

Lavalmédical

JOURNAL DE CLINIQUE ET DE BIOLOGIE MÉDICALE

Volume 33 — 1962



Laval médical

Rédacteur en chef M. le professeur Roméo BLANCHET,
Professeur de Physiologie.

Rédacteur adjoint M. le professeur Geo.-Albert BERGERON,
Secrétaire de la Faculté de médecine.

Administrateur M. le professeur R. GINGRAS,
Vice-doyen de la Faculté de médecine.

Secrétaires à la rédaction MM. les docteurs Guy LAMARCHE
et Jean BEAUDOIN.

CONDITIONS DE PUBLICATION

Laval médical paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval*, et ne publie, dans la section *Bulletin*, que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

MANUSCRITS

Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

COPIES

Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

CLICHÉS

Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

ABONNEMENT

Le prix de l'abonnement est de dix dollars par année au Canada et de quinze dollars à l'étranger. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

Direction : FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL, QUÉBEC. (Tél. : 681-4631 - local 244)

bulletin de la société médicale des hôpitaux universitaires de laval



Laval médical

VOLUME 33

NUMÉRO 1

JANVIER 1962

INTRODUCTION

TÉMOIGNAGE

AU fur et à mesure qu'elles croissent, les institutions commandent aux organismes auxiliaires qui les prolongent une adaptation parallèle à leur évolution.

Ces dernières années, l'essor accéléré imprimé à la Faculté de médecine de Laval, tant dans les sciences fondamentales que cliniques, s'est traduit par la construction et l'aménagement d'un Pavillon de médecine ultramoderne dans ses lignes architecturales et dans son ordonnance fonctionnelle, de même que par l'expansion de ses hôpitaux affiliés et l'organisation, dans ceux-ci, d'unités de recherches cliniques.

A la faveur de l'affiliation d'institutions hospitalières situées en dehors du Québec métropolitain, — Chicoutimi et Trois-Rivières —, la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec, dont le *Laval médical* a été dès l'origine le moyen d'expression, est devenue la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval.

Dans des cadres matériels agrandis, un personnel médical et scientifique afflue de plus en plus nombreux, dont la productivité appelle une révision des techniques de diffusion.

(1)

La Direction du *Laval médical*, soucieuse de satisfaire aux exigences de notre temps et de notre milieu, a retenu les services de graphistes réputés pour offrir aux collaborateurs et aux lecteurs du *Laval médical* une revue qui, dans sa facture moderne, continuera d'apporter en l'amplifiant une contribution valable au progrès des institutions, académique, professionnelle et hospitalières, qu'elle a l'honneur de servir.

LA RÉDACTION

M. le p
M. le p
M. le p

Présid
Vice-pr
Sec. gé
Sec. co
Trésor
Direct

Messie
COUL
FORTI
PAQU

Messie
ALLA
ALLE
ANGE
Fanch
Vince
H. D
l'End
la M
Hosp
Josp
ment

Messieurs :

BEAUDOIN, Jean-Luc, H. D. Q.
 BEAUDRY, Édouard, H. D. C.
 BEAUDRY, Maurice, H. E. J.
 BEAULIEU, Émile H. D. C.
 BEAULIEU, Maurice, H. L.
 BEAUREGARD, Léon, H. S. S.
 BÉDARD, Arthur, H. D. Q.
 BÉDARD, Dominique, C. R. R.
 BÉDARD, Lucien, H. S. J.
 BÉLANGER, Claude, H. E. J.
 BÉLANGER, Jean-Marie, H. S. S.
 BÉLANGER, Maurice, H. D. C.
 BELCOURT, Roger, H. S. F.
 BERGERON, Georges-A., F. M.
 BERGERON, Jacques, H. S. F.
 BERLINGUET, Louis, F. M.
 BERNIER, Jean-Pierre, H. E. J.
 BERNIER, Léonard, H. D. Q.
 BERTHO, Émile, H. D. C.
 BERTRAND, Guy, H. E. J.
 BISSONNETTE, Jean-Paul, H. E. J.
 BLANCHET, Roméo, F. M.
 BOILARD, Charles, H. D. Q.
 BOIVIN, Paul-A., H. S. F. A.
 BOIVIN, Roch, H. D. C.
 BONENFANT, J.-Ls, H. D. Q.
 BOUCHARD, Marcel, S. M. A.
 BOUDREAULT, Gérard, H. D. C.
 BOULANGER, Jacques, H. S. F.
 BOULAY, Jacques, H. S. F.
 BOURGOIN, Louis, C. R. R.
 BRISSON, F.-X., H. D. C.
 BROCHU, Paul, H. S. F. A.
 BROSSEAU, Claude, H. E. J.
 BRUNEAU, Joseph, H. D. C.
 BRUNET, Claude, H. E. J.
 BRUNET, Jacques, H. S. S.
 CAMPBELL, Maurice, H. S. J.
 CAOINETTE, Maurice, H. D. Q.
 CAOINETTE, Robert, H. D. Q.
 CARBOTTE, Marcel, H. S. S.
 CARON, Sylvio, C. R. R.
 CARON, Wilfrid, H. S. S.
 CARRIER, Henri, H. D. C.

Messieurs :

CAUCHON, Roland, H. S. F. A.
 CAUX, Magella, H. S. S.
 CAYER, Lomer, H. S. S.
 CHAREST, André, H. E. J.
 CHÉNARD, Jacques, H. L.
 CHOUINARD, Lévi, F. M.
 CLAVEAU, Charles, H. D. C.
 CLAVEAU, Cléophas, H. D. C.
 CLAVEAU, Paul, F. M.
 CLAVEAU, Robert, H. D. C.
 CLAVET, Marcel, H. D. Q.
 COMTOIS, Gaston, H. D. C.
 CÔTÉ, Égide, H. E. J.
 CÔTÉ, Jacques, H. E. J.
 CÔTÉ, Jean-Robert, H. S. S.
 CÔTÉ, Paul-Émile, H. S. F.
 CÔTÉ, Rolland, H. S. S.
 COULOMBE, Maurice, S. M. A.
 COULONVAL, Louis, H. D. Q.
 COUTURE, Jean, H. S. S.
 DÉCHÊNE, Euclide, H. C.
 DÉCHÊNE, Jean-Paul, H. L.
 DELÂGE, Jean, C. R. R.
 DELÂGE, Jean-Marie, H. S. S.
 DELÂGE, Maurice, H. S. F.
 DEMERS, F.-X., H. E. J.
 DEMERS, Marc-André, H. S. F. A.
 DEMERS, Pierre-Paul, H. S. S.
 DENONCOURT, J.-Avila, H. S. J.
 DESMEULES, Roland, H. L.
 DESPRÉS, Jean-Paul, H. L.
 DESROCHERS, Gustave, S. M. A.
 DE ST-VICTOR, Jean, H. S. S.
 DE VARENNES, Paul, H. D. C.
 DION, Claude, S. M. A.
 DION, Robert, H. L.
 DORVAL, Chs-Henri, H. L.
 DROLET, Conrad, S. M. A.
 DROUIN, Georges, H. M.
 DROUIN, Guy, H. S. S.
 DROUIN, René, H. S. S.
 DUCHAINE, Prime, H. M.
 DUFOUR, Didier, F. M.

Messieurs :

DUFRESNE, Jean-Paul, H. S. J.
DUGAL, Jean-Paul, H. D. Q.
DUGRÉ, Jacques, H. S. S.
DUMOULIN, Pierre, H. S. J.
DUNNE, Roger, H. S. F.

Madame :

DUPUIS-LADOUCEUR, Paule, H. E. J.

Messieurs :

DUPUIS, Pierre, H. E. J.
DURAND, Henri, H. S. S.

FILTEAU, Georges, H. S. F.
FISSET, P.-Émile, H. S. F.
FISHER, J.-G., H. E. J.
FOLEY, Roger, F. M.
FORTIER, Claude, F. M.
FORTIER, de la B., H. E. J.
FORTIER, Jean, H. S. F. A.
FORTIN, Paul-Émile, H. M.
FRANCŒUR, Jean, H. S. S.
FUGÈRE, Paul, H. D. Q.

GAGNÉ, François, F. M.
GAGNON, André, F. M.
GAGNON, Gérard, H. D. C.
GAGNON, Jean-Baptiste, H. D. C.
GAGNON, Paul-M., F. M.
GALIBOIS, Paul, H. E. J.
GARANT, Oscar, H. D. Q.
GAREAU, Paul-Émile, H. L.
GARNEAU, Jean-Jacques, H. S. J.
GARNEAU, Robert, F. M.
GAUMOND, Émile, H. D. Q.
GAUTHIER, Chs-Auguste, H. E. J.
GAUTHIER, G.-Thomas, H. D. C.
GAUTHIER, Vincent, H. S. F. A.
GAUVREAU, Léo, H. S. S.
GÉLINAS, Guy, H. S. J.
GENDRON, Philippe, H. S. J.
GHYS, Roger, F. M.
GIGUÈRE, Alphonse, H. D. Q.
GINGRAS, Rosaire, F. M.

Messieurs :

GIROUX, Maurice, H. L.
GOBEIL, Ls-Joseph, H. D. C.
GOSSELIN, Jean-Yves, S. M. A.
GOUIN, Jacques, H. S. J.
GOULET, Léo, H. S. S.
GOURDEAU, Yves, H. E. J.
GRANDBOIS, Jean, H. D. Q.
GRANTHAM, Harry, S. M. A.
GRAVEL, Joffre-A., H. D. Q.
GRÉGOIRE, Claude, H. S. S.
GRÉGOIRE, Jean, F. M.
GRENIER, Jacques, S. M. A.
GRONDIN, Pierre, H. S. J.
GROULX, Georges, H. S. J.
GUAY, Marcel, H. D. Q.
GUIMOND, Vincent, H. D. C.

HALLÉ, Jules, H. S. S.
HÉBERT, Claude, H. L.
HÉON, Maurice, H. E. J.
HOUDE, Jacques, H. D. Q.
HOULD, Fernand, H. E. J.
HUDON, Fernando, H. D. Q.

JACOB, David, H. S. F. A.
JACQUES, André, H. D. Q.
JACQUES, Guy, H. E. J.
JEAN, Clément, F. M.
JOBIN, Jean-Baptiste, F. M.
JOBIN, Joachim, H. D. Q.
JOBIN, Pierre, F. M.
JOHNSON, Gérard, S. M. A.
JOLICŒUR, Amyot, H. S. F.
JOURDAIN, Camille, H. D. C.
JULIEN, Marc, H. L.

LABERGE, Martin, H. D. Q.
LABRIE, Gérard, H. S. S.
LACERTE, Jean, H. D. Q.
LACHANCE, P.-A., H. S. S.
LACHANCE, Wilfrid, H. D. C.
LALIBERTÉ, Charles, H. E. J.
LALIBERTÉ, Henri, H. E. J.
LAMARCHE, Guy, F. M.
LAMBERT, Jules, S. M. A.

Messieurs :

LAMONTAGNE, A., H. S. F. A.
 LAMOUREUX, Chs-Édouard, H. S. J.
 LANGLOIS, Marcel, H. S. F. A.
 LAPERRIÈRE, Vincent, H. D. C.
 LAPOINTE, André, H. D. Q.
 LAPOINTE, Donat, H. C.
 LAPOINTE, Gaston, H. D. C.
 LAPOINTE, Henri, H. E. J.
 LAPOINTE, Marcel, H. D. C.
 LAROCHELLE, Jean-Louis, H. D. Q.
 LAROCHELLE, Napoléon, H. D. Q.
 LAROCHELLE, Paul, H. E. J.
 LAROUCHE, Dollard, H. D. C.
 LARUE, Antoine, H. C.
 LARUE, G.-H., S. M. A.
 LARUE, Lucien, S. M. A.
 LAVERGNE, J.-Nérée, H. S. S.
 LAVOIE, Jean-Charles, H. D. C.
 LAVOIE, René, H. E. J.
 LAVOIE, Roland, H. E. J.
 LEBLANC, Jacques, F. M.
 LEBLANC, Jean-Baptiste, H. S. J.
 LEBLOND, Sylvio, H. D. C.
 LEBLOND, Wilfrid, H. E. J.
 LECLERC, Jules, H. S. S.
 LECLERC, Ls-Philippe, H. S. S.
 LEMIEUX, Hector, H. D. C.
 LEMIEUX, Jean-Marie, H. S. S.
 LEMIEUX, Jean-R., H. S. S.
 LEMIEUX, Lionel, C. R. R.
 LEMIEUX, Renaud, H. S. S.
 LEMONDE, André, F. M.
 LESAGE, Roger, H. S. S.
 L'ESPÉRANCE, Alphonse, H. L.
 L'ESPÉRANCE, Paul, H. D. Q.
 LESSARD, Camille, H. L.
 LESSARD, Jean-Marc, H. E. J.
 LESSARD, Richard, H. D. Q.
 LESSARD, Robert, H. D. Q.
 LESSARD, Yvon, H. D. C.
 LETARTE, François, H. S. F. A.
 LÉTIENNE, Louis, H. S. J.
 LEVASSEUR, Louis, H. S. F. A.
 LOISELLE, Jean-Marie, F. M.
 LOU, Wu, H. L.

Messieurs :

MADORE, Fernand, H. D. C.
 MAGNAN, Antonio, S. M. A.
 MARANDA, Émilien, H. E. J.
 MARCEAU, Gilles, H. D. Q.
 MARCHAND, René, H. M.
 MARCOUX, Gendron, H. E. J.
 MARCOUX, Henri, H. D. Q.
 MAROIX, André, H. E. J.
 MARQUIS, André-B., H. E. J.
 MARTEL, Antonio, H. S. S.
 MARTEL, Fernand, F. M.
 MARTIN, Charles-A., C. R. R.
 MATTEAU, René, H. S. J.
 MAYRAND, Gérald, H. S. J.
 MERCIER, Arthur, H. S. S.
 MOISAN, Fernand, H. L.
 MONTMINY, Lionel, H. L.
 MOREAU, Alphonse, H. S. S.
 MORIN, Benoît, H. S. F. A.
 MORIN, Eustace, H. S. F.
 MORIN, J.-Édouard, H. S. S.
 MORIN, Yves, H. D.

 NADEAU, Guy, S. M. A.
 NADEAU, Honoré, H. S. S.
 NAUD, Robert, H. E. J.
 NORMAND, Georges, H. S. J.

 PAGÉ, Robert, H. E. J.
 PAINCHAUD, C.-A., C. R. R.
 PAINCHAUD, Paul, H. D. Q.
 PANNETON, André, H. S. J.
 PAQUET, Berchmans, H. D. Q.
 PARADIS, Bernard, H. D. Q.
 PARADIS, Gérard, H. L.
 PARADIS, Guy, S. M. A.
 PARENT, Roger, S. M. A.
 PATRY, Laurent, C. R. R.
 PAYEUR, Léo, H. D. Q.
 PELLETIER, Alphonse, S. M. A.
 PELLETIER, Émile, H. D. Q.
 PETICLERC, Roland, S. M. A.
 PETTIGREW, Antoine, F. M.
 PION, René, C. R. R.
 PLAMONDON, Charles, H. E. J.

Messieurs :

PLAMONDON, Marc,	H. D. Q.
PLAMONDON, Marcel,	H. E. J.
PLANTE, Normand,	S. M. A.
PLANTE, Robert,	H. S. F. A.
PLOURDE, Camille,	S. M. A.
POLIQVIN, Paul,	H. E. J.
POMERLEAU, Pierre,	H. S. F. A.
POTVIN, André,	H. D. Q.
POTVIN, A.-R.,	F. M.
POTVIN, Pierre,	F. M.
POULIOT, Louis,	H. S. F. A.
PROULX, Geo.-H.,	H. S. S.
RACINE, Gérard,	H. S. S.
REID, Léonide,	H. E. J.
REINHARDT, Georges,	H. E. J.
RICHARD, Maurice,	H. D. Q.
RICHARD, Philippe,	H. L.
RINFRET, Lucien,	H. S. S.
ROBERGE, Raoul,	H. S. S.
ROCHETTE, Paul,	H. E. J.
ROGER, Jean-Paul,	H. S. S.
ROULEAU, Yves,	S. M. A.
ROUSSEAU, Jean,	H. S. F.
ROUSSEAU, Louis,	H. L.

Mademoiselle :

ROUSSEAU, Marie,	H. S. S.
------------------	----------

Messieurs :

ROY, François,	H. D. Q.
ROY, Ls-Ph.,	H. D. Q.
ROY, Marcel,	H. E. J.
ROYER, Louis,	H. D. Q.
RUCART, Gilbert,	F. M.
RUPELLAND, Raymond,	S. M. A.

Messieurs :

SAINT-ARNAUD, Grégoire,	H. D. Q.
SAINT-PIERRE, Rosaire,	H. S. J.
SAMSON, Euchariste,	H. D. Q.
SAMSON, Mathieu,	C. R. R.
SAMSON, Maurice,	H. E. J.
SAUCIER, Roland,	H. D. C.
SAULNIER, Georges,	H. D. Q.
SAVARD, Lucien,	H. D. C.
SCHERRER, Roland,	H. E. J.
SIMARD, Émile	H. D. C.
SIMARD, Ls-Ph.,	H. D. C.
SIMARD, René,	H. M.
SIROIS, Jean,	H. E. J.
SORMANY, Yvon,	H. D. C.
SYLVESTRE, Ernest,	H. L.
TANGUAY, Léo,	H. D. C.
TÉTREAULT, Adélarde,	H. S. J.
TERRIEN, Richard,	H. D. Q.
THIBAudeau, Roland,	H. S. S.
THIBEAULT, Maurice,	H. D. Q.
THIVIERGE, Marcel,	H. D. C.
TREMBLAY, Gilles,	H. D. C.
TREMBLAY, G.-W.,	H. D. C.
TREMBLAY, Jean-Louis,	H. L.
TREMBLAY, Léonidas,	H. L.
TREMBLAY, Maurice,	H. D. C.
TREMPE, Florian,	H. S. S.
TURCOT, Jacques,	H. D. Q.
TURCOT, Roland,	H. E. J.
TURCOTTE, Hector,	F. M.
TURCOTTE, Maurice,	H. E. J.
TURMEL, Jacques,	C. R. R.
VACHON, Malcolm,	H. E. J.
VALLIÈRES, Guy,	H. S. S.
VANDAL, Léo,	H. D. C.
VERREAULT, J.-E.,	F. M.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL

STATUTS ET RÈGLEMENTS

I. STATUTS

NOM

1. Cette association est connue sous le nom de « SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL ».

BUTS

2. La Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval a pour buts :

a) De promouvoir l'amitié et la bonne entente entre les membres du personnel de chacun des hôpitaux affiliés à l'université Laval et des départements de l'École de médecine et de réunir en un seul groupement tout le personnel de la Faculté de médecine ;

b) Par la présentation de communications scientifiques, de tenir les membres au courant du travail et des observations cliniques, des améliorations techniques et des travaux de recherche exécutés dans chacun des hôpitaux universitaires ou à l'École de médecine ;

c) De fournir aux jeunes médecins, pendant leur période de formation, l'occasion de préparer et de présenter des travaux scientifiques ;

d) D'appuyer de son autorité, en matières scientifiques, les recommandations concernant l'amélioration de la santé publique, les Services médicaux, l'enseignement médical et la formation des médecins.

JOURNAL

3. Le *Laval médical* est l'organe officiel de la Société.

MEMBRES

4. La Société comprend cinq catégories de membres : les membres titulaires, les membres

adhérents, les membres associés, les membres émérites et les membres correspondants.

Les membres titulaires sont les membres actifs de la Société.

5. Peuvent devenir membres titulaires les médecins détenant l'un des titres suivants :

a) Professeur titulaire à la Faculté de médecine;

b) Professeur agrégé à la Faculté de médecine ;

c) Chef de Service dans un hôpital universitaire ;

d) Chef d'un département de l'École de médecine ;

e) Assistant universitaire.

6. Peuvent devenir membres adhérents, les autres médecins admis à pratiquer dans les hôpitaux universitaires.

7. Peuvent devenir membres associés, les scientifiques, etc., attachés aux laboratoires et aux centres de recherche des hôpitaux universitaires ou à l'École de médecine.

8. Deviennent membres émérites, les anciens membres nommés professeurs émérites à la Faculté de médecine.

9. Les membres correspondants sont choisis parmi les personnalités médicales canadiennes et étrangères, qui peuvent apporter à la Société une contribution utile ou qui ont des titres à sa reconnaissance. Leur nombre ne doit pas dépasser cinq pour cent de celui des membres titulaires.

10. Les membres adhérents, associés, émérites et correspondants jouissent des mêmes privilèges que les membres titulaires, sauf qu'ils n'ont pas droit de vote à l'assemblée générale et qu'ils ne peuvent remplir aucune charge.

OFFICIERS

11. Les officiers de la Société sont au nombre de cinq : un président, un vice-président, un

secrétaire général, un secrétaire correspondant et un trésorier.

12. Les officiers sont élus chaque année, à l'assemblée générale, pour un an, par scrutin uninominal secret et ballottage.

13. Le président et le vice-président ne sont rééligibles qu'une fois. Les autres officiers sont indéfiniment rééligibles.

14. Un Comité de nomination, composé de trois anciens présidents, est chargé de présenter une liste comportant un candidat pour chacun des postes d'officier et de la soumettre, pour élection, à l'assemblée générale.

BUREAU DE DIRECTION

15. On élit chaque année, parmi les membres titulaires de la Société, un directeur représentant les membres de chacun des hôpitaux universitaires et de l'École de médecine. Les directeurs et les officiers constituent le Bureau de direction, chargé de conduire les affaires et les activités de la Société.

16. Chaque directeur est élu pour un an et indéfiniment rééligible.

17. Au moins une semaine avant l'assemblée générale, les membres titulaires de chaque hôpital universitaire et de l'École de médecine choisissent dans leur groupe un candidat au poste de directeur et soumettent son nom au Comité de nomination, pour être proposé à l'élection.

18. Les vacances se produisant parmi les membres du Bureau de direction dans l'intervalle des assemblées générales sont comblées par le Bureau de direction. Les officiers ou directeurs ainsi choisis ne sont en fonction que jusqu'à la prochaine assemblée générale. Cependant, le vice-président succède automatiquement au président.

RÉUNIONS

19. La Société tient séance régulièrement le deuxième et le quatrième jeudi soir de chaque mois, de septembre à avril inclusivement, excepté la quatrième semaine de décembre, à l'École de

médecine, ou à l'un ou l'autre hôpital universitaire et, exceptionnellement, à tout autre endroit désigné par le président.

20. La deuxième réunion d'avril est l'assemblée générale annuelle. Au cours de cette réunion on entend les rapports des officiers et des comités permanents et l'on procède aux élections. Cette assemblée clôture l'année d'exercice et se tient toujours à l'École de médecine.

21. Le Bureau de direction, quand il le juge à propos, peut convoquer des assemblées spéciales. Seule la question spécifiée dans l'avis de convocation peut y être discutée. Une assemblée spéciale ne doit pas remplacer une réunion régulière, mais elle peut être combinée avec une réunion régulière.

AMENDEMENTS

22. Tout amendement proposé à ces Statuts doit être soumis par écrit à une réunion régulière de la Société, porter la signature de trois membres titulaires et être lu à l'assemblée par le Secrétaire. Après cet avis de motion, l'amendement est soumis au vote de l'assemblée générale annuelle. Pour être accepté, tout amendement doit recueillir au moins les deux tiers des votes des membres titulaires présents à la dite assemblée annuelle.

II. RÈGLEMENTS

ADMISSION

1. Pour être admis, tout nouveau membre doit être proposé par écrit par le directeur représentant l'institution à laquelle il appartient. Il incombe à ce directeur de vérifier l'éligibilité du candidat, ses titres et la catégorie de membre à laquelle il doit appartenir. Le candidat doit contresigner le bulletin de présentation, pour signifier qu'il accepte d'être proposé.

2. Cette proposition est soumise à la prochaine réunion régulière et si elle obtient la majorité des suffrages des voteurs présents, le candidat est accepté comme membre de la Société. Si le vote est demandé, il doit se faire par scrutin secret.

DURÉE DE L'AFFILIATION

3. Les membres titulaires, adhérents et associés, ne font partie de la Société que pendant la durée de leur fonction universitaire ou hospitalière.

4. Dans le cas où l'un des membres désire démissionner, il doit en aviser le Bureau de direction qui en donne avis à l'assemblée lors de la prochaine réunion régulière.

COTISATION

3. Les ressources de la Société proviennent des cotisations et souscriptions de ses membres, de dons, de legs et des subventions qui lui sont accordés.

6. La cotisation annuelle est de dix dollars, pour les membres titulaires et adhérents. Elle n'est pas exigée des membres correspondants, émérites et associés. Des nouveaux membres admis après le premier janvier on n'exige que la moitié de la cotisation annuelle.

7. Sont temporairement exemptés de la cotisation annuelle pour l'année courante les membres absents, pendant une période d'au moins six mois, pour un voyage d'étude en dehors de nos milieux universitaires ou pour tout autre voyage commandé.

8. Le coût de la cotisation comprend le prix de l'abonnement au *Laval médical*.

9. L'année fiscale s'étend d'une assemblée générale à la suivante. La cotisation annuelle est payable depuis le début de l'année fiscale jusqu'au premier janvier suivant.

10. Les membres qui ne se sont pas acquittés de leur cotisation dans les délais prévus perdent leur droit de voter.

11. Tout membre qui n'a pas payé sa cotisation pendant deux années consécutives, après avis du trésorier par lettre enregistrée, peut être exclu des cadres de la Société, par un vote majoritaire à l'assemblée générale.

12. Tout membre qui a été rayé des cadres de la Société pour refus de payer sa cotisation ne peut être réinstallé avant d'avoir été réélu suivant la

procédure régulière et avant de s'être acquitté de ses redevances vis-à-vis de la Société.

13. Aucun remboursement n'est accordé au membre de la Société, résiliant son adhésion avant la fin de l'année fiscale.

DEVOIRS DES OFFICIERS

14. Le président préside toutes les réunions ; il exerce une surveillance générale sur les affaires et les activités de la Société ; il est membre *ex officio* de tous les comités permanents, à l'exception du Comité de nomination.

15. Le vice-président doit assumer les devoirs du président durant son absence.

16. Le secrétaire général doit préparer l'ordo des séances de l'année, faire le décompte des membres présents à chaque séance, prendre note des discussions et en fournir un résumé substantiel pour publication dans le *Laval médical* à la suite du travail correspondant et préparer le procès-verbal de chaque séance. Il doit conserver les documents qui appartiennent à la Société. Il est membre *ex officio* de tous les comités permanents.

17. Le secrétaire correspondant remplace le Secrétaire en son absence ; il voit à se procurer en temps opportun le programme définitif de la prochaine séance ; il fait parvenir à chaque membre, au cours de la semaine qui précède la réunion, un avis de convocation et le programme qui sera présenté. Il fait la correspondance pour la Société.

18. Le trésorier reçoit tous les fonds de la Société et les garde en dépôt à la banque. Il paye les comptes et tient à jour les livres de la Société.

19. Deux membres titulaires sont élus à l'assemblée générale comme auditeurs. Il doivent faire la vérification des comptes avant la fin de l'année fiscale et certifier de leur exactitude à l'assemblée générale suivante.

DEVOIRS DU BUREAU DE DIRECTION

20. Le Bureau de direction, constitué des officiers et des directeurs de la Société, doit étudier, promouvoir et conduire les affaires de la Société

en accord avec les Statuts et règlements, selon les instructions qui lui sont données lors des assemblées régulières. Ses décisions sont soumises à l'approbation des membres, lors d'une assemblée subséquente. Il agit comme comité des programmes. Il nomme les membres des comités permanents.

21. Chaque directeur sert d'intermédiaire entre la société et les membres appartenant au groupe qu'il représente. Il s'occupe du recrutement des nouveaux membres de son institution. Il tient à jour la liste complète des membres de son groupe. Il voit à ce que les membres de son institution préparent en temps opportun des travaux et des communications en accord avec les règlements et les besoins du comité des programmes, de façon à ce que chaque institution fournisse sa contribution aux programmes des séances régulières. Il est responsable de la collection des travaux aux fins de publication.

COMITÉ

22. La Société peut, au besoin, constituer des comités permanents et des comités spéciaux.

Les membres de chaque comité sont choisis par le Bureau de direction et nommés par le président.

Les membres d'un comité choisissent eux-mêmes leur président.

23. Les comités permanents sont au nombre de trois :

- le Comité de nomination ;
- le Comité des prix ;
- le Comité des relations extérieures.

24. Le Comité de nomination est constitué de trois membres ayant déjà rempli la charge de président de la Société. Avant l'assemblée générale, il requiert de chaque institution affiliée le nom d'un ou de deux de leurs membres, qu'ils proposent comme directeur pour les représenter.

Le président du Comité fournit à l'assemblée générale une liste de candidats aux divers postes d'officiers et de directeurs. Cette liste peut comporter un ou plusieurs noms à chaque poste.

25. Le Comité des prix est composé d'au moins trois membres titulaires, dont un représentant du *Laval médical*, pour apprécier la valeur des travaux présentés au cours de l'année et soumettre au Bureau de direction des suggestions quant aux récipiendaires des prix.

26. Le Comité des relations extérieures est composé de trois membres titulaires, qui serviront d'agent de liaison avec l'ACFAS et toute autre société. Ils sont chargés de trouver un ou plusieurs rapporteurs, pour représenter notre Société au congrès annuel de l'ACFAS. D'accord avec le Comité des programmes du Bureau de direction, ils s'intéressent à obtenir, à l'occasion, un conférencier de l'ACFAS ou de toute autre société.

SÉANCES RÉGULIÈRES

27. A moins d'avis contraire, les séances régulières sont tenues au grand amphithéâtre de l'École de médecine, à la cité universitaire. Elles débutent à 8 h. 30 du soir et ne doivent pas durer plus de deux heures.

28. Au cours de la semaine qui précède la réunion, un avis de convocation et le programme de la séance sont adressés par la poste à chaque membre.

29. Tous les médecins de la région et les étudiants en médecine sont invités à assister aux séances d'étude, par voie d'affichage ou par les journaux. Le programme des séances doit être adressé, chaque année, avec une nouvelle invitation, aux directeurs médicaux des hôpitaux non universitaires et aux présidents des autres sociétés médicales de Québec et de la banlieue.

30. Les séances se déroulent dans l'ordre suivant :

1. Ouverture de la séance ;
2. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente ;
3. Élection des nouveaux membres ;
4. Correspondance ;
5. Communications et avis divers ;
6. Présentation des travaux et discussion ;
7. Convocation de la prochaine séance ;
8. Clôture.

PRÉPARATION DU PROGRAMME

31. La préparation du programme des séances relève du Bureau de direction qui, par l'intermédiaire des directeurs, prend contact avec chaque groupe de membres, pour dresser la liste des communications.

32. Le Bureau de direction peut choisir trois de ses membres pour former un sous-comité du programme, chargé de répartir et de distribuer les travaux à présenter à chaque séance particulière.

33. Pour équilibrer le programme et en assurer la variété, pour mieux répartir le travail de préparation, chacun des rapporteurs au programme d'une même réunion doit appartenir, de préférence, à des institutions différentes.

34. Le programme complet de chaque semestre doit être préparé avant le début de celui-ci et chaque directeur, par voie d'affichage ou autre, en informe les membres de son institution.

35. Le Bureau de direction peut réserver un maximum de deux séances régulières par année pour présenter des conférenciers étrangers invités.

36. Le Bureau de direction peut, une fois par année, organiser le programme d'une séance d'étude spéciale ou d'une journée médicale à l'intention de la profession médicale en général.

PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES TRAVAUX

37. *Choix des travaux :*

La nature des travaux à présenter doit être conforme aux buts que poursuit la Société, tels qu'énoncés à l'article 2 des Statuts. Les cours et les revues générales sont à éliminer au profit d'observations et de travaux originaux et personnels, choisis pour intéresser le plus grand nombre de membres possible.

38. *Préparation :*

Chaque travail présenté doit être accompagné d'un texte pour publication. Ce texte peut être élaboré suivant le jugement de l'auteur.

39. *Durée :*

A moins d'une autorisation préalable et exceptionnelle du président, un maximum de vingt

minutes est alloué à la présentation et à la discussion de chaque travail et le temps attribué à chaque rapporteur est indiqué sur le programme.

40. *Présentation :*

Vu le temps limité, il est suggéré au rapporteur de présenter un résumé substantiel de son travail, exprimé d'un point de vue et en des termes qui soient à la portée de la majorité des auditeurs, surtout quand il s'agit de travaux très spécialisés. Ce résumé peut être écrit et lu, quand il est impossible de le présenter de mémoire.

41. *Discussion :*

La discussion constructive de chaque travail est fortement encouragée. Les directeurs sont chargés de désigner un membre pour ouvrir la discussion sur les travaux présentés par les membres de leur institution et d'en fournir le nom au secrétaire correspondant, pour qu'il soit porté au programme, sur l'avis de convocation. Le secrétaire général doit prendre note des discussions et en fournir un compte rendu substantiel pour publication dans le *Laval médical*.

PUBLICATIONS

42. Aucune communication ne peut être publiée au nom de la Société, sans l'approbation du Bureau de direction.

43. Le *Laval médical* publie régulièrement, dans le plus bref délai possible, un compte rendu de chacune des séances.

44. En principe, le texte des travaux présentés aux séances de la Société doit être livré le plus tôt possible, par l'intermédiaire du secrétaire correspondant pour publication dans le *Laval médical*.

45. Le Bureau de direction peut autoriser un auteur à publier ailleurs, si celui-ci en fait la demande immédiatement et s'il a de bonnes raisons à faire valoir, surtout quand il s'agit de travaux très spécialisés qui ont plus de chances d'être lus dans des revues spécialisées. En pareil cas, un résumé substantiel du travail sera ajouté au compte rendu de la séance et publié dans le *Laval médical*.

BOURSE C.-J.-BERGERON

46. Chaque année, à l'assemblée générale, un premier prix de \$200. et un deuxième prix de \$100. sont décernés aux auteurs des deux meilleurs travaux présentés au cours de l'année par des membres âgés de quarante ans ou moins. Ces travaux doivent être livrés pour publication.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL

47. Chaque année, la Société médicale des hôpitaux universitaires attribue un prix à l'au-

teur dont le travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires et publié sera jugé le meilleur tant pour le fond que pour la forme.

AMENDEMENTS ET ADDITIONS

48. Tout amendement ou addition à ces règlements peut être proposé à n'importe quelle réunion régulière, pour être adopté à la majorité des votes à la réunion suivante, si dans l'intervalle, l'amendement ou l'addition proposé reçoit l'approbation du Bureau de direction.

LE SYNDROME DE L'ÉPAULE DOULOUREUSE EN PRATIQUE RHUMATOLOGIQUE *

Maurice CAMPBELL

chef du Service de médecine
à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières

De toutes les arthralgies, celle de l'épaule nous paraît la plus fréquente en pratique rhumatologique. La polyarthrite rhumatoïde constitue l'affection la plus grave à cause de ses dégâts éventuels ; et les malades, mieux renseignés, consultent maintenant plus tôt qu'autrefois, et en plus grand nombre.

Néanmoins, depuis six ans, sur dix patients venus consulter pour une articulation douloureuses, au moins le tiers se plaignait d'une épaule douloureuses, immobilisée ou non.

Si l'on se rappelle l'importance de la mobilité de l'articulation scapulo-humérale et la prépondérance marquée des mouvements du bras dans la vie quotidienne, on conçoit sans peine les ennuis suscités par les épaules douloureuses et l'importance de leur redonner leur intégrité fonctionnelle le plus rapidement possible.

Les femmes surtout, dans leurs travaux ménagers et dans le cérémonial de leur toilette, ont besoin d'épaules souples et indolores ; les frustrations que leur apporte une arthralgie de l'épaule sont multiples et parfois inimaginables. Malgré tout cela, elles viennent souvent consulter trop tard, à la phase de l'ankylose scapulo-humérale.

Le comportement de trop de ces malades est en effet aussi pitoyable que celui des sujets atteints d'une pollakiurie, d'une hémorragie rectale, d'une dyspepsie prolongée ou d'une toux, dite de cigarettes. Ils découvrent vite que l'immobilisation du bras neutralise la douleur, mais ne pressentent

pas l'ankylose qui les guette. Ici, comme dans les autres secteurs de la médecine, la thérapeutique populaire exerce son influence, souvent au détriment du malade.

