

Fondée à Québec en 1902

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

L'Union Médicale

du Canada

1872 - 1956

BULLETIN

Pierre JOBIN Forum sur l'enseignement de la médecine	1229
Emile BLAIN Jasper	1233
• • •	
Germain PINSONNEAULT L'avenir prometteur de certains radioisotopes en radiothérapie interstitielle	1237
G. GINGRAS, M. MONGEAU, V. SUSSETT, R. LEMIEUX, J.-M. CHEVRIER et R. VOYER L'aspect psycho-social de la réhabilitation chez les amputés des membres supérieurs	1245
Robert L'ABBE Etude de l'ostéosarcome	1251

RECUEIL DE FAITS

Jean-Marc BORDELEAU et André PROULX Formes atypiques de la mononucléose infectieuse	1260
René LEFEBVRE La tuberculose généralisée non-réactionnelle (Typhobacillose de Landousy) et ses modifications hématologiques	1263

REVUE GÉNÉRALE

Honoré NADEAU Les dyspepsies en pratique	1269
Jean-Paul DECHENE Considérations pratiques sur l'anesthésie en chirurgie pulmonaire	1274

ÉDITORIAL

Rosario ROBILLARD La réhabilitation des diabétiques	1279
--	------

CONGRÈS

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada — XXVI ^e Congrès, Jasper, 13-15 septembre 1956	1282
--	------

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

G. CHAREST Semaine nationale d'immunisation	1298
--	------

VARIÉTÉS

Jean SAUCIER La psychiatrie et la tolérance qu'elle inspire	1301
--	------

CORRESPONDANCE

P. RENTCHNICK Lettre de Suisse	1313
---	------

ANALYSES	1316
NECROLOGIE	1326
NOUVELLES	1327
COMMUNIQUES	1332
REVUE DES LIVRES	1334
"L'Union Médicale" en 1887	1346
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES	1348

Plus active que l'aminophylline . . . sans ses inconvénients

NEUTRAPHYLLINE

Nouveau dérivé de la théophylline

SOLUBLE — STABLE — BIEN TOLÉRÉ

Syndromes cardiaques et cardio-rénaux — Asthme — Dyspnées — Angor.

Comprimés — Ampoules — Suppositoires

Une association sédatrice . . .

