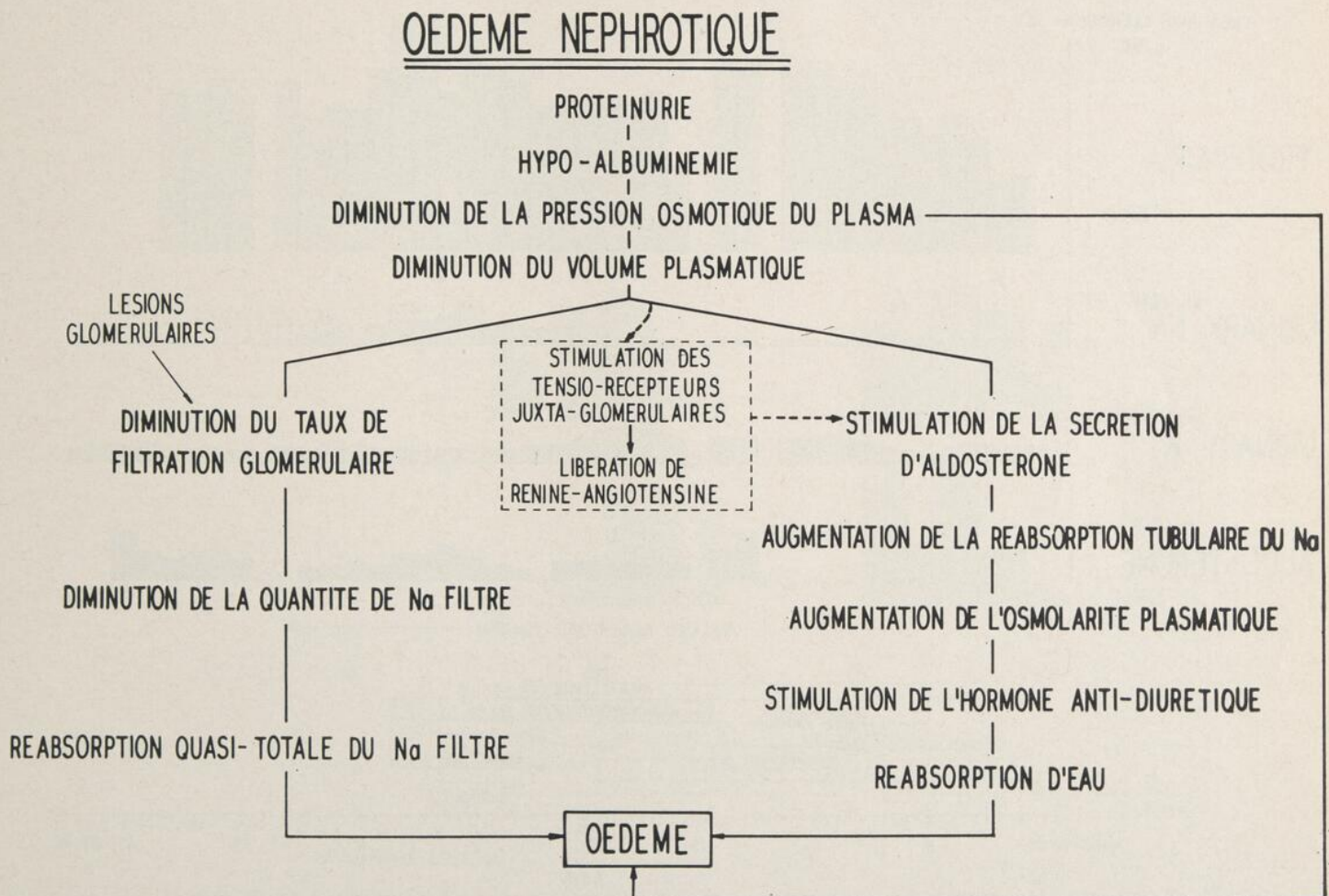


Fig. 1 — Concept classique du mécanisme de formation de l'œdème néphrotique. Nous y avons ajouté, au centre, dans le cadre en traits interrompus, le système appareil juxtaglomérulaire-rénine-angiotensine. Selon les travaux récents, l'hyperaldostéronisme secondaire serait causé par la libération de rénine-angiotensine par les tensio-récepteurs juxtaglomérulaires stimulés par la diminution du volume sanguin.

secondaire à une thrombose de la veine rénale gauche (Fig. 3). Malgré une accumulation d'œdème de 23 kilos, le dosage de son aldostérone urinaire est soit normal ou soit très peu élevé. Chez ces malades, il faut conclure qu'en raison de la diminution très marquée du taux de la filtration glomérulaire et par conséquent de la quantité de sodium filtré par minute, une sécrétion normale ou très légèrement augmentée de l'aldostérone suffira pour amener une réabsorption quasi-totale du sodium filtré et la formation d'un œdème considérable (Fig. 4).

Il est intéressant ici de spéculer sur le ou les facteurs qui entraînent cette augmentation de la

sécrétion de l'aldostérone. Bartter a multiplié les expériences chez le chien et l'homme pour démontrer que toute diminution du volume sanguin était suivie d'une augmentation de l'aldostérone (12). Il a postulé la présence de récepteurs d'abord dans la paroi de l'oreillette droite, puis par la suite, dans la paroi des artères carotidiennes à leur jonction avec les artères thyroïdiennes inférieures. Ces hypothèses n'ont jusqu'ici pas reçu de confirmation directe. Deux séries de travaux récents permettent toutefois de jeter un peu de lumière sur ce problème.

D'abord, à la suite de la démonstration dans nos laboratoires de l'action directe de l'angiotensine

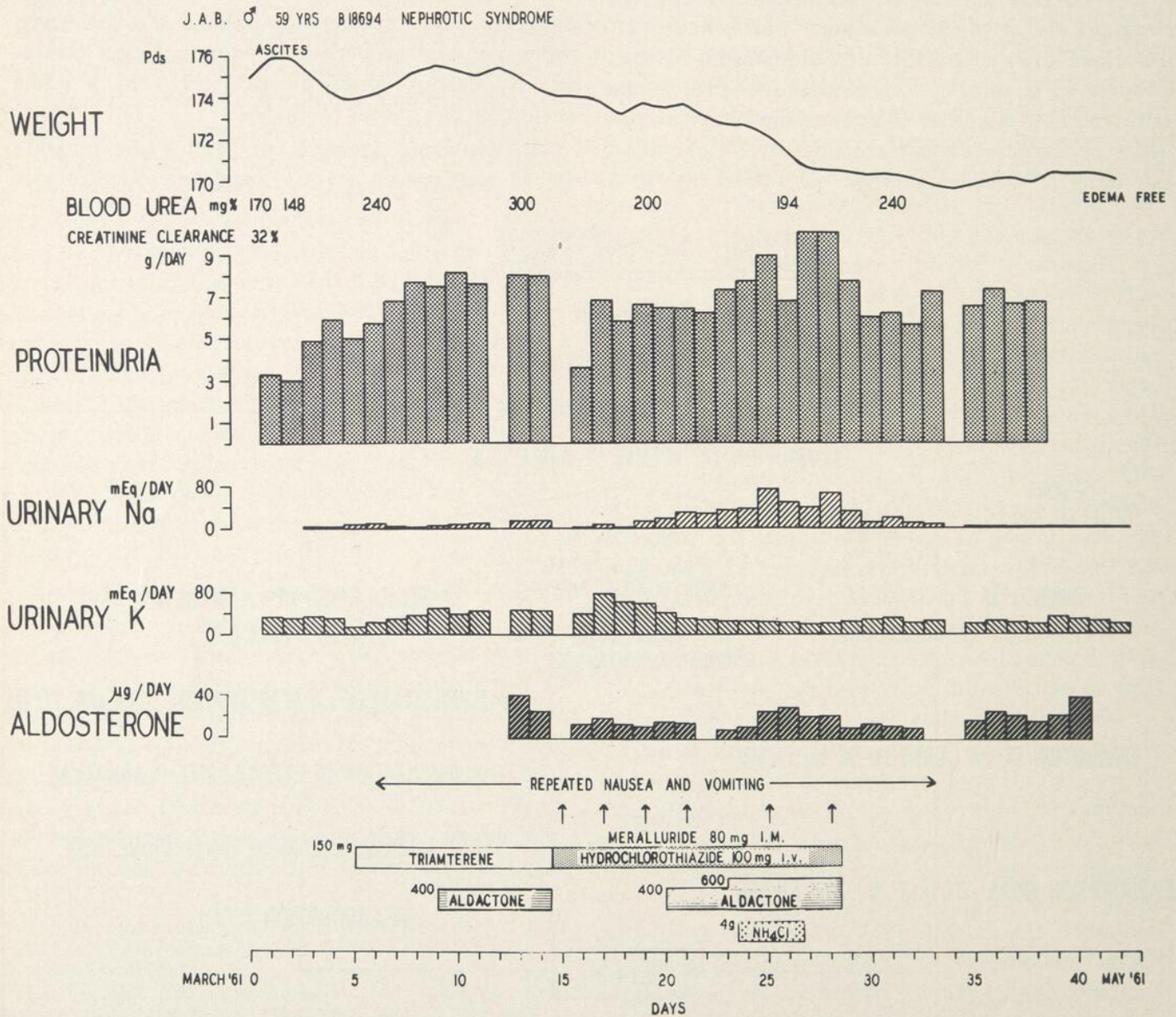


Fig. 2 — Patient de 59 ans réadmis à l'Hôtel-Dieu de Montréal pour une troisième rechute de son syndrome néphrotique. Etude métabolique des effets de différents agents natriurétiques sur le poids, l'urée sanguine, la protéinurie, l'excrétion urinaire du sodium, du potassium et de l'aldostérone. Chez ce patient en insuffisance rénale grave (urée sanguine supérieure à 170 mg%, clearance de la créatinine de 34 ml/min.) l'aldostéronurie moyenne est de 18-20 microgrammes par jour, malgré la présence d'une ascite considérable et d'une rétention très marquée du sodium.

sur l'aldostérone (13, 14), travaux corroborés ultérieurement par de nombreux groupes de chercheurs, dont ceux de Laragh (15), Davis (16, 17), Mulrow (18, 19, 20), Bartter (21, 22) et Denton (23) et leurs collaborateurs, nous en sommes venus à la conclusion que le facteur le plus important dans la régulation de l'aldostérone était l'angiotensine issue de la libération de la rénine au niveau des cellules de l'appareil juxta-glomérulaire du rein. Grâce à une méthode hautement spécifique et sensible, mise au point par Boucher dans nos laboratoires, nous avons pu étudier le

taux de l'angiotensinémie artérielle chez les patients porteurs d'œdème. Or, chez 75% des patients étudiés, qui présentaient tous un œdème généralisé, nous trouvons des taux élevés d'angiotensinémie artérielle (24).

La Figure 5 illustre le cas d'une patiente de 27 ans présentant un syndrome néphrotique secondaire à un lupus érythémateux disséminé. Malgré une aldostéronurie normale, cette patiente, dont le taux de filtration glomérulaire était fortement diminué, présentait une élimination urinaire minimale de sodium de l'ordre de 1 à 2 milliEquivalents par

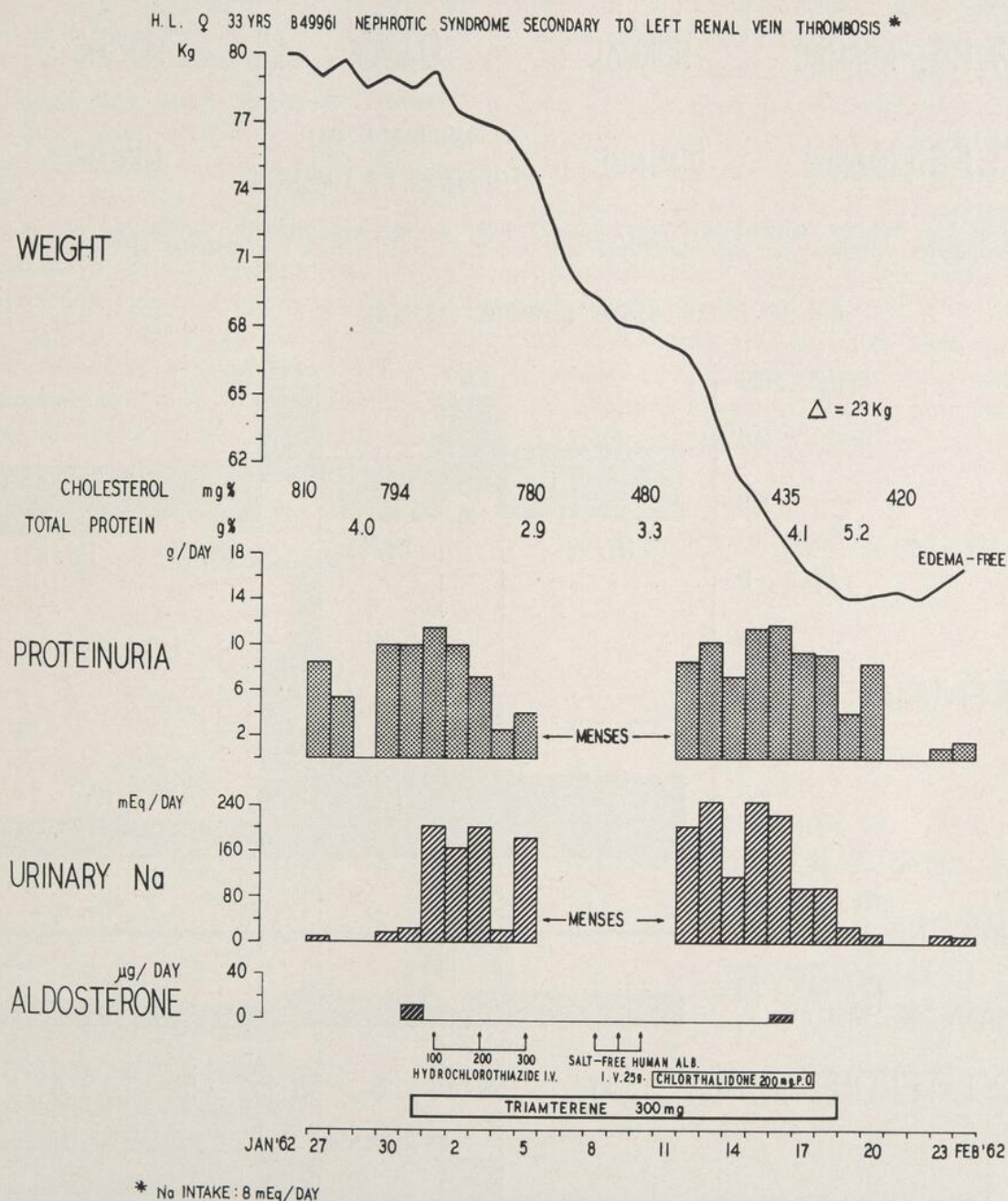
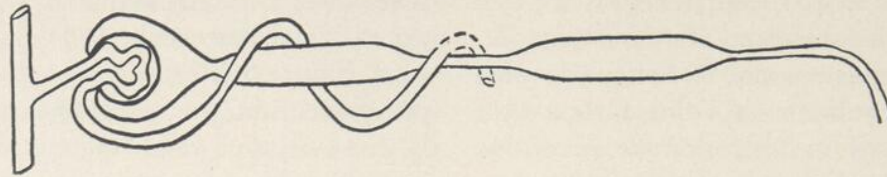


Fig. 3 — Patiente de 33 ans, présentant un œdème néphrotique généralisé secondaire à une thrombose de la veine rénale gauche. Étude métabolique des effets de différents natriurétiques sur le poids, le cholestérol sanguin, la protéinurie, l'excrétion urinaire du sodium et de l'aldostérone. Malgré la présence d'environ 23 kg d'œdème, l'aldostérone urinaire déterminée à deux reprises n'est que de 7 et de 15 microgrammes/jour.

OEDEME NEPHROTIQUE



	Na FILTRÉ	SÉCRÉTION D'ALDOSTÉRONE	Na EXCRÉTÉ
T.F.G. - NORMAL	NORMAL	ÉLEVÉE	MINIME
T.F.G. - DIMINUÉ	DIMINUÉ	NORMALE OU LÉGÈREMENT AUGMENTÉE	MINIME

Fig. 4 — Schéma simplifié du concept de "déséquilibre glomérulo tubulaire" (glomerulo-tubular imbalance) proposé par les chercheurs américains. T.F.G.: Taux de filtration glomérulaire.

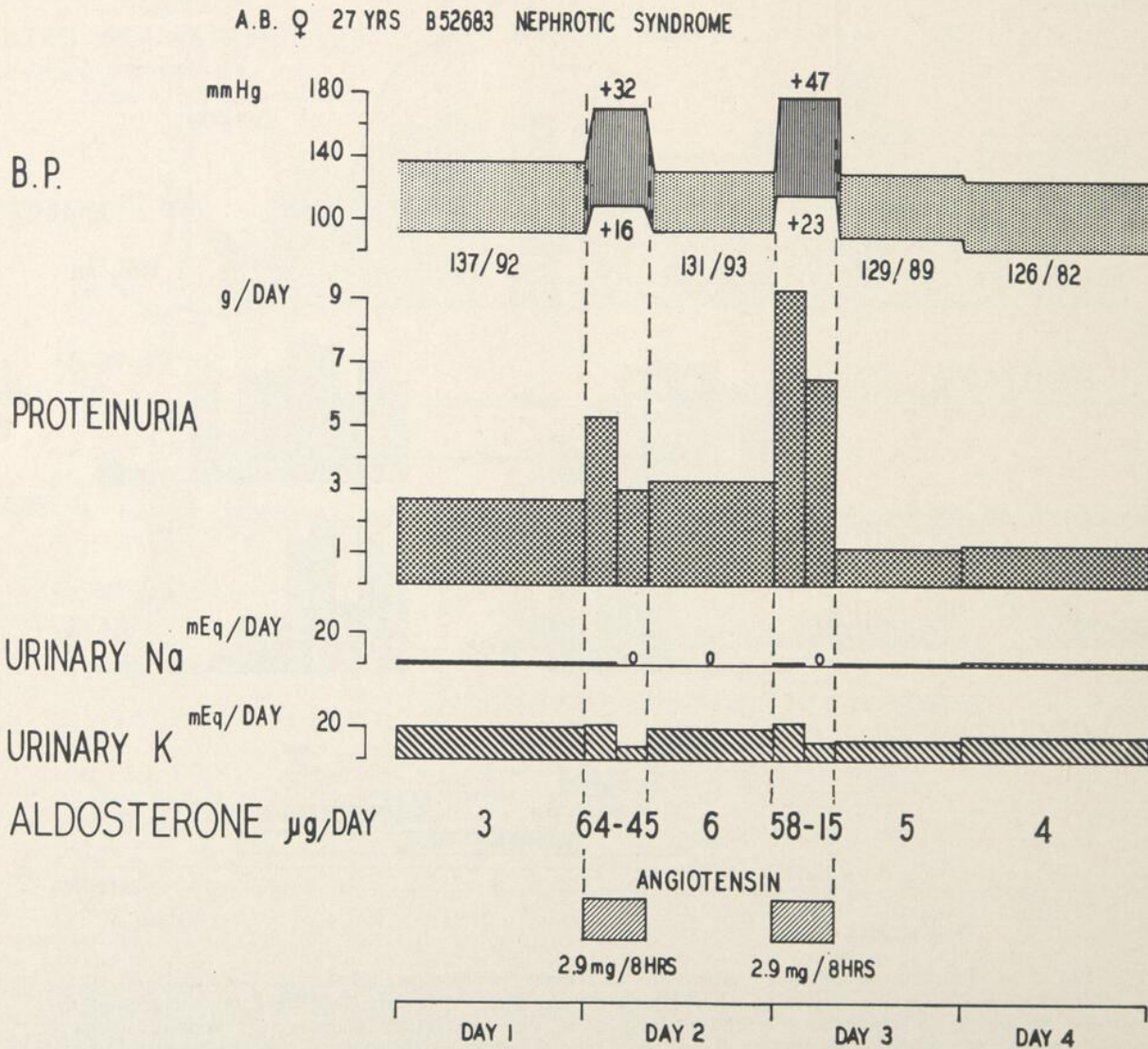


Fig. 5 — Etude des effets d'infusion intra-veineuses d'angiotensine à taux hypertensif, chez une malade de 27 ans atteinte d'un syndrome néphrotique secondaire à un lupus érythémateux disséminé. L'angiotensine provoque une augmentation marquée de la protéinurie et de l'aldostérone urinaire; elle réduit à zéro l'excrétion urinaire déjà minime du sodium.

jour. L'infusion d'angiotensine à taux hypertensif, provoqua à chaque fois, une très forte augmentation de l'aldostérone urinaire et de la protéinurie. Par la suite, cette malade dont l'œdème s'avéra résistant à l'emploi de tous les nouveaux natriurétiques, à des doses élevées et en combinaisons, présentait une forte augmentation de son aldostérone urinaire qui s'éleva jusqu'à 150 microgrammes par jour. La détermination de l'angiotensinémie artérielle de cette malade, à ce stage de son évolution, révéla des taux extrêmement élevés, malgré une pression artérielle normale. Ces observations suggèrent que l'angiotensine peut être la substance responsable de l'augmentation de l'aldostérone chez les malades souffrant d'œdème néphrotique.

Tobian, dans une autre série de travaux, a récemment apporté une confirmation expérimentale de cette hypothèse. Ce chercheur à l'esprit lucide et aux travaux élégants, a proposé l'hypothèse logique que les cellules granuleuses épithéliales de l'artère afférente à son entrée dans les glomérules, constitueraient les tensio-récepteurs (25). Selon ce concept brillant, ces tensio-récepteurs, comme l'indique la Figure 6, seraient sensibles à toute chute de pression sanguine, à toute diminution du volume sanguin et à toute restriction marquée

du sel ingéré. L'on sait, par ailleurs, que le nombre de granulation dans les cellules juxtaglomérulaires est proportionnel au contenu du rein en rénine et qu'elles sont soit la rénine elle-même, soit un précurseur de cette enzyme. Or, chez les rats rendus néphrotiques par l'administration d'aminonucléoside, Tobian a observé que l'index de granulation de ces cellules juxtaglomérulaires était fortement augmenté chez les rats dont l'ascite était considérable, tandis que cet index était normal chez les rats sans ascite (26).

Il semble donc logique de penser qu'une diminution du volume plasmatique dans l'œdème néphrotique stimule ces tensio-récepteurs avec libération de rénine et formation d'angiotensine, qui pourrait agir de deux façons selon la quantité libérée. Si cette quantité est grande, l'angiotensine passera dans la circulation systémique et parviendra aux glandes surrénales dont la sécrétion d'aldostérone augmentera fortement. Mais, d'autre part, si l'angiotensine n'est libérée qu'en faible quantité, de telle sorte qu'elle est inactivée dans la circulation avant d'arriver aux glandes surrénales, on peut postuler que l'angiotensine formée agirait au niveau du néphron lui-même, provoquant une diminution du débit sanguin intra-rénal et par un mécanisme

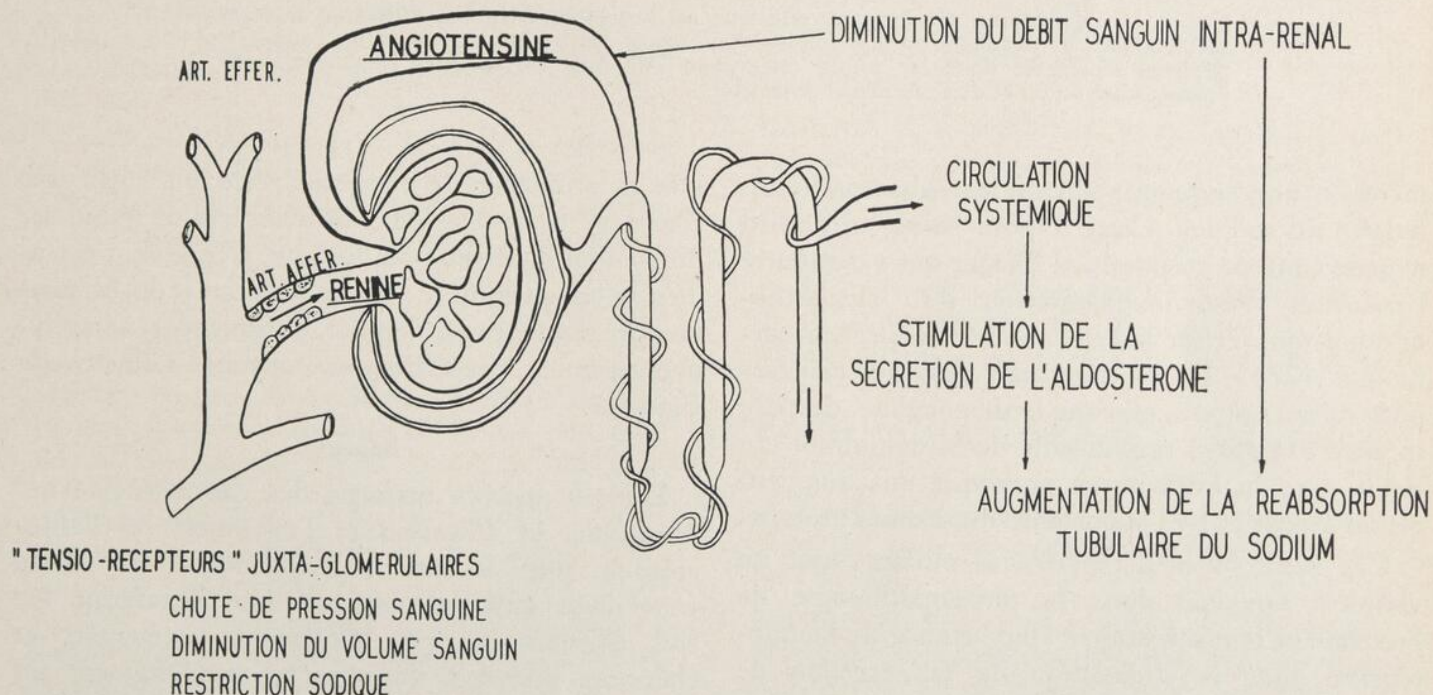
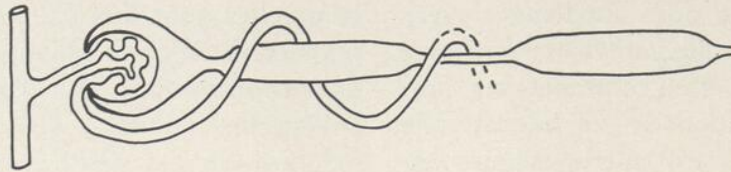


Fig. 6 — Concept du rôle possible de l'angiotensine sur la régulation de l'excrétion du sodium. En réponse à des stimuli appropriés, tels qu'une chute subite de la pression artérielle, une diminution du volume sanguin ou une restriction marquée du sodium, les tensio-récepteurs juxtaglomérulaires libèrent de la rénine avec formation immédiate d'angiotensine. Selon la quantité libérée, l'angiotensine pourrait agir selon deux mécanismes différents. Si cette quantité est élevée, l'angiotensine passe dans la circulation, atteint les glandes surrénales et stimule la sécrétion d'aldostérone qui augmente la réabsorption tubulaire du sodium. Si cette quantité est faible, l'angiotensine serait inactivée avant d'atteindre les glandes surrénales; elle pourrait cependant exercer son action au niveau du rein en réduisant le débit sanguin intrarénal et, par un mécanisme inconnu, augmenter la réabsorption tubulaire du sodium.

CENTRE INTEGRATEUR POUR L'EXCRETION DU SEL ET DE L'EAU



CIRCULATOIRES — FACTEURS — METABOLIQUES

DEBIT CARDIAQUE

TAUX DE FILT - GLOMERULAIRE

PRESSION VEINEUSE

POSTURE

EXERCICE

VOLUME SANGUIN "EFFECTIF "

VASO - CONSTRICTION INTRA - RENALE

(NOR - EPINEPHRINE -
ANGIOTENSINE...)

PRESSION OSMOTIQUE DU PLASMA

(HYPO - ALBUMINEMIE)

ALDOSTERONE

CORTISOL

PROGESTERONE

VASO - PRESSINE

NATRIURETIQUES

DESEQUILIBRES ACIDO - BASIQUES

INGESTION DE SEL ET D'EAU

ANGIOTENSINE

Fig. 7 — Le néphron est l'organe effecteur sur lequel agissent les différents facteurs métaboliques et circulatoires susceptibles d'influencer l'excrétion du sel et de l'eau. Le néphron représente donc le "centre intégrateur" de tous les facteurs responsables de l'homéostasie du sel et de l'eau dans l'organisme.

inconnu, une augmentation de la réabsorption tubulaire du sodium. Cette hypothèse est en accord avec le concept proposé par Barger qui a démontré l'existence d'une augmentation du "sympathoadrenal tone" chez les chiens en insuffisance cardiaque (27). Le blocage par des médicaments anti-adrénergiques, tels que la dibenzylène, de cette tonicité exagérée, responsable de la diminution du débit sanguin intra-rénal, provoque une augmentation rapide et très importante du sodium urinaire.

Ces deux séries d'expériences ouvrent tout un chapitre nouveau dans la physiopathologie de l'œdème et font apparaître l'importance de l'angiotensine dans la stimulation de la sécrétion de l'aldostérone et du rôle possible de la circulation intra-rénale dans la réabsorption tubulaire du sodium.

Si l'aldostérone joue un rôle cardinal dans la réabsorption excessive de sodium dans l'œdème néphrotique, il ne faut tout de même pas oublier

que le problème de l'œdème reste un sujet très complexe et que le taux de réabsorption tubulaire du sodium au niveau de l'organe effecteur, c'est-à-dire le tube urinaire, est la résultante de la sommation d'un grand nombre d'influences hémodynamiques et métaboliques, comme l'illustre la Figure 7.

Résumé

Dans la grande majorité des cas d'œdème néphrotique, la sécrétion et l'excrétion de l'aldostérone sont fortement augmentées. Il existe cependant quelques patients dont l'excrétion est soit normale ou soit faiblement augmentée, et chez ces malades, on observe régulièrement un abaissement marqué du taux de filtration glomérulaire. Selon les travaux récents, il est probable que cet hyperaldostéronisme soit secondaire à l'angiotensine libérée par les tensio-récepteurs juxtaglomérulaires, stimulés par la diminution du volume sanguin.

Summary

In summary, the aldosterone secretion and excretion are markedly increased in the great majority of patients with nephrotic edema. There are, though, some patients who present a normal or near normal aldosterone excretion, and in those patients, the authors have observed a marked fall in glomerular filtration rate. According to recent work from their laboratory, there is strong evidence that secondary hyperaldosteronism in nephrotic edema may be due to renin angiotensin liberated by the juxtaglomerular stretch-receptor cells stimulated by the decrease in blood volume.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOEB, R. F.: Effect of sodium chloride in treatment of patient with Addison's disease. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, **30**: 808, 1933.
2. DEMING, Q. B. et LUETSCHER, J. A.: Bioassay of desoxy-corticosterone-like material in urine. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, **73**: 171, 1950.
3. SIMPSON, S. A. et TAIT, J. F.: A quantitative method for the bioassay of the effect of adrenal cortical steroids on mineral metabolism. *Endocrin.*, **50**: 150, 1952.
4. SIMPSON, S. A.; TAIT, J. F.; WETTSTEIN, A.; NEHER, R.; v. EUW, J.; SCHINDLER, O. et REICHSTEIN, T.: Aldosteron. Isolierung und Eigenschaften. Die Konstitution des Aldosterons. *Helvet. Chim. Acta*, **37**: 1163 et 1200, 1954.
5. LUETSCHER, J. A. et JOHNSON, B. B.: Chromatographic separation of the sodium retaining corticoids from the urine of children with nephrosis, compared with observations on normal children. *J. Clin. Invest.*, **33**: 276, 1954.
6. LUETSCHER, J. A.; DOWDY, A. et HARVEY, J.: Isolation of crystalline aldosterone from the urine of a child with the nephrotic syndrome. *J. Biol. Chem.*, **217**: 505, 1955.
7. SINGER, D.: Aldosterone in the adrenal vein blood of nephrotic rat. *Endocrin.*, **60**: 420, 1957.
8. DEANE, H. W.; SCHNEIWEISS, R. H. et GIDEZ, L. I.: Response of rat zona glomerulosa in experimental nephrosis. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, **104**: 417, 1960.
9. GIROUD, C. J. P.; KALANT, N.; DESPOINTES, R. H. et DasJUPTA, D.: Mechanisms of edema formation in experimental nephrosis. Recent Progress in Hormone Research, Procésedings of the 1960 Laurentian Hormone Conference, Academic Press, page 353, 1961.
10. KALANT, N.; DasJUPTA, D.; DESPOINTES, R. H. et GIROUD, C. J. P.: Mechanisms of edema in experimental nephrosis. *Am. J. Physiol.*, **202**: 91, 1962.
11. EDER, H. A.; LAUSON, H. D.; CHINARD, F. P.; GREIF, R. L.; COTZIAS, G. C. et Van SLYKE, D. D.: A study of the mechanisms of edema formation in patients with the nephrotic syndrome. *J. Clin. Invest.*, **33**: 636, 1954.
12. BARTTER, F. C.; MILLS, T.; BIGLIERI, E. G. et DELEA, C.: Studies on the control and physiologic action of aldosterone. Recent Progress in Hormone Research. Academic Press XV, p. 311, 1959.
13. GENEST, J.: Angiotensin, Aldosterone and Human Arterial Hypertension. *Can. Med. Ass. J.*, **84**: 403, 1961.
14. BIRON, P.; KOIW, E.; NOWACZYNSKI, W.; BROUILLET, J. et GENEST, J.: The effects of intravenous infusions of valine-5 angiotensin II and other pressor agents on urinary electrolytes and corticosteroids, including aldosterone. *J. Clin. Invest.*, **40**: 338, 1961.
15. LARAGH, J. H.; ANGERS, M.; KELLY, W. S. et LIEBERMAN, S.: Hypotensive agents and pressor substances. *J. Amer. Med. A-s.*, **174**: 96, 1960.
16. DAVIS, J. O.; CARPENTER, C. C. J. et ANGERS, C. R.: Relation of renin and angiotensin II to the control of aldosterone secretion. Hypertension — neural and renal mechanisms. Vol. 9, Amer. Heart Assoc., édit., N.Y., 1962.
17. DAVIS, J. O.; CARPENTER, C. C. J.; AYRES, C. R.; HOLMAN, J. E. et BOHN, R. C.: Evidence for secretion of an aldosterone stimulating hormone by the kidney. *J. Clin. Invest.*, **40**: 684, 1961.
18. MULROW, P. J. et GANONG, W. F.: The mechanism of aldosterone stimulation following hemorrhage in the hypophysectomized dog. Abstracts, 43rd Annual Meeting, Amer. Soc. Clin. Invest., Atlantic City, 1961.
19. MULROW, P. J. et GANONG, W. F.: Stimulation of aldosterone secretion by angiotensin. *Yale J. Biol. Med.*, **33**: 386, 1961.
20. GANONG, W. F.; MULROW, P. J.; BORYEZKA, A. et CERA, S.: Evidence for a direct effect of angiotensin II on adrenal cortex of the dog. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, **109**: 381, 1962.
21. BARTTER, F. C.; CASPER, A. S. T.; DELEA, C. D. et SLATER, J. D. H.: On the role of the kidney in control of adrenal steroid production. *J. Clin. Endocrin.*, **40**: 1006, 1961.
22. CAPLAN, N. et BARTTER, F. C.: Aldosterone biosynthesis: the influence of various precursors, ACTH and angiotensin II. 43rd Meeting, Abstracts, Endocr. Soc., New York, Juin 1961.
23. BLAIR-WEST, J. R.; COGHLAN, J. P.; DENTON, D. A.; GODING, J. R.; MUNRO, J. A.; PETERSON, R. E. et WINTOUR, M.: Humoral stimulation of adrenal cortical secretion. *J. Clin. Invest.*, **41**: 1606, 1962.
24. De CHAMPLAIN, J.; GENEST, J. et BOUCHER R.: sous presse.
25. TOBIAN, L.: Interrelationship of electrolytes, Juxtaglomerular cells and hypertension. *Physiol. Reviews*, **40**: 280, 1960.
26. TOBIAN, L.; PERRY, S. et MORK, J.: The relationship of the juxtaglomerular apparatus to sodium retention in experimental nephrosis. *Ann. Int. Med.*, **57**: 382, 1962.
27. BARGER, A. C.; MULDOWNNEY, F. P. et LIEBOWITZ, M. R.: Role of the kidney in the pathogenesis of congestive heart failure. *Circulation*, **20**: 273, 1959.

UNITÉ PSYCHIATRIQUE ET HÔPITAL GÉNÉRAL *

Service de psychiatrie, Hôpital Notre-Dame
Jean-N. Fortin, directeur

Les membres du service de psychiatrie ont accepté avec plaisir l'invitation de leurs collègues de la "Medico-Chirurgical Society", dans le but d'exposer leurs vues sur l'unité psychiatrique et sa fonction dans un hôpital général. La proposition d'écrire ce colloque ressort de la discussion. Le mérite de ces communications est de souligner une tendance importante de la psychiatrie contemporaine et sa seule application lui confère son originalité.

HISTORIQUE (Jean-N. Fortin)

L'évolution de la médecine durant les deux dernières décennies a confirmé l'intégration de la psychiatrie dans la médecine en lui accordant un rôle de plus en plus important. Les hôpitaux généraux ont acquis la conviction de la nécessité de la médecine psychologique et ainsi favorisé le rapprochement de la psychiatrie et des spécialités médicales. La psychiatrie fut introduite en 1948 à l'Hôpital Notre-Dame à la clinique externe avec l'aide financière gouvernementale. Le personnel, à qui était donné asile, ne fonctionnait qu'à temps partiel avec un personnel limité. Quelques années plus tard, obéissant aux lois du progrès, l'intégration se fit avec la neurologie pour devenir la neuro-psychiatrie.

La plupart des services de neuro-psychiatrie se sont rendus à l'évidence des difficultés administratives, des modalités différentes et des exigences légitimes de ces deux spécialités vivant dans un état de cohabitation beaucoup plus que dans une unité fonctionnelle. Les avantages temporaires qui résultaient d'une telle union cédèrent la place rapidement aux inconvénients sérieux qui en définitive risquaient de desservir les patients respectifs. C'est en 1959 que le service de psychiatrie a été créé comme unité autonome et indépendante par une décision administrative de l'hôpital. L'aménagement de la nouvelle construction a permis une expansion remarquable en lui allouant 50 lits, soit environ 5.7% de la capacité totale de 1,100 lits.

Les tâches et les responsabilités d'un milieu médical progressif sont lourdes et nombreuses et

doivent couvrir les trois aspects capitaux, c'est dire le service aux malades, l'enseignement à tous les niveaux et la recherche, nécessité vitale pour l'avancement scientifique de cette jeune science. Un groupe de collègues a permis d'établir un service basé sur les concepts dynamiques, la psychopharmacologie et l'orientation sociale de la maladie et du traitement.

Trois années de labeur soutenu ont permis l'établissement de nombreux services additionnels énumérés par ordre de leur apparition chronologique: le service interne et d'observation, un service externe et d'urgence très actif, un service communautaire dit traitement à domicile et finalement une clinique de soins de jour (day hospital). Dans un avenir rapproché la psychiatrie infantile sera la prochaine étape à franchir pour répondre aux besoins de notre milieu. Ces diverses activités multiples et variées seront décrites par chacun des membres responsables.

I — SERVICE (Denis Doyon)

Une unité de 22 lits dans la nouvelle construction est occupée par des patients privés. Le centre des activités comprend 31 lits où les patients publics et privés sont admis. Parmi ces lits, 5 forment un centre d'observation où les patients ont des chambres individuelles à sécurité maximum. Le service est plutôt petit et permet ainsi de connaître exactement les événements qui y prennent place. Ce genre d'organisation a aussi l'avantage d'activer les interactions sociales en permettant le voisinage des hommes et des femmes dans un habitat réel assez voisin de ce qui leur est familier.

Le psychiatre en charge du service interne s'occupe des admissions, d'assigner les malades aux résidents, de la surveillance étroite des traitements et de l'administration. Il assiste aux réunions de groupe des patients, contrôle le travail des résidents, revise la tenue des dossiers et vérifie les histoires cliniques. Les occupations des infirmières souvent très délicates sont fréquemment discutées avec le psychiatre.

Un psychologue clinicien administre un minimum de tests et s'occupe de thérapie de groupe, de sociothérapie et de psychodrame avec les patients et le personnel. La travailleuse sociale, sur

* Travail en collaboration présenté à la réunion de *Medico-Chirurgical Society* de Montréal, au Montreal Children's Hospital, le 23 janvier 1963.

demande, voit les membres des familles, trouve des foyers de convalescence ou autres genres de placements pour les patients et voit à l'exécution des recommandations médicales prises conjointement. Les résidents traitent environ 5 ou 6 patients hospitalisés et continuent le traitement de "follow up" après les congés du service. Trois infirmières psychiatriques se partagent le travail administratif et une institutrice clinique contrôle le travail des étudiantes infirmières auprès des patients. Environ 20 étudiantes font un roulement de trois mois après avoir eu des cours théoriques de psychiatrie et de nursing psychiatrique. Elles viennent pour un entraînement clinique et séjournent presque toute la journée avec les patients et consignent les notes d'observation au dossier.

Les patients sont recommandés par les psychiatres du service, de la clinique externe par les médecins, des autres départements de l'hôpital après évaluation et consultation par un psychiatre, enfin ils viennent de la salle d'urgence. Cette dernière fournit fréquemment toutes nos admissions et il est malheureux de constater le nombre de malades qui ont besoin de traitements psychiatriques et qui doivent essuyer un refus. Le but est d'accepter seulement les cas aigus comme par exemple des réactions dépressives aiguës, des états maniaques, des décompensations schizophréniques aiguës et des conditions névrotiques dans une période difficile. Le traitement de choix est la psychothérapie individuelle et de groupe, alliée à la psychopharmacologie tout en utilisant les autres techniques de traitements comme les méthodes physiques. La longueur d'hospitalisation moyenne au cours des deux dernières années est d'environ 23 jours et la proportion chez les patients hospitalisés est trois fois plus forte pour les femmes que pour les hommes.

Le département de thérapie d'occupation est petit et oblige à réduire les activités offertes aux malades. Le thérapeute est entraîné non seulement aux techniques artistiques, mais aussi en psychologie et en activités de groupe. Les patients sont encouragés à travailler au journal du service, à préparer et à organiser des rencontres et des réceptions. Ils assistent à des réunions et s'occupent des différents comités. Les buts diagnostiques sont délaissés et l'ergothérapie est orientée vers des buts utilitaires. Au lieu de travailler sur une peinture à l'huile que le patient sait ne pas être belle, soit par carence de talent ou par défaut de techniques, il travaillera pour fabriquer des objets qu'il

pourra offrir comme prix et susciter une saine émulation. Ceci est plus gratifiant et utile pour son amour-propre que de soumettre la forme des arbres et des montagnes de ses peintures à la critique d'un psychiatre, qui voudrait rechercher un ensemble de symboles assez fantaisistes et peu justifiés par la production artistique. Le but est d'étendre les activités thérapeutiques de la salle de thérapie à tout le service pour que le patient réalise que tout le service est synonyme de vie, plutôt que de concentrer ces activités seulement dans une section.

L'analyse de la structure du service est la préoccupation principale pour l'instant, c'est-à-dire les interactions entre les patients, les patients et le personnel et finalement entre les différents groupes du personnel. Cette analyse est la base de la formation d'un véritable milieu thérapeutique. Dans un service de psychiatrie, tout comme dans un service médical, le personnel appartient à différentes classes professionnelles sans espoir de changement dans leur statut; l'infirmière ne sera jamais psychiatre et l'infirmier ne sera jamais psychologue. Ceci soulève beaucoup de rivalité entre les différents groupes et pour accroître les communications entre les différents niveaux, une réunion hebdomadaire avec discussion libre fut organisée avec tout le personnel. Au début l'opinion fut exprimée que ces discussions étaient une perte de temps, car un but didactique ne semblait pas exister. Un jour il fut suggéré à une infirmière protestant qu'elle avait trop de travail, de se plaindre aux autorités, mais personne n'offrit de lui aider. L'observation du rôle des infirmières permet de voir qu'elles s'identifiaient au rôle que les patients lui donnent: la mère qui décide et défend, qui maintient le service propre et calme et retient les patients dans les limites physiques du service. Le rôle de la mère "qui prend soin" est laissé à l'étudiante infirmière qui n'a pas d'autorité, mais écoute les plaintes des patients et les accompagne à la salle de jeux. L'étudiante infirmière, souvent anxieuse elle-même et qui accepte avec réserve le stage de psychiatrie, est parfois très tendue se sentant dépassée par les événements. Ainsi à la personne la moins expérimentée incombe beaucoup de responsabilités auprès des patients. Il appartient au médecin de convaincre les infirmières diplômées de passer plus de temps avec les patients et de dépersonnaliser leur autorité rigide arbitrairement assignée par les règlements.

Les résidents du fait de leur entraînement médical, acceptent mal qu'un membre du personnel d'un statut inférieur puisse avoir des notions plus complètes qu'eux sur la psychiatrie. Ils travaillent souvent avec la crainte des patrons, deviennent anxieux si leurs patients ne guérissent pas suffisamment vite ou ne verbalisent pas au cours des entrevues. La méthodologie médicale leur a enseigné à obtenir une histoire clinique complète, des examens de laboratoire adéquats et un diagnostic précis le plus rapidement possible. Le diagnostic leur permet de choisir le médicament indiqué pour telle entité clinique et les patients ne sont visités que pour observer le résultat des médicaments. En cas de résultat non satisfaisant la prescription est changée pour une autre. Le problème est de leur démontrer que leur attitude cristallise un être humain comme "patient", c'est-à-dire celui qui reçoit des traitements. Les médicaments sont indispensables et possèdent une indication précise, mais il faut se rappeler que le malade est un être incapable de résoudre ses conflits intérieurs par lui-même. L'entrevue prolongée et une attention maintenue par l'intérêt du thérapeute aux problèmes du patient deviennent souvent l'indication première dans le traitement psychiatrique.

Un patient doit avoir un lit et depuis longtemps il connaît son rôle de *patient*. Il entre à l'hôpital et s'habille en malade pour se coucher dans son lit afin de prendre ses médicaments tout en attendant leurs effets. Le médecin représente le père substitut, l'infirmière la mère et le patient l'être qui a besoin d'aide. Tous les participants jouent bien leur rôle respectif. L'attitude des patients fut plus facile à changer et il fut possible de les conduire à prendre une part plus active à leur traitement. Un exemple servira d'illustration à ces remarques: une patiente hystérique décida un jour qu'elle était fatiguée de s'ennuyer à l'hôpital et organisa une soirée pour tous les patients. Après cette réussite, on jugea bon de réunir les patients et de suggérer la formation d'un comité de jeux. Ce comité existe et se réunit toutes les semaines. Des soirées ont aussi lieu une fois la semaine et d'autres activités se sont ajoutées graduellement à la lumière des suggestions des patients. La plupart des patients assistent aux réunions malgré la courte période d'hospitalisation qui d'abord semblait être un obstacle sérieux. Il apparaît maintenant que c'est un facteur de continuité en permettant sans cesse aux nouveaux patients d'aller de l'avant.

B) *Le fonctionnement et les activités de la clinique externe*

(Paul-E. Phoénix)

La tentative d'organiser une clinique externe et de donner un service adéquat à l'hôpital et au public a fait surgir de nombreux problèmes dont quelques-uns ont semblé, parfois, insolubles avec les moyens à notre disposition.

Parmi ces derniers, il y en a deux qu'il faudrait mentionner brièvement. Dans les hôpitaux généraux de langue française de Montréal ou de l'extérieur où un très grand nombre de cas consécutivement nous sont recommandés, il y a soit une absence totale, soit des facilités psychiatriques restreintes. Les demandes d'évaluation et de traitement dépassent les capacités du personnel. La conséquence de cet état de chose est une accumulation imposante de patients sur la liste d'attente. Les statistiques de janvier à décembre 1962 révèlent que l'admission de 567 patients a été recommandée.

Tout en voulant remédier à ce surcroît de travail et diminuer ainsi la tension, il n'a fallu accepter que les cas provenant de la zone d'urgence assignée à l'hôpital. En vérifiant les adresses de nos patients, il nous fut donné de constater que 54% d'entre eux habitaient en dehors de la zone d'urgence. Certains cas furent refusés et référés à l'hôpital le plus proche de leur domicile. Cette action tangible permettra de souligner ce problème épineux à l'attention des autorités intéressées, et obtenir de celles-ci une augmentation des facilités psychiatriques.

Le second problème qui mérite discussion est la trop grande consommation de temps et d'énergie en regard des résultats obtenus. Il s'agit des patients dont la dépendance et la passivité sont telles qu'ils sont incapables de se suffire à eux-mêmes en toutes choses. Il est effarant de constater qu'environ 75% des cas consistent en: 1) ouvriers non spécialisés; 2) en illettrés ou chômeurs invétérés, habitant des taudis et soutenus financièrement par des sociétés de bienfaisance. Dans l'ensemble de leur personnalité, les ressources émotionnelles et l'intelligence sont si pauvres que leur dépendance et leur passivité sont une manière de vivre, chez qui un traitement psychiatrique donne très peu de résultats positifs. Le psychologue, dans le but d'établir leur degré d'intelligence tout en sauvant du temps, a organisé un test psychologique de groupe qui permet une évaluation plus complète et plus rapide en vue du traitement. Ces patients par leurs besoins constants et leurs deman-

des continuelles d'aide paralysent plus ou moins la clinique. Ce problème ne semble pas particulier, mais il est l'apanage des cliniques externes des hôpitaux généraux ainsi que le décrit la littérature médicale.

Les psychiatres et les résidents travaillent à temps partiel et les heures consacrées à la clinique varient. En ce qui concerne les psychiatres, ces heures sont réparties entre les traitements aux patients, le travail d'administration, l'enseignement, la surveillance, la recherche et les consultations avec le service social de l'hôpital.

La clinique externe fonctionne 5 jours par semaine de 9.00 a.m. à 5.00 hres p.m. et reçoit toute personne qui a besoin d'une aide psychiatrique et qui est incapable d'assumer les frais d'un traitement privé. Quand un patient est référé en psychiatrie, il doit subir un examen physique complet avant d'être assigné à une évaluation psychiatrique, selon les règlements de l'hôpital.

Les évaluations psychiatriques sont faites par les psychiatres et les résidents qui tous voient chacun un ou deux cas nouveaux par semaine, dans un effort collectif pour enrayer l'accumulation de la liste d'attente. Une fois la semaine il y a réunion de tout le personnel médical et présentation des cas en vue de diagnostiquer, d'évaluer les ressources émotionnelles et intellectuelles caractéristiques et finalement de choisir le traitement indiqué pour chaque cas. Quelquefois, dans les cas difficiles, des données supplémentaires sont requises, et les services du psychologue et de la travailleuse sociale sont nécessaires pour obtenir des tests psychologiques et l'histoire familiale et sociale du patient.

Dès que le diagnostic a été établi et le patient accepté pour traitement, il est dirigé vers un des trois principaux traitements donnés par la clinique:

Psychothérapie: individuelle ou en groupe pour le patient plus vif et intelligent dont la maladie n'est pas chronique. Il doit être assez conscient de ses difficultés émotionnelles et posséder une personnalité assez intégrée.

Médicaments: un traitement au moyen de médicaments et de psychothérapie pour ceux qui souffrent d'anxiété chronique mineure ou de réactions dépressives, de troubles psychosomatiques multiples ou qui sont trop passifs et trop dépendants pour envisager la psychothérapie sans aide supplémentaire.

Chocs électriques: ils sont réservés aux patients souffrant de dépression endogène aiguë ou chro-

nique et de réactions psychotiques. Ils doivent tout de même être assez bien organisés émotionnellement et mentalement pour demeurer dans leur famille et être traités à la clinique comme patient ambulant. Les traitements sont donnés trois matins par semaine, sous le contrôle d'un psychiatre senior, sous anesthésie. L'agent curarisant est donné de sorte que la collaboration de la part des patients est excellente et que le risque est minimum.

Si, pour une raison ou pour une autre, les patients ne peuvent participer au traitement actif, d'autres possibilités sont envisagées:

- 1) L'hospitalisation dans le service interne et, s'il n'y a pas de lit disponible ou si la liste d'attente est trop longue, le recours aux services d'hôpitaux privés pour maladies chroniques, situés aux environs de l'hôpital;
- 2) le patient peut être référé à un autre hôpital ou institution selon son domicile;
- 3) le patient peut être dirigé vers la clinique de jour quand il peut participer à des activités occupationnelles récréatives et sociales;
- 4) le cas peut être soumis à une société de bien-être social en vue d'obtenir une aide financière pour le patient et sa famille;
- 5) le cas peut être confié à notre propre bureau de service social en vue d'améliorer le milieu.

C) *Service communautaire: traitement à domicile* (Hébert Langevin)

Dans un but de recherche et de service, l'Association Canadienne pour la Santé Mentale, au début de 1962, accordait à l'hôpital Notre-Dame un octroi pour établir un service d'urgence et de traitement psychiatrique à domicile. L'expérience tentée ailleurs, notamment à Amsterdam et à Boston, laissait entrevoir des résultats extraordinaires dans ce domaine bien particulier.

Il est d'intérêt de résumer brièvement ces deux expériences qui ont servi de modèle à notre service. En 1952, la pénurie de lits dans les hôpitaux de la ville d'Amsterdam, et de plus les nombreux lits occupés par les patients psychiatriques causaient des problèmes énormes pour les autorités administratives et hospitalières. Le traitement psychiatrique à domicile fut établi en deux étapes: la première étape fut la centralisation des moyens de communications entre les médecins de l'organisation gouvernementale responsable des hôpitaux et des lits. La deuxième étape fut de décentraliser les traitements vers un système de "zonage". Les psychiatres sur appel d'urgence se rendaient à domicile pour y établir un plan de traitement

approprié au patient en faisant emploi de centres multiples de traitement à l'échelle municipale. Le succès de cette expérience, la rapidité et la qualité des soins, ont incité des psychiatres à la répéter dans un contexte différent dans le but de prévenir l'hospitalisation.

En 1958, à Boston, un service de traitement à domicile fut organisé dans un but de recherches. Cette clinique première de son genre en Amérique du Nord fut attachée à l'hôpital mental Boston State Hospital situé à Dorchester, une banlieue d'environ 80,000 habitants. Au cours de sa première année d'existence, l'équipe psychiatrique à plein temps a traité 60 patients à domicile. Le but proposé était d'éviter l'hospitalisation ainsi que la désorganisation familiale qui fréquemment s'ensuit. En rétrospective, le psychiatre avait établi qu'environ la moitié (50%) des "cas" démontrait une symptomatologie où l'hospitalisation était imminente et une forte proportion de ces malades fut traitée à domicile, sans recourir à l'hôpital, grâce aux soins rapides que l'équipe psychiatrique a pu apporter par une évaluation diagnostique immédiate.

Méthodes

A l'hôpital Notre-Dame, le problème se présentait d'une façon différente. L'urgence psychiatrique dans la ville de Montréal est souvent une situation tragique si l'on considère le peu de solutions rapides offertes au psychiatre. Il répugne en effet au médecin d'avoir recours à la police dans le traitement d'un malade. La détention obligatoire, malgré la bonne volonté évidente des autorités policières, ne représente pas un acte médical et implique une responsabilité sociale que le médecin doit partager contre son gré.

Les principaux objectifs du service furent donc les suivants: 1) une consultation d'urgence pour le malade dans les situations urgentes; 2) la possibilité d'atteindre un groupe qui autrement ne recevrait pas de soins psychiatriques; 3) une œuvre d'éducation et d'information auprès du milieu familial et dans le monde médical.

Dans le but de maintenir la qualité de nos soins, la décision arbitraire fut prise de limiter notre service à un quadrilatère défini à l'épicentre duquel se situait l'hôpital Notre-Dame. La population relativement homogène de 100,000 habitants offrait des possibilités statistiques comparatives intéressantes dans l'évolution ultime du service.

L'équipe de traitement comprend un psychiatre, une travailleuse sociale et une secrétaire à plein

temps. Une infirmière et une psychologue sociale en recherches se sont jointes plus tard au service à temps partiel. Notre méthode de travail mérite une description détaillée à cause de son caractère flexible. Le premier appel téléphonique est dirigé vers la secrétaire qui s'efforce d'obtenir le maximum d'informations. Ces renseignements sont ensuite soumis au psychiatre et à la travailleuse sociale qui en consultation prennent une décision sur la procédure à suivre et le plan de traitement à offrir. Habituellement, la visite initiale qui en résultera sera conjointe au cours de laquelle le malade subira un examen par le psychiatre, de même que la famille une évaluation sociale par la travailleuse sociale dans le foyer sans la présence immédiate du malade. Une courte conférence pourra prendre place immédiatement et une thérapie familiale débutera sur le champ.

Notre expérience nous laisse croire que le patient peut être incité à se rendre à l'hôpital pour une visite s'il obtient en retour l'assurance d'une entrevue immédiate. Les facteurs neurotiques importants dans la maladie comme les gains secondaires ou la résistance du patient sont ainsi minimisés et ne constituent pas une entrave sérieuse au début du traitement. Les méthodes psychopharmacologiques récentes alliées aux méthodes proprement psychothérapeutiques nous ont été d'une utilité remarquable.

Résultats

Quelques données illustreront les activités du service durant cette première année d'activité. Le total des cas vus se chiffre à 163. Sur ce nombre, 105 peuvent être considérés comme des cas de traitement à domicile et 58 des cas où le service a joué un rôle de consultation d'urgence. Au début, la clinique d'urgence était d'emblée la principale source de cas référés. Sur un total de 47 patients venant de la clinique d'urgence, 34 ont été vus dans les trois premiers mois de l'année. Graduellement, les autres sources de recommandations ont pris plus d'importance. De plus en plus les familles elles-mêmes s'adressent directement au service. Notre collaboration avec les agences sociales et communautaires, les médecins praticiens, le clergé et la police semblent aussi prendre plus d'importance.

Il est devenu évident très tôt que l'on faisait appel à nos services dans des situations urgentes ou critiques: a) 34% des patients étaient considérés dangereux pour eux-mêmes. Dans 29 cas, il y avait eu tentative de suicide. Parfois le danger

provenait du refus de s'alimenter, d'auto-mutilation ou du refus de se faire traiter pour une maladie physique; b) 15% des patients présentaient un danger pour autrui, soit à cause d'un problème de comportement spécifique ou de leurs gestes inconséquents reliés à la psychose; c) 20% des cas étaient des problèmes aigus, sans troubles sérieux du comportement, mais où très souvent l'intégrité du foyer était menacée par l'incapacité du patient à jouer son rôle habituel; d) 31% des patients présentaient des problèmes psychiatriques de longue date. On avait déjà fait appel à de nombreuses ressources communautaires et le problème social prenait souvent le premier plan.

L'investigation socio-psychiatrique a permis d'établir les diagnostics de réactions schizophréniques (33%), de réactions dépressives (25%), de réactions anxieuses avec ou sans symptôme de conversion (17%), de syndrome organique avec symptômes psychiatriques (8%) et de problèmes du comportement (5%).

Il n'est pas facile d'établir un pronostic dans une situation d'urgence en psychiatrie, alors que beaucoup des facteurs précipitant la crise ne sont pas connus. Très souvent il y a résistance à élucider cette question de la part de la famille ou du patient. La nature et la durée de la maladie, la coopération de la famille et de l'entourage ainsi que la situation sociale ont permis un pronostic dans tous les cas où il fut possible d'obtenir suffisamment d'informations. En rétrospective, le pronostic a été établi en tenant compte du cours probable des événements pour démontrer: pronostic favorable pour une rémission symptomatique rapide (3%). Pronostic favorable pour une rémission symptomatique partielle (21%). Pronostic réservé (56%). Pronostic défavorable (20%).

Nous étions intéressés à évaluer les principales raisons qui ont motivé l'appel à nos services.

14% étaient des patients incapables de quitter le foyer. Dans cette catégorie sont incluses les personnes qui ne peuvent sortir pour des motifs extrinsèques, comme le manque de gardiennes d'enfants. 33% présentaient des objections au traitement psychiatrique se basant sur leur conviction de ne pas être malades. Les patients acceptaient la visite de la travailleuse sociale et semblaient trop désorganisés pour suivre les recommandations les plus élémentaires, craignant d'être gardés de force à l'hôpital ou enfermés dans un hôpital mental. 33% étaient des problèmes de conseils et de directives. Le service aidait le patient

dans une situation d'urgence pour le diriger vers une forme de traitement approprié. 11% manifestaient un mécontentement des traitements médicaux ou psychiatriques reçus antérieurement. 9% devenaient tentative de manipulation évidente. L'exemple d'une situation où le médecin de famille ou le psychiatre avait refusé de signer un certificat en vue d'obtenir l'aide du bien-être social.