L'épaule douloureuse s'extériorise sous trois formes principales :

1. *L'arthralgie simple sans ankylose importante du bras :*

Dans cette forme, il n'y a pas d'immobilisation franche, mais une diminution variable de l'amplitude des différents mouvements du membre supérieur.

Cette épaule douloureuse a une origine habituellement tendineuse et est de nature inflammatoire. En l'absence de calcifications bursales ou tendineuses, ces lésions sont probablement secondaires aux réactions dégénératives qui affectent les tendons de la coiffe musculo-tendineuse des muscles rotateurs de l'épaule, en particulier le sus-épineux et le long biceps.

On la rencontre chez les sujets de plus de quarante ans, avec une fréquence maximum entre cinquante et soixante ans.

2. *L'épaule immobilisée, avec ou sans douleur, selon la durée du processus :*

L'origine de ce syndrome est capsulaire ; il est le résultat d'un processus d'épaississement et de rétraction de la capsule. De Sèze l'appelle la capsulite rétractile.

Les causes les plus fréquentes sont l'infarctus du myocarde (20 pour cent) et les maladies intrathoraciques ou de la colonne cervicale. La

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval, le 2 novembre 1961.

pathogénie est très complexe et encore mal comprise.

3. *Le syndrome main-épaule de Steinbrocker :*

Dans ce cas, il s'agit d'une épaule immobilisée avec phénomènes réflexes à la main comme complication. L'origine réflexe de ce syndrome, par perturbation du sympathique est la plus acceptée ; sa pathogénie est très complexe.

ÉTUDE CLINIQUE DE 125 CAS D'ÉPAULE DOULOUREUSE

Nous avons entrepris de reviser les fiches des 125 premiers cas d'épaule douloureuse vus en consultation depuis six ans pour en dégager les observations pertinentes concernant le sexe, l'âge, l'épaule touchée et le diagnostic posé. Il est toujours révélateur et instructif de contrôler après quelques années nos constatations cliniques.

Le tableau I indique que les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes, dans une proportion de trois contre deux.

TABLEAU I

Compilation de 125 cas d'épaule douloureuse

A. Incidence selon le sexe :	
49 hommes	soit 39,2%
76 femmes	soit 60,8%
B. Incidence selon l'âge :	
20 à 30 ans	5 cas, soit 4,0%
30 à 40 ans	12 cas, soit 9,6%
40 à 50 ans	28 cas, soit 22,4%
50 à 60 ans	42 cas, soit 33,6%
60 à 70 ans	29 cas, soit 23,2%
70 ans et plus	9 cas, soit 7,2%
C. Épaule atteinte :	
Épaule droite	66 cas, soit 52,8%
Épaule gauche	59 cas, soit 47,2%

En ce qui concerne l'âge, on voit que le tiers des épaules douloureuses sont observées chez des patients de 50 à 60 ans et que 80 pour cent des cas surviennent chez des sujets de 40 à 70 ans.

Enfin l'épaule droite semble touchée un peu plus fréquemment que l'épaule gauche. Les

principaux rhumatologues observent la même différence.

Le tableau II compile les diagnostics établis. On voit que près de la moitié des épaules douloureuses sont des épaules immobilisées.

TABLEAU II

Diagnostic posé dans 125 cas d'épaules douloureuses

A. Épaules immobilisées :	
1. Capsulite rétractile (péri-arthrite)	51 cas, soit 40,8%
2. Syndrome main-épaule franc	8 cas, soit 6,4%
B. Épaules douloureuses :	
1. Bursite, calcifiante ou non (dont 13 cas avec calcification)	34 cas, soit 27,2%
2. Tendinite et téno-synovite	24 cas, soit 19,2%
3. Ostéo-arthrose dégénérative (localisation d'après la radiographie :	
cervicale	5 cas
acromio-claviculaire	2 cas
humérale	1 cas
Total	8 cas, soit 6,4%
4. Néoplasmes :	
Cancer bronchogénique	2 cas
Tumeur de Pancoast	1 cas
Total	3 cas, soit 2,4%
5. Maladie de Parkinson :	
Cause primaire	2 cas
Facteur aggravant une tendinite ou une bursite	2 cas
Total	4 cas, soit 3,2%

Les bursites (sous-acromiales et sous-deltoidiennes) et les tendinites forment également un groupe aussi imposant en ce qui concerne les épaules non immobilisées, mais dont les mouvements sont cependant limités. L'ostéo-arthrose put être diagnostiquée dans 6,4 pour cent des cas, alors que l'aspect clinique suggérait une tendinite ou une bursite. Il est probable que par des radiographies plus nombreuses on aurait pu en dépister davantage dans les autres groupes.

Enfin l'origine cancéreuse, pulmonaire surtout et, plus rarement osseuse, doit être retenue si la clinique nous y oriente.

LES TRAITEMENTS DE L'ÉPAULE DOULOUREUSE

1° Le traitement actif ou curatif qu'il s'agisse de la phase aiguë ou de la phase chronique, ou d'ankylose est résumé au tableau III.

TABLEAU III

Le traitement de l'épaule douloureuse

A. Phase aiguë :

1. *Calmer la douleur* : Morphine parfois, injection locale de procaïne ; Hydeltrasol ou hydrocortisone ;
2. *Immobilisation* de l'articulation, pendant deux ou trois jours ;
3. *Agents physiques*, dont les ultra-sons ou la radiothérapie ;
4. *Les antiphlogistiques* : phénylbutazone : 600 - 300 mg par jour ; corticostéroïdes parfois.

B). Phase chronique ou d'ankylose :

1. Mobilisation active et graduée (poulie) ;
2. Agents physiques : microthermie et diathermie ;
3. Injections intra-articulaires ou tendineuses de corticostéroïdes ;
4. Prednisone *per os* : 15 mg par jour, puis doses décroissantes après la première semaine.
5. Intervention chirurgicale dans certains cas rebelles, plutôt rares.

2° Le traitement préventif est surtout dirigé contre l'ankylose de l'épaule. Il faut donc mobiliser, passivement d'abord, puis activement, le plus tôt possible les membres supérieurs chez tout opéré de la partie diaphragmatique de l'abdomen et également chez tous les sujets atteints d'infarctus du myocarde.

CONCLUSION

La conduite à tenir dans un cas d'épaule douloureuse peut être résumée de la façon suivante :

1° Il faut porter un diagnostic précis dès le début, ce qui implique un interrogatoire serré et un examen minutieux, y compris des radiographies de l'épaule et de la colonne cervicale. Une uricémie et un latex peuvent être parfois indiqué.

2° Ne jamais temporiser, mais utiliser tous les procédés thérapeutiques pour prévenir et combattre l'ankylose.

3° Persévérer et demeurer optimiste car il faut souvent des mois pour gagner la bataille et redonner à l'épaule son intégrité fonctionnelle.

4° Songer au cancer devant un échec apparent des mesures thérapeutiques appliquées intensivement.

BIBLIOGRAPHIE

1. DE SÈZE, S., HUBAULT, T., et coll., L'épaule douloureuse et l'épaule bloquée ; une étude anatomique et arthrographique, *Union méd. Canada*, 90 : 351, (avril) 1961.
2. DE SÈZE, S., RYCKWÆRT, A., et MAÎTRE, M., L'épaule en pratique rhumatologique, *Masson & Cie*, 1959.
3. MAYFIELD, F. H., et NEWQUIST, R. E., The shoulder-hand syndrome, *Ohio State Med. J.*, 55 : 1373, (oct.) 1959.
4. MOSELEY, H. F., Disorders of the shoulder, *Clinical Symposia (Ciba)* : 12 : n° 1.

LA VENTILATION MÉCANIQUE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

(200 CAS) *

Marc ALLEN
Philippe GENDRON
Paul HAMELIN

*Service d'anesthésie, Hôpital Saint-Joseph
Trois-Rivières*

INTRODUCTION

Comme le rôle de la médecine est le maintien et la prolongation de la vie dans le meilleur état de santé possible, les médecins cherchent continuellement à perfectionner leurs connaissances, à vérifier de nouvelles hypothèses et à mettre en œuvre des thérapeutiques mieux appropriées. Nul n'ignore que les quinze dernières années comptent parmi les plus fertiles en réalisations prodigieuses. Le chirurgien, pour sa part, s'est lancé dans l'exploration de presque toutes les régions du corps humain, exécutant son travail sur des organismes tantôt très jeunes, tantôt âgés et usés par la vie et chaque fois handicapés par des lésions sérieuses. Les progrès spectaculaires dans des domaines aussi délicats que le cœur et les vaisseaux, le cerveau ou les poumons, ont exigé un approfondissement méticuleux de la physiologie et conséquemment une application de ces connaissances physiologiques par les anesthésistes chargés de la survie et de la sécurité du malade. Chaque jour le chirurgien exige de l'anesthésiste non seulement que le patient soit dans un état de tranquillité ou de sommeil et qu'il soit à l'abri de la douleur mais aussi qu'il soit protégé contre des réflexes nocifs, grâce à une détente musculaire complète ; de plus, le champ opératoire doit être exsangue et souvent le métabolisme cellulaire en hypo-activité. Pour satisfaire à ces exigences, l'anesthésiste moderne a étudié de nouvelles substances, perfectionné des techniques audacieuses et mis au point un appareillage de plus en plus spécialisé. Mais la mise en application de ces techniques anesthésiques pour satisfaire aux exigences chirurgicales entraîne chez le patient une

atteinte de ses fonctions vitales et tout particulièrement de ses échanges gazeux pulmonaires.

BREF RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

Les échanges gazeux pulmonaires ayant pour but l'apport d'oxygène et l'élimination de l'anhydride carbonique comportent trois composantes : la ventilation, la diffusion des gaz et le flot sanguin dans les capillaires pulmonaires. Seule la ventilation fera l'objet de cette étude.

La ventilation consiste en un mouvement cyclique d'inspiration et d'expiration par lequel de l'air frais pénètre dans l'arbre respiratoire et un volume égal de gaz pulmonaire en est exhalé. Comme les échanges en O_2 et en CO_2 se font à l'alvéole, il n'existe de ventilation efficace que lorsqu'un volume-minute de gaz est apporté aux alvéoles pulmonaires et en est retiré de façon satisfaisante. Trois facteurs déterminent l'importance de la ventilation alvéolaire : l'air courant, la fréquence de la respiration et l'espace mort respiratoire. On peut donc calculer la ventilation alvéolaire-minute efficace en multipliant l'air courant, moins l'espace mort physiologique, par la fréquence respiratoire.

La ventilation alvéolaire est assurée par les mouvements respiratoires dont les principaux facteurs sont la musculature inspiratoire et l'élasticité pulmonaire. En inspiration les muscles doivent vaincre la résistance des fibres élastiques et des tissus non élastiques de même que vaincre la résistance à la progression de l'air dans l'arbre trachéo-bronchique. La force s'opposant à la résistance offerte par les tissus élastiques entraîne un changement de volume dans les alvéoles et ce changement de volume par unité de force appliquée s'appelle la *compliance* pulmonaire. Cette

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval, le 2 novembre 1961.

relation entre la force appliquée et la distension de l'alvéole ou entre la pression exercée et le volume ne dépend que du seul changement de volume et non de la vitesse avec laquelle ce changement s'opère ; par contre la force exercée pour vaincre la résistance offerte par la friction des tissus non élastiques et la résistance des voies trachéo-bronchiques est fonction de la vitesse du courant d'air ou du débit-minute. En expiration, phénomène habituellement passif, l'énergie ou la force ou la pression accumulée par la distension des fibres élastiques agit comme un ressort pour chasser l'air. Ce ressort subit l'opposition du tonus des muscles inspiratoires, la résistance des tissus non élastiques et la résistance des voies aériennes. En résumé, disons que la ventilation alvéolaire dépend de deux facteurs physiologiques importants : la *compliance* pulmonaire, fonction du changement de volume, et la résistance des voies trachéo-bronchiques, fonction de la vitesse du déplacement de l'air, soit du débit-minute.

PHYSIO-PATHOLOGIE

1. *Hypoventilation* :

Toute cause modifiant l'air courant, l'espace mort, la fréquence, la *compliance* pulmonaire, et la résistance des voies aériennes entraînera nécessairement de l'hypoventilation alvéolaire. Ainsi la médication préopératoire, les dépresseurs du système nerveux, les relaxants musculaires, la position du malade sur la table d'opération, la nature de l'intervention chirurgicale, la pression exercée par les assistants sur le thorax, les écarteurs, les compresses abdominales, l'accumulation des sécrétions ou l'assèchement de ces sécrétions formant un bouchon ou une croûte dans les voies aériennes, la présence de tubes endotrachéaux coudés de trop petit calibre ou encore obstrués par un ballonnet trop soufflé ou un corps étranger, sont autant de facteurs susceptibles d'entraîner de l'hypoventilation au cours de l'anesthésie. Cette hypoventilation conduit souvent à l'anoxémie et toujours à la rétention du CO². Cliniquement elle se manifeste par une élévation de la

tension artérielle, de la tachycardie, de la diaphorèse et du suintement capillaire.

2. *Hyperventilation* :

L'hyperventilation est habituellement observée lors de la respiration contrôlée lorsque l'air courant est augmenté et l'espace mort réduit. Elle conduit à l'alcalose respiratoire et au déplacement de la courbe de dissociation de l'oxygène vers la gauche (effet Bohr) marquée, théoriquement, par une diminution de la libération de l'oxygène aux cellules. Cliniquement elle se manifeste par de la pâleur à cause de la vasoconstriction périphérique, une chute de la tension artérielle qui peut atteindre des niveaux dangereux surtout sous anesthésie, une période d'apnée qui peut se prolonger pendant quelque temps à la fin de l'intervention chirurgicale. On parle aussi de tétanie due à l'alcalose et de vasoconstriction cérébrale, complication qui, cependant, peut s'avérer utile en neuro-chirurgie.

LA DÉTERMINATION DE L'AIR COURANT

Le meilleur moyen de contrôler l'efficacité de la ventilation est de déterminer à plusieurs reprises le CO² expiré, les bicarbonates plasmatiques et le pH. Comme ces tests ne peuvent s'exécuter de routine il existe des tables pour déterminer l'air courant en tenant compte du sexe, du poids, de la taille et de la surface corporelle. Ce sont les nomogrammes de Radford, de Herzog et d'Engström. Ces nomogrammes indiquent également des facteurs de corrections, tels par exemple l'augmentation de cinq pour cent de l'air courant pour chaque degré de température au-dessus de 99°F.

Une fois l'air courant déterminé en fonction de la fréquence respiratoire, il est important de pouvoir vérifier si un tel volume est administré au patient. Des fuites dans l'appareil peuvent entraîner de l'hypoventilation, des valves non compétentes peuvent entraîner une augmentation de l'espace mort et une accumulation de CO². On a donc construit des ventimètres qui, placés le plus près possible de la bouche, y mesurent l'air courant et le volume-minute. Ce sont les ventimètre de Wright, de Bennett et de Drager.

LA RESPIRATION CONTRÔLÉE

Dans les conditions normales de la vie, la respiration spontanée assure une ventilation efficace. Sous anesthésie, pour éviter l'hypoventilation, l'anesthésiste doit recourir à la ventilation assistée et souvent, pour obtenir une meilleure anesthésie chirurgicale, employer la ventilation contrôlée. Cette technique qui s'est avérée très efficace et très sûre, n'en bouleverse pas moins la physiologie cardio-respiratoire. Il y a inversion du jeu de succion du sang vers le cœur, ce qui entraîne une diminution du retour veineux en inspiration et une augmentation en expiration. La pression positive intrapulmonaire et intrapleurale exercée en inspiration gênant le retour veineux au cœur droit, diminue le débit cardiaque et par conséquent entraîne une chute de la tension artérielle. Chez l'homme normal, Gibbon rapporte que le débit cardiaque est diminué de 12 pour cent avec une pression positive intermittente tandis que chez le patient en état de choc ou hypovolémique la diminution du débit cardiaque peut atteindre 42 pour cent. Ce déséquilibre est compensé par une augmentation de la tension veineuse pour maintenir un gradient de pression satisfaisant. Cette même pression positive inspiratoire crée un tamponnement des cavités cardiaques ce qui contribue encore à la diminution du débit cardiaque. La pression positive intra-alvéolaire gêne aussi la circulation dans les capillaires pulmonaires, augmente la surcharge du cœur droit, et peut devenir une cause d'insuffisance ventriculaire droite chez un malade atteint d'un cœur pulmonaire. Enfin, une rupture alvéolaire quoique inhabituelle peut arriver dans certains cas d'emphysème bulleux. En résumé les complications cardio-vasculaires de la ventilation contrôlée résultent de l'augmentation de la pression intrapulmonaire trop élevée. On peut donc conclure que les complications circulatoires seront d'autant moins marquées que la pression moyenne intratrachéale sera maintenue plus basse.

Par pression moyenne intrapulmonaire on entend la moyenne des pressions intrapulmonaires variables observées au cours d'un cycle respira-

toire. Pratiquement, cette pression sera mesurée par la différence entre la surface délimitée par la courbe de pression au-dessus de la ligne 0 et la surface de la courbe de pression sous la ligne 0 divisée par l'unité de temps.

Quels sont donc les moyens de maintenir cette pression moyenne la plus basse possible ?

1. La pression positive ne doit pas être maintenue plus longtemps qu'il ne le faut pour assurer un air courant efficace et une distribution égale de gaz aux alvéoles pulmonaires.

2. L'inspiration doit être plus courte que l'expiration. En fait elle doit être un peu moins de la moitié du cycle total de la respiration, soit dans les rapports de 1 à 1,5.

3. Les poumons doivent être gonflés par un afflux rapide de gaz tout en s'assurant de ne pas rompre les alvéoles surtout lorsque la distribution des gaz est inégale comme on le rencontre du fait de la position spéciale du patient dans les cas de lombotomie.

4. La résistance à l'expiration doit être minime afin que la pression positive ne soit pas maintenue trop longtemps dans l'arbre respiratoire.

5. L'espace mort doit être réduit par un tube endotrachéal. On doit aussi s'assurer de la compétence des valves du circuit.

6. L'emploi de la pression négative dans la phase expiratoire assure une baisse de la pression moyenne de deux façons :

a) En accélérant la chute de la pression dans les poumons à la phase expiratoire ;

b) En abaissant le sommet de la pression positive à la phase inspiratoire.

Cette même pression négative agira aussi en améliorant le retour du sang veineux. Cependant elle sera inutile dans la chirurgie à thorax ouvert et elle pourra être nocive dans certaines maladies où il y a lésion de la paroi bronchique. Cette pression pourra collaber les bronchioles et entraîner une rétention d'air (*air trapping*).

TECHNIQUES DE RESPIRATION CONTRÔLÉE

Cette respiration contrôlée peut être obtenue manuellement par compression du ballon, ou

mécaniquement grâce à des appareils qui assurent la ventilation automatique des poumons.

On a construit plusieurs types d'appareils réglables quant à la fréquence du cycle respiratoire, quant au volume débité et quant à la pression. Ces appareils sont divisés en deux groupes :

1. Les appareils à volume constant et à pression variable ;
2. Les appareils à pression constante et à volume variable.

Ces ventilateurs mécaniques fonctionnent au gaz comprimé ou à l'électricité.

Le respirateur mécanique utilisé pour la ventilation du malade au cours d'une intervention chirurgicale doit offrir certaines qualités :

1. Il doit pouvoir s'adapter facilement à un circuit d'anesthésie et ce par un tube aussi rigide que possible.
2. Il doit pouvoir assurer une ventilation efficace avec de petits débits, c'est-à-dire être très flexible aux variations de débits fournis par l'appareil d'anesthésie.
3. Il doit pouvoir se substituer facilement à une ventilation manuelle.
4. Il doit être aussi silencieux que possible.
5. S'il est mu à l'électricité, il doit être à l'épreuve des explosions.
6. Il doit posséder certaines qualités physiques :
 - a) Il doit pouvoir fonctionner à une pression

positive variant de 0 à 60 cm d'eau et une pression négative de 0 à -20 cm d'eau ;

b) Il doit débiter un volume d'au moins dix litres par minute ;

c) Il doit fournir un débit-minute de 60 litres ;

d) Il doit posséder un dispositif pour fixer le rapport de l'inspiration à l'expiration. On recommande que ce rapport soit de 1 à 1 ou de 1 à 1,5 lorsqu'on emploie la phase négative.

3. On doit pouvoir y incorporer un ventimètre pour mesurer l'air courant et le volume-minute réel à la bouche.

En résumé, ces appareils doivent être de manipulation facile, être capables d'assurer une ventilation efficace en tenant compte de la *compliance* et de la résistance des voies respiratoires et aussi être très flexibles de telle sorte qu'ils puissent s'adapter à tous les malades et dans toutes les interventions chirurgicales de quelque nature qu'elles soient.

EXPÉRIENCE CLINIQUE

Nous avons eu l'occasion d'employer la ventilation contrôlée au cours de 203 interventions chirurgicales (tableau I).

Les principales indications de l'emploi de la ventilation mécanique furent la durée anticipée de l'opération, la position du patient sur la table d'opération ou encore son état avant l'intervention chirurgicale.

TABLEAU I

Intervention chirurgicale au cours desquelles la ventilation mécanique fut employée (203 cas)

Mastectomie simple	1	Discoïdectomie	6	Ulcère perforé	1
Mastectomie radicale	6	Plastie périnéale	2	Endartériectomie	1
Iléocolostomie	3	Hernie diaphragmatique	5	Cholécystectomie et cholédochotomie	1
Opération de Wertheim	12	Hémorragie traumatique abdominale	1	Splénectomie	1
Gastrectomie	56	Plastie	5	Pneumonectomie	2
Hémicolectomie	12	Sympathectomie et greffe	1	Dissection radicale du cou	1
Réséction intestinale	10	Craniotomie	1	Laryngostomie	1
<i>Stripping</i>	17	Néphrectomie	1	Thyroidectomie	1
Hystérectomie vaginale	4	Cholécystectomie	3	Opération de Commando	1
Hystérectomie abdominale	3	Laparotomie	2	Grefte cutanée	1
Iléocystoplastie	5	Parotidectomie	1	Iléo-entrectopie	1
Intervention abdomino-périnéale	14	Hernie étranglée	1	Thoracotomie	1
Cystostomie	1	Opération de Swanson	1	Pancréatectomie	1
Cystectomie	1	Grefte d'Albee	3	Débridement de plaies	1
Cholécystojéjunostomie	2	Vagotomie et pyloroplastie	1	Thrombo-endartériectomie	1
Grefte artérielle	1	Gastro-entérostomie	3	Grefte aorto-iliaque	1

La durée des opérations a varié de une heure à six heures et demie avec une moyenne de deux heures et cinquante-cinq minutes. L'âge des opérés allait de sept ans à 83 ans avec une moyenne de 52 ans et demi.

Dans l'appréciation du risque opératoire, on avait estimé que le risque opératoire était excellent dans 75 cas, bon dans 102 cas, médiocre dans 25 cas et mauvais dans un cas.

Après une prémédication par une association de démérol, de phénergan et d'atropine, et une induction au pentothal tous les patients furent curarisés à la succinylcholine et reçurent de l'oxygène à cent pour cent. Durant la période de maintien de l'anesthésie on employa soit le cyclopropane en triade avec une perfusion de succinylcholine ou du démérol intraveineux au besoin. Les pertes sanguines furent appréciées à la pesée et corrigées par des transfusions.

Nous avons habituellement relié le ventilateur mécanique à l'appareil d'anesthésie après la période d'induction. Le ventilateur mécanique *Jefferson* permet d'employer une pression constante avec un volume variable ou un volume constant avec une pression variable. Nous avons généralement opté pour cette dernière. Pour un adulte de taille moyenne, nous réglons notre ventilateur mécanique à un débit de 500 ou 600 cm³, un rapport inspiration-expiration de 1 : 1 et une fréquence respiratoire de 14 à 16 par minute. Un tel volume d'air courant peut paraître exagéré, mais il faut compenser la perte de volume due à l'extension des tubes ondulés. L'emploi du ventilateur de Wright nous a montré que cette perte s'élevait approximativement à 100 cm³.

Il est à noter que la ventilation ainsi obtenue était supérieure aux valeurs indiquées par le nomogramme de Radford. D'après les travaux de John H. Gibbon nous croyons que les dangers de l'acidose respiratoire par hypoventilation sont plus à craindre qu'une alcalose légère.

Dès le début de cette série d'interventions nous avons remarqué la stabilité des signes vitaux, pouls, tension artérielle, absence de diaphorèse, chez les opérés ventilés mécaniquement. C'est ainsi que dans cette série, 168 malades n'ont pas subi

de modifications de leur pression artérielle de plus de 15 mm de Hg pendant la période opératoire.

En étudiant la fiche d'anesthésie des 35 autres patients, les modifications de la pression artérielle ont pu être attribuées à de nombreuses causes indépendantes de la ventilation mécanique. Au cours de onze opérations, le chirurgien employa des compresses imbibées de néo-synéphrine ; cette technique provoquait à chaque fois des hausses de la tension artérielle. Chez les 15 autres opérés on remarqua des pertes sanguines brusques corrigées par des transfusions. Lors de trois autres opérations nous avons remarqué des hausses de la tension dues à l'épuisement de la chaux sodée de l'appareil d'anesthésie : le simple fait de changer la chaux sodée ramena la tension artérielle à un niveau normal. Deux autres opérés ont présenté des modifications de la tension artérielle par gêne du retour veineux dues à la compression de la veine cave par des compresses abdominales.

La stabilité du pouls fut tout aussi remarquable. C'est ainsi que seulement 31 opérés ont subi des variations de la fréquence du pouls de 12 pulsations à la minute.

Seulement deux malades ont fait de la diaphorèse au cours de l'intervention et cela à la fin d'une opération très longue, c'est-à-dire de cinq heures et quart et de six heures. De nombreux anesthésistes ont également rapporté la stabilité de ces signes qu'ils ont attribuée à la régularité et au volume constant de la ventilation mécanique. Il faut encore observer que dans un petit nombre de cas le ventilateur mécanique ne fut relié à l'appareil d'anesthésie qu'après une période de ventilation manuelle ; dans ces cas on observe une plus grande stabilité des signes vitaux lorsque le malade est ventilé mécaniquement.

Huguénard note aussi une diminution du saignement au cours de l'intervention, diminution qu'il attribue à une meilleure élimination de l'anhydride carbonique et à un meilleur retour veineux si l'assistance expiratoire est satisfaisante. Malheureusement il nous fut impossible de comparer la perte sanguine lors d'opérations semblables au cours desquelles la ventilation fut manuelle.

La ventilation mécanique au cours de l'intervention réduit appréciablement la quantité de substances curarisantes et anesthésiantes. Comme pour la perte sanguine il est malheureux que nous ne puissions donner de chiffres précis, faute de pouvoir comparer avec des opérations semblables mais au cours desquelles la ventilation manuelle aurait été utilisée.

La ventilation mécanique permet à l'anesthésiste de remplir d'autres devoirs envers le malade tout en le libérant d'une tâche monotone, celle de comprimer régulièrement le ballon de l'appareil anesthésique. Aucun anesthésiste pourrait remplir cette tâche avec autant de constance et de régularité qu'un ventilateur mécanique surtout lorsque l'opération se prolonge deux, trois ou quatre heures. D'après plusieurs auteurs nous aurions là une des causes des bons résultats obtenus avec la ventilation mécanique.

La reprise de la respiration spontanée n'a jamais posé de difficultés. En effet, il suffisait de réduire quelque peu la ventilation-minute ou de retrancher momentanément la chaux sodée du circuit anesthésique pour que le malade reprenne sa respiration spontanément au bout de quelques minutes. Tous les opérés ventilés mécaniquement ne furent conduits à la salle de réveil qu'après une vérification de leur ventilation-minute avec le ventimètre de Wright. La durée moyenne entre la fin de l'opération et la rentrée à la salle de réveil s'est élevée à 15 minutes.

Au cours de cette série nous n'avons pas à déplorer de décès ni au cours de l'anesthésie ni dans la période postopératoire. Les suites postopératoires furent très satisfaisantes. Nous avons maintenant une cinquantaine d'opérations additionnelles faites sous ventilation mécanique et les résultats furent aussi encourageants. Même si le ventilateur mécanique n'est pas un appareil indispensable, nous croyons qu'il constitue une acquisition appelée à rendre de grands services aux opérés.

BIBLIOGRAPHIE

1. COMROE et coll., The lungs, clinical physiology and pulmonary function test, *Year Book Publishers*, Chicago, 1957.
2. DOBKIN, A. B., Evaluation of a ventilator with fixed volume control and variable regulated pressure, *Canad. Anæst. Soc. J.*, 5 : 288, (juil.) 1958.
3. FAIRLEY, H. B., The selection of a mechanical ventilator, *Canad. Anæst. Soc., J.*, 6 : 219, (juil.) 1959.
4. GIBBON J. H., et HAUPT, C. J., The need for adequate ventilation during surgical operations, *Surg. Clin. North Amer.*, 35 : 1553, (déc.) 1955.
5. GIBBON, J. H., et NEALON, T. F., Physiological effects of pulmonary ventilation during operations under general anaesthesia, *Surg. Clin. North Amer.*, 40 : 1491, (déc.) 1960.
6. HUGUENARD, P., GORAGUER, F., DAVID, M., GAILLEMAIN, J., et GODARD, H., Résultats de trois ans d'utilisation du respirateur mécanique « RPR » en chirurgie générale, *Anest. et analg.*, 17 : 34, (jan.-fév.) 1960.
7. LABORIT, G., KIND, A., et MONDRAIN, Y., Utilisation de l'appareil d'Engström en chirurgie générale, *Anest. et analg.*, 17 : 16, (jan.-fév.) 1960.
8. MUSHIN et coll., Automatic ventilation of the lungs, *Blackwell Scientific Publication*, Oxford, 1959.
9. ROBSON, J. G., Artificial respiration and respirators, *Canad. Anæst. Soc. J.*, 6 : 215, (juil.) 1959.

NÉPHROLITHIASE PAR HYPERCALCIURIE *

Léo GOSSELIN¹
André BERGERON²

de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier
de Chicoutimi

Nous avons observé récemment trois cas de néphrolithiase qui nous ont frappés par leur similitude au point de vue clinique et leur exploration sommaire.

Premier cas :

P. S., 30 ans, présente en 1950 des manifestations d'une lithiase rénale et subit l'ablation d'un calcul migrateur. De nouveau en 1961 un syndrome douloureux révèle un calcul au tiers supérieur de l'uretère gauche dont l'ablation est pratiquée en juillet. L'analyse chimique révèle une composition homogène d'oxalate de calcium. Le patient n'a jamais fait abus de lait ni de fromage et sa diète est bien équilibrée. Ses antécédents sont importants : son père a fait pendant 15 à 20 ans une néphrolithiase récidivante et subit une néphrectomie à l'âge de 58 ans. Son frère également a fait une néphrolithiase à l'âge de 26 ans et l'analyse de son calcul n'a pas révélé la présence de magnésium. L'exploration de ce patient est sans particularité au point de vue de la culture des urines ; le pH urinaire est de 6,0, on y retrouve des leucocytes (++) et des cellules rénales (+) et identifie de l'*Escherichia coli*. Une calcémie est de 10,4 mg pour cent avec une diète libre et on retrouve 5,6 pour cent d'unités de phosphatase alcaline. Une calciurie, après trois jours d'une diète de 125 mg de calcium, montre une concentration de 292 mg de calcium par 24 heures. La texture osseuse est normale.

L'exploration de l'arbre urinaire ne montre pas d'anomalie congénitale ni de dilatation des bassinets ou des calices.

Le patient est revu deux mois après l'interven-

tion. Il se porte bien, a pris du poids mais ses urines montrent des cristaux d'oxalate de calcium, un pH urinaire acide et un test de Sulkowitch fortement positif malgré une diète restreinte en apport de calcium.

Deuxième cas :

G. G., 36 ans, fait à 28 ans une colique rénale gauche et on peut démontrer la présence d'un calcul qui est laissé en place. En 1958, le patient est examiné pour des douleurs récidivantes ; on note la présence de calculs à chacun des deux reins. Le patient n'éprouve pas de symptômes jusqu'en 1959, mais alors il doit subir une urétérolithotomie droite.

Trois mois plus tard il souffre des calculs migrants de chaque côté et on procède à l'extraction d'un calcul urétéral gauche.

Les antécédents familiaux du patient révèlent que sa mère a fait une néphrolithiase récidivante et que son frère également a subi l'extraction de calculs migrants. L'état général du patient est très bon à son admission, en février 1961, sauf pour une colique rénale et l'expulsion d'un calcul dont l'analyse révèle qu'il est formé de carbonate de calcium mais ne contient pas de magnésium. La calcémie et la phosphorémie sont alors normales et une diète libre montre une hypercalciurie. On ne peut retrouver de cristaux de cystine dans les urines.

La figure 1 illustre l'évolution de son métabolisme calcique au cours de son hospitalisation en février 1961 de même qu'en juillet de la même année.

Le tissu osseux du squelette est normal et ne laisse soupçonner aucune atteinte d'hyperparathyroïdie.

Le patient est libéré avec une diète restreinte en calcium et une dose filée de phytate de sodium contrôlée par des tests de Sulkowitch.

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 30 novembre 1961.

1. Chef du Service d'endocrinologie et de métabolisme.
2. Interne sénior dans le Département de médecine.

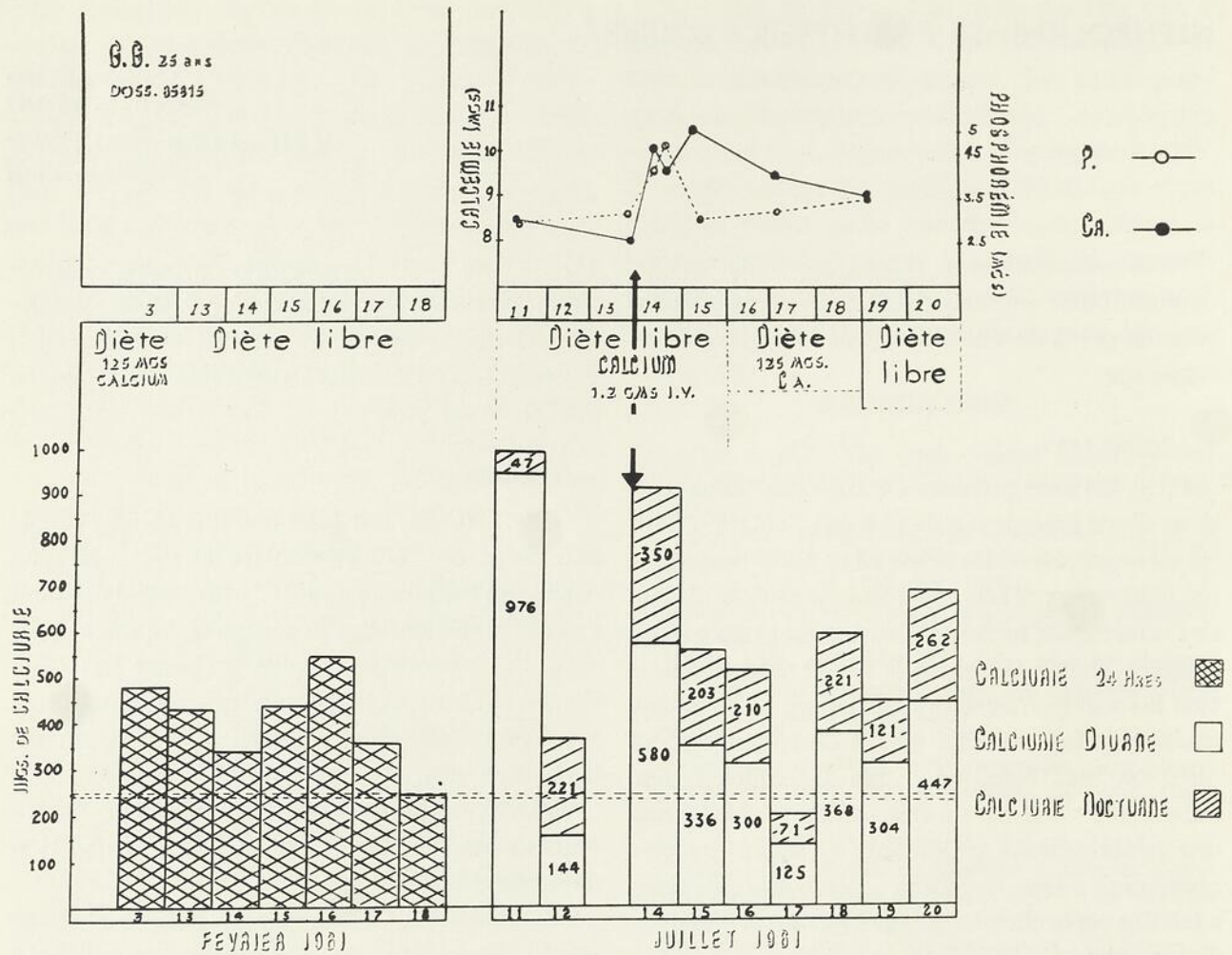


Figure 1.