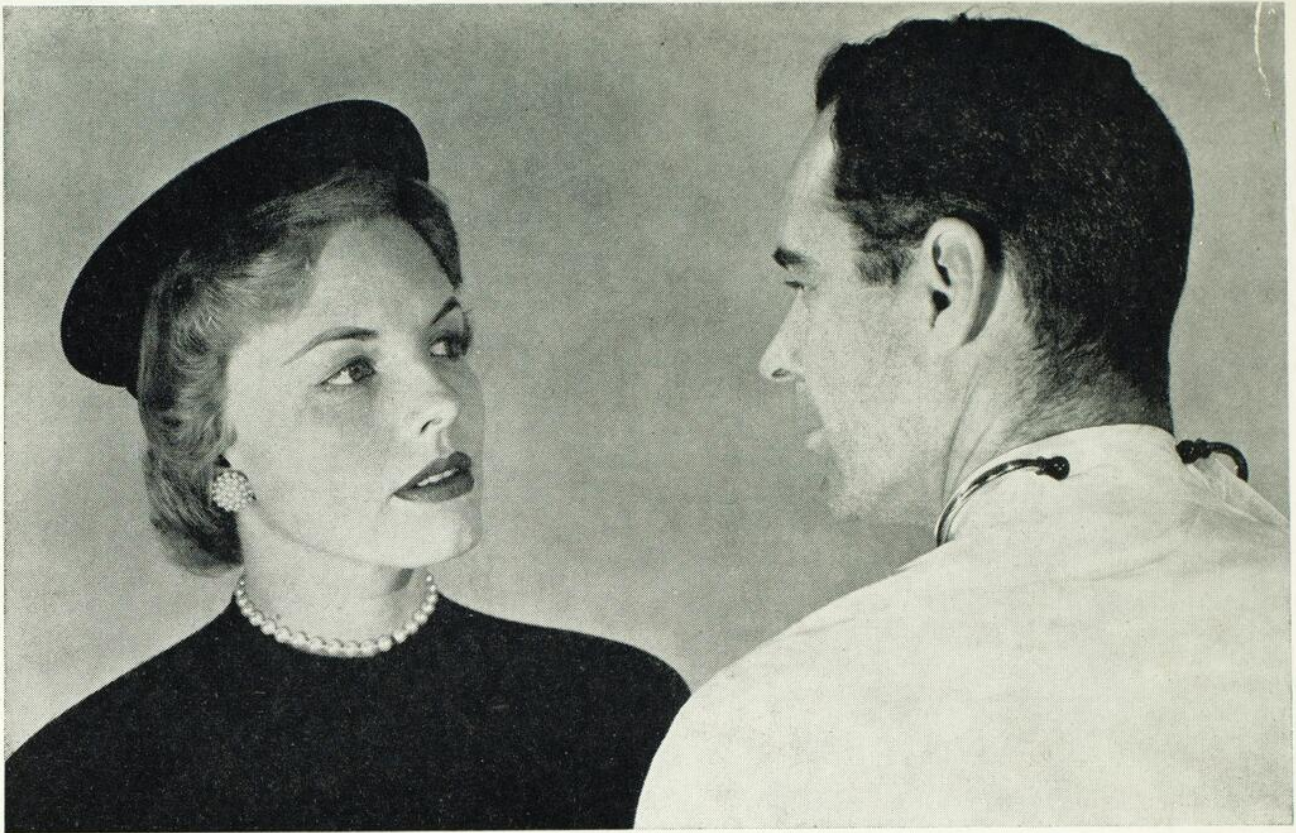
NEUTRAPHYLLINE \bar{c} PHENOBARBITAL

Renforce, complète et prolonge l'action de la Neutrephylline

Comprimés — Suppositoires



Plus d'un demi-siècle consacré à l'avancement des Sciences médicales et pharmaceutiques au Canada



Dans la vaginite . . . Un nouveau traitement simplifié

Des expériences cliniques ont démontré que la Gelée Vaginale Elsix était efficace lorsqu'une vaginite était diagnostiquée. Elsix a également donné d'excellents résultats non seulement dans le traitement du Trichomonas et du Monilia, mais aussi lorsqu'il s'agissait du microbe pathogène *Hemophilus vaginalis* récemment découvert (que l'on présume être l'organisme étiologique qui souvent occasionne la leucorrhée et la vaginite communément appelée "non spécifique").*

L'Elsix ayant une haute affinité pour les tissus, assure un effet antiseptique prolongé. Les malades se rendent compte que les sécrétions vaginales peuvent difficilement faire disparaître la Gelée Elsix de l'endroit

où on l'applique. En outre, l'Elsix est plus commode d'emploi et le traitement ne requiert que quelques applications.

Elsix ne s'écoule pas et ne nécessite aucun tampon. On n'a rapporté aucun signe de sensibilisation ni de toxicité locale ou systématique. La Gelée Vaginale Elsix ne tache pas.

Posologie: Une application tous les deux soirs jusqu'au total de six. On peut répéter le traitement au besoin.

Présentation: Tube de 1½ once avec 6 applicateurs. Des modes d'emploi sont inclus avec chaque emballage.

*Gardner, H. L., et Dukes, C. D.: Am. J. Obst. and Gynec., 69: 962 (mai) 1955.

GELÉE VAGINALE Elsix

Marque de hexétidine

WARNER-CHILCOTT

Laboratories DIV. WM. R. WARNER & CO. LTD.

TORONTO ONTARIO

BULLETIN

FORUM SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE¹

Nous avons convoqué à la tribune du forum sur l'enseignement de la médecine messieurs les doyens des facultés de médecine de Laval, de Montréal et d'Ottawa avec le président du Congrès de Jasper. Devant une salle remplie de médecins praticiens, de spécialistes, d'universitaires et de gouverneurs du Collège, MM. les docteurs Jean-Baptiste Jobin, Wilbrod Bonin, Arthur Richard et Louis-Philippe Mousseau ont répondu à des questions préparées en séances d'études puis à celles de l'auditoire.

La matière du sujet provenait du Comité d'Economie Médicale, où les douze membres avaient pris la peine de répondre à deux questionnaires détaillés puis d'en étudier la compilation au cours de leurs séances d'étude de l'hiver précédent: l'enseignement de la médecine au degré scolaire pour les étudiants puis en post-scolaire pour les médecins qui désirent se spécialiser. Dès le printemps, les quatre médecins du forum ont pris connaissance de cette étude et ont décidé de se partager les réponses pour le congrès.