Avant d'établir certains critères sur les indications précises du traitement à domicile ainsi que son utilité, une étude statistique plus poussée et des critères mieux définis seront nécessaires. Par ailleurs, les chiffres actuels nous ont permis de penser à certaines hypothèses que nous nous proposons de vérifier à l'aide d'une méthode de travail mieux structurée, de statistiques basées sur des critères objectifs et d'une enquête socio-psychiatrique indépendante qui est déjà en marche.

Il nous a été donné de remarquer un manque de communication entre les membres de la famille et l'entourage. Ce trait particulier que présentent les familles peut-il faire comprendre le délai très long qui existe souvent entre l'apparition des symptômes et la demande d'aide? Par ailleurs, la nécessité de provoquer une crise avec menace d'attenter à sa propre intégrité ou celle de son entourage est peut-être l'ultime moyen de la part du patient de transmettre sa détresse et son besoin d'aide. La constatation la plus évidente est que le manque de coopération initiale de la part du patient n'a présenté un obstacle sérieux que dans de très rares occasions.

* * *

II — ENSEIGNEMENT (Paul Lefebvre)

A) *L'enseignement dans le service de psychiatrie*

Notre programme d'enseignement formel est structuré actuellement à trois niveaux: au niveau des résidents, en études de spécialité; au niveau des étudiants en médecine (sous-gradués) et au niveau des infirmières sous-graduées en stage de rotation dans le service.

a) *Le programme de formation destiné aux résidents* est constitué d'une part d'un enseignement théorique, sous la forme de cours, conférences ou séminaires et, d'autre part, d'un enseignement clinique visant à renseigner les résidents sur les techniques modernes diagnostiques et thérapeutiques. Parmi ces dernières, il s'agit d'offrir au résident un milieu et un climat scientifiques qui lui permettent de se familiariser avec les thérapies psychologiques individuelles et collectives,

sociales, pharmacologiques et somatiques, le tout étant soumis à un contrôle adéquat. Le personnel enseignant à l'heure actuelle est composé de dix psychiatres qui servent aux besoins éducationnels de huit résidents et d'un interne junior.

Les résidents de première année sont affectés au service interne, alors que les résidents avec formation antérieure se voient assignés à la clinique externe. Après l'acquisition d'une certaine expérience, le résident de première année tout en passant la majorité de son temps de travail au service interne entreprend un ou deux malades en psychothérapie intensive à la clinique externe. Comme enseignement théorique, il se donne pour une période de deux à trois mois, au début de l'année résidentielle, une série de cours et de conférences parcourant tout le champ du développement de la personnalité et de la psychopathologie pour un total d'environ 50 heures. L'enseignement théorique se fait par la suite sous forme de séminaires hebdomadaires avec discussion de la littérature appropriée. Une structure a été donnée aux séminaires comme par exemple la schizophrénie, la caractérologie psychanalytique, les théories de la personnalité, la psychiatrie sociale, la médecine psychosomatique et autres.

Cette année, une série de conférences sur les nouveaux développements en neurophysiologie et en psychopharmacologie a été offerte grâce à la collaboration de quelques professeurs de la Faculté. A certains moments appropriés, les résidents ont été encouragés à participer à des séances d'enseignement dans certains autres milieux, tels: l'Institut Albert-Prévost, le "Allan Memorial Institute of Psychiatry" et le Service de Psychiatrie du "Jewish General Hospital".

Le but du service interne est d'assigner à chaque résident la responsabilité de cinq malades au maximum et d'assurer le contrôle nécessaire au cours des réunions de service régulières et fréquentes. A la clinique externe, les résidents suivent en psychothérapie intensive ou de soutien un certain nombre de cas, compatibles avec le temps dont ils disposent. Ils obtiennent le contrôle voulu au cours de discussions de tous leurs patients lors des réunions de service hebdomadaires. Pour les malades suivis en psychothérapie intensive, ils reçoivent une heure de contrôle par semaine par patient, ce qui fait une moyenne de deux heures de contrôle de psychothérapie par semaine pour chacun des résidents.

Une fois la semaine, les résidents participent à une réunion de deux heures portant sur les pro-

blèmes de dynamique de groupe. Un enseignement clinique plus indirect, moins formellement structuré, est offert aux résidents au cours de leurs expériences touchant la clinique d'urgence (re: l'urgence psychiatrique), les consultations intra-hospitalières (re: la médecine psychosomatique) ainsi que notre service communautaire (re: la psychiatrie sociale et traitement à domicile).

b) *Pour les étudiants en médecine*, l'enseignement est prodigué à des groupes de 12 étudiants de 3e année qui viennent dans le service deux matins par semaine pendant une période d'un mois durant l'année académique. L'enseignement théorique se poursuit à l'université et l'enseignement à l'hôpital a un caractère surtout clinique. L'occasion est fournie aux étudiants de voir divers malades avec discussion subséquente des aspects diagnostique, psychodynamique et thérapeutique de chaque cas.

Les étudiants qui ont une certaine expérience clinique antérieure sont préposés de préférence à la clinique externe, tandis que ceux qui viennent sans expérience clinique antérieure reçoivent l'enseignement au niveau du service interne. Les deux groupes ont l'occasion de faire des visites à domicile avec notre service communautaire et d'acquies une expérience valable avec les urgences psychiatriques à la clinique d'urgence.

c) Le service se charge aussi de l'enseignement de la psychiatrie auprès des *infirmières sous-graduées de l'hôpital*. L'enseignement théorique leur est donné avant qu'elles ne commencent leur stage de roulement dans le service et consiste en 25 heures de cours donnés par un psychiatre du service. Elles reçoivent aussi 15 heures de cours de nursing psychiatrique donnés par une infirmière psychiatrique.

Pendant leur stage d'une durée de 12 semaines, l'enseignement est clinique. Les infirmières assistent durant cinq semaines à une séance hebdomadaire d'une heure et demie chacune sur la dynamique de groupe, portant spécialement sur leurs expériences avec les malades dont elles s'occupent. Elles assistent aussi à la réunion scientifique hebdomadaire du service de psychiatrie. Elles participent en outre, sous la direction d'une infirmière psychiatrique, à trois séances hebdomadaires structurées particulièrement en vue de discuter les problèmes de nursing au cours de leur travail. Finalement, elles reçoivent trois séances d'enseignement tour à tour avec un psychologue, une assistante-sociale et l'ergothérapeute dans le but d'augmenter leur prise de conscience des rôles et des fonctions de ces disciplines importantes.

Commentaires

Les programmes d'enseignement en matière de psychiatrie ont tendance à se modifier et à subir des changements; ce fait constitue en soi l'expression des progrès même de notre jeune mais vigoureuse science. Ceci devient un signe de mobilité et de conceptualisations nouvelles dans les esprits mêmes de ceux qui prodiguent cet enseignement.

Autrefois, les grands maîtres de la psychiatrie clinique et descriptive posaient les fondements d'une psychiatrie scientifique en conférant l'ordre d'une nosographie souvent raffinée aux phénomènes de la pathologie mentale. Après la classification, le besoin se fit sentir de mieux comprendre. Il s'ensuivit une période très fertile, qui se continue d'ailleurs, de psychiatrie "dynamique" d'inspiration psychanalytique. Il est difficile d'exagérer les larges horizons scientifiques qu'ouvre cette psychiatrie nouvelle qui a fini par donner un sens vraiment humain à la maladie mentale, majeure ou mineure. Elle a contribué, plus que tout autre mouvement, à "revaloriser" le malade psychiatrique et lui reconnaître sa dignité humaine.

Toutefois, depuis quelques années, de nouvelles découvertes dans le domaine de la neurophysiologie et de la psychopharmacologie ont également créé ou laissé entrevoir des possibilités thérapeutiques très prometteuses. Devant la prise de conscience de l'ampleur des problèmes de la santé et de la maladie mentales, des tentatives de plus en plus fermes se réalisent dans le but d'atteindre thérapeutiquement le plus grand nombre possible de malades psychiatriques. Ces réalisations se constatent dans l'essor qu'a pris la psychiatrie dite sociale ou communautaire, qui représente cliniquement une psychiatrie accordant de l'importance aux thérapies collectives.

Les développements récents et bien connus de la psychiatrie dans notre milieu visent dorénavant, par la multiplication des cliniques externes, des services de psychiatrie d'hôpitaux généraux et des services communautaires, à rendre disponibles aux malades psychiatriques des services professionnels. Ces services les maintiennent le plus près possible de leur vie normale et régulière et n'aliènent pas ainsi le malade de la société dont il est membre intégral.

En marge de ce qui précède, nous croyons que la quantité autant que la qualité de l'enseignement psychiatrique dans notre milieu canadien-français a connu des progrès retentissants depuis quelques années. C'est ainsi que nous envisageons notre tâche pour continuer nos efforts afin d'offrir un

enseignement qui tiendra compte de tous les courants complémentaires de la psychiatrie moderne.

B) Contribution du service sociale et enseignement

(Lucille Crégheur, m.s.s.)

Comme dans la plupart des centres de traitement psychiatrique, la travailleuse sociale a un triple rôle: elle contribue au diagnostic, au traitement et à la réhabilitation du patient.

Trois des membres du service social de l'Hôpital Notre-Dame sont actuellement attachés au service de psychiatrie. Elles ont complété leur entraînement professionnel à une école accréditée de service social et participent aux efforts de l'hôpital en faveur des patients psychiatriques, comme membres de l'équipe de traitement.

1 — *Contributions diagnostiques.* En autant que les services psychiatriques sont moulés d'après un concept de diagnostic et de traitement familial, la possibilité d'obtenir une évaluation sociale complète devient une nécessité. L'interaction dynamique entre les membres de la famille du patient et son importance en tant que facteur contribuant à la maladie et à la guérison, brouille très souvent les données diagnostiques et rend le pronostic difficile. Afin de compléter l'évaluation psychiatrique, la travailleuse sociale apporte une description et une évaluation des facteurs sociaux externes qui entourent le malade. Une histoire sociale bien faite retrace également l'évaluation des symptômes du malade à leur origine dynamique, soulignant en même temps les réactions et contre-réactions que son comportement a pu provoquer chez les personnes de son entourage.

2 — *Contributions au traitement.* Les modifications du milieu sont souvent essentielles à la guérison du malade. Ces modifications peuvent être nécessaires au niveau des sentiments, des attitudes de la famille et des conditions de vie physiques et matérielles. La tâche d'amener un changement au milieu social relève ordinairement des fonctions de la travailleuse sociale qui fait partie de l'équipe de traitement. Les sentiments et attitudes familiales peuvent être changés par un traitement de "casework" (c'est-à-dire une forme de psychothérapie qui traite des sentiments et réactions conscientes et se pratique dans le cadre habituel de l'entrevue). L'environnement physique peut être amélioré souvent par l'utilisation des ressources communautaires appropriées. Il est possible qu'une entrevue de "casework" soit offerte à la famille du malade lui-même suivi en psychothérapie ou non, car les objectifs du traitement social varieront selon les

circonstances. Si le malade reçoit une psychothérapie l'objectif de l'entrevue de "casework" sera d'aider la famille à favoriser la guérison, et dans le cas contraire la travailleuse sociale aura pour but d'aider la famille à s'adapter à la maladie d'un de ses membres.

3 — *Contributions à la réhabilitation.* La probabilité et le problème de la réhabilitation du patient demeurent au premier plan dans l'esprit des divers membres de l'équipe de traitement. Si cliniquement le patient peut être prêt à reprendre son travail, souvent il se sent craintif et incertain. La travailleuse sociale peut l'aider à faire face aux situations quotidiennes avec moins d'angoisse, en le dirigeant vers la ressource appropriée et en lui offrant un traitement de support qui pourra le rassurer. Le rôle réhabilitateur se prolonge fréquemment au-delà de la durée du traitement psychiatrique proprement dit.

A chacune des trois sections du service est attachée une travailleuse sociale travaillant sur trois approches différentes: le service d'hospitalisation psychiatrique, le service externe et le service communautaire. Elles remplissent essentiellement les mêmes fonctions dans l'aspect diagnostique, thérapeutique et de réhabilitation de l'aide offerte au patient, mais chacune doit mettre plus d'emphasis sur l'un ou l'autre de ces aspects selon les besoins spéciaux de l'équipe spécifique.

a) *Service interne.* La travailleuse sociale apporte ses contributions le plus souvent au niveau du diagnostic psychodynamique. Un nombre élevé de malades sont traités et ceux-ci semblent incapables de communiquer adéquatement. Leur milieu social demeurerait inconnu si l'un des membres de l'équipe de traitement ne faisait la tentative d'établir un contact avec leur famille.

Lorsque les symptômes aigus disparaissent plutôt rapidement, et ceci s'explique par le fait que le malade se trouve retiré d'un environnement difficilement tolérable, minimiser l'importance de bien connaître ce milieu ne serait pas dans les meilleurs intérêts des patients.

De plus, un malade qui a son congé de l'hôpital ne signifie pas nécessairement un malade guéri et prêt à être réintégré à sa famille et à son travail. En quittant l'hôpital, il requiert souvent une convalescence en milieu semi-protégé et les démarches à entreprendre font partie des fonctions de la travailleuse sociale.

b) *Service externe.* Les principes de "modifications du milieu" tels qu'expliqués plus haut sont mis à exécution. Le conjoint de certains patients

est vu régulièrement en entrevue de "casework" et les communications assidues entre la travailleuse sociale et le psychiatre responsable de la psychothérapie assurent l'évaluation adéquate du traitement familial.

Les conditions économiques et matérielles de la vie du malade sont examinées et il arrive fréquemment que la collaboration des agences communautaires soit demandée. Ceci représente un effort commun pour soulager le malade de pressions extérieures trop fortes. Il est utile de souligner que probablement à cause du site de l'hôpital un nombre considérable parmi nos patients de dispensaire provient d'une classe sociale très basse. Les facteurs culturels et économiques jouent conséquemment un rôle important dans la maladie et doivent être pris en considération avant toute tentative sérieuse d'aide aux malades.

L'aspect-réhabilitation est aussi une des préoccupations majeures. Comme les malades ont réussi à se maintenir en état de fonctionnement social, il est souvent possible de les aider à reprendre ce fonctionnement avant même qu'ils aient terminé leur traitement.

Le programme du *service d'urgence et de traitement à domicile* offre l'occasion de mettre à exécution les objectifs énumérés, ainsi que les principes de diagnostic et de traitement familial. Au domicile du malade, la travailleuse sociale prête son concours à l'évaluation de renseignements diagnostiques. Si le patient visité n'entre pas dans les cadres de ce service la ressource communautaire la plus appropriée sera recommandée. C'est elle qui rallie les services auxiliaires parfois nécessaires et qui sert d'agent de liaison pour modifier les attitudes familiales et l'environnement physique.

III — RECHERCHE

L'organisation socio-thérapeutique du service interne de psychiatrie

(Yvan Tellier, Ph.D.)

"De la même façon qu'on définit un service de chirurgie par la salle d'opération et ses annexes, par l'asepsie et les soins post-opératoires, on devrait "au moins" définir un service de psychiatrie par les structures matérielles et interhumaines qui permettraient cette activité spécifiquement liée à la psychiatrie et à la psychologie qu'est la psychothérapie (sous toutes ses formes)".

TOSQUELLES

Devant cette évidence, notre première tâche a été d'analyser la structure hospitalière du service de psychiatrie.

Pour analyser quels sont les rôles et les modes d'échanges qui existent entre les patients et le

personnel du service de psychiatrie, en premier lieu on remarque très peu de différence avec les autres services. Il faut donc analyser les contacts des malades avec les membres du personnel hospitalier. Nos observations permettent d'affirmer qu'il existe quatre types de relations:

- relations infirmières et malades;
- relations infirmières stagiaires et malades;
- résidents et malades;
- ergothérapeutes et malades.

Pour établir ces différents types de relations, il faut circonscrire et décrire le rôle de chacun.

1 — Relations infirmières diplômées et malades

Ce groupe a des tâches bien définies car les infirmières s'occupent de la marche du service. Elles voient à l'administration des médicaments et à familiariser les nouveaux venus avec les différents règlements du département. Elles distribuent les tâches des infirmières stagiaires et règlent les litiges qui surviennent dans l'interaction entre les infirmières stagiaires et les malades.

De cette description sommaire, on peut déduire qu'une relation d'autorité est le type unique de relation qui existe entre les infirmières diplômées et les malades. Dans toutes les activités elles jouent un rôle d'autorité, car elles décident et tranchent les litiges. L'infirmière est donc devenue celle qui juge et qui symbolise les interdits sous toutes ses formes. L'infirmière de son côté quand elle essaie de changer son rôle se bute à cette image qu'elle se fait d'elle-même. Un sentiment d'insécurité s'établit à ce moment du fait qu'elle rencontre des résistances chez le patient à établir un autre genre de relation. Ce facteur "cristallisant" de son rôle ajoute à la difficulté de changer ce qui existe déjà.

On peut se demander pourquoi les infirmières ont adopté ce rôle avec les malades. Quand elles commencent dans le service, elles doivent continuer le même genre de relations antérieurement établies dans les autres services et elles ne font que continuer l'application des principes acquis dans leur formation.

Comme dernière remarque, il faut se demander si dans une perspective de thérapeutique institutionnelle ce genre de relations entre les infirmières et les malades est souhaitable. Il semble qu'au lieu d'être un facteur susceptible d'aider à libérer les patients ceci devient un facteur d'aliénation. En effet, l'établissement de relations d'autorité avec un malade le forcera à maintenir ses défenses et l'empêchera de se libérer. On peut objecter que quoi qu'on fasse le patient établira ce genre de

relation transférentielle avec les infirmières, mais le fait que cette relation soit stéréotypée et cristallisée inhibe le patient d'extérioriser son agression vis-à-vis l'autorité. Un rôle plus permissif des infirmières pourrait aider les patients à exprimer plus librement leurs conflits avec l'autorité. Les tâches d'autorité sont nécessaires et il faudrait repenser ces tâches de façon à ce que tout en faisant respecter les règlements les infirmières puissent présenter un rôle plus nuancé. L'utilisation de feuilles imprimées expliquant les règlements entraînerait une dépersonnalisation de l'autorité, et ce déplacement sur l'hôpital du rôle d'autorité pourrait aider les patients et les infirmières à changer leurs perceptions de leurs modes de relations.

II — Relations infirmières stagiaires et malades

D'autre part, les modes de relations des infirmières stagiaires et les malades se sont établis différemment. Comme les infirmières ont pour fonction d'accueillir les malades et leur expliquer le fonctionnement du service, les distraire et tenir compagnie, simplement à partir de cette description on voit que celles-ci établissent une relation d'un type privilégié avec les malades. Les infirmières stagiaires semblent, à cause de leurs fonctions et de leurs rôles, établir une relation d'égal à égal plus permissive et tout à fait appropriée dans un service hospitalier. Ce rôle est vécu par chacune des infirmières stagiaires d'une façon différente et il est évident que pour certaines il risque d'être traumatisant. Le manque d'expérience peut être aussi un fort handicap vis-à-vis un tel rôle.

III — Relations résidents et malades

Le résident est chargé de l'examen physique et du diagnostic des malades à l'admission. Selon l'indication, il entreprendra une psychothérapie et administrera les traitements physiques. En principe, il voit ses malades quotidiennement et vérifie les changements dans l'état du malade consécutifs au traitement. D'après nos observations, les entretiens des résidents avec les malades sont assez directifs et visent souvent à confirmer le diagnostic initial et à vérifier l'évolution des symptômes les plus marqués. Il semble donc que la relation est du type médecin-malade. Le patient décrit ses souffrances mentales et physiques et le résident par des questions fait préciser certains points. Il choisit et dirige la conversation sur l'histoire du patient non pas en se référant à un schème de références internes, mais plutôt à partir d'un schème de références externes. L'intérêt du rési-

dent est plus dirigé vers l'établissement d'un diagnostic que vers la compréhension du patient à partir de sa dynamique personnelle. Dans un tel cadre, le résident sera donc perçu comme étant la personne toute-puissante qui peut tout apporter et sur qui on se décharge de toute responsabilité. On peut donc penser que le patient doit être porté à établir une relation de dépendance très forte qui l'empêche de prendre sa réhabilitation en main. Il est évident que de toute façon le patient manifestera sa dépendance, mais si on pouvait empêcher que cette relation se cristallise le patient en retirerait un avantage marqué.

Par la suite, le résident entreprend une psychothérapie avec ce malade et on peut se demander si la relation qui existe peut devenir vraiment thérapeutique. Le patient pourra-t-il changer ses perceptions car il aura plutôt tendance à parler de ses symptômes et le résident aura tendance lui aussi à vérifier les symptômes observés et l'évolution qu'au départ il est très difficile à cause de cette relation initiale d'empêcher qu'elle ne persiste et ne se cristallise. Peut-être faudrait-il repenser la relation résident-malade de façon qu'il n'y ait pas une confusion des rôles ni chez le patient, ni chez le résident.

IV — Relations ergothérapeutes et malades

L'ergothérapeute a pour fonction, généralement admise, d'aider le malade à s'exprimer à l'aide de médiums tels que la peinture, la céramique et autres. Son rôle n'est donc pas un rôle d'autorité et la relation avec le malade basée sur l'égalité est celle d'une aide. Cette relation peut être immensément thérapeutique si, d'autre part, l'ergothérapeute peut comprendre à l'aide de quelques principes les divers phénomènes qu'il peut observer chez les groupes de malades. Il serait indiqué de parler de la sémiologie du travail mais le matériel à notre disposition actuellement ne peut nous permettre d'apporter des réflexions pertinentes à ce sujet. Il faudrait évaluer dans quelle mesure l'ergothérapie-distraktion répond aux buts proposés ou si l'ergothérapie ne devrait pas devenir plus utilitaire.

Conclusion

Cette analyse sommaire laisse à penser que la plupart des modes de relations que le personnel hospitalier établit avec les malades sont plutôt stéréotypées et n'engagent que partiellement la personnalité des individus en cause. Il semble que pour qu'une relation soit thérapeutique il faut que les deux parties en cause puissent établir une rela-

tion personnelle et affective, mais non une relation déterminée par un rôle social et une fonction. Il resterait donc à savoir de quelle façon on pourrait envisager les relations entre les différents groupes du personnel hospitalier et les malades pour qu'elle s'insère dans une thérapeutique institutionnelle. Il faudrait aussi envisager les interrelations du personnel et déceler les facteurs de cristallisation qui empêchent à un certain moment donné une bonne communication et une bonne collaboration entre le personnel même, comme par exemple le statut de chacun et la considération de chaque groupe vis-à-vis l'autre. Nous savons pertinemment que ce n'est qu'après avoir clarifié ce point qu'on s'aperçoit "des relations, des interférences et des interactions entre ce qui se passe dans quelques réseaux" (Moreno) arbitrairement isolés par les contacts individuels.

La seule conclusion à cette analyse c'est que l'organisation du service telle que décrite base ses structures interpersonnelles sur le plan de l'individualité. Les relations des malades entre eux, les groupes spontanés qui se forment dans le service, les isolés, ceux qui s'entendent avec tous et bien d'autres choses demeureraient ignorées. Si nous avons pu évaluer ces différents réseaux de communication, nous sentirions que le service dans sa structure actuelle est incapable de mettre au profit des malades toutes ces constatations observées.

C'est en réalisant toutes ces forces constructives inutilisées que la décision de passer à l'action pour essayer d'intégrer tous ces échanges fut prise, afin de les rendre thérapeutiques. Il a semblé que ce but ne serait atteint qu'en autant que tout dans le service soit conçu de façon thérapeutique pour accomplir ce que l'on nomme la thérapeutique institutionnelle.

Il s'agissait en fait de mettre sur pied la petite révolution sociométrique de Moreno et décrite comme "une provocation active et in situ" qui est cette recreation d'une atmosphère de désinstitutionnalisation, "une transformation d'une situation collective sur le lieu même où elle se produit effectivement" (Moreno, op. cit.).

Les malades ont été réunis une première fois pour les inviter à nous donner leurs suggestions quant à l'organisation du service. Nous étions fidèles en cela à Moreno qui prétend que pour instaurer ce climat le malade lui-même devient enquêteur dans le groupe et libère ses possibilités (spontanéité). Il parle aussi de la coaction en ce sens que le milieu lui-même agit sur lui-même par l'entremise évidemment des organisateurs.

Dans cette perspective, le psychiatre et le psychologue ne font que permettre l'éclosion des désirs masqués par les demandes. Ils agissent donc en tant que véhicule ou instrument plutôt que comme moteur. A la suite de ces réunions hebdomadaires de patients et à mesure que leurs demandes et leurs désirs émergeaient plusieurs comités de malades se sont formés, dont le comité de récréation, le comité du journal et le comité d'accueil. Ces trois comités se réunissent à chaque semaine et font part de leurs décisions à l'assemblée hebdomadaire, de façon à rendre compte de leurs activités et faire ratifier leurs décisions. Depuis trois mois cette expérience est commencée et elle demeure malléable de façon à convenir aux besoins du groupe à un moment donné. De cette façon, il n'existe pas de jour où le personnel ne puisse, à travers ces réunions de groupes, intervenir de façon thérapeutique dans les activités des patients.

On a ainsi assisté à des périodes d'activité fébrile, à la production de mouvements de groupes et souvent à la suite des projets des divers comités l'atelier d'ergothérapie fourmille d'activité. Que ce soit pour fabriquer des prix à l'occasion d'un concours, ou encore des décorations à l'occasion d'une fête, les comités fournissent du travail aux patients, ce qui est une étape fructueuse, croyons-nous, dans le passage de l'occupation-distraktion à l'occupation-utilitaire.¹

Toutes ces activités qui se sont multipliées soulèvent cependant deux questions importantes. Le personnel est-il préparé à faire face aux problèmes qui inévitablement se produisent lorsque les relations personnelles sont favorisées et développées à ce point? Les patients bénéficient-ils vraiment de ces contacts de groupes et de ces activités? Si oui, quel type de patients en profite le plus et que faire pour susciter la participation du plus grand nombre? Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons conçu une recherche voulant suivre l'évolution de chacun des patients dans leur comportement à l'intérieur du service, tant au niveau du groupe qu'au niveau individuel. Les infirmières doivent observer les patients le plus souvent possible dans la journée et inscrire les déplacements, activités, contacts individuels qu'ils suscitent ou qui sont suscités par d'autres. Ensuite,

¹ C'est dans cette perspective que nous préférons utiliser le mot ergothérapie préférablement à celui de thérapie occupationnelle (*occupational therapy*). En effet, au point de vue sémantique la première appellation suggère que c'est de la thérapie du travail qu'il s'agit, tandis qu'à partir de la seconde il s'agit d'une occupation, d'une distraktion et une distraktion n'est pas en soi thérapeutique.

elles doivent essayer de déterminer la nature de ces contacts et pour ce dernier point nous avons utilisé les catégories concernant le processus d'interaction de groupe (Bales).

Cette recherche qui demande le concours de tout le personnel a l'avantage en premier lieu d'apprendre au personnel infirmier à observer, et c'est la première étape en vue de leur formation à la sensibilisation aux mouvements de groupes et aux relations inter-individuelles. Ensuite, en vue toujours de compléter leur formation dans ce sens et d'autre part leur aider à verbaliser leur anxiété et leurs problèmes vis-à-vis des malades, nous avons institué des "T-Group" avec l'utilisation du jeu d'un rôle avec les étudiantes infirmières.

Toutes ces activités concernant les patients et le personnel ouvrent un vaste champ d'action. Plusieurs suggestions des patients, comme la formation d'un ciné-club, l'ouverture d'un restaurant, la possibilité d'avoir des activités physiques, occupent actuellement notre attention. Nous espérons qu'un jour chaque patient pourra trouver un mode d'expression conforme à ses besoins et à l'aide de cet objet de transition (Winnicott) il puisse établir des relations interpersonnelles fécondes basées sur le dialogue véritable. C'est pourquoi chaque suggestion et demande concernant une nouvelle activité sont étudiées sérieusement.

Après quelques mois, on peut déjà observer des changements importants dans le service. En premier lieu, le personnel après une période de tâtonnement et d'hésitation semble pouvoir établir des relations différentes et plus positives dans leurs contacts avec les malades. Il semble aussi régner un nouveau climat de satisfaction chez les malades et les relations entre eux nous apparaissent plus fécondes. Le patient d'autre part manifeste moins de dépendance vis-à-vis le personnel en général, ce qui pourrait vouloir dire qu'à travers ces activités certains se prennent en charge et se découvrent de ce fait des possibilités qu'ils ignoraient jusqu'à ce jour.

B) Recherche familiale au service du traitement à domicile

(Lise Roquet, L.Ps.)

Dans cette brève communication, nous voulons souligner les aspects les plus significatifs de notre travail de recherche depuis septembre 1962 dans le service communautaire.

Au cours des contacts étroits établis durant les visites au domicile de nos patients, notre équipe initiale constate l'existence de conditions qui pour-

raient affecter la structure du traitement et devraient être modifiées par une approche psychologique. Il était urgent de recueillir des informations sur les familles des patients que nous cherchions à aider. Pour réussir dans cette exploration, nous devons obtenir leur confiance et être acceptés par tous les membres de la famille. Nous voulions savoir, par exemple, comment ils avaient entendu parler du service, dans quelle mesure les gens du secteur le connaissaient, quelle avait été la réaction du patient et de la famille au premier contact avec les agents ou personnes thérapeutiques du service et ce qu'ils attendaient de cette nouvelle méthode. Bref, quelle était la valeur du traitement pour eux, quels changements il apportait dans leur vie et quelle avait été la durée et la raison du délai entre l'apparition des symptômes et le recours à l'aide.

Le rapport du sondage entreprise dans 40 familles nous apporte des réponses détaillées à ces questions, mais l'une des constatations qui souligne l'urgence spéciale du service est le délai supporté par ces familles avant de recourir au traitement. Les raisons que notre questionnaire nous a apportées en ce qui concerne ces délais pour plus de deux tiers de nos cas, délais qui s'étendent de un à six ans, nous montrent clairement la nécessité d'une étude approfondie de l'environnement familial, puisque la famille peut éveiller l'intérêt et la motivation du patient et participer activement à sa réhabilitation.

Quelle aide le service a-t-il apportée aux patients et à leurs familles? Les trois quarts des patients croient que le service a aidé la famille dans le domaine des relations inter-personnelles et amélioré la relation avec les enfants. Ils mettent l'accent sur l'effet thérapeutique de l'attitude compréhensive et des suggestions pratiques du psychiatre et il semble que la seule possibilité de verbaliser leurs difficultés dans leur propre milieu leur soit d'un grand réconfort. Les membres responsables de la famille ont apprécié le service à cause du progrès réel du patient, parce que le climat familial s'était sensiblement amélioré, parce que l'on se montrait satisfait des médicaments et en dernier lieu à cause des dépenses financières modiques que cela entraînait. L'un des aspects les plus valables du service à leurs yeux est la possibilité de recevoir le traitement à domicile puisque plusieurs d'entre eux refusent l'aide psychiatrique qu'ils pourraient recevoir par les canaux habituels, et que les responsabilités familiales les retiennent à la maison.

Que se serait-il produit dans notre échantillon si le service n'avait pas existé? La moitié des patients ont affirmé qu'ils auraient continué à vivre sans traitement puisqu'ils n'avaient pas d'autres moyens de se faire aider. D'autres avaient demandé l'hospitalisation qu'ils ne pouvaient obtenir et un tiers des patients songeaient à l'hospitalisation avec peu d'espoir de réussir à l'obtenir. La moitié des familles désiraient l'hospitalisation pour le membre malade et cherchaient encore une solution.

Cette recherche est-elle valable et devrait-elle se poursuivre? De plus en plus, nous sentons l'urgence d'établir des critères qui nous permettraient de découvrir les familles capables de coopérer au traitement d'un membre psychiquement troublé. L'objectif à long terme est de préparer un instrument de diagnostic familial. Le projet, dans un avenir immédiat, vise à étudier à l'intérieur de la famille même l'interrelation des parents, cette interaction étant l'aspect de la dynamique familiale qui nous intéresse le plus.

Nous chercherons donc à comprendre les rôles de la famille qui concernent surtout les parents et la relation de ces rôles à la dynamique familiale totale. Nous centrons ainsi notre attention sur l'interaction parentale parce que nous avons été frappés de la fréquence des difficultés entre les parents au plan de la relation dans les familles visitées jusqu'ici, et aussi parce que nos patients ont été dans une bonne majorité l'un ou l'autre conjoint.

Le projet de recherche peut se subdiviser en trois points:

A — la comparaison de la dynamique familiale surtout en ce qui concerne l'interaction des rôles parentaux et la relation inter-personnelle entre les parents, dans trois groupes de population:

- a) les familles de nos patients visités à domicile;
- b) les familles des patients vus à la clinique externe de l'Hôpital Notre-Dame;
- c) les familles qui n'ont pas eu encore recours à l'aide psychiatrique pour l'un de leurs membres et qui peuvent être considérées comme "normales".

Ces familles nous serviraient de groupe contrôle. Cette analyse dans trois populations différentes nous permettrait d'isoler les aspects de la dynamique familiale qui sont influencés par la maladie mentale et sont modifiés par le type de traitement utilisé.

B — L'étude comparative de l'effet du traitement sur la dynamique familiale des deux populations de patients. Il s'agit ici d'une comparaison des attitudes et des réactions à l'égard, d'une part, du

traitement du patient dans la famille et, d'autre part, du traitement en dehors de la famille.

C — L'étude de l'évolution des rôles parentaux et des standards des membres relativement à leur rôle respectif dans les familles de nos patients à domicile.

Nous comptons obtenir nos informations à l'aide de deux instruments: 1) les questionnaires et interviews psychosociaux standardisés; 2) les observations régulières des agents ou personnes thérapeutiques sur certains points préétablis de la dynamique familiale comme la communication entre les parents, le partage de l'autorité dans la famille et la distribution des tâches parentales.

Nous sommes raisonnablement convaincus que nos efforts conjugués porteront fruits.

C) *La dépression en milieu canadien-français de Montréal. Enquête préliminaire*¹

(Andrée Benoist, médecin)

Dans l'intention de mettre en rapport un problème psychiatrique particulier et son contexte socio-culturel, le Département de Sociologie de l'Université de Montréal, le Département de Psychiatrie de l'Université de Montréal et le Service de Psychiatrie de l'Hôpital Notre-Dame ont mis en route une recherche dont le point de départ fut donné par des psychiatres, qui en se basant sur leurs impressions cliniques et quelques données statistiques d'admission dans leurs hôpitaux respectifs émirent l'hypothèse d'une fréquence inusitée de cas de dépression chez les Canadiens français de Montréal.

On sait que les études transculturelles concordent au sujet de la rareté des dépressions dans les sociétés dites primitives et de leur augmentation dans les sociétés dites évoluées; que les désordres mentaux varient d'une culture à l'autre, d'une société à l'autre et donc que les différences observées ne peuvent s'expliquer que par la variété des cultures en cause. C'est donc bien dans la culture canadienne-française qu'il faut rechercher la raison de cette tendance marquée à la dépression.

Mais cette tendance existe-t-elle vraiment? Il nous faut en effet vérifier d'abord notre hypothèse de départ et c'est pour cela que nous avons procédé, durant l'été 1962, à une petite enquête préliminaire afin de voir comment se présentait le problème.

Car pour déterminer cette éventuelle prédominance de la dépression parmi les troubles mentaux

frappant les Canadiens français de Montréal, plusieurs possibilités s'offraient.

Nous avons pensé tout d'abord à relever les dossiers des hôpitaux psychiatriques, des services psychiatriques des hôpitaux généraux, des consultations externes et des praticiens spécialistes. Mais tous ces dossiers sont la plupart du temps incomplets du point de vue qui nous intéresse et donc inutilisables.

Nous pouvions aussi compiler les statistiques d'admission des hôpitaux et services psychiatriques et voir si, comparativement, on notait une différence dans le taux de dépressions entre les Canadiens français et d'autres groupes. Mais aucune statistique n'ayant été faite sur le plan international, aucune comparaison n'est possible car les différents pays n'utilisent pas les mêmes critères de différenciation des maladies mentales, de sorte qu'un même phénomène peut être classé sous des étiquettes différentes et vice versa.

Et de toutes façons, ces méthodes donnent l'incidence et la prévalence¹ des maladies traitées; or, les maladies traitées ne représentent qu'une partie des maladies existantes; on sait que le nombre de maladies mentales traitées dans une communauté dépend davantage des possibilités de traitement que de la prévalence réelle.

Aucune de ces méthodes n'étant donc satisfaisante, il nous fallait procéder à une enquête épidémiologique en partant de la population générale. Et puisque nous ne possédions pas de points de référence pour évaluer la prévalence de la dépression, il nous fallait comparer un échantillon de Canadiens français à un échantillon de Canadiens anglais de même contexte social, afin d'éliminer la variable sociologique et de faire jouer la variable culturelle.

Nous avons choisi, pour nos premiers sondages, la ville de Verdun dont la population d'une vingtaine de mille foyers est à peu près également divisée entre les deux groupes ethniques qui nous intéressaient.

L'interview comprenait trois parties:

- l'une, sociologique: questionnaire destiné à nous fournir les données sociologiques classiques;
- la seconde, médicale: recherche des antécédents héréditaires et personnels aux points de vue physique et mental;

¹"Incidence" et "prévalence" sont deux notions importantes en épidémiologie. La prévalence représente le nombre de cas actifs dans une période donnée, l'incidence le nombre de cas survenant au cours de cette même période (généralement, six mois ou un an).

¹ Enquête faite avec la collaboration de madame Marquita Frédette, sociologue et de monsieur Michel Coron, psychologue.

— la troisième, psychologique: investigation de la personnalité d'un membre (choisi au hasard) de la famille, afin de détecter éventuellement une dépression non encore reconnue ou de mettre en évidence des tendances dépressives chez une personne normale.

Résultats

Au point de vue socio-psychiatrie, il n'y a aucun cas actuel de dépression; ce qui n'est pas surprenant vu la faible grandeur de notre échantillon. Par contre, pour ce qui est des dépressions passées nous avons rencontré un cas chez les Anglais et cinq chez les Français dans lesquels la personne interviewée elle-même a souffert de dépression; le même écart parmi les membres proches de la personne interviewée: 2 cas chez les Anglais, 5 chez les Français. Cet écart est intéressant en soi, mais surtout ce que nous avons noté au cours de l'interview c'est la différence d'attitude vis-à-vis de la dépression: le groupe canadien-français, loin de considérer la dépression comme une maladie mentale, donc comme quelque chose de honteux, s'en glorifie: "avoir fait une dépression" c'est "être très travaillant". Dans le groupe anglais au contraire, on considérerait la personne déprimée comme "n'ayant jamais bien fonctionné".

Au point de vue psychologique notre collègue rencontra beaucoup de difficultés. La première fut de constituer une batterie de tests psychologiques pouvant s'insérer dans une enquête à domicile, car une telle batterie n'existe pas. Nous choisîmes finalement deux tests de personnalité: le M.M.P.I. ("Multiphasic Personality Inventory") dont ne fut gardée que l'échelle "dépression symptomatique", et le Rorschach de groupe.

Une première étude préliminaire à l'Hôpital Notre-Dame révéla que les 17 patients hospitalisés pour dépression avaient comme moyenne au M.M.P.I. un score de 56 percentile, et donnaient au Rorschach des réponses spécifiques.

Dans l'enquête à domicile, le Rorschach dut être abandonné à cause des difficultés d'administration, seul le M.M.P.I. fut utilisé. On obtint une moyenne de 27.6 pour le groupe anglais et de 31 pour le groupe français. Cette différence n'est pas significative, et la conclusion fut que le test employé ne permettait pas de mettre en évidence de dépression symptomatique dans la population générale de Verdun.

Que nous montrent ces résultats? Il en ressort deux points essentiels: tout d'abord, une discordance entre les deux aspects de la recherche, psy-

chologique et socio-psychiatrique. L'attitude constatée chez les Canadiens français indique que la dépression pourrait représenter une valeur culturelle, et ceci est très intéressant.

Mais (et c'est là que réside la discordance dont nous parlions) ceci n'apparaît pas dans les données psychologiques. Nous nous demandons donc si l'instrument que nous avons utilisé est vraiment approprié, s'il est assez raffiné: il peut permettre certaines discriminations à l'intérieur d'une population hospitalisée, mais être insuffisant quand on l'applique à une population générale. Il est possible également qu'il ne se situe pas au niveau de la personnalité qui nous intéresse: ce n'est pas tant sur les traits de caractère que sur les attitudes que doit porter l'investigation psychologique.

En second lieu, pour intéressante que soit cette notion d'accent mis par la culture canadienne-française sur la dépression, son affirmation n'en appelle pas moins un certain nombre de critiques. L'anglais n'étant la langue maternelle d'aucun d'entre nous, il est fort possible que la communication ait été incomplète entre l'interviewer et le groupe anglais. Par ailleurs, la population de Verdun n'est pas représentative de toutes les classes sociales; il n'est donc pas exclu que cette valorisation de la dépression soit seulement le fait de certaines couches sociales, et ne se retrouve pas ailleurs.

En conclusion: notre hypothèse de départ selon laquelle la dépression aurait une place privilégiée parmi les troubles mentaux qui frappent les Canadiens français de Montréal n'est pas infirmée, dans la mesure où il semble bien que la notion de dépression soit culturellement valorisée dans ce groupe alors qu'elle ne l'est pas dans le groupe anglais correspondant.

Cependant, nous n'avons pas pu quantifier cette impression d'ensemble faute d'outils valables. Il nous faut donc maintenant mettre au point nos instruments de mesure afin de poursuivre nos investigations, et tenir compte des réserves que nous avons formulées, celles notamment portant sur la question de la langue.

Il reste que cette première enquête, qui a joué le rôle d'un ballon d'essai, nous a montré que nous étions sur une voie intéressante. C'est sur cette voie que nous continuons nos recherches.

Ainsi, parce mode d'approche du problème socio-culturel que permet la psychiatrie sociale, il est possible d'accéder à un niveau touchant aux valeurs d'une société. Réciproquement, la connaissance qu'ont de ces valeurs les anthropologues, les

sociologues, les psychologues sociaux, rend possible l'évaluation des modalités de la maladie mentale. On peut ainsi espérer, peu à peu, aboutir à une connaissance approfondie des interrelations du phénomène socio-culturel et de la santé mentale.

CONCLUSION

(Jean-N. Fortin)

Les critiques constructives soulèvent souvent des points auxquels il faut apporter des solutions. Il est évident que le matériel clinique est abondant à l'hôpital général, ce qui devrait servir comme stimulus pour améliorer et étendre nos services à la communauté.

Le domaine de la médecine psychosomatique proprement dite a été à peine abordé, car nous avons pris conscience qu'elle méritait davantage notre attention. Les communications avec les collègues médicaux sont susceptibles d'amélioration et de clarification. La consultation psychiatrique qui devrait servir de base à une meilleure compréhension entre les autres services et la psychiatrie n'est pas définie dans l'esprit de nos collègues de médecine et de chirurgie. Elle peut facilement devenir un outil précieux dans l'enseignement aux résidents des autres services, plutôt que de perpétuer la tendance actuelle qui consiste à envisager la psychiatrie comme mesure ultime en arrivant à un diagnostic par élimination et non pas une séméiologie positive.

Notre dernière remarque soulignera l'importance capitale accordée aux problèmes centrés sur l'"unité familiale", certainement la préoccupation majeure de la psychiatrie actuelle. Il est à remarquer, selon le psychanalyste Eissler, que l'hospitalisation introduit une "dimension scientifique" (paramètre) incompatible avec les techniques psychanalytiques. Le but essentiel du psychiatre à l'hôpital général est le traitement du patient pendant les phases spécifiques de sa maladie. Cette limitation apparente et non réelle doit devenir la source qui alimentera une pensée originale sur ce sujet. La tendance dans un avenir prochain devra souligner l'importance du milieu du patient. Les problèmes et les besoins des personnes de l'entourage influencent la maladie et nécessiteront autant l'attention du thérapeute que les propres problèmes du patient lui-même. Les représentants de la discipline des sciences de l'homme, par exemple les psychologues, les sociologues et les anthropologues devront être intégrés dans la structure des hôpitaux

et particulièrement dans le service de psychiatrie, comme cela se fait ailleurs. Il nous appartient de leur attribuer un statut nouveau et leur permettre de participer à nos privilèges déjà acquis, même si cela signifie des modifications profondes dans nos vies professionnelles. L'hôpital général à cause de sa proximité avec le "grand public" est capable d'apports véritables dans l'exécution d'un programme d'hygiène mentale qui s'étendra à un vaste secteur. Ce n'est qu'en exerçant une influence en dehors des limites de l'hôpital dans le domaine mental que la médecine poursuivra sa tâche humanitaire et assurera la population de soins médicaux de la plus haute qualité comme le témoigne la clinique des soins communautaires et de traitement à domicile.

Résumé

L'Unité psychiatrique à l'hôpital général a été décrite dans ses fonctions de service, enseignement et recherche. Les aspects de service font ressortir la notion de rôle du patient dans toutes ses phases autant au cours de l'hospitalisation qu'à la clinique externe et dans son monde social. L'enseignement mettant l'accent sur la relation patient-médecin et le contrôle constant du travail du résident est la préoccupation majeure du psychiatre enseignant.

La recherche est décrite dans des travaux cliniques. Les résultats préliminaires du traitement de psychiatrie à domicile sont discutés ainsi que les répercussions ultérieures sur la famille. La tendance à orienter les soins psychiatriques vers la communauté et les suggestions nécessaires pour atteindre ce but font l'objet de cette communication.

Summary

The "Psychiatric Unit" of a general hospital is described in its main functions: service, teaching and research. The emphasis of service rests mainly on the concept of role the patient assumes during the hospitalization period. The personnel to a great extent favors the dependency needs and possibly hinders the therapeutic atmosphere at all levels.

To foster patient-doctor relationship is the basis of teaching with constant close supervision of the work of the resident.

Research is described in clinical settings, Psychiatric Home Treatment is discussed in a preliminary report and its repercussions on the family are also outlined. The community-orientation as a future development of psychiatry is required to meet current needs. This tendency will necessitate the extension of a programme for interdisciplinary work and a new appraisal of the status of social scientist within the frame work of existing psychiatric facilities in the general hospital.

LE RÔLE DU POU MON DANS LA GÉNÉRALISATION MÉTASTATIQUE *

Jean-Louis BONENFANT, F.R.C.P.(C),
Hôtel-Dieu de Québec.

A la fin d'une étude antérieure sur la distribution des métastases (2), nous avons émis l'hypothèse d'un passage pulmonaire quasi obligatoire dans la dissémination des métastases. L'association des métastases intra-crâniennes, thyroïdiennes, cardiaques, rénales et surrénaliennes avec des tumeurs pulmonaires primitives ou secondaires, dans des proportions variant de 80 à 96.6%, nous avait permis d'affirmer cette hypothèse, à partir d'un matériel autopsique souvent incomplet.

La généralisation métastatique a été de nouveau étudiée dans les autopsies de cancéreux et les résultats de cette étude sont l'objet de la présente communication.

MATÉRIEL

Dans les 564 dernières autopsies revisées, il y a eu 180 cas de tumeurs malignes et, si nous excluons les lymphomes et les cancers qui n'ont pas donné de métastases à distance, notre étude porte sur 91 cas de cancers avec métastases à distance, plus précisément avec métastases intra-viscérales.

TABLEAU I

Nombre d'autopsies	564
Cancers	180
Lymphomes	20
Cancers sans envahissement à distance	69
Cancers avec envahissement à distance	91

TABLEAU II

Cancers avec envahissement à distance
(métastases intra-viscérales)

Estomac	24
Poumons	20
Côlon	11
Reins	7
Sein	7
Utérus	4
Pancréas	4
Autres localisations	14
Total:	91

Cette série peut paraître petite, mais nous la considérons comme suffisante et, en fait, comme un complément à l'étude antérieure portant sur 1232 cas de cancers.

* Travail présenté au Congrès Annuel de l'International Academy of Pathology, avril 1962, Montréal, Canada.

TABLEAU III

Localisations des métastases

Poumons	57
Foie	45
Surrénales	26
Reins	14
Cœur	11
Thyroïde	6
Cerveau	8
Rate	6
Ovaires	4

TABLEAU IV

Métastases associées avec une tumeur pulmonaire primitive ou secondaire

Cerveau	8/8	100%
Hypophyse	2/2	100%
Thyroïde	6/6	100%
Cœur	10/11	90%
Foie	36/79	45%
Reins	14/14	100%
Surrénales	25/26	96%
Rate	6/6	100%
Ovaires	4/4	100%

Dans tous les cas de métastases cérébrales, rénales, spléniques, thyroïdiennes, ovariennes, il y avait aux poumons une tumeur soit primitive, soit secondaire. Dix des onze métastases cardiaques et vingt-cinq des vingt-six métastases surrénaliennes étaient également associées à des tumeurs pulmonaires. La métastase cardiaque non associée à un néoplasme pulmonaire provenait d'un épithélioma de la lèvre inférieure et, dans le cas de la métastase surrénalienne, le matériel pulmonaire n'a pas été entièrement examiné.

TABLEAU V

Cancers ayant donné des métastases à un seul groupe
(à l'exception du cancer pulmonaire primitif)

AU FOIE		AUX POU MONS	
Côlon	3	Estomac	2
Estomac	2	Reins	2
Pancréas	1	Côlon	1
Col	1	Pancréas	1
Sein	1	Utérus	1
Lèvre inférieure	1	Prostate	1
Total	9	Total	8

Des 91 cancers étudiés, 8 n'ont donné des métastases qu'aux poumons et 9 qu'au foie. Les 36 autres cas de métastases hépatiques étaient tous associés à des tumeurs pulmonaires.

DISCUSSION

A la suite de ces constatations, nous pouvons tirer certaines conclusions sur le mode de propagation des cellules cancéreuses dans l'organisme. Le rôle des lymphatiques est connu dans la propagation régionale des néoplasmes, mais depuis quelques années de nombreux travaux expérimentaux et des constatations répétées chez l'humain ont montré la fréquence des cellules néoplasiques dans le courant sanguin (3). La présence des cellules néoplasiques dans le sang n'indique pas nécessairement la formation de métastase, mais on peut affirmer que la majorité des métastases à distance suppose un envahissement vasculaire. Nos deux relevés sur les localisations métastatiques soulignent le rôle du poumon dans la généralisation des cellules cancéreuses aux différents viscères. Au cours du processus tumoral, les parois veineuses offrent généralement peu de résistance à l'envahissement des cellules cancéreuses qui prennent alors soit la circulation cave, soit la circulation porte, suivant la localisation de la tumeur primitive. Pour tout néoplasme, à l'exclusion de celui du poumon, le premier relais métastatique est alors le poumon et le foie et, pour ce qui est des tumeurs reliées au système porte, nos constatations démontrent que le second relais est invariablement le poumon. Cette localisation pulmonaire suggère soit la transmission trans-hépatique par les veines efférentes hépatiques, soit l'envahissement des veines azygos par les néoplasmes (4). Il est possible que, dans quelques cas, cette propagation aux poumons se fasse par les veines azygos et le système cave, mais nous croyons que l'invariabilité de ce second relais s'explique plutôt par la transmission trans-hépatique.

L'association d'une tumeur primitive ou secondaire aux poumons avec toute métastase cérébrale, thyroïdienne, cardiaque, rénale, surrénalienne, splénique, sauf pour quelques exceptions ne s'explique que par une généralisation artérielle, le poumon déversant alors dans la grande circulation une partie des cellules néoplasiques qu'il retient. Si nous excluons le cancer primitif du poumon, toute métastase à distance d'autres cancers suppose la présence de cellules cancéreuses, de métastases microscopiques ou macroscopiques dans le parenchyme pulmonaire. Il est possible également qu'un

grand nombre de métastases hépatiques soient plutôt d'origine artérielle (artère hépatique) que veineuse (système porte).

Ces constatations nous permettent d'affirmer que la métastase unique à distance peut se rencontrer:

1 — dans tout organe, dans le cas d'un cancer primitif broncho-pulmonaire;

2 — aux poumons et au foie, dans tous les autres cas de cancers;

3 — dans la moelle osseuse (Système de Batson) (1).

Ces conclusions restreignent la chirurgie métastatique à ces organes et les piètres résultats obtenus jusqu'ici par l'exérèse des métastases s'expliquent par le caractère artériel de la généralisation des cellules cancéreuses.

Résumé

L'étude de la distribution des métastases faite dans le matériel autopsique a démontré l'association des métastases thyroïdiennes, cérébrales, rénales, surrénaliennes, ovariennes et spléniques avec une tumeur pulmonaire soit primitive soit secondaire. Pour tout néoplasme, le premier relais métastatique est soit le poumon soit le foie, suivant que les cellules cancéreuses utilisent le système porte ou le système cave.

Summary

The study of distribution of metastasis in the necropsy material has shown a compulsory passage of cancer cells by the lung. Thyroidal, cerebral, renal, adrenal, ovarian and splenic metastasis were always encountered with primary or secondary lung tumor. Hepatic metastasis are transmitted by the portal system, and most of all metastasis by the caval system.

BIBLIOGRAPHIE

1. BATSON, O. V.: The Function of the Vertebral Veins and their Role in the Spread of Metastases. *Ann. Surg.*, **112**: 138-149, 1940.
2. DÉRY, T. et BONENFANT, J.-L.: Étude des cancers et de la distribution des métastases dans le matériel autopsique. *Bull. Cancer*, **48**: 665-671, 1961.
3. WOOD, Sumner, Jr.; HOLYOKE, E. Douglas et YARDLEY, John H.: Mechanisms of Metastasis Production by Blood-Borne Cancer Cells. *Canadian Cancer Conference*, **4**: 167-223, 1961.
4. WILLIS, R. A.: Spread of Tumours in the Human Body, 2nd ed. C. V. Mosby, édit., St-Louis, 1952.

LES HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE

J. A. Jacques DESROSIERS¹

Au cours de la grossesse, 20% environ des patientes présentent des saignements dont l'étiologie peut être reconnue pour un certain nombre, mais dont l'influence sur les suites de la grossesse semble apparemment inexistante dans de nombreux cas.

En face de ces hémorragies très minimes ou assez importantes pour les comparer à une menstruation, le médecin traitant doit prendre des mesures appropriées afin de discerner la menace d'avortement et de mettre en branle l'arsenal thérapeutique indiqué.

Au cours d'un relevé de 508 dossiers de patientes accouchées au St. Elizabeth's Hospital de Boston, les dossiers consécutifs de cent patientes furent étudiés dans le but de rechercher la fréquence des saignements survenant au cours de la grossesse, en excluant le décollement prématuré du placenta et le placenta prævia.

GROUPES

Trente-cinq patientes présentèrent des saignements à une certaine période de leur grossesse, soit 35%. Ces patientes furent divisées en deux groupes (Tableau I).

HÉMORRAGIE CHEZ 100 PATIENTES CONSÉCUTIVES, ENCEINTES

TEMPS DU SAIGNEMENT	0 - 5	6 - 20	21 - 30	31 - 36	36 - 40	NO
Avant première visite	6	14	3	2	0	25
Après première visite	0	2	5	1	2	10
TOTAL	6	16	8	3	2	35

Tableau I

Groupe 1. Il comprend les patientes qui présentèrent quelque saignement vaginal avant la première visite prénatale. Elles sont au nombre de vingt-cinq. Six ont eu des saignements dans les cinq premières semaines, quatorze entre la sixième semaine et la vingtième semaine, trois entre la vingt et unième et trentième semaine, deux entre la trente et unième et trente-cinquième semaine aucune entre la trente-sixième et le terme. Il y eut donc vingt patientes qui ont présenté des saignements dans les vingt premières semaines de grossesse, soit 20%.

Cinq d'entre elles se présentèrent à la clinique obstétricale dans la semaine qui a suivi le saignement. L'une eut une hémorragie soudaine et de

courte durée à la sixième semaine, après quoi elle eut des pertes rouges irrégulières jusqu'à la douzième semaine alors qu'elle se décida à consulter. Les six patientes qui ont saigné avant la cinquième semaine sont considérées comme faisant partie du groupe de ce que l'on appelle hémorragies survenant lors de l'implantation du placenta ou saignements de "placentation". Cependant, il est peu probable que de telles hémorragies survenant à la cinquième semaine aient une telle étiologie. Selon Reid, ce signe de Hartman peut survenir n'importe quand avant la cinquième semaine et peut survenir dans vingt à vingt-cinq pour cent des grossesses (2).

Groupe 2. Le second groupe comprend dix patientes qui présentèrent des pertes sanguines après la première visite prénatale. Aucune d'entre elles ne saigna avant la cinquième semaine. Deux présentèrent des pertes sanguines entre la sixième et la vingtième semaine. Cinq d'entre elles ont eu des pertes sanguines entre la vingt et unième et la trentième semaine, une entre la trente et unième et trente-cinquième et deux entre la trente-sixième semaine et le terme de la grossesse.

En tout, il y eut vingt-deux patientes qui présentèrent des saignements vaginaux avant la vingtième semaine. Les saignements du troisième trimestre peuvent bien avoir été en relation avec un petit décollement du placenta sans qu'il n'y ait eu de signes cliniques suffisants pour faire porter un tel diagnostic.

ÂGE DES SAIGNEUSES

La moyenne d'âge de ces patientes fut de vingt-sept ans, correspondant à l'âge moyen des cinq cent huit patientes. Le premier groupe avait une moyenne de 27.6 ans et l'âge variait entre dix-huit et quarante-deux ans (Tableau II). L'âge moyen du second groupe était de 25.6 ans, et variait entre seize et trente-cinq ans.

HISTOIRE ANTÉRIEURE DE CES PATIENTES

La gravidité fut étudiée. Six patientes étaient des primigestes, treize étaient Gr. II à V, cinq étaient Gr. VI à IX et une était Gr. X, dans le premier groupe (Tableau III). Dans le second groupe, trois patientes étaient primigestes, sept étaient Gr. II à IX; la moyenne de ce groupe était de 4.11 grossesses par patiente.

¹ Résident en Gynécologie, Hôpital Maisonneuve, Montréal.

AGE DES PATIENTES QUI ONT SAIGNE
AVANT LA PREMIERE VISITE

Age	20	21-30	31-35	36-40	40	NO
Nombre	6	10	6	2	1	25
Age moyen	19.0	26.3	32.3	39	42	
Etendue	18-20	23-30	31-35	39	42	
Age moyen	27.6					

APRES LA PREMIERE VISITE

Nombre	1	6	3	0	0	10
Age moyen	16	23.3	33.3	0	0	
Etendue	16	21-28	31-35	0	0	
Age moyen	25.6					
Age moyen TOTAL	27.0 ans					

Tableau 2

Il ressort de ces données, que le saignement n'était pas influencé par l'âge ou la multigravité de ces patientes. En effet, les cinq cent huit patientes ont eu une moyenne de 3.5 grossesses par patiente, et avaient une moyenne d'âge de 25.7 ans.

GRAVIDITÉ ET HÉMORRAGIE

Avant la première visite:	Primipare	6		
	Gr 11-V	13	Moyenne	3.2
	Gr VI-IX	5	" "	7.6
	Gr X	1		
		25		
Après la première visite	Primipare	3		
	Gr 11-V	7	Moyenne	4.1
		10		

Tableau 3

AVORTEMENTS ANTÉRIEURS

Parmi les vingt-cinq patientes du premier groupe, sept ont eu neuf avortements antérieurs à la grossesse actuelle. Deux d'entre elles ont eu deux avortements chacune, l'une eut un avortement antérieur et un mort-né dans la présente série et une eut une histoire de travail prématuré qui s'est terminée par la naissance d'un prématuré, le tout après un avortement antérieur.

Dans le second groupe de dix patientes, quatre ont eu un avortement chacune. Deux de ces patientes, après un avortement, avaient eu un travail prématuré dont une avec naissance d'un prématuré.

Donc, parmi les trente-cinq patientes, onze eurent treize avortements antérieurs. Mais à l'exception du mort-né, toutes dans la présente série ont

eu des nouveau-nés qui ont survécu au terme de la grossesse (Tableaux IV-V).