Troisième cas :

R. L., 43 ans, se présente en octobre 1961 pour des douleurs lombaires gauches. Ses antécédents familiaux montrent que son frère souffre de néphrolithiase. Quant à lui, il a fait de la polyurie et de la polydipsie transitoire en 1950, une colique néphritique en 1954 et une hyperplasie prostatique, de grade I, en 1958. Le patient présente un syndrome douloureux caractéristique de colique rénale depuis juin 1961.

Avant son admission, le patient expulse spontanément un calcul migrateur. Le patient est admis pour examens et traitement. A l'examen des urines on trouve une densité de 1015, des leucocytes (++++), des érythrocytes (+) et des cellules épithéliales (+). Le pH urinaire est acide.

Les radiographies du squelette ne montrent pas de lésion caractéristique d'hyperparathyroïdie.

Une radiographie simple de l'abdomen révèle des concrétions calculeuses au rein gauche et au niveau du bassin droit.

Les résultats de calcémies et de phosphorémies sériées avec des phosphaturies et des calciuries concomitantes sont illustrés à la figure 2. Au cours de cette période d'observation le patient fut d'abord soumis à une diète libre puis à une diète restreinte à 125 mg de calcium.

DISCUSSION

Ces trois cas de néphrolithiase nous permettent certaines observations. L'incidence familiale est élevée et le sexe masculin prédomine.

Dans le premier cas et chez son frère, de même que dans le deuxième cas, la composition des calculs semble indiquer que le processus initial

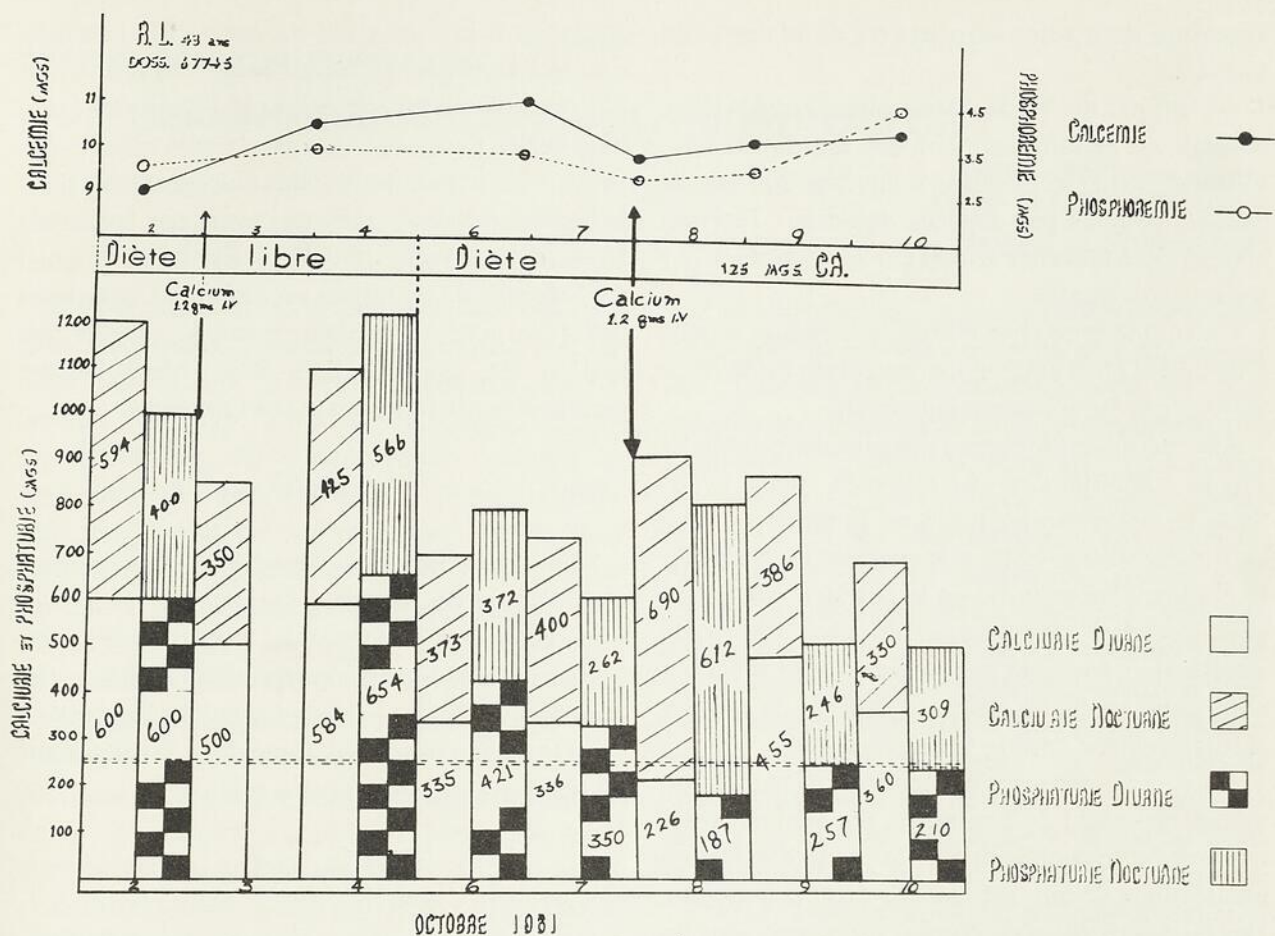


Figure 2.

fut de nature métabolique. Aucun calcul, en effet, ne contient de magnésium, élément que l'on retrouve lorsqu'il s'agit d'un processus d'infection urinaire chronique : dans ces cas les calculs sont formés de phosphates tricalciques ammoniacomagnésiens.

Dans tous les cas, le dosage du calcium urinaire indique une hypercalciurie qui persiste avec une diète de 125 mg de calcium chez le premier cas. Elle est constante dans les deuxième et troisième cas ; dans ce troisième cas nous avons obtenu un plus grand nombre de dosages et procédé à une infusion de calcium (figures 1 et 2).

Les calcémies et les phosphorémies avant et après l'injection intraveineuse de calcium sont demeurées à un niveau normal. Le deuxième cas (figure 1) montre un abaissement rapide de la phosphorémie consécutivement à l'infusion de calcium ; cette réaction est significative d'une phosphaturie compensatrice.

Dans le troisième cas (figure 2), on observe cette phosphaturie compensatrice par *rebound* après l'infusion intraveineuse de calcium.

Selon F. Bartter, ce phénomène indique des fonctions parathyroïdiennes normales. D'ailleurs le taux constamment normal des calcémies et des phosphorémies renforce l'exclusion d'hyperparathyroïdie chez ces patients. Leur étude clinique nous permet d'éliminer avec assez de certitude tout processus néoplasique, la sarcoïdose, le syndrome de Cushing ou l'acidose tubulaire.

Aucun des patients ne faisait abus de lait ou d'alcalis lors de leur hospitalisation et ils présentaient une hypercalciurie prononcée même lorsqu'ils étaient soumis à une diète restreinte à 125 mg de calcium.

La quantité de calcium urinaire varie avec l'apport quotidien et chez les sujets soumis à une diète libre elle varie avec la quantité de créatinine urinaire suggérant que la calciurie est fonction de

la stature d'un sujet ou peut-être de la masse du squelette.

On sait par des études métaboliques que la diète normale de l'adulte contient 800 mg de calcium. Cette quantité se mélange à environ 200 mg de calcium sécrétés par les sucs digestifs. Environ 400 mg sont absorbés et 600 mg sont excrétés par les matières fécales.

Une étude faite chez 50 sujets normaux soumis à une diète libre indique une excrétion urinaire de 250 mg comme moyenne maximum.

Afin d'étudier l'influence des périodes prandiales sur la calciurie des cas observés, nous avons dissocié la diurèse nocturne de la diurèse diurne chez deux sujets. Elle nous permet de constater la prédominance diurne de la calciurie mais l'apport prandial de calcium et son absorption intestinale ne semble pas jouer un rôle prédominant pour expliquer l'hypercalciurie ; ce fait est surtout évident dans le troisième cas.

Il est donc permis d'attribuer à un trouble du mécanisme rénal de l'excrétion du calcium, cette incidence d'hypercalciurie. Le mode d'excrétion rénale du calcium est encore fort peu connu. Des études récentes de Nordin nous apportent un peu de lumière.

Seul le calcium ionique du plasma et les complexes de calcium liés aux phosphates, oxalates et surtout aux citrates, traversent la membrane glomérulaire. Le calcium ionique arrive au glomérule dans une proportion de 90 pour cent par rapport à dix pour cent de calcium lié, surtout aux citrates. Parvenu au tubule collecteur, le calcium ionique n'y est plus que dans une proportion de 25 pour cent. Cette étude suggère que le tubule rénal réabsorbe le calcium ionique en exclusivité et que la calciurie représenterait la proportion de complexes calciques sous forme de phosphates, d'oxalates ou de citrates.

L'étude de nos trois patients suggère qu'il existe dans ces cas d'hypercalciurie une plus forte

tendance à la formation de complexes calciques non réabsorbables au tubule rénal. Il peut s'agir d'un trouble d'ordre génétique et l'incidence familiale élevée dans ces trois cas favorise cette hypothèse. La notion du rôle des mucoprotéines dans la lumière tubulaire, mise de l'avant par le docteur Howard peut jouer dans la genèse de ce trouble. La présence de quantités excessives de complexes calciques pourrait conjointement faciliter la formation de calculs, d'où cette néphrolithiase récidivante bilatérale chez trois patients.

RÉSUMÉ

Nous avons présenté trois cas de néphrolithiase récidivante avec incidence familiale élevée, prédominance chez le sexe masculin, hypercalciurie sans hypercalcémie, hypercalciurie même en dehors des périodes prandiales. Nous formulons l'hypothèse d'un trouble d'ordre génétique dans le mécanisme de réabsorption tubulaire du calcium.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les docteurs Louis-Philippe Simard, Lauréat Tremblay et André Couture qui nous ont facilité l'étude de ces trois patients ainsi que mademoiselle Paule Gagnon pour son assistance technique.

BIBLIOGRAPHIE

1. HENNEMAN, P. H., BENEDICT, P. H., FORBES, A. P., et DUDLEY, H. R., Idiopathic hypercalciurie, *New Engl. J. Med.*, **259** : 802-807, (23 oct.) 1958.
2. HOWARD, J. E., HOPKINS, T. R., et CONNOR, T. B., On certain physiologic responses to intravenous injection of calcium salts into normal, hyperparathyroid and hypoparathyroid persons, *J. Clin. Endocr.*, **13** : 1, 1953.
3. NORDIN, B. E. G., *Clinical endocrinology*, t. I, p. 233, *Greene & Stratton*, 1960.
4. THOMPSON, D. D., Renal excretion of calcium and phosphorus, *Arch. Int. Med.*, **103** : 172, 1959.
5. WALSER, M., et BROWDER, A., Effect of sulfate on physical state and renal excretion of divalent cations, *J. Clin. Invest.*, **37** : 940, 1958.

DÉCOMPRESSION ORBITAIRE DANS L'EXOPHTALMIE MALIGNE DE LA THYROTOXICOSE *

Maurice HÉON,¹ F.R.C.S. (C), F.A.C.S.
Charles PLAMONDON,² F.R.C.P. (C)

de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

L'exophtalmie est l'une des complications difficiles à contrôler dans l'hyperthyroïdie. Récemment dans le livre de Sydney C. Werner (8), *The thyroid*, Naffziger, un neuro-chirurgien, résume son expérience des complications oculaires de cette maladie. Sur 1 500 cas d'hyperthyroïdie, 115 présentaient de l'exophtalmie. James Poppen, en 1950, note, à la suite de Cattell, qu'un cas sur 1 000 patients atteints d'hyperthyroïdie est affecté d'une exophtalmie progressive telle qu'une décompression orbitaire devient nécessaire. L'exophtalmie associée à l'hyperthyroïdie peut accompagner les autres signes du syndrome mais elle peut précéder ou suivre la majorité de ces signes ou encore s'accroître lorsqu'un stade d'enthroïdisme est atteint. Le traitement de cette exophtalmie peut donc varier non seulement selon les modalités mais aussi selon les stades du syndrome thyrotoxique, c'est pourquoi un bref rappel de la pathogénie peut expliquer la raison des différentes thérapeutiques.

Il existe deux types pathologiques d'exophtalmie, l'ophtalmopathie bénigne non infiltrante et l'ophtalmopathie sévère infiltrante laquelle révèle une destruction des fibres musculaires par une réaction inflammatoire, caractérisée par une infiltration de cellules géantes [(8), p. 474] ; de plus, les tissus conjonctifs et graisseux sont hyperplasiés et il y a progression vers la fibrose de tous les tissus orbitaires et péri-orbitaires, avec une diminution appréciable du tissu graisseux. C'est ce stade de fibrose qui est le plus sévère et qui arrive surtout lorsque la thyrotoxicose a été guérie.

De tous les mécanismes invoqués, celui de l'action de la substance exophtalmique de Dobyns,

E. P. S. (*exophtalmic producing substance*) d'origine antéhypophysaire semble être le plus intéressant (3). Puisqu'il est maintenant accepté de relier l'exophtalmie à une cause antéhypophysaire et non directement à une hypersécrétion de l'hormone thyroïdienne, on peut recourir à plusieurs méthodes pour freiner l'hypophyse, ainsi plusieurs médicaments ont été considérés comme antithyrotrophine et peut-être anti-E. P. S., soit : les œstrogènes, le dinitrophénol, les corticostéroïdes. Leur usage peut être difficilement apprécié puisqu'une rémission partielle et spontanée de l'exophtalmie est assez fréquente. La radiothérapie hypophysaire telle que pratiquée avec succès par Bierwaltes (2) n'est pas acceptée de tous puisque les résultats de cet auteur n'ont pu être reproduits.

Dans le traitement du goitre exophtalmique, il faut insister sur la thérapeutique du syndrome thyrotoxique lui-même et celle des désordres oculaires par une méthode systémique.

1. Le traitement de l'hyperthyroïdie avec exophtalmie maligne doit être des plus lents afin d'empêcher une hypersécrétion exagérée et brusque de la substance exophtalmique et de causer une disparition trop rapide de l'hormone thyroïdienne. La façon idéale d'y arriver est de traiter l'hyperthyroïdie par les antithyroidiens de synthèse ou encore mieux par le radioiode.

2. Puisqu'il faut éviter à tout prix le myxœdème, il est coutume de donner à ces patients de l'hormone thyroïdienne, antagoniste de la T. S. H., et peut-être, de la substance E. P. S. de Dobyns.

Le traitement chirurgical devient indiqué lorsqu'une exophtalmie sévère ne répondant pas aux mesures thérapeutiques décrites plus haut, expose aux ulcères de la cornée, produit de la douleur, de l'œdème papillaire et une ophtalmoplégie responsable de la diplopie ; plus encore, elle devient impérative lorsqu'elle entraîne de la lagophtalmie.

* Travail reçu pour publication le 14 décembre 1961.

1. Assistant dans le Service de neuro-chirurgie.

2. Assistant dans le Service de médecine.

Ce terme s'applique à une exophtalmie si marquée que les paupières ne peuvent se fermer sur les yeux ; parfois même les paupières en arrivent à se fermer en arrière des yeux. La décompression orbitaire facilite la résorption de l'œdème orbitaire, permet souvent de sauver la vision mais elle ne met pas toujours à l'abri des ulcères cornéens

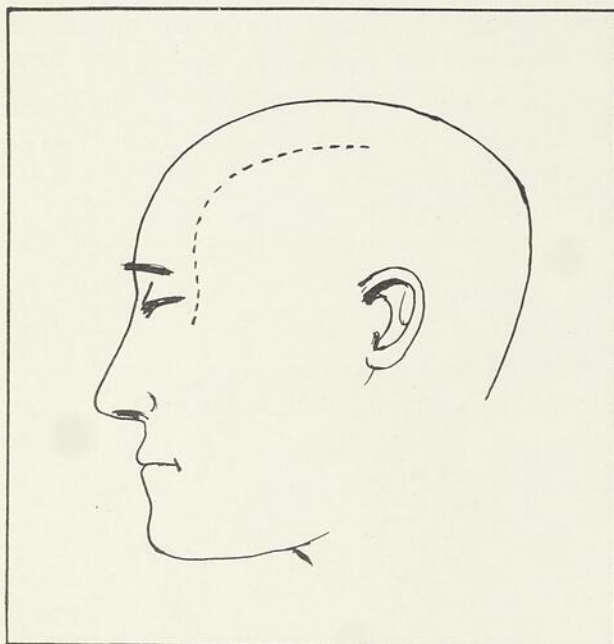


Figure 1.

récidivants. Le traitement chirurgical est l'aboutissement de plusieurs développements techniques depuis la première intervention faite par Kronlein pour une exploration latérale intra-orbitaire utilisée surtout dans les néoplasies. Dolliger, en 1911, employa une autre incision dans le même but. En 1931, Naffziger décrit son approche intracrânienne pour l'exploration orbitaire. Dandy avait préconisé cette voie intracrânienne pour toutes les tumeurs orbitaires à cause de la fréquence de leur extension intracrânienne ce qui souleva une polémique avec certains ophtalmologistes dont Berke qui, recommandait plutôt une modification de la technique de Kronlein, mais soulignait dans les contre-indications, la présence d'une exophtalmie secondaire à une maladie systémique tel que le dysfonctionnement thyroïdien. Poppen, en 1944, publia (4) sa technique intracrânienne modifiant l'approche de Naffziger

et M. R. Welti, en 1950, discuta ses résultats de décompression orbitaire, avec une technique chirurgicale assez semblable à celle décrite par Rowbotham en 1956 (5).

Ce dernier, Rowbotham (5), fait une incision (figure 1) d'un demi-pouce en arrière du bord osseux externe de l'orbite qui se dirige en haut vers la partie externe du sourcil, se prolonge ensuite le long de l'insertion de l'aponévrose temporale sur une distance de trois pouces (figure 2). L'apo-

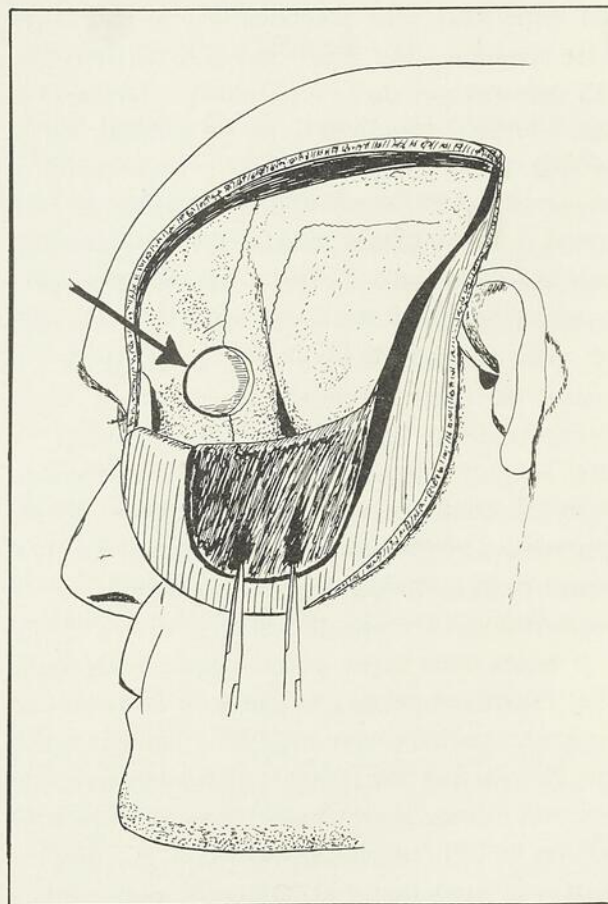


Figure 2.

névrose et le muscle sont incisés dans la même direction, puis il faut une trépanation dans l'orbite à travers la plaque orbitaire du sphénoïde et du zygoma. Cette ouverture est agrandie pour que la paroi supérieure de l'orbite et le mur latéral soient enlevés ; les bords de la fente sphénoïdale ainsi que l'anneau du Zinn sont évités. Le fascia péri-orbitaire est largement incisé. On recommande le drainage pendant 24

heures et la compression oculaire avec fermeture des paupières.

Ce fut le procédé adopté pour un patient (R. L.), âgé de 49 ans, admis à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus la première fois en novembre 1955 avec tous les signes d'une thyrotoxicose sévère et surtout une exophtalmie maligne accompagnée de plusieurs ulcérations cornéennes. En plus des mesures thérapeutiques locales usuelles, le traitement de l'hyperthyroïdie est entrepris avec 600 milligrammes de prophyllthiouracil et 100 milligrammes d'extraits thyroïdiens par jour. A ce moment, l'exophtalmométrie avec l'appareil de Hertel, avec base à 104, donne 32 millimètres à l'œil droit et 30 millimètres à l'œil gauche. Le patient éprouve une diminution marquée de son acuité visuelle et présente des ulcérations aux deux cornées. L'exophtalmie fluctue de jour en jour mais est si maligne qu'on craint d'avoir à en arriver à une énucléation bilatérale. Une blépharographie droite devient nécessaire.

En janvier 1956, la thyrotoxicose étant améliorée, nous décidons alors d'administrer de la radiothérapie à l'hypophyse pendant une période de sept semaines, avec dose totale de 6 640 r. En avril, le patient reçoit une première dose de radioiode soit quatre millicuries d'iode¹³¹. Il quitte l'hôpital en mai 1956 avec du Tapazole et des extraits thyroïdiens.

Le patient est revu deux fois dans les mois qui suivirent. En août alors qu'il est toujours thyrotoxique avec une captation de 53 pour cent d'iode radioactif après 24 heures. A cette période son oculopathie est améliorée puisque l'exophtalmométrie montrait une diminution de quatre millimètres à l'œil droit et de trois millimètres à l'œil gauche. Il reçoit en août une deuxième dose de trois millicuries d'iode¹³¹ et une troisième de six millicuries en octobre.

Il est réadmis le 24 janvier 1957. A ce moment, il présente une exophtalmie sévère (figure 3), qui est de 32 millimètres à droite et de 30 à gauche, une diminution marquée de l'acuité visuelle, une limitation de tous les mouvements oculaires avec diplopie et surtout des douleurs oculaires, une incapacité de fermer les paupières exposant ses

yeux à des ulcères cornéens, de plus, fait à souligner, il montre une résistance oculaire nette à la dépression. C'est alors qu'on décide de recourir au traitement chirurgical et de faire une décompression orbitaire.

Le 14 février 1957, la première intervention est faite à droite par le procédé de Rowbotham et dès le lendemain le patient est nettement amélioré, il constate que sa vision est meilleure. Cependant la compression oculaire est négligée à cause d'une ulcération cornéenne non complètement guérie. Le 26 février 1957, l'autre décompression orbitaire est faite de la même façon. Cette fois on applique



Figure 3.

un bandage compressif mais le patient s'en plaint amèrement. Malgré les soins usuels, on note l'apparition d'un ulcère cornéen gauche qui oblige à cesser cette compression. Au départ du patient, l'exophtalmométrie démontre à droite une amélioration de sept millimètres et à gauche de cinq millimètres.

Le patient est revu le 15 novembre 1958, alors qu'un autre test au radioiode a montré une absorption de 47 pour cent après 24 heures. De nouveau considéré comme thyrotoxique, il reçoit une autre dose d'iode radioactif : soit six millicuries. Le patient est revu un peu plus tard dans le même mois et à ce moment on note que la

diplopie est très diminuée, la vision est améliorée, elle est à 20/60, -1, à droite, de 20/30, -2, à gauche, le patient peut maintenant fermer les paupières sans aucune difficulté, protégeant ainsi beaucoup mieux ses yeux. L'amélioration intéresse aussi les mouvements oculaires : en effet, il n'y a maintenant aucune limitation en haut, elle est minime en bas et modérée latéralement. Au fond d'œil, on note une légère atrophie optique mais il n'y a pas d'œdème papillaire. Fait important pour ce patient, il n'y a aucune douleur oculaire ; à l'exophtalmométrie on note qu'il y a

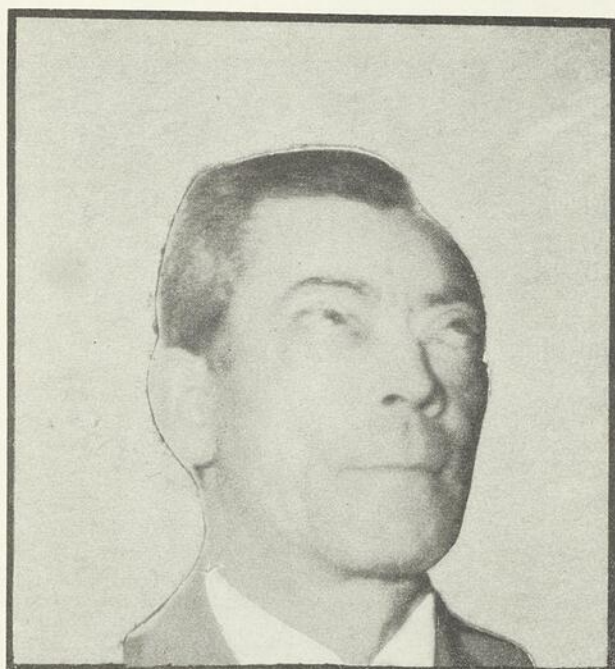


Figure 4.

une diminution de l'exophtalmie de cinq millimètres à gauche et de sept millimètres à droite selon le même observateur. La conjonctive reste injectée et on aperçoit un résidu d'un ulcère cornéen droit (figure 4).

DISCUSSION

La technique préconisée, contrairement au procédé de Kronlein, ne laisse pas de déformation décelable. A peine peut-on remarquer une minime ligne soulignant les incisions à la partie antérieure. Cette technique évite les volets intracrâniens plus longs exposant à des pertes sanguines plus importantes, mais surtout elle permet

l'approche plus facile de la paroi latérale de l'orbite en plus de sa paroi supérieure, ce qui serait peut-être un avantage sur la technique de Naffziger modifiée par Poppen et plus tard par Scoville. Quant à l'indication chirurgicale, elle s'étaie sur plusieurs observations. Nous citons celle de Russell Brain, neurologue, qui en 1952 revit 150 cas et conclut que 45 pour cent demeurent inchangés par le traitement médical et 15 pour cent sont même aggravés par cette thérapeutique.

Naffziger a opéré 40 patients atteints d'exophtalmie maligne due à une thyrotoxicose. Trente de ces patients avaient des affections oculaires après la thyroïdectomie et chez sept patients, l'auteur avait rapporté de l'œdème papillaire. Ses mesures ont démontré une diminution de l'exophtalmie d'environ quatre à cinq millimètres après une décompression orbitaire. Les changements dépendant directement du degré des perturbations irréversibles qui se sont faites dans les tissus orbitaires et de l'étendue de la décompression osseuse chirurgicale. Il faut noter aussi que la tension rétrobulbaire demeure toujours diminuée comme on l'a souvent noté chez les cas que nous présentons. Selon les critères thérapeutiques établis l'intervention a certes aidé le patient et la technique de Rowbotham a semblé satisfaisante. Est-elle infiniment supérieure à celle de Scoville? Probablement pas, mais toutes les deux ont leurs mérites. Si on a soin dans le procédé de Scoville de faire les trépanations très latéralement en bas de l'insertion antérieure de l'aponévrose temporale, il est possible d'avoir aussi accès à la paroi orbitaire latérale. Son avantage majeur réside dans le fait qu'on peut faire la décompression bilatérale au cours de la même intervention. Cependant dans les cas de lagophtalmie, peut-être serait-il préférable d'employer une voie d'approche strictement latérale comme celle de Rowbotham afin d'obtenir une décompression osseuse maximale.

RÉSUMÉ

Les auteurs ont présenté un cas de thyrotoxicose avec exophtalmie maligne excessivement marquée

allant même jusqu'à lagophtalmie, surtout en vue du traitement chirurgical qui dut être institué pour décompresser les orbites. Ils soulignent l'approche médicale de ce problème de l'exophtalmie maligne dans les goîtres toxiques et discutent de sa pathogénie. Enfin ils revisitent les techniques d'intervention orbitaire proposées pour ces affections et discutent de leurs mérites respectifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. BERKE, R. N., A modified Kronlein operation, *Arch. Ophthalm.*, 51 : 609, 1954.
 2. BIERWALTES, W. H., X-ray treatment of malignant exophtalmos, *J. Clin. Endocrinol.*, 13 : 1090, 1953.
 3. DOBYNS, B. M., et WILSON, L. A., An exophtalmie producing substance in the serum of patients suffering from progressing exophtalmos, *J. Clin. Endocrinol.*, 14 : 1393, 1954.
 4. POPPEN, J. L., Surgical treatment of progressive exophtalmos, *J. Clin. Endocrinol.*, 10 : 1230, 1950.
 5. ROWBOTHAM, G. F., et CLARKE, P. R. R., Progressive exophtalmos treated by orbital decompression, *Lancet*, 1 : 403, 1956.
 6. WALKER, E., A history of neurological surgery, 1951.
 7. WELTI, M. H., Résultats éloignés de dix trépanations décompressives de l'orbite pour exophtalmie maligne, *Revue neurol.*, 85 : 388, 1950.
 8. WERNER, S. C., The thyroid, a fundamental and clinical text, *Hæber, Horper*, New-York, 1955.
-

SÉANCE ANATOMO-CLINIQUE DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

CAS 33-32

Jean-Louis BONENFANT
Jean BEAUDOIN

rédacteurs

La patiente, âgée de 54 ans, était connue depuis 1957, alors qu'un diagnostic de leucémie lymphoïde chronique avait été établi. Les symptômes principaux à ce moment-là étaient de la fatigue, de l'asthénie et de l'amaigrissement ; à l'examen physique, l'attention était attirée par une hypertrophie ganglionnaire généralisée, plus marquée aux chaînes cervicales ; la formule sanguine était venue confirmer le diagnostic de leucémie lymphoïde avec ses 90 000 globules blancs dont 90 pour cent étaient des lymphocytes ; l'hémoglobine était à 12,5g. La patiente fut traitée par téléröntgenthérapie (250 r) ; les globules blancs s'abaissèrent à 13 550 et les lymphocytes à 67 pour cent.

Dans les années qui suivirent, la patiente fut hospitalisée à quelques reprises pour de la radiothérapie, puis pour de la radiothérapie et des transfusions. Jusqu'à sa dernière hospitalisation, en mai 1961, elle demeure modérément active, n'accusant aucun autre symptôme que ceux énumérés plus haut. La dernière hospitalisation fut motivée par la réapparition de la fatigue, de l'hypertrophie ganglionnaire, et de certaines malaises à l'hypocondre gauche.

L'examen physique pouvait se résumer ainsi :

1. Pouls : 90 ; T° : 98,3°F. ; T. A. : 130/80 ;
2. Pâleur du visage et des conjonctives ;
3. Hypertrophie ganglionnaire diffuse ;
4. Hépatomégalie (2,5 cm en dessous des fausses côtes) ;
5. Splénomégalie importante.

Laboratoire :

- | | |
|----------------------|---------|
| 1. Hémoglobine | 5,2 g |
| Globules blancs..... | 113 000 |

Lymphocytes.....	100%
C.G.M.H.....	31,5
Fer sérique.....	464 mg

2. Ponction sternale :

Lymphocytes.....	95,3%
Lymphoblastes.....	0,6%
Mégacaryocytes.....	présents
Normoblastes basophiles.....	1,3%
Normoblastes polychromatophiles.....	2,0%
Normoblastes orthochromatiques.....	0,3%
Normoblastes en mitose.....	0,3%
Nombre de cellules comptées.....	300
Densité des étalements.....	forte

Remarques : Les lymphocytes prédominent dans cette moelle très riche. Il persiste çà et là des cellules des trois lignées hémopoïétiques.

3. L'examen des urines et l'azotémie étaient normaux.

Radiologie :

Poumons : on note la présence d'une petite opacité au-dessus du diaphragme droit reliée au hile par des traînées.

Évolution :

La patiente reçut des transfusions, des corticoïdes, et fut traitée par cobalthérapie (600 r, à raison de 200 r par séance). L'état clinique devint plus satisfaisant et dix jours après le début du traitement, l'hémoglobine était à dix grammes et les leucocytes à 15 440 avec 97 pour cent de lymphocytes.

Dans la nuit qui précède la journée où la patiente devait quitter l'hôpital, elle accuse une toux sèche, des malaises thoraciques, de la température à 101°F. L'examen physique est refait, et n'apporte rien de nouveau sauf la présence d'une rougeur et d'une induration sur le bout du nez, ayant tous les caractères d'un furoncle. La

radiographie pulmonaire montre que les traînées déjà décrites à la base droite, sont encore présentes, et qu'elles sont accompagnées d'un voile de cette même région.

La patiente est traitée à ce moment-là, avec de la pénicilline (600 000 unités par jour) et de la streptomycine (un gramme par jour); les corticoïdes sont continués. Durant les dix jours suivants, occasionnellement la patiente présente un frisson suivi d'un clocher de température. Cependant, par la suite, les symptômes s'exagèrent. Les frissons sont quotidiens, la température s'élève à 104° à tous les matins, pour se retrouver le soir à 100°.

Subjectivement :

1. Toux sèche ;
2. Malaises thoraciques généralisés ;
3. Asthénie, anorexie.

Objectivement :

1. État de conscience excellent ; pas de raideur de la nuque ;
2. Furoncle de l'aile du nez guéri, aucune infection cutanée ailleurs ;
3. Hypertrophie ganglionnaire généralisée ;
4. Poumons : pas de signes physiques anormaux ;
5. Cœur : tachycardie, aucun souffle, aucune modification significative des bruits ;
6. Abdomen : pas de point douloureux, pas de masse palpable dans les fosses lombaires ou ailleurs, sauf l'hépatomégalie et la splénomégalie ;
7. Membres : circulation et réflexivité normales.

Médication :

1. Triamcynolone : 30 à 40 mg par jour ;
2. Antibiotiques : pénicilline : un à dix millions, par jour ; streptomycine : un g par jour.

Laboratoire :

1. Hémoculture : six hémocultures sont négatives (contaminant probable) ;
2. Prélèvement de la bouche : absence de *Candida albicans* ;
3. Expectations (3) : pas de B.K., présence de pneumocoque ;

(5)

4. Urines :

a) *Compte d'Addis :*

Quantité de l'urine de neuf heures :
690 cm³ ;

Protéines :
0,10 g % ;

Cylindres :
530 000 (2 000 hyalins) par 24 h. ;

Cylindres hyalins :
30 000 par 24 heures ;

Cylindres granuleux :
500 000 par 24 heures ;

Globules rouges :
115 666 666 (130 000) par 24 heures ;

Globules blancs :
4 666 666 par 24 heures ;

Cellules rénales :
5 666 666 par 24 heures.
(650 000 globules blancs et cellules rénales)
Entre parenthèses, les valeurs normales.

b) *Présence d'entérobactéries non identifiées.*

Radiologie :

1. Poumons : apparition d'un foyer de condensation vaguement triangulaire dans le sommet droit avec rétraction discrète du lobe. Traînées de condensation dans la base droite.
2. Abdomen simple : sans particularité.

La patiente décède en hyperthermie, trente-cinq jours après le début de son hospitalisation.

DOCTEUR FERNAND LABRIE

Nous avons ici le cas d'une patiente dont la maladie évolue dans les cadres habituels d'une leucémie lymphoïde chronique.