* * *

Ce fut une réunion très animée, tant par la clarté des exposés que par la spontanéité des questions de l'auditoire. La première question: « Quelles sont les *conditions d'admission* à l'étude de la médecine ? », a permis au docteur Bonin de montrer les multiples aspects de cet important problème du choix des candidats: « La loi permet à tout détenteur d'un B.A. ou d'un brevet de s'inscrire dans une école de médecine. Mais les universités, qui ont à cœur de dispenser un enseignement convenable, ont à envisager deux écueils: le grand nombre et l'insuffisance scolaire. Le baccalauréat ès arts était autrefois un certificat à la hauteur des études médicales; mais, depuis que la médecine a vu son aspect scientifique se développer au maximum, il nous faut absolument choisir les meilleurs candidats, ou leur donner une préparation spéciale, autrement notre enseignement ne peut plus être à la hauteur des exigences médicales.

« En plus de cette préparation scientifique, il faut que le sujet ait les dispositions et les aptitudes requises. C'est une question

1. Tenu au XXVIème Congrès de l'A.M.L.F.C., Jasper (Alberta), septembre 1956.

délicate, mais les entrevues personnelles que nous accordons nous donnent une idée assez juste, ayant le dossier scolaire en main, de l'admissibilité du sujet. De toutes façons, après avoir accepté les meilleurs et obligé les moins bons à des études préparatoires spéciales, nous soumettons tous les cas-limites à un examen d'entrée qui tranche la question.

« Depuis quelques années, cette méthode nous a bien réussi: en effet, les classes sont plus homogènes, l'enseignement étant plus facile est devenu meilleur et nos élèves sont plus forts, sans compter que l'élimination, qui était de 30 pour cent, est tombée à 10 pour cent et elle s'améliorera encore. »

* * *

Au chapitre de l'enseignement scolaire, les docteurs Jobin, Richard et Mousseau ont souligné l'importance relative des matières de base et des matières cliniques, de l'expérience à acquérir dans les laboratoires de la faculté et auprès des malades des hôpitaux, du rôle du professeur et des moniteurs, du sens pédagogique de l'enseignement, de la composition des stages de l'internat, etc. M. le docteur Jean-Baptiste Jobin a défini le professeur comme un « précepteur capable d'inculquer à l'élève une mentalité médicale, de lui apprendre à penser scientifiquement ». Quelle est la valeur intrinsèque des examens ? — Comment établir l'équilibre entre les symptômes cliniques et les examens de laboratoire ? — Comment concevoir la relation malade-médecin ? — A quoi sert le moniteur des internes?, etc., etc., etc.

* * *

Au degré post-scolaire, c'est la spécialisation qui a le plus retenu notre attention. Les exigences de nos collègues sont-elles trop élevées ? — Comment enseigner, ou mieux comment étudier les sciences de base ? — Le docteur Bonin répond: qu'il faut attacher plus d'importance au travail du candidat qu'à l'enseignement théorique; que les colloques et les séminaires font travailler les élèves et les forcent à envisager à la verticale les différents domaines de la pathologie, des sciences de base et de la clinique.

* * *

Que pensez-vous des stages à l'étranger? — En France ou aux Etats-Unis ? — Puis nous demandons au docteur Jean-Baptiste Jobin de nous parler des récents développements de la résidence dans les hôpitaux parisiens. Voici en substance ce qu'il a répondu: « La dernière guerre mondiale avait complètement coupé le courant

vers la France de nos jeunes médecins canadiens qui recherchaient une formation post-scolaire, une spécialisation médicale. Par ailleurs, ils trouvaient aux Etats-Unis une situation intéressante, car ils y recevaient une formation technique et professionnelle qui répondait parfaitement aux exigences de nos collèges canadiens, i. e. le Collège de Médecine de la Province de Québec et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

Tous admettent que l'on peut aussi bien apprendre la médecine à New-York qu'à Paris, mais il ne faut pas oublier la qualité exceptionnelle de l'enseignement qu'on peut recevoir en France et nous avons cherché à réouvrir le chemin de la culture française, car nous croyons fermement qu'il est important pour nos jeunes, à ce stage de leur formation, d'acquérir une culture qui ne soit pas seulement technique et professionnelle, mais aussi générale et humaniste.

« Le problème consiste dans le fait que nos candidats, quoique bien accueillis dans les services hospitaliers de Paris, n'y ont cependant pas de responsabilités officielles, ni de fonctions bien précises, comme celles de participer régulièrement aux activités du service, de se soumettre aux directives scientifiques du chef de service et à la discipline de l'hôpital; ils ne sont que des auditeurs libres.