HISTOIRE OBSTETRICALE ANTERIEURE
AVANT LA PREMIERE VISITE

GRAVIDITE	AVORTEMENTS	TRAVAIL PREM.	PREMATURE	M.- NE
X	1	1	1	
IX	2			
VI		1		
V	1			1
IV	2			
III	1			
II	1			
I	1			
TOTAL	9	2	1	1

APRES LA PREMIERE VISITE

V	1	1	1	
IV	1	1		
IV	1			
III	1			
TOTAL	4	2	1	

Tableau 4

La fréquence des avortements augmentait avec la multiparité, comme entendu. La fréquence de treize avortements pour onze patientes constitue un pourcentage de 31.4% parmi les trente-cinq patientes, ce qui est un chiffre élevé. Les onze patientes ont eu 1.18 avortement en moyenne. Dans le groupe des cinq cent huit patientes, soixante-huit ont eu cent onze avortements antérieurs ou 13.3% des patientes ont eu en moyenne 1.63 avortement chacune.

HISTOIRE ANTERIEURE D'AVORTEMENT

	NO	PTES AVEC AVORTEMENT	NO D'AVORTEMENTS
Avant la Première V.	25	7	9
Après la Première V.	10	4	4
TOTAL	35	11	13

Tableau 5

INFLUENCE DES SAIGNEMENTS SUR LES VALEURS SANGUINES

Les valeurs sanguines de ces patientes ne furent point touchées en définitive, à l'exception de celle qui présenta de l'hypofibrinogénémie et qui, lors de l'admission, à vingt-six semaines de grossesse sans soins prénataux, avait une hémocrite de 21% et une hémoglobine de 8.3 Gm%. Les valeurs sanguines des patientes qui saignèrent avant la première visite ne furent point touchées, du moins selon le rapport de leurs valeurs lors de leurs premières visites prénatales (Tableau VI). Le cas d'hypofibrinogénémie contribua à baisser la

VALEURS SANGUINES

1ere VISITE ADMISSION

Age du saignement	Ht	Hb	Ht	Hb	No
0-5 semaines	36.6	12.6	33.5	10.7	6
6-20 semaines	35.5	12.3	36.0	11.7	14
21-30 semaines, Corr.	33.7	11.2	36.0	11.8	3
21-30 sem., non Corr.	31.2	10.6			
31-36 semaines	39.6	13.7	36.5	12.5	2

0-5 semaines	0	0	0	0	0
6-20 semaines	39.0	13.4	32.0	11.0	2
21-30 semaines	34.4	11.4	32.7	10.8	5
31-35 semaines	35.0	11.6	32.0	11.0	1
36- terme	33.5	11.6	32.5	10.7	2

Tableau 6

moyenne du groupe, mais une fois exclu, en raison de l'étiologie, la moyenne est relevée de 31.2% à 33.7% en hématocrite et de 10.6 à 11.2 Gm% en hémoglobine.

INFLUENCE SUR LA GROSSESSE EN COURS

Si l'âge de la grossesse lors de la délivrance est considéré (Tableau VII), nous constatons qu'une patiente accoucha avant la trentième semaine, soit à la vingt-sixième et eut un mort-né. C'est la seule césarienne du groupe, et qui fut faite d'urgence; son fœtus pesait une livre et quinze onces. Six patientes accouchèrent entre la trente-cinquième et la trente-huitième semaine. Il y avait deux couples de jumeaux parmi elles. Vingt-sept patientes accouchèrent à terme et il y avait un couple de jumeaux à terme parmi les nouveau-nés. Tous les autres jumeaux furent prématurés quant au poids.

AGE DE LA GROSSESSE A L'ACCOUCHEMENT

	30	35-37 ⁶ /7	38-42	Inconnu	No	Gémellité
Avant première V.	1	4	19	1	25	2
Après première V.	0	2	8	0	10	1
TOTAL	1	6	27	1	35	3

Tableau 7

Dans le groupe des cinq cent huit accouchées, cinquante ont accouché avant la date présumée du terme, soit 9.9%. Dans le groupe des trente-cinq patientes de la présente étude, vingt-sept ont accouché à terme et huit ou 22.8%, ont accouché avant la date prévue. Il y avait donc une augmentation importante du travail prématuré parmi les malades qui ont présenté des saignements au cours de la grossesse. Si les deux couples de jumeaux sont

exclus, au moins 17.1% des patientes auront accouché avant la date prévue.

INFLUENCE SUR LA PRÉMATURITÉ

Y avait-il corrélation entre l'hémorragie et la fréquence de la prématurité? Dans le premier groupe, il n'y avait qu'un prématuré, né à 37 3/7 semaines et qui pesait cinq livres. La patiente saigna à dix semaines, fit sa première visite prénatale à vingt-sept semaines alors qu'elle avoua avoir saigné abondamment, mais ne donnait aucune raison pourquoi elle ne consulta point. Un mort-né faisait partie du groupe. Il y avait deux couples de jumeaux nés à la trente-sixième semaine et à la 38 4/7 semaine de grossesse. Un seul couple de jumeaux étaient prématurés.

Dans le second groupe, un couple de jumeaux naquit à la trente-septième semaine. La mère avait fait sa première visite à sept semaines et présenta des saignements aux quatorzième et trente-sixième semaines de grossesse.

Il n'y a donc eu qu'un prématuré dans le groupe entier si l'on exclut le mort-né et les couples de jumeaux qui, comme on le sait, sont plus sujets à être prématurés que les autres nouveau-nés. Les poids des nouveau-nés sont présentés dans le tableau VIII.

PRÉMATURITÉ ET HÉMORRAGIE

Avant la première visite:	Poids	Age de grossesse
A terme : Jumeaux 5 ⁸ 5 ⁸		38 4/7
Avant terme: Jumeaux 4 ¹² 4 ⁹		36
Prématuré 5 ⁰		37 3/7
Après la première visite:		
Avant terme: Jumeaux 4 ¹ 4 ³		37

Tableau 8

Il est à noter que parmi les saigneuses, trois eurent des jumeaux. Quelle en serait la signification? Nous savons pourtant que dans les grossesses multiples, le volume fœtal pouvant augmenter plus rapidement que le volume utérin proprement dit et que la pression et la distension intracavitaires augmentant, il est possible que le placenta puisse subir de petits arrachements villoeux. Dans les trois grossesses gémellaires, les pertes sanguines survinrent entre la dixième et la 15ème semaine de gravidité. (Tableau IX)

TRAITEMENTS

Dans le premier groupe, deux patientes furent hospitalisées pour saignements et ont eu un traite-

GEMELLITE ET HEMORRAGIE		
1ère visite, semaines	Temps du saigne.	Age à Accouchement
11	10 semaines	36 semaines
17	14 semaines	38 4/7 semaines
7	14 semaines	37 semaines

Tableau 9

ment de menace d'avortement. Deux patientes qui ne furent pas hospitalisées, reçurent un traitement hormonal sous forme de progestérone simple lorsqu'elles consultèrent après l'histoire du saignement; les injections furent données à deux et trois reprises.

Dans le second groupe, deux patientes furent hospitalisées, mais purent retourner à leur domicile et accouchèrent à terme. Une patiente présenta des saignements deux jours après un examen vaginal, après la trente-sixième semaine. Il n'y eut point de conséquences fâcheuses concernant l'accouchement.

TEMPS DU SAIGNEMENT ET TEMPS DE L'AVORTEMENT ANTÉRIEUR

Le temps du saignement en semaines de grossesse fut mis en corrélation avec le temps de l'avortement antérieur ou des avortements antérieurs en semaines de grossesse. (Tableau X). Parmi les onze patientes qui présentèrent treize avortements dans leur histoire antérieure, six patientes présentèrent des saignements à un âge de grossesse identique à l'âge de grossesse lors de huit avortements antérieurs, à deux semaines près. Donc, 54.4%

TEMPS DE L'HEMORRAGIE DE LA GROSSESSE ACTUELLE EN CORRELATION AVEC LE TEMPS DE L'HEMORRAGIE LORS D'AVORTEMENT ANTÉRIEUR

AVANT LA PREMIERE VISITE		
No	Temps de l'hémorragie	Avortement antérieur
1-	6ème à 12ème semaine &	& 12 semaines
2-	10 semaines &	& 12 " "
3-	5 semaines &	& 6 semaines & 6 semaines
4-	14ème à 20ème semaines &	& 12 semaines
5-	18 semaines &	8 semaines
6-	25 semaines &	12 semaines
7-	10 semaines &	& 8 semaines & 12 semaines
APRES LA PREMIERE VISITE		
8-	12 semaines &	& 10 semaines
9-	25 semaines	16 semaines
10-	31 semaines	18 semaines
11-	38 semaines (après ex.v.)	10 semaines
SOMME DES PATIENTES		
7	Patientes ont eu 9 avortement à 6 à 12 semaines	
4	" " " " 4 " " à 10 à 18 semaines	
11	13	Moyenne: 1.18 a/p
31.4% des saigneuses ont eu au moins un avortement antérieur		
6 patientes ont eu 8 avortements dans les deux semaines près d'un avortement antérieur.		

Tableau 10

des patientes ont présenté des saignements à deux semaines près dans 61.5% d'avortements antérieurs. Ceci constitue un fort pourcentage. Malheureusement, la série de patientes est petite. Il serait intéressant de reprendre la même étude sur une échelle plus considérable, afin de confirmer le pressentiment qui existe parmi les médecins qu'une patiente doit être prudente lorsqu'elle arrive à un âge de grossesse correspondant à celui d'un avortement antérieur. Connaissant donc l'histoire d'une patiente, il serait bon de l'avertir du danger, ou du moins d'insister sur l'importance de soins prénataux dès le début de la grossesse bien que dans la présente série, les soins pré-nataux ne contribuèrent point directement à la survie fœtale dans la grande majorité des cas.

CONCLUSION

La conclusion qui se dégage de cette étude est que les saignements de grossesse ne sont pas toujours reliés à une menace d'avortement. En fait, il faut penser à la "placentation" et au col utérin. Puisque dix-neuf patientes du premier groupe des vingt-cinq ont accouché à terme et que quatre autres accouchèrent entre trente-cinq et trente-huit semaines de grossesse, nous pouvons insister sur le fait que le sauvetage fœtal peut être déroutant quand il s'agit de compiler des résultats. En effet, si sur un total de cent patientes, vingt-cinq ont eu des saignements vaginaux avant d'être vues en clinique ou d'être traitées et que toutes ont accouché et mis au monde des fœtus vivants, moins une qui eut un mort-né, la proportion des menaces vraies d'avortement se trouve fortement diminuée, pour celles qui ont saigné à bonne heure durant leur grossesse.

Naturellement, cette série ne considère que les patientes qui ont accouché après vingt semaines de grossesse et ne considère point celles qui sont devenues enceintes et ont avorté avant cette date. Évidemment, leur dossier d'accouchée n'existe pas. Et, même si on ajoutait ces avortements à la série, la fréquence des saignements vaginaux de la grossesse serait d'autant plus forte. Il est à remarquer que parmi ces saigneuses, onze patientes ont eu 1.18 avortement chacune et que 31.4% des trente-cinq patientes ont eu au moins un avortement antérieur.

Résumé

Parmi cinq cent-huit patientes qui ont accouché, cent dossiers consécutifs furent étudiés en fonction du saignement vaginal durant la grossesse. Trente-cinq patientes (35%) présentèrent un tel état,

dont vingt-cinq avant de recevoir un traitement pré-natal et dix après au moins une visite pré-natale. Vingt-deux malades présentèrent des saignements avant la vingtième semaine. La relation entre les valeurs sanguines et les saignements fut inexistante, à l'exception d'une patiente qui présenta une hypofibrinogénémie. La relation entre cette éventualité et l'histoire antérieure de ces malades a démontré que celles qui ont saigné avaient une histoire d'avortement antérieur dans au moins 31.4% des cas et que parmi ces patientes, 54.4% ont présenté des saignements vaginaux au cours de la grossesse actuelle à une époque identique à deux semaines près à celle d'un avortement antérieur dans 61.5% des cas. La série étant petite, nous suggérons de la pousser plus avant avec un plus grand nombre de cas afin de constater si la corrélation existe dans les mêmes proportions.

Summary

Among five hundred and eight patients who delivered at St. Elizabeth's Hospital of Boston, one hundred consecutive parturients were considered in order to evaluate the incidence of hemorrhage during pregnancy. Their record were analysed and thirty-five (35%) showed some hemorrhage during the

prenatal state. Twenty-five presented some bleeding before to be seen and ten after the first prenatal visit. Twenty-two patients bled before the twentieth week of pregnancy. Relationship between bleeding and blood values were inexistant with the exception of one patient who presented hypofibrinogenemia. Relationship between the bleeding and the previous history showed that the bleeders had at least one previous abortion in 31.4% of the cases and among the latter, 54.4% of them presented some bleeding at a period of their actual pregnancy which corresponded to the date of a previous abortion in 61.5% of the cases, and within two weeks of that event. The series being small, suggestion is made to pursue the study on a broader scale to find out if the relationship is maintained.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Mlle Jacqueline Dupuis, Dessinatrice médicale et M. J. Gauthier, Photographe, du département de Photographie Médicale de l'Hôpital Maisonneuve de Montréal, pour l'excellente préparation des tableaux de cet exposé.

J. D.

BIBLIOGRAPHIE

1. GALLOWAY, C. E.: Uterine Bleeding in Early Pregnancy. *J. Intern. Coll. Surg.*, **26**: 223-227, (août) 1956.
2. REID, D.: A Textbook of Obstetrics, pp. 51-52, Saunders, édit., Philadelphie, 1962.

RECUEIL DE FAITS

COMMUNICATION AORTICO-PULMONAIRE TRAUMATIQUE

L. R. LaFLÈCHE, François TELMOSSÉ, André DAVID et J. D. GRATTON

Observation

C.H., 41 ans, barbier de son métier, a été hospitalisé à la suite d'un assaut à coups de ciseaux survenu le 11 décembre 1962.

Ce patient a toujours joui d'une bonne santé avant cet incident. Il ne semble pas avoir fait de fièvre rhumatismale, de scarlatine ou de chorée. A 20 ans, il a subi une appendicectomie et à 35 ans, il a fait possiblement une hernie discale.

Examiné plusieurs fois à l'âge scolaire, puis lors de son appendicectomie et enfin ces dernières années à l'occasion de gripes, jamais il a été question de "souffle cardiaque". En 1940, il a été classifié "A" par les médecins de l'armée et par la suite a servi dans l'aviation canadienne. Jamais il n'a présenté de dyspnée, d'orthopnée ou d'œdème périphérique.

A la suite de l'assaut dont il a été l'objet, le malade a été transporté dans un hôpital régional, en état de choc et présentant des hémoptysies importantes. Les transfusions sous-pression (1500 cc) relevèrent la pression artérielle et l'on procéda à une pleurotomie, le film pulmonaire montrant un épanchement pleural "assez important". En 15 heures, le malade a perdu par son drain près de 1800 cc et le malade fut transféré à l'hôpital Notre-Dame pour thoracolaparatomie.

A son arrivée, le malade était conscient, la T.A. 100/80 et le rythme cardiaque à 100 régulier. Sur la région précordiale gauche, il y avait 7 plaies linéaires de quelque 5 à 7 mm, une autre à la région cervicale antérieure, une autre à la région cervicale latérale, et enfin une autre plaie à la région épigastrique.

A la thoractomie exploratrice, on a trouvé: 1) un hémithorax gauche de 400 cc; 2) 6 plaies pulmonaires mesurant 10 à 15 mm de longueur avec de multiples hématomes intra-parenchymateux, mais pas d'hémorragie active; 3) une plaie contuse localisée au niveau de l'artère pulmonaire sur sa paroi antéro-latérale, d'environ 4 à 5 mm de longueur, à 1/5 cm au-dessus de la valvule pulmonaire. Cette plaie sur l'artère pulmonaire ne saignait pas, mais sur la face antérieure, il y avait une ecchymose de 1 cm de diamètre. On a noté la présence d'un thrill sur l'artère pulmonaire à ce niveau.

Il existait également une plaie sur le péricarde, en regard du ventricule gauche, mais ce dernier

n'était pas touché; le péricarde était épaissi et sa surface, granuleuse. La cavité péricardique ne contenait pas de sang, mais un liquide "louche". Une culture a été faite, laquelle s'est avérée négative.

L'exploration de la cavité abdominale a montré que la plaie épigastrique avait atteint le lobe gauche du foie, mais il n'y avait pas d'hémorragie ni d'hématomes intra-parenchymateux, sous-capsulaire ou intra-péritonéal. L'exploration des autres organes de la cavité abdominale s'est révélée négative. Les suites post-opératoires de cette thoracolaparatomie ont été sans incident. On nota cependant la présence d'un souffle cardiaque et un cardiologue a été demandé en vue de préciser la pathologie cardiaque.

Le malade relativement bien n'était pas dyspnéique au repos, ni cyanosé; les jugulaires n'étaient pas dilatées; les artères battaient normalement; il n'y avait pas de pouls bondissant; le rythme cardiaque était régulier à 80, la T.A.: 120/60. Au 3^e et 4^e espace intercostal gauche, il y avait un souffle systolique grade II/IV et un souffle diastolique grade III/IV irradiant le long du bord gauche du sternum. Il n'y avait pas de thrill, la pointe n'était pas déviée, le foie était normal, il n'y avait pas d'œdème, l'ECG était normal. A la fluoroscopie, les artères pulmonaires apparaissaient très proéminentes et surtout très *pulsatiles*.

Avec ces données cliniques, il devenait évident qu'on était en présence d'un "shunt", probablement une fistule aorto-pulmonaire.

Un cathétérisme a été fait pour poser le diagnostic définitif et surtout évaluer quantitativement le "shunt". Le cathétérisme cardiaque est pratiqué sous anesthésie locale, le patient respirant l'air ambiant sans aucune difficulté technique. Les données obtenues sont satisfaisantes et complètes.

La saturation artérielle à l'artère radiale est de 98% et les pressions à l'artère radiale et à la fémorale sont respectivement de 105/60 et 109/50.

Les saturations du côté droit du cœur sont de 73% dans la veine cave supérieure, 77% dans l'oreillette droite, 83% dans le ventricule droit et 86% dans l'artère pulmonaire. Le "shunt" gauche-droit d'après les saturations est d'environ 50%.

Les pressions dans le capillaire pulmonaire sont de 25/14 en expiration et de 22/13 en inspiration.

L'onde V maxima est de 25 mms de mercure alors que l'onde A maxima est de 20 mms de mercure. La pression moyenne au niveau du capillaire pulmonaire est de 18 mms de mercure. Dans l'artère pulmonaire la pression varie entre 34/21 et 40/25. La pression dans le ventricule droit varie entre 38/15 à plus 19 et 45/18 à plus 22 sans aucun *gradient* de pression systolique entre l'artère pulmonaire et le ventricule droit. La pression dans l'oreillette droite est de 22/16 en expiration et de 18/13 en inspiration: l'onde A maxima est de 22 mms de mercure alors que l'onde V maxima est de 20 mms de mercure, sans aucun *gradient* diastolique entre le ventricule et l'oreillette droite. Les pressions dans la veine cave supérieure et la veine cave inférieure sont les mêmes que celles observées au niveau de l'oreillette droite. La pression enregistrée au niveau de l'aorte au-dessus de la valvule aortique est de 88/55 alors que la pression enregistrée au niveau de l'artère radiale simultanément est de 115/52.

Les courbes de dilution de "Cardio-Green" sont enregistrées simultanément à l'artère radiale et dans l'artère pulmonaire gauche puis successive-

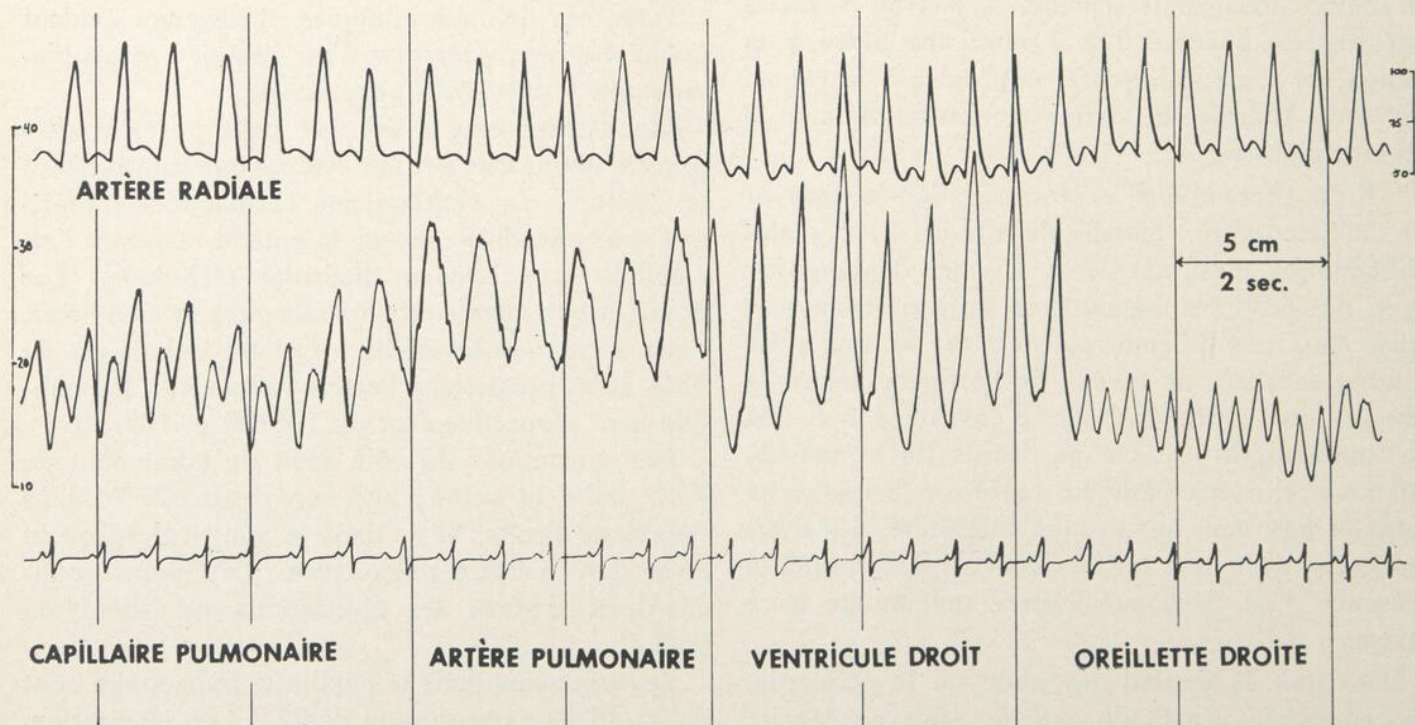
ment dans la chambre de chasse du ventricule droit, la chambre de remplissage du ventricule droit, et l'oreillette droite, après injections successives de 5 mms de "Cardio-Green" au niveau de l'artère pulmonaire droite. Les temps d'apparition après injections dans l'artère pulmonaire droite sont les suivants: apparition à l'artère radiale de 7 sec, à l'artère pulmonaire gauche 4.4 sec, le ventricule droit haut 4.4 sec, le ventricule droit bas à 4 sec et l'oreillette droite 14.4 sec. La morphologie des courbes enregistrées successivement à l'artère pulmonaire et à la chambre de chasse du ventricule droit est semblable. La surface de la courbe enregistrée au niveau de la chambre de chasse du ventricule droit est nettement plus grande que celle de la courbe enregistrée au niveau de la chambre de remplissage du ventricule droit: cela indique que le "shunt" gauche-droit se fait au niveau de la chambre de chasse du ventricule droit. Le "shunt" gauche-droit est estimé à environ 45 à 50% d'après les courbes de dilution des colorants.

Un cathéter est introduit par la méthode percutanée dans l'artère fémorale et il est remonté jusqu'à la valvule aortique. De nouvelles courbes

COURBES DE PRESSION ENREGISTRÉES AU NIVEAU DU COEUR DROIT ET À L'ARTÈRE RADIALE.

C.H. 41 ans

Péricardite aigue et communication anormale entre la racine de l'aorte et la chambre de chasse du ventricule droit.



sont enregistrées simultanément à la radiale et successivement à l'artère pulmonaire, au ventricule droit et à l'oreillette droite. Le temps d'apparition au niveau de l'artère radiale est de 5.8 sec alors que le colorant apparaît à l'artère pulmonaire après 1.4 sec, au niveau du ventricule droit après 1.8 sec, et à l'oreillette droite après 6 sec. Ces courbes démontrent très nettement la présence d'une communication anormale entre l'aorte et la chambre de chasse du ventricule droit.

Une étude ciné-angiocardio-graphique est pratiquée: 35 cc de Rénographin sont injectés rapidement au niveau de l'aorte ascendante: l'examen du ciné démontre très nettement l'apparition quasi-instantanée du colorant au niveau de la chambre de chasse du ventricule droit et au niveau des artères pulmonaires après injection du colorant dans l'aorte. Nous croyons que cette étude ciné-angiocardio-graphique démontre, comme les courbes de dilution des colorants, la présence d'une communication anormale entre la racine de l'aorte et la chambre de chasse du ventricule droit.

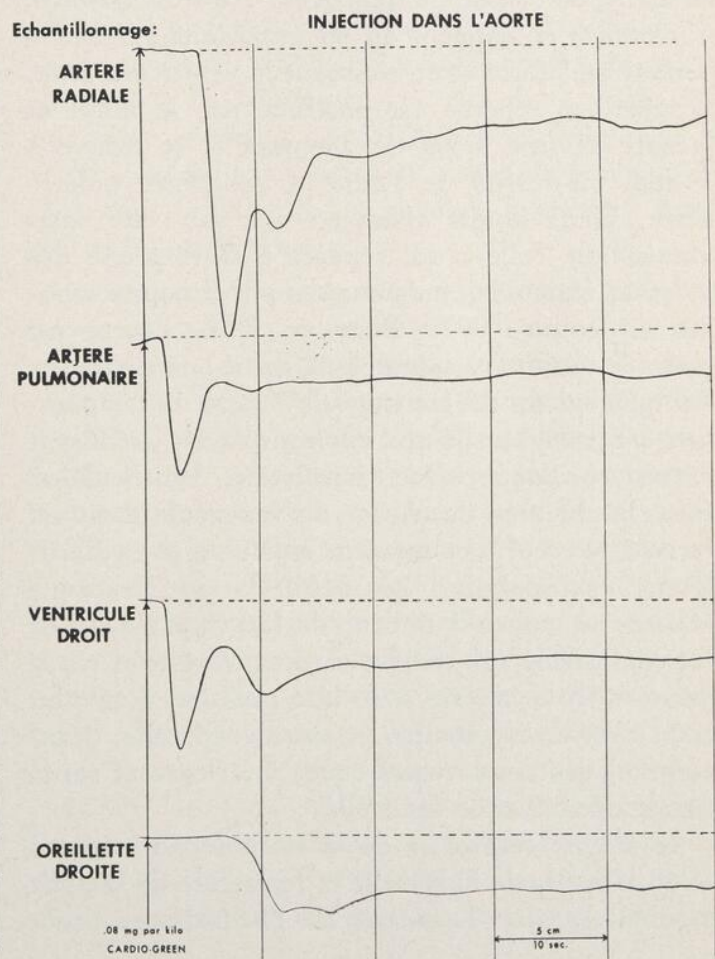
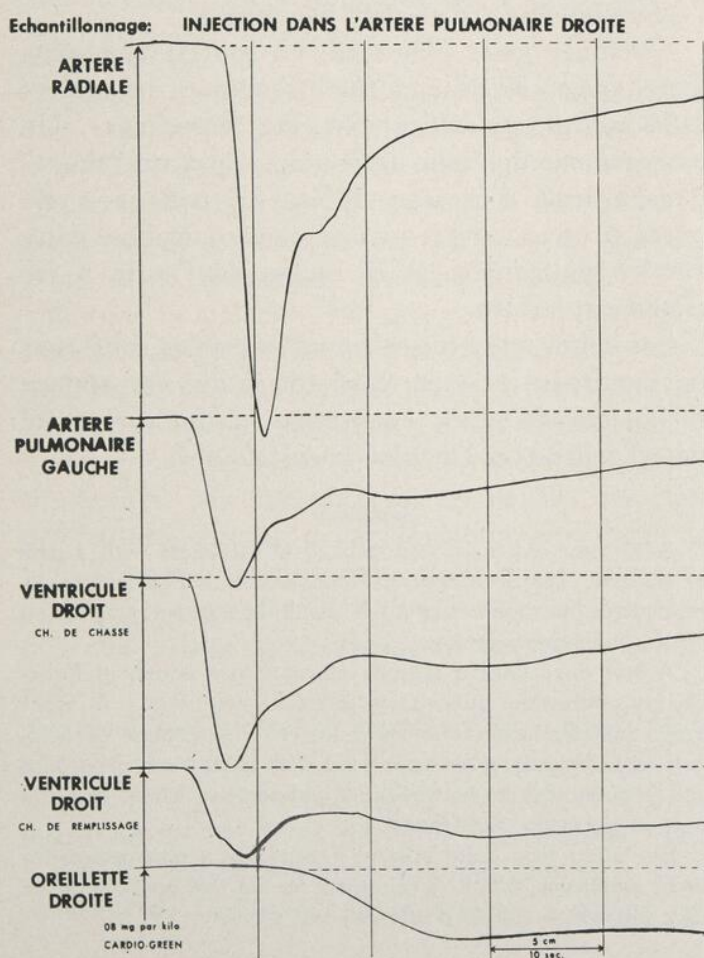
CONCLUSION

Ces données indiquent la présence d'une communication anormale entre la racine de l'aorte et la chambre de chasse du ventricule droit. Le "shunt" gauche-droit est estimé à 50% environ d'après le principe de Fick et d'environ 45 à 50% d'après la méthode de dilution des colorants. L'élévation de la pression capillaire pulmonaire, de la pression diastolique ventriculaire droite et de la pression dans l'oreillette droite et les veines caves est due à un changement du coefficient de distensibilité des parois ventriculaires droite et gauche, causant une restriction dans le remplissage diastolique de ces deux cavités, telle que rencontrée dans la péricardite constrictive. Il existe une légère hypertension pulmonaire que nous croyons secondaire à la présence de la péricardite constrictive. Le débit cardiaque est normal si l'on en juge par la saturation artérielle normale et la saturation au niveau des veines caves et de l'oreillette droite qui sont dans les limites de la normale.

Après quoi, le malade a été opéré.

DEMONSTRATION D'UNE COMMUNICATION ANORMALE ENTRE LA RACINE DE L'AORTE ET LA CHAMBRE DE CHASSE DU VENTRICULE DROIT (TRAUMATIQUE).

C.H. 41 ans



Le patient est placé en décubitus dorsal. La peau de la région thoracique antérieure et de la région inguinale droite est préparée à l'aide de savon, d'éther et de zéphiran.

La technique opératoire se résume brièvement:

1er temps: sternotomie médiane trans-sternale; libération des deux culs-de-sac pleuraux droit et gauche aux dépens d'une grosse brèche de la plèvre droite; incision du péricarde sur le bord latéral droit et encerclement des deux veines caves supérieure et inférieure.

2e temps: incision inguino-crurale longitudinale, longue de 4 cm; dissection de l'artère fémorale commune, de l'aorte et de l'artère pulmonaire autour desquelles un cordon ombilical est passé.

3e temps: canulation des deux veines caves supérieure et inférieure par l'auricule droit par une canule de Bardic Nos 30 et 32; canulation artérielle au moyen d'une canule No 7.4; mise en marche de l'appareil de circulation extra-corporelle.

L'exploration extra-cardiaque montre la présence d'un thrill systolique (grade IV/IV) ayant son maximum d'intensité sur la racine de l'artère pulmonaire, mais perçu également sur la chambre de chasse du ventricule droit, sur toute l'artère pulmonaire et sur l'aorte.

Le circuit extra-corporel est mis en marche et la chambre de chasse du ventricule droit est ouverte. On note à ce moment un jet important systolique venant de l'aorte et envahissant le ventricule droit. L'ouverture repérée est obstruée par le doigt et mesure environ 1 cm de diamètre et se trouve à 1 mm. au-dessus de l'anneau valvulaire pulmonaire. Deux doigts ayant été mis sur cette communication, celle-ci est réparée à travers une des valvules sigmoïdes pulmonaires par 5 points séparés au coton "00". Pour ce faire, l'aorte est clampée durant 12 minutes de façon intermittente. Au moment du déclampage de l'aorte, la température est portée jusqu'aux environs de 29°, réalisant l'arrêt cardiaque avec fibrillation ventriculaire. Puis, la chambre de chasse du ventricule droit est fermée, le cœur à ce moment est dilaté et en fibrillation ventriculaire. La défibrillation électrique réalisée au moyen d'un coup de 180 volts à 1/10 de sec. détermine un rythme cardiaque sinusal régulier à 80 à la minute avec une pression d'environ 100; arrêt de la circulation extra-corporelle, décanulation des deux veines caves inférieure et supérieure, décanulation artérielle.

4e temps: fermeture de la sternotomie médiane selon la méthode habituelle et fermeture de la plaie inguino-crurale. Drainage de l'hémithorax droit.

Le patient a bien toléré son intervention. L'évolution post-opératoire immédiate est très satisfaisante.

Cependant 9 jours après l'intervention, le malade, assez soudainement, présente une tachycardie à 130 avec fièvre et augmentation des douleurs précordiales et rétrosternales. Un frottement pleural est venu s'ajouter au frottement péricardique et les films du poumon ont montré un petit épanchement pleural. Devant ce tableau de "syndrome post-péricardotomie", le malade a été soumis aux corticoïdes et tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

* * *

Les lésions cardiaques d'origine traumatique sont assez rares. La littérature médicale en rapporte cependant plusieurs variétés. Il nous a été donné dernièrement de voir une de ces lésions et nous avons pensé qu'il valait la peine de la rapporter étant donné son intérêt. En effet, ce genre de lésion avant l'emploi de la circulation extra-corporelle n'aurait pas pu être corrigé chirurgicalement.

Résumé

Ce patient de 41 ans subit un assaut à coups de ciseau sur le thorax. Un hémithorax a dû être évacué par thoracotomie. On nota sur la paroi de l'artère pulmonaire un petit hématome.

Quelques jours plus tard, un souffle systolique a été noté et, à l'examen fluoroscopique, des artères pulmonaires pulsatiles ont été entrevues. Un cathétérisme du cœur droit a démontré un "shunt" gauche-droit d'environ 50%. Le patient a été opéré à cœur ouvert et une communication entre l'artère pulmonaire et la racine de l'aorte a été trouvée et fermée.

Les suites opératoires furent normales sauf pour un syndrome post-péricardotomie qui est apparu la 9e journée après l'opération et qui est rentré dans l'ordre avec l'emploi de corticoïdes.

Summary

A 41 year old male was stabbed in the chest with a pair of scissors. He developed a hemothorax which had to be evacuated by thoracotomy. A small hematoma was noted on the pulmonary artery.

A few days later a systolic murmur was noted; at fluoroscopy, pulsating pulmonary arteries were seen. A right heart catheterization showed a left to right shunt of 50% existed. The patient was operated with open heart procedure and communication between the pulmonary artery and the root of the aorta was found and closed.

Evolution was quite normal except for a post-pericardotomy syndrome which developed on the 9th post-operative day and which subsided after steroid therapy.

POLYNÉVRITE ET ARTÉRITE DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

J. GASCON, C.S.P.Q.,

Service de Médecine, Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Tout au cours de l'évolution d'une arthrite rhumatoïde classique, il n'est pas rare de constater l'apparition de symptômes qui témoignent de la généralisation du processus et de la transformation de l'arthrite en une véritable maladie systémique. Aussi est-il devenu à la mode de parler de la maladie rhumatoïde. Et ce qui confère à l'arthrite rhumatoïde son caractère systémique, c'est précisément la formation de granulomes rhumatoïdes et l'avènement de lésions vasculaires plus ou moins disséminées au niveau des différents tissus de l'organisme.

D'après tous les cas déjà publiés dans la littérature courante, le syndrome de polynévrite représente sans aucun doute la manifestation clinique la plus constante et pathognomonique de l'artérite rhumatoïde (1). Beaucoup plus rarement, mais de façon non moins évidente, ces lésions vasculaires se manifestent sous la forme de lésions ischémiques et nécrosantes de la peau.

L'une de nos malades rhumatoïdes a présenté au cours de l'évolution de son arthrite cette double manifestation de polyartérite et du même coup a stimulé notre intérêt à l'étude de ce problème.

Observation

Il s'agit de madame H.B., ménagère, âgée de 52 ans, souffrant d'une arthrite rhumatoïde bien classique de longue durée, évoluant depuis 16 ans et très avancée, de stage III et de grade III. Sa maladie a évolué à bas bruit par périodes d'exacerbations et de rémissions jusqu'au printemps 1959, alors que la malade a fait une poussée plus sévère et tenace de polyarthrite aiguë nécessitant l'institution de la corticothérapie. Elle présentait alors les déformations classiques d'une arthrite rhumatoïde chronique avancée, de l'atrophie musculaire disséminée, des déformations en flexion des coudes et des genoux et la déviation en "coup de vent" des mains et en valgus des pieds. De gros nodules sous-cutanés faisaient saillie à la portion proximale, face aux extenseurs des deux avant-bras.

La malade fut notablement améliorée par la physiothérapie, les salicylates et le prednisone qu'on a dû administrer alors de façon continue à la dose moyenne de 10 mgms par jour. La malade avait manifesté de l'intolérance aux tentatives de suppression de l'activité de son arthrite à l'aide des

sels d'or et des antimalariens. En novembre 1960, soit un an et demi après le début de la corticothérapie, la malade, bien que son arthrite fut relativement bien contrôlée, commence à accuser des douleurs plus diffuses dans ses jambes sous forme de brûlure d'intensité maximum la nuit, s'accompagnant de paresthésie et de faiblesse marquée. La marche était rendue très difficile et la malade décrivait clairement son impression que la plante de ses pieds semblait séparée du sol par une épaisse couche d'ouate.

L'examen neurologique, contrôlé par le neurologue, révélait une faiblesse musculaire très marquée aux membres inférieurs avec abolition des réflexes rotuliens, diminution des achilléens, absence de sensibilité douloureuse et thermique et diminution de la sensibilité profonde. Le neurologue confirme notre impression diagnostique de polynévrite probablement consécutive à l'arthrite rhumatoïde. En l'absence d'hypertension et d'évidence de lésions plurisystémiques pulmonaires, rénales, il nous était difficile d'entretenir la possibilité diagnostique d'une polyartérite noueuse. Trois biopsies musculaires pratiquées au niveau des mollets ont ramené un tissu parfaitement normal.

Après avoir réduit le dosage quotidien de la prednisone à 7.5 mgms, la malade a reçu des injections répétées de complexes vitaminiques B et on a vu ses symptômes et signes de polynévrite régresser de 75% en un mois et disparaître complètement en trois mois.

La patiente par la suite a présenté quelques courts épisodes de réactivation de son arthrite qui obligeaient d'augmenter temporairement la dose quotidienne de prednisone à 10-15 mgms. Au mois d'octobre 1962, la malade consulte de nouveau pour réapparition des mêmes symptômes sensitivo-moteurs aux membres inférieurs témoignant d'une récurrence de polynévrite accompagnée cette fois de multiples petites lésions cutanées de 0.15 à 3 cms de diamètre, les plus récentes d'aspect blanc nacré et les plus anciennes franchement noirâtres et entourées d'une zone érythémateuse froide et douloureuse (Fig. 1). Entre ces lésions nécrotiques localisées au tiers inférieur des deux jambes et aux chevilles, les téguments étaient d'un aspect normal. Le consultant en maladie vasculaire a confirmé le diagnostic clinique d'artériolite nécrosante et nota que les pulsations artérielles des fémorales, des



poplitées, pédieuses et tibiales postérieures étaient normales et bien palpables.

Outre ces signes de déficience sensitivo-motrice caractéristiques de polynévrite et d'occlusions artériolaires focales et des déformations d'une arthrite avancée et cliniquement inactive (la sédimentation effectivement oscillait entre 13 et 26 mms l'heure), l'examen ne permettait de déceler aucune atteinte plurisystémique pouvant nous laisser soupçonner une polyartérite noueuse ou un lupus disséminé. La recherche des cellules L.E. à répétition s'est avérée négative, alors que les épreuves d'agglutination du facteur rhumatoïde se sont avérés assez fortement positives à 1/320. La malade a malheureusement refusé toute nouvelle biopsie malgré notre insistance.

La faible activité de la maladie articulaire a permis de réduire la dose quotidienne des corticoïdes à 5 mgms, comme il est fortement recommandable dans ces cas compliqués d'artérite. Et la malade a reçu du complexe vitaminique B à haute dose et un agent vasodilatateur. Un mois et demi après le début de ce traitement, tous les signes de polynévrite ont régressé et trois mois plus tard les lésions nécrotiques cutanées ont toutes guéri à l'exception d'une petite lésion de un cm de diamètre qui persiste sous forme d'ulcère à la cheville antérieure gauche et qui très lentement se comble par granulation.

COMMENTAIRES ANATOMO-CLINIQUES

On retrouve dans la littérature courante la description de cas de vascularite rhumatoïde dont le spectre de gravité est très large. A l'occasion de

l'étude d'un bon nombre de cas d'artérite rhumatoïde rapportés dans la littérature, Kemper, Baggenstoss et Slocumb (2) ont pu distinguer trois grands types de lésions vasculaires: 1) la périartérite, caractérisée par une accumulation périvasculaire et adventitielle de leucocytes et plasmocytes; 2) une artérite subaiguë caractérisée par une infiltration de leucocytes surtout de lymphocytes avec exsudation fibrineuse au niveau de toutes les couches de la paroi vasculaire; 3) une artérite aiguë caractérisée par une infiltration de polynucléaires et une nécrose massive des différentes couches de la paroi vasculaire.

Cette vascularite rhumatoïde atteint de façon préférentielle, sinon exclusive, les petites artérioles et capillaires. Elle a une distribution très segmentaire et focale, de sorte que la biopsie négative même après sections sériées de la pièce ne peut exclure le diagnostic. Les lésions se localisent au niveau de multiples tissus et organes, mais avec une grande prédilection pour les nerfs, les muscles, l'œil, le cœur, le nodule souscutané, la peau et enfin les séreuses (synoviale articulaire péricarde et plèvre). Ce sont donc évidemment ces lésions artériolaires qui en se disséminant confèrent à l'arthrite son caractère de maladie rhumatoïde systématique et du même coup resserre son lien de parenté avec les autres maladies du collagène en particulier le lupus érythémateux et la polyartérite noueuse.

Malgré la négativité de la biopsie chez notre patiente, on est en droit de maintenir le diagnostic d'artériolite chez elle. D'ailleurs Schmid, Cooper et Ziff (3) affirment qu'en l'absence de toute cause métabolique, toxique ou infectieuse, on est justifié de conclure que l'apparition de polynévrite chez un malade rhumatoïde signe presque à coup sûr la présence d'une artérite sous-jacente et possiblement nécrosante. A preuve, des biopsies périodiques chez ces malades ont permis d'observer le parallélisme entre la régression clinique de la neuropathie et la guérison histologique des lésions inflammatoires vasculaires.

La polynévrite en effet est assez constante et on la rencontre chez 75% des cas d'artérite. Elle se développe comme d'ailleurs l'artérite chez des arthritiques ayant évolué d'ordinaire durant une période de plus de dix ans et présentant des changements articulaires chroniques et des déformations importantes. La névrite débute soudainement en quelques heures ou quelques jours très souvent à la suite d'une longue période de repos. Elle se

manifeste par une déficience sensitivo-motrice très souvent symétrique et se localise avec prédilection au niveau des extrémités inférieures. Occasionnellement, la poussée de polynévrite s'accompagne de légère température, d'anémie et de leucocytose. Les symptômes neurologiques demeurent généralement stationnaires des semaines ou des mois pour ensuite s'amender totalement en dedans de la période d'un an.

Outre la polynévrite, un autre critère clinique important, mais moins constant, va signer la présence d'artérite rhumatoïde. Notre patiente, de même que 10% des cas rapportés dans la littérature, ont développé ces lésions de gangrène cutanée qui sont très localisées au niveau des extrémités supérieures ou inférieures et séparées par de larges intervalles de peau saine. Elles tendent à s'ulcérer, guérissent par granulation très lente et ont peu de tendance à s'infecter. Les artères périphériques chez ces malades demeurent bien palpables et les extrémités conservent une température et une coloration normales. Aussi il semble bien que ces lésions soient causées par un processus d'artériolite oblitérante très localisée et segmentaire.

Certaines manifestations systémiques de l'arthrite rhumatoïde sont notablement plus fréquentes chez les porteurs d'artérite que dans la population rhumatoïde générale et permettent donc déjà de soupçonner la possibilité de lésions vasculaires. Cinquante-cinq pour cent (55%) des cas d'artérite présentent des nodules sous-cutanés. Des lésions inflammatoires de l'œil sous forme d'épisclérite ou d'iritis surviennent chez 15% des cas d'artérite, alors que 13% d'entre eux développent un syndrome clinique non équivoque de péricardite. Un fait significatif à noter, c'est que dans presque 100% des cas d'artérite, les épreuves d'agglutination du facteur rhumatoïde sont positives et en général fortement positives. La recherche des cellules L.E. donne une réponse positive aussi élevée que 23% et principalement chez les cas d'artérite nécrosante.

DISCUSSION

Il n'y a aucun doute que notre patiente aussi bien que les nombreux cas d'artérite qu'on a recueilli dans la littérature souffrent d'une arthrite rhumatoïde bien franche malgré l'addition de lésions d'artérite qui pourraient simuler un lupus ou une polyartérite noueuse. La grande majorité de ces malades au moment où apparaît leur syndrome d'artérite présentent déjà des changements

articulaires cliniques et radiologiques avancés typiques de l'arthrite rhumatoïde. La fréquence élevée du nodule sous-cutané caractéristique et du facteur rhumatoïde chez ces patients vient encore appuyer avec force le diagnostic d'arthrite rhumatoïde ait dû se transformer en une autre collagénose vasculaire comme le lupus ou la polyartérite noueuse ou que ces dernières maladies aient un temps évolué sous l'apparence d'une arthrite rhumatoïde.

Il est des faits qui suggèrent que l'artérite est une lésion essentielle de l'arthrite, représentant soit une lésion précoce et au début silencieuse qui aurait progressé au point de devenir cliniquement manifeste ou une complication plus tardive de l'arthrite, mais directement reliée au processus rhumatoïde. Sokoloff et Bunim (4) croient en effet que la lésion vasculaire joue un rôle fondamental dans la pathogénie des lésions rhumatoïdes. Ils ont démontré par l'examen minutieux du jeune nodule rhumatoïde l'existence très fréquente de lésions d'artérite nécrosante. Bennett, Zeller et Bauer (5) prétendent que l'artérite oblitérante jouerait un rôle primordial dans la formation de la nécrose centrale du nodule rhumatoïde. En effet, la présence fréquente et simultanée de ces lésions inflammatoires des vaisseaux au niveau des nodules rhumatoïdes, des synoviales et des muscles très précocement dans l'évolution d'une arthrite rhumatoïde, suggère encore fortement que l'artérite est une composante spécifique de la maladie.

D'autre part, certains auteurs se refusent à considérer l'artérite comme une manifestation propre de l'arthrite rhumatoïde à cause d'abord de l'absence de cette manifestation chez un grand nombre de malades rhumatoïdes et le manque de caractères histopathologiques vraiment distinctifs de ces lésions. Collins (6) interprète ces lésions comme une composante non spécifique de la réaction inflammatoire des tissus affectés. Un second fait troublant gêne l'association des deux phénomènes d'artérite et arthrite en une seule maladie et c'est l'absence d'exacerbation des synovites articulaires au moment où la maladie vasculaire s'installe et devient floride. Lorsque notre patiente a développé sa polynévrite et ses lésions nécrosantes de la peau, aucune réactivation de son arthrite n'a été notée. Les lésions d'artérite semblent évoluer pour leur compte pour guérir en quelques mois, à moins qu'il ne s'agisse de la forme d'artérite nécrosante dissé-

minée aux organes vitaux causant la maladie rhumatoïde maligne, éventuellement fatale. Et la guérison habituelle de cette artérite vérifiée par des biopsies périodiques n'altère en rien l'évolution subséquente de la maladie articulaire.

On a certainement remarqué que notre patiente a développé son premier épisode de polynévrite un an et demi après le début de la corticothérapie et son deuxième épisode accompagné de nécrose cutanée deux ans plus tard. À aucun moment, de telles lésions ne s'étaient produites durant les treize années antérieures de l'évolution de son arthrite. Pour Slocumb, Polley, Ward (7), Johnson, Smyth et Holt (8), ces lésions pourraient être imputables à la corticothérapie, puisque leur fréquence augmente considérablement chez ces malades qui développent le syndrome d'hypercorticoïdisme iatrogénique caractérisé par de la faiblesse, des myalgies, de l'œdème, des phlébites, de la pleurite, de la péricardite et de la nécrose cutanée.

Cependant bien des auteurs ne sont pas d'accord; avant même l'ère des corticoïdes, on reconnaissait cette complication vasculaire rhumatoïde. En 1957, Bywater (9) décrivait sept cas d'artérite rhumatoïde n'ayant jamais reçu de corticostéroïde. L'autopsie chez un de ces malades a démontré des lésions vasculaires extensives au niveau de multiples organes. Schmid, Cooper, Ziff et McEwen (3) vont appuyer les observations de Bywater en décrivant seize cas d'artérites rhumatoïdes manifestées par des lésions nerveuses, cutanées et systémiques dont six cas n'ont jamais reçu de corticoïdes.

Ces auteurs (3) font une analyse poussée des quelque cent cas d'artérites rhumatoïdes publiés jusqu'en 1961. Presque la moitié, soit 45%, des cas n'a jamais été soumis aux corticoïdes. Ceux-ci ne semblent donc pas jouer un rôle étiologique dans ce syndrome d'artérite dont d'ailleurs les manifestations parfois n'apparaissent qu'au moment du sevrage. Kulka, Roper et Bauer (10) en comparant l'histologie de l'artérite rhumatoïde avec et sans cortico-thérapie préalable ont noté une différence nette de gravité. Sur cent cas recueillis par Schmid, cinquante-cinq font une artérite nécrosante, dont quarante et un (soit une fréquence de 75%) ont reçu des corticoïdes. Il semble donc que les corticoïdes, s'ils ne causent pas nécessairement l'artérite, peuvent l'aggraver possiblement au point de transformer une artérite bénigne en une artérite grave nécrosante.

Il est difficile de fournir une explication satisfaisante sur la pathogénie des lésions d'artérite

dans l'arthrite rhumatoïde. Dans la polyartérite noueuse et le lupus, on rattache de plus en plus ces lésions à des phénomènes d'hypersensibilité et d'auto-immunité et l'on en a des évidences fort suggestives avec les travaux de Holman et Kumkel (11). Ces formes d'artérites de même que l'artérite rhumatoïde sont à peu près identiques aux lésions d'artérite allergiques et à celles de la maladie du sérum. Or il est fort impressionnant de noter chez ces patients rhumatoïdes atteints d'artérite un taux très élevé de facteur rhumatoïde. Ce facteur est une macroglobuline susceptible de comporter des propriétés d'anticorps et il est plausible que l'artérite représente tout simplement une réponse immunologique. Ce mécanisme rendrait bien compte du profil clinique de l'artérite évoluant sous la forme d'un épisode aigu et transitoire au cours de l'évolution de l'arthrite rhumatoïde et du fait que bien que inconstante elle demeure une composante de la maladie rhumatoïde.

Résumé

On a décrit un cas d'arthrite rhumatoïde avancé ayant présenté la double manifestation d'un syndrome de névrite périphérique et des lésions de nécrose cutanée des extrémités inférieures. L'apparition de ces lésions, après institution de la corticothérapie, suggère que ces agents peuvent y jouer un rôle déclenchant ou aggravant. L'analyse des quelque cent cas publiés dans la littérature a permis d'élaborer le profil clinicopathologique de ces lésions d'artérite et de discuter de leur signification en regard de la maladie rhumatoïde.

Summary

One patient with advanced rheumatoid arthritis is reported who developed peripheral neuropathy and necrotic shin lesions, both being manifestations of arteritis in spite of negative muscle biopsy. The clinical course of this patient suggests that therapy with steroids may have been an important factor in precipitating that syndrome. The clinical and pathological features of these lesions are discussed as well as their relationship to the rheumatoid disease.

BIBLIOGRAPHIE

1. FERGUSON, R. H.; SLOCUMB, C. H.: Peripheral Neuropathy in Rheumatoid Arthritis. *Bull. on Rheum. Dis.*, 11: 251, (mai) 1961.
2. KEMPER, J. W.; BAGGENSTOSS, A. H. et SLOCUMB, C. H. — The Relationship of Therapy with Cortisone to the Incidence of Vascular Lesions in Rheumatoid Arthritis. *Ann. In. Med.*, 46: 831, 1957.
3. SCHMID, F. R.; COOPER, M. S.; ZIFF, M. et McEWEN, C.: Arteritis in Rheumatoid Arthritis. *Am. J. Med.*, 30: 56, 1961.

4. SOKOLOFF, L. et BUNIM, J. J.: Vascular Lesions in Rheumatoid Arthritis. *Journ. Chron. Dis.*, 5: 668, (juin) 1957.
 5. BENNETT, G. A.; ZELLER, J. W. et BAUER, W.: Subcutaneous Nodules of Rheumatoid Arthritis and Rheumatic Fever. A pathologic Study *Arch. Path.*, 30: 70, 1940.
 6. COLLINS, D. H.: The Pathology of Articulars and Spinal Diseases. Arnold et Co., édit., London, 1949, p. 209.
 7. SLOCUMB, C. H.; POLLEY, H. F. et WARD, L. E.: *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 32: 227, 1957.
 8. JOHNSON, R. L.; SMITH, C. J.; HOLT, G. W.; LUBCHENCO, A.; VALENTINE, E.: Steroid Therapy and Vascular Lesions in Rheumatoid Arthritis. *Arth. & Rheum.*, 7: 224 (juin) 1959.
 9. BYWATERS, H. G. L.: Peripheral Vascular Obstruction in Rheumatoid Arthritis and its Relationship to other Vascular Lesions. *Ann. Rheum. Dis.*, 16: 84, 1957.
 10. KULKA, J. P.; ROPES, M. W. et BAUER, W.: Rheumatoid Vasculitis: A Clinicopathologic Study of Lesions Encountered before and after the Advent of Steroid Therapy. Program of the Second Pan-American Congress on Rheumatic Diseases, Washington, D.C., juin 1959.
 11. HOLMAN, H. R. et KUNKEL, H. G.: Affinity between the Lupus Erythematosus Serum Factor and Cell Nuclei and Nucleoprotein. *Science*, 126: 162, 1957.
 12. EPSTEIN, W. V. et ENGLEMAN, E. P.: The Relation of the Rheumatoid Factor Content of Serum to Clinical Neurovascular Manifestations of Rheumatoid Arthritis. *Arth. & Rheum.*, 2: 250, 1959.
-

TABLEAU II
TAUX SANGUINS D'AMPICILLINE

(après administration d'une dose orale unique)

Dose absorbée " per os "	TAUX SANGUINS (exprimés en mcg/ml) après				
	1/2 heure	1 heure	2 heures	4 heures	6 heures
250 mg	0.50	1.55	1.61	0.89	0.25
500 mg	0.68	1.85	2.58	1.19	0.40
1 gm	1.78	2.87	4.07	1.70	0.55

TABLEAU III
RESULTATS DES EPREUVES DE SENSIBILITE A L'AMPICILLINE

effectuées selon la méthode des disques sur plaque de gélose (1).

Espèces microbiennes	Nombre de souches	SENSIBLES		PEU SENSIBLES		RESISTANTES	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Escherichia coli	420	201	48	67	16	152	36
Klebsiella	170	21	12.3	3	1.7	146	86
Cloaca	24	2	8.3	1	4.2	21	87.5
Hafnia	47	11	23.4	7	15	29	61.6
Serratia	1	0	-	0	-	1	-
Citrobacter	20	3	15	1	5	16	80
Proteus vulgaris	36	18	50	2	5.6	16	44.4
Proteus mirabilis	200	135	67.5	16	8	49	24.5
Proteus morgani	42	8	19	1	2.5	33	78.5
Proteus rettgeri	10	3	30	0	-	7	70
Providencia	59	25	42.3	4	6.7	30	51
Alcaligenes faecalis	22	7	31.8	2	9.1	13	59.1
Alcalescens dispar	1	1	-	0	-	0	-
Salmonella (groupe B)	3	3	100	0	-	0	-
Streptococcus faecalis	263	257	97.7	1	0.4	5	1.9
Streptococcus alpha et beta	114	114	100	0	-	0	-
Diplococcus pneumoniae	38	38	100	0	-	0	-
	1470	847	57.7	105	7.1	518	35.2

(1) Concentration des disques utilisés: 2 mcg.

Sensibles: Diamètre de la zone d'inhibition supérieur à 11 mm.

Peu sensibles: Diamètre de la zone d'inhibition inférieur ou égal à 11 mm.

Résistantes: Absence de zone d'inhibition.

pas d'antibiotique, sera le témoin de la culture bactérienne.

Les tubes sont placés à l'étuve à 37° C, durant 18 heures. Après ce délai, on recherche la C.M.I., c'est-à-dire, la plus grande dilution d'ampicilline qui a inhibé totalement la croissance de la bactérie.

LES RÉSULTATS

Les résultats obtenus sont résumés dans le Tableau I.

Compte tenu des niveaux sanguins obtenus après administration per os de doses uniques d'ampicilline, qui sont résumés dans le Tableau II, nous pensons que seules peuvent être déclarées sensibles les souches dont la C.M.I. est inférieure ou égale à 3.12 mcg/ml. Cette concentration est en effet dans la zone maxima des concentrations sanguines obtenues après absorption d'un gramme d'ampicilline.

Parallèlement, nous avons recherché la sensibilité de 1470 autres souches bactériennes par la méthode des disques sur gélose, en utilisant des disques chargés à 2 mcg d'ampicilline. Les résultats obtenus sont résumés dans le Tableau III.

Les pourcentages des souches sensibles dans chaque espèce microbienne, par la méthode des disques, sont très voisins de ceux obtenus par la méthode des dilutions en tubes si l'on fixe la limite de la zone de sensibilité à 3.12 mcg/ml et si

l'on considère "peu sensibles" celles dont la C.M.I. est inférieure ou égale à 6.25 mcg/ml. Enfin, le Tableau IV permet de comparer, pour 230 souches bactériennes, la sensibilité aux autres antibiotiques d'usage courant et la sensibilité à l'ampicilline.

Conclusion

La recherche de la sensibilité à l'ampicilline a été effectuée sur un total de 1776 souches bactériennes, soit la méthode des dilutions en tubes, soit par celle des disques sur gélose. Les résultats obtenus confirment que le spectre d'action de cette nouvelle pénicilline s'est effectivement étendu aux bacilles Gram négatif; cependant, en se reportant aux différents tableaux, on remarque que les pourcentages de souches sensibles diffèrent beaucoup suivant les espèces microbiennes: 74.5% des *Proteus mirabilis* sont sensibles alors que 13.5% seulement des *Klebsiella* sont sensibles à l'ampicilline.

Il apparaît également dans le *Tableau IV* que les pourcentages de souches sensibles sont généralement inférieurs à ceux obtenus pour d'autres antibiotiques.

Pour ces raisons, il semble qu'en présence d'une infection où l'on suspecte l'intervention de bacilles Gram négatif, en l'absence d'identification bactérienne et d'antibiogramme, ce n'est pas l'ampicilline qui a le plus de chances d'être active sur la bactérie en cause. Par contre, si le bacille isolé

TABLEAU IV

POURCENTAGE DE SENSIBILITE SUR 255 SOUCHES MICROBIENNES.

	N ^o . de souches	Ampi.	Chloro.	Tetra.	Kana.	Strepto.	Neo.	Coli.	Sulfas.	Fura.
		A.	C.	T.	K.	S.	N.	Coli.	Sul.	F.
Esch. coli	72	57	89	66	94	70	95	95	79	100
Cloaca	7	28	57	43	100	57	71	71	57	71
Klebsiella	26	8	35	35	77	27	69	81	23	73
Proteus vulg.	12	42	83	33	100	92	83	0	67	50
" mirab.	68	84	60	6	93	72	81	1	76	21
" morg.	12	25	58	58	92	67	92	0	83	58
" rettg.	5	0	60	20	100	100	80	0	100	40
Salm. Typh.	3	100	100	100	100	0	100	100	100	100
Ps. aeruginosa	21	0	0	0	0	5	24	100	67	0
		A.	C.	TE.	K.	P.	N.	E	Sulf.	NV.
Strepto. faecalis	29	90	100	41	0	72	3	72	7	62

s'est révélé sensible "in vitro" à l'ampicilline, cet antibiotique peut être considéré comme l'antibiotique de premier choix en raison de son action bactéricide et de la rareté des incidents liés à l'emploi des pénicillines. En somme, l'ampicilline ne devrait être prescrite, à quelques exceptions près, que sur la vue des résultats de l'antibiogramme.