Cependant, lors de sa dernière hospitalisation, les signes d'infiltration leucémiques sont très marqués et laissent entrevoir un stade terminal prochain, si l'on en juge par l'hypertrophie ganglionnaire diffuse, la splénomégalie, l'hépatomégalie et surtout l'hémoglobulinémie à 5,2 g, avec une moelle osseuse presque complètement remplacée par les éléments de la lignée lymphocytaire.

Nous nous proposons d'étudier d'abord les causes habituelles de décès chez les leucémiques. Leach, à l'Hôpital Général de Vancouver, a fait un relevé de 157 cas et propose de les classer en quatre groupes.

Les hémorragies, l'infection et l'ulcération gastro-intestinale sont les trois groupes principaux constituant la cause de 75 pour cent des décès.

A. L'HÉMORRAGIE :

L'hémorragie, généralisée ou localisée, est la cause première de décès dans 27 pour cent des cas et cause accessoire dans 49 pour cent des cas. Par ordre de fréquence on rencontre : les hémorragies intracrâniennes, généralisées, pulmonaires, génito-urinaires et gastro-intestinales. Dans le cas à l'étude, l'hémorragie n'attire pas notre attention, car aucun symptôme ni examen de laboratoire n'indique une diathèse hémorragique.

B. L'ULCÉRATION AIGUË GASTRO-INTESTINALE :

Des ulcères aigus localisés à l'œsophage, à l'estomac, à l'iléon et au côlon sont responsables de 12 pour cent des décès. Ces ulcérations sont multiples, parfois confluentes et habituellement multiloculaires.

Ici, pas d'hématémèse, de méléna, de douleurs abdominales ni aucun signe susceptible de se rattacher à une affection digestive.

C. L'INFECTION :

Les infections variées, tant généralisées que localisées, bactériennes ou mycosiques sont des causes communes de décès chez les leucémiques. Les statistiques sont assez variables selon les auteurs, mais dans la série que nous étudions présentement, 35 pour cent sont morts d'infection.

La diminution des anticorps circulants, l'hypogammaglobulinémie et la diminution de la capacité phagocytaire des polynucléaires dans la leucémie lymphoïde chronique, sont largement responsables de cette susceptibilité particulière aux infections.

Vu l'état leucémique avancé de la patiente avec défaillance de la moelle osseuse par envahissement lymphocytaire, elle reçoit de la Triamcynalone, ce qui, malgré son effet bienfaisant sur la leucémie, augmente la fréquence et la sévérité des infections et voile les signes physiques en diminuant la réponse inflammatoire.

Nous allons étudier successivement les trois affections pathologiques possiblement infectieuses

présentées par la patiente soient le furoncle, la lésion pulmonaire et les troubles rénaux.

1. Le furoncle de l'aile du nez :

Ce furoncle qui apparut en même temps qu'une température à 101°F. mérite quelque considération et aurait pu donner deux complications, soit la thrombose du sinus caverneux et la septicémie.

a) *La thrombose du sinus caverneux* donne : 1° une céphalée frontale ; 2° une douleur faciale tenace ; 3° de l'exophtalmie ; 4° de l'œdème des paupières et, éventuellement, de la paralysie des oculomoteurs.

Dans notre cas, ces symptômes sont tous absents et l'on note plutôt une guérison obtenue avec la pénicilline et la streptomycine.

b) *La septicémie* est l'autre complication à craindre et nous l'étudierons plus loin, en rapport avec les lésions pulmonaires et rénales.

2. La lésion pulmonaire :

En ce qui concerne la lésion pulmonaire, lors de l'entrée de la patiente, on notait à la radiographie une petite opacité au-dessus du diaphragme droit, reliée au hile par des traînées sans aucun symptôme ni signe physique.

Lors de l'apparition de la toux sèche, des malaises thoraciques vagues et de la température à 101°F., les traînées s'accompagnent alors d'une voile de la région. Seule la radiographie nous montre l'existence d'un foyer de condensation dans le sommet droit avec rétraction discrète du lobe, toujours sans signe physique.

Étudions donc les différents agents pathogènes susceptibles d'être responsables de cette lésion pulmonaire.

a) *Le staphylocoque*. La pneumonie à staphylocoque est devenue une complication relativement fréquente chez les leucémiques hospitalisés. Ici, en plus, nous avons le furoncle de l'aile du nez qui retient notre attention. La pneumonie à staphylocoque débute rapidement avec des frissons répétés, une température élevée, de la dyspnée progressive, de la cyanose, de la toux et une douleur pleurale.

Le syndrome présenté par notre patiente est moins dramatique : il n'y a pas d'abcès pulmo-

naire, pas d'empyème, pas de staphylocoques dans les expectorations et l'hémoculture est négative.

b) *Le pneumocoque.* On a noté la présence de pneumocoque dans les expectorations. La pneumonie à pneumocoque a des caractères bien particuliers : frisson unique et solennel, point de côté, toux, dyspnée marquée, expectoration rouillée, fièvre qui se maintient élevée sans rémissions pendant plusieurs jours et délire fréquent. Les signes physiques et la radiographie pulmonaire seraient caractéristiques.

Ici, nous n'avons que la toux sèche, des malaises thoraciques et une température à 101°F., ce qui n'entre pas dans les cadres d'une pneumonie à pneumocoque et implique que les pneumocoques découverts à l'examen des expectorations sont très probablement des saprophytes des voies respiratoires supérieures.

c) *La pneumonie atypique.* Cette affection donne une image radiologique compatible avec les opacités pulmonaires constatées chez notre patiente.

Toutefois, le début aurait été moins rapide, sans fièvre, et la toux sèche du début se serait accompagnée d'expectorations purulentes et mucopurulentes, ce que nous n'avons pas ici.

d) *Le « Candida albicans ».* Les mycoses, soit pulmonaires ou généralisées, sont une complication à craindre chez les leucémiques au stade terminal de la leucémie alors que la résistance du patient est très affaiblie.

Plus de 25 espèces du genre *Candida* ont été isolées mais le *Candida albicans* est la principale espèce, et est reconnue par la plupart comme pathogène pour l'homme.

Il habite normalement dans la bouche et le tube digestif. Bien que donnant surtout des lésions cutano-muqueuses, il donne occasionnellement des lésions profondes telles que des broncho-pneumonies, des méningites, des septicémies, des pyélonéphrites et des endocardites.

Le cas que nous étudions actuellement n'est pas incompatible avec une moniliase pulmonaire, même s'il y a absence de monilia dans la cavité buccale. L'absence de réponse aux antibiotiques

et la débilité de la patiente sont encore des arguments pour un tel diagnostic.

La présence de monilia aurait pu être démontrée par culture sur milieu de Sabouraud où il pousse en colonies après une semaine, mais comme c'est un habitant normal des voies respiratoires, on ne peut être certain du diagnostic que par culture des lésions pulmonaires elles-mêmes, soit après une intervention chirurgicale ou à l'autopsie.

Par ailleurs, l'image radiologique n'est pas incompatible, car les lésions s'accompagnent d'atélectasie et d'œdème mais de peu de réactions inflammatoires.

e) *Une poussée tuberculeuse.* L'état de notre patiente aurait pu être provoqué par une poussée aiguë de tuberculose et l'image pulmonaire est d'ailleurs compatible avec cette affection. Toutefois, l'absence du bacille de Koch bien qu'on l'ait recherché à trois reprises dans les expectorations, élimine cette hypothèse.

f) *Inclusions cytomégaliqes.* Cette maladie se rencontre parfois chez des patients débilisés. Le tableau en aurait cependant été moins dramatique et serait survenu seulement comme cause accessoire et non comme cause principale de décès.

3. Les troubles rénaux :

Le compte d'Addis montre une augmentation marquée des cylindres hyalins et granuleux avec albuminurie légère, ce qui signe un diagnostic de néphrite aiguë. Les cylindres granuleux apparaissent strictement dans les inflammations aiguës.

On trouve par ailleurs, un nombre considérable de globules rouges et de globules blancs, sans présence de pus. Il y a donc augmentation de la perméabilité glomérulaire avec dégénérescence tubulaire, ce qui peut expliquer la quantité exceptionnelle de cellules rénales. Nous sommes donc en présence d'une néphrite aiguë et non d'une pyélonéphrite à cause de l'absence de pus dans les urines. On note, par ailleurs, la présence d'entérobactéries non identifiées dans les urines, ce qui nous entraîne à discuter de leur rôle possible dans cette néphrite, même si cette discussion est assez difficile sans culture.

a) Le colibacille et l'*Aerobacter aerogenes* sont les plus fréquemment rencontrés, mais la pénicilline à hautes doses et la streptomycine auraient dû normalement en avoir raison.

b) Le *Proteus* et le pyocyanique sont fréquemment rencontrés chez des gens débilités et ils ont un tropisme particulier pour des reins ischémiques comme ceux qu'on observe dans l'anémie leucémique. Certaines souches sont particulièrement résistantes à la pénicilline et à la streptomycine.

c) Il reste le staphylocoque qui aurait dû donner des abcès avec périnéphrite ainsi que le *Candida* qui aurait dû normalement donner des spores dans les urines.

d) La cobalthérapie, si elle fut appliquée sur le rein, a pu aussi donner une néphrite aiguë qui expliquerait les symptômes actuels. Luxton a rapporté 27 cas et les syndromes observés furent ceux d'une néphrite aiguë ou d'une néphrite chronique avec hypertension.

Toutefois, l'intervalle entre le traitement et l'apparition des signes urinaires est court ; les symptômes se manifestent habituellement de cinq à six mois après la radiothérapie ; toutefois, la possibilité d'une nécrose glomérulaire et tubulaire aiguë avec signes immédiats demeure.

e) Les dépôts d'acide urique aux tubes collecteurs avec foyers d'infection localisés sont aussi bien connus. Cette élévation du taux d'acide urique est due à une destruction massive des noyaux cellulaires entraînant un excès de nucléoprotéines métabolisées en acide urique.

f) La néphrite franchement leucémique est rare. Elle se traduit habituellement par une albuminurie avec insuffisance rénale aiguë.

L'hématurie est exceptionnelle et l'anurie est fréquente, ce qui n'est pas le cas ici. L'infiltration leucémique rénale est ici probable, mais nous ne croyons pas qu'il existe une relation directe avec le syndrome actuel.

g) La néphrite interstitielle focale, et la glomérulo-néphrite focale, d'origine embolique, nous paraissent deux hypothèses attrayantes. Leur association avec des septicémies est de règle et elles peuvent jusqu'à un certain point être la « porte de sortie » du diagnostic.

CONCLUSION :

Nous avons donc ici un tableau classique de leucémie lymphoïde chronique sur lequel se greffent trois complications que l'on doit tenir séparées l'une de l'autre, ou que l'on doit rattacher sous une entité unique.

Le furoncle a guéri sans complication apparente. La lésion pulmonaire semble évoluer de façon progressive, s'associant à une néphrite aiguë, le tout s'extériorisant par des frissons et des poussées de température pendant une période de vingt jours.

Les frissons et clochers de température s'expliquent difficilement si l'on n'accepte pas la présence d'une septicémie, soit bactérienne, soit mycosique.

Les hémocultures négatives et l'échec thérapeutique des antibiotiques nous permettent tout au plus d'éliminer les infections usuelles. L'apparition de l'infection en milieu hospitalier suggère un microbe résistant ou un saprophyte devenu pathogène à cause de l'état de la patiente.

Nous proposons donc la septicémie à staphylocoque comme processus pathologique de base qui aurait entraîné le décès de cette patiente ; l'association d'une moniliase généralisée est probable.

DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Septicémie à staphylocoque ;
Infiltration leucémique généralisée.

DIAGNOSTIC DU DOCTEUR FERNAND LABRIE :

Septicémie à staphylocoque ;
Glomérulo-néphrite focale d'origine embolique ;
Moniliase généralisée.

DOCTEUR JEAN-LOUIS BONENFANT

A l'autopsie, nous constatons un petit épanchement pleural bilatéral d'environ 100 cm³ d'un liquide jaune citrin. Le médiastin est farci de masses ganglionnaires comprimant la trachée et les bronches souches. La surface de coupe de ces ganglions a une coloration grisâtre avec, ici et là, des zones plus blanches. Le cœur est légèrement atrophique (290 grammes) et le poumon droit présente une condensation du lobe inférieur.

La muqueuse gastrique est par endroits exulcérée.

Le foie (1 925 grammes) et la rate (215 grammes) sont légèrement hypertrophiés et un examen attentif nous permet de déceler, ici et là des structures micronodulaires.

Les autres viscères ne présentent aucune particularité importante à signaler, si ce n'est la présence à l'utérus de plusieurs léiomyomes de quatre à dix cm de diamètre.

Le cerveau n'est pas examiné.

Au microscope, on constate que l'architecture ganglionnaire normale est complètement effacée par suite d'un infiltrat de cellules lymphocytoïdes

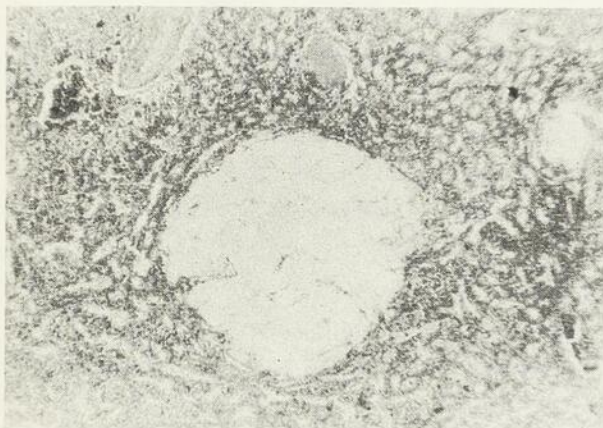


Figure 1.

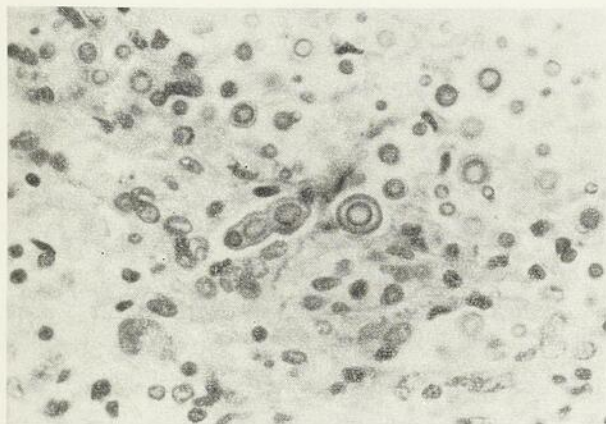


Figure 2.

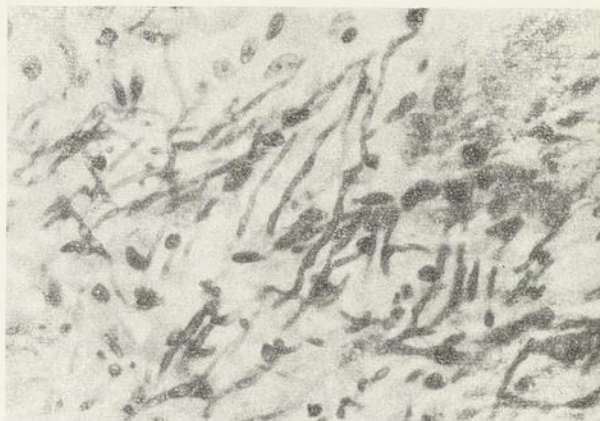


Figure 3.

qui se propagent également à la capsule et au tissu juxtanganglionnaire. On retrouve cet infiltrat cellulaire aux espaces portes hépatiques (infiltrat leucémique).

Les ganglions lymphatiques, le foie et la rate contiennent en plus de multiples micronodules (figure 1) entièrement constitués de corpuscules ronds dont le centre basophile est entouré d'un halo clair, mucoïde (P.A.S. positif) (figure 2). Ces éléments ne sont pratiquement accompagnés d'aucune réaction inflammatoire. L'aspect morphologique de ces corps correspond à celui du *Cryptococcus neoformans*. Ces levures sont également présentes aux poumons, aux reins (dans les glomérules), à la thyroïde et à la moelle osseuse.

L'exsudat qui recouvre les exulcérations gastriques et les foyers d'alvéolite purulente pulmonaire contiennent en plus plusieurs colonies de petites levures accompagnées d'éléments mycéliens dont l'aspect est celui du *Candida albicans* (figure 3).

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE :

Leucémie lymphoïde chronique avec infiltration viscérale discrète ;

Cryptococcose viscérale généralisée (septicémie) ;

Moniliase gastrique et pulmonaire ;

Léiomyomes utérins.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

LA BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC (1600 à 1900) *

Marguerite LANGLOIS

bibliothécaire à l'Hôtel-Dieu de Québec

J'ai accepté avec un grand plaisir l'invitation de votre président, le docteur Jean Beaudoin, de vous parler de la bibliothèque médicale de l'Hôtel-Dieu de Québec de 1600 à 1900.

Il est assez difficile de situer pareille causerie au sein d'un hôpital moderne : mieux vaudrait retourner aux anciennes salles de malades, à l'Apothicaire et à sa Courvaline (3 b), aux salles d'opérations sans eau courante, aux chirurgiens en blouse de serge rouge (3 c), ou seulement à l'admission où le malade arrivait à la dernière extrémité et après quel voyage !

Pareille rétrospective pourrait assurément consoler le patient rétif qui trouve le temps trop long et la note trop salée ! Mais songeons à nos volumes.

D'où nous viennent ces bouquins ? Les plus anciens sont la propriété de l'hôpital ; on y voit en page-titre la mention écrite à la plume « Apothicaire de l'Hôtel-Dieu ». A partir de 1782, nous retrouvons dans les volumes, les noms des donateurs :

Le docteur C.-N. Perreault, professeur en pratique médicale, au Dispensaire de Québec, en 1819 (1 a) ;

Le docteur P.-Martial Bardy, médecin du quartier Saint-Roch pendant quarante ans et fondateur de la société Saint-Jean-Baptiste de Québec, en 1842 (2) ;

Le docteur Alfred Jackson, chef de Service en chirurgie, doyen de la Faculté de médecine 1863 (3 a) ;

Le docteur W. L. Langley (1833) ;

Le docteur Charles Frémont, chef de Service en chirurgie, 1847 (3 a) ;

* Causerie prononcée au Club des Sans-Nom, Hôtel-Dieu de Québec, le 29 novembre 1961.

Le docteur Joseph Morrin, médecin à l'Hôpital depuis 1825, médecin accoucheur attaché au Dispensaire de Québec, puis à l'Hôpital de la marine et des émigrés, et, plus tard, premier président de la Société médicale de Québec, en 1826 et 1827 (1 b) ;

Les opérateurs Lemieux, Boulanger, Paradis, Duval et Paré ;

Le docteur James J. Wolff, 1886 ;

Le docteur John Farley, 1860 ;

Le docteur Jules Paradis ;

Le docteur C.-E. Lemieux, chef de Service en chirurgie, 1860 (3 a) ;

Les docteurs Arthur Simard, Joseph Caouette et J.-M. Guérard, trop connus pour nécessiter une présentation ;

Un volume reçu par l'entremise de M. L.-A. Catellier, sous-secrétaire d'État à Ottawa, avec un hommage de l'auteur ; ce dignitaire était, sans doute, apparenté au docteur Laurent Catellier, chef du troisième Service de chirurgie, en 1890 (3 a) ;

Le docteur Émile-H. Dion, b. m., Lévis ;

Le docteur S. Grondin, Paris, 1902, premier chef de Service en gynécologie, 1898, (3 a) ;

Le docteur P.-H. Bédard ;

Le docteur Michael J. Ahern, chargé du Service de chirurgie, en 1885, « promoteur des théories modernes », qui inaugura, en janvier 1904, le cours d'infirmières donné aux religieuses de l'Hôtel-Dieu (3) ;

Nous avons aussi le manuel Roret qui fut acheté à la librairie des frères Crémazie, 12 rue de la Fabrique.

Quel est l'aspect « physique » de nos vieux volumes ? Au XVII^e et au XVIII^e siècles, ils sont presque tous reliés en cuir brun clair, écrits en

PHARMACOPEE ROYALE GALENIQUE ET CHYMIQUE.

Par MOYSE CHARAS, Apothicaire Artiste
du Roy en son Jardin Royal des Plantes.



A PARIS,

Chez L'AVEUR, au Faux-bourg saint Germain,
rue des Boucheries, aux Vipères d'Or.

M. DC. LXXVI.

Avec Privilège de sa Majesté.

Figure 1. — Couverture de la *Pharmacopée royale galénique et chymique*, de Moïse Charas.

vieux français dans un style diffus et qui sent souvent l'emphase.

L'illustration n'est pas encore à la mode ; nous trouvons quelques gravures en taille-douce et c'est l'exception. Les planches en couleurs arrivent seulement à la fin du XIX^e siècle.

Notre collection couvrant la période 1600-1900, comprend environ 180 volumes répartis en cent douze séries ; le plus ancien remonte à 1645, *Les œuvres médicales de l'herboriste d'Attigna*, il ne ressemble guère aux ouvrages modernes ; consultons ensemble la table des matières :

1. Table des incommoditez : abcez, appetit abattu, boiau avalé, brûleures, cerveau pesant froid et humide, douleurs du corps, entrailles trop échauffées, estomac détraqué, foible et refroidi, faim canine, mal d'aventure, ratte opilée et chargée, reproches de l'estomac, etc.

2. Table des remèdes : abcynthe, acier préparé,

arrête bœuf, barbebouc, belette, brebis, chardon bénit, chat, cheval, chèvre, couleuvres, émeraude, ongles, sangsues, toiles d'aragnée, vers de terre, vomitoires, etc.

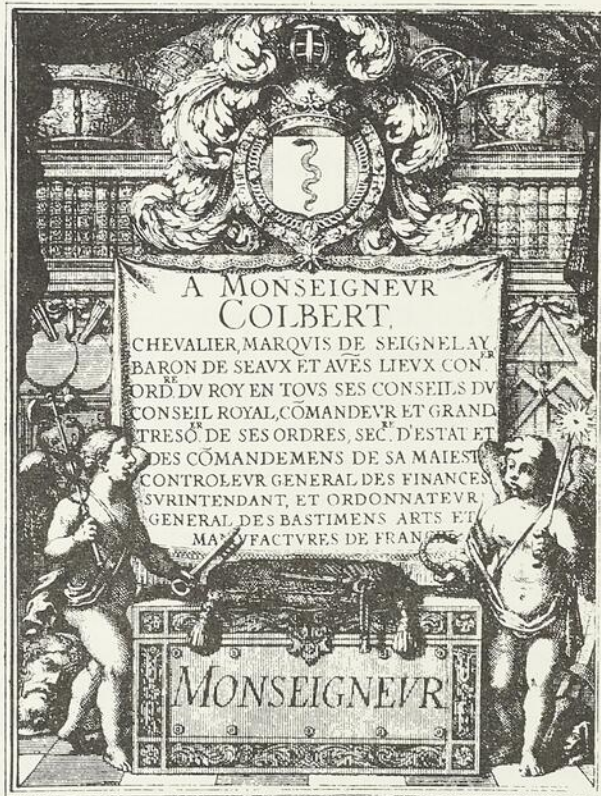
Ce volume, et plusieurs autres de la même période, s'adressent aux gens de la classe moins privilégiée, qui ne peuvent se payer une médecine coûteuse.

Nos vieux bouquins ont aussi un intérêt historique : la *Pharmacopée royale galénique et chymique*, de Moïse Charas (figure 1), apothicaire artiste du roi en son Jardin Royal des Plantes, est dédiée à Monseigneur Colbert (figure 2), et avec quelle emphase !

Le *Traité des Fièvres continues* est dédié à madame de Pompadour.

Au lieu du *copyright*, les volumes portent la mention : Avec approbation et privilège du roy.

Les bibliothèques personnelles du XVII^e siècle



Les Arts ne contribuant pas moins que les Armes à immortaliser le nom de l'Invincible Prince à qui Vous

Figure 2. — Dédicace de la *Pharmacopée royale galénique et chymique*, de Moïse Charas.

étaient moins pourvues que celles d'aujourd'hui : le savant qui possédait une collection de trois cents volumes était un cas rare : les méthodes de classification moderne étant encore inconnues, l'amateur de livres avait recours à un système d'identification fort simple, mais qui fait, aujourd'hui, les délices des collectionneurs : *l'ex libris*.

A elle seule, la bibliothèque médicale de l'Hôtel-Dieu en possède, sept ; ils viennent tous de la bibliothèque du docteur C.-N. Perrault.

Nous avons aussi quelques dictionnaires médicaux et des pharmacopées.

Les formulaires nous offrent le secret des sirops, onguents et pommades. En cas de fluxion, essayez : « Huile de camomille, d'amandes douces, de vers de terre et de sureau ; mêler avec de l'huile rosat et du blanc d'œuf pour rafraîchir et repousser ; et si la douleur est extrême, ajoutez de l'huile de pavot pour hébéter le sentiment de la partie. (*Le chirurgien François charitable*, p. 155.)

Contre les panaris, « l'oreille d'un chat vivant refout le panaris et en empêche le progrès, si l'on met le doigt malade plusieurs fois le jour dans cette oreille et qu'on lui laisse un quart d'heure chaque fois. »

« Un chat ouvert vivant et appliqué, soulage les douleurs de côté » (Charas, *Traité universel des drogues simples*, p. 341).

Ciconia, en français : cicogne. Eft un oiseau aquatique de groffeur médiocre . . .

On dit qu'elle injecte avec son bec, de l'eau de la mer à ses petits, quand ils sont incommodez et l'on suppose que c'est de là qu'est venue aux hommes l'invention des lavements ; je ne suis pas affuré que le fait soit bien vrai » (CHARAS, *Traité universel des drogues simples*, p. 232).

Le traité de chirurgie, suivant le système des modernes, nous apprend qu'une opération en chirurgie : « c'est l'application méthodique de quelque instrument et de la main du chirurgien sur le corps humain » (p. 4.). Il nous décrit aussi l'amputation de la jambe, sans anesthésie, l'opération du cancer de la lèvre, l'ablation des amygdales, au bureau du médecin, sans appareil ni asepsie.

Parmi les drogues simples conseillées : pain de pourceau. La racine purge haut et bas. On en

fait l'onguent Arthanita, qui, lorsqu'on en frotte le bas-ventre, purge par bas, et fait vomir lorsqu'on en frotte l'estomac » (p. 492).

Pour les maladies vénériennes, les purgations énergiques, plus dix-huit ou vingt bains préparent le patient syphilitique à recevoir le traitement mercuriel, traitement renouvelé jusqu'à ce que la bouche s'échauffe et se gonfle.

L'emploi de la pierre d'aimant pour enlever de l'œil une parcelle d'acier ; la pratique de réanimation des asphyxiés par la méthode du bouche à bouche ; l'usage de la couveuse, ancêtre de celle d'aujourd'hui, sont autant de techniques qui démontrent l'esprit ingénieux des médecins d'alors.

Le *Manuel des Dames de Charité* (anonyme) offre des médicaments peu coûteux : ils sont presque tous à base de plantes ; dans les opiatés on retrouve, en plus, la craie, les yeux d'écrevisses, les coquillages d'huîtres et quelques produits minéraux.

Le *Dictionnaire portatif de chirurgie* ou *Dictionnaire de santé* de M. Sue la jeune, nous offre avec des vers de Virgile, une épître dédicatoire fort bien tournée. Sa préface nous met en garde contre l'usage du dictionnaire : « Les dictionnaires et les loteries qu'on voit se multiplier de jour en jour, sont pour le siècle, une marque sûre d'ignorance et de gueulerie. » Quelques dictionnaires ont trouvé grâce devant la critique, et celui de chirurgie est du nombre.

L'une de ses préparations : Onguent des apostres. Le nom lui vient du nombre de drogues qui entrent dans sa composition, et qui, sans compter l'huile et le vinaigre, sont au nombre de douze » (p. 151).

Peu de médecins ont parlé des maladies nerveuses : elles étaient rares et les médecins avaient de la difficulté à les reconnaître.

Un volume qui connut une vogue sans précédent pour l'époque, fut *Avis au peuple sur sa santé*, par M. Tissot, volume qui fut traduit en hollandais, en flamand, en italien, en suédois, en danois, en allemand, en russe, en espagnol et en polonais.

Les charlatans et les maîges se font reprocher d'abuser de la crédulité du peuple et de mettre sa vie en danger.

Un *Traité sur l'inutilité de l'amputation des membres*, nous montre le bilan tragique des amputés :

deux décès sur trois amputations, ou la guérison après six à dix mois d'hospitalisation.

Un autre volume de M. Tissot attire notre attention : *Observations et dissertations de médecine pratique*. Il est publié sous forme de lettres, mais la forme épistolaire se prête assez mal à un énoncé de diagnostic et de traitement.

Ses idées sur l'inoculation sont d'après un syllogisme du temps : « Le sang, avant la petite vérole est très mauvais et contraire à la santé, mais la petite vérole lui donne la salubrité, donc il faut procurer cette maladie le plus tôt possible » (t. 1, p. 6).

Le *Traité de l'épilepsie*, de M. Tissot, conseille pour cette maladie, outre les saignées et les sangsues, des potions à base de valériane, de racine de pivoine ou d'extraits de crâne humain.

S'adressant aux gens de lettres, ce même auteur déclare : « Quand l'âme trop longtemps occupée a imprimé une trop forte action au cerveau, elle n'est plus maîtresse de la réprimer. Quand les gens de lettres modéreront leurs études, et prendront plus d'exercice, ils éviteront la plupart des maux qu'ils se procurent » (p. 153).

Les coups de sang au cerveau peuvent être prévenus en portant « jour et nuit, sous la plante des pieds, des emplâtres légèrement stimulantes » (p. 207).

DIX-NEUVIÈME SIÈCLE

Parmi la collection du XIX^e siècle, l'un des ouvrages les plus intéressants est l'*Edinburgh New Dispensatory*.

Le *Manuel des Dames de Charité*, par Capuron, nous entretient de la vaccination bras à bras, comme préservatif de la petite vérole. Contre les engelures ulcérées, employez : Poudre de rat calciné, appliquez deux fois par jour, jusqu'à guérison qui sera prompte (p. 441).

Fallait-il préparer une tisane ou une potion ? Le temps d'ébullition se mesurait alors sur la durée de récitation d'un ou plusieurs *Miserere* (*Médecine et chirurgie des pauvres*).

Dans le cas d'une chute de haut avec sang caillé dans le corps : « Écorchez promptement un ou deux moutons, enveloppez le patient dans

leurs peaux toutes chaudes, et dans vingt-quatre heures, il sera remis (p. 81).

Contre la jaunisse, rien ne vaut la poudre de souris séchées au four, servie dans des œufs fricassés (p. 218).

Contre le cancer ulcéré : « Appliquer un crapaud vivant, l'y laisser 24 heures, si le chancre est vivant, le crapaud sera mangé » (p. 337).

Contre les écrouelles : « Application de la main d'un mort sur les tumeurs, jusqu'à ce que le froid pénètre, et que la main du mort s'échauffe un peu » (p. 351).

Morsures d'un chien non enragé : « Mêlez un blanc d'œuf avec du poil du chien qui a mordu ou d'un autre, il faut que le poil soit haché menu, appliquez-le étendu sur des étoupes (p. 386).

The Pupil's Pharmacopœia est un volume assez étrange : tout au long des chapitres, les deux langues alternent : un ou deux mots latins sont suivis de leur traduction en anglais et en italique, et le texte se continue de même, imposant au lecteur une gymnastique exaspérante.

Le Frère Hilarion, dans son *Manuel de l'hospitalier et de l'infirmier* explique la manière de baigner un malade :

« La baignoire sera placée dans un endroit commode : elle sera mieux près du lit que partout ailleurs. On la garnira intérieurement d'un drap ou d'un linge fait exprès. On mettra à son extrémité la plus large un coussin rempli de paille d'avoine, de foin ou de crin ; ensuite on y versera plusieurs seaux d'eau froide, à laquelle on ajoutera de l'eau bouillante . . . Lorsqu'on aura le degré de chaleur convenable, on fera descendre le patient dans la baignoire ; on le fera asseoir sur son coussin, et si l'eau ne lui parvenait pas jusqu'au cou, on en ajouterait de la froide et de la chaude.

« On couvrira la baignoire avec son couvercle ou un drap, et l'on s'assoira auprès du malade . . . Si le malade voulait dormir, on l'en empêcherait . . . on pourrait lui faire quelque lecture de piété qui le récréé, comme la vie des saints ; on aura l'attention d'entretenir la température de l'eau du bain, etc. (p. 82). »

Munaret nous présente des statistiques assez déconcertantes : « Peu d'étudiants en médecine

aient l'art pour lui-même, soit 20 sur 4 000, les autres pourraient tout aussi bien devenir notaires ou commerçants. »

Notre premier volume de chirurgie ophtalmique date de 1834. Il est dû à la plume du docteur John Walker, et il est rédigé en anglais.

Un traité de médecine légale, par Orfila, date de 1836 : il y avait aussi à cette époque des maladies simulées et des maladies dissimulées ; des maladies au moment de l'acquisition d'une rente viagère. Les erreurs judiciaires existaient aussi : « au rapport de M. Vigné, l'infortuné Millet fut condamné à mort comme coupable d'assassinat envers sa femme, que l'on trouva presque entièrement consumée dans sa cuisine, à un pied et demi du foyer ; il fut pourtant prouvé que cette femme faisait un grand abus de liqueurs spiritueuses, et qu'elle avait été victime d'une combustion spontanée (VIGNE, *Médecine légale*, p. 148).

D'après le *Formulaire pratique des hôpitaux*, Paris possédait, en 1841, quatorze hôpitaux et douze hospices. Le plus important était l'Hôtel-Dieu de Paris, rénové et modernisé. Au siècle précédent, les conditions étaient déplorables : les malades étaient entassés au nombre de quatre et six dans le même lit ; dans les cas extraordinaires, on plaçait d'autres patients sur l'impériale du lit. En 1833, le pourcentage de décès fut de 10 pour cent (notice, p. xii et xiii).

En médecine opératoire, Malgaigne nous parle des bouchons mécaniques : « Nous avons vu qu'on introduisait dans l'artère, des cônes d'alun, de sulfate de fer, mais on ne comptait guère que sur leur action cathérétique. Depuis longtemps, on avait conseillé la cire pour oblitérer les artères des dents. On a essayé divers procédés analogues sur les artères des parties molles (p. 41). »

L'excision des amygdales se pratiquait au bureau du médecin, le patient assis en face du jour, la bouche maintenue ouverte par un bouchon taillé en forme de coin (p. 479).

Le *Guide auprès des malades* a aussi une excellente recette contre l'asphyxie par la foudre : Après les premières tentatives de réanimation, « on fait creuser une fosse en terre (autant que possible dans un terrain meuble). Cette fosse

doit être assez longue et assez large pour que l'on puisse y déposer le corps dans toute sa longueur. Elle aura plusieurs centimètres de profondeur en sus de l'épaisseur du corps. On y étend l'asphyxié nu, couché sur le dos, de manière pourtant que la tête soit plus élevée que les extrémités inférieures ; et on recouvre le corps (à l'exception de la face), avec quelques centimètres de terre extraite de la fosse. On le laisse ainsi pendant deux à trois heures, en lui faisant de fréquentes affusions d'eau froide au visage.

Ce moyen, quelque bizarre qu'il paraisse, a été depuis longtemps employé avec un succès marqué en Pologne, en Silésie, en Prusse, et en Russie » (p. 399).

Notre premier volume de dermatologie date de 1850 : il est du docteur Jahr. En 1853, Malgaigne parle d'anesthésie. « L'éther placé dans une vessie-grenouille à tabac dont l'ouverture était fermée, était approché des lèvres et des narines (p. 57). »

Pour le chloroforme « M. Simpson se sert plus communément d'une éponge creuse dans laquelle il verse quelques gouttes de chloroforme et qu'il applique sur la bouche et sur les narines (p. 57). »

Un volume sur le traitement des maladies mentales, un second sur la magie naturelle, un dictionnaire, quelques traités généraux de médecine et de chirurgie forment la collection de la dernière moitié du XIX^e siècle.

Le livre a déjà évolué, il est partagé en chapitres, agrémenté de gravures en couleurs, et ressemble au volume d'aujourd'hui.

Les progrès géants accomplis en médecine depuis vingt-cinq ans, nous font paraître encore plus désuète, cette documentation vieille de trois siècles et plus.

Mais, le volume le plus ancien, comme le traité le plus moderne, témoigne toujours du même souci : vaincre la maladie et alléger la souffrance humaine !