« Bien des efforts ont été tentés dans le passé mais avec des résultats incomplets. En 1946, on a créé un comité médical conjoint franco-canadien pour faciliter les études de nos jeunes en France et intensifier les échanges culturels entre nos deux pays.

« Invités par le gouvernement français, M. le docteur Bonin, de Montréal, et moi-même, représentant officiellement les universités Laval et de Montréal, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, nous sommes allés à Paris, le printemps dernier, rencontrer les autorités gouvernementales universitaires et médicales et nous avons heureusement réussi à obtenir des situations fort intéressantes dans les hôpitaux de Paris. » (Pour plus de détails, voir le rapport au Recteur de Laval, cf. *Laval Médical*, septembre 1956, pp. 1028 à 1035, puis le rapport du docteur Bousser dans le présent numéro de *L'Union Médicale du Canada*.)

Et le docteur Jobin continue: « Il fallait obtenir des postes de résidents, reconnus officiellement, correspondant exactement aux fonctions des internes des hôpitaux de Paris et répondant parfaite-

ment aux exigences des organismes canadiens qui régissent l'émission des diplômes de spécialistes. Nous les avons obtenus.

« Dès octobre 1956, nous aurons quelques candidats en fonction dans les Services de Paris.

« Ils seront traités sur le même pied que les internes, i. e. logement, nourriture, rémunération, risques professionnels, etc. Ils seront nommés pour un an mais ils pourront être réinvestis pour une deuxième ou une troisième année.

« Voilà les résultats de nos démarches; il est légitime de s'en réjouir car nous offrons à nos jeunes médecins, non seulement l'occasion d'acquérir une discipline médicale solide, mais aussi d'avoir accès à la culture française, ce qui est un devoir pour les Canadiens-français. »

* * *

En conclusion de tout ce forum sur l'enseignement de la médecine, tant au niveau universitaire que post-scolaire, l'on est en mesure de penser qu'une médecine canadienne-française peut vraiment exister. Notre enseignement sera canadien, car notre situation géographique nous permet, par des contacts faciles avec les États-Unis, de connaître la perfection dans les réalisations techniques. Notre enseignement sera aussi français, car notre héritage culturel exige que nous allions en France cueillir, non seulement l'inspiration, mais aussi la tournure d'esprit synthétique qui caractérise toute l'Europe, nourrie d'humanités. Notre visage français et notre métier américain nous permettent de dire que la médecine canadienne-française est une réalité.

Pierre JOBIN,
Président du Comité d'Economie Médicale.

JASPER

Pour plusieurs, ce nom évoquera désormais des souvenirs inoubliables. Ce congrès de 1956 aura laissé l'impression d'un rêve extraordinaire vécu dans des conditions exceptionnelles. Pour que ce rêve survive avec un peu de sa couleur, peut-être est-il à propos d'en consigner un bref récit dans nos archives.

Quand on y songe, avec le recul de quelques semaines, on se rend compte que l'affaire a pris les proportions d'un succès, et que cette réussite est le résultat de plusieurs facteurs favorables. Le premier, c'est que la chose répondait à un besoin, puisque les demandes d'inscription ont largement dépassé les disponibilités. Sans doute, faut-il admettre, ensuite, que l'attrait des endroits visités, la chaleureuse hospitalité de nos hôtes, la température idéale qui s'est maintenue presque constamment, et les magnifiques dispositions d'esprit qui ont animé tous les voyageurs ont contribué à rendre l'aventure merveilleuse.

Sous forme de journal, on peut remémorer l'événement de la façon suivante.

* * *

Par un brillant matin de septembre, un long train spécial de dix-neuf wagons quitte doucement la Gare Centrale de Montréal, transportant un nombre impressionnant de voyageurs enthousiastes vers l'Ouest canadien. Après une courte halte à Ottawa, le convoi se remet en route pour rattraper quelques minutes de retard et observer un horaire assez serré. Quelques arrêts réglementaires à Brent, North Bay et Caprélol, et avec la fin du jour, le lourd véhicule s'enfonce dans les solitudes du nord de l'Ontario.

Le lendemain, mardi, nous traversons une région désolée où la vue de quelques beaux lacs nous console de l'aridité du terrain. Et le soir, vers huit heures, nous arrivons à Winnipeg. Là, des autocars nous amènent au collège de Saint-Boniface où a lieu la première réception: une rencontre, sans prétention, avec le groupe d'expression française de l'endroit. Contact émouvant dans sa simplicité, entre frères d'une même famille qui se serrent la main en songeant à la communauté de leurs origines. Après le café et les petits gâteaux traditionnels, chacun retourne dormir sur le train qui passe paisiblement la nuit en gare.