L'ampicilline possède par ailleurs une action semblable à la pénicilline G sur les Streptocoques et Pneumocoques. Mais son action sur le Streptocoque fœcalis est plus constante que celle de la pénicilline G et c'est là sans doute la seule indication de préférer l'ampicilline contre les cocci Gram positif à condition toutefois que ce Streptocoque soit résistant à la pénicilline G.

Summary

Over 1776 antibiotic sensitivity tests with ampicillin, a new broad spectrum semi-synthetic penicillin, were done

on different bacterial strains, by tube dilution and discs methods.

The results have shown that its anti-bacterial action on both gram positive and gram negative organisms, is somewhat similar to other broad spectrum antibiotics. For instance, 74.5% of *Proteus mirabilis* and only 13.5% of *Klebsiella* strains were sensitive, but its action is unpredictable in the absence of a sensitivity test.

On the other hand, if the responsible organism is sensitive "in vitro", it would then become the antibiotic of first choice, for its bactericidal action, and its low incidence of secondary reaction.

Its action against gram positive organisms is similar to that of penicillin G, and somewhat superior against *Streptococcus faecalis*, due to the fact that a greater number of strains of this type of bacteria are sensitive.

In summary, ampicillin, a broad spectrum bactericidal antibiotic, should be recommended for the treatment of infections only after a sensitivity test has been performed on the isolated infective organism.

REVUE GÉNÉRALE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET RHUMATISME *

L. J. PAPINEAU, F.R.C.S.(C) ¹

On a trop souvent tendance, même de nos jours, à considérer le rhumatisant comme un malade purement médical. A ce malade, l'on dira fréquemment avec un haussement d'épaules signant le pronostic: "Vous souffrez de rhumatisme; prenez de l'Aspirine, surtout n'allez pas vous faire opérer!" Ce traitement empirique n'agit sûrement pas sur les malformations engendrées par la maladie. Au contraire, un traitement médical bien suivi, associé au moment opportun à une intervention chirurgicale ou à une manipulation orthopédique, peut rétablir une fonction adéquate dont le malade sera reconnaissant.

Le concours chirurgical doit être demandé précocement et non à une phase tardive où des lésions irrémédiables et une atrophie musculaire irréversible seront installées. Nous avons voulu donner ici un bref aperçu de ce que la chirurgie orthopédique peut apporter au rhumatisant selon que le membre supérieur, la colonne vertébrale ou le membre inférieur sont atteints.

1. LE MEMBRE SUPÉRIEUR

A) L'épaule

a) Dans l'arthrite rhumatoïde, la déformation de l'articulation s'installe ordinairement en adduction et rotation interne. Le patient, par des mouvements scapulo-thoraciques, peut jusqu'à un certain point compenser pour la perte de mouvements à l'articulation scapulo-humérale. Si l'ankylose ne cède pas aux exercices actifs dirigés, une manipulation, sous anesthésie générale avec relâchement, est indiquée. Au cours de cette manipulation, l'on utilise des bras de levier très courts. Débutant par les mouvements les plus faciles (adduction et rotation interne) l'on continuera par des mouvements de rotation externe, de flexion et d'abduction. Cette manipulation doit être faite avec prudence et douceur. La rupture des adhérences fibreuses est souvent audible. L'absence de bruit caractéristique ne signifie pas échec.

Si les adhérences ne cèdent pas à l'application d'une force raisonnable, il vaut mieux se satisfaire d'un gain partiel lors d'une première manipulation,

quitte à répéter l'intervention après trois semaines. Une physiothérapie intensive est utilisée dans l'intervalle.

L'injection dans la bourse séreuse sous-acromiale de 10 cc d'une solution de xylocaïne à 1%, additionnée d'une dose appropriée d'un stéroïde, diminue les douleurs post-manipulation et facilite la physiothérapie.

Souvent, immédiatement après la manipulation, le malade étant encore sous anesthésie, l'on attache en abduction, à la tête du lit, le bras manipulé, de telle sorte qu'à son réveil, le patient constate l'amélioration apportée à son état.

Si, post manipulation, on a le moindre doute sur l'intégrité osseuse, une radiographie est prise sans délai. S'il existe une fracture, le traitement approprié est mis en œuvre.

Les traitements de physiothérapie débutent le plus tôt possible après la manipulation, i.e. dans les heures qui suivent le réveil.

Si les manipulations échouent, on a recours à la résection de la seconde articulation de l'épaule, c'est-à-dire, la résection de l'acromion et de la bourse séreuse sous-acromiale, de façon à libérer les muscles périarticulaires. L'intervention est complétée de routine par une physiothérapie intensive. Les résultats de cette intervention sont de deux ordres:

1. Diminution de la douleur;

2. Augmentation de l'amplitude des mouvements.

b) Dans l'ostéoarthrite de l'épaule, affection rare, toujours secondaire soit à une malformation congénitale, soit à un traumatisme, soit à une arthrite infectieuse, le malade peut être soulagé au début par des manipulations alternées avec des immobilisations intermittentes.

Si la douleur est intense, deux types de traitement peuvent être utilisés:

1. La dénervation de l'articulation par section de la branche articulaire du nerf circonflexe;

2. L'arthrodèse de l'épaule, faite non pas comme on la pratiquait il y a quelques années, i.e. en légère flexion et rotation externe, mais une légère rotation interne et extension, de telle sorte que le malade puisse, s'il le désire, joindre avec la main correspondant à l'épaule arthrodésée, la poche de son pantalon.

* Travail présenté devant la Société Médico-Chirurgicale de Montréal (Section Arthrite) — 1962.

¹ Section d'Orthopédie, Service de Chirurgie, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

c) *La périarthrite de l'épaule*

De Sèze, Rickevaert et Robin ont décrit trois phases cliniques dans la périarthrite de l'épaule, soit:

1. *La phase de périarthrite simple chronique*, au cours de laquelle les mouvements sont douloureux, mais non limités. Le malade ne peut dormir couché sur l'épaule atteinte et à l'examen, la pression sous-acromiale réveille une douleur d'intensité variable. Cette phase peut durer quelques semaines, puis régresser. Si au contraire la douleur augmente, le malade passe dans la deuxième phase de la périarthrite.

2. *La phase de l'épaule douloureuse aiguë*. La douleur, très intense, bloque l'épaule en adduction limitant les mouvements à 15°. Le malade, inconfortable dans toutes les positions, ne peut dormir. Les analgésiques sont inefficaces, sauf comme l'expérience nous l'a enseigné, s'il y a association de phénacétine, d'acide-acétyl-salicylique et de codéine additionnée d'une ou de deux onces de *Rye* ou de *Gin*. La douleur maxima siège à l'épaule, mais irradie dans le bras vers le coude et quelquefois dans l'avant-bras jusqu'au poignet. En l'absence de traitement, cette douleur dure quelques semaines, au bout desquelles le malade entre dans la troisième phase.

3. *La phase de l'épaule bloquée*. Cette phase porte aussi le nom de périarthrite de l'épaule. La douleur est peu intense au repos, mais les mouvements qui sont limités l'augmentent. Cette limitation des mouvements peut régresser lentement avec le traitement et quelquefois spontanément.

Ces trois phases peuvent être associées ou non à une calcification du tendon du sus-épineux. Le traitement chirurgical consiste en:

1. Une manipulation de l'épaule périarthritique sans calcification;

2. une excision de la calcification et de la bourse sous-acromiale dans la forme sur-aiguë et dans la forme chronique, à condition que le diamètre de la calcification soit supérieur à un centimètre. Un centimètre à un centimètre et demi de l'acromion est aussi réséqué, afin d'empêcher le frottement de cette proéminence osseuse sur la cicatrice du sus-épineux. A la phase aiguë l'opération apporte un soulagement immédiat. La physiothérapie débute le premier jour post-opératoire par des exercices pendulaires suivis de mouvements de rotation interne et externe, d'abduction, d'extension et de flexion. La récupération complète se fait en trois à cinq semaines.

d) *L'arthrite acromio-claviculaire* se rencontre isolément assez souvent. Une fois la thérapeutique médicale (injection de stéroïde, chaleur locale, exercices) épuisée, la résection trans-articulaire de l'acromion donne d'excellents résultats.

B. *Le coude*

La position de fonction du coude est l'angle droit. Dans un cas négligé d'arthrite rhumatoïde, le coude peut se fixer dans une position intermédiaire entre 90° et l'extension complète. Le traitement orthopédique consiste alors en une seule manipulation sous anesthésie générale ou en des manipulations multiples au moyen de plâtres sériés.

Si l'ankylose en mauvaise position du coude est totale, le traitement est chirurgical et consiste en une résection articulaire ou en une arthroplastie. Cependant, l'on ne peut anticiper, avec certitude, une force musculaire post-opératoire suffisante pour permettre la marche avec béquilles. C'est pourquoi il faut faire montre d'une extrême prudence avant d'entreprendre une arthroplastie du coude chez un malade dont la station debout et la marche dépendent de l'utilisation de cannes ou de béquilles.

En général, la dénervation d'une articulation quelconque, dans le but de soulager la douleur, s'est avérée un procédé peu fiable. Cependant, c'est au coude que la dénervation obtient ses meilleurs résultats, l'innervation articulaire à ce niveau étant facilement exposée et l'articulation ne jouant aucun rôle de support corporel.

Dans les cas moins graves où la douleur et la limitation de mouvement sont les caractéristiques les plus importantes de l'affection, la synovectomie avec ou sans débridement articulaire peut s'avérer être le traitement de choix. Smith Petersen a attiré l'attention sur le fait que dans ces cas il existe un vice de relation entre la tête radiale et le condyle huméral, la tête étant subluxée antérieurement. Une petite dépression correspondant à la marge inférieure de la surface articulaire de la tête radiale apparaîtrait fréquemment sur la surface articulaire du condyle. Ce déplacement de la tête radiale est probablement secondaire à un spasme défensif du biceps. La résection de la tête radiale enlève le blocage de l'articulation pour les mouvements de flexion et d'extension et facilite la pronation et la supination.

Dans l'ostéo-arthrite du coude les interventions sont rarement indiquées, sauf pour l'exérèse de particules libres provoquant des symptômes défi-

nis de blocage. L'arthrite post-traumatique du coude est la plus souvent rencontrée et deux types en ont été décrits:

1. L'arthrite secondaire à des micro-traumatismes avec fragmentations fines des épiphyses, telle que rencontrée chez les travailleurs utilisant des foreuses pneumatiques.

2. L'arthrite secondaire à une fracture ou à une fracture-luxation du coude. Le traitement chirurgical consiste en:

1) L'exérèse des particules libres à l'intérieur de la cavité articulaire dans les cas de fragmentation épiphysaire;

2) La résection de la tête du radius si l'arthrite est secondaire à une fracture à ce niveau;

3) L'arthroplastie du coude si l'ankylose est importante;

4) L'arthrodèse du coude si la douleur et l'instabilité prédominent.

Le rhumatisme para-articulaire du coude. De l'ensemble des lésions groupées sous ce titre, la mieux connue est sans contredit l'épicondylite ou coude du joueur de tennis. Cette lésion, fréquente chez les joueurs de tennis, peut aussi se rencontrer chez les personnes qui doivent faire un usage fréquent, continu et vigoureux des muscles de l'avant-bras. L'affection est caractérisée par une douleur au repos et à l'exercice siégeant au niveau de la face antéro-externe du coude. Cette douleur peut être secondaire à:

1) Des déchirures minimales multiples au niveau de l'insertion du tendon conjoint des muscles extenseurs;

2) Une périostite résultant d'entorses répétées;

3) L'inflammation d'une bourse séreuse;

4) Un dépôt de calcium dans le tendon conjoint des extenseurs.

Si le traitement médical (immobilisation et injection locale de stéroïde) se solde par un échec, la division chirurgicale de l'origine du tendon conjoint des extenseurs et la libération des attaches proximales du ligament annulaire donne d'excellents résultats.

Un autre groupe de patients présente une sensibilité localisée latéralement au niveau de l'articulation radio-humérale. Il existe une légère déformation en flexion du coude et l'extension passive du poignet ainsi que la supination contre résistance provoquent une vive douleur. À l'exploration, on trouve que la frange synoviale semi-lunaire normalement présente entre la tête radiale et le

condyle de l'humérus, est épaissie, hypertrophiée et œdémateuse. L'excision de cette frange synoviale apporte un prompt soulagement.

L'épitrôchléite ou inflammation du tendon d'insertion des fléchisseurs est peu fréquente. La pronation de la main avec flexion de l'avant-bras réveillera la douleur. Le traitement est similaire à celui décrit pour le coude du tennis. La douleur rencontrée au niveau de l'olécrâne est souvent due à une bursite chronique calcifiée ou à une épine osseuse olécrânienne. La résection de l'une et/ou de l'autre apporte le soulagement désiré.

C. Le poignet

Dans l'arthrite rhumatoïde, la déformation du poignet se fera en flexion et en pronation. Lorsque les méthodes médicales et orthopédiques n'ont pu réussir à donner au poignet une position plus fonctionnelle, l'arthrodèse du poignet avec excision de l'extrémité distale du cubitus est indiquée. La pronation et la supination seront ainsi conservées. L'intervention améliore l'apparence et la fonction de la main. On doit opérer précocement, sans attendre qu'une forte flexion avec déviation cubitale se soient installées et avant que les doigts se soient grossièrement déformés.

L'ostéoarthritis du poignet est ordinairement secondaire à un traumatisme intéressant soit le carpe, soit l'extrémité inférieure du radius. Si la douleur est importante, l'arthrodèse est indiquée.

La ténosynovite constrictive du long abducteur et du court extenseur du pouce est appelée maladie de de Quervain. L'ouverture longitudinale de la gaine tendineuse apporte, en général, un soulagement durable.

D. La main

Dans l'arthrite rhumatoïde la déformation la plus souvent rencontrée sera une flexion des articulations métacarpophalangiennes secondaire à une contracture des muscles intrinsèques. Les bandes latérales de ces muscles étendent complètement les 2^e et 3^e phalanges; dans d'autres cas la phalange intermédiaire se place en hyperextension et l'articulation distale en flexion.

La synovectomie peut être employée avec succès au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, en particulier celle du pouce, à condition que les autres articulations de la main et du poignet soient relativement normales.

Lorsqu'il existe une destruction plus avancée au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes avec une rétraction capsulaire importante, des luxa-

tions et des déformités de flexion, la fonction peut être améliorée par l'arthrodèse métacarpo-phalangienne. Celle-ci est pratiquée à 160° ou à 170° de flexion, à condition cependant que le mécanisme d'extension des doigts soit encore intact. Dans ces cas la résection des têtes métacarpiennes peut aussi donner un bon résultat.

L'arthrite rhumatoïde siégeant au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce est ordinairement susceptible d'amélioration après résection du trapèze.

Dans l'ostéo-arthrite de cette même articulation, l'arthrodèse donne des résultats très satisfaisants, sans que la mobilité du pouce en soit grandement affectée. Le trapèze peut aussi être excisé comme traitement de cette condition.

2. LE MEMBRE INFÉRIEUR

A. La hanche

Dans l'arthrite rhumatoïde de la hanche, l'arthroplastie réalisée à l'aide de la cupule de Smith Petersen semble être le traitement de choix. Une synovectomie complète l'intervention. Si la nouvelle articulation ainsi créée est instable, une ostéotomie verticale de l'acetabulum peut être pratiquée, de façon à créer un butoir au-dessus de la prothèse. Bien que la mobilité obtenue au niveau de la hanche, avec la cupule, soit moindre dans l'arthrite rhumatoïde que dans l'ostéoarthrite, son étendue reste encore dans des limites utiles. A cause de la détérioration du résultat initial, il faut parfois faire une révision de l'arthroplastie. Dans l'ostéoarthrite de la hanche, les symptômes et la condition mécanique sont essentiellement les mêmes, quel que soit le facteur étiologique (trauma, infection, malformation congénitale, ostéoarthrite proprement dite).

Les opérations utiles dans le traitement de cette ostéoarthrite sont:

1. La myélotomie intertrochantérienne;
2. L'ostéotomie sous-trochantérienne;
3. L'arthroplastie à cupule;
4. L'arthroplastie par prothèse de remplacement (Moore, Eicher, Thompson, Minneapolis, etc.);
5. L'arthrodèse.

La majorité des malades préfère à l'arthrodèse une opération qui préserve la mobilité de l'articulation, même s'il persiste des douleurs résiduelles.

L'arthroplastie à cupule donne des résultats satisfaisants dans bon nombre de cas. C'est d'ail-

leurs le traitement de choix dans l'arthrite secondaire à une fracture de l'acetabulum.

Le remplacement de la tête fémorale par une prothèse métallique semble devoir donner de meilleurs résultats que la prothèse acrylique initiale de Judet. Cependant, les résultats éloignés étant inconnus, l'utilisation de ce genre de prothèse chez les moins de 60 ans doit être limitée à des cas d'exception.

En choisissant l'arthrodèse comme intervention, le chirurgien doit considérer le niveau social du malade, l'état de l'articulation, le degré d'ostéoarthrite présent dans les autres articulations et surtout la fonction du genou ipsilatéral. Cette fonction doit être parfaite. L'intégrité de la colonne lombaire est aussi d'une importance majeure si une arthrodèse doit être pratiquée.

La myélotomie intertrochantérienne et l'ostéotomie sous-trochantérienne peuvent être utilisées dans les cas précoces d'ostéoarthrite de la hanche avec mouvements de bonne amplitude. Ces deux interventions semblent agir sur la douleur en diminuant la vascularisation au niveau de la tête fémorale.

J'ai été initié à la technique de la myélotomie intertrochantérienne au "Royal Institute of Orthopaedics", de Londres, par le docteur Karl Nissen. Cette intervention est simple et consiste en une approche postéro-latérale de la région sous-trochantérienne du fémur. Un orifice est pratiqué dans le cortex externe de cet os à trois quarts de pouce sous l'arête du grand trochanter. Un ostéotome étroit et courbé est introduit dans la cavité médullaire de façon à sectionner les branches de l'artère diaphysaire et les branches de l'artère de la fossette digitiforme. Dans l'ostéoarthrite au début, les résultats de l'intervention sont spectaculaires. La douleur disparaît immédiatement. Au bout de dix jours le malade peut marcher à l'aide de béquilles avec port de poids partiel sur le membre opéré. Un mois plus tard la marche sans béquilles et avec ou sans canne est permise. Le soulagement de la douleur peut persister de six mois à cinq ans et plus. Nous publierons nos indications opératoires et les résultats obtenus dans un prochain travail.

Dans les cas récents d'ostéoarthrite porteurs de lésions radiologiques minimales, il est sage de pratiquer une myélographie lombaire avant d'intervenir sur la hanche, de façon à prouver que la douleur ressentie est bien d'origine coxo-fémorale. Dans certains cas, les lésions régressent après myélo-

tomie intertrochantérienne, mais chez la plupart leur progrès continue. Cependant, le soulagement apporté par l'intervention semble reculer la date d'une intervention plus formidable (arthroplastie ou arthrodèse).

L'ostéotomie sous-trochantérienne semble aussi agir par diminution de la vascularisation de la tête fémorale. En effet il a été démontré que la section de l'os sans déplacement du fragment distal s'avérait suffisante pour soulager la douleur. Cependant, lorsque l'ostéotomie est pratiquée, l'usage du membre est empêché pendant une période de temps beaucoup plus longue que pour la myélotomie intertrochantérienne.

B. Le genou

C'est au niveau du genou que la biopsie synoviale est le plus souvent requise pour un diagnostic précis. La méthode dite fermée peut être utilisée sous anesthésie locale, une aiguille double de type Bickel étant utilisée. Cet instrument permet d'obtenir de petites parcelles de franges synoviales à l'intérieur de la cavité synoviale rétro-quadricipitale. Simultanément du liquide synovial peut être prélevé pour analyses chimiques et bactériologiques. Le pathologiste doit être familier avec l'interprétation de ce genre de coupes histologiques pour pouvoir donner un diagnostic valable. La méthode ouverte ou arthrotomie de l'articulation peut être utilisée sous anesthésie locale ou générale. Un ou plusieurs fragments tissulaires peuvent être prélevés sous vision directe, les zones macroscopiquement les plus caractéristiques étant choisies de préférence pour la biopsie.

Dans l'arthrite rhumatoïde du genou, la contracture en flexion est ordinairement bilatérale. Lorsque cette contracture ne cède pas aux manœuvres orthopédiques, la capsulotomie postérieure avec allongement du tendon du biceps s'avère le meilleur traitement opératoire. Lorsque la correction de la déformation est complétée, le genou peut être placé en pleine extension et maintenu dans cette position par un plâtre. Lorsque la plaie opératoire est guérie, la réhabilitation commence et se poursuit de façon à augmenter la force musculaire et à récupérer les mouvements.

En plus des mesures chirurgicales tendant à corriger la déformation, les opérations suivantes peuvent être entreprises sur le genou rhumatoïde:

1. La synovectomie avec ou sans exérèse de la rotule, lorsque la douleur est le symptôme majeur;
2. L'arthroplastie et la reconstruction pour l'ankylose en extension;

3. L'arthrodèse pour le genou douloureux et instable.

Les mesures opératoires les plus souvent utilisées dans l'ostéoarthrite du genou dans le but d'en améliorer la fonction, sont:

1. L'exérèse des particules libres résultant de la fracture traumatique des ostéophytes;
2. L'excision des ostéophytes.

Ces deux procédés utilisés seuls sont le plus souvent inopérants et non recommandables.

3. La synovectomie est le procédé de choix lorsqu'il existe une synovite proliférative persistante et importante, non accompagnée de transformations importantes des structures osseuses.

4. La reconstruction articulaire ou débridement est indiquée lorsque la douleur, l'œdème et l'instabilité persistent malgré un traitement conservateur. Dans certains cas où les deux genoux sont atteints, le débridement articulaire est indiqué pour le genou le moins atteint. L'arthrodèse est employée pour le genou le plus détruit par la maladie.

5. L'arthroplastie est réservée aux cas d'atteinte mono-articulaire. L'opération est surtout indiquée chez les sujets jeunes dont l'arthrite du genou est d'origine traumatique.

6. L'arthrodèse trouve son indication dans les cas bilatéraux où la fusion du genou le plus atteint diminue le stress portant sur le genou le plus mobile et permet une marche plus confortable. L'arthrodèse est spécialement indiquée lorsqu'il existe une déformation importante du genou en valgus ou en varus avec relâchement ligamentaire. Une intervention aussi radicale ne doit pas être employée, surtout sous notre climat, à moins que l'impotence fonctionnelle et la douleur ne soient importantes. En effet, il est très difficile de marcher sur la neige, tant soit peu profonde, avec un genou arthrodésé.

7. L'exérèse de la rotule est indiquée, lorsqu'il existe une forme d'arthrite localisée seulement au niveau de la rotule et de la région correspondante du fémur.

8. L'ostéotomie haute du tibia peut parfois être utilisée avec succès soit pour corriger un varus, soit pour corriger une déformation en flexion.

C. La cheville

Dans l'arthrite rhumatoïde de la cheville, si l'articulation n'est pas supportée en dorsiflexion par une attelle appropriée, une déformation en équinisme s'installe rapidement. Dans l'équinisme ancien, la correction chirurgicale est obtenue par l'élongation du tendon d'Achille associée à une capsulotomie postérieure. Si l'articulation présente

une ankylose, celle-ci est libérée et après élongation des tissus mous, le pied est placé dans la position désirée, l'ankylose se reformant dans cette position. Dans l'ostéoarthrite de la cheville, lorsque la douleur devient importante et ne cède pas au traitement médical, l'arthrodèse est indiquée.

D. Le pied

L'arthrodèse sous-astragalienne et l'arthrodèse triple sont utilisées pour soulager la douleur et l'impotence fonctionnelle secondaires à l'arthrite traumatique résultant de fractures comminutives du calcanéum. Différents genres d'interventions ont aussi été décrits pour soulager la douleur et corriger les déformations secondaires à l'hallux valgus et à l'hallux rigidus. L'opération la plus populaire est celle de Keller.

Les callosités plantaires douloureuses et les verrues plantaires sont souvent dues à la présence d'orteils en marteau. Des capsulotomies associées à des arthroplasties des articulations interphalangiennes corrigent les déformations et leurs effets cutanés.

Lorsqu'il existe une douleur au niveau de l'insertion calcanéenne du fascia plantaire avec ou sans présence d'une épine osseuse, la division du fascia plantaire par voie interne, apporte un prompt soulagement.

3. LA COLONNE VERTÉBRALE

Dans l'arthrite de Marie-Strümpell, lorsque la flexion de la colonne est importante, le champ visuel du malade se trouve limité à une petite surface en avant de ses pieds. La marche devient très pénible. La respiration est presque uniquement de type diaphragmatique. Les troubles gastro-intestinaux sont fréquents et secondaires à la pression du rebord costal sur les organes intra-abdominaux. L'ostéotomie vertébrale correctrice est ordinairement pratiquée à la partie supérieure de la colonne lombaire. La lordose lombaire ainsi créée compense la cyphose thoracique du malade. L'ostéotomie est complétée par une fusion. L'amélioration fonctionnelle et cosmétique est très appréciée du malade.

L'arthrodèse vertébrale est aussi utilisée dans les cas les plus douloureux d'ostéoarthrite de la colonne.

Résumé

Aussi brièvement que le permet l'ampleur du sujet, nous avons essayé d'éclairer le lecteur sur les possibilités chirurgicales dans le traitement des affections rhumatismales. Le traitement orthopédique et chirurgical de l'arthrite rhumatoïde, de l'ostéoarthrite et des péri- et para-arthrites des différentes articulations du membre supérieur, du membre inférieur et de la colonne vertébrale est discuté. Le patient devrait être référé précocement au chirurgien orthopédique de façon à éviter les infirmités secondaires à des déformations irrémédiables.

Summary

As briefly as possible we have outlined the orthopaedic and surgical treatments of rheumatism. In so doing we have discussed the treatment of rheumatoid arthritis, osteoarthritis and peri or para arthritis of the various articulations of the upper limb, the lower limb and the spine. The patient should be referred early to the orthopaedic surgeon so as to prevent unnecessary crippling due to irremediable deformities.

BIBLIOGRAPHIE

1. PERKINS, Georges: Orthopaedics. University of London, The Athlone Press, édit., Londres, 1961.
2. SPEED et KNIGHT: Campbell's operative orthopaedics. Third edition. Mosby, édit., St-Louis, 1956.
3. AUFRANC, Otto: Constructive surgery of the hips. Mosby, édit., St-Louis, 1962.
4. FERGUSON, Albert Barnett: Orthopaedic surgery in infancy and childhood. The William and Wilkin Co., édit., 1957.
5. BUNNELL, Sterling: Surgery of the hand. Third edition. Lippincott, édit., Philadelphie, 1956.
6. DUVRIES, Henri L.: Surgery of the foot. Mosby, édit., St-Louis, 1959.
7. MOSELEY, H. F.: An Atlas of musculo-skeletal exposures. Lippincott, édit., Philadelphie, 1955.
8. HERBERT, J. J.: Chirurgie et orthopédie du rhumatisme. Masson et Cie, édit., Paris, 1950.
9. MARK, L. Clayton: Surgery of the thumb in rheumatoid arthritis. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 44-A: 1376-1386 (oct.) 1962.
10. LIPSCOMB, P. R. et HENDERSON, E. D.: Surgical treatment of the rheumatoid hand. *J.A.M.A.*, 175: 431-436, 1961.
11. MERCER, Sir Walter: Orthopaedic surgery. Fifth Edition. Edwards Arnold (Publishers) Ltd., édit., Londres, 1959.
12. NISSEN, Karl: Communication et lettre personnelles.

LA MÉNOPAUSE *

Lise FORTIER, F.R.C.S.(C)

Est-ce aux affres du climatère que pensait Baudelaire quand il écrivait:

Ange plein de santé, connaissez-vous les Fièvres,
Qui le long des grands murs de l'hospice blafard,
Comme des exilés s'en vont d'un pied traînard
Cherchant le soleil rare et remuant les lèvres ?
Ange plein de santé, connaissez-vous les Fièvres ?

Ange plein de beauté, connaissez-vous les rides,
Et la peur de vieillir, ce hideux tourment
De lire la secrète horreur du dévouement
Dans des yeux où longtemps burent nos yeux avides ?
Ange plein de beauté, connaissez-vous les rides ?

"Réversibilité" Les Fleurs du Mal.

C'est bien sous le signe des rides et de la maladie que les femmes conçoivent le climatère et pour savoir si elles ont raison, il faudrait être ménopausée, femme et médecin. Je ne remplis pas encore toutes ces conditions, mais l'expérience empruntée aux autres me forge peu à peu une philosophie dont seuls, je crois, les détails se modifieront. Je ne pourrai jamais envisager l'évènement avec la gaieté forcée de Marion Hilliard (1) qui affirmait que c'était là le plus grand bienfait dans la vie d'une femme. Cette conception veut ignorer que la ménopause et je l'entends ici au sens strict du mot, l'arrêt des règles, est un signe brutal de vieillissement. Or toute notre énergie médicale est engagée dans la lutte contre la mort et le vieillissement. Les mâles humains n'ont aucun avertissement semblable et vieillissent, comme ils font bien d'autres choses, sans s'en apercevoir. Bien plus, seule du règne animal, la femme est sujette à cette expérience; seule, elle survit à sa période de fécondité et cette survie dépasse maintenant 20 ans, bien que l'âge de la ménopause soit progressivement plus tardif. Alors qu'au Moyen Âge, la femme était ménopausée vers 40 ans, entre 1500 et 1830, vers 45 ans, de nos jours, cela se produit vers 48 ans. En pratique, la ménopause peut s'étaler sur une période allant de la trentaine à 59 ans. Les ménopauses retardées i.e. des règles chez des femmes ayant dépassé 55 ans et il y en a eu de rapportées jusqu'à 90 ans (sans parler de Ste-Anne) doivent être considérées comme suspectes de néoplasie. A noter, qu'il n'y a pas de relation entre l'âge de la puberté et celui de la ménopause, ou entre les grossesses et la ménopause, mais il semble y avoir un facteur héréditaire en cause.

Alors que la puberté est un phénomène accepté le plus naturelleemnt du monde, le climatère est

entouré d'une ribambelle de superstitions, de craintes, de mauvais présages. Peu de femmes consultent au moment de leur puberté, mais beaucoup accourent chez le médecin aux environs de la quarantaine pour, disent-elles, préparer leur ménopause. Elles veulent savoir à quoi s'attendre. Il y a aussi le groupe important des jeunes femmes castrées dont les symptômes sont plus marqués à cause de la brutalité du processus. Enfin (2) 8% des femmes seront sujettes à une ménopause précoce, i.e. avant 40 ans avec les incertitudes angoissantes que cela peut susciter.

A côté de celles qui s'inquiètent d'avance, il en est un nombre plus grand encore qui accepte avec une insouciance impardonnable les symptômes les plus terrifiants. Qui n'a pas vu de ces cancers du col (stade III ou IV) dont les saignements répétés avaient été attribués aux changements climatiques. Il est donc d'importance primordiale, et pour nous et pour nos patientes, de savoir quels sont les symptômes du climatère, où s'arrête la physiologie et où commence la pathologie.

Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer la symptomatologie du complexe psychosomatique du climatère, comme le baptise Kavinoky. La première attribue tout à un manque d'estrogènes puisque les symptômes apparaissent avec l'insuffisance ovarienne et sont soulagés par les estrogènes. Comment expliquer alors que dans les agénésies ovariennes, il n'y a pas de troubles ménopausiques; que les symptômes peuvent exister chez des patientes ayant des estrogènes en quantité suffisante comme avant la ménopause et que les symptômes apparaissent chez certaines autres patientes bien après que les estrogènes soient disparus de l'organisme? Est-ce que le syndrome ne se développerait que chez un individu conditionné aux estrogènes?

La deuxième théorie croit que tout relève d'un taux de gonadotrophines trop élevé; il y a en effet une relation entre leur taux et la sévérité des symptômes. Mais ici encore, on s'explique mal l'absence de symptômes chez les jeunes femmes aménorrhéiques souffrant d'une déficience primaire des ovaires, chez qui le taux des gonadotrophines est élevé. Cette hypothèse n'explique pas non plus qu'une quantité d'estrogènes, trop petite pour diminuer le taux des gonadotrophines, soulage les symptômes.

* Conférence présentée à la Semaine du praticien", Hôpital St-Joseph de Lachine, le 3 avril, 1963.

La troisième théorie, la plus plausible nous semble-t-il, explique le tableau par une hyperfonction généralisée de l'hypophyse qui surproduirait tant des gonadotrophines que des hormones adrénocorticotropes, thyroïdiques et diabétogéniques (STH); il en résulterait une instabilité de tout le système nerveux autonome. L'épaississement des traits que l'on note parfois, la propension au diabète, le fait que les femmes ménopausées et diabétiques ont souvent un besoin d'insuline diminué si on leur donne en même temps des estrogènes, trouveraient là leur explication. Cette hyperfonction de l'hypophyse fait contraste avec l'atrophie de la même glande que le vieillissement produit chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, l'organisme subit des modifications indubitables à cette période. D'abord, des changements hormonaux; au début du climatère la femme excrète environ 9.12 microgrammes d'estrone par 24 heures; chez les castrées ceci est réduit encore au dixième (5). Plus tard cette quantité peut complètement disparaître comme le pregnandiol le fait presque complètement (3). Les androgènes sont aussi diminués à moins de 10 U.I. par jour. Les 17 kétostéroïdes restent au même niveau, mais les gonadotrophines sont de 10 à 50 fois plus élevées que la normale, parfois assez pour qu'un test de grossesse soit positif. Cette augmentation se fait surtout au dépend du F.S.H., précède souvent la ménopause et peut persister dans la vieillesse.

Les variations hormonales sont le reflet de ce qui se passe au niveau organique. Ainsi la selle turcique s'agrandit, les cellules de castration qui sont basophyloïdes et vacuolées, apparaissent et augmentent durant la 6ième et la 7ième décade. Au niveau de l'ovaire, l'ovulation cesse et il y a perte graduelle des follicules. L'ovulation peut toutefois persister jusqu'à 6 mois après les dernières règles ou disparaître avant leur arrêt. Le tout s'accompagne d'une sclérose des vaisseaux et d'une hyperplasie du stroma (2). Macroscopiquement, l'ovaire devient uniformément gris jaune avec une surface lisse.

Dans le petit bassin, il y a une atrophie de tous les organes. L'utérus diminue de poids, son myomètre s'atrophie et les vaisseaux en deviennent athérosclérotiques. Dans le col, les glandes diminuent et par conséquent la sécrétion. Quant à l'endomètre, il devient mince et fibreux. Les glandes endométriales s'atrophient ou deviennent kystiques pour ressembler au "Swiss Cheese", mais

avec un stroma atrophique. L'atrophie s'étend aux trompes et à la vulve alors que dans le vagin la muqueuse s'amincit, la sécrétion de glycogène disparaît, la flore bactérienne protectrice se modifie avec diminution de l'acidité. La cytologie toutefois persiste à montrer un effet estrogénique pendant une décade après l'arrêt des règles. Les structures de support des organes génitaux s'affaiblissent, ce qui explique le grand nombre de prolapsus, passé la ménopause. Le parenchyme des seins s'atrophie. Les estrogènes étant essentiels à la calcification de l'os, à l'équilibre du N., P., Ca., leur absence entraîne une perte de la masse osseuse surtout au niveau de la colonne vertébrale qui peut se manifester dès 2 ans après la fin des règles et entraîner des collapsus vertébraux (7).

Les manifestations cliniques ne sont pas pour cela identiques chez toutes les femmes (4). 15.8% d'entre elles n'auront aucun symptôme. De celles qui en auront, 10% seulement pourront en être incommodées au point de ne pouvoir poursuivre leurs activités normales. Et ceci sur une période qui peut varier de 1 à 5 ans.

Le symptôme principal est l'arrêt des règles, le plus souvent précédé d'irrégularités menstruelles, de menstruations anovulaires et souvent d'hyperplasie de l'endomètre. Viennent ensuite les symptômes circulatoires, tachycardie, palpitations, dyspnée, parfois élévation de la T.A. (cette hypertension temporaire se produirait dans 50% des cas et serait due à une hyperactivité du cortex surrénalien) et surtout les chaleurs. Tous ces symptômes sont accentués par les émotions, la fatigue, la température ambiante, un mauvais état général. Seule la chaleur est absolument caractéristique et ne se retrouve dans aucune autre maladie (2). C'est une sensation de chaleur, comme son nom l'indique, qui commence sur le thorax, monte sur le cou et la face et sort par le dessus de la tête. Elle s'accompagne parfois de rougeurs en plaque, de sueurs, de transpirations profuses et de frissons (5). Elle serait due au déplacement d'une grande quantité de sang de la région splanchnique à la périphérie, à la suite de stimulation splanchnique (6). Les chaleurs se retrouvent dans 60 à 90% des cas et dans 30% elles sont très marquées.

Les manifestations pelviennes surviennent à la fin du climatère; ce sont les vaginites séniles, la dyspareunie, les synéchies vaginales, les cysto-rectocèles et le prolapsus résultant de la faiblesse des ligaments et des kraurosis vulvaires.

D'un point de vue nerveux, le déséquilibre autonome se traduit par les symptômes circulatoires que nous avons énumérés plus haut, mais aussi par des acroparesthésies, des céphalées, des névralgies, des insomnies, des étourdissements.

Psychiquement, le symptôme le plus caractéristique est l'instabilité émotionnelle. Tous les stimuli émotionnels peuvent produire des effets hors de proportion. Les patientes souffrent de la croyance que "les maladies vont leur venir à ce moment comme le mal de mer en traversant l'océan". Quant à la libido, elle peut soit disparaître jusqu'à entraîner une aversion des hommes, du mysticisme, de l'isolement, soit être augmentée ou faire place à une virilisation, fertile en belles-mères viragos. Dans les hôpitaux mentaux, il n'y a pas plus d'admission chez les femmes que chez les hommes entre 50 et 60 ans et les raisons de ces admissions ne sont pas différentes qu'en d'autres temps. La mélancolie d'involution n'est pas attribuable à la ménopause, mais elle est déclenchée par elle chez des individus prépsychotiques (2). En fait, les troubles psychiques ont leur grande source dans le contexte social. C'est à ce moment de la vie que les enfants quittent la maison, que les mortalités rongent le cercle familial et des amis se multiplient, que la femme qui n'a pas eu d'autres occupations que sa famille se retrouve les mains vides. En moyenne la femme vivra 31 ans après que son dernier enfant aura atteint 21 ans. De là l'importance, comme je le répète, de se préparer à des activités extra-familiales pour cette période de sa vie, si elle ne veut pas devenir une névrosée irrécupérable.

Enfin, parmi les symptômes divers, il y a une augmentation de poids dont les causes sont probablement héréditaires, alimentaires ou dues à une diminution d'activités et dont l'apparition précède souvent la ménopause; une diminution des poils pubiens et axillaires; la douleur chronique dans le dos, la perte de taille et les signes radiologiques de compression vertébrale qui sont les conséquences de l'ostéoporose.

De toute façon, il semble qu'il y ait un cercle vicieux entre les symptômes psychiques et les symptômes physiques. La patiente peut avoir une pathologie réelle, une vaginite, des saignements irréguliers qui entraînent des craintes du cancer, d'une grossesse, de la perte de son attrait ou de sa fonction sexuelle. La première chose à faire pour cette patiente sera donc de l'examiner complètement afin de la rassurer. D'abord, si elle est amé-

norrhéique, réclamer un test de grossesse pour éliminer cette possibilité. A noter, qu'à cause des gonadotrophines élevées, on peut avoir un plus grand nombre de tests positifs faux. Si elle souffre de dysparunie, corriger la vulvovaginite infectieuse par des médicaments spécifiques, la vulvovaginite sénile par des onguents vaginaux à estrogènes auxquels on ajoute de la cortisone s'il y a atrophie. En présence d'une lésion des organes génitaux, la soigner, enlever les fibromes qui saignent, exiger des cytologies vaginales régulièrement, i.e. une fois l'an. S'il existe des hémorragies utérines, cureter pour déceler les hyperplasies, les cancers du corps, les polypes; corriger l'obésité par une diète, traiter l'hypothyroïdie et le diabète. Il est important d'expliquer à la patiente que la ménopause n'est pas une maladie et que peu de femmes ont des symptômes assez marqués pour qu'ils nécessitent un traitement; enfin que seuls quelques symptômes sont attribuables à la ménopause et lui définir lesquels.

Une fois ces conditions spécifiques corrigées, le syndrome ménopausique n'en reste pas moins là. Qu'allons-nous en faire? Les avis là-dessus sont assez partagés. Les uns parlent de sédation, les autres de psychothérapie, les autres d'hormones. Au point de vue sédation, il faut noter que les ataraxiques n'ont pas un très bon effet sur les symptômes ménopausiques, moins bon souvent que les placebos (10); que le phénobarbital peut mener à l'accoutumance et a souvent un effet cumulatif à cause de son excrétion lente. Kavinsky (6) préfère un mélange de tartrate d'esgotamine qui inhibe les stimuli adrénérgiques, d'alcaloïdes de la belladone qui inhibent les stimuli cholinérgiques associés à peu de phénobarbital qui inhibe le S.N.C.; en somme un sédatif de tout le système nerveux.

Il sera question naturellement d'utiliser ou de ne pas utiliser des hormones. Il est des cas où elles s'imposent. Ainsi dans l'ostéoporose, 90% des patientes sont soulagées de la douleur par les estrogènes; la perte de taille cesse et le collapsus vertébral s'arrête (7). Il a été assez bien démontré que ce traitement hormonal n'entraîne pas d'augmentation du taux de cancer sauf celui de l'endomètre chez les patientes qui en ont reçu continuellement. Il n'a pas d'effet sur l'apparition du cancer du sein ou celui du cancer du col.

Kelly (8) par exemple considère que si les symptômes sont dus à un manque d'estrogènes et qu'en temps et lieu l'adaptation se fera, mieux

vaut ne pas utiliser d'hormones à cause des effets secondaires d'hyperplasie et de saignement qu'elles entraînent. Netter (9) lui prétend que nous vieillissons à une vitesse accélérée, ce que je mets en doute, et que la période postménopausique est une période de paix, de paix surtout génitale, qu'il faut respecter. Israël (5) croit au principe de la thérapie aux estrogènes sur une courte durée et avec retrait progressif. De toute façon, chacun s'entend pour que la thérapie ne soit pas faite sans contrôle et administrée à des femmes souffrant ou ayant souffert de cancer de l'endomètre ou de cancer du sein ou d'endométriose. Greenblatt (3), plus libéral, considère que si il n'y a pas de traitement universel et qu'il faille l'individualiser, le traitement principal reste hormonal.

Les estrogènes sont naturellement les plus employés. On utilise, soit les estrogènes synthétiques comme le diethylstilboestrol à 0.5 mgm qui produit souvent des nausées mais a moins de tendance à faire saigner; soit les estrogènes conjugués (Premarin) sulfate sodé d'estrone à 0.625 mgm; soit les estrogènes naturels à 0.05 mgm tel éthinil, estradiol ou enfin des estrogènes à activité prolongée comme Tace. Si le retrait cause des saignements, on doit ajuster la dose, en donner une plus petite, raccourcir la période d'arrêt, surtout cesser graduellement, puis donner un repos de quelques mois. Si malgré que la cytologie montre un effet estrogénique complet, les symptômes persistent, il faut réévaluer la thérapie.

Quant au mode d'administration, il est variable. Certains reprochent à la voie orale de ne pas permettre un contrôle adéquat et de laisser la patiente utiliser le médicament au hasard de ses caprices. Quant à la voie parentérale, elle est coûteuse à moins d'utiliser des solutions à action lente et on ne peut contrôler le rythme de libération des hormones dans la circulation. Le même reproche peut-être fait aux "pellets" que pour ma part je n'ai jamais vu utiliser et qui me semble moyenâgeuses avec le risque d'infection qu'elles comportent. Les pellets s'utilisent à dose de 25 à 75 mgms et leur durée d'action serait de 200 jours. Par voie I.M. on utilise de hautes doses pendant quelques jours, estradiol 2.5 mgms, 6 à 8 fois au 2 à 4 jours. S'il y a saignement après arrêt des estrogènes pendant 10 jours, il faut faire un curetage. (A noter que les crèmes de beauté ne contiennent pas assez d'estrogènes en général pour soulager les ennuis de la ménopause mais il est vrai que les estrogènes augmentent dans la peau la déposition de tissu élastique).

La deuxième hormone que l'on peut utiliser est la testostérone. Les androgènes ont comme désavantage qu'ils peuvent être virilisants et qu'ils sont de pauvres inhibiteurs de l'hypophyse. Par ailleurs, ils sont anaboliques et apportent une joie de vivre que ne peuvent fournir les estrogènes. Dans les cas où les estrogènes sont contre-indiqués, comme dans les cas de cancer du sein ou chez les patientes qui saignent, on peut utiliser des androgènes mais la dose qui soulage les symptômes de la ménopause est bien près de la dose virilisante. Plus souvent les androgènes sont utilisés en congugaison avec les estrogènes. Par exemple, à 0.02 mgm d'éthinil estradiol, on ajoute 5 mgm de méthyltestosterone, 1 à 2 fois par jour. Ceci est, en particulier, un traitement très efficace contre l'ostéoporose. On a maintenant des mélanges injectables avec action retard qu'on peut donner à la dose de 1 cc aux 3 ou 4 semaines, puis par la suite quand nécessaire (13). Ces combinaisons permettent d'utiliser de plus petites doses d'estrogènes et d'androgènes et permettent une thérapie aux stéroïdes à longue portée.

Une autre addition récente à notre arsenal thérapeutique c'est la norethisterone (11). Les effets sont identiques à ceux des estrogènes, aussi bien chez les patientes oophorectomisées que chez les autres. Cette hormone a donc une place dans le traitement des symptômes de la ménopause surtout chez les patientes qui ne peuvent prendre des estrogènes et chez celles qui ont subi des hystérectomies. Son désavantage, c'est un saignement qu'elle provoque dans 68% des cas. On la donne aux doses suivantes:

1er mois	5 mgms	3 f.p.j.
2e "	5 mgms	2 f.p.j.
3e "	5 mgms	1 f.p.j.
4e "	rien	

On n'a pas à craindre ici l'effet malsain des estrogènes sur l'endométriose ou le cancer de l'endomètre et l'effet virilisant des androgènes.

Mais il reste de tout ceci que nous n'avons pas résolu le problème, à savoir si oui ou non, on doit, dans des cas ordinaires, administrer des hormones aux femmes pendant leur ménopause. A date, presque toutes les écoles disaient de le faire avec une grande modération et penchaient plutôt pour encourager les femmes à supporter leurs malaises avec résignation, puisqu'ils étaient passagers et que l'administration d'hormones risquait de provoquer des saignements inquiétants. Mais voici que Davis (12) donne un autre son de cloche. Ce qui le con-

cerne, ce n'est plus seulement le problème des symptômes de la ménopause, mais le problème du vieillissement général de l'organisme et surtout de ses manifestations artérielles. On sait qu'après la ménopause, il y a augmentation de l'activité adrénocorticale et possiblement du stress cardiovasculaire. On sait qu'avant la ménopause, il y a 10 à 40 fois plus d'athérosclérose chez les hommes que chez les femmes. On sait qu'il y a une relation entre les lipides circulants, le taux cholestérol-phospholipides et la pathogénie de l'athérosclérose. Quand on administre du stilboestrol, on note un abaissement du cholestérol et une élévation des phospholipides sans altération des lipides totaux. Les femmes avant la ménopause ont des lipides sériques, cholestérol et phospholipides plus bas que les femmes du même âge, ménopausées artificiellement ou spontanément. Chez les femmes castrées, le cholestérol s'abaisse si on donne du stilboestrol, sans changement des lipides totaux. Dix ans ou plus après la castration, l'hypertension est moins fréquente chez les femmes ayant reçu des hormones que chez celles qui n'en n'ont pas reçu. Davis se demande si les avantages retirés de l'utilisation des petites doses d'estrogènes, à savoir éviter les saignements et les curetages, ne seraient pas grandement dépassés par les effets généraux de plus grandes doses. L'administration pendant de longues années éviterait les changements atrophiques des organes génitaux et le vieillissement de tout l'organisme. Peut-être est-ce bien important pour retarder l'athérosclérose et s'agit-il là d'une véritable médecine prophylactique.

Mon naturel féminin et révolutionnaire me fait incliner en faveur de l'audace de M. Davis plutôt qu'au plaidoyer pour la paix génitale de M. Netter. La paix, la dépression, l'ennui et la vieillesse peu-

vent avoir bien des choses en commun. Certes il y a une mesure de sagesse et de résignation qui doit nous faire accepter de vieillir, mais pas plus vite qu'il le faut. Si nous trouvons des moyens de retarder ce phénomène, nous devons les utiliser à leur maximum et les estrogènes à doses plus fortes et sur une période prolongée sont peut-être un de ces moyens.

BIBLIOGRAPHIE

1. HILLIARD, Marion: A woman doctor looks at Love and Life. Doubleday, édit., 1957.
2. MAZER et ISRAEL'S: Menstrual Disorders and Sterility. Harper & Brothers, édit., New York, 1959.
3. GREENBLATT, Robert B. et coll.: The Treatment of the Menopause. *Can. Med. Ass. J.*, **86**: 113-114, (20 janv.) 1962.
4. FLUHMANN: The Management of Menstrual Disorders. W. B. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1956.
5. ISRAEL, S. Leon: The Menopause. *J. Post Grad. Med.*, **30**: 417-23, (nov.) 1961.
6. KAVINOKY, N. R.: Nervous Tension and the Climacteric. *J.A.M.W.A.*, **7**: 294-96, (août) 1959.
7. WALLACH, S. et HENNEMAN, P. H.: Prolonged estrogen therapy in the postmenopausal women. *J.A.M.A.*, **171**: 1637-42, (21 nov.) 1959.
8. KELLY, M. J. A. et Coll: Management of the perimenopausal syndrome. *Obstet. and Gynec.*, **17**: 328-32, (mars) 1961.
9. NETTER, A.: Le traitement des troubles de la ménopause. *Sem. Thérapeutique*, 620-21, (juillet) 1961.
10. KUPPERMAN, H. S. et WELCHER, B. B.: Contemporary Therapy of the Menopausal Syndrome. *J.A.M.A.*, **171**: 1627-37, (21 nov.) 1959.
11. APPLEBY, B.: Norethisterone in the Control of Menopausal Symptoms. *Lancet.*, **1**: 409-409, (fév.) 1962.
12. DAVIS, M. Ed.: Long Term estrogen substitution therapy and atherosclerosis. *Am. J. of Ob. and Gyn.* **8**: 1002-1015, (nov.) 1961.
13. SOFFER: Diseases of the Endocrine Gland, 2e éd., Lea & Febiger, édit., Philadelphie, 1956.

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 9 — Montréal, septembre 1963

NUMÉRATION MICROBIENNE DANS LES URINES

Exception faite des infections des voies respiratoires, les infections de l'arbre urinaire sont sûrement les plus fréquemment rencontrées en médecine humaine. L'urine étant normalement stérile, leur diagnostic bactériologique devrait en être facilité. Malheureusement, s'il existe une catégorie de cultures dont les résultats se sont avérés si souvent décevants pour le clinicien et le médecin-bactériologiste, c'est bien celle des cultures d'urines. Il est si facile de contaminer une urine soit par des microorganismes de la flore normale humaine, soit par des saprophytes du monde extérieur. Dès lors, l'urine étant un excellent milieu de culture permet une multiplication rapide des saprophytes et des pathogènes communs aux infections urinaires. Il devient alors difficile de distinguer exactement la bactériurie vraie i.e. la présence de bactéries dans l'urine localisée dans l'arbre urinaire de la simple contamination définie comme l'entrée fortuite de bactéries dans l'urine pendant ou après la miction. Le bactériologiste éliminera facilement les saprophytes tels que sarcines, staphylocoques blancs, sporulés aérobies etc. Toutefois, confronté avec une contamination importante de bactéries potentiellement pathogènes tels que le colibacille et les proteus, il lui est quasi impossible de donner aux résultats bactériologiques une interprétation médicale valable. Comme ces contaminations survenaient surtout chez les femmes, il fut décidé que

tout échantillon d'urine pour culture serait obtenu par cathétérisme. Les erreurs dues aux contaminations disparurent, mais l'on s'aperçut rapidement qu'au moins 2% des patientes cathétérisées présentaient par la suite des infections de la vessie et du rein.

De 1955 à 1958, Kass et ses collaborateurs du Boston City Hospital et de l'Université Harvard (1-4) publièrent une série de rapports qui jetèrent une lumière nouvelle sur la pathogénie, le diagnostic et la prévention des infections urinaires en général et de la pyélonéphrite en particulier. Ils démontrèrent hors de tout doute que l'instrumentation antérieure était responsable de toutes les infections urinaires chez leurs patients âgés de 50 ans et plus et de 50% des infections chez la femme. Pour obvier aux dangers des cathétérismes, ils pratiquèrent de nombreuses numérations microbiennes à partir d'échantillons d'urines prélevés par cathétérisme et par miction propre chez des sujets sains et infectés. Un résumé de leurs conclusions indique qu'il existe une corrélation à 95% pour les deux techniques, qu'il y a bactériurie vraie si le décompte est de 100,000 bactéries et plus par cm^3 et qu'une numération bactérienne minime indique une contamination urétrale. Dans leurs études sur la pyélonéphrite, il fut noté que la pyélonéphrite était souvent asymptomatique et douée d'une forte tendance à la chronicité. Cette infection souvent diagnostiquée trop tard s'accompagne dans 50% des cas d'une bactériurie importante sans pyurie. A l'autopsie, des numé-

- (1) KASS, E. H.: Bacteriuria and diagnosis of infection of urinary tract. *Arch. Int. Med.*, **100**: 709-714, 1957.
- (2) KASS, E. H.: Chemotherapeutic and Antibiotic Drugs in the management of Infections of the Urinary Tract. *Am. J. Med.*, **18**: 764, 1955.
- (3) MACDONALD, R.A., LEVITIN, H., MALLORY, G. K. et KASS, E. H.: Relation between pyelonephritis and bacterial counts in urine: autopsy study. *New Eng. J. Med.*, **256**: 915-922, 1957.
- (4) KAITZ, A. L. et WILLIAMS, E. J.: Bacteriuria and Urinary Tract Infections in Hospitalized patients. *New Engl. J. Med.*, **262**: 425-430, 1960.

rations microbiennes élevées d'urines prélevées de la vessie concordait souvent avec une pyélonéphrite active dont 20 à 30% étaient ignorées du vivant de l'individu. L'étude des urines de femmes enceintes permit de constater qu'une bactériurie asymptomatique précédait souvent une pyélonéphrite aiguë. Enfin, l'observation des malades et des expériences sur les animaux leur permirent de noter une relation troublante entre l'hypertension et la pyélonéphrite chronique. Dès 1959, nous avons avec notre collègue Guy Lemieux de l'Hôtel-Dieu de Montréal, mis au point une technique de numération microbienne et répété certaines expériences antérieures comparatives entre les cathétérismes et les mictions propres sur des étudiants en médecine, des étudiantes garde-malades, des patientes non infectées et des infectés urinaires. Pour chaque catégorie, nos résultats concordèrent avec ceux de l'école de Boston.

Notre propos n'est pas de décrire et de discuter des techniques bactériologiques utilisées pour le décompte des bactéries. Nous voulons cependant énumérer quelques conditions essentielles à une numération valable. L'urine de la première miction du matin constitue l'échantillon idéal. Chez l'homme, le prélèvement doit être précédé d'un lavage du gland au savon vert. Pour la femme, il faut procéder à un lavage de la vulve au savon vert suivi d'une désinfection

avec un agent efficace. L'urine soumise doit être un "mid-stream specimen" i.e. que l'urine du début de la miction doit être rejetée pour ne garder que celle du milieu de la miction. Cette opération facile pour l'homme nécessite chez la femme l'aide d'une infirmière. L'échantillon aussitôt recueilli dans un bocal stérile doit être immédiatement expédié au laboratoire de Bactériologie. Le spécimen sera cultivé sur le champ ou placé au réfrigérateur jusqu'au moment propice. Tout manquement à l'une ou l'autre de ces conditions compromet sérieusement les résultats de la numération et comporte des inconvénients graves et pour le médecin traitant et pour le malade.

Comment en faut-il interpréter les résultats? Pour une urine normale, c'est-à-dire non diluée et exempte d'agents anti-microbiens, une numération de 1,000 à 10,000 bactéries par cm^3 dénote une contamination. Une numération de 10,000 à 100,000 doit être considérée comme douteuse quoiqu'il s'agisse la plupart du temps d'une contamination. Elle peut être répétée avec profit. Une numération de 100,000 et plus indique une bactériurie vraie. La limite d'erreur acceptable est de 20%. En terminant, nous recommandons fortement cette technique destinée à améliorer le diagnostic et le traitement des infections urinaires.

Maurice SAINT-MARTIN

VARIÉTÉS

DIALOGUE CLINIQUE *

M. ROCH,

Professeur à la Faculté de Médecine de Genève

Un souvenir de Solférino

M. Les maisons, les jardins, les meubles sont faits pour le bien-être et l'agrément des hommes.

L.C. N'est-ce pas évident ?

M. Pas pour tout le monde. Certaines personnes l'oublient et se font les esclaves de ce qu'ils possèdent. J'ai gardé le souvenir d'une vieille demoiselle installée dans un joli appartement et qui, alitée pour cause de phlébite, avait passé trois mois dans une alcôve parce qu'elle ne voulait pas déranger son salon en y faisant traîner son lit.

L.C. Cela n'est pas très intelligent.

M. Mes conseils n'ont pu avoir raison de son obstination.

L'homme que vous allez voir est âgé de 84 ans. C'est un agronome, grand travailleur, aussi dur pour lui-même qu'exigeant pour ses serviteurs. Malgré son âge et les accidents cardiaques qu'il a eus, il ne peut se résoudre à abandonner à d'autres une exploitation agricole trop grande pour ses forces et pour le nombre des ouvriers qu'il recrute non sans peine.

Le voici.

L.C. C'est un homme aux cheveux blancs encore drus. Il paraît vif et énergique. Il est très maigre.

M. Les gras parviennent rarement à un grand âge. Ce petit homme ne mesure que 1,65 m.; il pèse 52 kg. Il est sobre et il a beaucoup travaillé en plein air. Ce sont de bonnes conditions pour devenir vieux. Encore faut-il jouir d'une bonne constitution et pouvoir s'adapter à son âge et à la résistance de ses organes.

Il nous a appris que son père est mort à 84 ans de pneumonie, que sa mère est décédée à 80 ans après une chute qui avait provoqué une fracture du fémur.

L.C. On dit que la longévité est héréditaire.

M. C'en est un bon exemple. Notre malade, il est vrai, a perdu un frère de tuberculose pulmonaire; un autre, alpiniste, s'est tué en montagne.

* Ce dialogue est le trente-deuxième dans la série des leçons cliniques inédites du professeur M. Roch. M. = le maître; L.C. = le confrère, le contradicteur ou l'élève.

Paru dans "Ars Medici", journal suisse de médecine avec le consentement de l'auteur et de l'éditeur. Cette clinique vivante et ce récit alerte sont un complément d'authenticité au Bulletin que nous avons publié à l'occasion du Centenaire de la Croix Rouge.

L.C. Ce sont des accidents.

M. Un troisième frère est âgé de 80 ans et se porte bien.

Il y a huit ans, notre malade était apparemment en pleine santé. Après avoir fauché durant plusieurs heures, il se mit à transporter des sacs de pommes de terre plus lourds que lui. Il fut pris brusquement d'une douleur au creux de l'estomac, irradiant dans le dos et vers l'épaule gauche.

L.C. Un accès d'angine de poitrine ?

M. Plus que cela. Malgré la volonté qu'il avait de terminer son travail, il n'y parvint pas et dut se mettre au lit. La douleur a persisté 12 heures et il y eut de la fièvre pendant quelques jours. La tension artérielle s'était, paraît-il, fortement abaissée.

L.C. Il s'agissait donc d'un infarctus du myocarde. Le malade avait déjà 76 ans... et...

M. Et il est encore ici. Pour un homme aussi âgé, vous auriez porté sans doute, il y a huit ans, un bien mauvais pronostic et bien erroné. La nature semble souvent se plaire à déjouer les prévisions médicales les mieux fondées. On parle de la force de l'habitude; pour certains vieillards, cette force paraît les protéger; elle leur permet d'endurer toutes sortes de maux et les maintient en vie d'une manière incroyable.