BIBLIOGRAPHIE

1. BOISSONNAULT, C.-M., Histoire de la Faculté de médecine de l'université Laval, *Les Presses universitaires Laval*, 1953, (a) p. 88 ; (b) p. 123.
2. LEBLOND, S., Pierre-Martial Bardy, *Laval méd.*, 27 : 513-520, (avril) 1959.
3. SŒUR SAINTE-CÉCILE, Mémoires, *Bibliothèque de l'Hôtel-Dieu de Québec*, (a) p. 6 ; (b) p. 34 ; (c) p. 35.

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES

ÉTATS PATHOLOGIQUES ET VIE SPIRITUELLE

Abbé Jean-Pierre SCHALLER, S.T.D

La doctrine que le Christ est venu apporter aux hommes s'adressait à chacun. Dans le Nouveau Testament il n'y a pas d'exclusivisme. Le salut, promis aux âmes de bonne volonté, n'est pas réservé à une petite élite ou à un groupe d'initiés. Chacun est invité à répondre à l'appel car, comme l'écrivait saint Paul à l'évêque Timothée, « Jésus s'est donné lui-même en rançon pour tous » (*I Tim.*, II, 6). La Rédemption n'a pas eu lieu uniquement pour les fidèles très vertueux : il s'agissait des pécheurs au moment de la mort du Christ sur la Croix. Et tout l'Évangile répète que le Sauveur est venu pour les malades et non pour les bien portants (Mt., IX, 12) et que c'est à la recherche des brebis perdues (Mt., xv, 24) que le Maître est parti avec une telle sollicitude et, enfin, que Jésus est venu appeler non pas les justes mais les pécheurs (Mt., IX, 13). Le terme qui se trouve en saint Matthieu, et en saint Luc (v, 31), « malades », peut être également considéré en son sens propre, sans faire un accroc aux dogmes. Les *malades* ont besoin du médecin et ce dernier n'est pas toujours un praticien habile ou un psychiatre perspicace. Il est très souvent le bon Dieu qui, par la grâce, aide un être fatigué par le poids de quelque souffrance physiologique ou mentale.

Chacun sait combien nombreux sont sur terre actuellement les gens qui doivent faire face à quelque anomalie, sexuelle ou autre, à quelque névrose ou à quelque trouble psychique rendant la vie pesante et amère. Souvent on n'ose même pas trop parler de ce fardeau car on craint, si pas les moqueries, du moins l'incompréhension ou, ce qui est pire, le doigt accusateur : le doigt des gens dits « normaux » qui montre le prochain atteint de quelque anomalie comme un personnage douteux

dont il faut à tout prix éviter le contact. Cette attitude est odieuse et fait preuve, non pas d'un christianisme étroit, mais d'un christianisme erroné. Le Sauveur mourant sur le Calvaire attirait « tous les hommes à lui » (Jo., XII, 32) ; *tous* : cela veut dire également les malheureux qui, pour des raisons actuellement encore très obscures, traînent après eux un lot d'humiliations et de révoltes parce qu'ils se découvrent des attitudes qui ne sont pas celles de « tout le monde ». Nous entendrons donc ici par « pathologique » ce que les médecins ont coutume de nommer « état anormal, morbide, du corps ou d'une fonction ». Nous nous arrêterons à ces états qui frappent les humains par leur caractère spécialement « a-normal ». Et nous verrons si la médecine n'aide pas le prêtre à diriger vers Dieu ces êtres souffrant, à entretenir en eux, au fond de leur misère, ce que nous désignons par la « vie spirituelle », à savoir celle d'un chrétien qui sait que la morale est une science objective qui a ses légitimes exigences, mais que l'amour de Dieu aide les fidèles à se relever chaque fois qu'il y a eu la chute, parce qu'on a cédé aux invitations d'une passion parfois exacerbée.

Le mystère de l'homosexualité

On est frappé, en consultant la littérature médicale qui traite des inversions sexuelles, de découvrir de fréquentes contradictions entre les opinions présentées. L'attitude la plus sage est sans doute celle de divers médecins qui laissent les interrogations sans réponse lorsqu'il s'agit de déterminer l'étiologie de l'homosexualité. On a beaucoup publié cependant sur ce sujet et même parfois l'on pourrait dire que les médecins pa-

raissent plus soucieux de remédier à cette anomalie que les moralistes d'en donner une éthique adéquate. C'est qu'il est très difficile de dégager nettement, en ces matières, la part de responsabilité du malade qui est en même temps un pécheur. Le théologien, risquant d'être ou trop large, ou trop sévère, ne peut que s'en tenir à des principes généraux. Au point de vue pastoral il est souhaitable d'avoir des solutions précises : mais c'est une tâche ardue, comme nous le verrons, car biologiquement déjà le phénomène demeure mystérieux.

Dans un ouvrage consacré aux homosexuels¹ — vu par eux-mêmes et par leurs médecins — plusieurs textes provenant de diverses origines (américaine, anglaise, allemande, suisse, danoise, hongroise, etc.) ont révélé une double tendance chez les sexologues ou les psychiatres : les uns affirment que l'homosexualité est constitutionnelle et les autres le nient. Les premiers, actuellement, semblent être en plus grand nombre alors que, jadis, on aurait infirmé leur opinion. Le docteur Magnus Hirschfeld, médecin allemand éminent, parle de l'homosexualité comme étant innée et ayant ses racines dans la constitution même de l'individu avec une prédisposition latente en profondeur. L'auteur, plaidant pour le caractère congénital de cette anomalie, écrit :

« L'apparition de l'homosexualité a été attribuée à au moins cent causes. Pas une de ces causes, cependant, n'a résisté à un sondage approfondi, de sorte que l'examen objectif de ces faits, soi-disant frappants, ne peut conduire qu'à une conclusion, à savoir que la véritable homosexualité ne peut être acquise par le truchement d'influences extérieures, mais que c'est un trait inhérent enraciné dans l'individu à sa naissance et inséparablement et à jamais lié à sa personnalité. » (*Op. cit.*, pp. 154-155.)

Le docteur Hirschfeld estime que puisque on peut « créer à volonté des types physiques mâles, femelles et intermédiaires, en implantant chez diverses espèces animales certaines glandes sexuelles » c'est que « comme les types sexuels mâle et femelle, le type intermédiaire, sous ces diverses formes, dépend des gonades » (p. 163). Le doc-

1. *Les homosexuels*. Textes recueillis par A. M. Krich. Paris, Corrèa, 1955, traduction de Pierre Martet.

teur Benjamin Glover, de l'université de Wisconsin, partage l'avis du sexologue allemand puisqu'il écrit :

« On discute depuis les temps les plus anciens pour savoir si c'est l'hérédité ou le milieu qui engendre les caractéristiques de l'homosexualité. Durant le siècle dernier, on admettait communément que l'homosexualité était acquise et on essaya divers traitements psychothérapeutiques destinés à contrôler les instincts de ces gens. Cette conception s'est avérée nettement insuffisante. A l'heure actuelle, on croit plutôt à une anomalie congénitale ou à des tendances héréditaires. » (*Op. cit.*, p. 180.)

Cet auteur admet donc aussi le caractère congénital de l'inversion sexuelle, ce qui est confirmé par un grand nombre d'expériences cliniques : on peut parler d'anomalie héréditée. Et le docteur George S. Sprague, de Philadelphie, est également persuadé qu'on trouve les premiers indices homosexuels dans la constitution de l'individu (cf. p. 203).

D'autres médecins, comme nous l'avons dit, sont d'un avis contraire. Ils cherchent les causes de l'homosexualité dans une multitude de facteurs d'ordre psychique, dans des raisons de fausse éducation, des premières expériences malheureuses, des entraînements dus à des compagnons vicieux, etc. Le docteur S. W. Hartwell affirme que ses nombreuses observations cliniques l'ont conduit à penser

« qu'il y a peu de raisons de croire à l'existence d'un élément ou d'une base congénitale provoquant l'homosexualité chez les enfants ou les adolescents. Ces patients ne présentent pas d'anomalies dans le fonctionnement glandulaire cliniquement démontrables, ni de caractéristiques physiques du sexe opposé ». (*Op. cit.*, p. 202.)

Le docteur Isador H. Coriat estime que

« l'expérience psychanalytique a montré que l'homosexualité était plus instinctive que physiologique ; il ne s'agit pas d'une différence dans la sexualité, mais dans le choix de l'objet » (p. 199).

Enfin le docteur E. Bergler, de New-York, prétend que « les véritables cas hormonaux, en admettant qu'il en existe, sont extrêmement rares » (p. 233, note 17).

La diversité des opinions révèle combien la question est encore peu claire. Il va de soi qu'ici nous ne parlons pas des cas isolés d'homosexualité, qui sont en somme des « accidents », comme on en rencontre à l'armée, dans la marine, dans des internats, dans des prisons, des asiles, bref dans des conditions où un homme, habitué à des relations hétérosexuelles, choisit un partenaire du même sexe par mode de « compensation ». C'est un phénomène passager qui s'arrête aussitôt que la vie reprend un cours normal. Ici nous songeons aux cas d'homosexualité persistante et constante, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme (lesbisme). Et ce sont ces cas-là qui demeurent encore obscurs pour la médecine. On a écrit avec raison :

« L'homosexualité est l'une de ces nombreuses questions gênantes qui restent en suspens. Le commencement de la sagesse, c'est d'avoir conscience de ce que nous ne savons pas. » (A. M. KRICH, *op. cit.*, p. 12.)

Si la psychiatrie et la psychanalyse ne donnent pas une réponse définitive aux questions posées, l'endocrinologie, elle aussi, si l'on en croit le docteur E. Bergler, « n'a aucune thérapeutique à offrir pour l'homosexualité » (p. 228). Et le docteur B. Glover écrit que « parmi les diverses méthodes actuellement utilisées pour corriger l'homosexualité, l'endocrinothérapie ne s'est pas avérée efficace ». ² La thérapeutique est difficile précisément parce qu'on ignore jusqu'où cette anomalie est congénitale ou acquise, jusqu'où elle est due à des causes extérieures ou est le résultat d'une prédisposition constitutionnelle, jusqu'où, enfin, elle a son origine dans le psychisme ou dans les glandes endocrines. Le docteur P. Le Moal émet un jugement très réservé qui souligne parfaitement que le médecin ne doit aider le patient qu'avec une extrême prudence, car la

2. *Les homosexuels*, *op. cit.*, p. 182, L'auteur poursuit : « Meyerson et Neustad en utilisant la méthyltestostérone par voie buccale, à raison de 10 mg deux fois par jour pendant une période de deux mois alternés avec une période de repos de deux mois, ont prouvé que leur traitement pouvait modifier l'homosexualité, en supprimant la force du désir homosexuel, mais qu'il ne changeait pas la direction de la satisfaction sexuelle à la base. Ce sont là les résultats essentiels obtenus par tous ceux qui ont cherché à résoudre le problème par l'endocrinologie. »

thérapeutique travaille ici encore dans un domaine vague :

« L'homosexualité constitutionnelle est théoriquement admissible, mais son existence n'est pas démontrée. Ce qu'on doit se contenter de dire c'est que, dans certains cas, tout se passe comme si l'homosexualité était constitutionnelle en raison de la précocité de l'apparition de l'anomalie, de l'existence de signes somatiques d'intersexualité, de l'irréversibilité de fait de cette perversion, de sa résistance à la thérapeutique ». ³

C'est dans un *Cahier Laënnec* que ce médecin fait cette observation et l'auteur remarquait aussi le peu de preuves existant pour favoriser l'hormonothérapie soit sous forme d'extraits, soit d'inclusion, soit de greffes :

« Une médication intensive risquerait bien plutôt d'apporter une modification quantitative que qualitative de l'instinct et, sans en modifier l'orientation, d'exacerber l'érotisation qui rendrait en fait le sujet plus entreprenant dans le sens de la perversion. » (*Ibidem*, p. 42.)

Il s'agit donc vraiment d'un mystère lorsqu'on voudrait ou expliquer ou guérir les diverses anomalies sexuelles. Et ce qui est vrai de la sodomie, de la pédérastie ou du lesbisme l'est également pour d'autres cas pathologiques comme par exemple l'éonisme (travestisme) au sujet duquel plusieurs médecins danois assuraient qu'aucun moyen certain et connu de guérison n'existait : « Tous les efforts du praticien doivent donc consister à rendre la vie plus supportable à ceux qui en sont affligés. » ⁴ Ce que proposent ces médecins de Copenhague est en somme tout le programme imposé non seulement au psychiatre ou à l'endocrinologue mais aussi au directeur d'âme, au prêtre qui, à plus d'une reprise, au confessionnal ou au parloir, doit redonner courage à des êtres déprimés parce qu'ils se sentent en marge de la société. Ici, plus encore qu'ailleurs, la collaboration du ministère pastoral et de la thérapeutique, de la morale et de la médecine, s'avère indispensable pour se-

3. Docteur Paul LE MOAL, « Le psychiatre devant l'homosexuel ». *Cahiers Laënnec*, « Les états intersexuels », I, 1947, n° 2, p. 35.

4. *Les homosexuels*, *op. cit.*, p. 307. Ces médecins du Danemark sont le docteur Christian Hamburger, endocrinologue, le docteur George K. Sturup, psychiatre, et le docteur E. Dahl-Iversen, chirurgien.

courir des individus atteints de si pénibles dispositions.

Rendre la vie supportable

Ce qui cause un tel pessimisme chez les homosexuels désireux de ne point pactiser avec leur mal est sans doute ce mépris que les gens « sains et équilibrés » leur témoignent. D'ailleurs la sainte Écriture a déjà fait preuve d'une telle sévérité que le courage de certains homosexuels s'en trouverait ébranlé s'ils ne comprenaient le sens profond du texte sacré. On sait que Dieu fit pleuvoir le souffre et le feu sur Sodome et Gomorrhe tant les péchés contre nature entre autres s'y multipliaient (*Gén.*, XIX, 24). Les lois morales du *Lévitique* défendent l'homosexualité comme une abomination (XVIII, 22) et la pénalité prévue pour une pareille action est la mort des deux sujets : leur sang est sur eux (XX, 13). Au livre des Juges il est dit qu'à Gabaa se passaient des mœurs infâmes du même genre (XIX, 24). Dans le Nouveau Testament saint Paul déplore la honte et l'égarément des rapports homosexuels pratiqués dans le monde païen : passions infâmes, dit l'Apôtre, qui se rencontrent tant chez les femmes que chez les hommes (*Rom.*, I, 26-27). Bref la Bible emploie des adjectifs très forts pour condamner des procédés qui ne sont pas autorisés par Dieu. Et dans les catéchismes, et dans certains manuels de Morale, on parle de la sodomie comme d'un vice qui crie vengeance vers le Ciel (*peccatum cujus malitia in caelum clamat*). Saint Thomas d'Aquin relève surtout la gravité de tels péchés du fait qu'ils répugnent à l'ordre naturel (*Sum. Th.*, II/II, q.104, a.11, c. et a.12, ad 3).

Au total le tableau présenté par la Morale, en ce qui regarde les anomalies sexuelles, suscitera en n'importe quel inverti la pensée qu'il vit sous le coup d'une abominable condamnation et qu'il doit se débattre entre la promesse certaine de l'enfer ou une lutte ici-bas troublant considérablement sa santé mentale et somatique... Une crise de désespoir risque parfois de se déclarer : la solution sera ou bien de relâcher complètement les rênes et de s'abandonner au vice, ou bien de tenter de mettre fin à ses jours. Voilà pourquoi une grande

délicatesse et une patience éprouvée s'imposent lorsqu'il s'agit de « relever le moral » d'un être souffrant d'homosexualité. Nous disons : souffrant, car même ceux qui cherchent à justifier leur anomalie demeurent des malheureux. Il importe de saisir le sens profond de la remarque du docteur E. Bergler :

« Il n'y a pas d'homosexuels heureux ; et il n'y en aurait pas, même si le monde extérieur les laissait en paix. » (*Les homosexuels*, p. 218.)

Dès lors le premier devoir est de créer dans ces êtres et autour d'eux un climat de confiance. Les menaces de l'Écriture et de la Morale ne méritent certes pas le mépris : mais elles doivent être comprises exactement. Lorsque le R. P. Charles Larere, s.j., parle de l'homosexualité il fait allusion à l'« effort de libération du péché qui ne cesse qu'avec notre existence terrestre » et à « la lutte douloureuse et jamais terminée » (*Cahiers Laënnec*, 1947, n° 3, pp. 42-43). C'est dans cet esprit qu'il faudra veiller à ne pas assurer naïvement l'homosexuel qu'il guérira sans tarder de son mal s'il le veut. Encore moins faudra-t-il commettre l'énormité de lui conseiller le mariage : tous les médecins s'accordent pour relever que cette solution est à l'origine de drames cruels qu'il importe à tout prix d'éviter. Ce qui est indispensable c'est de rappeler à ces êtres que leur titre d'enfant de Dieu ne dépend pas essentiellement du corps, des hormones ou du psychisme que l'âme informe. On peut aimer Dieu même au sein des plus grandes difficultés causées par une sexualité disharmonieuse. Et les homosexuels semblent parfois oublier que le combat pour la pureté est également le fait des hétérosexuels...

Ce qui navre les invertis désireux de rester honnêtes est cette nécessité de dissimuler leurs tendances pour pouvoir vivre en société. Aussi le devoir des gens qui ignorent cette anomalie est d'éviter le mépris à l'égard des « autres », de ceux qui en sont atteints. Une femme homosexuelle écrivait, non sans amertume :

« Pour ceux dont la vie est basée sur des relations hétérosexuelles, l'homosexuel est un être grotesque, louche, et dont on ne parle qu'avec mépris, pitié, ou d'un ton piaillard. » (*Les homosexuels*, p. 15.)

Et cette même femme dira plus loin :

« Il y aura moins d'homosexuelles dans les cliniques de maladies mentales et dans les cabinets des psychiatres quand on verra en nous des êtres humains et non la matière d'un chapitre dans un livre sur les anomalies psychologiques. » (P. 25.)

Ainsi l'attitude chrétienne est celle d'un accueil secourable à l'endroit de ces « malades ». La croix dont parle le Christ, indispensable pour Le suivre, peut aussi être une anomalie sexuelle : or jamais une croix ne mérite le mépris puisqu'elle est un instrument de sanctification. Des auteurs américains ont écrit :

« On peut dire qu'en général la société n'est pas très équitable envers les homosexuels. Elle les considère le plus souvent avec suspicion, mépris ou hostilité. C'est surtout chez les gens les moins éduqués qu'ils sont en butte aux sarcasmes et aux moqueries. »⁵

Tout pédagogue usera de son influence pour écarter ces réactions injustes chez des gens qui entendent parler d'anomalies sexuelles. Les psychiatres et les médecins habitueront le patient à ne pas se considérer comme sans valeur parce qu'il est un inverti. Les confesseurs et les prêtres rappelleront que chacun est attendu au Royaume des cieux, pour autant qu'on ne s'installe pas sur terre dans des passions répréhensibles, qu'il faut le plus calmement possible maîtriser, sans perdre courage à la première ou à la deuxième chute.

Ce souci de rendre la vie supportable à ceux que l'homosexualité tourmente est assez urgent, si l'on en croit les statistiques. Nous citons d'abord un aperçu donné par un médecin allemand : ce sont des chiffres établis « avec un soin extrême » et il montre qu'un fort pourcentage de l'humanité doit faire face à cette anomalie sexuelle.

« Sur 1 000 personnes, 15 se sont déclarées entièrement homosexuelles ; 40 bisexuelles ; huit de préférence homosexuelles. Ces chiffres montrent que un sur 66 d'entre nous est entièrement homosexuel, un sur 45 ou bien entièrement ou

5. R. Père VANDERVELDT et docteur ODENWALD, « Psychiatrie et catholicisme », *Mame*, Tours, 1954, p. 564. Traduit de l'américain par Marcelle Loutrel-Tschirret. Le Père VanderVeldt, o.f.m. (docteur agrégé de Louvain) est philosophe et le docteur Robert Odenwald est médecin : ils enseignent à l'université catholique d'Amérique (Washington).

bien de préférence homosexuel ; un sur 25 penche vers les deux sexes ; un sur 18 tend à dévier de la normale ; ces calculs, par exemple, indiqueraient qu'il y a 1 437 500 (2,3 pour cent de 62 000 5000) homosexuels en Allemagne ; 10 - 327 000 (2,3 pour cent de 339 millions) en Europe ; et 41 883 000 (2,3 pour cent de 1 821 millions) d'hommes et de femmes sur terre dont la constitution les prédispose en grande partie ou totalement à l'homosexualité. » (Docteur M. HIRSCHFELD, *Les homosexuels*, op. cit., p. 154.)

Le rapport connu d'Alfred C. Kinsey est tout aussi pessimiste. Ce professeur de zoologie à l'université d'Indiana a écrit :

« La preuve établie de l'incidence et de la fréquence de l'activité homosexuelle indique qu'un tiers au moins de la population mâle devrait être isolée du reste de la communauté, s'il fallait traiter ainsi tous ceux qui ont quelque penchant à l'homosexualité. C'est dire qu'au moins 13 pour cent de la population mâle devraient être isolés et hospitalisés, si l'on devait traiter ainsi toutes les personnes à prédominance homosexuelle. »⁶

On voit ainsi qu'il serait sot de prétendre simplement exclure les homosexuels de la vie sociale, sans chercher à se pencher sur leurs difficultés, à les aider. Théologiquement parlant, tout en condamnant une activité sexuelle qui n'est pas dans l'ordre habituel de la nature, on ne saurait négliger le secours moral et l'aide pastorale qu'il faut apporter à des êtres ayant, comme chacun, un droit à l'héritage du Père (*Rom.*, VIII, 17). Les médecins danois cités plus haut, après avoir lu certaines lettres provenant de sujets atteints d'anomalies sexuelles, relevaient combien cette lecture était déprimante, car elle montrait

« à quel point ces gens souffrent d'être abandonnés par le corps médical et décriés par leur entourage. C'est généralement dans la misère et la solitude qu'ils sont obligés de lutter contre leur sort tragique ». (*Les homosexuels*, p. 306.)

6. Alfred C. KINSEY, « Le comportement sexuel de l'homme », Paris, Rayonnement de la Pensée, 1948. Traduction sous contrôle du docteur Pierre Desclaux, p. 833. Auparavant l'auteur avait écrit : « L'activité homosexuelle chez l'homme est beaucoup plus fréquente qu'on ne s'en rend généralement compte. Dans le groupe des très jeunes célibataires, plus d'un quart de mâles (27,3 pour cent) ont une activité homosexuelle suivie d'orgasme. L'incidence chez ces célibataires s'élève pour les groupes d'âges successifs, jusqu'à ce qu'elle atteigne le maximum de 38,7 pour cent, entre la trente sixième et la quarantième année », p. 349. Soulignons que même si ces chiffres sont élevés — mais aucune statistique n'est infaillible — jamais pareille pratique ne sera moralement licite.

Un corps médical, digne de sa vocation, sait parfaitement qu'on ne doit abandonner aucun patient. Et le prêtre à son tour n'oubliera pas que derrière les séquelles du péché originel il y a une grande espérance à entretenir : et sans elle la vie ne serait plus supportable en de multiples cas.

Éviter la panique

Le docteur George S. Sprague, déjà nommé, rapporte le cas bouleversant d'une jeune garçon qui se scia une oreille afin de prouver qu'il était trop courageux pour être homosexuel... Cette énergie, si mal employée, fait preuve d'une véritable panique, d'un refus obstiné d'accepter son sort. Et ce n'est pas une solution chrétienne. Il serait beaucoup plus sage de regarder la vie en face, de reconnaître que dans les étranges dispositions providentielles Dieu a permis une longue épreuve d'un ordre très particulier. Dans chaque vie il y a une croix singulière qui n'est celle d'aucun autre. Une anomalie sexuelle n'est certes pas légère à supporter : mais il n'en faut pas non plus exagérer le poids et oublier que Dieu assiste toutes ses créatures dans n'importe quel combat que lui-même d'ailleurs, en définitive, a autorisé. A l'origine de cette panique chez les homosexuels le docteur découvre plusieurs mobiles :

« Il y a la très forte peur d'être découvert, d'être nettement différent des autres, ou la peur qui prend lentement des proportions déprimantes de ne jamais pouvoir être comme les autres, de ne pas pouvoir se marier et fonder une famille qui sera la consolation de la vieillesse. Cette peur d'une vieillesse solitaire est plus importante chez la plupart de ces sujets que la menace d'être mis au ban de la société dans l'immédiat s'ils étaient découverts. » (*Les homosexuels*, p. 172.)

Même si quelqu'un n'est pas « comme les autres » il peut fort bien mener une vie spirituelle très intense et fervente. Biologiquement déjà il y a dans chaque vie quelque chose qui fait qu'un individu ne sera jamais identique au voisin. En outre dans le ministère chaque prêtre sait bien qu'aucune âme ne ressemble à une autre et que la joie, comme la souffrance, revêtent des formes toujours nouvelles en chaque fidèle. Le calme

s'impose pour améliorer ou du moins accepter une situation grave, voire pour éventuellement guérir l'anomalie s'il ne s'agit que d'un « malentendu psychologique ». Mais le calme est précisément à l'opposé de la panique. Et qu'on ne s'imagine pas que de laisser libre cours à ses passions procurera ce calme souhaitable. C'est encore le docteur B. Glover qui écrit au sujet des homosexuels se livrant sans réserve à leurs dispositions pathologiques :

« Ces gens représentent une parodie et un paradoxe émotionnels ; dans un sens ils parodient l'amour tel que le voit l'hétérosexuel et pourtant ils sont l'image d'un échec continu et tragique, car ils ne peuvent trouver ni la satisfaction sexuelle totale ni l'être qui leur permettra de jouir de façon permanente de la part de satisfaction sexuelle qu'ils obtiennent. » (*Ibidem*, p. 179.)

Plutôt que de poursuivre cet « échec tragique » il serait plus opportun de dire oui à la vie, même si elle réserve un programme qui diffère de celui qu'on aurait désiré. Certes la vigilance sera indispensable car « nous sommes marqués par notre caractère masculin ou féminin jusque dans nos profondeurs spirituelles » (Père Larere). Mais une fois que l'on connaît clairement son état, on aventure sa vie, comme aurait dit sainte Thérèse d'Avila, en fonction des difficultés éventuelles ou effectives. Rien n'empêche un être atteint d'anomalie sexuelle d'arriver à de très beaux résultats : on sait que de nombreux érudits et des gens fort doués furent sujets à de pareilles préoccupations. Il faudra savoir se dépenser, s'enthousiasmer pour quelque idéal, les psychiatres disent volontiers « sublimer ses tendances ». La religion sera d'un puissant secours, car, comme on l'a justement observé : l'Église ne rejette personne. Et dans un ouvrage, écrit par un prêtre et un médecin, on peut lire ces lignes qui désignent le respect que méritent les homosexuels à l'instar de tous les humains :

« Rien ne justifie qu'on les considère comme faisant partie d'une catégorie de dépravés ou de dégénérés. De même que tous les malades, ils méritent d'être compris et de recevoir la même sympathie secourable qu'on offrirait à toute autre personne. Le mépris, une sévérité

imméritée ne feront qu'augmenter le sentiment d'infériorité qui prédomine chez beaucoup d'homosexuels, malgré leurs attitudes d'insouciance ou même de défi. Naturellement, *bonté* ne signifie pas *faiblesse*, et il faudra tenir strictement à ce que le sujet abandonne toute pratique homosexuelle. » (*Psychiatrie et catholicisme, op. cit.*, p. 559.)

L'allusion que font ces auteurs à la possibilité d'une confusion entre bonté et faiblesse n'est pas sans fondement. Car beaucoup de médecins modernes, afin précisément d'écartier la panique de leurs malades, les invitent à s'abandonner discrètement mais sans scrupule à leur homosexualité. Divers auteurs, non médecins, ne font que favoriser cette attitude en la justifiant dans leurs œuvres. Enfin certains invertis se déclarent partisans acharnés de la libre pratique de leurs tendances. Divers pays, d'ailleurs, ne prévoient aucune sanction pour la cohabitation d'homosexuels notoires, pour autant qu'ils ne causent aucun scandale et qu'aucun mineur ne soit mis en danger par eux. Un auteur, désireux de garder l'anonymat parce qu'il est un inverti, a écrit :

« J'ai depuis longtemps reconnu le fait que cet instinct en soi n'est ni morbide ni coupable, car une divergence de la norme n'est pas une maladie, et la satisfaction d'un instinct qui, sous aucune forme et pour aucun être humain, n'a des conséquences mauvaises, ne peut pas être considéré comme répréhensible. » (*Les homosexuels*, p. 90.)

Cette affirmation oublie que « divergence de la norme » signifie donc que le sujet se doit de ramener le plus possible sa vie aux normes qui ont leur origine en Dieu. Si c'est presque irréalisable pour des raisons pathologiques l'individu doit veiller à trouver de quoi éclairer sa destinée en recourant par exemple, selon ses convictions, à la philanthropie ou à la charité. Sortir de soi pour secourir autrui est souvent une heureuse solution. Chacun admettra qu'on ne peut permettre à un kleptomane de voler impunément et non seulement parce qu'il nuirait ainsi à la société mais aussi parce que ce n'est pas dans la nature d'un homme équilibré que de s'abandonner à une tendance si lamentable. D'assurer qu'une divergence de la norme n'est pas une maladie est une

prétention discutable. Le docteur Pierre Mauriac écrivait :

« La santé est l'état d'équilibre physico-chimique de nos humeurs et de nos tissus permettant le plein fonctionnement des organes et le développement naturel de l'individu. La rupture de cet équilibre par une cause physique, chimique ou vivante crée la maladie ». ⁷

Mais le développement naturel de l'homme consiste aussi à utiliser ses organes génitaux pour permettre à la race de se propager. Il peut librement renoncer à cet usage. Il peut être contraint à ce refus par diverses circonstances. Il peut enfin y être obligé par suite d'une absence d'équilibre biologique — endocrinologique ou psychique — qui est une maladie. La définition même du pathologique s'accorde avec les exigences de la morale. Et cela n'empêche pas de reconnaître combien l'effort de l'homosexuel continent est lourd de mérites aux yeux de Dieu, plus encore sans doute que celui de l'hétérosexuel qui a résolu. « normalement » ses difficultés dans ou hors de l'état du mariage. Le docteur M. W. Brody, rangeant sans aucun mépris les homosexuels des deux sexes dans la catégorie des « névropathes souffrant de désordres profondément enracinés » constatait que ces êtres « ne se porteraient pas mieux dans une société où l'homosexualité serait tolérée » (*Les homosexuels*, p. 327).

Ainsi, pour éviter la panique, une attitude indispensable à prendre face à l'homosexualité est de la regarder comme une épreuve, parfois crucifiante sans doute, mais qui ne conduira ni au dolorisme ni au fatalisme. La société se gardera de favoriser cette panique en portant des jugements téméraires et peu fondés. Le docteur E. Bergler parle de « cette idée fausse tellement répandue qui veut que tout homme « efféminé » soit un homosexuel » (*ibidem*, p. 211). On a souvent trop vite estimé que tel homme se livre à la sodomie ou que telle femme est un cas de lesbisme parce que certains signes extérieurs, certaines circonstances, pourraient le laisser supposer. Ce n'est pas parce qu'on a lu quelque ouvrage de psychologie cli-

7. Docteur Pierre MAURIAU : « Aux confins de la médecine ». Paris, Grasset, 1926, p. 101.

nique ou de psychanalyse qu'on doit se prendre bientôt pour un psychologue infallible... Ou encore il arrive que si, par une indiscretion, on apprend que tel sujet a commis un acte homosexuel on assure à l'instant que c'est un inverti permanent ! Ce raisonnement déplorable fait précisément écrire au docteur E. Bergler :

« Partout dans notre société on a tendance à considérer un individu comme « homosexuel », quand on sait qu'il a eu une seule expérience avec un individu de son propre sexe. Selon la loi un individu peut être puni de la même façon pour une seule expérience homosexuelle que pour une suite ininterrompue d'expériences. » (*Ibidem*, p. 206.)

Qu'on évite donc les conclusions trop hâtives comme les conseils aussi sots qu'imprudents. Ils aboutiraient à un échec ainsi que le feraient « les mesures disciplinaires, l'hypnothérapie, la narcosuggestion » et surtout « la recommandation faite au patient d'avoir des relations homosexuelles ». Tout cela serait vain, si l'on en croit la médecine, et ne donnerait aucun résultat concluant. La société devrait plutôt témoigner de la compréhension à tout homosexuel, homme ou femme, qui fait de grands efforts pour maîtriser ses passions. C'est aider ces malades dans leur zèle que de leur éviter tout sentiment de panique ou d'infériorité. Ils ne doivent pas devenir des fuyards ou des traqués, car comme le constatait une femme invertie : « On ne peut pas rester saine d'esprit quand on est très seule. » (*Les homosexuels*, p. 16.)

Anomalie et moralité

Lorsqu'un moraliste fait face à quelque déséquilibre dans l'ordre naturel — masochisme, homosexualité, bestialité, etc. — il ne doit pas, ainsi que nous l'avons déjà observé, jeter de hauts cris et manifester son indignation. Il ne faut jamais oublier qu'il y a une partie animale chez l'homme et que le péché originel a désorganisé l'harmonie de la création. Certes, pour autant que faire se peut, le moraliste se doit de poser le problème de la responsabilité : l'homme diffère de la bête et, de ce fait, on peut être plus sévère à son égard. Le docteur A. Jung remarquait très

opportunément que nous ne savons jamais si nous avons un corps ou si nous sommes un corps ; chez l'animal la situation est claire : il est un corps tandis que l'homme peut faire abstraction de son corps, le négliger ou en mésuser.⁸ Donc, pour l'homosexuel comme pour n'importe quel être humain, le devoir consiste à exiger beaucoup de sa nature spirituelle tout en n'étant pas surpris des échecs ou des trahisons possibles, dus aux influences du substrat animal dans lequel l'âme est incarnée. En traitant d'anomalies sexuelles des médecins ont écrit :

« La morale médicale exige que, lorsqu'une maladie est incurable, il faille au moins s'efforcer d'en diminuer les inconvénients et de rendre la vie au patient aussi tolérable que possible sans, toutefois, nuire aux intérêts de la société. » (*Les homosexuels*, p. 303.)

Le moraliste chrétien souhaite encore plus que cela : il veut rendre la vie du patient non seulement tolérable mais il désire en faire aussi un chemin qui conduise au Ciel. Et pour cela, s'il ne faut pas « nuire aux intérêts de la société », il ne faut pas nuire non plus aux intérêts de Dieu. Peut-être même que seul ce plan-là, cet idéal, est capable de permettre au malade d'accepter patiemment son sort.

Avant de considérer la saine attitude du moraliste jugeant de l'homosexuel un mot s'impose concernant le devoir plus subtil encore de ce moraliste face aux parents. Car la médecine rappelle que l'éducation reçue dans la tendre enfance et le climat créé au foyer sont des causes importantes de l'éveil ou de développement de l'anomalie sexuelle. Le docteur C. Berg écrit :

« L'homosexualité, comme tous les autres rapports entre individus, a sa source dans les rapports existant à l'origine entre enfants et parents. » (*Les homosexuels*, p. 51.)

Sans revenir à la controverse entre homosexualité congénitale ou acquise il faut admettre que

8. Docteur Alb. JUNG : *Grundsätzliches zur psychosomatischen Medizin im Lichte der Komplexen Psychologie von C. G. Jung*. Dans *Studien zur analytischen Psychologie C. G. Jungs*. Zurich, Rascher-Verlag, 1955 : « Wir wissen nie, ob wir einen Körper haben oder ein Körper sind. Beim Tier ist dies klar, es ist ein Körper. Der Mensch kann aber von seinem Körper abstrahieren, ihn vernachlässigen oder missbrauchen », p. 173.

l'influence des parents est manifeste. Les médecins estiment qu'un enfant unique, ayant des parents trop indulgents, risque de souffrir de cette anomalie surtout s'il est coupé de tout contact avec les garçons et s'il doit demeurer constamment auprès d'une mère « émotionnellement instable ». Le docteur Le Moal constatait :

« Proportion tragique : 80 pour cent d'homosexuels a-t-on pu dire, doivent leur inversion à leur mère. Ce sont ceux qui nous aiment le plus qui sont capables de nous faire le plus de mal. » (*Cahiers Laënnec, op. cit., p. 37.*)

C'est donc un problème pédagogique qui est soulevé et le moraliste sait bien qu'une éducation équilibrée est à la base d'une saine morale. Des auteurs américains ont écrit de leur côté :

« Il est bien vrai que certains parents, à cause de leur propre immaturité et la sollicitude excessive dont ils entourent leurs enfants, peuvent faire naître en eux des tendances à l'homosexualité. On doit les en prévenir si l'on veut leur épargner bien des souffrances, ainsi qu'à ceux qu'ils ont mission de former. » (*Psychiatrie et catholicisme, op. cit., p. 552.*)

La tendance enveloppante de certains parents, loin d'être une vertu, peut faire preuve parfois d'une complaisance égoïste car ils recherchent leur propre joie, en n'acceptant pas que peu à peu l'enfant « vole de ses propres ailes ».