Un infarctus du myocarde est un accident cardiaque toujours sérieux. Mais il ne provoque pas nécessairement des lésions fatales; on peut espérer une longue survie lorsque le malade est bien traité et qu'il est assez raisonnable pour ménager les forces de ce qui lui reste de son muscle cardiaque. Vous m'entendez, Monsieur ? Je sais ce que notre malade me répond en esprit: "Quand le travail presse, il faut bien que quelqu'un le fasse".

L.C. En fait, pendant ces huit ans, cet homme a-t-il été raisonnable ?

M. Je n'ai pas encore trouvé le moyen de lui faire comprendre que son cœur blessé mérite des ménagements et que son âge lui commande de laisser à l'autres les gros travaux. Il est devenu l'esclave de ses champs et de ses prés, comme la malade dont je vous ai parlé l'était des meubles de son salon.

L.C. Pour son infarctus, a-t-il été hospitalisé ?

M. Non. Il a été traité dans une clinique par un médecin de ses amis. Après un repos qu'il a fallu lui imposer et qu'il a estimé trop long, il a repris le travail. Il a été tout de même obligé de constater qu'il était plus vite essoufflé qu'auparavant.

L.C. A-t-il eu des œdèmes ?

M. Oui. Il a remarqué que, le soir, il avait les pieds gonflés; il était aussi gêné par la nycturie qui l'obligeait à se lever deux ou trois fois.

Il passe l'hiver en ville dans une pension où il jouit d'un repos relatif; dès le printemps, il habite sa maison de campagne et recommence son labeur.

L.C. Et c'est ainsi qu'il a pu tenir jusqu'à présent !

M. Jusqu'il y a deux mois. C'était vers le milieu de décembre. Il dit avoir souffert de grippe; acceptons ce diagnostic faute de meilleur: il a eu en effet des maux de tête, des lombalgies, de la toux avec expectoration brunâtre.

L.C. A-t-il eu de la fièvre ?

M. C'est probable; mais peu habitué à s'écouter et à se laisser soigner, il n'a pas pris sa température et il a persisté à se lever chaque jour, ne voulant pas, disait-il, "perdre ses forces". La maladie a duré quatre semaines jusqu'au milieu de janvier. Il s'en est remis assez bien pour pouvoir sortir et en particulier pour se rendre chez son dentiste qui lui a arraché deux dents.

L.C. N'est-ce pas ouvrir une porte d'entrée aux infections ?

M. C'est vrai. Les cultures de sang pratiquées après extraction dentaire donnent assez souvent un résultat positif. Quoiqu'il ne s'agisse généralement que de septicémies passagères, certains dentistes font administrer des antibiotiques au moment de l'intervention et pendant les quelques jours qui suivent.

L.C. Cette précaution a-t-elle été respectée ?

M. Non. Huit jours après la visite au dentiste, trop longtemps, me semble-t-il, pour qu'on puisse incriminer l'extraction des dents, dans la nuit du 6 au 7 février, notre homme est réveillé par une vive douleur dans l'hypocondre droit.

L.C. Un nouvel infarctus ?

M. Il ne s'agissait pas d'une douleur cardiaque et pas davantage d'une colique hépatique ou néphrétique. La douleur n'irradiait pas vers l'épaule droite comme l'aurait fait une douleur vésiculaire, ni dans le pli de l'aîne et la cuisse, comme il est caractéristique dans les migrations de calculs rénaux.

Le malade a voulu se lever; il est retombé. Il était délirant et il a eu de l'incontinence des urines et des matières fécales. Un vomissement l'a soulagé.

Comme sa maison était fermée et glaciale et qu'on ne pouvait le garder dans la pension, il a été envoyé à l'hôpital où il est arrivé le 7 février, il y a 10 jours.

La température atteignait 38,2°; cette fièvre légère a cédé rapidement. Pourtant l'état paraissait grave: le malade était désorienté; la langue était rôtie; on a compté 17 000 globules blancs, surtout des granulocytes, la sédimentation des hématies était accélérée; on trouvait dans l'urine des traces d'albumine, des cylindres granuleux; le taux de l'urée du sang était de 1,12 pour mille; on notait une chute impressionnante de la tension artérielle tombée à 9—6, baisse passagère puisque nous mesurons maintenant 14—8. La tachycardie était à 100; elle est aujourd'hui à 80.

Auscultez le cœur.

L.C. J'entends un souffle systolique piaulant maximum à la pointe et se propageant dans toute la région précordiale et vers l'aisselle. C'est un souffle d'insuffisance mitrale.

M. Je le pense.

L'électrocardiogramme révèle des anomalies importantes: dans les trois dérivations un élargissement considérable de QRS, un R positif et un segment ST déprimé surtout en D₁ et en D₂. Ce sont des signes d'un bloc de branche gauche.

L.C. S'est-il produit un nouvel infarctus ?

M. C'est possible, quoique les altérations de l'électrocardiogramme puissent être la conséquence de l'obstruction coronarienne d'il y a huit ans. Sur la radiographie, l'ombre du cœur est relativement petite.

L.C. Je trouve les artères radiales et humérales dures et sinueuses.

M. L'ombre aortique est accusée et la crosse particulièrement marquée. Je pense que l'infarctus d'il y a 8 ans a été favorisé par la sclérose des coronaires et que c'est aussi la sclérose valvulaire qui explique l'intensité et le timbre piaulant du souffle systolique. L'insuffisance mitrale est bruyante mais elle n'a vraisemblablement pas une grande importance hémodynamique. Des souffles systoliques semblables sont fréquents chez les vieillards.

L.C. Mais la fièvre, la leucocytose, l'accélération de la sédimentation ne font-elles pas redouter une endocardite infectieuse ?

M. Tous ces signes inquiétants ont disparu ou se sont atténués rapidement et les rayons X nous ont montré la cause principale, peut-être même la cause unique de la maladie aiguë ayant débuté brutalement dans la nuit du 6 au 7 février: du côté droit, une opacité pulmonaire triangulaire dont la base se trouve au hile et dont la pointe atteint la région pariétale. Les radiologues, sans éliminer l'existence d'un foyer pneumonique, pensent que l'ombre résulte d'un épanchement interlobaire. Ils signalent de plus que, des deux côtés, la trame pulmonaire est accusée et qu'il existe des calcifications hilaires.

L.C. N'y aurait-il pas eu embolie pulmonaire ?

M. La disposition de l'ombre triangulaire ne plaide pas pour le diagnostic d'infarctus: la région du poumon privée de sang donne un triangle dont la base est à la paroi et la pointe du côté du hile.

L.C. N'a-t-on pas perçu de signes pulmonaires ?

M. Oui. On a trouvé à droite une zone de submatité au niveau de laquelle on a entendu un souffle tubaire. Puis il y a eu quelques râles humides en même temps qu'une expectoration hémoptoïque. Aujourd'hui on n'entend plus rien et la radioscopie ne montre plus qu'une petite traînée opaque.

Infarctus pulmonaire provenant du cœur droit; pleurésie interlobaire consécutive à une grippe ou à une infection d'origine dentaire, pneumonie à virus... Laissons en suspens le diagnostic de la lésion pulmonaire actuellement guérie et constatons que, malgré son âge, malgré une lésion ancienne du myocarde, notre malade a fort bien résisté.

L.C. La force de l'habitude de vivre.

M. Et de survivre. Voici encore un cas où le médecin *Tant-mieux* aurait eu raison du médecin *Tant-pis*. Poser un pronostic est certainement la partie la plus difficile de l'art médical; c'en est en tous cas la partie où la science ne peut suppléer à l'expérience et à ce qu'on peut appeler le flair.

* * *

Je vous ai montré ce vieillard parce que j'ai pensé que son histoire pouvait vous instruire et aussi pour une raison particulière à sa personne.

Je n'ai pas l'habitude de vous donner les noms des malades que je vous présente. L'obligation de garder le secret professionnel auquel, vous aussi, vous êtes soumis, m'en fait un devoir. Je me permets néanmoins de faire exception à la règle que je me suis imposée. Ce malade se nomme *Dunant*, *Adolphe Dunant*.

L.C. . . .

M. Eh bien ! Est-ce là tout l'effet que cela vous produit ?

L.C. *Dunant*, c'est un nom fort répandu comme *Duval*, *Dupont*, *Dupuis*, *Dubois* . . .

Une voix dans l'auditoire. — Serait-ce un descendant de *Dunant* de la Croix-Rouge ?

M. *Henri Dunant*, promoteur de la Croix-Rouge, n'a pas eu de descendant direct. Il a eu de nombreux neveux: *Adolphe Dunant*, notre malade, est l'un des derniers survivants.

L.C. Je me souviens maintenant avoir vu un film sur les débuts de la Croix-Rouge. On y voyait *Dunant*, le fondateur, écarté par des arrivistes avides de renommée.

M. Ce film était fait pour flatter les passions vulgaires d'un public ignorant. Il était mensonger et ne rendait pas compte du rôle désintéressé joué par les véritables fondateurs de la Croix-Rouge dont *Dunant* n'a été que l'initiateur.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer l'histoire des débuts de la Croix-Rouge, ce qui prendrait bien des heures, ni de diminuer le mérite d'*Henri Dunant* en présence de son neveu qui, avec raison, et comme chacun de nous, révère sa mémoire. Je veux seulement le situer à la place qu'il mérite.

Voici tout d'abord une nouvelle édition du livre célèbre: "Un souvenir de Solférino" paru en 1862, trois ans après la bataille acharnée que livrèrent les troupes de *Napoléon III* alliées à l'armée de *Victor-Emmanuel* contre les Autrichiens. Ceux-ci qui occupaient depuis longtemps une partie du nord-est de l'Italie actuelle avaient tenté d'envahir le Piémont. Cette sanglante victoire fut une étape importante de l'unification de l'Italie sous le sceptre du roi de Sardaigne.

L.C. Que faisait *Dunant* à Solférino ? S'est-il battu ?

M. *Dunant* était un homme d'affaires qui avait des intérêts en Algérie, devenue française depuis peu. En fait, il courait après l'Empereur et le maréchal *Mac Mahon* pour obtenir d'eux quelques concessions. Ce fut par hasard, le 24 juin 1859 que, du côté franco-sarde, il assiste à la bataille. Il en oublia momentanément ses préoccupations personnelles, et les jours suivants plus encore, lorsqu'il s'efforça de porter secours aux blessés abandonnés sans soins, sans vivres, sans eau, sans pansements sur le champ de bataille. Avec des moyens fort insuffisants, *Dunant* fit de son mieux. C'était un homme au cœur généreux, élevé religieusement et résolu à accomplir tous les devoirs que doit inspirer la charité chrétienne.

L.C. Un caractère noble.

M. Et un écrivain dont le récit a bouleversé les cœurs sensibles du monde entier. À cet égard, "Un souvenir de Solférino" est comparable à "La case de l'Oncle Tom" de Madame H. Beecher-Stove qui parut 10 ans auparavant; ce livre qui montre les iniquités engendrées par l'esclavage, a causé une sensation universelle et a fait beaucoup pour amener la suppression de la traite des nègres et la libération des noirs aux États-Unis d'Amérique.

L.C. Dans "Le souvenir de Solférino", *Dunant* a-t-il proposé la fondation de la Croix-Rouge ?

M. Le terme n'existait pas et les idées inspirées à *Dunant* par les scènes tragiques, les souffrances en partie évitables auxquelles il avait assisté étaient assez vagues. Il avait décrit avec émotion la désolation des charniers où se mêlaient les morts et les mourants se traînant assoiffés vers les flaques d'eau boueuse et ensanglantée. Il avait insisté sur l'insuffisance des services de santé des armées en présence, sur le manque d'objets de pansements, sur le défaut de soins donnés aux blessés dont, lui semblait-il, un grand nombre aurait pu être sauvé s'ils avaient été secourus à temps.

Dans son récit, on trouve quelques suggestions qui devaient se matérialiser plus tard. "N'y aurait-il pas moyen, écrivait-il, pendant une époque de paix et de tranquillité, de constituer des sociétés de secours dont le but serait de faire donner des soins aux blessés, en temps de guerre, par des volontaires zélés, dévoués et bien qualifiés pour une pareille œuvre ?"

Plus loin, on lit ceci que je modifie quelque peu en l'abrégant: "... Ne serait-il pas à souhaiter... que se réunisse une espèce de congrès pour formuler quelque principe international, conventionnel et sacré... L'humanité et la civilisation demandent impérieusement une œuvre comme celle qui est indiquée ici..."

L.C. Le retentissement qu'a eu dans le monde la publication du "Souvenir de Solférino" et ces citations suffisent à la gloire de *Dunant* et font bien voir que c'est lui le véritable initiateur de la Croix-Rouge.

M. Je vous ai dit que je ne voulais pas diminuer les mérites de *Dunant*. Toutefois, devant son neveu et en plein accord avec lui, je dois vous dire que cet homme religieux et charitable avait un esprit chimérique qui l'a amené à prendre ses espoirs pour des réalités. Ses grandes affaires algériennes et autres n'avaient pas de bases solides et échouèrent misérablement, non sans qu'il ait usé

et abusé de sa renommée et de la pitié qu'il inspirait à ses amis et à ses proches. Le prix Nobel vint tardivement tirer le malheureux *Dunant* d'une situation humiliante qui l'avait éloigné de sa ville natale et de sa famille.

Comme vous le verrez souvent autour de vous, les hommes ont les défauts inhérents à leurs qualités. C'était bien le cas pour *Henri Dunant*. S'il n'avait pas été un rêveur enthousiaste et généreux, des entreprises moins fantaisistes l'auraient sans doute enrichi, mais son nom ne serait pas passé à la postérité comme celui d'un des grands bienfaiteurs de l'humanité. "Un grand et pauvre homme", écrit un de ses biographes, *Alexis François*.

Les faiblesses de caractère de *Dunant*, son incapacité à asseoir sur des bases solides l'entente internationale dont il rêvait, ne l'empêchèrent pas de parcourir l'Europe pour y répandre ses idées. Avec l'ardeur et l'exaltation d'un illuminé, il abordait les rois, les princes et les ministres.

L.C. On devait se moquer de lui.

M. Non. *Dunant* avait une belle prestance, l'habitude du monde et l'assurance que peut donner à un prophète des visions prestigieuses. Le terrain était bien préparé. Au milieu du 19^e siècle, même les militaires de carrière étaient disposés à accueillir les idées humanitaires que cherchait à répandre *Dunant*: le respect des blessés sans distinction de nationalité, le développement et la neutralisation des services de santé des armées belligérantes, le port d'un insigne international, la création parmi la population civile de sociétés de secours...

L.C. N'est-ce pas à Genève même que s'est fondée la Croix-Rouge ?

M. Dans sa ville natale, *Dunant* eut la chance de se voir entouré de quatre hommes remarquables: deux médecins, *Théodore Maunoir* et *Louis Appia*, un juriste, *Gustave Moynier* et le général G. H. *Dufour* dont vous pouvez voir la statue équestre sur une de nos places.

L.C. Il se trouve en face du conservatoire de musique et fait un geste qui paraît signifier: "Ne faites pas trop de bruit dans cette maison".

M. Vous riez, je le vois bien, de ce général suisse. *Dufour* fut un grand soldat, un stratège remarquable, un cartographe, un urbaniste; il fut plus et mieux que cela: un homme profondément humain; il le montra bien dans la guerre civile du Sonderbund en 1847 en préférant toujours les négociations à la triste gloire de sortir victorieux d'une bataille et aussi par les recommandations aux troupes qu'il commandait, recommandations

dont voici l'une: "Si une troupe ennemie est repoussée, soignez ses blessés comme les nôtres mêmes; ayez pour eux tous les égards dus au malheur".

L.C. C'est déjà tout à fait dans l'esprit de la Croix-Rouge.

M. Aussi, vous tous, médecins et futurs médecins, ne souriez plus quand vous passez devant la statue de ce général qui n'a jamais gagné de grandes batailles mais qui avait des sentiments d'humanité pareils, je l'espère, à ceux qui vous ont décidés à vous inscrire à la Faculté de Médecine.

L.C. En fait, quand la Croix-Rouge a-t-elle été fondée?

M. En 1863, il y eut à Genève une première conférence internationale qui avait été convoquée par le Conseil fédéral suisse.

Le 9 décembre de la même année, *Moynier* proclama l'existence d'un comité permanent de secours pour les militaires blessés, comité revêtu d'un caractère international. En 1864 ce comité signe "Comité international".

Et c'est bien là le plus surprenant de toute l'histoire de la Croix-Rouge: ce comité formé de cinq particuliers ressortissants d'une toute petite république, ce comité qui, sans mandat officiel, s'est constitué de la propre autorité de ses membres avec la seule idée d'un but humanitaire à atteindre.

Les genevois qui m'écoutent doivent se sentir fiers de cette création. Quant à ceux d'entre vous qui, les études terminées, retourneront chez eux en Suisse ou en d'autres pays, j'ai estimé qu'ils devaient garder de leur passage à Genève le souvenir d'avoir été présentés au neveu d'*Henri Dunant*.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

L'ÉROSION CERVICALE DU POST-PARTUM

Considérations et traitement

Jacques CORBEIL¹ et MICHEL R. BRUNET²

Le problème de l'érosion cervicale du post-partum demeure entier de nos jours, malgré les énormes progrès que connaît la science obstétricale depuis quelques décennies, surtout en ce qui concerne les soins pré et post-nataux.

Cette pathologie est plus ou moins fréquente selon les auteurs, sans doute à cause de leurs méthodes différentes d'évaluation. Les médecins du "Boston Lying-in Hospital" déterminent son incidence à 10% (12), d'autres auteurs l'évaluent à 81% (13). Elle est traitée de manière fort diverse selon les milieux médicaux, lorsqu'elle n'est pas méconnue.

Une des raisons majeures qui doit faire de cette complication du post-partum l'objet de nos soins les plus attentifs réside dans le fait qu'elle permet la prophylaxie du cancer cervical utérin.

Dans cet article, nous avons tenté de réévaluer cliniquement une méthode de traitement déjà connue et nous avons consulté la littérature pour tâcher d'y découvrir une idée directrice sur le sujet.

Le but de cette étude est essentiellement de deux ordres:

I — a) D'abord déterminer la valeur thérapeutique de la méthode employée en se basant sur le degré de cervicite ou son absence, par un examen du post-partum qui a lieu un minimum de quarante jours après l'accouchement, de préférence après le retour de couches.

b) Rechercher une corrélation entre le degré de parité et la présence ou l'absence de manœuvres obstétricales et le résultat obtenu avec la méthode décrite plus loin.

II — En second lieu, faire l'étude bibliographique comparative des autres méthodes de traitement employées.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les données furent recueillies sur cent patientes de la clientèle privée des deux auteurs (primipares: 25%, secondipares: 34%). La routine établie consistait en un examen au début de la grossesse, un second à la fin de la grossesse et un dernier au

moins quarante jours après l'accouchement. La durée du travail, l'absence ou présence de manœuvres obstétricales furent notées.

Enfin, les résultats furent compilés selon le barème suivant: *Bon*: absence totale d'érosion cervicale ou cervicite; *Mauvais*: cervicite; *Indéterminé*: impossibilité d'appréciation due à un facteur étranger, tel une vaginite par exemple.

La technique suivie fut la suivante: application par la patiente elle-même dès sa sortie de l'hôpital (cinquième ou sixième jour du post-partum) d'une crème vaginale à base de sulfas,³ une fois par jour, de préférence le soir au coucher pendant une période d'environ douze ou quinze jours.

RÉSULTATS

Selon les critères énoncés plus haut le résultat fut *bon* chez 56 patientes; *mauvais* chez 30 autres et enfin demeura *indéterminé* chez les 14 dernières.

TABLEAU I

Résultat global: 100 patientes traitées

<i>Bon</i>	56%
<i>Mauvais</i>	30%
<i>Indéterminé</i>	14%

Les bons résultats se résument aux chiffres suivants: chez les primipares (25% du total des parturientes): 60%; chez les secondipares (34% du total): 26% et chez les multipares: 10% seulement.

TABLEAU II

Interrelation: Parité et résultats (*bon*)

<i>Para I</i>	60%
<i>Para II</i>	26%
<i>Para III</i>	10%

Il y eut lors des accouchements 22% de manœuvres obstétricales qui se répartissent comme suit: forceps au détroit inférieur: 13%; forceps à la vulve: 9%.

Chez les patientes ayant subi ces manœuvres obstétricales 25% de bons résultats furent notés et à l'opposé chez celles où elles furent évitées, on obtint jusqu'à 50% de bons résultats.

¹ Jacques Corbeil, F.R.C.S.(C), chargé d'obstétrique, Hôpital Général de Verdun.

² Michel R. Brunet, médecin praticien, Clinique Médicale de l'Ouest, Verdun.

³ SULTRIN (Ortho). Matériel gracieusement fourni par la Compagnie Ortho.

TABLEAU III

Interrelation: Manœuvres obst. et résultat (bon)

Oui	25%
Non	50%

DISCUSSION

Il semble donc qu'un certain degré de parité et les manœuvres obstétricales favorisent la cervicite du post-partum; d'un autre côté les résultats obtenus avec la méthode employée ne sont pas concluants. Nous croyons d'accord avec les auteurs consultés (8, 9, 12) qu'il convient d'ajouter à cette méthode l'électrocoagulation du col lorsque indiquée, après le retour des couches, en faisant suivre celle-ci de nouvelles applications vaginales du produit déjà mentionné. Il est à noter qu'aucune réaction locale ou systématique au produit employé ne fut décelée. Ce médicament s'est révélé sans aucun danger pour les plaies d'épisiotomie (6) et il semble enfin réduire au minimum les pertes vaginales du post-partum en leur enlevant de plus une partie de leurs propriétés malodorantes.

Résumé

Le but de cet article est d'attirer l'attention sur l'importance du traitement approprié de l'inflammation du post-partum et des ulcères du col utérin. Les auteurs fournissent en détail les résultats obtenus dans le traitement de 100 cas de maternité par une crème à triple sulfas et passent en revue les différents moyens de résoudre ce problème thérapeutique qu'ils ont trouvés dans la littérature. Ils recommandent fortement la méthode décrite, mais ils avisent que les meilleurs résultats sont obtenus

si on a recours au surplus à l'électrocoagulation du col.

Summary

The purpose of this article is to emphasize the importance of adequate treatment of the post-partum inflammation and ulcers of the cervix. The authors detail the results obtained in treating 100 maternity cases with a triple sulfa cream and the different ways found in the medical literature to cope with the problem involved. They highly recommend the method described but note that best results are obtained in conjunction with electrocoagulation of the cervix.

BIBLIOGRAPHIE

1. GARDNER, Herman L. et DUKE, Chales D.: *Am. & Obst. & Gynec.*, **69**: 962-976, 1955.
2. RUBIN, Alan: *Am. & Obst. & Gynec.*, **82**: 860-862, 1961.
3. BLICNICK, George; STEINBERG, Philip et MERENCINE, J. V.: *Am. & Obst. & Gynec.*, **58**: 176-179, 1949.
4. KIMBELL, Norman: *Anat., Obst. & Gynec. Brit. Emp.*, **65**: 433-434, 1958.
5. HELTAI, Andre et TALEGHANY, Parviz: *Am. & Obst. & Gynec.*, **77**: 144-148, 1959.
6. DICKENS, Helen O.; CAVE, S. et BURT, Harold: *Pan Am. Med. Woman's Jr.*, **59**: 14-17, 1952.
7. COWAN, Leonard: *App. Therapeutics*, **2**: 766-768, 1960.
8. PALM, John M.: *Am. & Obst. & Gynec.*, **61**: 680-682, 1951.
9. JACOBY, Adolph et BOSKER, David L.: *Am. & Obst. & Gynec.*, **63**: 1349-1351, 1952.
10. MARBACH, A. Herbert: *Am. J. Obst. & Gynec.*, **55**: 511-517, 1948.
11. ROY, J. L. et MAUGHAN, G. M.: *West J. of Surg. Obst. & Gynec.*, **64**: 581-587, 1956.
12. WEINER, A. E. et NELSON, H. B.: *Am. J. & Obst. & Gynec.*, **62**: 1106-1110, 1951.
13. NELSON: *Pen. M. J.*, **45**: 944, 1942.

ANALYSES

MÉDECINE

Craig J. CANFIELD, Thomas E. DAVIS et Robert H. HERMAN: **Le syndrome hémorragique pulmonaire-rénal** (Hemorrhagic pulmonary-renal syndrome). *The New Eng. Jour. of Med.*, 268: 230 (31 janv.) 1963.

Les trois auteurs versent dans le dossier des affections curieuses et litigieuses dans leur étiologie, trois observations concernant un syndrome dont la manifestation essentielle, cliniquement, a lieu par des hémorragies pulmonaires répétées suivies, à plus ou moins brève échéance, d'insuffisance rénale à issue fatal. Ce syndrome surviendrait avec prédilection chez des sujets jeunes et du sexe masculin.

En somme deux faits frappent dans le tableau clinique: les hémoptysies plus ou moins abondantes et répétées et la néphropathie évoluant inéluctablement vers l'insuffisance. Classé par beaucoup d'autres comme équivalent du syndrome de Goodpasture, aux dires des trois auteurs, il semble qu'une distinction doive se faire.

Le début est toujours marqué par des hémorragies pulmonaires suivies, cela va de soi, d'une anémie accusée. Son cycle récurrent et intermittent le fait confondre avec l'hémosidérose pulmonaire idiopathique. Mais, il est suivi d'une néphrite sévère évoluant vers l'insuffisance rénale.

Au point de vue anatomopathologique certaines condusions existent toujours. Les premiers cas rapportés furent décrits comme étant des cas de périartérite noueuse et l'alvéolite nécrotique constante fut considérée comme la première lésion.

D'après Theiss, Mostofi et Rosen les poumons sont lourds et congestionnés, leur aspect allant du rouge au rouge foncé et d'une manière homogène. Microscopiquement il y a une inondation sanguine alvéolaire dont les parois sont épaissies avec leurs cellules qui proéminent. Des macrophages chargés d'hémosidérine complètent le tableau. Les reins sont augmentés de volume et sont parsemés de pétéchies multiples. La prolifération de l'épithélium pariétal de la membrane de Bowman, accompagnée de formations en croissant, d'extravasation de globules rouges et de protéine au niveau des tubes dilatés ainsi que l'infiltration lymphocytaire interstitielle montre dans toute son étendue la gravité des lésions.

Les trouvailles pulmonaires ne sont pas secondaires à l'urémie, comme on l'a prétendu. Quant à la périartérite noueuse admise par beaucoup com-

me une forme déguisée, la confusion n'est pas permise. Même si cette dernière affection s'accompagne de temps en temps d'hémoptysies, ses lésions anatomiques se voient dans toute l'économie.

L'hémosidérose pulmonaire demeure une entité à part et ne présente aucun rapport avec le syndrome hémorragipare pulmonaire-rénal.

Pour ces auteurs, le syndrome qu'ils décrivent forme une entité clinicopathologique spécial. Il leur semble qu'hémosidérose et syndrome pulmonaire-rénal ne font que traduire, sous des aspects dissemblables, le même processus. Il se peut que certains malades porteurs d'hémosidérose meurent d'insuffisance pulmonaire avant l'installation et l'éclosion des lésions rénales. Les formes qu'ils viennent de décrire étant au stade terminal, il ne leur est pas facile de faire l'enchaînement chronologique de l'évolution. Le compte rendu de Fairley et de Kincaid-Smith ayant trait à trois malades ayant survécu grâce à la corticothérapie, semblerait-il, pourrait jeter plus de clarté dans un avenir proche.

M. KALUDI

CHIRURGIE

V. CARROZZINI et A. DOMINEDO: **Considérations sur le syndrome pâleur-hyperthermie** (Rilievi clinici e considerazioni patogenetiche sulla sindrome pallore-ipertermia). *Osp. d'Italia Chir.*, 8: 455-460 (avril) 1963.

Le syndrome pâleur-hyperthermie a été reconnu par Ombredanne qui en a fait l'objet de plusieurs publications. Ce syndrome apparaît surtout chez le nouveau-né et dans la première enfance, plus rarement dans la seconde enfance et à la période prépubère.

Ce syndrome se présente encore aujourd'hui comme une complication post-opératoire grave de la chirurgie infantile.

L'obscurité ancienne de la pathogénie fait place maintenant à une théorie susceptible d'expliquer les modalités du syndrome. Il semble s'agir d'une réaction vive et désordonnée du type ortho-sympatho-noradrénalinique qui apparaît à la fin de la première phase de réaction à l'agression chirurgicale, considérée comme le début d'un déséquilibre immédiat ?

Ombredanne avait décrit deux possibilités pathogéniques, l'anaphylaxie par injection de lait après l'opération chez un sujet perturbé par celle-ci et sensibilisé par un choc protéinique et le traumatisme avec réabsorption d'albumines et de protéines.

La façon de voir des auteurs leur indique que les signes caractéristiques du syndrome d'Ombredanne sont bien la réponse immédiate de l'organisme à l'agression et une marque évidente de réaction de défense.

Le syndrome leur apparaît encore très grave, presque irréversible et ils admettent qu'il pose le problème fondamental de sa prévention, bien plus que de son traitement. Les auteurs reconnaissent que leurs petits malades présentent des signes qui ne trompent pas, en particulier la pâleur qui a un aspect non équivoque. Le traitement médical bien qu'illusoire dans la plupart des cas, est à tenter dès le premier instant ?

Édouard DESJARDINS

Bengt J. E. THRE: **La colite ulcéreuse** (Ulcérative colitis). Acta Ch. Scand., 125: 452-462 (mai) 1963.

La colite ulcéreuse est étudiée dans ce travail au point de vue chirurgical. Plusieurs théories avancées pour expliquer la pathogénie de la colite ulcéreuse ont été abandonnées; il reste toutefois la grande probabilité d'une hypothèse infectieuse qui jouerait un rôle indirect, mais où plusieurs facteurs entreraient en jeu. D'ailleurs, on a remarqué que le début de la maladie ou l'origine d'une poussée aiguë de celle-ci coïncidait souvent avec une infection gastro-intestinale ou respiratoire. Il est reconnu également que la névrose d'angoisse a une action sur le côlon en déclenchant de l'hyperpéristalisme, de l'hyperthermie, de l'œdème et une vulnérabilité de la muqueuse à l'action des enzymes et des bactéries.

L'auteur consacre une grande partie de son article à rappeler les faits saillants de la colite ulcéreuse; son apparition au rectum dans 90% des cas et l'envahissement consécutif dans les zones proximales.

L'envahissement ne se limite pas au segment sigmoïdien, mais remonte jusqu'à la valvule iléo-cæcale; à ce niveau elle peut faire poser la question d'une analogie, bien que très incomplète, avec la maladie de Crohn.

La colite ulcéreuse est une maladie de la femme plus que de l'homme et elle apparaît entre 20 et 45 ans.

Le traitement médical a notablement diminué depuis quelques années la mortalité en associant l'ACTH, les électrolytes, les sulfamidés et les antibiotiques.

La chirurgie dans les formes aiguës est indiquée, s'il y a des signes de perforation, une dilatation importante du côlon ou une hémorragie, il est

alors indiqué de faire une colectomie subtotale ou une iléostomie.

Les indications chirurgicales dans la forme chronique se résument en l'échec de la thérapeutique médicale, l'anémie, l'hypoprotéinémie ou le déséquilibre électrolytique et surtout en présence d'abcès, de sténose, de fistules ou de perforation. La collaboration médico-chirurgicale doit se continuer après l'opération.

Édouard DESJARDINS

GASTRO-ENTÉROLOGIE

M. LEVRAT, M. RICHARD et P. BRET: **Étude radiologique de la lithiase pancréatique: Topographie des calcifications.** Arch. Mal. App. Dig., 51: 860-870 (juillet-août) 1962.

Les auteurs, à propos de vingt-cinq observations de pancréatite avec calcifications, reprennent l'étude radiologique des concrétions calcaires pancréatiques. En s'aidant de la stratigraphie axiale transverse, et dans un certain nombre de cas, de la radiographie de pièces opératoires ou nécropsiques (avec ou sans injection wirsungienne radio-opaque), ils s'attachent à montrer comment ces différentes méthodes radiologiques sont capables de préciser la topographie des calcifications. Dans les vingt-trois cas où cette étude localisatrice fut possible, ils ne relèvent qu'un seul cas où les calcifications étaient sûrement en dehors du système canalaire excréteur et deux cas où la situation canalaire ou canaliculaire pouvait prêter à discussion. En définitive, dans la quasi-totalité de leurs observations, les calcifications pancréatiques étaient, sinon dans le canal de Wirsung lui-même, tout au moins dans ses branches collatérales, à son voisinage immédiat. Il s'agissait donc de lithiases pancréatiques et non pas de pancréatites avec calcifications interstitielles, indépendantes du système excréteur de la glande.

G. ALBOT

Mme M. PARTURIER ALBOT et Mme H. MIANSAROW: **Les aspects endoscopiques périlésionnels des formes de début du cancer du rectum.** Semaine des Hôpitaux, 38: 1666 (mai) 1962.

Les aspects endoscopiques des formes de début du cancer du rectum ont déjà été décrits; nous les rappellerons très rapidement: ce sont les formes bourgeonnantes (polyploïdes ou végétantes) les formes infiltrantes, les formes ulcérales, les formes sténosantes (formes tardives); les formes vilieuses dentritiques, enfin les formes avec évagination. Ces lésions peuvent être de très petite taille.

Elles s'accompagnent toujours de modifications du relief muqueux avoisinant. Ce sont ces modifications fonctionnelles et non pas lésionnelles qui constituent le plus grand signe de présomption dans le diagnostic macroscopique du cancer du rectum au début. La lésion maligne, à son début, s'inscrit dans une muqueuse très modifiée, au contraire la lésion bénigne est toujours inscrite dans une muqueuse saine. Ces déformations périlésionnelles se voient surtout dans les formes végétantes ou dans les formes polyploïdes, un peu moins dans les formes infiltrantes; elles sont très peu fréquentes dans les formes ulcérimorphes, sauf dans les rares formes incipiens. On ne les trouve pas dans les formes sténosantes qui sont des formes plus évoluées. Lorsqu'elles existent ces déformations périlésionnelles signent presque à coup sur la lésion maligne qui s'inscrit au sein de ces déformations: l'examen histologique de la lésion confirme le diagnostic.

Les modifications du relief muqueux périlésionnel se voient surtout dans les formes polyploïdes et végétantes nous les avons ainsi décrites:

a) l'œdème et le boursoufflement de la muqueuse que nous avons appelé: "le signe du boursoufflement".

b) la formation de plis muqueux autour de la lésion avec tropisme de ces plis vers la lésion. Celle-ci est parfois circonscrite par ces déformations. Nous avons appelé ce phénomène le signe des plis ou le signe de l'attraction des plis.

c) l'hypervascularisation capillaire de la muqueuse, forme parfois un halo congestif assez foncé autour de la lésion. Nous l'avons appelé: "le signe de l'hypervascularisation en fond d'œil".

d) le chagrinage de la muqueuse, celle-ci se chagrine et se ratatine à la manière de certains tissus gaufrés; elle présente des plages de brillance et des plages de matité. Nous avons appelé ce phénomène: "le signe de la peau de chagrin".

e) l'existence d'un pli marginal bordant la lésion est un signe capital et très fréquent. En général ce pli marginal borde la lésion dans sa partie supérieure et fait une sorte de protection à l'invasion tumorale. Nous l'avons appelé: "le signe du pli marginal".

Toutes ces déformations sont constantes dans une même lésion elles n'ont aucun caractère labile.

La description de 4 observations particulièrement curieuses et intéressantes montre l'évolution de 4 petits cancers qui n'ont pas été soignés dès leur début pour différentes raisons en particulier des raisons matérielles, cette évolution est enregistrée

par des séries de photographies endoscopiques qui permettent d'étudier d'une part les modifications de l'aspect tumoral lui-même et d'autre part l'évolution des aspects muqueux périlésionnels. Ces modifications du relief muqueux autour de la lésion sont très importantes à connaître: elles existent au stade initial de la lésion elles s'amenuisent pour disparaître lorsque la lésion est installée à la période d'état c'est-à-dire lorsque la lésion commence à infiltrer les plans plus profonds. On considère donc ces modifications du relief muqueux périlésionnel comme un phénomène de défense accompagnant les lésions à leur stade tout initial.

Guy ALBOT

E. ARON et J. THOUVENOT: *Physiologie de la continence anale*. Arch. Mal. Appareil Digestif, 51: 17 (no 7-8 bis) 1962.

A la lumière des travaux récents et de recherches personnelles, les auteurs distinguent pour cette étude de la fonction réservoir et la fonction sphinctérienne. Ces deux fonctions qui sont inséparables, conditionnent la continence anale et intéressent non seulement le sphincter anal, mais encore le rectum et le côlon. Ils étudient tour à tour:

1°) la fonction réservoir du côlon et son retentissement sur la continence terminale;

2°) les éléments de la continence sphinctérienne et principalement l'appareil sphinctérien. Le sphincter strié si complexe, tant par sa structure que par la dualité de ses fibres et son fonctionnement tonique et phasique;

3°) les réflexes anaux sont examinés du point de vue hodologique et du point de vue fonctionnel. Ils soulignent les relations réciproques rectum-anus (réflexe recto-anal phasique, réflexe inhibiteur ano-recto-sigmoïdien, etc.);

4°) cette étude physiologique de la continence anale aboutit à des déductions précieuses pour la pratique médico-chirurgicale et susceptibles d'application pour l'exploration fonctionnelle.

Le réflexe essentiel de la continence dépend des récepteurs de tension situés dans la musculature du rectum. Il s'agit d'un réflexe conditionné qui s'organise à partir des sensations rectales et suppose l'intégrité du système nerveux bien que le niveau conscient ne soit pas nécessairement atteint. Les relations fonctionnelles anus-rectum, établies par ce réflexe, confirment à nouveau l'importance de l'appareil réservoir sphincter dans la mécanique de la défécation et dans son contrôle.

G. ALBOT

A. CORNET, J. GUERRE, P. HILLEMAND et J. BIGNON: **Ulcérations des faces du corps de l'estomac.** Presse médicale, 70: 1843, 1962.

Les ulcérations des faces de l'estomac sont relativement fréquentes. Sur le corps gastrique elles échappent souvent aux investigations radiologiques. D'après les statistiques des autopsies et celles des chirurgiens, confrontées à l'expérience personnelle des auteurs, on peut chiffrer à 8% les ulcères bénins de la face antérieure et à un nombre un peu plus faible ceux de la face postérieure de la portion verticale de l'estomac. Il est probable que le pourcentage des cancers des faces fundiques donne des chiffres analogues. La gastroscopie et la gastrophotographie permettent de bien saisir des lésions relativement limitées, 10 à 20 millimètres de diamètre, et fournissent des documents objectifs comparables entre eux dans le temps. Nombre d'hémorragies digestives isolées trouvent ainsi une cause, nombre de petits cancers mono ou oligosymptomatiques peuvent ainsi être dépistés et traités à temps.

G. ALBOT

NEUROLOGIE

L. S. BASSER: **Hémiplégie d'apparition précoce et faculté du langage avec référence spéciale aux effets de l'hémisphérectomie** (Hemiplegia of early onset and the faculty of speech with special reference to the effects of hemispherectomy). Brain, 85: 427-460, 1962.

La dominance d'un hémisphère cérébral en relation avec la parole n'est pas un phénomène inné et n'est certainement pas quelque chose d'immuable comme il a pu être démontré par le développement de la parole dans des cas de lésions massives cérébrales dans une hémisphère lorsque ceci arrive tôt dans la vie. Si, en effet, l'on pratique une hémisphérectomie du côté de la lésion, on note un trouble immédiat du langage résiduel. Par contre, on note une tendance de l'hémisphère non-dominant à remplacer le dominant, illustrant bien la théorie d'une latéralisation du langage, latéralisation qui semble acquise progressivement dans les premières années de la vie.

Matériel et méthode du travail. Basé sur 102 cas d'hémiplégie d'apparition précoce, 48 cas étaient localisés dans l'hémisphère gauche et 54 cas dans le droit. Une hémisphérectomie fut pratiquée dans 35 cas.

Dans 72 cas, la fonction du langage était acquise après la lésion et sur ce nombre 34 avaient une lésion dans l'hémisphère gauche et 38 dans le droit.

Dans 30 cas, la parole est apparue avant l'installation de la lésion avec 15 cas localisés dans l'hémisphère gauche et 15 dans le droit.

Dans 20 cas, la parole était troublée comme résultant de la lésion et dans les 10 autres cas la parole était intacte.

Tous les cas où la lésion est apparue avant que le langage ne se développe sont causés par un trauma obstétrical. Également, l'unilatéralité de la lésion était mise en évidence par un examen clinique et des études à l'air pour la plupart des cas.

Autres facteurs considérés:

Dominance familiale, quotient intellectuel déterminé par des tests psychologiques.

Résultats. 1) Comparaison des lésions de l'hémisphère droit et du gauche survenant avant l'écllosion du langage. Brièvement l'auteur passe en revue la littérature concernant la dominance, la latéralisation cérébrale de la parole et la tendance familiale à la sinistrose. Il conclut que 5-10% de la population sont gauchers, qu'il n'est pas possible de prévoir la dominance d'un membre même en connaissant celle de la famille, que l'hémisphère gauche peut être regardé comme l'hémisphère dominant du langage dans 90% de la population.

Puis l'auteur analyse d'abord les patients dont la parole n'était pas acquise au moment de la lésion et il constate qu'aucune dysphasie n'existe chez ces patients quelle que soit la location de la lésion, soit à l'hémisphère gauche ou droit. A peine 8 patients pour chaque lésion hémisphérique avaient un peu de bégaiement. Enfin 8 patients pouvaient à peine parler parmi ceux qui avaient des lésions hémisphériques gauches et 11 ayant des lésions droites. Il n'y avait aucune différence dans la distribution du niveau d'intelligence verbal que la lésion soit hémisphérique gauche ou droite.

Ici l'auteur fait une digression concernant les 19 cas qui pouvaient à peine parler. En effet, il note chez ces sujets une incidence plus élevée de comitialité et il reviendra plus loin sur cette question.

Également, l'étude ne montre aucune différence entre l'âge moyen du début du langage quelle que soit la localisation de la lésion hémisphérique droite ou gauche.

2) Trouble du langage déjà acquis survenant chez les patients ayant une lésion hémisphérique unilatérale.

Il y avait 20 cas chez lesquels la parole était troublée par une lésion, soit une lésion hémisphérique droite pour 7 cas et gauche pour 13 cas.

19 cas dont 13 avec lésion gauche et 6 avec lésion droite ont montré une perte complète de la parole et 1 cas une réduction importante. Le déficit ne fut pas permanent en aucun cas, la récupération prenant place à des périodes différentes. La durée de la perte du langage varia jusqu'à 2 ans et ceci pour des lésions gauche ou droite. Le degré de récupération fut également indépendant du lieu de la lésion. Également, les patients ont dû changer de dominance après l'hémiplégie, les gauchers devenant droitiers et inversement les droitiers, gauchers.

Ces observations amènent l'auteur à tirer des conclusions et à poser des questions. D'abord, il est d'accord avec la plupart des auteurs que la préférence à se servir d'une main plutôt que d'une autre n'apparaît pas avant la seconde moitié de la 2e année et ceci est vrai aussi pour la dominance cérébrale. En outre, est-ce que la latéralisation de la dominance cérébrale peut être influencée par un changement de la dominance à la main? Cette question est controversée et les résultats sont contradictoires chez tous les auteurs. Dans les cas où une hémisphérectomie fut pratiquée, cette opération provoqua chez une proportion de malades un trouble du langage alors que chez d'autres, il n'y eut aucune altération.

3) Défaut de trouble de la parole déjà acquise avant la lésion unilatérale hémisphérique. Ces observations ont une importance en regard de l'âge et du mode d'établissement de la dominance cérébrale de la parole chez les sujets normaux. Il y avait 10 cas de ce groupe dans lequel la parole resta in affectée par la lésion produisant l'hémiplégie et parmi ceux-ci 8 avaient une lésion droite et 2 une lésion gauche. L'âge varie entre 1-2 ans.

Quant à la dominance corporelle de chacun des cas, on aurait trouvé 4 droitiers avec lésion hémisphérique droite. Ceux avec une lésion hémisphérique gauche avaient montré une préférence pour la main droite avant l'apparition de la lésion et ceux-ci devinrent gauchers après la lésion.

Il est donc évident qu'avant la lésion, l'hémisphère affecté ne participait pas de façon significative au langage qui déjà aurait pu être latéralisé à l'hémisphère opposé intact. Également dans la littérature, des observations de latéralité droite pour le langage associée avec une dominance droite corporelle ont pu être démontrées; ceci montre bien l'indépendance qui peut exister entre la main dominante et la latéralisation du langage. La croyance générale concernant la latéralisation céré-

brale pour le langage est la suivante: les deux hémisphères participeraient au développement du langage chez l'enfant et la latéralisation prendrait place subséquentement à un âge purement spéculatif. Cette croyance est basée sur la fréquence relative d'une perte du langage retrouvée dans la lésion hémisphérique droite chez les droitiers.

4) L'hémisphérectomie et la faculté du langage. Alors qu'il a pu être démontré qu'une lésion unilatérale du cerveau survenant précocement dans l'enfance n'empêche pas l'acquisition du langage, quel que soit l'hémisphère affecté, il n'y avait aucune évidence à savoir si le langage résiduel n'était le fait de l'hémisphère intact ou de la préservation partielle de fonction dans l'hémisphère lésé. L'introduction de l'hémisphérectomie nous offre un moyen de décider cette question qui a une importance pratique et théorique. En considérant les premiers rapports de l'hémisphérectomie dans les cas d'hémiplégie d'apparition précoce, les principaux facteurs faisant l'objet de l'étude sont l'âge de l'apparition du dommage cérébral, l'âge de l'opération, le niveau général de l'intelligence et mention est faite également de la dominance familiale par rapport à la main la plus employée.

Matériel. 35 cas d'hémisphérectomie furent étudiés. L'apparition de l'hémiplégie, telle que mentionnée plus haut, avait été très précoce dans la vie et l'opération pratiquée surtout à cause d'épilepsie incontrôlable fréquemment associée avec des troubles caractéristiques graves. La procédure chirurgicale décrite par Carmichael en 1954 est la suivante: à l'opération, le lobe frontal pariétal et occipital est enlevé; seulement une petite portion de l'hippocampe n'est pas enlevée après l'exérèse du lobe temporal. Une partie des globus pallidus avec le putamen, la capsule externe et l'insula sont enlevés. Le thalamus toutefois n'est pas touché. Tout ce qui reste pour remplir la cavité, un moignon de ganglions basaux avec une petite portion de l'hippocampe.

Il y avait 17 cas d'hémisphérectomie gauche et 18 cas d'hémisphérectomie droite, divisés en 2 groupes selon que la lésion était survenue avant ou après l'acquisition du langage. Le groupe 1 comprend donc les cas dans lesquels la lésion cérébrale était survenue avant l'avènement du langage: il comprend 25 cas, dont 12 avec une hémisphérectomie gauche et 13 avec une hémisphérectomie droite. Le groupe 2 comprend les cas dans lesquels le langage est apparu avant que la lésion cérébrale ne survienne. Il comprend 10 cas dont 5 avec une hémisphérectomie gauche et 5 avec une hémisphé-

rectomie droite. L'âge de l'opération variait de 20 mois à 31 ans. L'examen macroscopique des hémisphères enlevés montrait des lésions très expansives la plupart distribuées dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne. La plupart des lésions étaient kystiques. Il y avait également des cerveaux ou les changements pathologiques envahissaient l'hémisphère complet d'une façon diffuse.

Analyse du groupe 1. On nota qu'à l'hémisphérectomie, quelques patients accusèrent une récupération marquée du langage. Dans d'autres cas, et ceci forme la majorité, il n'y eut aucun changement de la parole à la suite de l'hémisphérectomie. Les résultats furent les mêmes quel que soit l'hémisphère enlevé. Il est également important de noter l'amélioration de crises épileptiques chez les patients qui subirent une hémisphérectomie. Dans le cas d'hémisphérectomie gauche, 12 patients avaient des convulsions très fréquentes associées avec des troubles de caractère. Après l'opération, 10 cas ne montrèrent plus aucun signe de comitialité et les 2 autres cas furent grandement améliorés. On constate le même résultat dans les cas d'hémisphérectomie droite. Ces résultats sont probablement dus au fait que l'hémisphère malade était enlevé.

Résultats du groupe 2. L'analyse de ces cas dans lesquels le langage est apparu avant l'installation du dommage cérébral est surtout envisagée en relation du développement du langage, le niveau du langage pré-opératoire étant déterminé cliniquement et par des tests psychologiques. Il est à noter également que les cas dans lesquels le langage était perdu, résultant d'une lésion cérébrale produisant une hémiplegie, 3 avaient une lésion hémisphérique gauche et 3 une lésion hémisphérique droite et dans 4 cas où le langage est demeuré inchangé ni altéré, 2 avaient une lésion de l'hémisphère droit et 2 une lésion de l'hémisphère gauche. Tel que noté plus haut, l'hémisphérectomie amena une amélioration du langage chez certains sujets probablement due au fait que l'hémisphère lésé jouait un rôle adverse sur la fonction du langage de l'hémisphère intact. Dans d'autres cas, l'hémisphérectomie n'amena aucune amélioration, dû possiblement au fait que le langage était préservé dans l'hémisphère lésé par quelques cellules résiduelles. Ceci d'ailleurs a été discuté plus haut. Également dans ce groupe, en regard de l'épilepsie, il est à noter que l'hémisphérectomie amena sinon une disparition des signes de comitialité du moins réduction importante.

Cette dernière observation nous amène à parler du rôle de l'épilepsie et de l'influence néfaste de l'hémisphère lésé. En effet l'exérèse de l'hémisphère malade résulte en une réduction remarquable dans la fréquence des convulsions dans presque tous les cas et la plupart des patients ne présentent plus d'attaque après l'opération. Parallèlement une amélioration clinique du langage était prouvée dans un nombre considérable de cas et une augmentation du quotient intellectuel verbal également présente. Ces changements étaient dus directement à l'exérèse de l'hémisphère endommagé qui comme nous l'avons conclu exerçait une influence adverse sur l'hémisphère sain. A cette fin, Penfield déclare: "les parties anormales du cerveau peuvent produire dans un sens positif une réduction dans la capacité mentale et des anomalies du comportement et l'absence de ces zones peut permettre aux autres parties du cerveau de récupérer leur fonction normale.

L'auteur conclut donc que le langage se développe et s'est maintenu dans l'hémisphère intact dans la plupart des cas et qu'à cet égard, l'hémisphère gauche ou droit a un potentiel de latéralisation égal. L'âge auquel la latéralisation de l'hémisphère prend place est inconnu.

Jacques FORTIN

Leo ALEXANDER et Leo J. CASS: *L'état actuel de la Thérapie à l'ACTH dans la sclérose en plaques* (The Present Status of ACTH Therapy in Multiple Sclerosis). *Ann. of Internal Med.*, 58: 454 (mars) 1963.

Les auteurs affirment que l'A.C.T.H. est une médication efficace dans le traitement de la sclérose en plaques. Ainsi Miller, Newell, Ridley, puis Miller et Wallace obtinrent des résultats sûrs, très supérieurs à ceux assurés par la cortisone, disent Alexander et Cass.

Les auteurs étudient ici un total de 110 cas.

— 94 patients reçurent un dosage élevé d'ACTH avec succès.

Une thérapie de soutien, comparée chez 37 patients au 90e jour puis au bout de 26 mois de thérapie de support, démontra une amélioration soutenue, surtout chez les patients qui s'étaient améliorés avec ACTH à forte dose.

Les auteurs en concluent à une supériorité marquée de la thérapie à haut dosage d'ACTH pour une même période.

Les auteurs ont compilé leurs statistiques selon la méthode du test de Kruskal-Wallis et selon des analyses statistiques strictes.

Les études statistiques leur ont permis d'abord d'affirmer qu'un dosage "critique" était obligatoire pour avoir une rémission de la maladie, ce qui les amena à doser les 17-cétos et les 17-hydroxys urinaires des patients traités à l'ACTH pour connaître leurs réponses cortico-surréaliennes, sous traitement.

Dosages et modes d'administration d'ACTH. On donna: ACTH 40 unités dans un dextrose 5% 1,000 cc dans l'eau pendant 8 heures, chaque jour pendant 10 jours, I.V.

Ensuite on donna ACTH gel 60 unités, I.M. 2 fois par jour du 2e au 21e jour, alors qu'on diminuait graduellement la dose de 20 unités à tous les 3 ou 5 jours jusqu'à ce qu'on atteigne une dose d'entretien de 40 unités par jour, ceci à partir du 32e jour ou plus tard.

Par la suite, on réduisait encore la dose, mais pas en-dessous de 20 unités 3 fois par semaine.

Résultats

1) *Effets de l'ACTH sur les taux d'excrétion des stéroïdes.* Ceci a été étudié chez 12 patients où on s'occupa de l'excrétion urinaire des 24 heures des 17-cétos et des 17-hydroxys.

Chez 5 malades qui n'avaient eu aucun traitement antérieur et chez qui on calcula l'excrétion urinaire pendant plus de 5 jours avant le traitement, les 17-cétos ont varié de 5.7 à 27.0 mg. par 24 heures, tandis que les 17-hydroxys ont varié de 0.45 à 17.9 mg. par 24 heures. Les valeurs étaient légèrement plus faibles chez les femmes.

Chez 5 malades contrôlés, les valeurs des 17-cétos oscillaient de 5.2 à 18.2 mg./24 heures et les 17-hydroxys variaient de 0.36 à 17.8 mg. par 24 heures.

Les excrétions urinaires étaient donc supérieures chez les malades atteints de sclérose en plaques, et surtout celles des cétostéroïdes.

Au début de la thérapie à l'ACTH, augmentation nette des stéroïdes urinaires avec stabilisation des débits au bout de quelques jours; les deux débits (17-cétos et 17-hydroxys) demeurant parallèles mais l'excrétion des 17-hydroxys demeurait un peu supérieure à celle des 17-cétos tant que durait la stimulation surrénalienne.

2) *Aspects cliniques d'amélioration en rapport avec le taux d'excrétion des stéroïdes.* Les auteurs se sont servis de l'excrétion urinaire des 17-hydroxycorticostéroïdes comme index d'activité cortico-surrénalienne.

L'amélioration objective du malade (amélioration neurologique de 10% ou plus) apparut entre

le huitième et le soixantième jour avec une moyenne de 25 jours. L'amélioration en général coïncidait avec une augmentation marquée de l'excrétion urinaire des 17-hydroxycorticostéroïdes.

3) *Effets secondaires.* En cours de traitement, on surveilla attentivement: urines, formule sanguine, glycémie à jeûn, électrolytes sanguins, une fois par semaine. Pendant les épisodes d'ACTH à haute concentration, on administra aux malades une diète pauvre en sodium.

Les tares sont divisées en 3 groupes:

A) entre le 5e et le 24e jour, excitabilité émotionnelle, tachycardie, symptômes gastro-intestinaux.

Ces troubles sont survenus la plupart du temps au moment d'une excrétion accrue des 17-hydroxystéroïdes.

B) entre le 9e et le 62e jour, œdème, acné, saignement gastro-intestinal, leucocytose, infection, colite muqueuse, albuminurie, ostéoporose avec fractures.

L'œdème était contrôlé par la diète pauvre en sodium, l'aldactone et le diuril.

Le saignement gastro-intestinal se produisit chez deux patients entre le 20e et le 29e jour pour une durée de 10 à 34 jours.

Deux patients ont présenté des ulcères post-ACTH.

Deux patients ont présenté des perforations d'ulcères d'estomac dus à l'ACTH.

Les infections se sont avérées être: soit des infections urinaires, soit des infections fongiques de la peau, de la bouche ou de la gorge.

Les changements électroencéphalographiques n'ont été que transitoires et dus à des dérangements électrolytiques.

De l'ostéoporose avec fracture pathologique a été observée chez deux malades qui avaient reçu une thérapie de soutien à long terme avant la thérapie à haut dosage: 1 fracture spinale après 1½ an de thérapie de soutien et une autre fracture identique après 4 ans de thérapie de soutien.

C) entre le 21e et le 60 jour, faiblesse, baisse de la tension artérielle, vertige, syncope, baisse de la vision, hypoglycémie, hyperglycémie, troubles mentaux, mélanodermie.

Un cas d'hyperglycémie sévère, apparue au 44e jour de traitement, est mort 16 heures plus tard, après avoir reçu 650 unités d'insuline en 16 heures, la glycémie n'étant jamais diminuée en bas de 300 mg. par 100 ml. Un autre cas fut heureusement contrôlé médicalement.

Les psychoses sont survenues presque toujours lors de variations rapides, extrêmes dans le taux d'excrétion urinaire des 17-hydroxys. Durée: environ 10 à 20 jours et amélioration grâce aux équivalents corticoïdes (dexaméthasone). Un seul cas de mélanodermie, amélioré par les équivalents corticoïdes.

Discussion. La thérapie à l'ACTH, sans être idéale, est le traitement le plus efficace actuellement. Ceci est confirmé dans la série de 110 patients où 94 ont reçu des doses élevées et 26 de faibles doses.

La découverte la plus frappante fut que l'excrétion des 17-cétos était inférieure à celle des 17-hydroxys et que les deux subissaient une évolution phasique et cyclique au cours du traitement à l'ACTH à haute dose.

Les deux sommets notés dans l'excrétion urinaire des stéroïdes reflètent probablement la capacité qu'a la glande surrénale de répondre à l'ACTH. Sommet 1: amélioration subjective du malade et effets secondaires du groupe A) Sommet 2: amélioration objective et effets secondaires du groupe B).

Le groupe C) correspondrait à une insuffisance de la surrénale et à un épuisement relatif de la surrénale.

Il en serait de même en ce qui concerne les psychoses survenues en cours de traitement à l'ACTH.

Alain GODON

CARDIOLOGIE

G. E. BURCH et J. H. PHILLIPS: **Méthodes de diagnostic différentiel entre dilatation cardiaque et épanchement péricardique** (Methods in the diagnostic differentiation of myocardial dilatation from pericardial effusion). *Am. Heart J.*, 64: 266, 1962.

Le problème du diagnostic différentiel étant capital et difficile, les auteurs n'hésitent pas à revenir sur cette question, pourtant classique. Ils prennent en considération les éléments et aussi les procédés permettant une telle différenciation.

a) Les anamnèses: une histoire de symptômes cardiaques de longue date, de tuberculose pulmonaire, de néoplasie maligne; une dyspnée qui diminue en position assise et avec le tronc incliné en avant; la douleur thoracique se réduisant par l'inclinaison du tronc vers l'avant favorisent l'épanchement péricardique. Au contraire, une hypertension artérielle, une affection valvulaire syphilitique; la dyspnée de la décompensation congestive peu améliorée par l'inclinaison en avant.

b) L'examen objectif du malade: la position inclinée en avant du péricardique est caractéristique; de même les veines du cou se dilatent en inspiration dans le cas de tamponnade péricardique tandis que dans la dilatation cardiaque, elles subissent une forte réduction dans leur tension au cours de l'inspiration.

c) La pression et le pouls: dans les maladies myocardiques primitives comme dans la tamponnade péricardique la pression artérielle systolique tend à diminuer et la diastolique à augmenter avec la réduction de la pression différentielle. Mais une réduction phasique de la T.A. au cours de l'inspiration avec augmentation ultérieure au cours de l'expiration (le pouls paradoxal) est toujours présente dans la tamponnade cardiaque consécutive à l'épanchement du péricarde. Une réserve s'impose: elle peut se voir dans la fibrose pulmonaire, l'épanchement pleural et l'obstruction humérale.

d) Les signes cardiaques: la mise en évidence d'une zone de matité triangulaire accompagnée de respiration bronchique et de bronchophonie à la base du poumon gauche constitue un signe fondamental du diagnostic de péricardite avec épanchement (signe d'Ewart). A l'inspection de la paroi thoracique antérieure un choc de pointe faible ou absent fait opter pour l'existence d'un épanchement péricardique. Il en est tout autrement en ce qui concerne la dilatation où le choc est énergique. De même des bruits cardiaques sourds font pencher la balance en faveur d'un épanchement. Quant à la constatation d'un frottement péricardique pouvant même disparaître au moment de l'épanchement et d'un galop protodiastolique, donc ventriculaire gauche, on peut dire que la certitude est évidente car le premier traduit l'épanchement et le second la dilatation myocardique.

e) La radiographie: la mise en évidence de fortes pulsations de l'ombre cardiaque favorise la dilatation tandis que les pulsations faibles plaident en faveur de l'épanchement. Quant à l'augmentation de l'ombre cardiaque et à l'aspect en fiasque, il faut admettre que les deux peuvent se rencontrer dans les deux affections.

f) L'électrocardiogramme: certaines altérations significatives ont une valeur indiscutable: une réduction du voltage du QRS, la constatation d'une alternance électrique complète ou non ont une grande valeur. Mais, souvent on n'observe que des altérations non spécifiques de l'onde T.

g) Cathétérisme cardiaque et angiocardigraphie: peuvent rendre de grands services, mais ce sont des procédés non exempts de risque.

h) Les Isotopes radio-actifs: méthode récente qui semble combler les lacunes laissées par les autres. Au moyen de l'albumine marquée par I_{131} et d'un détecteur de radio-activité placé au niveau du précordium on effectue un calcul de la masse sanguine intracardiaque. La valeur obtenue est comparée avec les dimensions de l'ombre cardiaque déterminées radiologiquement. Une discordance significative indique l'existence d'un épanchement.

i) L'angiocardiocarographie consiste dans l'injection intra-veineuse de CO_2 chez le patient placé en décubitus latéral gauche. Une radiographie est effectuée quelques secondes après. Le gaz arrive à délimiter dans le cœur le bord de la cavité auriculaire droite, permettant ainsi d'établir l'épaisseur de l'opacité qui sépare ce bord de la zone claire pulmonaire. En cas d'épanchement cette zone d'opacité devient plus étendue et plus grande.

j) La paracentèse péricardique: ses indications sont ainsi résumées: confirmation du diagnostic d'épanchement péricardique; traitement immédiat de la tamponnade cardiaque; traitement local de l'affection; isolement et identification du micro-organisme, de la cellule néoplasique et détermination des caractéristiques du liquide dans un but diagnostique et thérapeutique.

Indication afin de diminuer une tamponnade cardiaque: si pression artérielle différentielle égale ou inférieure à 20 mm de Hg; si pression veineuse supérieure à 150 mm d'eau; si présence d'un pouls paradoxal important si présence d'une alternance électrique à l'électrocardiogramme; si existence de signes généraux inquiétants: extrémités froides, pouls rapide, désorientation mentale, dyspnée, cyanose, oligurie.

Finalement les auteurs décrivent les techniques appropriées pour la péricardiocentèse correcte.

M. KALUDI

OPHTALMOLOGIE

Henri JAMMET, Marc Adrien DOLIFUS et Christian HAY:
Les effets oculaires des explosions atomiques. Annales d'oculistique, 196: 329-357 (avril) 1963.

Il faut considérer les effets oculaires de la bombe atomique essentiellement sous trois angles.

1° Les effets du souffle sur l'œil et la projection des débris entraînés par l'explosion.

2° Les effets des radiations de grande longueur d'onde entraînant les brûlures et les lésions thermiques.

3° Les effets des radiations de courte longueur d'onde où il faut considérer l'action: du rayonnement γ et des neutrons libérés par la réaction

d'éclatement de la bombe; de la radio-activité des produits de fission nucléaire et de fragments de matière non désintégrés, tel que le plutonium; de la radio-activité induite par l'action des neutrons sur la matière atteinte dans la zone d'explosion.

Un américain et deux japonais ont présenté en 1949 à la réunion de la Société Américaine d'Ophthalmologie, un rapport sur les lésions oculaires observées à Hiroshima par l'explosion d'août 1945.

Les lésions oculaires entraînées par le souffle

Elles sont secondaires à l'onde de choc déclenchée par la bombe et aux débris de matériaux divers dont la projection peut aller à plusieurs kilomètres de l'hypocentre de l'explosion. Il s'agit là de lésions mécaniques qui furent étudiées par six ophtalmologistes japonais, après les bombardements d'Hiroshima et de Nagasaki. Malheureusement, ces auteurs n'ont pas fait de statistique; toutefois ils insistent sur le fait que la plupart des lésions oculaires ont été causées par les débris de verre.

Les effets des radiations ultra-violettes et infra-rouge

1° Ce sont les brûlures cutanées de la face très étendues avec des cicatrices denses et épaisses. Les brûlures de la conjonctive et de la cornée sont relativement rares, grâce au réflexe palpébral et à la forme ovale de la fente palpébrale des japonais plus rapidement fermée par un réflexe de clignement vif.

2° Les lésions cornéennes: les plus fréquentes sont des lésions cornéo-conjonctivales précoces qui sont liées à l'action des ultra-violets et à l'action des radiations de grande longueur d'onde.

Les lésions tardives surviennent à partir de la fin de la première semaine et jusqu'au vingtième jour. Ces lésions sont le fait de l'action des radiations ionisantes de la cornée; la lenteur de leur évolution est caractéristique. La nécrose de la cornée peut s'établir et durer pendant plusieurs mois.

3. Les lésions rétinienues: les lésions chorioretiniennes peuvent survenir à une beaucoup plus grande distance que les lésions cutanées, le flash de l'explosion atomique réalise une lueur dont il est désormais classique de comparer l'intensité à un éclair plus grand que cent soleil. La transformation de cette énergie radiante en énergie calorifique au niveau de la couche d'absorption de la rétine, entraîne l'apparition de brûlures rétinienues intenses. L'ensemble des enquêtes a montré que les phénomènes subjectifs étaient les mêmes. Les circonstances d'apparition sont assez sembla-

bles: il s'agissait d'individus regardant en l'air au moment de l'explosion. Les malades accusent une sensation de grand éclair de lumière, comparé par certains à un fort éclair de magnésium. Cette impression est en règle suivie d'une obscurisation de plusieurs minutes. Quelques malades ne se souviennent pas d'avoir vu le flash, mais se souviennent parfaitement de la période d'obscurité secondaire.

Le cas d'un blessé est rapporté qui avait fixément regardé pendant sa descente le parachute porteur de la bombe et regardant en l'air au moment de l'explosion. Le malade fut examiné deux mois après le bombardement, son acuité visuelle était de 50% de chaque œil; il existait cependant un scotome annulaire central à la campimétrie. Au fond d'œil, on trouva une opacité gris-blanchâtre de la taille d'un tiers de papille. Quatre ans plus tard, on retrouva les mêmes déficits du champ visuel, mais il ne persistait plus aucune anomalie du fond d'œil.

Les lésions secondaires à l'action des radiations de courte longueur d'onde: les lésions rétiniennees sont les premières, elles sont secondaires à la maladie des radiations.

Tout individu soumis à l'irradiation massive d'une explosion atomique peut présenter, si la dose absorbée est importante, les symptômes de la maladie des radiations. Plusieurs formes peuvent s'observer: les formes cérébrales aiguës conduisant rapidement à la mort, les formes gastro-intestinales et les formes hématopoïétiques, ou un mélange des deux dernières formes.

Les deux dernières formes observées à Hiroshima et à Nagasaki se sont accompagnées de lésions rétiniennees. Il faut noter que les hémorragies rétiniennees sont d'aspect très proche de celles observées dans les leucoses ou les anémies pathologiques. De ces hémorragies, les unes sont en flammèche, d'autres sont prérétiniennees (24% des cas). Il peut se produire aussi des hémorragies du corps vitré: 4% des cas. Également des exsudats rétiniennees. Ils sont parfois très nombreux de 40 à 50 sur un seul fond d'œil. Les hémorragies disparaissent en général plus vite que les exsudats.

Les lésions du cristallin

Les lésions du cristallin sont parmi celles qui ont été les plus étudiées, mais il est cependant difficile d'en préciser l'incidence et le nombre de cas survenus. Les premières communications portant sur des lésions cristalliniennes sont dues à des auteurs japonais; ils décrivent dans les semaines qui sui-

vent des cataractes dont l'aspect clinique les apparente à des cataractes traumatiques liées au souffle ou à des traumatismes oculaires. Il semble donc qu'il faille actuellement distinguer en matière de cataractes d'origine nucléaire, d'une part, des cataractes extrêmement précoces, liées aux effets traumatiques et à l'action directe du souffle, et d'autre part, les véritables cataractes par radiation, liées à l'action des radiations ionisantes et survenant au moins plusieurs mois ou années après l'irradiation.

Dans l'ensemble, il y a lieu de penser que les sujets jeunes ont beaucoup plus de possibilité d'être atteints de cataractes que les sujets âgés. Les véritables cataractes par radiation, ont une latence d'au moins 10 mois. Ces cataractes présentent des opacités de la zone centrale de la capsule postérieure du cristallin; elles sont symétriques dans les deux yeux.

Le traitement est celui des cataractes ordinaires i.e., l'exérèse du cristallin opacifié.

On a relevé également des lésions du corps ciliaire, de l'iris, de la cornée et de la sclérotique.

Claude MONFETTE

ORTHOPÉDIE

J. TRUETA: *Le rôle des vaisseaux dans l'ostéogénèse* (The role of the vessels in osteogenesis). *Journal of Bone and Joint Surgery*, 45: 402, 1963.

Importance relative pour l'os de plusieurs sources d'apport sanguin. Il n'y a pas de méthodes valables à ce jour pour déterminer le débit sanguin au niveau du système osseux. Tant que le drainage veineux ne pourra être recueilli, on se trouvera devant la même difficulté. Les auteurs dressent un tableau général de la circulation des os qu'ils ont étudiée en supprimant sélectivement une des quatre voies d'irrigation.

1) L'artère nutritive: elle fournit de 50 à 70% de la vascularisation diaphysaire.

2) Les artères perforantes épiphysaires et métaphysaires: ces deux systèmes ne seront reliés entre eux qu'à l'arrêt de la croissance. Après quoi, ce nouveau système se joindra à l'artère nutritive pour fournir de 20 à 40% de l'apport sanguin total de l'os.

3) Les vaisseaux périostés: ils sont responsables de la vascularisation du tiers externe de la corticale (contrairement à ce que prétendent certains auteurs).

Mécanique de la circulation intra-osseuse. L'interposition entre les artérioles et les veines d'un système des vaisseaux sinusoïdaux nous oblige à

chercher un autre facteur que la "vis a tergo" pour expliquer la circulation intra-osseuse. Les muscles adjacents ou attachés à l'os semblent y jouer le rôle prépondérant. L'étroite relation entre l'inactivité musculaire et la résorption osseuse accompagnée d'un engorgement veineux a suggéré d'incriminer ce manque d'activité musculaire comme cause de l'atrophie de Sudeck. La circulation locale est donc intimement reliée au remaniement osseux.

De plus, il semble que la synthèse de la matrice organique par les cellules osseuses soit inséparable de la teneur locale en oxygène.

La théorie de l'induction de l'ostéogénèse. Selon toute probabilité, les chondrocytes morts ou dégénérés, les ostéocytes et les cellules endothéliales élaboreraient une substance ostéogène de nature protéinique qui aurait une action angioblastique spécifique sur les vaisseaux de l'os. (vascular stimulating factor ou V.S.F.) Ce V.S.F. serait sécrété par les cellules cartilagineuses hypertrophiques en voie de dégénérescence au niveau du cartilage de croissance, ou au niveau du cartilage articulaire dans l'ostéoarthrite. Après une fracture expérimentale, les vaisseaux des tissus mous avoisinants convergent non pas vers la corticale sous-jacente, mais vers le trait de fracture: autre preuve de l'existence de ce V.S.F. Dans les greffes osseuses, le V.S.F. serait sécrété par les cellules endothéliales et les ostéocytes morts ou en voie de dégénérescence au niveau du greffon. Ainsi, une invasion vasculaire précéderait l'ossification, mais en quoi ces vaisseaux sont-ils responsables de l'ostéogénèse ?

Capillaires et sinusoides osseux. Sous l'influence du V.S.F. l'endothélium vasculaire retrouverait ses potentialités angioblastiques embryonnaires. Ces cellules endothéliales stimulées se divisent non seulement au niveau de la section du vaisseau mais aussi le long de la paroi pour devenir un ostéoblaste ou un prédécesseur. Toutes ces cellules demeurent attachées par des prolongements cytoplasmiques. Le syncythium ainsi élaboré sera bientôt sous la protection de la matrice rigide de l'os.

Effets de la compression sur l'ostéogénèse. Sous l'effet d'une compression physiologique ou expérimentale, les canalicules plus ou moins perpendiculaires à la direction de cette force, s'oblitérent. Les cellules intra-osseuses, privées des matériaux nutritifs essentiels, dégèneront et mourront. Le V.S.F. ainsi produit sera responsable de la néoformation locale de vaisseaux et subséquentement d'ostéoblastes. C'est ainsi qu'on explique l'activité ostéogénétique de la compression.

L'origine vasculaire des systèmes de Havers. On a mis en relief à la microscopie électronique l'intime relation qu'il y a entre les cellules endothéliales et les ostéoblastes. L'étude à l'aide du microscope à rayons ultra-violet a montré que la fluorescence se dépose en regard du périmètre externe des vaisseaux. Il semble donc que les systèmes de Havers s'élaborent par déposition successive de lamelles osseuses concentriques au pourtour d'un vaisseau.

La résorption osseuse et les ostéoclastes. Des microphotographies ont démontré des prolongements cytoplasmiques reliant les ostéoclastes aux ostéocytes et aux ostéoblastes avoisinants. Ces trouvailles correspondent aux travaux précédents stipulant que les ostéoclastes sont composés d'ostéoblastes et de cellules intermédiaires. Sont-ils la conséquence ou les initiateurs de la résorption osseuse ? L'auteur suppose que les ostéocytes morts ou dégénérés libèrent une substance capable de conférer aux ostéoclastes dans lesquels ils sont enfermés, un caractère agressif. Un phénomène vasculaire serait à la base de ce mécanisme.

Conclusion. Il semble que le V.S.F. soit l'organisateur agissant sur les vaisseaux ostéogénétiques à partir desquels s'élabore l'architecture syncytiale caractéristique du tissu osseux. A partir de la cellule endothéliale des capillaires sinusoides, la philogénèse cellulaire du remaniement osseux normal se ferait comme suit: cellule endothéliale, cellule intermédiaire, ostéoblastes, ostéocytes et ostéoclastes.

Pierre BÉDARD

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 23 avril 1963

Tenue à l'Hôpital Notre-Dame,
Présidence du docteur Eugène Robillard

Service à domicile en psychiatrie

HÉBERT LANGEVIN

Ce service, qui existe actuellement à l'hôpital Notre-Dame, s'est inspiré d'une expérience faite à Amsterdam après la guerre, alors qu'il existait une pénurie de lits dans les hôpitaux.

Ce service a surtout pour but d'éviter le déplacement du malade hors du milieu familial et d'éviter l'hospitalisation, dans bien des cas.

Les principaux objectifs du service consistent à donner une orientation au malade, à pouvoir atteindre plusieurs patients et aussi à corriger l'équilibre anormal du milieu familial.

Ce plan de recherches se déploie sur un quadrilatère d'environ 100,000 habitants et représente une assez bonne uniformité de la population en général. Il a un caractère flexible et, à l'aide d'un secrétariat à plein temps, la conduite à suivre est immédiatement déterminée dès l'appel du patient.

Un plan de traitement est ensuite esquissé et la psychothérapie ou la chimiothérapie sont commencées. Pendant cette première année, 163 patients ont été vus et les résultats, jusqu'à ce jour, sont très encourageants.

Il semble que cette initiative aura des répercussions heureuses et fournira des données épidémiologiques qui pourront être très utiles dans l'avenir. Cette expérience a prouvé que le problème social demeure le plus important et que le problème psychiatrique vient ensuite.

Plusieurs questions furent posées au docteur Langevin, à savoir quel critère suivait-il pour les appels téléphoniques et pour les visites à domicile ? Il répondit que, lorsque c'était possible, le patient devait se rendre à l'hôpital et qu'en somme toute confiance était donnée à l'agence référant.

Il admit, de plus, qu'en visitant les familles, il existait toujours une possibilité de trouver d'autres personnes malades dans cette famille. De plus, ce plan s'oriente vers un système de consultation d'urgence à domicile, pour aider le médecin traitant.

Traitement médical de la douleur

YVON CHARTIER

Après avoir fait allusion à plusieurs expériences cliniques personnelles au sujet de la douleur, le docteur Chartier énuméra certains mythes qui semblent être entrés dans l'esprit des médecins.

Le premier mythe consiste à faire une distinction entre les douleurs organiques et les douleurs psychiques. Ceci est difficile à admettre, car c'est d'abord l'individu qui compte.

Un autre mythe bien répandu consiste à prétendre que la douleur est un phénomène naturel de défense et que, par conséquent, il faut endurer.

Un autre mythe qui prévaut est celui qui est de ne pas parler des douleurs avec le patient, afin d'éviter l'obsession.

Autre mythe: Ne pas donner trop de narcotiques, afin de forcer le patient à mieux coopérer; ce qui prévaut dans les services chirurgicaux.

Il faut ajouter un autre mythe courant qui est la crainte de l'accoutumance. Il faut plutôt craindre la personnalité du patient, d'après le docteur Chartier, que l'accoutumance elle-même. En effet, ces gens sont souvent des êtres dépendants qui sont à la recherche de fortes sensations.

L'emploi de la drogue dans les premiers jours cause plutôt des effets désagréables et ce n'est qu'après trois ou quatre jours que l'effet euphorisant commence à se faire sentir.

Bien populaire est un autre mythe qui veut que la morphine soit très dangereuse et que le Demerol ne le soit pas. Ceci est loin d'être exact, car les vertus du Demerol ont été grandement exagérées. Il semble bien que c'est la morphine qui demeure l'agent de choix, à cause de ses grandes propriétés euphorisantes. Somme toute, il s'agit de bien se familiariser avec une substance et de l'employer par la suite.

Un autre mythe répandu consiste à prescrire les narcotiques au besoin seulement et de laisser le soin à l'infirmière de décider. Cette méthode n'est pas recommandable, car ceci place une responsabilité trop grande sur les épaules de l'infirmière.

Autre mythe: "Il faut se méfier d'un patient qui demande son injection de narcotiques". Ceci peut vouloir dire, tout simplement, que le patient est souffrant.

Quelques questions furent posées par les docteurs *Amyot* et *Dufresne*, sur le rôle de l'anxiété chez ces patients. Il semble bien que l'anxiété joue un rôle primordial qui peut rendre le patient très craintif.

Résultats tardifs des cas traités par dialyse rénale

YVES PIETTE

Depuis le début de la dialyse rénale à l'hôpital Notre-Dame, vingt-quatre cas ont été traités de cette manière et douze cas sont décédés en phase aiguë. Parmi les douze cas qui ont survécu, seulement cinq ont été étudiés d'une façon valable.

Le docteur Piette rapporta l'étude de ces cinq cas: La première patiente était une jeune femme ayant subi trois dialyses et, après un an, elle montrait un P.S.P. à 31% (total à 68%), une densité à 1,027.

Le deuxième cas a subi trois dialyses et, après quatre ans, son P.S.P. était à 14% (total 49%); la densité urinaire 1,012 et la "clearance" de créatinine à 32.

Le troisième cas avait aussi subi trois dialyses et, après quatre ans, sa densité urinaire était à 1,021; la "clearance" de la créatinine à 97;

Le quatrième cas n'avait eu qu'une seule dialyse et, après un an, son P.S.P. est revenu à 44% (total 78%); sa densité urinaire à 1,024 et la "clearance" de la créatinine à 67.

Le dernier cas était celui d'un traumatisé ayant subi cinq dialyses et qui, après un an, montrait une densité urinaire à 1,023, un P.S.P. à 32% (total 81%) et une "clearance" de la créatinine à 94.

En somme, les résultats obtenus sont très satisfaisants; ces patients sont tous actifs et font une vie normale.

* * *

Séance du 7 mai 1963

Tenue au Centre social de l'Université de Montréal
Présidence du docteur Eugène Robillard

SYMPOSIUM SUR LES DYS-PROTÉINÉMIES

a) Introduction

LÉOPOLD MORISSETTE

Le docteur Morissette rappela que les dysprotéinémies représentent un chapitre nouveau en médecine, qui apparaît comme aride en apparence, mais

très fécond en possibilité. Ce champ ouvre de nouveaux horizons et il a suscité des études nombreuses dans plusieurs disciplines médicales.

Le docteur Morissette ajouta que nous sommes actuellement entrés dans l'âge moléculaire de la médecine et que toutes ces données nous ont fourni une meilleure compréhension de la physiologie et, par conséquent, notre concept général en médecine en sera d'autant plus éclairé.

b) Physiopathologie des dysglobulinémies

MAURICE LECLAIR

Les dysglobulinémies sont des protéines anormales qui ne se retrouvent pas à l'état normal dans le corps humain. Ces dernières peuvent être augmentées ou diminuées. On les classifie de la manière suivante: 1) Les anomalies de la globuline; 2) les anomalies de l'albumine; 3) les anomalies du fibrinogène.

Il existe plusieurs moyens de séparer ces protéines dans le laboratoire. Les techniques physiques utilisent l'électrophorèse, l'ultracentrifugation, et les techniques chimiques qui se servent de la précipitation et de l'extraction.

Le docteur Leclair expliqua, par la suite, à l'aide de clichés, les différentes anomalies de la courbe électrophorétique. Il insista sur l'unité des dysprotéinémies, en mentionnant qu'il existait un substrat cytotologique commun. En effet, l'individualité de la dysprotéinémie est irréversible. Il en est de même de l'hérédité et des gammes globulines, car les mêmes anomalies se retrouvent chez les membres d'une même famille.

Les macroglobulines sont présentes dans le sérum normal, mais dans une proportion minime (moins de 5%); les lymphocytes et les plasmocytes peuvent en produire. Ces dernières se rencontrent à l'état physiologique ou à la suite de modifications primaires ou secondaires.

c) Les examens de laboratoires dans le diagnostic des dysprotéinémies

BLANDINE GOSSELIN et SUZANNE LAURIN

Le sang périphérique dans cette condition montre une anémie normocytaire et normochrome qui est modérée au début et qui progresse avec le temps.

Il y a, de plus, formation en rouleaux. Il y a présence de plasmocytes dans la plupart des cas; par contre, les globules blancs sont peu modifiés et les plaquettes sanguines sont normales. L'étude

de la moelle, cependant, montre la présence de cellules plasmocytaires.

Le test de SIA est positif dans les macroglobulinémies, mais il est négatif dans les myélomes. La vitesse de sédimentation est toujours très élevée chez ces patients.

L'électrophorèse des protéines montre des modifications assez caractéristiques.

Le docteur *Laurin* discuta, par la suite, les renseignements obtenus au laboratoire par la technique de l'immuno-électrophorèse. Cette dernière a permis, en effet, de séparer toutes les globulines.

d) Hypogammaglobulinémie

GUY SAINT-LAURENT

Le docteur Saint-Laurent mentionna d'abord les états où la formation des globulines est déficiente. Ceci se rencontre: 1) Dans les déficiences en protéines, ce qui est très rare, et dans les déficiences vitaminiques (vitamine B₆ et acide folique); 2) dans les états où le tissu lymphoïde est modifié, comme, par exemple, après la radiothérapie, l'usage du gaz moutarde, les stéroïdes et les tissus néo-plasiques; 3) dans les cas de défaillance primaire des tissus lymphoïdes. Ceci se rencontre, parfois, chez le nourrisson, soit comme lésion congénitale ou acquise.

Le docteur *Saint-Laurent* discuta, par la suite, des pertes exagérées de gammas globulines. Ces pertes peuvent survenir à la suite d'hémorragies ou encore à la suite de lésions suintantes de la peau, à la suite de paracentèse, ou à la suite de protéinurie.

Enfin, il existe les cas où le catabolisme est augmenté. Ceci se rencontre dans les syndromes néphrotiques, les hypoprotinémies idiopathiques, les infections sévères et, enfin, l'hyperthyroïdie.

e) Dysprotéinémies: Aspect clinique

YVON CHARTIER

Il faut toujours penser à une dysprotéinémie quand les manifestations suivantes sont rencontrées: 1) Les anomalies vasculaires, habituellement bien visualisées dans le fond d'œil; 2) les manifestations hémorragiques; 3) les anomalies hématalogiques, en particulier la sédimentation; 4) les états infectieux à répétition; 5) certains états neurologiques (certaines neuropathies); 6) certaines modifications rénales (hématurie et albuminurie); 7) certaines altérations osseuses (ostéoporose et lésions d'ostéolyse).

Quand on redoute cette condition clinique, les différentes étapes à suivre seront: 1) un hémogramme qui montrera de l'anémie; 2) un frottis sanguin qui pourra montrer la formation en rouleaux; 3) une sédimentation qui sera toujours augmentée; 4) l'examen des urines qui révélera une hématurie et une albuminurie.

La deuxième étape consistera à faire un test de SIA qui sera positif et de faire l'électrophorèse des protéines.

La troisième étape sera de faire l'ultra-centrifugation pour identifier les macroglobulines et pratiquer un examen de la moelle osseuse, des radiographies des os et, enfin, une biopsie hépatique ou ganglionnaire.

Le secrétaire des séances,
Gilles LEDUC

NÉCROLOGIE

J.-ÉDOUARD SAMSON

1894-1963

Le docteur Édouard Samson est décédé le 20 mars 1963 à l'Hôtel-Dieu de Lévis, à l'âge de soixante-neuf ans et quatre mois. Il a succombé à la terrible maladie qui le minait depuis plus de quinze ans. Il est mort dans ce lieu de paix, de tranquille sérénité et d'assurance morale que la plupart des grands hommes qui en ont le temps choisissent pour mourir, un lieu dont on prononce le nom avec dévotion et qui s'appelle le pays natal, le village natal, la terre natale. Édouard Samson a eu le temps de choisir et c'est pourquoi il est mort à Lévis, sur la hauteur, en contemplant mélancoliquement une dernière fois cet extraordinaire panorama qui a inspiré son enfance et qui a certainement mis de la grandeur dans son destin.

Si l'on me demandait de partager les hommes célèbres en deux groupes, je proposerais la distinction suivante: ceux qui ont été marqués par le destin et ceux qui sont tout simplement devenus célèbres, c'est-à-dire ceux qui sont devenus célèbres sans histoire. Dans quelle catégorie faut-il placer Édouard Samson? D'emblée, je le place dans la première. Toute sa vie a été un phénomène marqué par un destin subtil.

Pour bien comprendre et apprécier avec objectivité l'extraordinaire succès de sa carrière, il faut croire au destin d'abord; mais il faut aussi bien connaître le milieu qui a favorisé l'éclosion de sa renommée. Ainsi, celui qui ne connaît pas les particularités du milieu québécois d'abord et du milieu canadien-français de la Province de Québec ensuite, ne comprendra à peu près rien à ce phénomène. Il faut, en plus, avoir une connaissance assez subtile de l'histoire de la médecine canadienne-française pour expliquer les raisons de ses succès et comprendre le mysticisme qui a présidé à l'évolution de sa renommée.

En effet, Édouard Samson est entré dans la lutte pour la vie avec son tempérament de paysan québécois, c'est-à-dire avec son goût pour le travail dur, son obstination normande, son raisonnement simple, une confiance inébranlable dans son destin et la foi du mystique. Mais tout cela n'eut pas été suffisant s'il n'avait été servi par l'histoire, c'est-à-dire par le "bon moment". Il serait arrivé vingt-cinq ans plus tôt ou vingt-cinq ans plus tard, il n'aurait pas réussi ce qu'il a réussi parce qu'il arrivait trop tôt ou trop tard pour faire œuvre de pionnier dans le domaine de la chirurgie orthopédique au Canada français. L'histoire est donc

venue à son aide et c'est pourquoi je dis qu'il a été un homme célèbre marqué par le destin.

Son grand mérite c'est d'avoir choisi le métier de chirurgien orthopédiste au bon moment et d'avoir eu le talent d'imposer les ressources de son art et de sa science à l'attention de toute une population. Mais là ne s'arrête pas son mérite: il a eu le courage de faire les sacrifices nécessaires pour bien apprendre son métier et surtout pour acquérir les vastes connaissances scientifiques de son art. Pendant des années, il a partagé également son temps entre son métier de médecin praticien à Lauzon et ses devoirs d'étudiant spécialiste à New-York où il était interne libre dans le service de Hibbs au "New-York Orthopaedic Hospital". Lorsqu'il a jugé que son bagage scientifique était suffisant pour mettre la main à la pâte, il a présenté ses lettres de créance à la population de la ville de Québec qui lui a réservé un accueil enthousiaste. Les interventions chirurgicales qu'il pratiquait et la qualité des résultats qu'il obtenait ont d'abord étonné et ensuite provoqué l'admiration de son entourage médical immédiat. Comme il fallait s'y attendre, il y a eu du scepticisme et de la résistance de la part de ceux qui étaient dépassés par une chirurgie spécialisée et audacieuse pour l'époque. Il était le premier Canadien français à mettre en pratique dans la Province de Québec les principes et les techniques d'une spécialité chirurgicale bien établie chez nos voisins, mais encore inconnue dans notre milieu provincial. On lui a fermé les portes des hôpitaux de Québec; il a répondu en fondant l'Hôpital Enfant-Jésus. Il a ensuite élargi son domaine en venant à Montréal où il a fait craquer l'Hôpital de l'Est pour installer à l'Hôpital du Sacré-Cœur le plus grand service d'orthopédie du Canada et faire œuvre de maître après avoir fait œuvre de pionnier. En effet, il a exercé pendant près de trente ans le rôle de chef d'une école qui a formé plus de quarante chirurgiens orthopédistes, dont un bon nombre sont devenus les hommes célèbres que l'on connaît.

Édouard Samson s'est servi du milieu canadien-français pour poser les fondations de sa renommée; mais celle-ci a vite débordé les cadres de ce milieu plutôt étroit et il n'est pas exagéré de dire qu'il est devenu l'une des trois ou quatre grandes personnalités nationales de la médecine canadienne. Les succès qu'il a obtenus dans l'arthroplastie du genou en particulier et le beau film qu'il a préparé pour illustrer sa technique et les résultats obtenus chez ses patients ont ouvert les yeux de ses collègues

canadiens et étrangers. Ce fut la grande pièce à conviction qui a consacré sa renommée.

Rappelons qu'il a été le fondateur-initiateur de "l'Association Canadienne d'Orthopédie"; qu'il a été le deuxième président de cette Association et qu'il a abondamment alimenté les programmes scientifiques des réunions nationales. Ajoutons enfin qu'il a été le premier délégué canadien auprès de la "Société Internationale d'Orthopédie et de Traumatologie".

On peut dire qu'il a aimé son métier avec une sorte de passion rageuse et mystique; qu'il l'a exercé avec une technique précise et des connaissances scientifiques solides et constamment rajeunies par son goût pour l'étude et la fréquentation régulière des grandes réunions scientifiques.

Sa renommée, son talent d'organisateur et son goût pour l'enseignement l'ont conduit à un doigt de la réalisation d'un grand projet qui aurait été le couronnement bien mérité d'une vie déjà pleine. Oui, c'est dommage que le projet de "l'Institut d'Orthopédie de Montréal" ait été abandonné à la dernière minute. Sa mémoire, il me semble, exige que ce projet soit repris par les plus dynamiques de ses élèves et conduit à bonne fin.

J'ai eu l'honneur de connaître le docteur Édouard Samson dans une certaine intimité et je pourrais évoquer plusieurs autres traits marquants de sa personnalité; mais il est préférable, je crois, de restreindre mon hommage au médecin d'abord, au chirurgien orthopédiste ensuite. Il n'était pas convenable de garder plus longtemps le silence auprès de la tombe d'un homme qui a jeté un grand lustre sur la médecine canadienne française. Les hommes de sa taille morale et scientifique sont relativement peu nombreux; c'est pourquoi il faut les proposer comme un exemple à suivre et honorer leur mémoire.

Je prie Madame Samson, son épouse, les membres de sa famille naturelle, les membres de sa famille spirituelle, ceux qui ont été ses collaborateurs les plus rapprochés d'accepter l'hommage respectueux et les sincères condoléances des nombreux chirurgiens orthopédistes qui ont été ses amis. Depuis que Dieu a repris son âme, son œuvre a repris une vitalité débordante pour la fondation et la mise en opération de la "Section Édouard Samson" du cours post-universitaire de l'Université de Montréal à l'intention des internes résidents en chirurgie orthopédique.

J. C. FAVREAU,
Professeur d'Orthopédie
à l'Université de Montréal

LE DOCTEUR JOSEPH BOULANGER

Le docteur Joseph Boulanger est décédé à Edmonton, Alberta, le 8 juillet 1963, à l'âge de 88 ans.

Le docteur Joseph Boulanger avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal et il y obtint son doctorat en 1906.

Le docteur Joseph Boulanger a toujours exercé sa profession à Edmonton; il était connu dans tout le Canada français pour son dévouement à la cause de la survivance française. Il était dans l'Ouest canadien le champion des droits de ses compatriotes qu'il a fait valoir avec succès par la plume et par la parole. Il a beaucoup mérité des siens.

Le docteur Joseph Boulanger a beaucoup écrit et il avait une méthode personnelle de diffusion de ses œuvres.

Le docteur Joseph Boulanger était le père des docteurs Jean-Baptiste Boulanger de Montréal et Michel Boulanger d'Edmonton, à qui vont nos très sincères sympathies.

LE DOCTEUR LOUIS AVILA CHABOT

Le docteur Louis Avila Chabot est décédé le 29 juillet 1963 à l'âge de 79 ans.

Le docteur Louis Avila Chabot avait fait ses études classiques au Collège de l'Assomption; il étudia la médecine à l'Université Laval de Montréal, où il obtint son doctorat en 1907.

D'abord installé en pratique générale à Verdun, il devint en 1911 directeur du service de Santé de cette ville.

Au début de la 1^{ère} guerre mondiale, il s'enrôla dans la 24^e Ambulance de Campagne; il occupa le poste d'officier médical militaire dans la région de Montréal.

En 1920, le docteur Louis Avila Chabot fut nommé au Service de Santé Provincial, poste qu'il occupa jusqu'à sa retraite.

LE DOCTEUR OMER E. DESJARDINS

Le docteur Omer E. Desjardins est décédé aux Trois-Rivières le 14 juillet 1963 à l'âge de 82 ans.

Le docteur Omer E. Desjardins avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Québec qui lui conféra son doctorat en 1904.

Il avait exercé sa profession aux Trois-Rivières; il s'était particulièrement intéressé aux questions d'hygiène, ce qui valut sa nomination à des postes administratifs dans le secteur de l'hygiène.

LE DOCTEUR J. MAURICE DUPONT

Le décès prématuré du docteur Maurice Dupont est une grande perte pour ses confrères et amis de Kapuskasing. Il mourut le trois juin 1963, lors d'un voyage dans sa famille, à Sudbury.

Né à Grand'Mère, Province de Québec, il fit ses études classiques à l'Université d'Ottawa et reçut son doctorat en médecine à l'Université Laval de Québec en 1938.

A l'âge de 26 ans, il commença sa pratique médicale avec son père à Kapuskasing, exerçant sa

profession en ville et dans les alentours. Durant ses années d'avant-guerre son travail était considéré comme celui d'un pionnier. Pendant la guerre et même après, il travailla sans relâche et devint bientôt une autorité compétente en obstétrique et en anesthésie, ce qui lui valut le respect et l'admiration de ses confrères.

Chevalier de Colomb au 4e degré, sa loyauté n'est pas à questionner et il laisse un souvenir ineffaçable dans l'esprit et le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

G. SOUCIE

NOUVELLES

LE DOCTEUR WILFRID CARON
NOUVEAU DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT
DE CHIRURGIE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Le professeur Wilfrid Caron vient d'être nommé par les autorités de l'Université Laval de Québec directeur du département de chirurgie.

Le professeur Wilfrid Caron succède au professeur François Roy.

UN SYMPOSIUM INTERNATIONAL
SUR L'HYPERTENSION ORGANISÉ PAR
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL ET L'HÔTEL-DIEU

Le département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu en collaboration avec l'Université de Montréal organise un grand symposium international sur l'hypertension artérielle, où seront étudiés les rôles de l'angiotensine et du sodium qui se tiendra à l'Hôtel Chanteclerc de Ste-Adèle-en-Haut les 11, 12, 13 et 14 octobre 1963.

Le docteur Jacques Genest préside le comité d'organisation et il est aidé des docteurs Julien Marc-Aurèle et Jean de L. Mignault.

Le symposium se terminera par un banquet au Ritz Carlton de Montréal, où le conférencier invité sera le docteur Robert S. Morison, directeur de la division des Sciences Médicales et Naturelles de la Rockefeller Foundation de New-York.

Le symposium international est limité à des invités spécialement choisis pour leur compétence et leurs travaux sur l'hypertension. Au nombre des participants, on note, venant d'Europe, les professeurs W. S. Peart, G. P. Lewis, C. Wilson et J. M. Ledinghom de Londres, Sir George Pickering d'Oxford, Eranz Gross et H. Block de Bâle, Alex Muller et René Mach de Genève, Maurice Legrain de Paris, Jean Schwartz de Strasbourg, Guy Deltour de Bruxelles et Cesare Bartorelli de Sienna.

Les participants de l'Amérique du Sud sont les professeurs Alberto Taquini, sr et O. A. Scornik de Buenos Ayres, Hector Croxatto de Santiago du Chili, J. C. Fasciolo de Mendoza en Argentine et Maurice Rocha e Silva de Ribeiras Preto au Brésil.

Les invités américains sont les docteurs G. Wakerlin, J. H. Laragh, L. K. Dohl et Milton Mendlowitz de New-York, D. Bohr, S. Hoobler, R. Warzinski d'Ann Arbor, Georges Masson, M. F. Bumpus, I. H. Page, S. Deodhar, P. A. Kairallah de Cleveland, O. M. Helmer et K. Kohlstaedt d'Indianapolis, L. Tobian de Minneapolis, A. Grollam de Dallas, F. C. Bartter et T. O. Davis de Bethesda, R. E. Morris de Baltimore, C. L. Grantt de Solumbus, J. H. Moyer de Philadelphie, P. J. Mulrow de New Haven, R. M. Kark de Chicago, R. Hickler, J. P. Merrill et D. P. Lauer de Boston, W. Freyburger de Kalamazoo et H. G. Langford de Jackson, Missouri.

Le Canada sera représenté par les docteurs S. et C. Friedman de Vancouver, M. Nickerson de Winnipeg, T. C. Laidlaw, S. Hartroft, A. Gornall, J. Armstrong et Ray Farquharson de Toronto, S. G. L. Browne, W. Murphy, E. Venning, Roger Gaudry de Montréal, L. B. Pett d'Ottawa.

Les membres du département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu qui seront également au programme sont les docteurs Robert Boucher, Robert Veyrat, Erick Koiw et W. Nowaczynski.

L'Hôtel-Dieu de Montréal servira de lieu de ralliement vendredi le 10 octobre 1963.

LE DOCTEUR EUCHARISTE SAMSON
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔTEL-DIEU
DE QUÉBEC

Le professeur François Roy, ayant demandé d'être relevé de ses fonctions de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Québec, les autorités de cet hôpital ont nommé pour lui succéder le docteur Euchariste Samson.

LE DOCTEUR CLAUDE BERTRAND À LONDRES

Le docteur Claude Bertrand, chef du service de neuro-chirurgie de l'hôpital Notre-Dame, est allé à Londres où, à titre de président, il représenta la "Neurochirurgical Society of America"; cette association de spécialistes y tint sa réunion annuelle avec la société britannique.

À ce double congrès, le docteur Bertrand a présenté une communication sur la localisation des différentes fonctions à la base du cerveau, en relation avec la chirurgie de Parkinson; l'équipe de l'hôpital Notre-Dame fait des recherches très fructueuses en ce domaine.

Auparavant, le docteur Bertrand a représenté la Société canadienne de neurochirurgie à Vienne, à une réunion préparatoire au congrès international qui se tiendra à Copenhague en 1965. Puis il s'était rendu ensuite à Lyon, pour assister au congrès des neurochirurgiens de langue française présidé par un illustre spécialiste qui connaît bien Montréal, le docteur L. Mansuy.

LES TUMEURS PIGMENTAIRES DE LA PEAU AU PROGRAMME DU 33^e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C.

Les tumeurs pigmentaires de la peau feront l'objet de la séance de jeudi le 14 novembre 1963 au 33^e Congrès de l'A.M.L.F.C. qui se tiendra au Château Frontenac de Québec.

Cette réunion aura lieu de 10 h. 30 à midi et elle sera animée par le professeur Émile Gaumond. Les docteurs Euchariste Samson, Amiot Jolicoeur, Jean Grand'Bois, Jean-Louis Bonenfant et Yvan Méthot en seront les participants.

Ceux-ci s'attacheront à définir les critères utiles pour déceler le diagnostic, établir le pronostic et prescrire le traitement des tumeurs pigmentaires de la peau.

NOUVEAU GOUVERNEUR DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le docteur Charles-Édouard Cliche de Beauceville-Est a été élu Gouverneur pour le district de la Beauce au Bureau Provincial de Médecine.

Le poste de gouverneur était vacant depuis la mort du docteur Armand Beauchesne.

LES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS À L'ÉTUDE D'UN GROUPE DE CHIRURGIENS

Sous la présidence du docteur Guy Bertrand de Sherbrooke et sous l'égide de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec, un groupe de chirurgiens, généraux et spécialistes, se sont réunis au siège social du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec samedi le 10 août 1963, dans le but d'apporter leur contribution aux travaux du Comité d'économie tarifaire du Bureau provincial de Médecine.

Ces chirurgiens, au nombre de 20, représentaient la chirurgie générale, l'urologie, la gynécologie, l'oto-rhino-laryngologie, la chirurgie thoracique, la neuro-chirurgie, l'orthopédie et l'ophtalmologie; ils venaient de presque toutes les parties de la province. Si la grande majorité étaient de

Montréal, trois étaient de Québec, un de Chicoutimi, un de Val d'Or, un de Sherbrooke et un de Granby.

L'assemblée a été très profitable; elle a permis des contacts précieux et une discussion de principes primordiaux.

Le succès d'assistance à cette réunion indique que tous les chirurgiens sont conscients des problèmes de l'heure et sont prêts à offrir leur collaboration.

NOUVEAUX "FELLOWS" DE L'AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

279 médecins ont obtenu leur admission dans l'*American College of Chest Physicians* lors du 29^e Congrès annuel qui s'est tenu à Atlantic City du 13 au 17 juin 1963. Au nombre des élus, on remarque les docteurs Jean Hamel et E. L. Douville d'Ottawa, M. O. Lemoine de Woodstock, Jacques Bernier, Jean L. Borduas, Yves H. Desrochers, Jean-Louis Lamy, H. J. Scott, Émilien Labelle et Jean de L. Mignault de Montréal, André Têtu de Roberval.

INAUGURATION DU NOUVEL HÔPITAL D'ARGENTEUIL

Le nouvel hôpital d'Argenteuil a ouvert ses portes et admis ses premiers patients le 24 juillet dernier.

L'opération "déménagement", du vieil immeuble, rue Princesse au nouvel hôpital, boulevard Providence, a été effectuée par la Chambre de commerce et un groupe de citoyens, à la suite d'une entente entre M. Gabriel Valois de la Chambre de commerce et M. Guy Allard, directeur général de l'hôpital.

Les docteurs Marc Papineau et Roger Lavigne veillaient à l'expédition du matériel du vieil hôpital et à la réception au nouvel hôpital.

Le docteur Marc Papineau est président du Bureau Médical de l'Hôpital d'Argenteuil et le docteur Roger Lasigne est son collaborateur.

NOMINATION DU DOCTEUR JEAN COUTURE À LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le docteur Jean Couture de Québec a été admis à titre de membre-associé dans la Société Internationale de Chirurgie, dont le XX^e Congrès doit se tenir à Rome du 16 au 21 septembre 1963.

LE BUREAU ACTUEL DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS-CHIRURGIENS EN PRATIQUE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

Président: Docteur J. E. Dorion, Québec; 1^{er} Vice-président: Docteur Jean Guertin, Granby; 2^e Vice-président: Docteur Gérald Mayrand, Trois-Rivières; Secrétaire: Docteur Georges Desrosiers, Montréal; Trésorier: Docteur Guy Laporte, Montréal; Membres: Docteur Gérard Hamel, Montréal, et Docteur Jacques Nantel, Valleyfield.

LES COMITÉS PERMANENTS

Comité des Études: Docteur Stanley H. Knox; Comité d'Affiliation: Docteur Albert Laplante; Comité des Relations

Extérieures: Docteur Gérard Hamel; Comité des Finances: Docteur Guy Laporte; Comité des Hôpitaux: Docteur Jacques Nantel; Comité du Congrès: Docteur R. Charron; Rédacteur en chef du Journal du Praticien du Québec: Docteur Willie Jacob.

LE DOCTEUR DE LA BROQUERIE FORTIER DIRECTEUR MÉDICAL À SEPT-ÎLES

La Corporation de l'hôpital de Sept-Îles a annoncé officiellement la nomination du docteur De La Broquerie Fortier, de Québec, au poste de directeur médical à temps partiel.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR JACQUES LEBLANC SUR LES AMINES BIOGÈNES

Le docteur Jacques Leblanc, physiologiste à la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec, a été invité à donner une conférence le 25 juillet 1963 au "Bryn Maar College" de Philadelphie. Il traita du "Rôle des anciens biogènes dans la résistance au stress".

BOURSIERS DES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE

L'Association des Officiers de l'Assurance-Vie au Canada fait savoir qu'elle a octroyé des fonds de recherche à 12 médecins des Universités du Canada. Ce sont les docteurs Guy Lamarche de Québec, Louis Lapierre, J. A. Sosa et E. Cole de Montréal, N. A. Rety d'Edmonton, E. N. Mercer de Vancouver, A. Naimark de Winnipeg, T. H. M. Steward d'Ottawa, P. R. Galbraith de Kingston, J. Goldenberg de Toronto et L. L. de Veber de London.

LA TUBERCULOSE

UN SECRÉTARIAT DANS LA VILLE DE HULL

La Fédération des Liges antituberculeuses de l'ouest du Québec a pris la ferme décision d'accentuer la lutte contre un mal qui continue de faire des dégâts, la tuberculose. On va mettre sur pied un secrétariat permanent à Hull.

Un comité spécial a été constitué pour la réorganisation de la lutte contre la peste blanche, et compte comme membres MM. Lesage, le docteur Olier D'Amours, secrétaire-trésorier de la Fédération, et directeur médical du sanatorium St-Laurent et M. Pierre Migneault, président de l'Association de la Croix-de-Lorraine de Hull, président du comité provincial de la fête des malades.

Le premier devoir du comité de réorganisation sera d'établir un secrétariat et de trouver d'abord un secrétaire à temps partiel ou autrement. M. Migneault a offert de mettre à la disposition du secrétariat à venir les locaux de l'ACL, au Centre médical de la rue Montcalm.

L'assemblée spéciale a été marquée de la visite de trois délégués du comité provincial de défense contre la tuberculose: MM. le docteur Roland Guy, président; le docteur Philippe Landry, secrétaire-trésorier, et Marcel Vachon, directeur de la campagne du timbre de Noël. La région de Hull réorganisée compterait les comtés de Hull, Gatineau, Pontiac, Labelle et Papineau. La province de Québec compterait au total 11 régions de défense, avec secrétariats locaux, suivant les exposés des visiteurs du comité provincial.

Ont pris part aux délibérations de réorganisation, en plus des officiers déjà mentionnés, MM. le docteur François-D.

Gosselin, médecin hygiéniste régional; Gérard Cayer, secrétaire-trésorier de l'ACL; le docteur H. R. Rabb, directeur de l'unité sanitaire de Pontiac, et vice-président de la Fédération; le docteur J.-C. Bélanger, directeur de l'unité sanitaire de Buckingham; MM. Paul Morest et Gérard Morin, directeurs.

VISITE À QUÉBEC D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Un groupe d'étudiants en médecine appartenant aux divers facultés médicales du Canada ont été invités par le département de la défense nationale à effectuer un voyage d'étude à la Faculté de Médecine de Laval à Québec.

Le docteur Louis Berlinguet, directeur du département de biologie, a été l'hôte du groupe.

Les étudiants visiteurs ont logé à la Citadelle de Québec et ils ont eu l'occasion d'assister à des cours préparés à leur intention par M. Gérard Bergeron, professeur de Sciences politiques et par M. Jean Charles Bonenfant, professeur à la Faculté de droit; ceux-ci leur ont fait de la situation au Québec.

COURS D'ÉTÉ ORGANISÉS À SHERBROOKE SUR L'ALCOOLISME

Pour la sixième année consécutive, l'Institut d'études sur l'alcoolisme organise une session de cours d'été qui, inaugurés le 14 juillet, se termineront le 27 du même mois. Ces cours d'été sur l'alcoolisme sont rendus possibles grâce à la collaboration du ministère de la Jeunesse et de l'Université de Sherbrooke et c'est à ce dernier endroit qu'ils se donnent.

Le cours complet est de trois ans et les professeurs sont recrutés dans diverses villes de la province et à Ottawa: Montréal, Rimouski, Chicoutimi, Victoriaville, Arvida, Lévis, Ste-Agathe des Monts, Sherbrooke, La Pocatière et Québec. Les professeurs de Québec sont le docteur André Boudreau, le docteur Léon Dugal, le docteur Jules Lambert, M. Gustave Lévesque, M. l'abbé Léonard Morand, M. Gaston Poirier, M. A. Tremblay, M. André Vachon et le R.P. Ubald Ville-neuve, o.m.i., ainsi que M. Roland Lelièvre.

Cette session spécialisée a été instituée dans le but d'attirer l'attention des éducateurs, médecins, psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux, futurs prêtres, étudiants en médecine et en sociales et à toute personne intéressée à ce problème, un des plus graves auxquels doit faire face notre société actuelle. Les sujets traités évoluent autour de l'"information sur l'alcoolisme, problème historique et social", la connaissance de l'alcoolisme dans ses causes physiologiques et psychologiques.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS EN PRATIQUE GÉNÉRALE DE L'OUEST DU QUÉBEC

Cette association, fondée le 7 mars 1963 à Maniwaki, a élu comme président le docteur René Lafrenière de Thurso et André Dussault de Hull au poste de secrétaire.

L'ASSOCIATION DES OMNIPRATICIENS DU RICHELIEU-ST-LAURENT

Cette association a été fondée à Longueuil le 21 mai 1963. Le docteur Paul Ferron y a été élu président et le secrétariat a été dévolu au docteur Rolland Girard.

DEUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LAVAL DÉLÉGUÉS À UN CONGRÈS À OSLO

Deux étudiants en médecine de l'Université Laval, MM. Pierre de Montigny et Jean-Pierre Bouchard assisteront au congrès annuel de la Fédération Internationale des Associations d'Étudiants en Médecine (IFMSA).

Les deux étudiants en médecine se rendront à Oslo, Norvège, le premier en sa qualité de secrétaire général de la Fédération et le second comme représentant de l'Association canadienne des Étudiants en Médecine et des Internes (ACEMI).

MM. Montigny et Bouchard séjourneront environ deux semaines dans la capitale de la Norvège où se tiendra la 12^e assemblée générale de l'IFMSA. Durant leur voyage, ils seront les hôtes d'associations nationales d'étudiants en Médecine dans plusieurs capitales européennes où ils assisteront à des conférences et des réunions de comités relevant de l'IFMSA.

Quant à l'organisme même, il a pour but d'étudier et promouvoir les intérêts des étudiants en médecine ainsi que leur coopération sur un plan purement professionnel en plus de promouvoir les activités dans le domaine de la santé étudiante et de l'aide aux étudiants.

Le Fédération veut établir une forme permanente de contact entre les différentes organisations d'étudiants en médecine en essayant de promouvoir les échanges d'idées par une correspondance internationale et par un échange professionnel d'étudiants en médecine entre les différents pays.

ÉTATISATION DES SERVICES D'ANESTHÉSIE

L'étatisation complète des services d'anesthésie de tous les hôpitaux du Québec a été réclamée par les délégués à la réunion régulière du Conseil du Travail de Québec et du district.

Les délégués qui représentaient une trentaine de locaux québécois affiliés au Congrès du Travail du Canada, se sont élevés contre les abus qui, selon eux, gangrèment les services anesthésiques dans la plupart des hôpitaux, et entendent faire pression auprès du gouvernement du Québec pour qu'il y mette un terme en étatisant ces services.

Une résolution en ce sens a été adoptée à l'unanimité, et une copie sera adressée incessamment au premier ministre, M. Jean Lesage, et au ministre de la Santé du Québec, le docteur Alphonse Couturier.

REVUE DE LIVRES

Clinical Examination in Neurology — Mayo Clinic and Mayo Foundation. W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, édit., 1963 — 396 pages. \$8.30.

Cette publication est la seconde édition d'un ouvrage déjà bien connu et utilisé dans les services hospitaliers. Elle comporte la structuration systématique de l'examen neurologique. Cette compilation des procédés cliniques et complémentaires, techniques ou instrumentaux, ne laisse aucun élément utile en-deça de la connaissance et, d'autre part, elle se limite aux notions immédiatement utiles aux fins du diagnostic.

La matière est présentée avec ordre et par un texte sobre qui peut être porté directement à l'usage du lecteur ou plutôt de celui qui le consulte.

L'examen d'un sujet à pathologie neurologique exige un ensemble d'explorations nombreuses, effectuées selon une ordonnance serrée et systématique; il doit être obligatoirement constamment couplé à l'évocation de l'anatomie et à la physiologie du système nerveux. C'est ce que présente l'ouvrage dont nous parlons. Certains chapitres ont été agrandis ou même ajoutés dans cette seconde édition, afin d'instruire sur certaines ex-

plorations plus récentes. Ainsi, l'électro-myélographie fait l'objet d'un chapitre assez détaillé sur la physiologie neuro-musculaire, l'aspect normal et l'image modifiée du tracé au cours des principaux processus pathologiques neuro-musculaires.

Le chapitre portant sur l'action des différents muscles squelettiques et sur les déviations fonctionnelles qu'entraîne leur déficit fonctionnel, est bien détaillé et illustré. L'aphasie n'est pas négligée; on s'efforce d'en systématiser la recherche par une sélection pratique de tests à mettre en œuvre à cette fin. L'apraxie est par ailleurs plus brièvement traité.

Mais enfin rien n'est négligé de toutes les fonctions motrices, sensibles, sensorielles, réflexes, intellectuelles et affectives qui peuvent être déviées par les affections neurologiques centrales et périphériques.

En un mot, cet ouvrage est d'un réel intérêt pratique et nous en recommandons la possession et l'usage à tout médecin qui désire se familiariser avec l'examen neurologique, compréhensif et complet.

Roma AMYOT

Selected Papers of Charles H. Best (On: Insulin and Diabetes — Heparin and Thrombosis — Choline and Liver Damage). University of Toronto Press, édit., Toronto, 1963. (\$28.50).

L'œuvre scientifique du principal collaborateur de Banting est rassemblée dans un volume de 700 pages. Il serait superflu de présenter à des médecins canadiens la contribution à la science médicale de ce chercheur canadien qui est actuellement à l'Université de Toronto, chef du département de physiologie et directeur du département "Banting and Best" de recherche médicale.

Ici se trouvent réunis les travaux publiés par Best, soit seul, soit en association avec ses principaux collaborateurs. Il est indéniable que ces publications choisies ainsi groupées en un seul volume constituent une somme monumentale et précieuse d'enseignement à l'adresse de tous qui s'intéressent à la recherche, aux travaux de biologie et de biochimie. En fait, les sujets traités dans cet ouvrage ont été, pour la plupart, le point de départ à des applications majeures dans le champ de la médecine appliquée. Toute l'histoire de la découverte de l'insuline par Banting comme principal initiateur et par Best est racontée par la reproduction des travaux de ces auteurs publiés à cette époque prestigieuse qui a marqué la connaissance de la pathogénie endocrinienne et le contrôle hormonal du diabète, époque qui a également été à l'orée de la recherche médicale organisée au Canada.

La lecture de ces travaux entrepris et menés à bonne fin par la découverte de l'insuline, grâce à l'opiniâtreté et à l'ingéniosité de chercheurs qui durent se former pour le devenir, nous instruit sur l'histoire vécue de ce grand événement médical.

Banting mourut accidentellement durant la dernière guerre mondiale. Best continua ses recherches et publia jusqu'en 1960 le fruit de ses travaux sur le diabète. Mais il porta sur d'autres sujets son attention et son intérêt.

Si on parcourt le volume qui contient ses principales publications et communications ou conférences à des sociétés savantes, on voit que des recherches importantes furent effectuées sur l'histamine, sur l'héparine, sur les facteurs nutritionnels de l'accumulation des graisses dans le foie et sur l'action lipotrope et préventive de la lécithine, de la choline et de la méthionine.

Il serait vain d'entreprendre l'analyse, même superficielle, des nombreux travaux qui composent ce volumineux ouvrage. Le caractère hautement scientifique et technique dont en est faite la

facture nous rend impossible la tâche d'en rendre toute la valeur et surtout de suivre la marche progressive des recherches successives qui, s'enchaînant les unes aux autres, finissent par aboutir à un résultat concret, habituellement favorable.

Aussi cette brève notice n'a pas l'ambition de développer la matière du volume, mais de rendre témoignage à son auteur, de signaler la publication qui groupe ses travaux à ceux qui désireraient en prendre connaissance ou le posséder comme dépôt d'une œuvre scientifique authentique et fructueuse.

Roma AMYOT

Précis de clinique cardio-vasculaire. Par Roger FROMENT. 839 pages, 306 figures. Masson et Cie, édit., Paris, 1962.

"Un des dangers actuels, pour le médecin et le malade est que naissent et progressent méfiance ou mépris des possibilités du cerveau humain en regard de l'appareil" . . . Pourtant, "le trouble subjectif, c'est de la physiologie humaine: la plus fine, la plus longue à comprendre peut-être, mais en tout cas celle qui est proprement du domaine du clinicien" . . . "Le temps présent a ainsi de quoi griser; mais il a de quoi inquiéter aussi". Ces quelques réflexions extraites du préambule intitulé "Étapes de nos connaissances et temps présent" illustrent l'idéologie de ce remarquable livre du Professeur Roger Froment de Lyon.

Les progrès de la spécialité cardio-vasculaire, depuis vingt ans, ont révolutionné la pratique de la cardiologie. La chirurgie intra-cardiaque et vasculaire constitue d'emblée le phénomène nouveau et spectaculaire de la cardiologie moderne. Il faut ajouter le cathétérisme cardiaque qui par ses techniques variées précise et chiffre souvent les perturbations hémodynamiques de lésions et malformations cardiaques ou vasculaires.

Le Précis de Froment est pensé et écrit dans ce contexte physiopathologique et thérapeutique moderne. Mais, l'auteur ne renie pas pour autant l'importance de la "clinique" qui permet encore de poser bien des diagnostics exacts en tenant compte de l'ensemble d'une situation.

Le nombre considérable de pages peut dérouter! En fait, cet ouvrage est illustré par 306 figures et l'éditeur a largement aéré le texte en mettant bien en relief les divisions du "Précis" d'abord, puis celles de chaque chapitre ensuite. Ce livre me paraît être essentiellement un résumé complet des connaissances positives de la cardiologie la plus moderne. Dépouillé de toute bibliographie et dé-

SUPPOSITOIRES

ADULTES — ENFANTS — BÉBÉS



Broncho-grippol

FORMULE	Adultes	Enfants	Bébés
Calcium acétylsalicylate	0.40 gr.	0.20 gr.	0.05 gr.
Dihydroxypropyl- théophylline	0.15 gr.	0.10 gr.	0.015 gr.
Quinine sulf.	0.10 gr.	0.06 gr.	—
Racine d'aconit pulv.	0.02 gr.	0.005 gr.	0.001 gr.
Guaïacol	0.05 gr.	0.003 gr.	0.02 gr.
Eucalyptol	0.05 gr.	0.03 gr.	0.02 gr.
Camphosulfonate de Na	0.05 gr.	0.02 gr.	0.01 gr.
Excipient spécial q.s.			

INDEX THÉRAPEUTIQUE

De par la synergie existant entre ses composants, le Broncho-Grippol est doué des propriétés les plus efficaces comme antipyrétique, comme antiseptique des voies respiratoires, comme eupnéisant et comme cardio-protecteur.

Formule exclusive préparée par
LES LABORATOIRES JUNOD, Genève, Suisse
Seuls distributeurs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU — MONTRÉAL

GRIPPE

BRONCHO-PNEUMONIES

REFROIDISSEMENTS

LARYNGITES

TRACHEITES

BRONCHITES

PNEUMONIES

MEDICATION
DE
CHOIX

barrassé des inutiles discussions hypothétiques, le texte s'en tient à l'essentiel. Ce "Précis" comprend trois parties: Temps principaux de l'examen cardio-vasculaire (210 pages); Grands syndromes cardio-vasculaires (152 pages); Types étiologiques et topographiques de maladies cardio-vasculaires (436 pages). L'ouvrage se termine par un appendice contenant une "centaine de médicaments spécialisés, couramment utilisés en France" et un index alphabétique des matières, répertoire des figures et glossaire ainsi qu'une table des matières très complète.