La tâche la plus ardue du moraliste, comme nous le disions, est de déterminer la part de responsabilité d'un individu sujet à des faiblesses d'ordre homosexuel. Souvent seul Dieu saura exactement fixer le degré de culpabilité de ce pécheur. Mais il faut prêter attention à ce qu'enseigne le professeur A. Niedermeyer — médecin viennois, philosophe et juriste, dont la réputation en médecine pastorale n'est plus à faire — lorsqu'il établit une nette distinction entre disposition anormale malade (*krankhafte Triebanomalie*) et une activité homosexuelle coupable (*schuldhafte homosexuelle Betätigung*). Dans le premier cas l'auteur, assure que le combat de pareils individus, conscients de leur anomalie, peut aller jusqu'à l'héroïsme. Dans le second cas la sodomie consentie n'exclut pas la responsabilité. Et le professeur A. Niedermeyer écrit clairement qu'il

n'est soutenable d'aucune manière que chaque cas d'homosexualité soit à juger *uniquement* comme *maladif* et n'entraînant donc pas la responsabilité du sujet.⁹ Il nous plaît d'entendre ce médecin, qui fait autorité en ces matières, préparer si objectivement le terrain au moraliste. Dans un ouvrage que nous avons déjà cité, et qui fut jugé très sévèrement par certaines critiques, nous trouvons un passage demandant des explications pour être bien compris, surtout des profanes :

« Il existe des cas où l'homosexualité est comme une force astreignante qui pousse aveuglément l'individu à satisfaire sa passion, voire à rechercher les occasions de le faire. Dans ce cas, l'acte peut être dit « volontaire », mais il n'est plus *librement* volontaire ; c'est pourquoi la gravité absolue de la faute peut alors être mise en doute. Néanmoins, tout comme dans des circonstances similaires, une responsabilité réduite ne donne pas au pénitent « carte blanche » pour donner libre cours à ses habitudes ; en d'autres termes, la question la plus importante pour se prononcer sur la faute objective de l'homosexuel, est de savoir s'il s'efforce *sincèrement* de retenir ses mauvais désirs » (*Psychiatrie et catholicisme, pp. 560-561.*)

Pour le commun des mortels l'expression « pas librement volontaire » introduit une notion peu usuelle qui risque de devenir la source d'excuses faciles.

Ce qui est volontaire procède d'un principe intrinsèque (faculté appétitive) et suppose une fin connue comme telle. Ce qui est libre suppose le choix. Il n'y a pas rapport de nécessité, dans ce dernier cas, entre l'impulsion venue de l'objet attirant et le mouvement volontaire. Aussi semble-t-il opportun, lorsqu'on traite des homosexuels, de revenir à la vieille doctrine de la passion. Si celle-ci — au sens d'attrait vers le bien

9. Prof. docteur A. NIEDERMEYER : Anomalien des Geschlechtstriebes : « Keinesfalls ist es vertretbar, jeden Fall von Homosexualität *nur* als *krankhaft* und daher als nicht verantwortlich zu beurteilen ». Ce texte du médecin autrichien se trouve (p. 88) dans un excellent ouvrage intitulé : *Gesundes Geschlechtsleben*. Il s'agit d'un manuel des questions matrimoniales (Walter-Verlag, Olten und Freiburg im Breisgau, zweite Auflage, 1955), composé par de nombreux théologiens, médecins, juristes et pédagogues. Cette œuvre fut dirigée par Mgr X. de Hornstein et le docteur A. Faller, deux professeurs de l'université de Fribourg (Suisse). La vie sexuelle y est considérée sous ses aspects les plus divers : aucun point n'est laissé dans l'obscurité et aucune interrogation ne demeure sans réponse. Cet ouvrage ne saurait être assez recommandé. Quant au professeur A. Niedermeyer il faut encore citer, en français, son *Précis de médecine pastorale* paru aux *Éditions Salvator* (Mulhouse, France), en 1955.

sensible — est antécédente, elle diminue certes la liberté en rendant la volonté plus active. Si cette passion est conséquente elle ne diminue pas la liberté et ajoute à l'intensité de la volonté. Ainsi la « concupiscence homosexuelle » doit être considérée sous son aspect antécédent et conséquent pour être exactement mesurée. Mais le sujet a la mission de tout mettre en œuvre pour gouverner sa passion : il s'aidera de la grâce mais aussi des moyens naturels. Il veillera à ne pas confondre le secours surnaturel avec celui de la psychologie. C'est pourquoi le R. Père Larere donnait ce conseil à ceux qui dirigent les homosexuels :

« Écartons d'eux systématiquement toutes les conceptions fausses, enfantines, d'une « puissance magique » de la grâce ; sinon les fautes qui continuent encore un certain temps à alourdir leur vie engendreront le doute en face d'une aide spirituelle conçue trop comme un « remède psychologique » (*Cahiers Laënnec, op. cit.*, n° 3, p. 39).

De nombreux médecins assurent qu'il y a des tendances homosexuelles chez tous les humains. Se basant sur la notion d'« ambisexualité », de même que sur la distinction entre homosexualité consciente et inconsciente, le docteur K. A. Menninger disait :

« Nous estimons que chacun a dans sa personnalité une très grande part de désirs homosexuels, en même temps que de désirs hétérosexuels. »¹⁰

Le moraliste, lui, n'a pas à poser le problème de la fréquence ou de l'étiologie : il n'a qu'à diriger, éclairer et secourir les êtres qui s'adressent à lui. Il saura qu'il ne s'agit pas ici uniquement d'une question de sixième commandement mais

10. *Les homosexuels*, p. 198. L'auteur ajoute : « Chaque individu a en lui l'amour narcissique, l'amour homosexuel et l'amour hétérosexuel. Donc, si je vais déjeuner aujourd'hui avec trois ou quatre de mes amis, je satisfais sans aucun doute, à des impulsions homosexuelles inconscientes, bien que je n'aie conscience d'aucune sensation d'ordre sexuel. Je ne vais certainement pas déjeuner avec mes amis hommes parce que j'aime leurs femmes, ou leurs mères ; j'y vais parce que je les aime, eux, qu'il me plaît d'être avec eux. Me livrer avec eux à des actes génitaux serait de l'homosexualité évidente et consciente, c'est-à-dire tout à fait autre chose... La distinction entre l'homosexualité consciente et inconsciente est importante, parce que beaucoup de gens, quand vous parlez d'homosexualité, pensent que vous faites allusion à des actes génitaux commis avec quelqu'un du même sexe » (p. 198 et p. 199).

que toute la conception des choses et de la vie est un peu atteinte par cette anomalie chez celui qui en souffre. Dans les limites du possible il faudra se rendre compte jusqu'où le malade est soumis à sa passion. Des moralistes autorisés affirment qu'en pareil cas la plupart du temps la responsabilité demeure (Père D. Prümmer, o.p. : *rarissime mens totaliter perturbatur hac passione sexuali*). Le confesseur et le directeur d'âme devront s'assurer du degré de « liberté » et de « volontaire » subsistant. Avec l'aide de Dieu il faudra secourir les dirigés en usant de l'indulgence souhaitable pour que ces malades ne perdent pas courage, et en conservant la sévérité voulue pour qu'ils n'entretiennent pas un commerce amical avec leurs faiblesses. Mais il est important pour le moraliste de savoir

« que l'homosexualité peut être considérée comme un élément qui colore de façon changeante la vie de l'individu, qui s'exprime dans les habitudes, dans la personnalité et le caractère, dans le comportement sexuel, qu'elle introduit un conflit et une psychose, et qu'elle constitue un domaine extrêmement controversé de la psychiatrie. » (*Les homosexuels*, p. 196.)

Les ouvrages de psychologie pratique se plaisent à conseiller aux homosexuels de « sublimer » leurs tendances. Pour y arriver on énumère toutes les activités intellectuelles, sociales, artistiques, charitables et enfin religieuses favorables. Certes en théorie ces recommandations sont faciles à faire mais dans la réalité il faudra user d'une grande circonspection pour déterminer ce qui semble le plus indiqué pour le sujet. Avec un brin d'ironie sans doute le docteur E. M. Poate a dit :

« Dans le temps, chaque fois que quelqu'un dans un groupe parlait d'homosexualité, tout le monde se taisait et semblait avoir honte. Aujourd'hui, quand on parle d'homosexualité, tout le monde veut dire son mot. » (*Les homosexuels*, p. 201.)

Ce mot peut devenir efficace comme aussi être maladroit. Une vague direction spirituelle ne serait pas suffisante. La plus extrême patience s'impose pour secourir les homosexuels. Le prêtre n'aura pas non plus à jouer au psychanalys-

te en recherchant d'éventuels complexes, quelque inhibition ou quelque phénomène d'auto-punition, voire en interprétant les rêves des dirigés... C'est de Dieu qu'il faut parler aux pénitents en se rappelant que la grâce œuvre dans une nature tourmentée par l'inversion sexuelle. Mais on doit ici redire ce qu'enseignait le R. Père Beirnært :

« La personne a une vocation qui ne se réalise et ne s'accomplit que par la prise de position libre et par l'engagement. Il lui est essentiel d'être inquiète, de chercher, de traverser des conflits. Toute destinée personnelle est un mystère dramatique dont les protagonistes sont irréductibles aux instances psychiques de la psychologie analytique. L'anthropologie chrétienne place l'homme dans une sphère pneumatique qui n'est pas la sphère psychique : l'agape n'est pas l'éros ; le Père céleste n'est pas une simple sublimation de l'image paternelle ; la « chair » paulinienne n'est pas le « ça » de Freud ; la nouvelle créature née de Dieu n'est pas le « Soi » de Jung, etc. . . . Le drame de la personne dans le christianisme, avec ses crises et son dénouement, se joue à une profondeur que ne peut atteindre l'intervention psychologique. »¹¹

Et c'est parce qu'il est malaisé, même impossible, d'aller jusqu'à cette profondeur de l'âme que le médecin chrétien et le prêtre auront toujours un respect sincère pour le malade ou le pécheur. Il faudra les maintenir dans un climat de confiance et de piété : mais aussi longtemps que le sujet offre son accueil à cette atmosphère on ne devra jamais douter que Dieu vit dans cette âme et dans ce corps. Le Seigneur aime peut-être ce « fidèle » d'autant plus tant Il découvre de mérites dans les efforts continuellement recommencés après des chutes qui, dans certains cas très graves, sont non moins continues.

Troubles mentaux et dignité humaine

Plus encore que sur les anomalies sexuelles on a écrit de multiples essais sur les maladies mentales. Le sujet est plus « facile » à traiter en ce sens qu'on emploie d'ordinaire moins de réserves pour parler d'un « fou » que d'un inverti sexuel. Pour autant la réserve s'impose aussi, et le respect, et la

considération, lorsqu'on approfondit le malheur de ceux dont le psychisme est déséquilibré. On doit donc se garder d'aborder des aliénés comme s'ils étaient des êtres abjects dont la présence signifie un perpétuel danger. Le docteur F. Tosquelles a écrit :

« Les maladies nerveuses d'expression psychique sont considérées encore bien souvent comme des maladies *honteuses et secrètes*. Cette opinion populaire doit être combattue de façon acharnée à cause des préjugés qu'elle cause aux malades. »

Ces mots se trouvent dans un numéro de *Présences*, intitulé : « *Le malade mental. Qu'en avons-nous fait ?* »¹² Ce cahier, contenant des textes d'origines diverses, fait un peu penser au numéro de la revue *Esprit* consacré à la *Misère de la psychiatrie* (décembre 1952). Il y a un effort général, tant de la part des médecins que des théologiens, pour supprimer des préjugés néfastes et pour rappeler à chacun que « le malade mental est un malade comme un autre ».

Volontiers aussi aujourd'hui on relève l'influence du prêtre et du confesseur auprès de ces malades : écarter d'eux la révolte, développer en leur cœur la patience et surtout une grande charité au sens exact d'amour de Dieu. C'est un rôle difficile à remplir et pour qu'il soit utile il faudra veiller également aux qualités morales du médecin qui soigne le patient. On devra connaître des adresses de psychiatres recommandables. Le R. Père A. Plé, o.p., remarque, dans le numéro de *Présences* déjà cité, que « le prêtre, comme tel, n'est pas un psychiatre ; ce serait une double erreur (pastorale et psychiatrique) que de mélanger ces deux fonctions » (p. 153). Certains principes que nous avons rappelés plus haut, concernant la responsabilité de sujets souffrant de tares pathologiques, peuvent aussi être utilisés ici, tout en songeant qu'il y a des cas où on découvre une absence alors totale du gouvernement de soi-même. Le prêtre travaillera à retirer du mot « fou » toute nuance méprisante ou accablante. On doit s'habituer, surtout en un siècle nerveux tel que le

11. *Esprit*, mars 1950, « Médecine, quatrième pouvoir ? », p. 528.

12. *Présences*. Revue trimestrielle du « Monde des malades » (Prieuré Saint-Jean, Champrosay, France), n° 54, 1er trimestre 1956.

nôtre, à traiter un aliéné avec bonté et compréhension, comme on s'apitoye sur le sort de n'importe quel autre malade. Certes l'affection mentale complique les rapports sociaux. Mais cela n'empêche pas les « asiles psychiatriques » de rester des maisons où la dignité humaine sera profondément respectée. Souvent ces malades jouissent de longues périodes de lucidité et ils se rendent parfaitement compte alors de leurs épreuves. A pareil moment il est indispensable qu'ils sentent qu'on ne les range pas dans une catégorie d'individus douteux, mis au ban de la communauté humaine.

D'aucuns ont jugé sévèrement le livre du docteur A. Soubiran se nommant *L'île aux fous* où le médecin dresse un réquisitoire contre certaines façons cruelles et indignes dont divers malades sont traités dans des maisons d'aliénés. Même si l'auteur des *Hommes en blanc* a parfois généralisé des situations qui n'étaient que particulières, même si, avec quelque complaisance, il a insisté sur des scènes écœurantes et révoltantes, il semble cependant que son plaidoyer était mené avec une intention droite et courageuse. Le romancier rappelle, par exemple, qu'il y a des gens à qui il ne vient pas à l'idée « que les fous pussent être, comme tous les hommes, sensibles à la justice et à la bonté ». ¹³ Un pareil oubli conduit alors à des abus lamentables car le malade est traité comme un vulgaire numéro, un prisonnier ou un coupable. Souvent ces patients furent les auteurs de crimes ou de délits sadiques ; mais si ce sont des malades, soignés comme tels, on doit d'abord songer à leur guérison éventuelle. Et ce n'est pas une saine thérapeutique que celle qui néglige l'influence d'un climat de confiance et d'amitié. Être sur ses gardes à l'égard des aliénés ne signifie pas faire abstraction de tous leurs besoins humains. Et il y a quelque chose de bouleversant dans cette remarque que le docteur A. Soubiran exprime par son héros : « Les fous, pas plus que les autres hommes ne peuvent se passer d'espérance » (p. 223). Or cette vertu, pour être entretenue, demande une atmosphère d'épanouissement. Et

les insuffisances de certains hôpitaux psychiatriques, le manque de personnel capable, l'équipement rudimentaire, l'encombrement des Services, représentent des problèmes ayant une influence directe sur la dignité du malade reconnue ou non, et indirectement sur sa vie spirituelle. Il faut donc prendre à cœur ces questions si l'on veut qu'un patient conserve la faculté de faire valoir, lui aussi, les talents dont parle l'Évangile, même s'il en a fort peu reçu et même s'il est peu aisé de les rendre fructueux. Le malade a également la mission de « gérer son bien », malgré le caractère fragile et versatile de ce maigre lot. Aux yeux de Dieu ce « bien » a une infinie valeur qui peut dépasser celui d'un individu extrêmement doué, réalisant tout ce qu'il souhaite sans grande peine. D'ailleurs il est sage d'en revenir à l'observation de ce personnage du livre de Soubiran confiant à un compagnon d'infortune :

« Vous en connaissez tant que ça, des gens absolument normaux ! Et vous pourriez dire exactement où commence la folie ! » (p. 323).

Les « spécialistes » ont coutume de déplorer aujourd'hui le travail de vulgarisation fait dans de multiples domaines : en médecine, en biologie, en droit, en économie, etc. On a raison de craindre cette tendance qui permet parfois à des esprits peu avertis de se prendre pour des gens très cultivés et connaissant à fond la question dont ils parlent. Il y a là un péril non seulement pour la science même, mais aussi pour les profanes qui se livrent à des applications pratiques hasardeuses d'une théorie qu'ils ne possèdent que fort imparfaitement, ce qui est pire que de n'en rien savoir ! Mais si, dans cet effort de vulgarisation, on voulait découvrir un résultat positif il faudrait mentionner une certaine bonté, un plus grand respect manifestés par ceux qui rencontrent des névrosés. Cette littérature, si goûtée actuellement, qui traite de cas pathologiques a le don, au moins en de multiples cas, de faire considérer comme morbide ce que trop promptement jadis on aurait nommé criminel. Encore faut-il éviter ici un excès contraire qui, comme nous l'avons dit, supprimerait pour des raisons d'hormones ou de nerfs

13. André SOUBIRAN, *L'île aux fous*, Paris, SEGEP, 1955, p. 158.

toute responsabilité. Mais cette attention à l'égard du « malade » révèle qu'une charité intelligente — pas inconsidérée, selon le mot de saint Paul — peut découler d'une connaissance plus perspicace de n'importe quelle anomalie. Kinsey écrivait, par exemple :

« Il est certain que bien des représentants des anciennes générations ignoraient à quel point l'homosexualité était fréquente durant leurs années de jeunesse. Il est fort possible que les libres discussions qui s'exercent de nos jours sur l'homosexualité, aient fait prendre conscience au public d'une activité sexuelle qui a toujours été dans les habitudes de l'animal humain. » (*Le comportement sexuel de l'homme*, op. cit., p. 535.)

Nous avons tenté de souligner que cette « conscience » résultant de libres discussions devait toujours demeurer aussi objective qu'éclairée. Elle ne doit pas non plus diminuer la haute considération que le chrétien voue au surnaturel. Le secours de Dieu, ses promesses, sont peut-être en divers cas l'unique ressort capable d'aider un malade à ne pas sombrer ou dans le pessimisme ou dans le vice. Et, à ce propos, il y a dans la *Somme théologique* une remarque de saint Thomas qui fait preuve d'une étonnante psychologie apte à surprendre ceux qui s'imaginent que seule l'ac-

tuelle psychologie clinique a été capable de comprendre l'homme :

« La crainte naît de l'amour. Toute vertu qui diminue l'amour de certains biens doit donc diminuer la crainte des maux contraires. » (II/II, q.123, a.4, ad 2.)

C'est en traitant de la vertu de force que le Docteur Angélique parlait ainsi. Dieu, en donnant la force nécessaire pour affaiblir l'amour de satisfactions charnelles coupables, accorde de ce fait une paix toujours plus grande, parce que les « maux contraires » se font moins menaçants. Et parmi ces maux le plus effrayant est sans doute de perdre l'amitié de Dieu : ceci parce qu'on n'a pas utilisé la mesure, peut-être très faible et très réduite, qui permettait d'introduire dans l'action une part de consentement ou de refus à telle démarche ou à telle entreprise. La vertu alors, tant naturelle que surnaturelle, la vertu, qui n'est pas une vieille notion démodée, sera cet état qui incline à bien agir, afin d'arriver un jour auprès de Dieu. Et là seulement le « malade » comprendra le rôle que joua, dans le plan de la Providence, telle anomalie ou tel penchant morbide qui le firent tant souffrir durant son passage ici-bas.

VALEUR DE LA RECTOPEXIE TRANSABDOMINALE PAR BANDELETTE APONÉVROTIQUE PÉDICULÉE

J.-Y. McGRAW

Une première expérience nous avait révélé l'efficacité du rôle suspenseur d'une bandelette prélevée à même l'aponévrose de revêtement du muscle grand droit de l'abdomen comme moyen artificiel de support actif pour le rectum (5). Or tel n'était pas notre but, en décrivant et éprouvant pareille technique opératoire, ou simplement de reconnaître le rôle suspenseur de cette bandelette d'aponévrose, ou encore de montrer son efficacité. Une revue bibliographique du sujet fait d'ailleurs découvrir qu'un type de suspension aponévrotique du rectum, bien que procédant d'une technique totalement différente et utilisant en outre des bandes de *fascia lata*, fut en effet primitivement décrit par Orr (8) et appliqué avec succès à la cure du prolapsus rectal. A une époque beaucoup plus récente, et bien que destinée à l'utérus, une nouvelle technique de suspension aponévrotique, également très différente cependant et comportant du reste un segment d'aponévrose du grand oblique, fut encore proposée et utilisée par Stoesser (9), suivie apparemment de très bons résultats.

La description de l'opération discutée ici, résultant en réalité d'une conception nouvelle de la pathologie même du prolapsus (4), s'est plutôt et uniquement proposée d'apporter à la cure du prolapsus rectal une méthode thérapeutique rationnelle et durable, mais à la fois simple et bénigne. L'originalité de sa technique, ainsi basée sur une compréhension sûre du mécanisme même de production du prolapsus (3), réside précisément dans l'atteinte de ce double but, également important mais jusqu'ici négligé, et qui concerne la restauration à la fois de la conformation anatomique et de la fonction physiologique du segment rectal prolapsé (2).

Telles sont donc les seules raisons qui ont motivé la description de cette nouvelle technique comme d'ailleurs la réalisation des nombreuses épreuves expérimentales auxquelles elle devait nécessairement être soumise au préalable. Une telle directive aurait évidemment pu, toutefois, être suscitée par le constant échec ou le résultat éphémère des divers modes de traitement déjà décrits, qui justifient d'ailleurs pleinement son intronisation, mais il nous apparaît peu vraisemblable que, sans ajouter aux considérations morphologiques le rôle de la fonction physiologique, la technique que nous préconisons aurait pu supposer des bases aussi solides, ou encore se prévaloir de principes aussi rationnels que ceux traduits par son exécution, ou enfin, affecter autant d'efficacité en dépit de l'absolue simplicité ou bénignité de sa réalisation : bien au contraire, fondée sur d' uniques concepts anatomiques comme la grande majorité des interventions antérieures, elle se serait davantage rapprochée de leurs procédés, presque toujours radicaux et le plus souvent inexplicables, dont en particulier la résection du rectum avec ses différentes modalités, et aurait très probablement connu éventuellement le même sort, soit le même échec et la même incompetence, suivi rapidement de son rejet et de son oubli (1).

C'est donc précisément parce qu'elle représente véritablement le résultat d'une analyse compréhensive des divers mécanismes physio-pathologiques fondamentaux en cause (3) que l'opération préconisée ici nous apparaît comme un progrès indéniable dans le traitement du prolapsus rectal en assurant, par sa rationalité, un succès durable de sa cure chirurgicale, et qu'en conséquence elle doit être considérée comme telle. Or, malgré la

confirmation de l'efficacité du rôle suspenseur de la bandelette, et dans l'unique but de corroborer l'entière compatibilité de l'intervention, la rendant ainsi à l'abri de tout doute sur sa technique même, il nous a semblé préférable d'éprouver, non plus cette fois la valeur fondamentale de la technique, mais bien la valeur même de la bandelette, soit en lui prêtant diverses formes et en l'utilisant de manières différentes.

L'expérience actuelle comporte donc une appréciation de la valeur de la suspension aponévrotique artificielle du rectum, référant en réalité à la valeur même de la bandelette aponévrotique.

PROTOCOLE EXPÉRIMENTAL

Le protocole expérimental, dans son ensemble, s'est montré pratiquement le même que celui de l'expérience précédente (5) : seuls ont différé, en effet, le sexe et les groupes des animaux, d'une part, et le prélèvement et la fixation de la bandelette aponévrotique, d'autre part.

L'expérience a en effet été effectuée chez des chiens femelles de souches différentes, d'un poids moyen de 11,4 kilogrammes (9,1 à 13,7 kg). Les animaux furent répartis, dès le début de l'expérience, en deux groupes principaux représentant respectivement un groupe témoin de cinq animaux et un groupe expérimental au nombre de huit animaux. Le premier de ces groupes comprenait en réalité trois variétés bien distinctes de témoins : des témoins absolus d'abord, au nombre de deux, non opérés et uniquement soumis, comme contrôle nécessaire, à l'un ou l'autre des régimes constipant ou cathartique ; un témoin chirurgical ensuite, réduit à un seul animal par suite du peu de répercussion de l'acte opératoire et qui, opéré et soumis exactement à la même intervention que les animaux mis en expérience, exception faite évidemment du temps de la suspension rectale, a représenté le témoin du *stress* chirurgical ; des témoins expérimentaux, enfin, où, en opposition aux groupes suivants, une seule bandelette aponévrotique disposée soit longitudinalement,

soit circulairement fut utilisée dans la suspension du rectum.

Les animaux du groupe expérimental furent eux-mêmes subdivisés en quatre sous-groupes de deux chiennes chacun, où furent prélevés non plus une mais deux bandelettes aponévrotiques dont l'agencement convergent, parallèle, divergent ou enfin circulaire a d'ailleurs servi à marquer les groupes. Chacun des animaux de ces divers groupes reçut également, suivant le cas, soit un traitement constipant, soit un traitement cathartique, par ailleurs administré de la même façon qu'au cours de l'expérience précédente (5).

Quant aux autres éléments du protocole, ils se sont avérés identiques et les mêmes qu'antérieurement, impliquant à la fois la composition et la distribution de la diète ; l'aspect chirurgical de l'expérience (prémédication et anesthésie proportionnées au poids, technique chirurgicale foncièrement la même, soins postopératoires inchangés) ; l'imposition d'exercices postopératoires violents ; la nature, l'administration et la durée de la thérapeutique constipante ou cathartique, tant immédiate qu'éloignée ; les conditions purement physiques de l'expérience et, enfin, le protocole général des critères macroscopiques et histologiques habituels.

RÉSULTATS

Comportement général :

L'évolution du comportement général des animaux du groupe expérimental s'est révélée identique et sans particularités, en tous points superposable aux observations relevées au cours de la première expérience. D'ailleurs, l'étude attentive de ses différents facteurs constituants ne permet même aucune comparaison préjudiciable entre le comportement des animaux expérimentaux et témoins, tellement l'identité des conditions est commune.

Épreuves fonctionnelles :

La reprise des mêmes épreuves fonctionnelles appliquées antérieurement révèle, une fois de plus, que la présence d'une unique bandelette

longitudinale ne peut en aucune façon modifier ou perturber le fonctionnement normal des appareils urinaires ou digestifs, principalement dans leur fonction vésicale ou rectale respective. Semblables constatations s'appliquent d'ailleurs aussi bien à la double bandelette convergente ou encore divergente.

Il ne peut en être de même, par contre, de la double bandelette de type parallèle ou circulaire qui, sans interférer dans le mécanisme vésical, peut toutefois entraver sérieusement le processus physiologique de la fonction rectale en constituant, suivant le cas, un véritable cylindre ou encore un véritable anneau d'étranglement d'où, évidemment, peut éventuellement résulter la production d'une obstruction intestinale mécanique ou encore, en raison même du péristaltisme, d'une nouvelle invagination intestinale. Un tel danger peut d'ailleurs être prévu dès les constatations de l'examen endoscopique qui, dans un cas, révèle la relative immobilité du segment de la paroi rectale antérieure comprise entre les deux bandelettes et sa non-participation au péristaltisme intestinal, alors que dans l'autre il laisse voir un anneau constricteur ou sténosant plus ou moins marqué et correspondant à l'insertion périrectale de la bandelette.

Constatations anatomiques :

De l'examen *in situ* des organes, et malgré le stress continu imposé à la fonction rectale, il s'avère véritablement impossible de conclure à la prédominance d'un procédé sur l'autre, de sorte qu'il s'ensuit, au point de vue macroscopique du moins, qu'aucun agencement structural de la bandelette elle-même ne peut effectivement être considéré supérieur à un autre et, qu'en ce sens, la méthode la plus simple devient, en pratique, la meilleure.

D'autre part, l'application des techniques histologiques utilisées antérieurement dans l'étude du comportement de la structure intime de la bandelette confirme totalement les résultats obtenus, avec cette réserve évidente cependant que les réactions de la séreuse péritonéale y apparaissent généralement plus importantes.

DISCUSSION

Il ne peut donc persister de doute que, dans la suspension artificielle procurée au rectum par une bandelette aponévrotique du grand droit, le nombre, la forme ou l'agencement même de la bandelette fixée à la paroi rectale antérieure ne possèdent en eux-mêmes aucune valeur propre ou même contributive à la fonction première de la bandelette et, en conséquence, ne peuvent évidemment modifier la valeur de son rôle. Il appert même que deux de ces types de conformation, soit les variétés parallèle et circulaire, sont d'ailleurs susceptibles, par suite précisément de leur disposition particulière, de déterminer de sérieuses complications d'ordre mécanique, sous forme plus précisément d'une obstruction ou même d'une nouvelle invagination intestinale.

Or de telles constatations entraînent nécessairement à leur suite le rejet ou du moins la modification des opérations dont le principe même est ainsi impliqué, soit en particulier la fixation de bandes parallèles et médianes suivant la technique de Orr (8), ou encore la confection d'un manchon aponévrotique récemment décrite par Nigro (7).

D'autre part, bien que la critique même des opérations sera présentée et discutée au cours d'un travail ultérieur (6), il convient de faire remarquer ici que la totalité des techniques de plastie reconstructive utilisant comme ligaments suspenseurs du rectum les propriétés de bandes aponévrotiques n'ont jamais recouru qu'à des segments dévitalisés d'aponévrose, constituant de la sorte beaucoup plus une transplantation d'aponévrose qu'une véritable greffe tissulaire. Or la technique que nous proposons ici, sans aucun doute préférable, permet l'utilisation d'une greffe aponévrotique pédiculée par le maintien de ses attaches pubiennes, qui assurent ainsi au nouveau ligament une conservation de ses caractères structuraux primitifs, dont dépend en partie d'ailleurs l'opportunité de son rôle.

D'autre part, par la préservation de son insertion pubienne qui lui garde un certain contact avec la terminaison tendineuse du muscle qu'elle recouvre, la bandelette, qui, normalement,

accentue l'angulation du coude ano-rectal, peut fort bien de plus, au moment de l'effort, par suite précisément de la relative dépendance de l'action du muscle grand droit qui par sa contraction participe à ce phénomène de l'effort, faciliter ou favoriser la position rectale de défécation, rendant ainsi au mécanisme de l'évacuation intestinale sa physiologie normale.

C'est cependant la première fois qu'on utilise pour la suspension artificielle du rectum une bandelette de l'aponévrose du grand droit, en dépit de son accès facile immédiat qui aurait dû normalement la faire préférer à tous les autres artifices utilisés avec plus ou moins de succès. L'étude histologique échelonnée de l'évolution de la bandelette, par la constance de ses constatations, est d'ailleurs garante de la stabilité de ses caractères structuraux qui la prédisposent d'ailleurs parfaitement ainsi à son nouveau rôle de tendon ou ligament suspenseur.

CONCLUSION

A la confirmation de l'efficacité de son rôle nous avons tenu à corroborer la valeur de la suspension aponévrotique artificielle du rectum par l'appréciation directe de la valeur de son élément suspenseur. Or cette valeur se trouve

effectivement confirmée et, en conséquence, assure une simplicité accrue de la technique avec cependant la même efficacité.

Enfin, après critique des principaux procédés de suspension aponévrotique proposés, et après comparaison des matériaux mêmes utilisés, il nous apparaît encore davantage justifié de préconiser au plus haut point l'adoption de l'opération dont les principes et la technique ont été antérieurement décrits.

BIBLIOGRAPHIE

1. MCGRAW, J.-Y., Le problème du prolapsus des organes intrapelviens, *Laval méd.*, 31 : 473, 1961.
2. MCGRAW, J.-Y., Le prolapsus des organes intrapelviens. Rappels anatomiques et physiologiques, *Laval méd.*, 32 : 32, 1961.
3. MCGRAW, J.-Y., La pathologie du prolapsus des organes intrapelviens, *Laval méd.*, 32 : 223, 1961.
4. MCGRAW, J.-Y., Étude expérimentale du prolapsus rectal. Considérations préliminaires, *Laval méd.*, 32 : 481, 1961.
5. MCGRAW, J.-Y., Efficacité de la rectopexie transabdominale par bandelette aponévrotique pédiculée, *Laval méd.*, 32 : 618, 1961.
6. MCGRAW, J.-Y., Confrontation clinique d'une étude expérimentale du prolapsus rectal, *Laval méd.*, à paraître prochainement.
7. NIGRO, N. D., et WALKER, G. L., An evolution of the mechanism and treatment of complete rectal prolapse, *Am. J. Med. Sc.*, 254 : 213, 1957.
8. ORR, T. G., A suspension operation for prolapse of the rectum, *Ann. Surg.*, 126 : 833, 1947.
9. STÖESSER, F. G., Construction of a sacrocervical ligament for uterine suspension, *Surg., Gynec. & Obst.*, 101 : 638, 1955.

Brian E. HEARD et Roger WILLIAMS. **The pathology of asbestosis with reference to lung function.** (Les lésions pathologiques de l'asbestose en relation avec la fonction pulmonaire.) *Thorax*, 16 : 264-281, (sept.) 1961.

Les auteurs rapportent les cas de six patients atteints d'asbestose qu'ils purent examiner cliniquement et pathologiquement particulièrement en relation avec leur emphysème.

Chez cinq de ces patients dont l'asbestose était particulièrement diffuse, fonctionnellement, il n'y avait que peu ou pas d'emphysème. On retrouve des adhésions pleurales denses, parfois avec des plaques épaisses de type cartilagineux et une fibrose pulmonaire de degré variable, spécialement dans les lobes inférieurs, dans les régions sous-pleurales.

Dans un cas, cependant, il y avait des signes fonctionnels évidents d'emphysème, on retrouve des lésions pathologiques d'emphysème centrilobulaire étendu, accompagné d'une fine fibrose. Les signes fonctionnels de l'emphysème sont rares dans l'asbestose ; l'évolution clinique de ce patient atteint de bronchite purulente récurrente diffère de celle des autres et les auteurs croient que l'emphysème était associé à une infection plutôt qu'à l'asbestose.

Les lésions pulmonaires responsables de la diminution de la capacité inspiratoire et du volume pulmonaire étaient vraisemblablement les adhérences pleurales, les plaques et la rétraction due à la fibrose pulmonaire. Les légers signes d'emphysème diffus et centrilobulaire rencontrés chez les cinq autres patients ont été fréquemment observés par les auteurs dans la population générale et ne doivent pas être considérés comme provoqués par l'asbestose.

Les corps d'asbestose furent fréquemment observés dans les régions fibreuses et non fibreuses des poumons. Des corps d'asbestose atteignant jusqu'à 60μ de longueur furent trouvés en petit nombre dans les glandes hilaires. Aucun ne fut trouvé dans les plaques pleurales, ni dans les autres organes.

Des adhésions pleurales denses furent trouvées dans les six cas et des plaques épaisses de type cartilagineux, chez trois d'entre eux. Ces plaques

ressemblaient parfois à des surfaces articulaires et les auteurs suggèrent qu'il peut s'agir de dépôts de fibrine organisée polis par les mouvements pulmonaires.

Dans un cas, la fibrose était considérable et donna l'apparence des cellules d'une ruche avec des cavités allant jusqu'à 1,1 cm de diamètre.

B. T. LE ROUX. **An analysis of 700 cases of carcinoma of the hypopharynx, the œsophagus, and the proximal stomach.** (Analyse de 700 cas de cancer de l'hypopharynx, de l'œsophage et de la partie proximale de l'estomac.) *Thorax*, 16 : 226-255, (sept.) 1961.

L'auteur, du département de chirurgie clinique de l'université d'Édimbourg, présente la compilation de 1 200 patients qui, au cours d'une période de 12 ans, furent examinés pour dysphagie à l'unité de chirurgie thoracique d'Édimbourg. Parmi ces malades on retrouva 700 cas de cancer de l'hypopharynx, de l'œsophage et de la partie supérieure de l'estomac. Puisque tous ces malades avaient consulté en raison de leur dysphagie, c'est donc ce symptôme qui constitue le lien entre tous ces cas.

Des 20 cas de cancer squameux impliquant l'hypopharynx, 19 étaient des femmes. Neuf cas avaient des métastases au premier examen et ces patients succombèrent dans un délai moyen de sept mois après le début de la dysphagie. Onze cas furent soumis à une intervention chirurgicale et quatre d'entre eux ont maintenant une survie de plus de cinq ans. Sept des 20 patients avaient de la dysphagie intermittente depuis de nombreuses années et tous ces patients succombèrent rapidement lorsqu'une modification dans le caractère de leur dysphagie précipita leur admission à l'hôpital.

Trois cent quatre-vingt-deux patients atteints de cancer squameux de l'œsophage furent examinés et 62 pour cent d'entre eux, soumis à une intervention chirurgicale. L'invasion de la trachée et des bronches fut la contre-indication la plus fréquente à l'intervention chirurgicale. Parmi les patients soumis à l'intervention, 34 pour cent décédèrent de l'opération et dix pour

cent sont encore vivants après cinq ans. Dans 60 pour cent des cas soumis à l'intervention chirurgicale, l'évolution naturelle de la maladie, tel qu'on peut en juger par le comportement des patients qui furent jugés inaptes à l'intervention chirurgicale, ne fut pas modifiée. Le pronostic fut particulièrement mauvais dans les cas où la tumeur était située à la partie supérieure de l'œsophage.

Vingt-six patients atteints de cancers non différenciés furent examinés; douze d'entre eux subirent une intervention chirurgicale et un seul survécut plus de cinq ans.

Deux cent soixante-douze patients atteints d'adénocarcinomes de l'œsophage ou de la partie supérieure de l'estomac furent examinés et 62 pour cent d'entre eux subirent une intervention chirurgicale. Les métastases hépatiques et glandulaires furent les causes les plus fréquentes de contre-indication d'intervention chirurgicale. Des 40 patients atteints de tumeur du fondus gastrique qui subirent une intervention chirurgicale, six étaient encore vivants cinq ans après l'intervention et onze avaient succombé des suites de l'opération. L'opération fut entreprise chez 130 patients atteints d'un adénocarcinome visible de l'œsophage: 25 d'entre eux succombèrent de l'opération et cinq pour cent survivaient cinq ans plus tard. Dans 56 pour cent des adénocarcinomes visibles résectionnés, l'évolution naturelle de la maladie ne fut pas modifiée. De tous les patients opérés pour un adénocarcinome, huit pour cent survivaient cinq ans après leur intervention.

L'auteur exécuta 418 œsophago-gastrectomie. La mortalité opératoire fut de 30 pour cent et l'incompétence de l'anastomose fut en cause dans près du tiers de ces décès.

Des 418 résections, 220 furent faites il y a plus de cinq ans et de ces 220 patients, 60 succombèrent de l'intervention. L'incidence de la survie de cinq ans parmi les patients soumis à l'opération fut de 17 pour cent et de 23 pour cent pour ceux qui survécurent à l'opération. Vingt-neuf pour cent des 418 patients soumis à une intervention chirurgicale ou 37 pour cent de ceux qui survécurent à l'intervention, succombèrent de métastases au cours de la première année après l'intervention. Une palliation efficace fut obtenue chez 33 pour cent des patients soumis à l'opération et 43 pour cent de ceux qui y survécurent. Quarante pour cent des patients soumis à l'intervention en tirèrent un bénéfice appréciable, ce qui ne fut pas le cas pour 60 pour cent d'entre eux. La dysphagie réapparut chez 14 pour cent des patients

soumis à l'intervention ou 19 pour cent de ceux qui survécurent.

William A. BLANC. **Pathways of fetal and early neonatal infection. Viril placentis, bacterial and fungal chorioamnionitis.** (Voies d'infection fœtale et néo-natale précoce. Placentite virale et chorioamnionite bactérienne et fongique.) *J. Pediat.*, 59 : 473-496, (oct.) 1961.

L'infection demeure encore un important facteur de la mort périnatale. Des infections hématogènes transplacentaires peuvent être causées par un grand nombre de virus, bactéries ou protozoaires et entraîner diverses lésions fœtales et néo-natales.

La connaissance des lésions pathologiques du placenta et l'évolution de ces lésions sont loin d'être connues. Les infections transplacentaires semblent cependant jouer un rôle limité dans la mort périnatale. Par ailleurs, l'infection ascendante placento-fœtale ne semble pas non plus importante, si ce n'est dans l'avortement et dans les cas compliqués d'infection amniotique. Le syndrome de l'infection amniotique est bien connu et est habituellement observé, mais non pas toujours chez les enfants nés après un travail prolongé et une rupture prématurée des membranes. Il est dû aux bactéries rencontrées dans les voies génitales et son incidence est d'environ dix pour cent. La plupart des fœtus et des enfants nouveau-nés exposés à une contamination intra-utérine ne font pas d'infection prénatale ni post-natale. Dans ces cas, la seule preuve d'une infection du liquide amniotique est la présence d'une choriosamnionite ou d'une infection du cordon ombilical. Les infections congénitales ou néo-natales, et particulièrement la pneumonie associée à une infection amniotique, sont reconnues comme la cause primaire ou contributive de la mortalité périnatale dans environ dix pour cent des enfants autopsiés. On ne s'entend pas encore sur les meilleurs moyens à employer pour prévenir ou traiter de telles infections.

Le diagnostic des infections congénitales ou néo-natales précoces est difficile et l'administration systématique à titre prophylactique d'antibiotiques est potentiellement dangereuse. Il faudrait soupeser ces dangers en relation avec le risque d'infection. Un tel risque d'infection paraît beaucoup plus important dans les cas où une infection de l'amnios peut être observée.

L'exposition à une infection au cours de la délivrance est un des points qu'il faut considérer dans une étude rationnelle de la prophylaxie et de la thérapeutique des infections néo-natales. La preuve d'une telle exposition peut être rapidement obtenue à la naissance par l'emploi de tests simples et fiables basés sur la démonstration d'une réaction inflammatoire dans le cordon ombilical ou dans le placenta. L'identification rapide des bactéries en cause doit alors être entreprise.

Idéalement, on devrait entreprendre des tests de routine, ou au moins les exiger dans les cas de prématurité, en raison de l'incidence élevée des infections de l'amnios chez ces enfants. L'auteur suggère que les études sur la valeur des moyens prophylactiques ou thérapeutiques employés soient basées sur des critères objectifs de l'inflammation de l'amnios.

Parmi les tests morphologiques de diagnostic, il y aurait lieu de signaler la section congelée du cordon ombilical et le montage de l'amnios. Pour ce dernier, on prélève habituellement un pouce carré d'amnios sur le placenta dans une région qui recouvre les vaisseaux chorioniques. Ce prélèvement est fixé dans de l'alcool à 95 pour cent pendant une minute, lavé à l'eau et coloré pendant une minute dans une solution aqueuse à un pour cent de violet de crésyl, rincé à l'eau et monté sur une lame comme une section congelée.

Un des aspects étonnants du syndrome d'infection amniotique est la rareté des infections des enfants qui furent certainement contaminés *in utero*. On ignore encore si la différence d'évolution clinique dépend des mécanismes de défense naturels, du degré de contamination, des voies de contamination ou de la variété des bactéries en cause.

Comme illustration des voies d'infection fœtale et de la valeur de l'examen du placenta, l'auteur décrit des exemples exceptionnels d'infection transplacentaire et amniotique, tel un cas de maladie à inclusion cytomégalique associée à une placente virale et un syndrome d'infection amniotique due au *Candida albicans* associé à des bactéries entériques. L'auteur rappelle quelques critères d'infection amniotique :

1. *Chez la mère* : L'infection peut être suspectée chaque fois que l'on retrouve des facteurs favorables à une infection ascendante chez la mère ou encore de l'hyperthermie. Il faut cependant observer que la corrélation clinique entre les facteurs de suspicion et la placente n'est pas toujours constante.

2. *Chez le fœtus* : Certains auteurs ont suggéré qu'une tachycardie persistante au-delà de 160 à la minute serait une indication d'infection amniotique.

3. *Chez le nouveau-né* : Le diagnostic d'infection reliée à une infection amniotique est difficile et les symptômes ne sont pas toujours précis. La meilleure politique consistera donc à retenir les cas pour lesquels une telle infection est suspectée et faire une recherche bactérienne systématique.

D. SCHWARTZ, G. ANGUERA et J. LENÈGRE. **Tabac et athérosclérose coronarienne. Étude de 956 cas et de 956 témoins.** *Rev. franç. études clin. biol.*, 6 : 645-656, (août-sept.) 1961.

L'étude comparative des auteurs est basée sur 956 malades venus consulter ou hospitalisés pour de l'angine de poitrine ou un infarctus du myocarde comparés à 956 témoins non malades appariés par sexe, âge et enquêteur. Les malades de sexe masculin surpassent les témoins, de façon hautement significative, pour la quantité fumée et la tendance à inhaler la fumée de cigarette. De ces deux facteurs, le second seul a un rôle propre important : le risque des fumeurs n'inhalant pas est pratiquement égal à celui des non-fumeurs, et si le risque augmente avec la quantité fumée, c'est surtout parce que les grands fumeurs ont davantage tendance à inhaler.

L'effet de l'inhalation est plus visible encore si les malades présentent, en outre, de l'athérosclérose oblitérante des membres inférieurs ; par contre, il n'apparaît pas chez les sujets qui présentent de l'hypertension, ou du moins pour une catégorie particulière de sujets hypertendus.

En discussion, les auteurs insistent beaucoup sur le facteur inhalation et avancent que si, dans certaines enquêtes, les taux de mortalité par infarctus du myocarde chez les fumeurs et les non-fumeurs ne diffèrent pas significativement, c'est sans doute parce qu'on a négligé de tenir compte de ce facteur important.

En conclusion, les auteurs signalent les points suivants :

1. L'association ne porte pas sur l'usage du tabac en général, mais essentiellement sur l'habitude d'inhaler la fumée.

2. L'habitude d'inhaler la fumée est associée non seulement à l'athérosclérose coronarienne, mais à quelques autres affections, notamment

respiratoires ou artérielles, ainsi qu'à certains cancers : les cancers des bronches, du larynx et même de la vessie, mais pas aux autres. De même, parmi les malades de leurs enquêtes, les auteurs ont observé une association particulièrement forte, lorsqu'ils présentent, en outre, de l'athérosclérose des membres inférieurs.

3. On sait en particulier que la quantité de nicotine absorbée est plus grande quand on inhale la fumée : sept à dix fois plus grande d'après divers auteurs. Sans doute, le rôle possible de la nicotine dans la genèse de l'athérosclérose reste-t-il un sujet très controversé.

4. Pour le sexe féminin, le nombre de cas est moins élevé et, bien qu'on n'ait pas trouvé d'association avec l'usage du tabac, le rôle de celui-ci ne peut être exclu.

H. MATHIEU, R. HABIB, P. CUISINIER, P. MULLER et P. ROYER. **Néphrocalcino-
nose du rat éthyroïdé à la naissance par l'iode¹³¹**. *Rev. franç. études clin. biol.*, 6 : 657-669, (août-sept.) 1961.

Les auteurs ont pratiqué sur 20 rats une thyroïdectomie à la naissance par injection intrapéritonéale d'iode¹³¹. La thyroïdectomie ainsi obtenue est complète et n'a pas lésé les parathyroïdes.

Il existe un intervalle libre de 20 à 30 jours entre l'injection d'iode¹³¹ et les premières manifestations cliniques de thyroïdectomie. La maturation osseuse continue pendant 10 à 30 jours après l'apparition de ces manifestations.

Une néphrocalcino-
nose atteignant surtout la jonction cortico-médullaire et la médullaire a été trouvée chez 15 des 20 rats ainsi traités, alors que les 14 témoins étaient normaux.

Il existe chez ces rats une hypercalciurie de la treizième et de la dix-huitième semaine, qui disparaît à la quarantième semaine. Les bilans calciques montrent une absorption calcique normale de la treizième à la dix-huitième semaine qui demeure anormalement élevée à la quarantième semaine. Trois rats avaient en outre une calcémie élevée.

La *clearance* glomérulaire et la tension artérielle sont diminuées.

Le taux de calcium de l'os par rapport au résidu minéral est augmenté, mais le taux du résidu

minéral par rapport à l'os sec est diminué. Les raisons de ce fait mériteraient d'être analysées.

La néphrocalcino-
nose est de constitution lente et progressive. Une hypersensibilité à la vitamine D, qui n'a pas été prouvée, expliquerait de façon satisfaisante la néphrocalcino-
nose, les anomalies du bilan calcique, l'hypercalciurie. Cette dernière a pu jouer un rôle dans l'apparition de la néphrocalcino-
nose, sans doute à côté d'autres facteurs non analysés.

S. GELLER. **Courbe thermique du cycle et durée du corps jaune menstruel. Étude statistique. Déductions physiopathologiques**. *Rev. franç. études clin. biol.*, 6 : 706-708, (août-sept.) 1961.

Les auteurs ont fait une étude statistique de la durée du corps jaune menstruel en prenant comme critère la durée du plateau thermique prémens-
truel. L'étude a porté sur 590 cycles diphasiques où la morphologie de la courbe thermique permettait de préciser sans ambiguïté la durée du plateau thermique. Elle a permis de définir une zone de durée habituelle comprise entre neuf et 13 jours. Cette zone groupe environ 80 pour cent des cas étudiés : on peut donc la considérer comme la zone de durée normale du plateau thermique, pour laquelle on peut adopter la valeur de 11 plus ou moins deux jours.

Le plateau thermique peut déplacer de quelques jours sa limite supérieure de durée habituelle, mais en tout état de cause, cette extension ne peut aller au-delà de 17 jours. Cette limite de 17 jours exprime un caractère impérativement limité du corps jaune en l'absence de grossesse. On peut donc conclure que, à partir d'une durée de 18 jours, le plateau thermique doit être considéré comme prolongé et faire penser à un diagnostic de grossesse.

Par ailleurs, le plateau thermique peut durer moins de neuf jours, définissant ainsi une entité physiopathologique particulière, la brièveté pathologique du corps jaune. Il s'agit là d'une forme particulière d'insuffisance lutéale dans laquelle les éliminations hormonales peuvent être parfaitement normales, l'anomalie fonctionnelle résidant dans l'incapacité où se trouve le corps jaune de maintenir cette activité sécrétoire pendant toute la durée physiologique.

Précis d'obstétrique, par Robert MERGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Jean LÉVY et Jean MELCHIOR. Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 914 pages, avec 397 figures (17,5×22). Broché : 56 nf ; cartonné toile : 65 nf ; *Masson & Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Le succès sans précédent du précis d'obstétrique de R. Merger, J. Lévy et J. Melchior n'a surpris personne. Médecins comme étudiants ont apprécié la clarté de l'exposé, la précision du style, la facilité de la lecture de cet ouvrage, qui réunit l'ensemble des connaissances se rapportant à la grossesse.

Deux ans après sa parution, la première édition a été épuisée. La seconde édition conserve le même plan d'ensemble et demeure fidèle aux qualités qui ont fait le succès de la première.

Certains chapitres ont été remaniés et enrichis des nouvelles acquisitions intervenues. La contribution de la microphotographie, de la microcinématographie, du microscope électronique, apporte des éléments nouveaux à l'étude des gamètes, de l'embryon, du chorio-épithéliome . . .

Les dosages hormonaux dans les avortements spontanés, les frottis vaginaux des grossesses prolongées, ont été l'objet de toutes récentes mises à jour. Il en est de même pour les rapports qui unissent l'obstétrique à certains aspects de la pathologie générale : anémie, ictère, maladies infectieuses, cancers . . .

Parmi les matières des nouveaux chapitres, une étude précise de la béance de l'isthme et de sa correction chirurgicale retient spécialement l'attention. De même les indications et la technique des spatules et des ventouses sont tour à tour détaillées.

Des chapitres d'obstétrique classique dont la teneur semblait devoir rester immuable, ont été modifiés. Il n'est en effet de domaines où l'expérience clinique des auteurs ne se soit perfectionnée, à la faveur de conditions de travail exceptionnelles.

Dans la seconde édition de leur précis d'obstétrique, les auteurs font donc le point des connaissances indispensables à l'accoucheur moderne.

PLAN DE L'OUVRAGE

I. *Anatomie, physiologie et pathologie obstétricales* (445 pages) :

Anatomie et physiologie. — Grossesse normale. — Accouchement normal. — Suites de couches physiologiques. — Les présentations. — Anomalies de la grossesse. — Pathologie des annexes du fœtus. — Pathologie propres au travail. — Complications traumatiques de l'accouchement. — Complications de la délivrance. — Pathologie des suites de couches.

II. *Rapports de l'obstétrique avec la pathologie générale* (222 pages) :

Pathologie gynécologique. — Pathologie médico-chirurgicale.

Maladie gravidique précoce. Syndromes vasculo-rénaux et pathologie rénale en cours de grossesse. Syndromes cardiovasculaires et maladies du sang. Le choc en obstétrique. Embolie amniotique. Infections générales. Pneumopathies au cours de la grossesse. Syndromes digestifs chez la femme enceinte. Maladies du système nerveux. Endocrinologie et maladie de la nutrition. Pathologie osseuse, articulaire et musculaire. Dermatologie de la grossesse. Affections diverses. Rayons X et grossesse. Ophthalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie. Mortalité maternelle.

III. *Les interventions obstétricales* (111 pages).

IV. *Le nouveau-né* (92 pages) :

Le nouveau-né normal. — Le prématuré. — Pathologie du nouveau-né. — Mortalité périnatale.

V. *Motions juridiques et sociales* (14 pages).

Index des matières.

Les affections de la macula, par Jean-Pierre BAILLART. Préface de L. GUILLAUMAT. Un volume de 208 pages, avec 61 figures (16,5×25) : 35 nf. *Masson & Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

L'atteinte de la macula par un processus pathologique est toujours un drame pour celui qui est touché. Centre de la vision précise, la macula est le point d'appui sensoriel le plus important dans la vie intellectuelle, scientifique, artisanale.

Par l'incapacité considérable qu'elles entraînent, les lésions maculaires ne passent jamais inaperçues et sont en général aisément reconnues. Mais, malgré leur fréquence et leur modalité évolutive éminemment variables, la difficulté commence dans la recherche de l'étiquette précise à donner aux lésions observées. Malgré la situation privilégiée de l'ophtalmologiste qui observe directe-

ment, et fortement grossies, les lésions qu'il étudie, l'aspect objectif ne permet généralement pas de porter un diagnostic précis, ni même de dire s'il s'agit d'une lésion infectieuse, vasculaire ou dégénérative. C'est dire la difficulté de l'élaboration d'un diagnostic, base essentielle d'une thérapeutique rationnelle. L'extension des explorations fonctionnelles, et leur confrontation avec les signes objectifs, apportent dans bien des cas des informations importantes.

C'est dans cet esprit qu'a été conçu ce livre. S'il n'apporte pas de grandes nouveautés dans la pathologie maculaire, il réunit des notions éparses, dispersées dans bien des traités et des revues. Cette synthèse n'avait pratiquement jamais été réalisée.

Après un rappel anatomique sur la constitution de la macula et de ses connections intercellulaires, l'auteur étudie les particularités physiologiques de la rétine ; mais ces études anatomiques et physiologiques sont volontairement incomplètes, cherchant seulement les bases qui seront le point d'appui de l'exploration fonctionnelle de la région. Une place prépondérante est donnée à celle-ci, et particulièrement à des faits peu connus ou nouveaux comme l'étude des réactions maculaires à l'éblouissement, l'examen entoscopique, l'électrorétinographie « dynamique » de Jayle.

Après un chapitre sur les caractères généraux des lésions maculaires commence l'étude de la nosographie ; successivement sont passés en revue les traumatismes mécaniques, lumineux, électriques, et même atomiques.

Les manifestations infectieuses sont ensuite étudiées : celles dont l'étiologie est connue, avec une place particulière à la syphilis, la tuberculose, la toxoplasmose ; celles aussi, très nombreuses, où la recherche étiologique échappe aux investigations les plus précises.

Après une étude des affections vasculaires, la participation de la macula dans les maladies de système est envisagée : dyslipodose, maladie du système élastique, collagénose, sont ainsi passées en revue dans la mesure où elles intéressent la macula.

Une extension beaucoup plus importante est donnée aux affections dégénératives, tant séniles qu'hérédofamiliales. Une tentative nouvelle de classification est faite pour ces dernières.

L'aspect médico-légal et surtout social des lésions maculaires est enfin envisagé.

Ce livre donnera aux médecins en général, une notion assez précise des causes les plus importantes des troubles de la vision centrale. A l'ophthalmo-

logue praticien, il apporte, sous une forme pratique, la synthèse des notions principales concernant des problèmes qui sont sa préoccupation presque quotidienne.

GRANDES DIVISIONS DE L'OUVRAGE

1. Remarques anatomiques sur la macula. — II. Examen ophtalmoscopique de la région maculaire. — III. Aspect entoptique de la macula. — IV. Particularités physiologiques de la région maculaire. — V. L'exploration de la fonction maculaire. — VI. Caractères généraux des lésions maculaires. — VII. Lésions élémentaires des affections maculaires. — VIII. Signes et symptômes des principales lésions élémentaires de la macula. — IX. La macula et les agressions physiques. — X. Lésions maculaires d'origine infectieuse. — XI. Macula et lésions vasculaires. — XII. Macula et rétinopathies hémorragiques. — XIII. La choroidite séreuse centrale. — XIV. Les malformations congénitales. — XV. Dégénérescences maculaires héréditaires et familiales. — XVI. La macula et maladies de système. — XVII. Dégénérescences maculaires séniles. — XVIII. Macula et myopie. — XIX. Macula et décollement rétinien. — XX. Incidence sociale des lésions maculaires. — Bibliographie.

Abdomen : parois et tube digestif, par J. SENÈQUE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Ch. CHATELIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Tome III du *Traité de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction du professeur J. SENÈQUE, par J.-P. BINET, Ch. CHATELIN, Cl. DUBOST, J. JUDET, R. JUDET, M. MERCADIER, L. QUÉNU, H.-G. RUBERT, et J. SENÈQUE. Un volume de 632 pages, avec 223 figures (20×20). Broché : 90 nf ; Cartonné toile : 102 nf. Masson & Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Ce nouveau *Traité* comprendra en tout cinq tomes qui paraîtront dans des délais rapprochés. Il s'adresse à tous les chirurgiens, et en particulier à ceux qui à leurs débuts peuvent hésiter devant la meilleure solution thérapeutique chirurgicale à adopter, alors qu'ils possèdent une technique chirurgicale mise au point pendant leurs années d'internat.

L'ouvrage ne comporte pas de descriptions minutieuses de la technique même, ni la description des temps opératoires (c'est l'objet d'autres traités et en particulier du *Traité de technique chirurgicale*). Cependant, certains détails d'une technique ou d'une méthode chirurgicale sont précisés, lorsqu'ils sont dictés par des indications thérapeutiques particulières.

Chaque chapitre comporte donc les notions indispensables pour établir avec précision les indications de la thérapeutique chirurgicale. Pour chaque question ont été rappelées : les notions essentielles du diagnostic ; les lésions anatomopathologiques telles qu'elles sont susceptibles de se présenter aux divers stades de l'évolution de la maladie, et telles que le chirurgien peut les découvrir au cours de l'intervention ; enfin, les différentes interventions qui peuvent être pratiquées. Celles-ci ne sont pas présentées dans un ordre technique systématique, mais au fur et à mesure que telle ou telle forme clinique ou lésion anatomopathologique particulière d'une maladie en pose l'indication.

Les différentes maladies chirurgicales sont exposées suivant un ordre conventionnel, par région, puis par organe.

Les auteurs n'ont pas donné un grand développement à certaines affections bénignes ou d'indications opératoires simples. En revanche, ils se sont attachés à préciser les indications thérapeutiques de certaines formes particulières de maladies connues ou de certaines complications qui peuvent poser des indications thérapeutiques spéciales. De même les complications opératoires et postopératoires de certaines affections ont été étudiées avec plus d'attention. Ces indications particulières, que l'on ne trouve en général que dans les articles isolés, épars dans la littérature chirurgicale ou dans les comptes rendus de congrès, ou même qui ne sont que le fruit de l'expérience de très nombreuses années de fonctions hospitalières, seront d'un secours précieux à beaucoup de chirurgiens.

Le troisième tome du traité, qui paraît pour commencer est consacré à la *pathologie de l'abdomen*.

Les indications thérapeutiques dans les affections des parois et du diaphragme sont d'abord exposées ; puis les différentes maladies du tube digestif sont traitées successivement. La maladie ulcéreuse gastroduodénale est envisagée dans ses deux aspects, chez le malade non opéré, ou déjà opéré de l'estomac. Il en est de même des affections tumorales. Certaines affections plus rares mais d'indications thérapeutiques difficiles sont exposées plus complètement parfois que des lésions connues ou d'indications opératoires plus faciles. Les complications postopératoires propres à chaque intervention sont envisagées lorsqu'elles peuvent poser des indications thérapeutiques particulières. C'est ainsi que les complications occlusives après gastrectomie, les fistules duo-

dénales ou jéjunales postopératoires, les complications postopératoires des appendicites, les occlusions postopératoires font l'objet de chapitres détaillés.

Dans le même but, les auteurs ont étudié les affections inflammatoires ou tumorales du gros intestin, même dans leurs aspects très rares, et les indications thérapeutiques sont précisées suivant chaque forme particulière. C'est ainsi que pour le problème thérapeutique des tumeurs du gros intestin, des formes multiples récidivantes sont envisagées dans des paragraphes particuliers. L'iléostomie abdominale et les indications de la colectomie totale figurent parmi ces chapitres.

C'est un ouvrage d'un emploi journalier, essentiellement pratique, qui facilitera au chirurgien la décision de l'indication thérapeutique la meilleure.

GRANDES DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Pathologie des parois de l'abdomen (43 pages). — Pathologie du diaphragme (41 pages). — Traumatismes de l'abdomen (16 pages). — Péritonites (27 pages). — Affections chirurgicales des épiploons (5 pages). — Pathologie du mésentère (28 pages). — Pathologie de l'estomac (145 pages). — Pathologie de l'intestin grêle (79 pages). — Pathologie de l'appendice (29 pages). — Pathologie de la valvule de Bauhin (4 pages). — Pathologie du gros intestin (154 pages). — Pathologie du rectum et de l'anus (45 pages). — Index alphabétique des matières.

Physiologie humaine, cellulaire et organique, par Henri LABORIT, maître de recherches du Service de santé des armées. Un volume de 586 pages, avec 136 figures (17×25). Broché : 60 nf ; cartonné toile : 68 nf. *Masson & Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Dans l'esprit de ses précédents travaux, H. Laborit a voulu rédiger une « physiologie d'organisme », et non une succession de chapitres traitant du fonctionnement séparé de systèmes ou d'organes. Les faits et les données classiques s'y intègrent dans une synthèse à la fois didactique et originale.

Trois concepts essentiels ont orienté l'ensemble de l'exposé :

Le premier est que la matière vivante est faite de matière inanimée et que le fonctionnement d'un organisme humain ne peut être envisagé sans parcourir rapidement les paliers de complexification de la matière dont il est constitué. D'où un chapitre très court de physique atomique et le

rappel des lois essentielles de la physique et de la chimie moléculaire.

Le second est que la vie apparaît comme l'ionisation dans la cellule de la molécule d'hydrogène apportée par les substrats. Comment cette molécule parvient à la cellule, par quels processus elle est ionisée, et comment l'ion H^+ est ensuite mobilisé puis rejeté en dehors de l'organisme, est le problème que l'auteur vise à résoudre à chaque page. C'est la notion clef qui oriente tout ce livre.

Le troisième consiste surtout en un mode de représentation indispensable selon l'auteur pour décrire des réactions d'équilibre et des systèmes autorégulés. Il s'agit d'un mode de représentation emprunté à la cybernétique. L'auteur a également appliqué le plus souvent possible, les concepts et la méthodologie cybernétiques aux régulations physiologiques.

Ces trois « lignes de force » donnent à l'exposé un caractère cohérent, dans lequel chaque élément travaille pour l'ensemble tout en conservant sa régulation propre.

Il convient d'ajouter que malgré la nouveauté de certaines synthèses, l'auteur n'a fait dans l'ensemble appel qu'à des faits classiques et bien établis. Si certaines conceptions personnelles, ou certaines notions ont paru apporter quelque clarté à la compréhension de certains phénomènes, elles ont été exposées en « appendices » à la fin des chapitres. De cette façon le lecteur peut faire la part du certain et de l'incertain, sans être privé d'un moyen de cohérence et de compréhension, même si l'intérêt de celui-ci ne devait être que mnémotechnique.

L'auteur a simplifié ou même négligé les descriptions techniques de laboratoire ou d'enregistrement. Il n'a envisagé qu'exceptionnellement les incidences physio-pathologiques, mais toutes les notions exposées sont indispensables au médecin et à l'étudiant, pour lesquels l'ouvrage a été écrit en première ligne.

GRANDES DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Préface. — Principes généraux ; éléments de physique biologique ; de chimie organique ; de chimie biologique. — Physiologie cellulaire. — De la cellule à l'organisme. Plan général. — Le milieu extracellulaire ou milieu intérieur. — La circulation sanguine. — La ventilation. — Physiologie du rein. — L'approvisionnement en substrats : la digestion. — La physiologie hépatique. — Les sécrétions endocrines. — Le système nerveux. — Rapports entre l'individu et le milieu. — La circulation de la matière dans l'organisme et sa régulation : Les métabolismes. — Index alphabétique des matières.

Agression et réanimation en neuro-psychiatrie, par R. COIRAULT, professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin chef de la clinique neuropsychiatrique du Val-de-Grâce. Dans la collection *Agressologie - Réanimation - Hibernothérapie*, publiée sous la direction de H. LABORIT. Avant-propos de H. LABORIT. Un volume de 382 pages, avec 47 figures (16,3×24,2) : 52 nf. *Masson & Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Deuxième volume de la collection *Agressologie-Réanimation-Hibernothérapie*, cet ouvrage s'éloigne volontairement de la ligne des traités de neuro-psychiatrie classique. Il s'est donné pour but de montrer que l'homme malade est atteint dans la totalité de son corps et de son esprit. Aussi un tel ouvrage s'adresse-t-il aux médecins de toute discipline. Il est rédigé dans un langage compréhensible pour tous, le vocabulaire psychiatrique en étant volontairement éliminé.

Partant de la vie cellulaire et de ses difficultés d'adaptation, l'homme est considéré comme une unité conceptuelle en conflit avec son environnement et en perpétuelle adaptation, tant sur le plan métabolique que sur le plan psychique. Chaque fois qu'il y a difficulté d'adaptation, il y a le problème du choix d'une solution, et finalement une mobilisation de toutes les ressources de l'organisme. L'atteinte psychique retentit sur le métabolisme général.

Pour aborder ces problèmes, il a paru nécessaire de préciser les données actuellement acquises concernant le métabolisme cérébral et les médiateurs chimiques, acétylcholine, noradrénaline, adrénaline, sérotonine.

Il s'agit d'un travail fondé essentiellement sur des travaux personnels. Les électrolytes et l'excitabilité neuro-musculaire ont été les explorations de base de tous les états pathologiques analysés.

Cette étude révèle l'importance des rythmes en biologie et conduit, en psychopathologie, à la notion de réactions oscillantes exagérées ou de perte de réponse oscillante, ces faits intéressant l'homme dans son unité psycho-somato-biologique. Dans cette perspective, le rôle des glandes endocrines est capital. Mais il s'agit de troubles fonctionnels endocriniens à point de départ hypothalamo-hypophysaire.

Pour l'auteur, le centre de la pathologie mentale est basé sur une tétrade syndromique fondamentale : perte de conscience claire — anxiété — insomnie — fatigue. Chacun de ces symptômes présente une importance qui n'échappera à personne.

A partir de cet ensemble syndromique apparaissent des conséquences psycho-biologiques importantes. Elles vont conduire à une difficulté croissante d'adaptation avec l'environnement.

Cette adaptation anormale à l'environnement aboutira à des manifestations qui ont été synthétisées en quatre grands chapitres : états d'excitation, états d'inhibition, syndromes schizophréniques, involution progressive. Dans tous ces cas, une recherche psycho-métabolique a été toujours le fil directeur de ces approches cliniques.

Rejetant toute étude analytique, l'ouvrage aborde de grands syndromes : crises excito-motrices, épisodes confuso-oniriques aigus, épisodes délirants subaigus, états maniaques, états dépressifs et mélancoliques, schizophrénie, démences.

A chaque moment, une étude bio-électrique personnelle apporte des arguments qui se veulent démonstratifs pour justifier la notion de réponses psycho-pathologiques post-agressives.

Le problème thérapeutique des états psychopathologiques représente un effort particulier. Au moment où la chimiothérapie prend une importance considérable, il était nécessaire d'en justifier la motivation et d'en limiter les indications. Cet abord thérapeutique s'oriente selon trois axes. C'est d'abord une base métabolique destinée à montrer que toute réanimation psychique est obligée de tenir compte de facteurs métaboliques. Il s'agit en définitive de problèmes de réanimation cellulaire. C'est ensuite la justification de thérapeutiques dites réoscillantes : malariathérapie, sismothérapie, cure de Sakel. Ces thérapeutiques classiques semblent devoir être complétées sinon supplantées par une chimiothérapie nouvelle (7843 RP et halopéridol).

C'est enfin le vaste domaine de la psychochimiothérapie utilisée non seulement par les psychiatres, mais aussi chaque jour par les médecins de discipline générale :

— Les neuroleptiques, avec la chlorpromazine et la réserpine comme chefs de file, ont donné lieu à une étude détaillée sur le plan biologique.

— Les tranquillisants ont été abordés beaucoup plus selon la notion de « tranquillisation » que suivant une étude analytique de chaque drogue employée.

— Les anxiolytiques font l'objet d'une étude particulière.

— Les psychotoniques ont été divisés en psychotoniques vrais, en neuro-stimulants et en réanimateurs métaboliques. Parmi ces derniers, une catégorie nouvelle apparaît. Elle se caractérise par une action psychologique originale conduisant au groupe des « dédramatisants ».

Une conclusion générale résume les conceptions qui ont conduit à l'élaboration de cet ouvrage. Si la biologie en psychiatrie n'est pas toute la psychiatrie, c'est un élément dont l'importance croît avec les progrès de la chimiothérapie. Ce sont aussi des perspectives nouvelles en neuro-psychiatrie et en pathologie générale.

GRANDES DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Préambule. Méthodes bio-électriques en psychiatrie. Le métabolisme cérébral. Le syndrome perte de conscience claire - anxiété - insomnie - fatigues. — Les épisodes de décompensation endocrino-métaboliques. Conduites de soif. Conduites de faim. Métabolisme des hydrates de carbone. Thyroïde. Cortico-surrénales. Parathyroïdes. Gonades. — Les épisodes de décompensation psychique à type d'excitation. Crises excito-motrices. Épisodes confuso-oniriques. *Delirium tremens*. Délire aigu azotémique. Syndromes de Korsakoff et de Gayet-Vernicke. Épisodes maniaques. — Les épisodes de décompensation psychique à type d'inhibition. États dépressifs et mélancoliques. — Les états schizophréniques. Les états d'involution. — Thérapeutique. Thérapeutiques métaboliques. Thérapeutiques de réanimation. Malariathérapie. Sismothérapie. 7843 RP. Sakel. — Chimiothérapies. — Les neuroleptiques. Les anxiolytiques. Les neuro-stimulants et psychotoniques. — Conclusions. — Bibliographie. — Index.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL

Séance du 30 novembre 1961,
à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier, Chicoutimi

1. Vincent LAPERRIÈRE et Joseph BRUNEAU : *Myosite ossifiante (forme rare)* ; en discussion : docteur Jean-Marie LESSARD ;
2. Léo GOSSELIN et André BERGERON : *Néphro-lithiase par hypercalciurie* ;
3. Raoul ROBERGE et François JOBIN : *Un cas d'artérite temporale* ;
4. Pierre-Paul GAGNON : *Emploi de greffons pédiculés*.