Le Précis de Froment est une synthèse vraiment exceptionnelle et très personnelle de la cardiologie. Ce livre peut grandement servir l'étudiant en médecine et le médecin praticien. L'étudiant appréciera une présentation schématique, claire mais complète de tous les problèmes cardio-vasculaires. Chaque chapitre débute par un plan et se termine par un résumé concis et pratique. L'auteur fait véritablement une œuvre d'enseignant et son livre est une succession de magnifiques cours rédigés dans une langue qui s'est voulue simple, claire et pourtant nuancée. Pour le médecin praticien qui n'aurait pas suivi le rythme affolant des progrès de la cardiologie, ce Précis apportera ce supplément maintenant indispensable de connaissances. Et, comme ce Précis demeure centré sur la clinique, le praticien ne sera pas dérouté. Mais, il verra comment dans cette clinique Froment a parfaitement réussi à intégrer l'électrocardiographie, la radiologie, l'hémodynamique et la thérapeutique médicale ou chirurgicale. Le praticien trouvera dans la personne du Professeur Froment un consultant aussi humain et sympathique que compétent. Monsieur Froment a certes accepté avec enthousiasme toutes les techniques nouvelles mais il sait aussi nous mettre en garde contre la dangereuse griserie de substituer l'appareillage à la clinique bien faite.

Cette synthèse des connaissances cardiologiques représente un immense effort de réflexion et de

schématisation dont le but est de rendre facilement (c'était là la difficulté majeure) accessible à l'étudiant et au médecin non spécialisé toutes les nouveautés de la cardiologie, ses techniques, ses réalisations et aussi ses problèmes. Ce Précis typiquement français a adopté la présentation anglo-saxonne du "textbook".

En terminant, je suis heureux de féliciter Monsieur Froment et de lui dire ma joie de pouvoir maintenant recommander un Précis à nos étudiants et médecins de langue française du Canada.

Paul DAVID

Cecil-Loeb's Text-Book of Medicine. Par Paul B. BEESON et Walsh McDERMOTT. — 1835 pages. W. B. Saunders, Co., édit., Philadelphie et Londres, 1963.

Ces jours derniers, la compagnie W. B. Saunders de Philadelphie et Londres présentait la onzième édition de cet important volume de médecine. Bible des étudiants depuis 1927, cette nouvelle édition sous l'habile direction du professeur Beeson de l'Université Yale, perpétue la formule des collaborateurs nombreux qui écrivent chacune dans leur sphère propre d'une façon didactique, claire et précise.

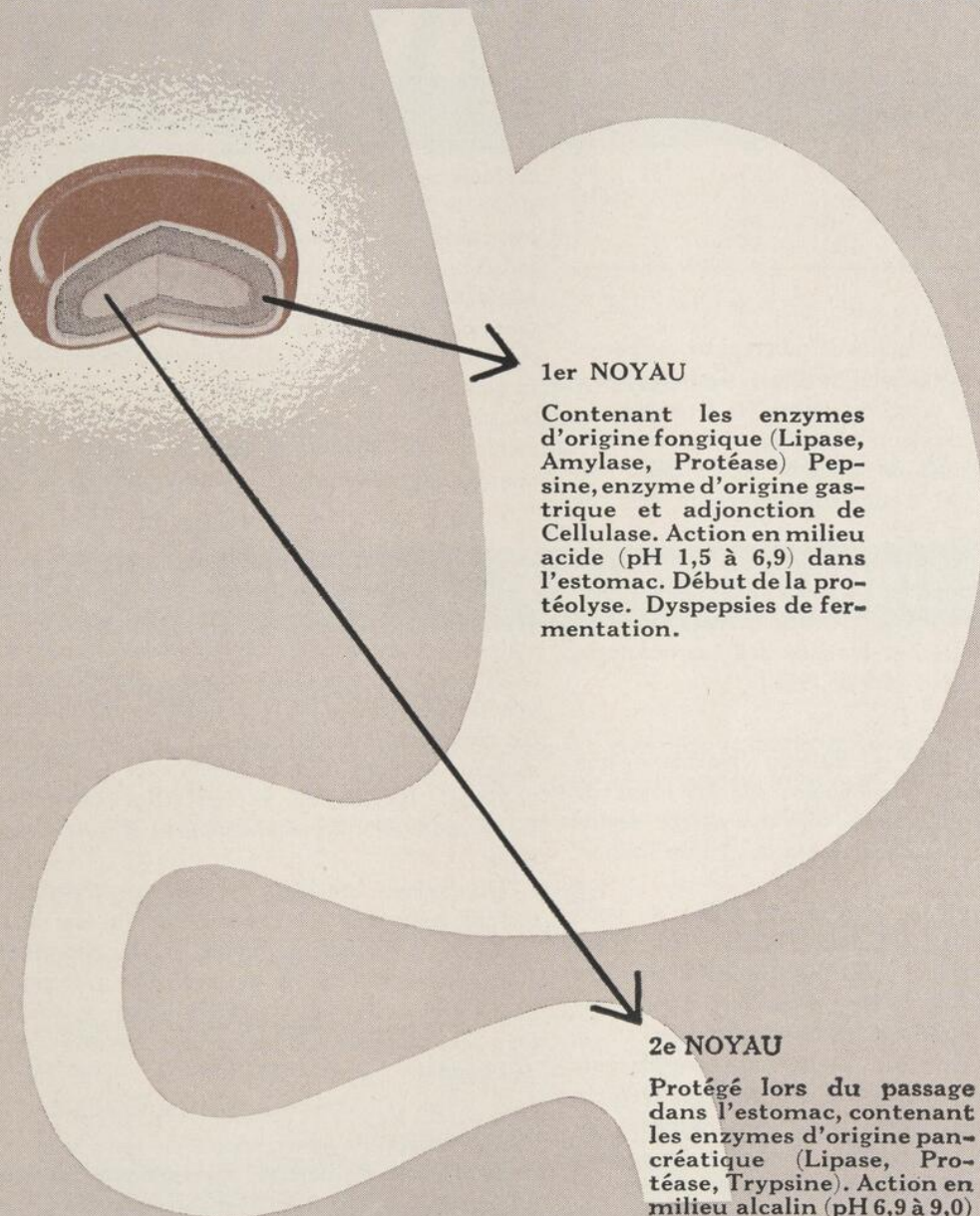
On notera une révision complète de l'hématologie, de la gastro-entérologie, de l'endocrinologie et des maladies métaboliques et héréditaires. Une addition intéressante est la dermatologie des maladies systémiques. Une importance grandissante est accordée aux maladies virales et aux syndromes respiratoires chroniques. Il faut noter le chapitre sur les maladies du rein avec la collaboration de W. B. Schwartz et G. E. Schreiner.

Ces mises à jour de sujets médicaux en constante évolution font de ce volume un livre de chevet pour tous les étudiants en Médecine jeunes ou vieux, à cause de la clarté, de la simplicité de l'énoncé et de l'ordre didactique régulièrement suivi.

J.-M. BEAUREGARD

ENZY-PEPSOL

ENZYMES DIGESTIFS POLYVALENTS



1er NOYAU

Contenant les enzymes d'origine fongique (Lipase, Amylase, Protéase) Pepsine, enzyme d'origine gastrique et adjonction de Cellulase. Action en milieu acide (pH 1,5 à 6,9) dans l'estomac. Début de la protéolyse. Dyspepsies de fermentation.

2e NOYAU

Protégé lors du passage dans l'estomac, contenant les enzymes d'origine pancréatique (Lipase, Protéase, Trypsine). Action en milieu alcalin (pH 6,9 à 9,0) dans l'intestin duodénum et jéjunum. Dyspepsies de putréfaction.

ASSURE UNE DIGESTION

GASTRO - DUODÉNO - JÉJUNALE PARFAITE

Posologie: 1 à 2 dragées aux repas.

Présentation: Flacons de 36, 100 et 500 dragées.

Herdt & Charton Inc.
Montréal

COMMUNIQUÉS

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE¹ (juillet 1963)

TUBERCULOSE

Nouveaux cas de tuberculose signalés en 1961 et 1962

Province	Total des cas		Nouveaux, actifs		Réactivés	
	1962	1961	1962	1961	1962	1961
Canada	7,297	7,034	6,284	5,966	764	845
T.N.	517	424	468	379	49	45
I. P.-E.	54	52	46	39	8	13
N.-E.	301	309	228	225	73	84
N.-B.	380	362	307	283	73	79
Qué.	2,439	2,141	2,439	2,141	*	*
Ont.	1,766	1,885	1,226	1,342	298	320
Man.	347	300	288	240	59	60
Sask.	240	236	202	197	38	39
Alb.	426	494	375	415	51	79
C.-B.	604	713	519	603	85	110
Yukon	9	17	6	14	3	3
T. N.-O.	214	101	180	88	27	13

* Non disponibles.

Le nombre de nouveaux cas actifs de tuberculose rapportés en 1962 dépasse de 5 pour 100 celui de 1961. Cette augmentation provient surtout de deux provinces, et il semblerait qu'elle s'explique par un meilleur dépistage et des rapports plus fidèles. Les cas réactivés ont diminué de 9.6 pour 100, ce qui donne 3.7 pour 100 d'augmentation réelle des cas signalés en 1962 par rapport à 1961.

En 1962, le taux national de notification par 100,000 âmes a été de 39.3, augmentation de 1.8 pour 100 comparé au taux de 38.6 de 1961. Le taux des nouveaux cas actifs s'est situé à 33.8 (32.7 en 1961), et le taux des cas réactivés (le Québec excepté) est de 5.8 (6.5 en 1961).

Territoires du Nord-Ouest

Notre numéro de mars 1962 du Bulletin épidémiologique (p. 29) publiait un rapport préliminaire sur un foyer de tuberculose active à Pointe-Eskimo. Nous avons reçu depuis d'autres détails dans ce cas et nous présentons ici un rapport plus complet.

Pointe-Eskimo est un village situé à 165 milles au nord de Churchill (Manitoba). La population compte 329 Esquimaux et 16 Blancs. Il y a une école, un poste infirmier, un magasin de la Compagnie de la Baie d'Hudson, un cantonnement de la Gendarmerie Royale et trois missions.

La population esquimaude est un mélange des "Esquimaux-Caribous" dont les familles ont été poussées vers la côte il y a plusieurs années par le déclin des troupeaux de caribous, et le petit noyau de familles établies à cet endroit depuis plusieurs générations. Depuis quelques années, la situation économique est précaire et, à l'heure actuelle, 75 pour 100 reçoivent le secours direct.

Le village a été balayé l'an dernier par la rougeole et les oreillons et, en janvier de cette année, par la rubéole. Les infirmières de service au nouveau poste infirmier ont envoyé plusieurs malades à l'hôpital militaire de Fort-Churchill. En janvier 1963, on a commencé une campagne de dépistage au moyen des rayons-X, inspirée par quelques cas de tuberculose active observés pendant les six mois précédents. Cette enquête a révélé 54 nouveaux cas de

tuberculose active et 5 anciens cas réactivés (ceux-ci au nombre de 29, soit 9 pour 100 de la population). Trente-trois de ces nouveaux cas sont des enfants au-dessous de 10 ans. En février, une équipe médicale dirigée par le docteur J. A. Hildes de l'université du Manitoba, a pratiqué les épreuves à la tuberculine, les tests de l'histoplasmose, et fait des prélèvements pour les études virales. Les résultats ne seront connus que beaucoup plus tard.

Une deuxième étude radiographique faite en avril, a mis en évidence 21 nouveaux cas actifs mais pas d'autre cas réactivé.

INFLUENZA

Alberta

Depuis le début de mai, une éclosion d'influenza s'est déclarée à Hanna (Alberta), petite ville de 2,700 âmes située à 215 milles au sud-est d'Edmonton. La maladie se caractérise par le malaise, le coryza, les maux de gorge, la toux, la fièvre et les douleurs musculaires. Le quart de la population a été frappée. Environ 28 pour 100 des instituteurs ont été malades et ont dû s'absenter, mais les absences chez les écoliers ne sont pas aussi élevées. Dans l'ensemble, la plupart des cas ont été bénins et n'ont pas causé d'absence du travail, mais les malades ont gardé une toux opiniâtre pendant un mois. Les anticorps élevés dans les sérums couplés ont confirmé que l'éclosion est due au virus grippal A.

TYPHOÏDE

Saskatchewan

Le 4 juin, on a découvert un cas éminemment toxique de typhoïde chez une immigrante de 52 ans. Elle s'était sentie malade depuis le 23 mai mais n'avait pas consulté avant le 30. Elle a alors été admise immédiatement à l'hôpital général de Regina où le diagnostic de typhoïde a été posé. Ce diagnostic fut confirmé le 5 juin par les laboratoires provinciaux qui ont isolé le *Salmonella typhi* dans les cultures de sang. La malade a bien réagi au traitement par de fortes doses de chloramphénicol, et elle est maintenant apyrétique.

Un examen immédiat des contacts a permis de découvrir que la compagne de chambre de la malade, vieille dame immigrée d'Allemagne, avait eu la typhoïde en 1947 et était restée porteuse de germes. On a commencé une campagne très active de vaccination par le vaccin TAB, chez tous les contacts (35 personnes environ) et le personnel de l'hôpital.

CAS SUSPECT DE VACCINE

Terre-Neuve

Le 11 janvier dernier, un employé de ferme laitière se présentait à l'hôpital-villa de Stephenville-Crossing, à cause de grosses pustules sur les deux mains. Ces pustules étaient plus ou moins grandes, mais les plus étendues étaient aux jointures, qui étaient le siège d'abrasions anciennes. Elles semblaient contenir un sang noir et quelques-unes avaient tendance à s'ombiliquer. Un œdème modéré était notable au dos des deux mains; les ganglions axillaires étaient hypertrophiés et sensibles. Il n'y avait pas de réaction généralisée apparente. Étalaé sur une période de trois semaines, les lésions ont diminué, séché, se sont encroûtées et la croûte est tombée, mais les deux mains gardent des cicatrices.

Selon son employeur, qui a beaucoup d'expérience avec les troupeaux laitiers, les lésions de cet homme sont analo-

¹ Division de l'épidémiologie, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada.

HORMONOTHERAPIE TOTALE

AMPOULES BUVABLES

SIROP AROMATISÉ

hormodausse

COMPOSITION

Extraits totaux de sang :

de taureau

de génisse

de veau

} titrés en fer

} hémoglobinique:

Extrait de foie de veau titré en vitamine
B₁₂ native;

Extrait spécial de levure de bière;

Extrait spécial de cuticules de céréales.

VITAMINE B₁₂ et FER HEMOGLOBINIQUE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Déficiences organiques, Anémies, Asthénies des convalescents, des vieillards, des dyspeptiques, des néoplasiques, des déficients endocriniens et contre les insuffisances ovariennes, les retards de croissance et tous états de sidéropénie.

POSOLOGIE :

Ampoules buvables

Adultes : 2 ampoules par jour.

Enfants : 1 ampoule par jour.

Sirop

Adultes : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Enfants : de 10 à 15 ans, 1 à 3 cuillerées à dessert;
de 5 à 10 ans, 1 à 3 cuillerées à café;
jusqu'à 5 ans, 2 demi-cuillerées à café par
jour.

Sous l'une ou l'autre forme, HORMODAUSSSE doit être pris un quart d'heure avant les repas après dilution dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau. Le médicament est bien supporté par le tube digestif et ne présente pas de contre-indication.

PRÉPARÉ PAR LES LABORATOIRES DAUSSE, PARIS, FRANCE
Représentants exclusifs au Canada

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU - MONTRÉAL

gues à celles que l'on voit chez le bétail. Le travail du malade et la tendance des pustules à s'ombiliquer portent à croire qu'il s'agirait de vaccine.

DIPHTHÉRIE

Colombie-Britannique

Le 15 mai dernier, un homme de 53 ans se présentait chez un médecin de Vancouver pour un mal de gorge. Le 18 mai, le prélèvement de gorge était rapporté positif pour la diphtérie, et le test de virulence était rapporté positif le 20 mai.

Cet homme travaillait comme secouriste dans un camp de bûcherons. Il a commencé à avoir mal à la gorge le 6 mai et est parti pour Vancouver le 11 mai. Le personnel de l'unité sanitaire du nord de l'Île fait enquête pour retrouver les contacts et rechercher un porteur de germes.

COQUELUCHE

Colombie-Britannique

Au début de mai, une cinquantaine de cas de coqueluche se sont déclarés chez les enfants d'âge préscolaire dans la municipalité de Rivière-Powell (C.-B.). Aucun n'a été confirmé bactériologiquement.

Dernièrement, on a eu la même difficulté à Terre-Neuve, où on n'a pas réussi à isoler l'agent causal malgré des tentatives à tous les stades de la maladie.

RAPPORTS DE L'ÉTRANGER

Variole — Suède

Pour faire suite au rapport publié au numéro de mai du Bulletin épidémiologique, on compte maintenant 22 cas confirmés de variole, dont 4 décès, dans la région de Stockholm (Suède).

Environ un million de doses de vaccin ont été distribuées en Suède dans toutes les parties du pays. Toutes les personnes exposées et les contacts dans l'entourage des malades ont été vaccinés. Dans la région de Stockholm, le vaccin a été offert à quiconque voulait se faire vacciner. Bien que le Service de Santé n'ait pas officiellement recommandé une vaccination générale, on calcule que plusieurs centaines de mille personnes ont été vaccinées dans la seule région métropolitaine de Stockholm.

ANNOTATIONS

Les fumeurs de cigarettes et les maladies cardio-vasculaires
Déclaration approuvée par le Conseil des Directeurs, Fondation canadienne contre les maladies du cœur, Toronto, le 14 mai 1963

Même si la maladie coronarienne est fréquente chez les non fumeurs, la fréquence et le taux de mortalité par cette maladie sont trois fois plus élevés chez les fumeurs de cigarettes, d'après une étude-perspective effectuée dans le groupe d'hommes normaux âgés de 40 à 49 ans. On sait que la cigarette joue aussi un rôle significatif dans l'artérite oblitérante des extrémités. D'autres formes d'artérite oblitérante périphérique qui peuvent déclencher une gangrène sont également aggravées par l'usage de la cigarette. Bien que d'autres facteurs puissent partiellement expliquer le rapport entre la cigarette et les maladies cardio-vasculaires, il semblerait raisonnable, à la lumière de nos connaissances actuelles, de proposer que tous les hommes particulièrement enclins aux maladies du cœur devraient s'interdire l'usage de la cigarette ou en fumer très peu.

Une enquête récente en milieu urbain au Canada, a mis en évidence que 40 pour 100 des élèves à l'école primaire supé-

rieure fument la cigarette et que 85 pour 100 d'entre eux en ont acquis l'habitude entre l'âge de 12 à 16 ans. Vu cette situation et le fait qu'un très faible pourcentage d'hommes commencent à fumer après cet âge, il semble souhaitable de prendre, au Canada, toutes les mesures qui seraient nécessaires pour dissuader les adolescents de fumer, afin de lutter contre le fléau des maladies du cœur et des vaisseaux.

Source: Canadian Medical Association Journal, 88 (23): 1175 (8 juin) 1963.

Le tabac et l'artériosclérose

Après l'étude de 989 autopsies, à l'hôpital de l'Administration des anciens combattants à New-York entre 1958 et 1961, un "âge artériosclérotique" de l'aorte fut établi par comparaison avec d'autres critères fixés antérieurement, représentant le degré moyen d'altération sclérotique observée dans chaque période de 5 ans de la vie adulte. Les changements sclérotiques furent classés en trois catégories: (i) au-dessus de la moyenne; (ii) moyenne; (iii) au-dessous de la moyenne. L'usage du tabac fut apprécié d'après les dossiers cliniques réguliers.

Le rapport signale que le degré de sclérose aortique était au-dessus de la moyenne chez 25.1% des gros fumeurs de cigarettes; 26.4% des fumeurs modérés; 19.1% des petits fumeurs et 9.9% des non-fumeurs. Les infarctus du myocarde furent observés chez 25.6% des gros fumeurs; 23.6% des fumeurs modérés; 25% des petits fumeurs et 20.5% des non-fumeurs. Aucune augmentation significative du nombre d'infarctus du myocarde n'a été trouvée à l'autopsie chez les gros fumeurs de cigarettes, malgré l'impression contraire donnée par les rapports cliniques.

On n'a trouvé aucun rapport significatif entre l'usage du tabac et la fréquence de la gangrène des jambes, des hémorragies cérébrales, ou des infarctus cérébraux. On n'a trouvé également aucune différence dans la fréquence de l'hypertension, du diabète, de l'obésité, des pierres du foie ni de l'hyperplasie corticale des surrénales, entre les fumeurs et les non-fumeurs.

Source: Medical Bulletin on Tobacco, Volume 1, No 2 (printemps 1963).

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

*Programme de vaccination à base de vaccin buccal contre la poliomyélite**Saskatchewan*

Le programme d'immunisation mis en œuvre au printemps ne visait que les enfants âgés de 1 an jusqu'à la fin de l'âge scolaire. Le but était de fournir une deuxième dose de vaccin buccal aux enfants qui en avaient reçu une dose en 1962, et d'administrer une première dose de vaccin à ceux qui ne s'étaient pas présentés l'année dernière.

Nouveau-Brunswick

Le vaccin buccal à base de poliovirus n'a pas été utilisé au Nouveau-Brunswick depuis qu'il a été déclaré disponible par les ministères de la Santé.

Le présent rapport a été préparé par W. R. Simon, Agent d'information technique, Division de l'épidémiologie, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, à Ottawa.

**VACCIN TUÉ ANTI-ROUGEOLE APPROUVÉ
PAR OTTAWA
DISPONIBLE AU DÉBUT DU MOIS PROCHAIN**

Les médecins canadiens pourront se procurer au début du mois prochain le vaccin tué anti-rougeole, nous annonce aujourd'hui La Compagnie Pfizer Ltée.

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

TROUBLES ÉMOTIFS ET MENTAUX, MOYENS OU GRAVES

ALCOOLISME AIGU OU CHRONIQUE

AFFECTIONS SOMATIQUES COMPLIQUÉES DE "STRESS"

ALGIES REBELLES (surtout dans le cancer)

NAUSÉES, VOMISSEMENTS, HOQUET

LARGACTIL † chlorpromazine

VÉRITABLE MÉDICAMENT DE BASE EN MÉDECINE

PRÉSENTATIONS
comprimés à 10, 25, 50, et 100 mg.
dragées à 200 mg.
liquide à 25 mg. par 5 ml.
gouttes à 1 mg. par goutte
ampoules à 5 et à 25 mg. par ml.
suppositoires à 25 et à 100 mg.

poulenc LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL

† brevet canadien Rhône-Poulenc

En effet, la Direction des Aliments et Drogues vient d'aviser la compagnie qu'elle lui a accordé une licence permettant la distribution de son vaccin au Canada. Il avait été approuvé aux États-Unis le 21 mars.

L'obtention de la licence, nous dit le président, M. Joseph H. Flynn, suit plus de quatre ans de recherches et de perfectionnements sur ce vaccin. Des épreuves cliniques comportant 15,000 enfants furent effectuées tant aux États-Unis qu'au Canada.

Ces épreuves ont démontré la production d'anticorps protecteurs chez 95 pour cent des enfants qui avaient reçu, à un mois d'intervalle, soit trois injections de vaccin inactivé, ou encore deux injections de vaccin inactivé suivies d'une injection de vaccin vivant atténué.

Au point de vue clinique, l'administration du vaccin inactivé est presque entièrement dépourvue d'effets secondaires tels que fièvre et éruption. Une combinaison des vaccins inactivé et vivant administrée à intervalles mensuels semble associer les avantages des deux vaccins en éliminant les réactions secondaires dues au vaccin vivant seul. Par la même occasion, l'immunité plus prolongée attribuée au vaccin vivant semble être conservée.

Menace de la rougeole

Les statistiques révèlent que la rougeole est la plus répandue de toutes les maladies infantiles. Presque tout enfant a déjà eu, ou est susceptible de contracter cette infection virale aiguë, qui survient le plus souvent chez les moins de 15 ans, et particulièrement chez les enfants entre 2 et 6 ans.

Les complications de la rougeole, dont la pneumonie est la plus fréquente, causent deux fois plus de morts que la polio. Parmi les complications, notons aussi l'encéphalite, une inflammation cérébrale qui peut mener à la mort ou à des lésions graves du système nerveux central, l'infection de l'oreille moyenne (avec risque de surdité), et la bronchite.

Aux États-Unis, des études ont démontré l'existence d'infections bactériennes secondaires chez 15 à 18 pour cent des enfants atteints de rougeole, tandis que l'encéphalite survient chez un enfant sur 1,000. Le tiers de ces derniers meurt ou est atteint d'affections cérébrales permanentes.

L'immunisation est tout particulièrement indiquée chez ceux qui risqueraient des complications sérieuses en contractant la rougeole, comme par exemple les enfants qui habitent des institutions, ou ceux qui sont atteints de fibrose kystique, de tuberculose, de cardiopathie, d'asthme ou autre maladie pulmonaire chronique.

Développement du vaccin

Le vaccin anti-rougeole est le fruit du travail du Dr. John Enders de l'Université Harvard, gagnant du Prix Nobel, et de son associé, le Dr. Thomas Peebles, qui isolèrent une souche du virus de la rougeole en 1954.

Le vaccin inactivé Pfizer est composé du virus atténué de la rougeole, souche Edmonston, cultivé sur des cultures de cellules rénales de singes, et ensuite inactivé, concentré et précipité.

L'ASSOCIATION DE RECHERCHES PSYCHOPHARMACOLOGIQUES

Nous avons le plaisir de vous annoncer la formation de "L'Association de Recherches Psychopharmacologiques" du

Québec qui a eu lieu ce 17 juin 1963. Cette organisation a pour but d'encourager l'étude scientifique et les diverses applications de la neuro-psychopharmacologie et d'aider à mettre les chercheurs au courant de cette spécialité. Les membres de l'Association sont de diverses professions et disciplines, et ils se rencontrent périodiquement pour discuter des sujets relatifs à la psychopharmacologie.

Les directeurs de l'Association sont les docteurs H. E. Lehmann (Directeur Exécutif), M. Berthiaume, R. Cleghorn et J. Fortin.

Pour renseignements prière d'écrire à:

Thomas A. Ban, m.d.,
Secrétaire Exécutif,
Verdun Protestant Hospital,
6875 LaSalle Boulevard,
Verdun, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

DIRECTION DES ALIMENTS ET DROGUES

Nous avons reçu récemment des renseignements indiquant la nécessité de prévenir les médecins au sujet de certaines contre-indications à l'usage ophtalmique de préparations de cortico-stéroïdes pour usage topique, et des effets secondaires dus à ces préparations. Il s'agit notamment des médicaments qui renferment de la cortisone, de l'hydrocortisone, de la prednisone, de la prednisolone, de la dexaméthasone, de la bétaméthasone, etc., en association avec un ou plusieurs antibiotiques ou autre drogue antimicrobienne. Une révision des exigences actuelles relatives à l'étiquetage de telles préparations est présentement à l'étude mais, en attendant les résultats, nous croyons qu'il vaut mieux vous prévenir des contre-indications et des effets secondaires ci-après qui nous ont été signalés:

1° Contre-indications:

- a) herpès simplex aigu, vaccine, varicelle, et la plupart des affections virales de la cornée ou de la conjonctive;
- b) tuberculose de l'œil;
- c) affections fongiques de l'œil;
- d) toutes les infections purulentes aiguës non traitées, lesquelles, à l'instar de toute affection imputable aux micro-organismes, peuvent être masquées ou aggravées par la présence d'un cortico-stéroïde. Les conjonctivites purulentes et les blépharites purulentes ne sont pas des indications mais bien des contre-indications à l'application topique de cortico-stéroïdes, ou de cortico-stéroïdes en association avec un ou des antibiotiques.

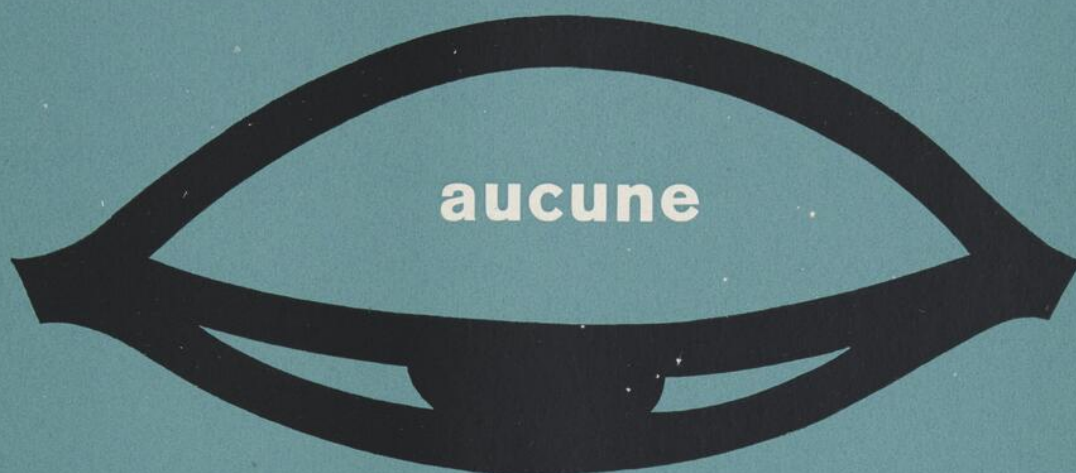
2° Effets secondaires importants en usage ophtalmique:

- a) un traitement ophtalmique prolongé par les cortico-stéroïdes topiques peut élever la tension intra-oculaire chez certaines personnes. Il y a donc lieu de vérifier souvent la tension intra-oculaire dans ce cas.
- b) dans les maladies qui amincissent la cornée, il y a eu des cas de perforation par suite de l'application topique de cortico-stéroïdes.

Afin que les renseignements soient complets le plus possible à notre Direction des aliments et drogues, je vous serais bien reconnaissant de me tenir au courant de tout effet secondaire aux médicaments que vous puissiez avoir observé vous-même et qui n'est pas mentionné dans la documentation professionnelle: brochures, dépliants, cartes pour fichier médical, etc., fournie par la maison de fabrication pharmaceutique.

Le Directeur,
C. A. Morrell

avec cette pénicilline orale b.i.d.,



interruption
du sommeil

"FALAPEN"

Pénicilline d'action rapide et prolongée

500,000 unités de pénicilline G potassique par comprimé

**une pénicillothérapie
efficace avec un seul
comprimé aux 12 heures
...il évite les réveils
du patient en plus
d'être économique**

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

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

Flacons de 10 comprimés.

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

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

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

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

*Breveté en 1959

MISE EN GARDE — Un choc anaphylactique peut quelquefois résulter de l'administration parentérale de la pénicilline, et, plus rarement encore, de l'administration orale. Les patients présentant un état asthmatique, allergique ou de sensibilisation à la pénicilline, semblent les plus prédisposés à cette réaction.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
 **Charles E. Frosst & Co.**
MONTRÉAL CANADA
Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899

LES "ENTRETIENS DE BICHAT"

Les "Entretiens de Bichat" auront lieu du 29 septembre au 6 octobre 1963, pour la dix-septième fois depuis leur fondation.

Pour la XVIIe Session de ces "Entretiens de Bichat", les praticiens vont encore bénéficier d'un programme entièrement renouvelé et de perfectionnements didactiques nouveaux.

Une séance d'un intérêt exceptionnel sera réservée aux "Actualités de Médecine Interne" et aux deux séances d'"Actualités de Biologie Médicale". Les "Entretiens de thérapeutique", si appréciés des praticiens, occuperont deux journées entières avec un vaste programme de la plus récente actualité pratique et seront complétés par des "Entretiens médico-pharmaceutiques". Une journée sera réservée au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris et une matinée sera consacrée aux "Entretiens de Pédiatrie". Les "Entretiens de Psychologie Médicale" seront renouvelés. Enfin, les "Colloques avec le Praticien" auront lieu le dernier dimanche, et, en raison de leur succès, ils commenceront dès le dimanche matin.

L'Amphithéâtre de la Salpêtrière (*École des Infirmières*) sera doublé d'une Salle de Conférences ce qui facilite la présentation des Entretiens.

Sous le double parrainage de la *Faculté de Médecine de Paris* et de l'*Assistance Publique (Collège de Médecine et Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris)*, les Entretiens de Bichat seront, cette année encore, encadrés par les manifestations de la *Semaine Médicale de Paris*, dont le calendrier a été établi sous la présidence de Monsieur Julien Huber (Membre de l'Académie Nationale de Médecine).

Une exposition consacrée à "La Médecine à travers le Livre et l'Objet d'Art", sera ouverte pendant toute la durée des Entretiens.

Le programme des films médicaux présentés aux heures des repas et en fin de soirée, sera complété par un *Festival du Film Médico-Chirurgical*.

La grande *Exposition Scientifique* qui, depuis plusieurs années, est présentée dans un grand nombre d'Universités du monde entier, après les Entretiens de Bichat, apportera toute une série de documents inédits illustrant des découvertes et des techniques récentes.

Chacun des participants aura la possibilité d'avoir un entretien particulier avec les Conférenciers, Médecins, Chirurgiens et Spécialistes à qui il pourra demander des éclaircissements sur un point de la pratique clinique ou de la thérapeutique moderne.

Suivant la tradition il y aura une série d'Entretiens du matin et une série de l'après-midi avec répétition de la majorité des conférences, pour laisser aux médecins la plus grande liberté de leurs horaires.

Les quatre volumes: "*Entretiens de Médecine*", "*Entretiens de Chirurgie et Spécialités*", "*Entretiens de Thérapeutique*" et "*Entretiens de Stomatologie*", paraîtront ponctuellement le 1er septembre, de sorte que chaque médecin puisse prendre une connaissance préalable des conférences et se préparer aux questions qu'il désire poser aux conférenciers. Pour la *Médecine*, la *Pratique chirurgicale* et les *Spécialités*, les dates suivantes sont prévues:

1ère série: dimanche 29 septembre au mercredi 2 octobre;

2e série: jeudi 3 octobre au dimanche 6 octobre.

Les *Entretiens de Thérapeutique* et les *Entretiens Médico-Pharmaceutiques* ont lieu le mercredi 2 octobre et le jeudi 3 octobre pour que les auditeurs de la première série puissent y prendre part aussi facilement que ceux de la deuxième série.

Les *Colloques avec le Praticien* se déroulent le dimanche 6 octobre, de 9 h. 30 à 18 heures.

Tous les avantages habituels réservés aux auditeurs des Entretiens seront maintenus cette année (stationnement des automobiles, restaurant sur place, location de places de théâtre, excursions, visites de monuments, etc.).

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Séances: Les exposés auront lieu à l'Amphithéâtre et à la Salle des conférences de la Salpêtrière (*École des Infirmières de l'A.P.*). Après un exposé pratique de cinq minutes, le conférencier répondra aux questions des auditeurs. Puis ceux que la question intéresse et qui veulent voir des documents, accompagneront le conférencier dans la salle de démonstration.

Horaires: Les horaires indiqués dans le programme seront strictement respectés afin de permettre aux auditeurs de ne venir qu'aux entretiens qui les intéressent personnellement et pour leur permettre de rattraper, d'une série à l'autre, l'entretien qu'ils auraient pu manquer. Les deux séries n'ont été organisées que pour donner le maximum de facilités aux auditeurs; bien entendu, la carte d'entrée donne droit aux séances pendant toute la durée des Entretiens.

Diplôme: Chaque auditeurs recevra un diplôme de son assiduité à ce cours de perfectionnement. Les auditeurs sont priés de bien vouloir s'inscrire pour recevoir ce diplôme qui leur sera remis pendant la semaine des Entretiens (s'inscrire, sur place, au Secrétariat).

Exposition scientifique: Une exposition scientifique sera ouverte pendant toute la durée des Entretiens.

Exposition "La Médecine à travers le Livre et l'Objet d'Art": Une importante exposition sera présentée à côté de l'Exposition Scientifique pendant toute la durée des Entretiens.

Secrétariat: Un secrétariat permanent sera à la disposition des auditeurs (pour les voyages, places de théâtre, etc.).

Stationnement des automobiles: Le vaste parc de la Salpêtrière garantit un excellent stationnement des autos, de jour et de nuit, dans une enceinte gardée.

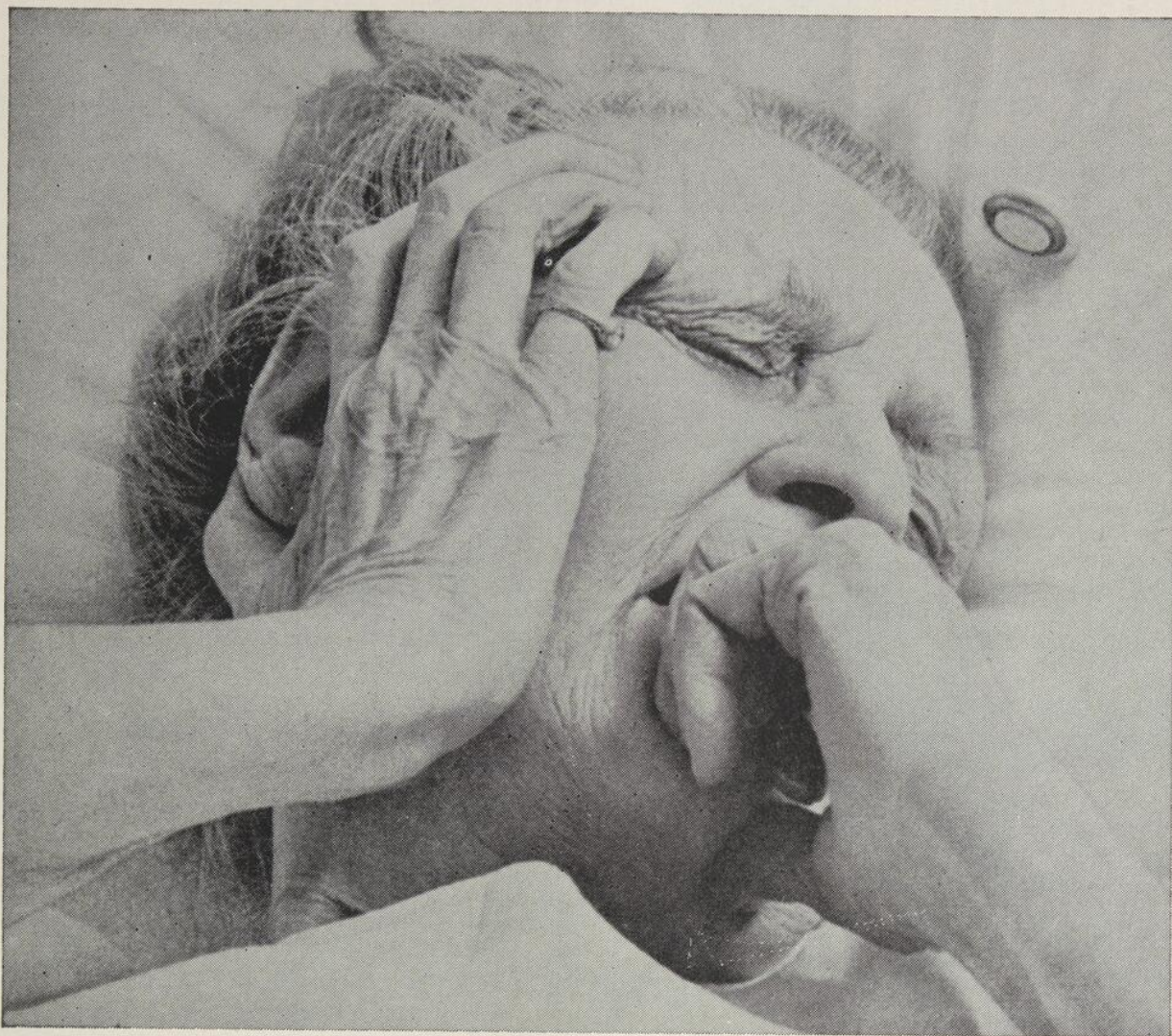
Téléphone: Deux lignes téléphoniques directes permettent aux praticiens de rester en liaison avec leurs urgences.

Films: Des films médico-chirurgicaux d'actualité seront présentés matin et soir. Le programme des séances de projection sera inclus dans le Programme remis aux participants aux Entretiens. Des séances de soirée seront réservées aux Médecins.

Voyages-réductions: Une réduction de 20% sur les chemins de fer sera accordée à tous les médecins inscrits aux Entretiens de Bichat. Adresser dès maintenant au Club Médical du Tourisme, 9, rue de Luynes, Paris-9e, BABylone 50-98, la carte imprimée jointe au programme. Toute demande doit être accompagnée d'un mandat ou d'un chèque de 2 F.

Insigne: Un insigne sera remis à chaque souscripteur. Le port de cet insigne est destiné à faciliter le contrôle d'accès à l'Amphithéâtre et à la Salle de conférences.

Tous ces avantages sont compris dans le prix de souscription à l'un des quatre volumes des "Entretiens de Bichat 1963". Utiliser le bulletin de souscription joint. La souscription sera close le 6 octobre 1963.



soulage le martyre de la douleur violente

Le **SPARIDOL* 50** assure une meilleure analgésie *outré* qu'il exerce des actions sédatrice, amnésique et anti-émétique. Réservez-le à votre opéré ou au malade en proie à une douleur vive et rebelle (par ex. carcinome au stade final). Vous le soulagerez, sans pour cela provoquer une dépression notable de ses fonctions vitales.

SPARIDOL* 50

Chlorhydrate de promazine et chlorhydrate de mépéridine, Wyeth

Présentation: SPARIDOL 50 injectable, réservé à l'injection intramusculaire, à 50 mg. de chlorhydrate de promazine et 50 mg. de chlorhydrate de mépéridine par cc.; en fioles de 1 cc., de 10 cc. et de 30 cc.



Ⓝ *Sujet aux règlements des narcotiques* Ⓜ *Ordonnance obligatoire*

SUBVENTION À L'HYGIÈNE MENTALE ACCORDÉE À LA VILLE DE MONTRÉAL

L'honorable Judy LaMarsh, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, vient d'annoncer qu'une subvention à l'hygiène mentale, au montant de \$51,100, a été accordée à la province de Québec, en vue de l'extension des services offerts par le Service de santé de la ville de Montréal.

Cette somme permettra à la ville, en nommant des psychiatres et des psychologues à temps plein, de renforcer sa division d'hygiène mentale et de multiplier ses services au public.

3^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE PLASTIQUE

Le 3^e Congrès International de Chirurgie plastique se tiendra à Washington, D.C., du 13 au 18 octobre 1963. Les séances auront lieu à l'Hôtel Sheraton-Park.

Ce Congrès est dû à la collaboration de l'*American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons* et de l'*American Association of Plastic Surgeons*.

L'office du Secrétaire Général en fonction désire faire savoir à tous ceux qui escomptent participer au Troisième Congrès International de Chirurgie Plastique qui aura lieu du 13 au 18 octobre 1963 au Sheraton Park Hotel, Washington, D.C., U.S.A. que

1. par suite du manque de temps et en raison du désir d'inclure un grand nombre de renseignements, ce communiqué ne sera publié qu'en anglais;

2. tous les exposés scientifiques seront interprétés simultanément en anglais, en français, en allemand et en espagnol tandis que les séances cinématographiques ne le seront pas;

3. au cours du Congrès, un groupe de confrères médecins, faisant office d'interprètes, sera à la disposition de ceux qui ne sont pas familiarisés avec la langue anglaise.

RECUEIL DES TRAVAUX

Le Recueil des Travaux du Troisième Congrès International de Chirurgie Plastique sera publié intégralement par la Foundation Excerpta Medica. Tous les exposés seront publiés en anglais avec des résumés en espagnol, français et allemand.

On peut commander le Recueil des Travaux à l'avance, au prix spécial de USA \$15.00, payable au moment de la commande. Afin de recevoir votre exemplaire à prix réduit, veuillez remplir et envoyer le formulaire au bas de cette page.

LE 9^e CONGRÈS MÉDICAL DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'HÉMISPHERE AMÉRICAIN

Nous avons l'honneur de vous informer que le 9^e Congrès Médical des Pays de Langue Française de l'Hémisphère Américain tiendra ses assises pendant la semaine des vacances de Pâques 1964, (qui ne correspondra pas à la Semaine Sainte), à la Pointe-à-Pitre, Département de la Guadeloupe.

Nous serons fixés ultérieurement sur la date exacte du Congrès, par le Ministère de l'Éducation Nationale, qui établit chaque année la période des vacances universitaires.

La Réanimation Médicale et Chirurgicale en Milieu Tropical — Thème central et général choisi, couvrira une à deux journées des 5 prévues pour les travaux du Congrès.

En dehors des communications originales, des colloques sont prévus sur:

— Le Contrôle Médical Sportif

— L'Hygiène Scolaire

et

— L'Éducation Sanitaire dans les D.O.M. ou en milieu tropical.

Ces Congrès ont désormais une audience internationale et consacrent l'importance de la Culture Française dans la Caraïbe.

Docteur J. René Boisneuf, président

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS DU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Les examens écrits auront lieu le 8 octobre 1963 à Montréal et à Québec.

Chaque candidat recevra une lettre l'avisant de l'endroit et de l'heure de son examen.

Pour pouvoir se présenter à l'examen oral, chaque candidat doit obtenir au moins 60% à l'examen écrit.

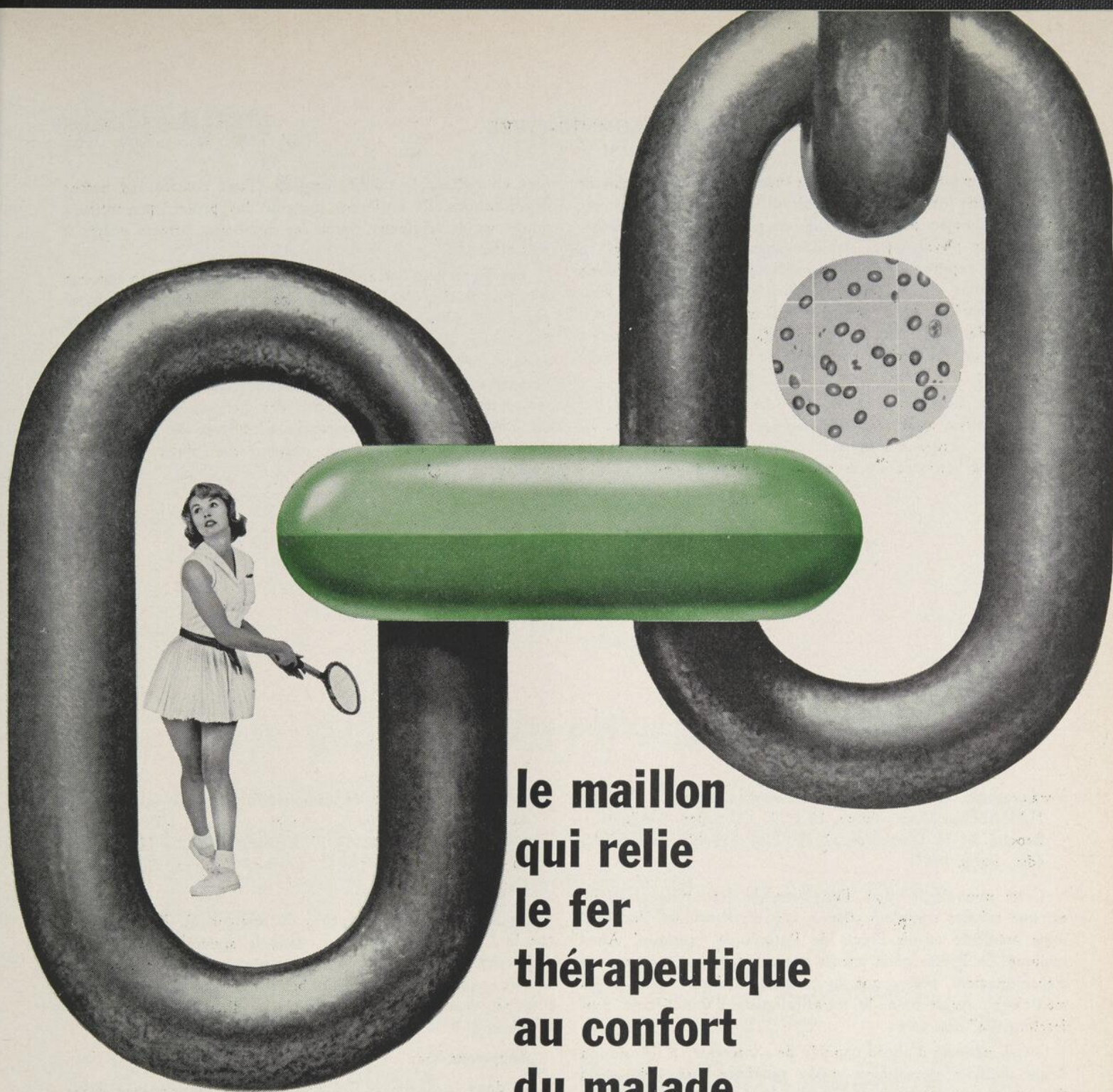
Les candidats qui échoueront à l'examen oral devront reprendre l'examen écrit et oral l'année suivante.

LE "WELLCOME TRUST"

Le quatrième rapport du Wellcome Trust, couvrant la période 1960-62, vient d'être publié. Ce rapport de 70 pages décrit une grande variété de subventions pour des recherches scientifiques et d'allocations pour des constructions et de l'équipement accordées par le Trust dans le monde entier. Les sommes totales pour ces deux années se chiffrent à plus de £2,000,000 (soit environ \$5,600,000), dont \$75,000 ont été distribués par le Trust pour aider à des recherches faites au Canada. Cela se compare à une moyenne de \$100,000 par année au cours des cinq années précédentes. Cette somme ne comprend pas les bourses de voyage vu que celles-ci ne sont pas mentionnées individuellement. Ces bourses permettent à des investigateurs d'expérience en sciences médicales de se visiter afin d'acquérir de nouvelles techniques de recherche, de travailler dans les laboratoires les uns des autres, et de discuter de problèmes de recherches qui leur sont d'un intérêt commun. Vingt de ces bourses ont été décernées à des chercheurs canadiens pour l'étranger ou à des chercheurs étrangers venant au Canada.

Au sujet de la portée internationale des activités du Trust, le rapport mentionne que le professeur J. G. Robson a continué de diriger le Département de Recherches sur l'Anesthésie Wellcome à Montréal et que son travail a bénéficié d'une nouvelle allocation pour de l'équipement; aussi, que de l'aide a été accordée aux travaux sur les stéroïdes à l'Université de la Saskatchewan ainsi qu'à ceux sur l'arthrite rhumatoïde à l'Université Queen's à Kingston en Ontario. De l'aide a également été fournie à la section de l'histoire de la médecine des bibliothèques de Vancouver et de Toronto.

Réaffirmant leur politique de subventions, les fiduciaires interprètent les termes du Trust comme s'appliquant à toutes recherches dans le domaine biologique, ou même dans des sciences plus fondamentales, pouvant être considérées comme étant d'un intérêt particulier pour l'avancement des connais-



**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.

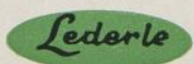
LEDERON évite les problèmes souvent éprouvés par la patiente sous ce genre de traitement. En associant du fer mieux toléré à un ramollissant des selles, LEDERON ajoute au fer thérapeutique le confort du malade.

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

sances en médecine humaine ou vétérinaire. Ils déclarent qu'ils se sont jusqu'à présent intéressés surtout à encourager les recherches en pharmacologie, en pharmacie, en anesthésiologie, en physiologie, en biochimie, en biophysique, en pathologie expérimentale et en médecine clinique, y compris des problèmes propres aux maladies tropicales. Ils ne voudraient toutefois pas que cela soit interprété comme une intention de leur part de rejeter délibérément des projets méritoires de recherches en médecine ou dans les sciences connexes.

Dans le dernier rapport il était dit que le principal but des fiduciaires avait été de combler les lacunes dans le programme actuel d'aide aux recherches médicales et de suppléer les activités d'autres organisations du même genre

tout en évitant le double emploi. Tout comme ces autres organisations, ils préfèrent soutenir des projets prometteurs nouveaux et originaux parmi les nombreux projets portés à leur attention.

Les fiduciaires ont appliqué cette politique, soit en réponse à des demandes d'aide particulières, soit en décidant d'encourager des idées nouvelles qui se sont présentées au cours de discussions avec des chercheurs dans divers domaines de la science médicale. Ils se sont rendus compte, plus particulièrement, que leur mandat international leur avait permis de subventionner des travaux par des personnes de bien des nationalités et même, à l'occasion, d'élaborer des programmes de recherches exécutés en collaboration dans différentes parties du monde.

LIVRES REÇUS

Parasitologie médicale et Pathologie exotique. Par H. HARANT. — Un volume 15 x 22, 300 pages, 108 figures. Broché 24 F; Cartoné 32 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Cette nouvelle édition d'un ouvrage désormais classique est une refonte complète mise à jour du Précis de Parasitologie médicale et du Précis de Pathologie exotique. Ainsi remanié, ce Précis nous paraît mieux adapté au programme d'enseignement prévu par la nouvelle réforme des études médicales. Aussi bien, le parasitologiste d'une "école professionnelle" doit être:

— un *médecin* d'abord capable de s'intéresser à l'évolution d'une maladie parasitaire et de satisfaire aux indications thérapeutiques résultant de l'étude clinique de cette maladie;

— un *naturaliste* de terrain capable de dépister les comparaisons du complexe pathogène, de noter leurs interréactions; en bref, de mettre l'*écologie médicale* au service de l'épidémiologie;

— un *biologiste* de laboratoire capable de préciser un diagnostic microscopique, de connaître les méthodes de culture et les techniques de l'immunologie.

Tout praticien doit satisfaire aux exigences de la clinique des maladies parasitaires, savoir demander un diagnostic de laboratoire et l'interpréter pour le plus grand bien du malade.

Les spécialistes, anciens élèves de nos Certificats supérieurs s'initieront, en outre, aux techniques de l'écologie médicale et des diagnostics de laboratoire.

A côté des données indispensables à l'enseignement de la Parasitologie dans les nouveaux programmes prennent place certaines considérations doctrinales chères à l'auteur, fondateur de l'école française d'Écologie médicale: importance d'une Épidémiologie étudiée en "naturaliste" à la recherche des complexes pathogènes, précellence du "terrain" dans le déterminisme des parasitoses.

Le problème tissulaire et anti-tissulaire — ses applications dans la thérapeutique du cancer — Tome VI: **L'élément médullo-sanguin.** Par N. T. KORESSIOS. — Un volume 16 x 24, 154 pages. 30 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

La poursuite des recherches du docteur N. T. Koressios, sur le Cancer le conduisent, dans le sixième tome de ses recherches, à considérer une pathogénie tirée de ses constatations expérimentales, tant biologiques que cliniques et thérapeutiques sur l'entrée en action d'un facteur médullo-sanguin.

Rappelons que:

1° dans le Tome I, l'auteur rappelle les principes basés sur la connaissance du problème tissulaire et anti-tissulaire et des anti-sérums qu'il a le premier, en 1926, introduits en thérapeutique;

2° que dans le Tome II, il décrit le mode d'action des anti-hémolysines;

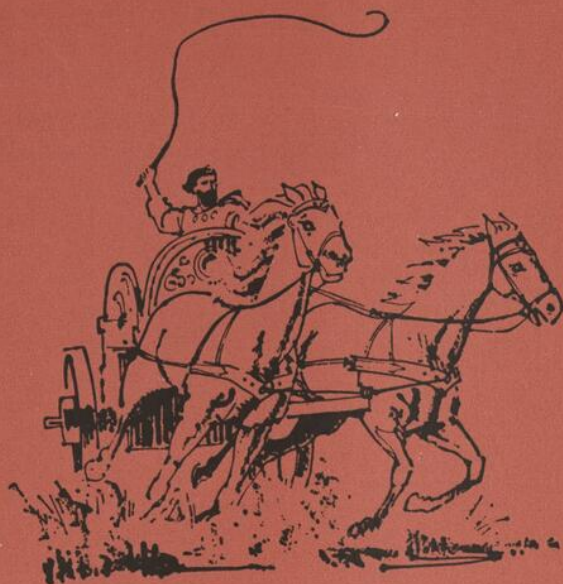
3° que dans le Tome III il aborde la clinique des processus tissulaires pathologiques dont il énonce les normes évolutives;

4° que dans le Tome IV, il expose la réaction de latence cancéreuse basée sur le phénomène d'imprégnation hémolytémique qu'il décrit;

5° que dans le Tome V, il expose les grandes lignes de la thérapeutique anti-tissulaire, curative et préventive à la fois;

6° que dans le Tome VI, la mise en évidence d'un relais médullo-sanguin confère à l'ensemble des recherches de l'auteur la cohésion pathogénique qui s'incorpore à une ligne de recherches valables.

Cet ensemble cohésif tranche sur l'uniformité des actuelles propositions de la connaissance du problème cancéreux.



UNE ÉQUIPE BIEN ASSORTIE
pour soulager les douleurs musculaires et l'inflam-
mation: le Medrol, corticoïde très efficace, et
l'acide acétylsalicylique, l'analgésique classique

*pour traiter les pathologies
légères ou de gravité moyenne*

Cordex amélioré

Composition par comprimé:
Medrol (méthylprednisolone) 0.5 mg
Acide acétylsalicylique 300 mg

Présenté en flacons de 100 et de 1000 comprimés

*pour traiter les pathologies
moyennes ou graves*

Cordex Forte amélioré

Composition par comprimé:
Medrol (méthylprednisolone) 1.5 mg
Acide acétylsalicylique 300 mg

Présenté en flacons de 100 et de 500 comprimés

**soulage la douleur rapidement et contribue à rendre la mobilité avec un minimum
de réactions secondaires**

pionniers dans le domaine de la recherche en corticoïdes

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

Upjohn

MARQUES DÉPOSÉES: CORDEX, MEDROL CF 1183.3

Acquisitions médicales récentes. Sous la direction du professeur MILLIEZ. — Un volume 15.5 x 24.5, 200 pages, 23 figures. 30 F; Franco 31.50 F. L'Expansion, édit., Paris, 1963.

Les acquisitions médicales récentes comportent les textes de conférences faites aux "Journées Médicales" de l'Hôpital Broussais dans le Service du professeur Milliez. Elles reprennent la tradition de ces Journées inaugurées et poursuivies depuis 1946 dans le Service du professeur Pasteur Valléry-Radot. Ces conférences, destinées à la mise au point de sujets de diverses spécialités s'adressent aux médecins consultants généralistes. Chaque spécialité est représentée par trois conférences faites par les praticiens les plus qualifiés.

Le programme, s'étendant sur trois jours, chaque demi-journée est consacrée cette année aux sujets suivants:

Néphrologie

Les albuminuries, actuellement mieux connues grâce aux ponctions-biopsies, diagnostic et traitements sont discutés par le professeur Milliez et ses collaborateurs. Le professeur Justin-Besançon expose les résultats de 1,000 confrontations anatomo-cliniques pratiquées dans son Service au cours des trois dernières années. La classification moderne des néphrites facilitée par les examens anatomiques est définie par le professeur Hamburger.

Endocrinologie

Les problèmes d'endocrinologie sont étudiés par le professeur de Gennes (Hypertensions liées aux phéochromocytomes), Gilbert-Dreyfus (Critères de guérison d'une thyrotoxicose traitée par l'Iode radio-actif) et le professeur agrégé Bricaire (Les hyperaldostéronismes primaires).

Cardiologie

L'actualité médicale est traitée par le professeur Lenègre (Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine) et le professeur Soulié (Absès du cerveau et cardiopathies congénitales cyanogènes). Le professeur agrégé Dubost précise l'état actuel de la chirurgie du cœur sous vision directe.

Rhumatologie

Le professeur agrégé Auquier expose les problèmes diagnostiques et thérapeutiques des monoarthrites. L'ostéomalacie d'apport telle qu'on la rencontre de nos jours est traitée par le docteur Ryckewaert. Les modalités actuelles du traitement de la goutte sont évoquées par le professeur agrégé Delbarre.

Dermatologie

"Amyloïdose systématisée" (professeur Degos), les rapports entre dermatologie et pathologie interne (professeur agrégé Duperrat), et le rôle du système nerveux central dans la physio-pathologie de l'eczéma (docteur de Graciansky), constituent les éléments des données récentes de la Dermatologie.

Affections hépato-vésiculaires

L'actualité dans cette spécialité est traitée par le professeur Debray (Maladies du siphon vésiculaire), le professeur Caroli (Gammagraphie) et le professeur agrégé Benhamou (Clearance fractionnée de la B.S.P.).

Ainsi cet ensemble couvre des sujets divers ayant subi récemment le plus de transformations. Il constitue un apport indispensable aux médecins désireux de se tenir au courant des progrès réalisés au cours de ces dernières années.

Les cellulites et obésités d'origine psychique — leur traitement par le massage réflexogène, la relaxation psychosomatique, la suggestion et l'hypnose. Par Marcel ROUET. Préface du docteur Georges AUDOUY. — Un volume 14 x 18, 170 pages, 19 figures. 14 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Aucun ouvrage, nous semble-t-il, n'a cerné d'aussi près le problème de la cellulite.

S'appuyant sur de nombreuses observations médicales, Marcel Rouet, autrefois spécialisé dans le massage de la cellulite, décrit les processus de son développement; il en énumère les causes qui, selon lui, tiennent à la rétention des déchets dans le milieu conjonctivo-lymphatique, mais surtout à l'altération de la fonction nerveuse.

L'auteur ne se contente pas de dénoncer les erreurs de vie qui conduisent à cet état d'intoxication, il apporte les moyens d'y remédier.

A notre époque de tension nerveuse permanente, la majorité des cellulites et des obésités sont d'origine psychique. En des expériences d'hypnose directe effectuées avant 1940, Marcel Rouet avait obtenu par suggestions des amaigrissements considérables sur de grandes cellulitiques et des obèses. C'est le résultat de ces expériences, l'exposé des techniques qu'il utilisait qui fait l'objet de la première partie de cet ouvrage. En fait, c'est à une véritable initiation à l'hypnose directe que nous convie l'auteur.

Aujourd'hui, Marcel Rouet a créé une nouvelle méthode de relaxation qu'il a intitulée "La Relaxation psychosomatique". Ce procédé permet, par un appareillage nouveau, d'obtenir une hypnose fruste sans intervention directe que l'auteur nomme: hypnose transmissionnelle.

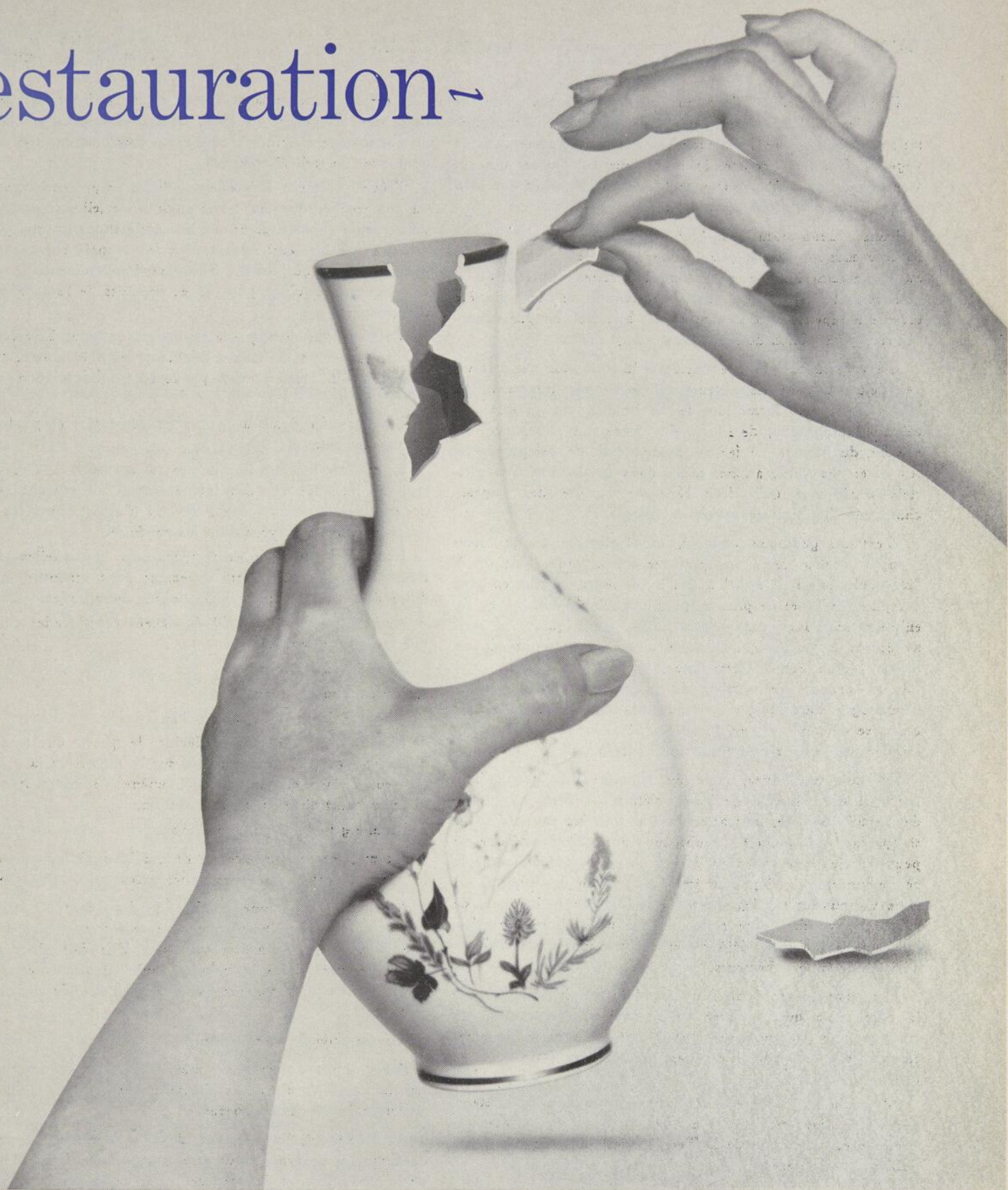
A partir de cette hypnose qui élimine les reproches que l'on faisait à l'hypnose directe Marcel Rouet fait apparaître les relations qui existent entre l'hypnose et l'état de relaxation neuro-musculaire et organique; il démontre que la guérison définitive des cellulites et obésités est liée à la faculté qu'ont les personnes atteintes de ces affections, de se relaxer. Le médecin, qui ne savait jusqu'ici comment utiliser les ressources de la relaxation, trouvera dans cet exposé les moyens pratiques d'application qu'il recherchait.

L'auteur associe ensuite les effets de la sudation provoquée à ceux de la relaxation psychosomatique. Il souligne combien l'action de la suggestion accroît l'activité de la fonction sudorale. De nouvelles techniques permettent de diriger la respiration pendant l'oxygénation. La relaxation s'obtient par une position nouvelle du corps dans la caisse de sudation, cependant que des conseils et suggestions sur fond musical conditionné sont diffusés par le casque d'écoute fixé à la tête du bain de chaleur.

Tous les Masseurs Kinésithérapeutes et collaborateurs médicaux seront également intéressés par ces nouvelles techniques du traitement de la cellulite et de l'obésité, dont ils reconnaissent souvent l'origine nerveuse.

Transmutations naturelles non radioactives — Une propriété nouvelle de la matière. Par C. Louis KERVRAN, Membre du Conseil d'Hygiène de la Seine, Membre de commission du Conseil Supérieur de la Recherche Scientifique, Directeur de Conférences à l'Université de Paris. Préface de Jean LOMBARD (géologue). — Un volume 16 x 24, 166 pages, 19 figures. 16 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

Restauration



La **RESTAURATION** de la muqueuse vaginale à son état pré-ménopausique normal est le but qu'on se propose en traitant la **VAGINITE SÉNILE OU ATROPHIQUE**. En procurant le maximum de concentration œstrogène au point de l'application et en tenant ainsi les risques d'effets secondaires au minimum, on obtient un prompt rétablissement au moyen de



ORTHO
PHARMACEUTICAL
(CANADA) LTD.
TORONTO, ONT.

DIENESTROL CREAM

Dans son ouvrage "Transmutations Biologiques", l'auteur donnait les résultats d'expériences montrant que des transmutations d'éléments se faisaient chez l'animal, comme dans le végétal. Dans la préface, le professeur L. Tanon, qui est vice-président de l'Académie de Médecine déclarait que cela "constitue une véritable découverte".

Dans "Transmutations Naturelles", qui lui fait suite, l'auteur montre que le phénomène semble s'appliquer aussi au règne minéral, que c'est donc bien une propriété de la matière restée inconnue. Aussi la formation de notre planète est-elle à repenser, sa structure, son histoire. Et par conséquent la prospection de ses ressources.

On y verra qu'il faut reconsidérer la formation des métaux (et déjà on peut en obtenir plusieurs par transmutation biologique). La formation de la houille, du pétrole, du calcaire, du granite, de l'iode, du chlore, du phosphore, du soufre, du lithium, du fer, du manganèse, etc. est passée en revue, et des vérifications, faites dans les laboratoires officiels confirment qu'il faut repenser l'usage des engrais chimiques, l'agriculture, revoir la biologie, etc.

C'est un géologue éminent, mondialement connu, Jean Lombard, qui a bien voulu préfacier cet ouvrage. Car, dit-il, "les géologues font appel à des hypothèses de plus en plus compliquées — et de plus en plus invraisemblables — et s'y enlisent jusqu'à en perdre conscience. Ceux qui... se sont aventurés à proposer une issue aux enlisés, n'ont eu, en retour, aucun écho. Cette issue, L. Kervran l'ouvre cette fois en grand. Le nombre de phénomènes qu'il propose d'envisager sous l'angle de transmutations possibles est tel qu'on se demande si l'enlissement général lui résistera encore longtemps. Je veux croire que non" (préface).

Et dans une lettre, citée au chapitre du "granite", il précisait que pour la géologie, c'était là "cette hypothèse de travail nouvelle, tant attendue par tous les savants" Car si (préface) "les réactions obtenues par voie biologique ne peuvent plus être mises en doute, ... en ce qui concerne le règne minéral..." il ne peut être présenté que des hypothèses, mais s'appuyant sur les réactions établies en biologie, et de plus ces hypothèses ne sont pas des possibilités virtuelles, mais des probabilités déjà recoupées par une foule d'observations, de rapprochements.

Cet ouvrage est donc d'un grand intérêt historique pour la Science, à qui il ouvre de nouvelles perspectives; ses conséquences pratiques sur tout ce qui vit, comme en minéralogie, sont considérables; des applications sont déjà en cours.

Même la philosophie s'intéresse aux travaux de l'auteur, car il nous faut revoir des notions de base sur la Vie, sur l'origine et l'évolution de la Terre. C'est donc un très large public qui est intéressé.

De Béchamp à Lazzaro Spallanzani — Essai d'Histoire des Phénomènes d'Oxydation. Par Auro VALÉRIE. Préface du docteur Vincenzo BUSACCHI, Professeur d'Histoire de la Médecine et de Pathologie Médicale à l'Université de Bologne, Italie. — Un volume 14 x 18, 350 pages. 15 F. Librairie Maloine S. A., édit., Paris, 1963.

L'ouvrier est avant son œuvre! C'est ce qu'il convient de ne point oublier, et qui implique la nécessité d'une tradition pour apprendre, comprendre et connaître ce qu'est en soi le travail accompli.

C'est en étudiant la tradition, en la confrontant avec les faits, que Lavoisier, en 1772, définit la combustion comme un phénomène chimique d'oxydation, une combinaison d'oxygène avec un radical composé.

Très rapidement, Lavoisier, toujours en présence des faits, va comprendre que les calcinations matérielles, bien que de même ordre chimiquement que les combustions physiologiques (c'est-à-dire les combustions dans le vivant), ont cependant quelque chose qui les en distingue foncièrement: le degré de température, d'une part, et les produits de la combustion, d'autre part.

Voilà ce qui distingue essentiellement, pour Lavoisier et ses continuateurs: Dumas et Béchamp, les phénomènes d'oxydation de la matière, des phénomènes d'oxydation de la substance...

La substance brûle à petites températures, et produit de l'acide carbonique.

La matière produit, lors de ses calcinations, de l'oxyde de carbone, et supporte des températures qui eussent semblé impensables à nos ancêtres, car ils n'avaient pas les connaissances ni les moyens pour les produire.

L'initiateur des hautes températures industrielles, Henri Sainte-Claire-Deville, lutta durement pour atteindre et produire des calcinations à 3000 degrés centigrades.

Aujourd'hui, le 1,000,000 de degrés centigrades est plus que largement dépassé...

Faut-il s'en féliciter?

Faut-il s'en inquiéter?

Là est le dilemme du XXe siècle.

Il nous a paru bon d'y réfléchir, de glaner quelques connaissances et quelques principes sur la théorie et la pratique du feu, en résumé sur le phénomène de combustion, dit chimiquement phénomène d'oxydation.

Là une grande distinction s'impose.

La matière se retrouve en ce qui la qualifie, c'est-à-dire le poids, avant et après les expériences qui la transforment.

Mais, soumise à une combustion dépassant 80 modestes degrés centigrades, la substance ne se retrouve plus en tant que substance, c'est-à-dire vivante! Elle fait alors retour au règne minéral, et la balance seule désormais en rendra compte: un peu de vapeur d'eau, un peu d'acide carbonique, d'azote...

Un soupçon de presque rien!!!

Il n'y a pas d'alternative, mais il y a des conditions hors desquelles les combustions substantielles cessent, et, corrélativement, la vie qui les opérait...

Voilà ce qui, logiquement, devrait intéresser au premier chef tout être vivant, tout être soucieux de faire l'Histoire de la Tradition, et de préparer celle de la postérité...

"L'Histoire est un puissant cordial. Du suc du passé elle "refait sans cesse de la foi: expérience, espérance!"

Ce fut l'avis de Gabriel Hanotaux, en 1909, et ce fut le grand travail accompli pour la chimie et la chimie physiologique, par les Spallanzani, les Lavoisier, les Dumas et les Béchamp.

Conférence africaine CCTA/OMS sur l'Ankylostomiase. Rapport. — Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1963, No 255, 30 pages. Prix: \$0.30.

L'AGENT PROGESTATIF DE CHOIX POUR LA CONTINUITÉ DE LA GROSSESSE

ENOVID 10 MG.

- Il simule effectivement l'action du fonctionnement de la phase lutéique de la grossesse.
 - Il est libre de virilisation non enviable (puisque ENOVID est estrogénique et non androgénique).
 - La médication est orale et elle est extrêmement bien tolérée durant la grossesse.
 - Dans les cas de menace d'avortement ou d'avortement habituel, un taux favorable de sauvetage foetal peut être accompli.
-

AVORTEMENT HABITUEL : Une dose quotidienne de 20 mg. d'ENOVID est donnée aussitôt que la grossesse est soupçonnée. Si le test de grossesse gonadotropine est positif, cette posologie doit être continuée jusqu'au terme de la grossesse ou du moins jusqu'au cinquième mois. Si des taches apparaissent durant la grossesse, la dose doit être augmentée à 40 ou 50 mg. par jour jusqu'à ce que l'hémorragie cesse.

MENACE D'AVORTEMENT : Le traitement doit être commencé avant que la menace d'avortement ne soit trop avancée. On donne de 20 à 30 mg. d'ENOVID par jour pendant 7 à 10 jours, puis 10 à 20 mg. par jour jusqu'au terme. Si les symptômes

de ce trouble menaçant réapparaissent, la dose doit être augmentée immédiatement jusqu'à la disparition de ceux-ci.

PRÉSENTATION : ENOVID (marque du noréthynodrel avec éthynylestradiol 3-méthyl éther), comprimés de 10 mg. Pour d'autres indications (données dans la brochure "Physicians' Product"), ENOVID peut être obtenu en comprimés de 5 mg. et quant à ENOVID-E, en comprimés de 2.5 mg.

SEARLE

G. D. Searle & Co. of Canada, Limited
249 est, rue Queen Brampton, Ontario

La Conférence africaine sur l'Ankylostomiase, organisée conjointement par la Commission technique de Coopération pour l'Afrique au Sud du Sahara et l'Organisation mondiale de la Santé et tenue à Brazzaville en août 1961 a été réunie pour 1) faire le point sur l'importance de cette maladie en Afrique au Sud du Sahara, sa fréquence et sa gravité; 2) discuter des méthodes d'enquêtes et étudier les facteurs conditionnant sa répartition; 3) étudier la pathogénie des troubles qu'elle engendre, et 4) discuter de la conduite à adopter pour son traitement et sa prophylaxie.

Ce rapport rappelle la distribution géographique de l'ankylostomiase; l'on estime à un quart de la population mondiale le nombre des personnes infestées par l'ankylostome, cette infestation survenant plus particulièrement dans les régions chaudes et humides. Les différentes méthodes diagnostiques utilisées au cours des enquêtes épidémiologiques sont décrites. Viennent ensuite une discussion de la pathogénie et du traitement, une distinction des différents stades cliniques, une étude des rapports avec d'autres infections intestinales, un examen de la question de l'immunité. Le traitement de l'ankylostomiase a deux buts: l'élimination du parasite et la correction de l'anémie. Le choix des médicaments est discuté; l'administration orale de fer est recommandée.

L'on souligne les difficultés de la prophylaxie et le rapport suggère que les mesures peuvent s'ordonner selon trois axes: amélioration sanitaire du milieu, éducation sanitaire, traitement de masse. Des recommandations sont faites pour de futures recherches.

Le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques.

Rapport d'une commission technique européenne. — Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1962, No 249, 35 pages. Prix: \$0.60.

A l'heure actuelle se dessine dans le monde un mouvement général pour exiger que les préparations pharmaceutiques nouvelles satisfassent à des conditions d'innocuité plus rigoureuses. En même temps, la nécessité pour les fabricants de produits chimiques à usage pharmaceutique de maintenir des normes de qualité élevées est de mieux en mieux reconnue. Dans chaque pays, les autorités responsables du contrôle ont à faire face au problème redoutable que pose la multiplicité des médicaments déjà en vente ou sans cesse introduits sur le marché. Cette tâche ne peut être accomplie que grâce à l'entière collaboration du fabricant, auquel on demande même de fournir aux autorités les spécifications appropriées et les méthodes d'analyse.

Le présent rapport, résumant les travaux d'une réunion technique tenue à Varsovie sous les auspices du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe examine la situation au point de vue du contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques dans les pays européens. Toutefois, l'ensemble des conclusions est valable pour d'autres pays qui procèdent à la fabrication industrielle des préparations pharmaceutiques. Le rapport reprend la suggestion émise quelques années plus tôt par un groupe d'étude de l'OMS, à savoir que les fabricants, les commissions de pharmacopée et d'autres autorités qualifiées transmettent à l'OMS des renseignements sur les préparations nouvelles, sitôt qu'est prévue leur introduction sur le marché. Ces informations pourraient être reçues et examinées par les autorités internationales de contrôle, les laboratoires et tout autre organisme intéressé. Des spéci-

fications pourraient alors être établies sans délai et proposées pour servir au contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques. La façon de procéder serait analogue à celle adoptée par l'OMS pour sa préparation de la Pharmacopée internationale. Étant donné l'extension prise par le commerce international des produits pharmaceutiques, c'est là un projet digne de la plus haute attention. Par ailleurs, après avoir passé en revue les diverses méthodes d'analyse actuellement en usage, le rapport cherche à définir la responsabilité du pharmacien d'officine; il émet des suggestions relatives à l'étiquetage, aux restrictions de vente et à l'organisation des services d'inspection.

Soins aux enfants bien portant dans les crèches et autres institutions. Rapport d'un Comité mixte d'experts ONU/OMS réuni avec la participation de la FAO, de l'OIT et du FISE. — Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1963, No 256, 37 pages. Prix: \$0.60.

Le problème des soins à donner aux enfants qui ne peuvent être gardés dans le milieu familial n'est pas nouveau, mais il a pris une importance particulière de nos jours à cause de l'explosion démographique et parce que, sous l'effet des transformations sociales et économiques survenues dans le monde moderne, le nombre des femmes qui travaillent hors du foyer ne cesse d'augmenter. D'autre part, on se préoccupe beaucoup actuellement des effets psychologiques que la vie dans une institution de placement exerce sur les enfants. On s'efforce consciemment de donner aux enfants qui sont gardés dans des crèches et des institutions de placement des soins semblables à ceux qu'ils recevraient, ou devraient recevoir, dans le foyer familial.

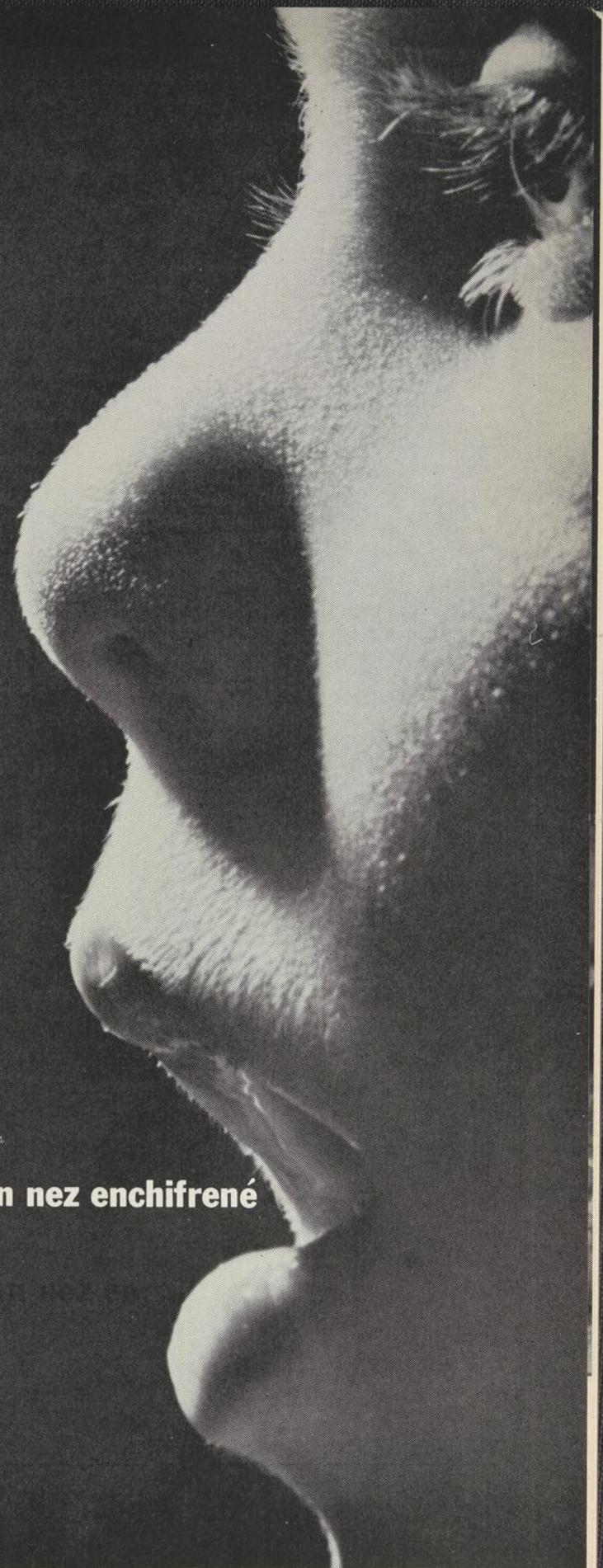
Les nouvelles conceptions relatives aux soins à donner aux enfants trouvent leur illustration dans ce rapport qui a été préparé par un Comité mixte d'experts ONU/OMS. On y trouvera tout d'abord un exposé d'ensemble sur le problème des soins dans les crèches et autres institutions, puis une étude des aspects particuliers des soins à donner dans chacun de ces établissements: santé physique et mentale des enfants, éducation, développement social, locaux à prévoir, relations entre l'établissement, la collectivité et d'autres organismes, administration et personnel, installations et services divers, financement, problèmes de contrôle et de surveillance par les organismes officiels. L'époque est révolue où l'on pouvait confier les enfants à des personnes ne possédant ni qualifications, ni formation particulières; aussi le rapport traite-t-il en détail des questions de recrutement et d'instruction à donner au personnel des établissements de soins pour enfants bien portants. Une section du rapport contient des suggestions relatives aux études et aux recherches à entreprendre et l'on trouvera dans les conclusions une série de recommandations de portée assez générale qui ont notamment trait à la planification à long terme à laquelle doivent procéder les gouvernements, aux modalités susceptibles d'assurer un financement suffisant et régulier des crèches et autres institutions, et à l'intensification de l'assistance internationale.

Histo-enzymologie des glandes endocrines (Monographie d'Histochimie et de Morphologie Dynamique). Par L. ARVY. — Un volume 16 x 25, 252 pages. 60 F. Gauthier-Villars & Cie, édit., Paris, 1963.

Canada
1963
prophés
phar-
celle
copée
merce
projet
avoir
ment
é de
es
es

tres
LL/
TT
rie
ix:

nt
is
se
et
is
t
e
s
s



Détour... vers un nez enchifrené

Pris par la bouche, Novahistine élimine les dangers habituellement associés à la plupart des décongestifs topiques du nez: congestion en retour, dommages aux muqueuses, et paralysie ciliaire. Conçu pour les enfants de moins de 12 ans, cet élixir associe la phényléphrine—sympathicomimétique efficace par voie buccale—avec la diphenylpyraline, un des antihistaminiques les plus efficaces et les moins

toxiques. Agréable au goût, facile à administrer aux enfants. Novahistine, vaso-constricteur de la muqueuse congestionnée, favorise l'écoulement des sinus. La capsule Novahistine Fortis, avec 10 mg de phényléphrine, contient deux fois la quantité d'agents décongestifs de l'élixir Novahistine et peut être prescrite aux enfants de 6 à 12 ans. Existe en flacon d'élixir de 4 oz ainsi qu'en flacon de 36 capsules Fortis.

NOVAHISTINE

P PITMAN-MOORE DIVISION
M DOW CHEMICAL OF CANADA, LIMITED
DON MILLS/ONTARIO

L'Auteur a visé à dresser le bilan des activités enzymatiques histochimiquement décelables actuellement dans les glandes endocrines, en tentant de coordonner ces activités avec les caractéristiques essentielles des hormones élaborées par ces glandes.

Il apparaît en effet de plus en plus nettement que nous sommes capables de saisir quelques-uns des maillons des chaînes enzymatiques coordonnées qui aboutissent à la biosynthèse des molécules douées d'activité hormonale et les histochimistes peuvent utilement contribuer à l'endocrinologie en tentant de superposer à l'architecture des glandes endocrines, telle que l'ont établie cent ans de recherches histologiques, une architecture enzymatique.

L'effort de rassembler d'innombrables quotations éparses a eu pour résultat de faire apparaître dans l'ouvrage des lignes d'intérêt et des discontinuités dans les observations, qui commandent des recherches complémentaires; c'est avec l'espoir de susciter ces recherches que l'Auteur s'est astreint à cet effort.

Table des matières

Glande pinéale. Histophysiologie. Histoenzymologie.

Complexe hypothalamo-hypophysaire. Système hypothalamo-neuro-hypophysaire (Histophysiologie). Glande pituitaire (histophysiologie): Phosphatases hypothalamo-neuro-hypophysaires. Phosphatases dans la glande pituitaire. Estérases carboxyliques hypothalamo-neuro-hypophysaires. Estérases carboxyliques dans la glande pituitaire. Autres activités enzymatiques.

Glandes parathyroïdes et thyroïdes. Glandes parathyroïdes: histophysiologie, histoenzymologie. Glandes thyroïdes: histophysiologie, histoenzymologie.

Tissu langerhansien. Histophysiologie, histoenzymologie.

Glande surrénale. Histophysiologie: poissons, amphibiens, reptiles, oiseaux, mammifères. Histoenzymologie: reptiles, oiseaux, mammifères.

Gonades. Cellules germinales. Gonade ♀: histophysiologie, histoenzymologie. Gonade ♂: histophysiologie, histoenzymologie.

Répertoire d'histologie et physiologie comparée des glandes endocrines.

Répertoires des recherches fondamentales de l'histoenzymologie.

Livres reçus depuis le 11 juillet 1963

Le rôle des services de Santé publique dans la protection contre les rayonnements ionisants — 4e rapport du Comité d'experts des Radiations. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Comité d'experts sur l'appréciation médicale de l'état de nutrition — rapport. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Hypertension artérielle et cardiopathies ischémiques par Alex. M. Burgess, jr., Zdenek Fejfar et Aubry Kagan. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

La pollution de l'air par Barker, Cambi, Catcott et coll. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Les hypnotiques par Jean Delphaut. Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1963.

L'éducation sanitaire par Jules Gilbert. Les Presses de l'Université de Montréal, édit., Montréal, 1963.

Méthodes à appliquer pour classer par groupes d'âge les diptères présentant une importance médicale, notamment certains vecteurs du paludisme par T. S. Detinova. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

Précis de physique médicale par André Strohl et coll. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Les consultations journalières en pédiatrie par Ph. Seringe et B. Plainfossé. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Gynécologie psychosomatique sous la direction de Hélène Michel-Wolff et coll. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Le méésentère sous la direction de Guy Albot et Félix Poilleux. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Chirurgie d'exérèse du foie par Ton That Tung. Masson et Cie., édit., Paris, 1962.

Premiers secours dans les détresses respiratoires par M. Cara et M. Poisvert. Masson et Cie, édit., Paris, 1963.

Questions de Santé publique posées par l'introduction d'antibiotiques dans les aliments de l'homme et des animaux domestiques — Rapport d'un Comité d'experts. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

La formation du médecin de famille — 11e rapport du Comité d'experts de la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

La méningite cérébro-spinale en Afrique par L. Lapeyssonnie. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1963.

L'Union Médicale du Canada en 1894

Septembre 1894

Il faut déjà du mérite pour en reconnaître aux autres.

L'oisiveté ressemble à la rouille, elle use beaucoup plus que le travail.

Le principal défaut de bien des personnes est de croire qu'elles n'en n'ont pas.

Rien n'est propre à nous guérir des femmes, comme de voir qui réussit auprès d'elles.

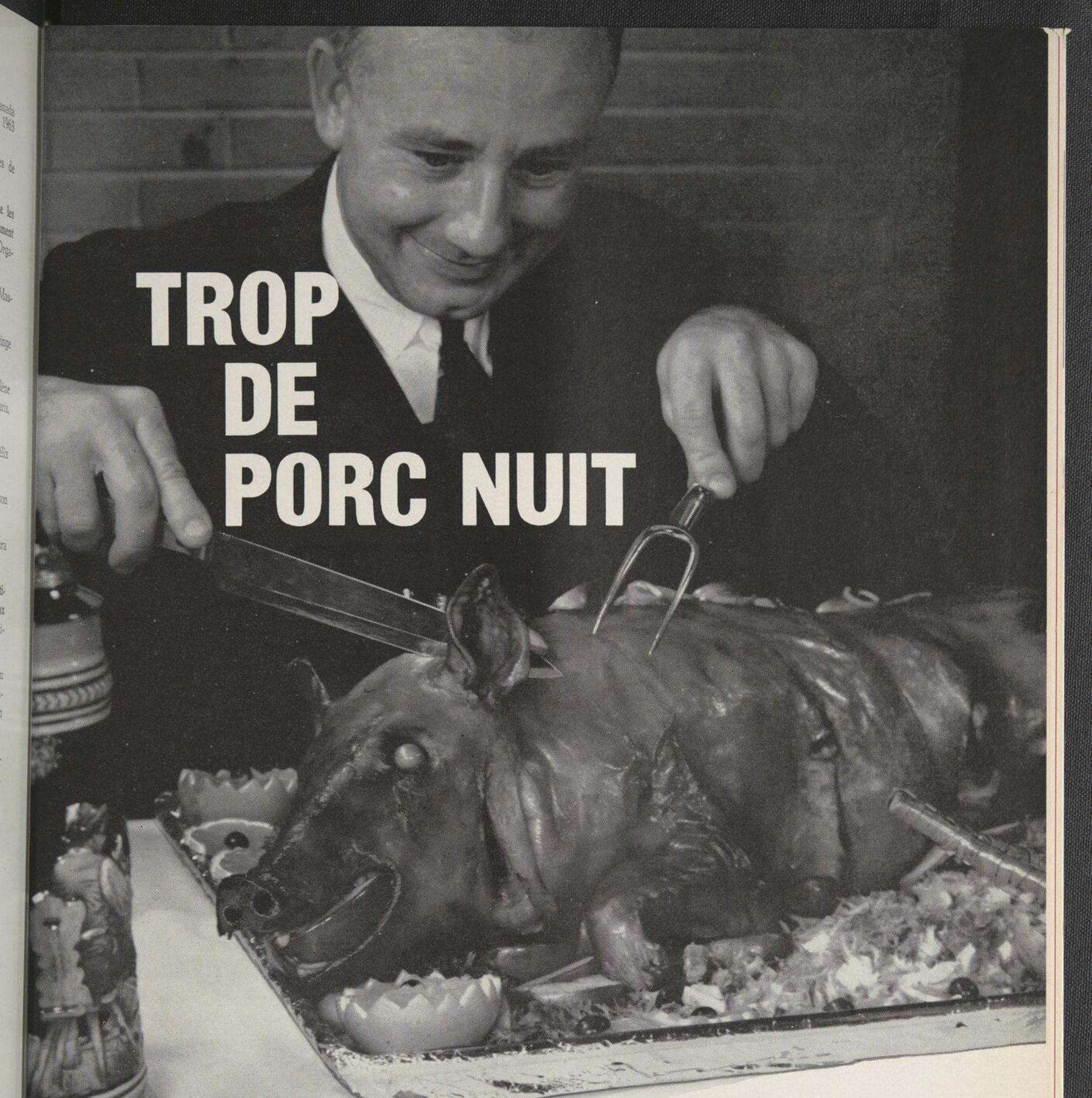
Tout n'est qu'apparence chez les hommes; le masque tombe à la plus petite occasion.

Nous nous privons, chaque jour, d'autant de bonheurs que nous omettons de bonnes actions.

Quant celui qui souffre conserve encore une étincelle d'espoir, que ce soit croyance ou superstition, ne soufflons pas sur cette chétive lueur, qui épargne au moins l'horreur des ténèbres. Ce serait de l'impiété inutile.

Qui ouvre son cœur à l'ambition le ferme au repos.

Un des inconvénients de la colère, c'est que, dès qu'elle se met de la partie, on a tort... de même quand on a raison.



TROP DE PORC NUIT

ENTOZYME[®] aide la vésicule biliaire à digérer les graisses.

Le bilieux qui ne peut résister à l'attrait d'aliments riches et succulents se voit souvent, à la suite de certaines boustifailles, atteint de malaises digestifs causés par un excès de graisse. Toutefois, il existe un moyen de soulager ou de prévenir ces désagréments grâce à Entozyme, un complément naturel de la digestion. Six comprimés (la dose quotidienne habituelle) suffisent à digérer 60 gm. ou plus de lipides; ce qui représente chez un adulte 50 à 90% de l'apport normal quotidien. Les sels biliaires augmentent la sécrétion de bile et favorisent l'activité lipolytique de la pancréatine dans l'Entozyme et de la propre lipase du patient. Ensemble, les sels biliaires et la pancréatine facilitent grandement l'émulsification et le transport des graisses. Chaque comprimé enrobé d'Entozyme renferme 150 mg. de sels biliaires, 300 mg. de Pancréatine, N.F. et 250 mg. de Pepsine, N.F. qui suffisent à digérer 8 gm. de protéines.

A. H. Robins Company of Canada, Ltd., Montreal, Quebec

 **PRIPSEN**
en GRANULES
contre l'oxyurose

PAR UNE THÉRAPEUTIQUE UNIDOSE À L'AIDE D'UN NOUVEAU SEL DE PHOSPHATE DE PIPÉRAZINE, IL PARALYSE LES OXYURES FEMELLES FÉCONDÉS ET PROVOQUE EFFECTIVEMENT LEUR ÉVACUATION HORS DE L'INTESTIN GRÂCE À UNE STIMULATION DU PÉRISTALTISME. SANS UNE ÉVACUATION INTESTINALE, LES OXYURES PERSISTENT ET DEMEURENT ACTIFS APRÈS LA CESSATION DE L'ACTION DE LA PIPÉRAZINE.

AVANTAGES :

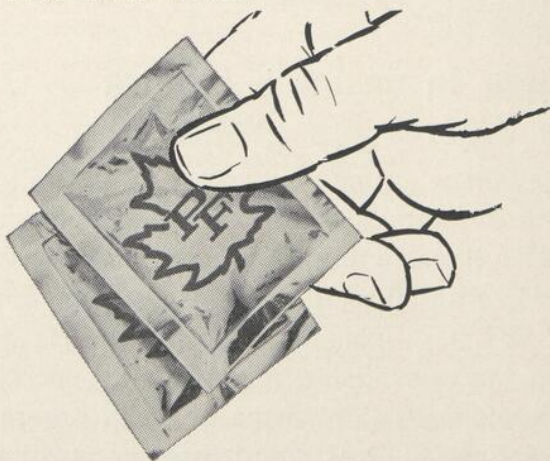
- Une seule dose,** q.s.
Haute efficacité: 91 à 97 p. 100 de guérisons, avec une seule dose.
Commodité: Administré selon l'âge en paquets prémesurés.
Ne souille ni les vêtements, ni la peau, ni la literie, ni les cabinets d'aisance, etc.
Economie: Le malade ne reçoit que la dose requise.
Acceptation: Bien toléré, facile à prendre, saveur agréable de fruits.
Aucun lavement requis.

POSOLOGIE

Rx Paquets de Pripsen (q.s.)... pour toute la famille.
 de 1 à 3 ans..... 1 paquet de Pripsen
 de 3 à 8 ans..... 2 paquets de Pripsen
 de 8 à 14 ans..... 3 paquets de Pripsen
 14 ans et plus..... 4 paquets de Pripsen
 Au-dessous d'1 an..... à la discrétion du médecin.

PRÉSENTATION: BOÎTES DE 12 PAQUETS

Des feuillets explicatifs pour les malades sont disponibles en blocs de 25; écrire au Service Médical.



 **THE PURDUE FREDERICK COMPANY**
(CANADA) LTD / TORONTO 1, ONTARIO

Dans le monde on apprend à connaître les autres; — dans la solitude on apprend à se connaître soi-même, — et on fait souvent une triste connaissance.

Deux individus sont parfaitement heureux, l'ignorant, parce qu'il croit tout savoir, et le savant parce qu'il sent qu'il aura toujours quelque chose à apprendre.

Les habiles font des bêtises, en disent aussi, le savent et ne recommencent pas deux fois la même. Les malhabiles n'en font pas moins, en disent davantage, les ignorent et recommencent. — C'est toute la différence...

Je ne recommencerai plus!

Celui qui rend un service doit l'oublier; celui qui le reçoit s'en souvenir.

Voltaire a dit:

Le Travail est toujours le père du plaisir;

Je plains l'homme accablé du poids de son loisir

Le devoir est notre soleil moral; il éclaire et réjouit tout; mais à l'inverse de l'autre soleil, pour qu'il soit doux et commode, il faut le regarder en face.

Voulez-vous que l'on croie du bien de vous? N'en dites pas.

Le bonheur ne consiste pas à posséder beaucoup, mais à se contenter de peu.

Depuis la création du monde, la robe change, la femme ne change pas.

Pour les amoureux, la terre tourne dans le ciel; pour les autres, elle gravite dans le vide.

Ceux qui font sans cesse allusion au bon vieux temps regrettent surtout celui où ils n'étaient pas vieux.

— Les parents sont les amis que la nature nous impose; les amis sont les parents que le cœur se choisit.

La jeunesse est si aimable qu'il faudrait aussi l'adorer, si l'âme et l'esprit étaient aussi parfaits que le corps.

Au jeu de la vie, comme au trente et quarante, ce qu'on gagne n'est pas du cuivre et ce qu'on perd est de l'or.

Des principaux ouvrages de Dieu, l'un est en prose, c'est l'homme, l'autre qui représente la poésie, c'est la femme.

Si tu veux ne jamais commettre une action blâmable, agis lorsque tu es seul, comme si vingt yeux te regardaient.

Toutes les fois qu'il t'arrive de plaire aux sots, à quelque degré que ce soit, sache bien que tu es tombé par quelque côté dans la vulgarité et la niaiserie.

LES PLANS DES HÔPITAUX CIVIQUES NE SONT PAS ENCORE PRÊTS

Les autorités sanitaires de la ville se sont de nouveau réunies pour étudier le projet des hôpitaux civiques. Le docteur Laberge et les architectes Perrault et Mann ont rendu compte de leur voyage à Boston et autres villes américaines où ils ont étudié sur place le fonctionnement des hôpitaux.

Les architectes ont soumis une ébauche des plans des deux hôpitaux projetés. Ces plans seront transmis aux autorités de l'hôpital Notre-Dame et de l'hôpital Général pour les faire modifier ou approuver. Une nouvelle réunion aura lieu prochainement.

LA COÉDUCATION

A l'une des dernières séances du Conseil Académique de Paris, des renseignements ont été donnés sur le système de la coéducation des deux sexes, c'est-à-dire de l'éducation commune aux filles et aux garçons dans le même établissement, telle qu'elle se pratique aux États-Unis et en Suisse. Les résultats aux États-Unis sont contestés; mais M. le doyen de la Faculté de théologie protestante a fait connaître que ce système produisait des résultats excellents dans le pays de Vaud. Toutefois, le Conseil avait jugé que ce système n'était pas "possible" en France. — Nous nous permettons de demander pourquoi il n'est pas possible. Ce mot n'est pas français, a-t-on dit souvent. Et c'est faire, ce me semble, une injure gratuite à une nation que de parler ainsi. O Puissance de la routine, qui est capable d'entraver la plus simple des expériences! (*Progrès médical*)

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

NOUVEAUX FILMS SCIENTIFIQUES

La cinémathèque scientifique de CIBA s'est enrichie de deux nouveaux films - 16 mm., sonores et en couleurs, d'une durée de projection de 30 minutes - qu'elle met à la disposition de la profession médicale ainsi que des sociétés professionnelles et institutions d'enseignement.

Le Cou (version anglaise)

Ce film décrit l'anatomie normale et pathologique du cou. Il montre les affections des différentes parties du cou - os, muscles, glandes, trachée, vaisseaux sanguins - chez une trentaine de sujets et aussi les troubles neurologiques en découlant. Il comprend également une série de clichés radiographiques montrant les déviations de la trachée et une étude des vertèbres cervicales par radio-cinématographie.

Le Métabolisme des Protéines (anglais ou français)

Ce film illustre les aspects théoriques du métabolisme des protéines en rattachant ces connaissances à la pratique. À l'aide d'exemples probants, il montre les divers états pathologiques rattachés aux troubles du métabolisme des protéines et les mesures thérapeutiques justifiées dans de tels cas.

Pour toute demande concernant les films de la cinémathèque CIBA, prière d'écrire à CIBA Company Limited, Dorval, Québec.

ELI LILLY AND CO. (CANADA) LIMITED

Robert S. Dolman, M.D., vient d'être nommé directeur médical de Eli Lilly and Company (Canada) Limited. A ce nouveau poste, il s'occupera de coordonner la recherche clinique de la compagnie.

Le docteur Dolman était en pratique générale à Victoria, Colombie Anglaise, avant d'entrer au service de la division internationale des recherches cliniques de Eli Lilly and Company à Indianapolis, E.U.A.

En 1952 il obtint son degré M.D.C.M. de l'Université Queen's de Kingston, Ontario. Il fit son internat au Royal Jubilee Hospital à Victoria et passa cinq ans dans la marine canadienne avant d'ouvrir son bureau en 1957. Le docteur Dolman est marié et père de trois enfants.



“Le Cheracol?
Mais oui,
c'est ce que
j'ai toujours
employé...
et c'est encore
le meilleur...”

Cheracol

La suppression de la toux avec Cheracol a été un précepte médical pendant trois décennies. La raison? Parce que le Cheracol soulage la toux sans entraîner de réactions secondaires.

Composition par once liq.:

Phosphate de codéine.....	1 gr.
Chloroforme	2 grs.
Gaïacolsulfonate de potassium.....	8 grs.
Chlorure d'ammonium	8 grs.
Tartrate d'antimoine et de potassium	1/12 gr.
Alcool	3%

Aromatisé à l'écorce de pin blanc et de merisier.

Présentation: en flacons de 4, de 16, de 80 et de 160 onces liq.

MARQUE
DÉPOSÉE
CHERACOL OF 2306.1

Upjohn

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



Un traitement anabolisant parentéral augmente la force et la vitalité de vos convalescents

Un support anabolisant à l'aide de DURABOLIN accélère la convalescence en stimulant l'appétit, en augmentant l'utilisation des protéines du régime et en améliorant le moral des malades, à la suite d'une intervention chirurgicale, d'un traumatisme, d'une infection virale grave, d'une maladie prolongée ou d'une maladie débilitante.

La reconstitution tissulaire qui suit le rétablissement d'un bilan azoté positif se manifeste en général comme suit: augmentation du poids corporel et du tissu musculaire, affermissement de la matrice protéinique du squelette et, souvent, augmentation de l'érythropoïèse.

Une injection intramusculaire apporte un support anabolisant soutenu, pendant au moins une semaine, sans modifier la fonction hépatique normale. Les séquelles androgéniques sont rares et généralement légères et réversibles.

Dose moyenne pour adultes: 25 à 50 mg. I.M. par semaine, pendant 12 semaines. Si nécessaire, le traitement peut être répété après une période de repos de 4 semaines.

Présentation: deux taux de concentration en solution d'huile de sésame stérile: 25 mg/cm³ avec 5% d'alcool benzylique (préservatif) en flacons de 5 cm³; 50 mg/cm³ avec 10% d'alcool benzylique (préservatif) en flacons de 2 cm³.



Montréal, P.Q.

Durabolin®

Phenpropionate de nandrolone

PERSANTINE®

Quatre nouvelles investigations confirment l'effet vital de la **PERSANTINE** sur le développement de la circulation collatérale coronarienne.

CHARI, S.R., et al.:
Congrès intern. des maladies
thoraciques,
Nouvelle Delhi, février 1963.

“On a observé que . . . la Persantine offrait une bonne protection grâce à une augmentation des collatérales . . . Elles semblent être salutaires et efficaces in vivo . . .”

ASADA, S., et al.:
Jap. Circulation J. 26:849, 1962.

“L'administration de longue haleine de Persantine favorisa le développement d'anastomoses collatérales intercoronariennes . . .”

NEUHAUS, G., et al.:
IV^e Congrès intern. de
cardiologie, Mexico,
octobre 1962.

L'angiographie coronarienne et des études faites avec la masse de Schlesinger confirmèrent que l'administration de Persantine augmente le développement des collatérales.

JACKSON, N.J., et al.:
Réunion rég. de l'ouest, C.N. de
Recher., Harrison Hot Springs,
C.B., février 1963.

“. . . il est certain que les animaux traités à la Persantine sont susceptibles de présenter un meilleur système d'anastomoses coronariennes que les témoins.”

Pour le cardiaque, une augmentation permanente de l'approvisionnement du myocarde en sang et en oxygène pourra favorablement modifier le pronostic. Le développement d'un système vasculaire collatéral fonctionnel ouvre la voie à une nouvelle conception thérapeutique.

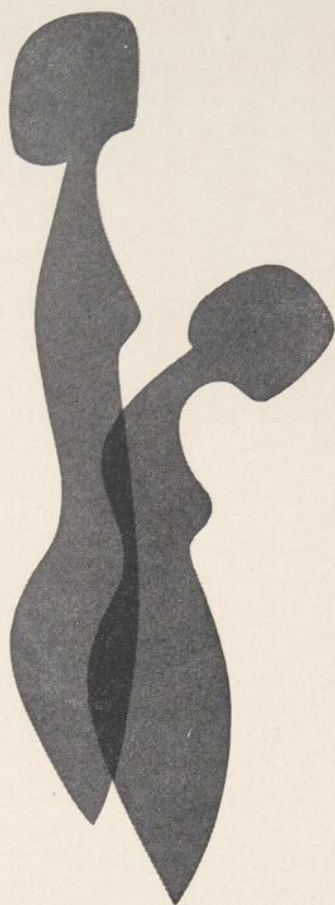
Posologie: 50 mg (2 dragées) t.i.d.

Persantine — 2,6-bis di(2-hydroxyéthyl)amino-4,8-bis(1-piperidyl)
(1-pipéridyl)pyrimido-(5,4-d)-pyrimidine.

Documentation disponible sur demande.



Produits Boehringer Ingelheim
Division de Geigy (Canada) Limited
4984, Place de la Savane, Montréal 9



LE MAUVAIS MAINTIEN RETARDE-T-IL LE RÉTABLISSEMENT DE VOS MALADES ?

Prescrivez un support Spencer. Dessiné pour l'abdomen, le dos ou les seins, d'après vos instructions précises, un Spencer ajuste le corps — non pas comme il est mais *comme il doit être!* L'état du malade s'améliore *immédiatement*, parce que le vêtement de fond supporte le corps, encourage le bon emploi des articulations de soutien, tonifie les muscles, invite une meilleure respiration, améliore la circulation, réduit la fatigue. Dans un Spencer le support de l'abdomen s'effectue de bas en haut et en arrière imitant le support naturel de bons muscles... ce qui favorise le bon fonctionnement des organes abdominaux. Adresser le coupon pour obtenir le livre "Spencer dans la thérapeutique moderne".

Spencer
le support
de dessin individuel

Spencer Supports (Canada) Limited
Rock Island, Québec

Veillez m'adresser le livre gratuit "Spencer dans la thérapeutique moderne"

Nom

Adresse

151-9-63

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.

dans la grande région centrale de la douleur

Percodan*

(Sels de Dihydrohydroxycodéinone et d'Homatropine, plus APC)

COMPRIMÉS

tient le milieu
entre les
analgésiques
oraux légers et les
analgésiques
parentéraux
puissants¹⁻⁷

- agit en 5 à 15 minutes
- le soulagement dure généralement 6 heures et plus
- la tolérance est excellente ... la constipation, rare
- le sommeil n'est pas interrompu par la douleur

Chaque Comprimé Percodan* renferme 4.50 mg. de dihydrohydroxycodéinone HCl, 0.38 mg. de téréphtalate de dihydrohydroxycodéinone (avis: peut provoquer l'accoutumance), 0.38 mg. de téréphtalate d'homatropine, 224 mg. d'acide acétylsalicylique, 160 mg. d'acétophénétidine, et 32 mg. de caféine.

Endo

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

Brevet canadien No 537948
*Marque déposée

*pour un
soulagement
rapide et
complet
de la douleur*

**DOSE MOYENNE
POUR ADULTES**

1 comprimé toutes
les 6 heures; peut
provoquer l'accoutumance.

Ⓝ L'ordonnance
verbale est acceptée.

Autre présentation

Pour une plus grande
souplesse de la posologie —

Percodan*-Demi: formule
complète du Percodan, mais
avec seulement la moitié de la
quantité des sels de dihydrohydroxycodéinone et d'homatropine.

1. Blank, P. et Boas, H.: Analgésie améliorée dans la douleur moyenne, *Ann. West. Med. & Surg.* 6:376, 1952.
2. Bonica, J. J. et coll.: Le traitement des douleurs du post-partum à la dihydrohydroxycodéinone (Percodan): Comparaison avec la codéinone et le placebo, *West. J. Surg.* 65:84, 1957.
3. Cass, L. J. et Frederick, W. S.: Etude contrôlée du soulagement de la douleur, *M. Times* 84:1318, 1956.
4. Chasko, W. J.: Chirurgie dentaire sans douleur: Extension de la période post-opératoire sans douleur, *J. District of Columbia Dent. Soc.* 31:3, No. 5, 1956.
5. Cozen, L.: "Office Orthopedics", 2e éd., Philadelphia, Lea & Febiger, 1953, pp. 120, 138, 145, 156, 234.
6. Nicolson, W. P., Jr. et Skandalakis, J. E.: Contrôle de la douleur post-opératoire, *J.M.A. Georgia* 46:471, 1957.
7. Piper, C. E. et Niklas, F. W.: Le Percodan pour combattre la douleur en médecine industrielle, *Indust. Med.* 23:510, 1954; résumé in *Clin. Med.* 3:1008, 1956, *Current M. Digest* 22:135, No. 3, 1955.

Hygiène dentaire

AVANTAGES DE LA

“Grâce à la fluoration de l'eau potable, l'incidence de la carie dentaire diminue de 60 à 65 pour cent et le nombre d'enfants exempts de carie augmente de 5 à 6 fois. En outre, la perte des molaires de six ans diminue de 70 pour cent et l'incidence de la carie dentaire sur les incisives supérieures permanentes baisse de 90 pour cent”. Voilà ce que contient le rapport préliminaire d'une longue étude portant sur le “rayonnement de la fluoration dans la province de Québec”, étude publiée récemment par la division d'hygiène dentaire.

L'enquête poursuivie par les dentistes hygiénistes du ministère de la Santé fut faite dans les municipalités suivantes: Pointe-Claire, Dorval, Ste-Anne-de-Bellevue, Pont-Viau, Berthierville, Chomedey, Rock Island, Stanstead, Acton Vale, Joliette, Candiac, St-Joseph de St-Hyacinthe, Lachute, St-Lambert, Trois-Rivières.

LA FLUORATION RELÈVE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Au dire des enquêteurs, la fluoration est une mesure d'hygiène publique dont le contrôle scientifique et les techniques d'application relèvent du ministère provincial de la santé. A plus forte raison, il lui appartient d'évaluer les résultats obtenus. Ce rapport préliminaire renferme des renseignements qui répondent aux trois points de vue suivants: il explique brièvement ce qu'est la fluoration et ses effets sur les dents; il compare les statistiques “dentaires” de certaines villes où l'eau est fluorée, avec celles d'autres villes où elle ne l'est pas; en troisième lieu, les auteurs comparent les taux de mortalité de certaines maladies dont on tient la fluoration responsable et ceci, entre villes dont l'eau est fluorée et celles dont l'eau ne l'est pas.

MINISTÈRE DE LA

Honorable Alphonse COUTURIER, m.d.
ministre

FLUORATION DE L'EAU

MESURE PRÉVENTIVE

La fluoration n'est qu'une mesure préventive qui doit marcher de pair avec l'hygiène dentaire: alimentation saine et équilibrée, brossage régulier des dents et visite bi-annuelle chez le chirurgien-dentiste.

Ce rapport préliminaire contient, en outre, des notions générales sur la fluoration et sur le coût des appareils de distribution. Il en coûte cinq à six mille dollars pour installer des appareils dont le débit d'eau "fluorable" par jour, par appareil, atteint cinq à six millions de gallons. On estime à dix ou quinze sous par tête, par année, l'administration d'une telle usine. Les appareils de distribution du fluor opèrent conjointement avec les autres appareils de traitement de l'eau.

DÉFINITION DU TERME

La fluoration est un procédé mécanique par lequel on ajuste la concentration du fluor dans l'eau de 1 à 1.5 partie de fluor par million de parties d'eau (1 à 1.5 ppm). Il est prouvé qu'à cette concentration, l'incidence de la carie dentaire est réduite de 60 à 65 pour cent.

"Le fluor appartient à la même famille des halogènes que le chlore, l'iode et le brôme.

"Comme une foule d'autres éléments, le fluor absorbé en QUATRE TOXIQUE (4 à 5 grammes) est poison, mais à la concentration de 1 à 1.5 partie par million, c'est un élément nutritif qui aide à former un émail plus résistant à la carie dentaire. L'iode n'est-il pas un poison violent à dose massive? Et cependant, la dose minime que nous absorbons d'ordinaire dans le sel de table nous protège contre le goître.

SANTÉ DU QUÉBEC

Jacques GÉLINAS, m.d.
sous-ministre

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 douloureux
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.



**agent
non-hormonal
anti-inflammatoire**

**Tandéaril[®]
Geigy**

En médecine

Il est indiqué pour le traitement de nombreuses maladies où existe une inflammation aiguë ou chronique non-spécifique.

Il contrôle les symptômes
d'arthrite
d'inflammation péri-articulaire
d'inflammation vasculaire

En chirurgie

Il modifie et soulage la douleur et l'inflammation post-opératoires. Associé aux antibiotiques et au drainage, s'il y a lieu, il contrôle l'inflammation liée aux infections chirurgicales.

Présentation
Tandéaril, monohydrate de 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butylpyrazolidine.
Dragées brunes de 100 mg.
Flacons de 50 et 500.




Produits Pharmaceutiques Geigy
Montréal



BFM-164F

Les céréales Heinz pour bébés sont préparées avec les mêmes soins minutieux et offrent la même qualité et la même valeur nutritive que les aliments Heinz pour bébés — les préférés de 8 mamans sur 10 au Canada.

Recommandez l'une des 5 variétés de céréales — céréales mélangées, riz, Infantsoy, orge, avoine — qui viennent s'ajouter à plus de 160 variétés de purées et d'aliments pour enfants. Des échantillons pour la profession médicale vous seront fournis sur demande. Ecrivez à ALIMENTS HEINZ POUR BÉBÉS  LEAMINGTON (ONTARIO)

THÉRAPEUTIQUE ÉLECTIVE DES CÉPHALÉES

UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE SANDOZ

CÉPHALÉES DE TENSION

pour le soulagement de la douleur, de la tension nerveuse et des spasmes musculaires

FIORINAL®

Présentation: comprimés. **Composition:** Sandoptal (allylisobutylmalonylurée) 50 mg, Caféine 40 mg, Acide acétylsalicylique 200 mg, Phénacétine 130 mg. **Conditionnement:** Flacons de 100, 500 et 1000 comprimés. **Posologie:** 2 comprimés aux premiers signes de la crise, suivis d'un comprimé dans la demi-heure suivante et d'un comprimé toutes les 3 à 4 heures si nécessaire.

CÉPHALÉES VASCULAIRES

pour le soulagement des crises aiguës

CAFERGOT®

Présentation: dragées. **Composition:** Tartrate d'ergotamine 1 mg, Caféine 100 mg. **Conditionnement:** flacons de 100, 500 et 1000 dragées. **Posologie:** 2 à 4 dragées aux premiers symptômes de la crise, suivies d'une dragée toutes les demi-heures. Maximum 6 dragées par jour.

CÉPHALÉES VASCULAIRES

accompagnées de tension, nausées et vomissements

CAFERGOT-PB®

Présentation: suppositoires, dont l'effet est aussi rapide et efficace que celui d'une injection. **Composition:** Tartrate d'ergotamine 2 mg, Caféine 100 mg, Alcaloïdes lévogyres de belladone 0.25 mg, Pentobarbital sodique 60 mg. **Conditionnement:** boîtes de 12 suppositoires. **Posologie:** 1 suppositoire au début de la crise suivi d'un autre, une demi-heure plus tard, si nécessaire.

Présentation: dragées. **Composition:** Tartrate d'ergotamine 1 mg, Caféine 100 mg, Alcaloïdes lévogyres de belladone 0.125 mg, Pentobarbital sodique 30 mg. **Conditionnement:** flacons de 50 dragées. **Posologie:** 2 à 4 dragées aux premiers symptômes de la crise, suivies d'une dragée toutes les demi-heures. Maximum 6 dragées par jour.

CÉPHALÉES VASCULAIRES

Traitement prophylactique

SANSERT®

Présentation: dragées. **Composition:** méthysergide sous forme de bimaléate 2 mg. **Conditionnement:** flacons de 50 et 250 dragées. **Posologie moyenne d'entretien:** 2 à 4 dragées par jour prises pendant les repas.

Documentation détaillée sur chacun de ces produits sur demande.



SANDOZ PHARMACEUTICALS SANDOZ DORVAL, P.Q.



Equilibre émotif normal pendant le jour...
sommeil naturel et spontané pendant la nuit


“S’il (le méprobamate) est pris pendant le jour, il permet au malade de se détendre suffisamment pour qu’un sommeil naturel s’ensuive sans médication. Si, par contre, ceci devait se révéler insuffisant, la prise d’un comprimé ou deux 15 minutes avant le coucher résoudrait le problème du malade qui ne parvient pas à trouver le sommeil.”

Borris, J.C., The Medical Clinics of North America, mars 1957.

PRÉSENTATION:

EQUANIL à 400 mg., comprimés blancs sécables—en flacons de 50 et de 500 comprimés

WYSEALS EQUANIL à 400 mg., comprimés jaunes enrobés—à 200 mg., comprimés roses enrobés—en flacons de 50 et de 500 comprimés

 Ordonnance obligatoire

Equanil[®]
Méprobamate, Wyeth

Wyeth

*Marque déposée
WINDSOR, ONTARIO

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

ENTIÈREMENT CANADIENNE
DECLOMYCIN®

Ces antibiotiques Lederle sont les seules tétracyclines fabriquées entièrement au Canada.