Séance du 14 décembre 1961,
à la Faculté de médecine

1. François GAGNÉ et Guy BERTRAND : *La maladie de Chiari* ;
2. Marcel BILODEAU et Joseph ROY : *Évaluation fonctionnelle et chirurgie thoracique* ;
3. Rosaire GINGRAS : *Impressions d'un voyage derrière le rideau de fer* ;
4. Claude ROY : *Les méningites du nouveau-né. Quatre cas*.

MÉDAILLE DE LA VILLE DE PARIS AU PROFESSEUR PIERRE JOBIN

Lors du Congrès de l'Association des médecins de langue française et de l'Association des médecins de langue française du Canada qu'il présidait avec le professeur Pasteur Vallery-Radot, le professeur Pierre Jobin a reçu des mains du président du Conseil municipal, la médaille d'argent de la ville de Paris.

LE DOCTEUR A. MEISELS NOMMÉ ASSISTANT UNIVERSITAIRE

Le docteur Alexandre Meisels, de la Faculté de médecine de Laval, vient d'être nommé par le recteur de l'université, M^{gr} Louis-Albert Vachon, assistant universitaire au département de pathologie de cette Faculté. Né à Berlin, le docteur Meisels a fait ses études primaires et quatre années de lycée en France. Il a ensuite obtenu son baccalauréat ès sciences et plus tard son doctorat en médecine de l'université nationale de Mexico. Il a poursuivi des études postuniversitaires de

cytologie exfoliatrice à l'Institut national du cancer de Mexico, sous la direction du docteur Julieta C. de Laguna, pendant quatre années, et a été en charge du laboratoire de cytodiagnostics de cet Institut pendant cinq ans. Depuis plus d'un an (automne 1960) il dirige le laboratoire de cytodiagnostics du département de pathologie de la Faculté de médecine de Laval. Le docteur Meisels est membre de l'Académie internationale de cytologie, de la Société américaine de cytologie, de l'Association mexicaine de cytologie et du Conseil canadien de cytologie, entre autres sociétés savantes.

LE DOCTEUR JEAN-C. LAFONTAINE NOMMÉ ASSISTANT UNIVERSITAIRE

Le recteur de l'université Laval, M^{gr} Louis-Albert Vachon, vient d'annoncer la nomination du docteur Jean-C. Lafontaine au poste d'assistant universitaire au département de pathologie de la Faculté de médecine. Le docteur Lafontaine est un biologiste spécialisé en microscopie électronique. Outre une licence en biologie de Laval, il détient une maîtrise et un doctorat en zoologie (Ph.D.) de l'université du Wisconsin et il a fait des stages d'études en microscopie électronique aux instituts Sloan-Kettering et Rockefeller, de New-York.

PRÉSIDENT DE THE ASSOCIATION OF LIFE INSURANCE MEDICAL DIRECTORS OF AMERICA

Le docteur Gerald R. Collyer, directeur médical de la *London Life Insurance Company*, de London, Canada, a été élu président de *The Association of Life Insurance Medical Directors of America*, lors de sa 70^e réunion annuelle, tenue le 18 octobre, à New-York.

Le docteur Collyer succède au docteur James R. Gudger, directeur médical de la *Mutual Life Insurance Company*, de New-York.

LE DOCTEUR FRANÇOIS JOBIN BOURSIER RHODES

Le docteur François Jobin, diplômé en juin dernier de notre Faculté de médecine et actuellement interne senior à l'Hôpital du Saint-Sacrement vient d'obtenir une bourse Rhodes. Le docteur Jobin s'inscrira à l'université d'Oxford en

juin prochain pour y poursuivre des études en hématologie.

LA MÉDECINE ET LA LONGÉVITÉ

Les progrès constants de la médecine en vue de l'abaissement du taux de la mortalité due aux maladies dégénératives furent discutés par trois médecins qui exposèrent les conséquences probables des découvertes médicales sur la longévité, à une réunion annuelle de la Société des actuaires, tenue à White Sulphur Springs, W. Va.

Au cours de cette conférence, les docteurs Norvin C. Kiefer, directeur médical en chef de l'*Equitable Life Assurance Society*, William A. Jeffers, directeur scientifique de la *Life Insurance Medical Research Fund*, et Frank L. Horsfall, Jr., président et directeur de la *Sloane-Kettering Institute for Cancer Research*, insistèrent sur le fait que la conquête des maladies dégénératives, telles que certaines maladies du cœur et le cancer, ne se produit pas du jour au lendemain et qu'il faut des années de recherches laborieuses et de vérifications pour obtenir des résultats.

Le docteur Norvin C. Kiefer, président de la conférence, déclara à un auditoire de plus de 600 membres de la Société, que puisqu'à l'avenir les progrès de la santé dépendront dans une large mesure de notre succès dans la lutte contre les maladies dégénératives, il s'ensuit que la recherche en ce domaine doit recevoir la plus haute priorité au cours de la prochaine décennie.

Tout en reconnaissant que de tels progrès sont de plus en plus coûteux et en argent et surtout en travail de la part des chercheurs médicaux, il ajouta que ce serait méconnaître la nature de telles recherches que d'espérer obtenir rapidement des résultats appréciables.

« Nous connaissons encore des progrès dramatiques dans le traitement et ferons des pas de géant dans le domaine de la connaissance des causes en jeu, mais le problème de l'incidence des maladies dégénératives sera loin d'être réglé au cours de la prochaine décennie. »

Le docteur Kiefer attira l'attention sur les problèmes de la santé causés par le milieu environnant, problèmes dont nous aurons à nous occuper de plus en plus. Parmi les facteurs les plus importants à étudier, il signale les accidents, la pollution des eaux, la contamination de l'atmosphère des milieux urbains et les radiations ionisantes.

Signalant qu'il semble y avoir une certaine augmentation de la mortalité de sujets plus jeunes

à la suite de maladies cardiaques dégénératives, A. Jeffers déclara que les trente dernières années n'ont apporté qu'une augmentation graduelle de la longévité et une augmentation relative de la mortalité à la suite de maladies cardiaques.

Lorsque les sciences médicales auront permis la découverte de traitements vraisemblablement efficaces susceptibles d'abaisser la mortalité à la suite de maladies dégénératives, le docteur Jeffers signala qu'une période d'essai d'environ 20 ans sera normalement nécessaire avant qu'on puisse démontrer leur influence sur le taux de la mortalité.

Il indiqua que « avant qu'une découverte dans les sciences de base soit appliquée en vue de l'étude de ses effets favorables dans le traitement des malades, nous devons employer des tests de laboratoire additionnels qui se prolongent pendant environ cinq ans. Une autre période de cinq ans est habituellement nécessaire pour généraliser son application. Enfin, personne ne voudra se compromettre à tirer des conclusions définitives concernant l'efficacité de cette découverte avant une période de dix ans d'emploi clinique ».

« Il y a là un terrain commun d'intérêt entre vous et la profession médicale, déclara-t-il aux actuaires. Si nous pouvions ensemble trouver des voies et moyens qui permettent d'améliorer le traitement dans le public, comme l'emploi de plans d'assurance-santé, on pourrait prévoir que la démonstration de l'amélioration de la morbidité et de la mortalité pourrait se faire plus rapidement. »

Il y a dix ans, un cancéreux sur quatre pouvait être traité et considéré comme guéri, alors qu'aujourd'hui l'amélioration des techniques permet une telle cure d'un patient cancéreux sur trois, rapporta le docteur Frank L. Horsfall, Jr. Discutant des progrès réalisés dans la recherche sur le cancer au cours des dernières années, le président et directeur de l'Institut Sloane-Kettering pour la recherche sur le cancer déclara que ces progrès ont été substantiels, mais laborieux.

Il déclara que les radiations et quelques substances chimiques organiques, y compris les goudrons, peuvent causer la maladie, mais que les virus constituent une cause vraisemblablement plus importante, actuellement soumise à une étude extensive. Comme on a pu établir que quelque 20 virus différents peuvent causer le cancer chez l'animal, le docteur Horsfall déclara que s'il nous est possible de prouver que les virus peuvent causer le cancer chez l'homme, le diagnostic et le traitement de la maladie en seront grandement facilités.

TROISIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DES CONDITIONS DE VIE ET DE LA SANTÉ

(Saint-Vincent, Val-d'Aoste,
29 septembre - 1^{er} octobre 1961)

sur

CONDITIONS DE VIE, ET DÉVELOPPEMENT
ÉCONOMIQUE

Bref rapport

La haute qualité et le grand nombre des participants et des adhésions à ce troisième congrès tenu à Saint-Vincent, Val-d'Aoste, du 29 septembre au 1^{er} octobre 1961, témoignent de l'intérêt croissant accordé aux buts et aux méthodes d'enquête et de discussion propres à l'Association médicale internationale : l'élévation des rapports entre conditions de vie et la santé. Les problèmes liés à de tels rapports se compliquent en même temps du fait du développement historique et économique des collectivités et se mêlent dans une mesure toujours plus grande et toujours plus inéluctablement aux problèmes particuliers que doit affronter chaque médecin dans la pratique quotidienne. Ces problèmes, sous l'aspect de l'influence des conditions de vie sur la santé, s'imposent donc en premier lieu au médecin et à l'hygiéniste. Mais sous l'aspect de l'influence de la santé sur les conditions de vie, ils se placent en même temps au centre de l'attention du sociologue, de l'économiste, de l'homme politique.

De là l'abondante moisson d'adhésions, recueillie par le congrès de Saint-Vincent : sociologues, économistes, écologues, urbanistes, psychologues aux côtés de médecins de différentes spécialités composèrent en grand nombre le large Comité d'honneur présidé par les ministres de l'Instruction publique, du Travail, de l'Industrie et de la Santé de la République italienne, par le président de la Junte régionale et du Conseil régional de la région autonome de la Val-d'Aoste. Plus de 160 congressistes (représentant 27 pays) prirent part aux débats ; plus de 85 titres furent nommés dans la liste des communications scientifiques.

Le Comité préparatoire italien (présidé par G. Mottura, Turin) a disposé ces nombreux rapports en trois thèmes :

1. *La santé comme facteur du développement économique ;*
2. *L'influence du développement économique sur la santé ;*
3. *Les problèmes de la santé et la planification du développement économique.*

En outre, quelques thèmes spéciaux ont été approfondis au cours de trois symposiums parallèles :

1. *Radiations ionisantes ;*
2. *La pollution de l'air et des eaux ;*
3. *Questions actuelles d'hygiène sociale.*

Le premier thème introduit par un préambule de J. Parisot (Nancy) a été illustré par de nombreuses communications sur deux arguments centraux : *Les endémies rurales et la productivité agricole*, et *L'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes et le développement économique*. Des parasitologues et des internistes mirent à nu, à la lumière de résultats rigoureux de laboratoire, les conditions de vie des populations des plus diverses régions du monde ; des hygiénistes, des dirigeants d'administrations, des fonctionnaires syndicaux décrivirent comment les Services d'assistance affrontent les problèmes sanitaires dans les campagnes des différents pays, sous différents systèmes économiques, sous divers climats géographiques et sociaux.

Le second thème fut illustré par un discours d'introduction de A. Seppilli (Pérouse) : les répercussions négatives du développement économique sur la santé ne sont pas par nature liées à l'évolution en soi, mais en représentent une conséquence qu'on peut presque toujours prévenir dans une large part là où sont appliquées toutes les mesures de prévoyances capables d'empêcher les effets préjudiciables des conditions économiques et techniques nouvelles et du progrès.

Cette thèse fut confirmée par de nombreuses communications qui démontrèrent en outre très clairement, par des comparaisons fréquentes entre les différentes structures économiques, que les effets de l'évolution économique et technique sur la santé sont comme l'évolution même, en fonction des rapports de production et ne sont au fond compréhensibles que si l'on tient compte de ces rapports. Les communications traitèrent en par-

tie du développement de l'économie agricole et des endémies rurales et principalement du développement de l'économie industrielle et de ses dangers pour la santé.

Le débat sur le troisième thème du Congrès aboutit à l'adoption à l'unanimité, de deux résolutions jointes en appendice à ce compte rendu.

Au cours du symposium sur les *Radiations ionisantes* ont été discutés sous la présidence de S. Akimoto (Yokohama) des rapports de A. Kozlova et collaborateurs (Moscou) et de L. Luria (Aoste) ainsi qu'une *Revue des récents rapports sur les effets à distance de la bombe atomique à Hiroshima et Nagasaki* élaborée par A. Akimoto, Y. Sumita (Tokio) et d'autres savants japonais.

Dans le symposium sur la *Contamination de l'air et des eaux*, présidé et magistralement introduit par P. J. Lawther (Londres), ont été débattus des essais de P. C. Barbero (Aoste), P. Macuch (Bratislava) et Thofern (Göttingen) et aussi de S. Akimoto (Yokohama).

Le symposium sur les *Questions actuelles d'hygiène sociale* aussi nombreux qu'un petit congrès, présidé par E. Palermo (Buenos-Aires) et introduit par Boario (Ivrea) se compose d'une trentaine d'interventions : sur des questions méthodologiques d'hygiène sociale ; sur des études d'hygiène sociale de nature descriptive menées, dans des régions industrielles évoluées, dans des régions en voie d'évolution industrielle, et dans des régions rétrogrades et de dépression du monde ; et enfin sur différents aspects des normes d'hygiène sociale.

En terminant ce congrès très réussi, l'Assemblée générale de l'Association médicale internationale a décidé de confier en tour de rôle à une commission italienne le Secrétariat permanent de l'Association. Son siège sera à l'Institut d'hygiène de l'université, Piazzale delle scienze, Rome.

Résolution finale

La Société médicale internationale pour l'étude des conditions de vie et de la santé a tenu son troisième congrès les 29, 30 septembre et 1^{er} octobre à Saint-Vincent. Des savants de 27 pays d'Europe, d'Asie et d'Amérique y participaient. La discussion portait sur les problèmes de la santé sous le double aspect de la santé comme facteur du développement économique et de l'influence du développement économique sur la santé. Les travaux du congrès ont fait le point du caractère complexe de ces problèmes ; ils ont mis au jour les graves contradictions découlant parfois de conditions différentes. Une grande partie de

l'humanité, et surtout les hommes vivant dans les pays dits sous-développés, ne jouit pas encore des avantages du développement rapide de la science et de la technique ; malheureusement on trouve fréquemment au commencement de l'industrialisation dans un pays des « quartiers de misère » où n'existe aucune condition nécessaire à assurer la santé et la dignité humaines. Même dans d'autres pays où l'économie a atteint en général un niveau élevé, les conditions de vie de certains groupes de la population ne se sont pas améliorées, mais ont au contraire empiré du fait que certains facteurs empêchent l'amélioration du bien-être et de la santé publique d'emboîter le pas au développement de la production.

Les travaux du congrès ont abouti aux considérations suivantes :

1. La santé est une condition nécessaire au développement économique ;
2. Des conditions hygiéniques insuffisantes peuvent freiner le développement économique en créant un cercle vicieux entre la maladie, la misère et les conditions économiques rétrogrades ;
3. La technique sanitaire moderne — si elle est bien appliquée — s'est avérée très efficace ; grâce à elle, les épidémies de masses peuvent être refoulées ou réduites et les problèmes liés à l'augmentation ou à la concentration de la population peuvent être résolus.

Il faut donc que le développement économique et l'amélioration des conditions hygiéniques aillent de pair ; autrement les résultats ne sont pas permanents et peuvent provoquer des situations d'un trouble d'équilibre grave.

L'étude de tels problèmes et l'application des solutions trouvées selon les besoins des différents pays nécessitent une coopération internationale large et pacifique.

En conclusion, le congrès a formulé les propositions suivantes :

1. Une coordination internationale des recherches et des moyens de combattre les dangers liés au développement économique et industriel est nécessaire ; de même la coordination des mesures hygiéniques empêchant que le développement économique ne devienne une source de maladies. A ce propos, il faut souligner que le processus d'industrialisation doit être lié à une amélioration de l'économie agraire qui liquide la misère des paysans. Le congrès considère que c'est la tâche primordiale de la Société médicale

internationale pour l'étude des conditions de vie et de la santé, d'attirer l'attention des services publics de tous les pays sur cette nécessité impérieuse.

2. Il est nécessaire d'insister auprès de tous les gouvernements pour qu'ils adoptent des lois garantissant l'application stricte des mesures nécessaires à préserver la santé.

3. Tout comme il existe une législation internationale pour la lutte contre certaines maladies épidémiques, il faut encourager également une législation internationale pour la solution des problèmes sus-mentionnés. Il est nécessaire, afin que le développement économique puisse agir en faveur du bien-être de l'humanité, que les énormes ressources dans les différents pays employées pour l'armement et la conduite de guerres coloniales, soient appliquées à l'amélioration de la santé et du niveau de vie de la population; qu'elles servent à garantir à tous une instruction adéquate indispensable à une vie normale. La médecine peut contribuer largement à la santé et au bonheur de l'humanité; mais cela n'est possible que dans un monde de paix et d'amitié entre les peuples.

Le troisième congrès de la Société médicale internationale pour l'étude des conditions de vie et de la santé souligne solennellement le fait que la médecine est en état de garantir avec un succès croissant la santé de l'homme et l'amélioration des conditions de la vie humaine. Dans ce but, les gouvernements doivent être prêts à une collaboration politique. Celle-ci sera d'autant plus efficace qu'elle exprime et interprète une opinion publique demandant que dans l'esprit des lois morales les intérêts individuels s'effacent devant l'intérêt général.

Appel à tous les médecins

Nous, les représentants de 27 pays, participants au troisième Congrès international pour l'étude des conditions de vie et de la santé, sommes d'avis que parmi tous les facteurs portant préjudice à la santé de la population, la menace d'une troisième guerre mondiale et la continuation des expériences d'armes atomiques en constituent les facteurs les plus dangereux, parce qu'ils menacent l'humanité tout entière.

Nous avons fait appel aux médecins du monde entier afin qu'ils fassent tout leur possible pour obtenir un désarmement total et général qui délivrera l'humanité de la menace d'une guerre atomique.

Toutes les sommes utilisées pour l'armement devraient être employées pour la protection de la santé et l'amélioration des conditions de vie des hommes.

Laissons-nous inspirer par les paroles du grand humaniste Louis Pasteur: « Je pense sérieusement que la science et la paix vaincront l'ignorance et la guerre, que les peuples s'allieront non pas dans un but de destruction, mais d'édification; l'avenir appartiendra à ceux qui auront tout fait pour l'humanité souffrante. »

Unissons nos efforts pour lutter en vue du bonheur, de la paix et de la victoire de la sagesse.

QUATRIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE CARDIOLOGIE

Le quatrième congrès international de cardiologie aura lieu du 7 au 13 octobre 1962, à l'Institut de la sécurité sociale, à Mexico.

Les langues officielles du congrès seront l'espagnol, le français et l'anglais et tous les documents officiels seront publiés dans ces trois langues. Les principaux sujets discutés au congrès seront groupés selon les 28 sections suivantes:

1. Biochimie de la défaillance cardiaque;
2. Les électrolytes chez le cardiaque;
3. La valeur diagnostique des courbes de dilution des colorants;
4. L'aldostéronisme et l'hypertension artérielle;
5. Les inhibiteurs de la monoaminooxydase;
6. La fibrinolyse et la coagulation;
7. Perturbations de la conduction intracardiaque;
8. Nouveaux développements et électrocardiographie expérimentale;
9. Bloc auriculo-ventriculaire et *pace-makers* artificiels;
10. La phonocardiographie et ses contributions à l'hémodynamique;
11. L'anatomie et l'étiologie des maladies cardiaques congénitales;
12. L'angiocardiographie sélective;
13. Dernières découvertes en circulation pulmonaire;
14. Les cardiopathies dans les maladies du tissu conjonctif;
15. La médecine de l'aviation dans le domaine cardiovasculaire;
16. Le *stress* dans les maladies cardio-vasculaires;
17. L'anoxie cérébrale chez le cardiaque;
18. La chirurgie dans les cavités cardiaques;
19. Les complications neurologiques en chirurgie cardio-vasculaire;
20. Les résultats à long terme de la commissurotomie mitrale;
21. La réanimation cardiaque;
22. Nouveaux aspects des arythmies cardiaques;
23. Le cholestérol et l'athérosclérose;
24. Nouvelles données en hypertension artérielle;
25. Les difficultés du diagnostic de l'infarctus du myocarde;

26. Les myocardites d'origine incertaine ;
27. Nouvelle physionomie des endocardites bactériennes ;
28. Le diagnostic des tumeurs cardiaques.

Le comité d'organisation s'est mis en relation avec les savants les mieux habilités pour traiter de ces sujets pour le plus grand avantage des membres du congrès. Cependant, on invite tous et chacun à participer aux symposiums ou à la discussion.

XXI^{es} ASSISES FRANÇAISES DE GYNÉCOLOGIE

Les XXI^{es} assises françaises de gynécologie, organisées par la Société française de gynécologie, auront lieu à Clermont-Ferrand du 31 mai au 3 juin 1962, sous la présidence d'honneur du professeur E. Östergaard, de Copenhague. Le professeur J. Baudon, de Clermont-Ferrand, sera le président des assises et le docteur Claude Béclère, de Paris, en sera le rapporteur général.

La question du jour est :

LES GONADOTROPHINES EN GYNÉCOLOGIE

Les rapports suivants seront présentés :

1. *Physiologie des gonadotrophines chez la femme*, par le professeur H. SIMONNET (Paris) ;
2. *Actions physiologique et pharmaco-dynamique des préparations thérapeutiques de gonadotrophines*, par le professeur THIÉBLLOT (Clermont-Ferrand) ;
3. *Les dosages des gonadotrophines*, par M. HENRY (Paris) ;
4. *Les antihormones dues aux gonadotrophines*, par le professeur ÖSTERGAARD (Copenhague) ;
5. *Accidents dus aux doses thérapeutiques trop élevées de gonadotrophines*, par le professeur P. MULLER (Strasbourg) ;
6. *Étude de l'activité ovarienne par les gonadotrophines*, par le professeur Max. JAYLE (Paris) ;
7. *Les gonadotrophines dans le diagnostic et le traitement des aménorrhées primaires et des retards de puberté féminine*, par M. A. NETTER (Paris) ;
8. *Les gonadotrophines dans le diagnostic et le traitement des aménorrhées secondaires*, par le professeur agrégé P. GAUTIER (Lille) ;
9. *Les gonadotrophines dans le traitement de l'aménorrhée secondaire à l'accouchement*, par M. Claude BÉCLÈRE (Paris) ;
10. *Les gonadotrophines dans le traitement de la stérilité*, par M. R. PALMER (Paris) ;
11. *Les gonadotrophines dans le diagnostic des grossesses tubaires et dans le traitement des débuts de grossesses à antécédents pathologiques*, par M. Claude BÉCLÈRE (Paris) ;
12. *Les gonadotrophines en dermatologie féminine*, par M. A. PECKER (Paris).

CONCLUSIONS : M. Claude BÉCLÈRE.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur G. Fayolle, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 23, rue des Martyrs, Paris (IX^e).

SEIZIÈME SYMPOSIUM ANNUEL SUR LA RECHERCHE FONDAMENTALE DANS LE CANCER

Le Seizième symposium annuel sur la recherche fondamentale dans le cancer aura lieu au *M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute*, à Houston, Texas. Il portera sur les nouveaux concepts en immunologie et en oncologie.

Les diverses séances du symposium porteront sur les sujets suivants : diverses théories sur la production des anticorps ; la régulation des mécanismes de synthèses des anticorps ; la nature de la réaction antigène-anticorps ; la transplantation et la tolérance immunologique ; les antigènes spécifiques dans le cancer.

VINGT-DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES PHYSIOLOGIQUES

Le vingt-deuxième congrès international des sciences physiologiques aura lieu à Leiden, Pays-Bas, du 10 au 17 septembre 1962. Le point saillant du programme sera un symposium spécial, organisé par le docteur R. W. Gerard, de Ann Arbor, sur le *processus de l'information dans le système nerveux*. Ce symposium spécial groupera des neurophysiologistes, des ingénieurs en communications, des théoriciens de l'information, des cybernéticiens, des experts en calculateurs électroniques, etc.

Le programme comportera 20 symposiums réguliers traitant des sujets suivants :

1. Les facteurs intrinsèques de la régulation du rendement cardiaque ;
2. L'électrophysiologie du cœur ;
3. L'hémostase spontanée ;
4. Les propriétés mécaniques du poumon ;
5. Les échanges gazeux au poumon ;
6. La gastrine ;
7. Les mécanismes de concentration rénale ;
8. La thermorégulation ;
9. Le phénomène d'éveil ;
10. La physiologie de la rétine ;
11. Les facteurs optiques et vestibulaires de la coordination motrice ;
12. Les mécanismes de l'anesthésie ;
13. La biophysique des nerfs périphériques ;
14. Les relations entre le cerveau et les gonades ;
15. La régulation de l'apport alimentaire ;
16. La prolactine ;
17. L'activité synchrone des cellules ;
18. Les foyers biologiquement réactifs ;
19. La physiologie du nucléus ;
20. Le métabolisme de l'histamine.

En plus des symposiums réguliers, il y aura 18 conférences sur invitation.

COMMUNIQUÉS

FILMS MÉDICAUX FRANÇAIS

L'Association des médecins de langue française du Canada met à la disposition des sociétés médicales, des universités et des hôpitaux un grand nombre de films médicaux français. Pour les obtenir, il suffit d'écrire au secrétariat de l'Association, 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal 14, indiquant un choix de deux ou trois sujets. Le transport des films est aux frais du demandeur. Voici une liste de films actuellement disponibles :

ANATOMIE :

1. *Le péritoine, anatomie et embryologie*, 30', professeurs DURoux et LACOSTE, Lyon. Kodachrome - 16 m/m - son optique ;
2. *Os temporal*, 50', DELMAS et ÉYRIÈS, Paris. Noir et blanc - 16 m/m - son optique ;
3. *Anatomie de la hanche*, docteur LACOSTE. Kodachrome - 16 m/m - son optique ;
4. *Anatomie de l'épaule*, 25', docteur LACOSTE. Kodachrome - 16 m/m - son optique ;
5. *Anatomie du genou*, 30', docteur LACOSTE. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

BIOLOGIE :

6. *Mort cellulaire*, 15', M. BESSIN, Paris, directeur des recherches au Centre national de transfusion sanguine. Noir et blanc - 16 m/m - son optique ;
7. *Cytophysiologie des phagocytes*, 15', M. ROBINAUX, Paris. Noir et blanc - muet - 16 m/m ;
8. *Globules blancs au microscope électronique*, 18', M. BESSIS, Paris. Noir et blanc - 16 m/m - son optique.

CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE :

9. *Traitement chirurgical du rétrécissement mitral*, 30', professeur GAUDARD d'ALLAINES, Paris, Kodachrome - 16 m/m - son optique.
10. *Nouveau cœur-poumon à membrane pulmonaire artificielle*, 30', professeurs J.-A. THOMAS, GAUDARD d'ALLAINES, Paris. Kodachrome - 16 m/m - son optique.
11. *Traitement chirurgical de la péricardite constrictive*, 25', professeur de VERNEJOL-HENRY, Marseille. Kodachrome - 16 m/m - son optique.
12. *Intérieur du cœur en activité spontanée*, 15', M. RYBAK, Caen.

ENDOSCOPIE :

UROLOGIE :

13. *Cystoscopie cinématographique*, 20', M. JAUPITRE, Paris. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

14. *Uréthroscopie à l'air par l'étude cinématographique*, 15', M. JAUPITRE, Paris. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

15. *Résection de la prostate sous contrôle endoscopique*, 20', L. MICHON, M. JAUPITRE, A. DUFOUR. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

BRONCHOSCOPIE :

16. *Pathologie bronchique non tumorale*, 15', R. BOUCHER, Paris. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

GASTRO-ENTÉROLOGIE :

17. *Œsophagoscopie cinématographique*, 18', S. SEGAL, J.-M. DUBOIS DE MONTREYNAUD, F. PETTE. Kodachrome - 16 m/m - son optique.
18. *Laparoscopie cinématographique*, 15', F. PERGOLA, Paris. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

MÉDECINE :

19. *La polyarthrite chronique évolutive*, 50', professeur SERRES, Montpellier. Don des laboratoires Latéma.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE :

20. *Électrocoagulation du cerveau préfrontal*, 25', M. BU-CAILLE, Paris. Kodachrome - 16 m/m - son optique.
21. *Rééducation fonctionnelle en psychiatrie*, 25', docteur SIVADON, Ville Évrard, Paris. Kodachrome - 16 m/m - son optique.
22. *Les épilepsies*, 30', M. GASTAUT, Marseille. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

OBSTÉTRIQUE :

23. *Accouchement sans crainte*, 25', docteur LEPAGE-LANGEVIN. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE :

24. *Cancer du larynx*, 45', LEROUX-ROBERT. Kodachrome - 16 m/m - son optique.

PHYSIOLOGIE :

25. *Action des nerfs extrinsèques sur le cœur*, 15'. Kodachrome - 16 m/m.

DIVERS :

26. *Cycle du fer*, 16 m/m - sonore.
27. *Chirurgie correctrice du syndrome gastrectomie*, 16 m/m - sonore.
28. *Traitement du glaucome primitif chez l'enfant*, 16 m/m - sonore.
29. *Réhydratation du nourrisson*, 16 m/m - sonore.
30. *Célioscopie*, 16 m/m - sonore.
31. *Chirurgie de la surdité*, 16 m/m - sonore.
32. *Vertiges et leurs traitements*, 16 m/m - sonore.

33. *Hystéro-salpingographie*, 16 m/m - sonore.
34. *Discision du cristallin chez l'enfant*, 16 m/m - sonore.
35. *Larynx normal et pathologique*, 16 m/m - sonore.
36. *Cathétérisme du cœur*, 16 m/m - sonore.
37. *Actualités médicales filmées*, n° 5 (en deux bobines) ; Traitement de la syphilis ; Nouveaux aspects du *Delirium tremens* ; La toxoplasmose ; L'adénome de la prostate.

SUBVENTION FÉDÉRALE POUR LES SOINS ORGANISÉS À DOMICILE

Une subvention de \$14 200. a été attribuée à l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, de Montréal, pour couvrir une partie des frais de son programme de

soins organisés à domicile. L'attribution de la subvention fédérale a été annoncée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Cette somme servira à couvrir une partie des frais de transport du personnel, de médicaments, d'entretien ménager et d'aide familiale. L'argent aidera aussi à payer les salaires du personnel professionnel et technique. Le plan de soins organisés à domicile de l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc est essentiellement un programme « basé sur l'hôpital », mais permet d'assurer des traitements convenables au foyer à un coût plus bas que celui de l'hôpital.

Descr
forme
spécial
B.P.C.
pour lut
sone. L
rant les
envelopp
modificat
scription
ment au
intestin.
L'effet
dans les a
que curati

Indicati
maux et
l'épaule d
maladies in
flammatoir
jusqu'aux l

Contre-in
que, histo
de sangui
lépique, l

Posologie.
par jour.

Présentati
comprimé

ENCOL

Description
chloramphén
antibiotique e
m. Chaque c
comient l'équ
sical.

Indications.
 plupart des be
Gram-positif ou
la brucellose, l

(2)

NOUVEAUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

INTRABUTAZONE (Pr.) Intra Medical Products

Description. L'intrabutazone est présenté sous forme de comprimés à enrobage entérique spécial contenant 100 mg de phénylbutazone B.P.C. Ce comprimé a été spécialement préparé pour lutter contre la dyspepsie à la phénylbutazone. L'enrobage entérique plastique entourant les ingrédients actifs est protégé par une enveloppe de sucre solide pour prévenir les modifications de l'enrobage entérique. L'absorption de la médication active se fait principalement au petit intestin, aussi bien qu'au gros intestin.

L'effet de la phénylbutazone, particulièrement dans les affections chroniques, est palliatif plutôt que curatif.

Indications. La goutte, les états rhumatismaux et arthritique, la bursite, la fibrosite, l'épaule douloureuse aussi bien que les autres maladies inflammatoires depuis les réactions inflammatoires de la chambre antérieure de l'œil jusqu'aux hémorroïdes aiguës.

Contre-indications. Œdème d'origine systémique, histoire d'allergie aux médicaments, dyscrasie sanguine, ulcère peptique, lésion cardiaque ou hépatique, hypertension.

Posologie. Un ou deux comprimés trois fois par jour.

Présentation. Flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.

ENICOL PALMITATE SUSPENSION (Pr.) Intra Medical Products

Description. Il s'agit d'une nouvelle forme de chloramphénicol (Enicol Intra) à large spectre antibiotique et préparée pour administration *per os*. Chaque dose de 5 cm³ (une cuillère à thé) contient l'équivalent de 125 mg de chloramphénicol.

Indications. Les infections causées par la plupart des bactéries pathogènes, qu'elles soient Gram-positif ou Gram-négatif. Les rickettsioses, la brucellose, le typhus et la typhoïde, de même

que quelques-uns des virus de grande dimension, répondent de façon satisfaisante à cette médication. Les infections mixtes du tractus génito-urinaire sont fréquemment plus susceptibles de réagir à l'Enicol qu'aux autres antibiotiques à large spectre. Les méningites, la coqueluche sont deux indications importantes dans lesquelles le médicament donne particulièrement de bons résultats. Les maladies vénériennes, lorsqu'elles sont causées par des micro-organismes résistant à la pénicilline, répondront particulièrement bien à l'Enicol *per os* ou en injections.

Aujourd'hui, parmi les plus importantes indications se trouvent les états fébriles causés par des souches bactériennes qui sont devenues résistantes à d'autres antibiotiques, mais qui répondent à l'Enicol.

Administration. Adultes : dose quotidienne de l'ordre de 25 à 75 mg par kilogramme de poids corporel (équivalent de une à trois capsules par 20 livres de poids ou de 10 à 30 cm³ de suspension par 20 livres de poids) à continuer jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes. Enfants : jusqu'à trois fois la dose adulte par rapport au poids corporel. Les doses rectales (capsules perforées aux deux extrémités) sont les mêmes.

Présentation. Flacons de 75 cm³.

SPARTASE (en Comprimés) John Wyeth & Brother (Canada), Limited

Formule. Le comprimé de Spartase renferme 250 mg d'aspartate de potassium et 250 mg d'aspartate de magnésium.

Indications. Le Spartase couvre une vaste gamme d'indications cliniques dans le traitement du syndrome de la fatigue. On peut y recourir dans tous les cas de fatigue, que celle-ci soit ou non la conséquence d'une maladie organique ou fonctionnelle. Le Spartase est particulièrement utile pour traiter le fatigué qui ne présente aucun signe de trouble organique.

Le Spartase comme traitement de la fatigue, n'a pas pour but de supplanter le traitement spécifique de la maladie organique concomitante ni de remplacer le potassium dans ses indications spécifiques.

Mode d'administration. La dose suggérée de Spartase chez l'adulte est de deux comprimés deux fois par jour, après le repas du matin et du soir.

Il faut environ quatre jours de traitement pour pouvoir noter une amélioration subjective. On conseille donc de donner le Spartase pendant au moins deux semaines avant de revoir le malade.

Présentation. En flacon de 60 comprimés — traitement de 15 jours.

ORTHO PREGNANCY TEST
Ortho Pharmaceutical (Canada), Limited

Description. Un nouveau test immunologique en tube, pour le diagnostic de la grossesse, consiste en un antisérum aux gonadostimulines chorioniques antihumaines et un antigène enrobé de chorionique humaine purifiée. Les résultats sont obtenus dans moins de quatre heures avec une précision de l'ordre de 97 pour cent.

Présentation. Dix ml d'antigène, cinq ml d'antisérum, 10 tubes de plastique, le tout suffisant pour dix tests.

UN C
Obs
J. L.
noté 196
gostics
d'ardérite
La dis
loguemen
médecine
l'admissio
important
En effe
cher cet l
me céph
maies.
mal aux
Voici, e
Ayant co
sion du pe
à la régio
périphé
l'Économie
* Travail
universitaire
0)