Mercredi matin, après le petit déjeuner, nous quittons de nouveau notre abri pour visiter pendant trois heures Winnipeg et Saint-Boniface, les deux soeurs jumelles de la rivière Rouge. L'excursion nous conduit finalement à l'hôpital des Soeurs Grises où nous prenons collectivement le déjeuner. Puis, après la visite de l'institution, nous nous dirigeons lentement, par une chaleur d'été, vers le train-hôtel qui se remet en route vers quatre heures.

Dès ce moment, de la fenêtre de notre wagon, nous faisons connaissance avec la vraie prairie canadienne, productive de si abondantes céréales. Tout comme sa capitale sans colline, le Manitoba présente un sol sans accident. Le temps se maintient au beau fixe pendant que, de nuit, nous traversons la Saskatchewan de l'Est à l'Ouest. Et le jeudi matin, nous franchissons une partie de l'Alberta pour atteindre Edmonton vers dix heures et demie.

Le docteur Mousseau, notre sympathique président de congrès, nous attend au débarcadère et nous conduit immédiatement à la faculté de médecine de l'université. Là, un soleil rieur et une brise bienfaisante président à une réception extérieure sur la pelouse, et font de cette courte cérémonie quelque chose de très symbolique. Il y a échange de salutations cordiales entre les dignitaires locaux et le porte-parole des invités. L'affaire a beaucoup de cachet et se déroule au milieu d'un silence attentif, à peine troublé par le dé clic intermittent de quelques caméras avides de belles photos. Au retour vers la gare, les autocars nous font visiter Edmonton dont nous avons juste le temps d'apprécier la coquetterie et les promesses d'avenir. Vers une heure de l'après-midi, notre groupe, maintenant augmenté de tous ceux qui par avions, trains réguliers ou automobiles nous ont rejoints à ce point de ralliement, se dirige vers Jasper.

Chemin faisant, nous apercevons les premières silhouettes des Rocheuses, et malgré le ciel qui devient gris, nous leur trouvons grande allure dans leur écharpe de nuages. Mais voilà que la température se gâte pour de bon, et nous descendons à Jasper par une bonne averse; ce qui n'empêche pas nos gens de franchir le seuil de l'hôtel en chantant, histoire de ne pas se laisser abattre par les éléments.

Le domaine de Jasper Park Lodge est un îlot de verdure et de fleurs enchâssé au fond d'une vallée, et encerclant partiellement un lac du plus beau vert. Le décor environnant, fait de montagnes géantes, forme un tableau saisissant avec, comme arrière-scène, l'étrincelant mont Edith Cavell. Cette nature intacte et altière fait ressortir, par contraste, l'arrangement décoratif de l'hôtellerie blottie à ses pieds.

C'est dans ce milieu digne d'un conte de fées que pendant trois jours se déroulent les différentes phases de notre congrès proprement dit. *L'Union Médicale du Canada* publiera la plupart des travaux scientifiques présentés; mais sans anticiper sur ce côté essentiel de nos assises, on peut en résumer l'atmosphère en disant que les communications individuelles et collectives sont d'une haute teneur et d'une belle originalité. Encore une fois, notre association est fière de ses collaborateurs, et c'est à juste titre qu'elle s'enorgueillit de la qualité de leur contribution.

En plus des séances d'étude, nous devons souligner le caractère du dîner d'ouverture pendant lequel plusieurs invités d'honneur nous adressent la parole, et l'ambiance divertissante du dîner de clôture pendant lequel les congressistes donnent libre cours à une gaieté de bon aloi...

Ce séjour à Jasper est témoin de certains imprévus assez amusants: des excursions dans les alentours font apprécier le pittoresque du pays; un gâteau à chandelles surgit un bon soir dans la grande salle à manger pour marquer l'anniversaire de naissance d'un de nos amis les plus estimés; et les ours noirs, n'en croyant pas leurs oreilles d'entendre tant de français, s'approchent volontiers, en quête sans doute, de perfectionnement linguistique et aussi... de quelques restes alimentaires intéressants.

Sur un tableau plus sérieux, il se fait aussi de la bonne besogne administrative. Les assemblées du Conseil Général de notre association se tiennent le vendredi soir et le samedi midi. Et de ces longues délibérations, sortent

entre autres, les décisions suivantes: 1. Le congrès de 1957 aura lieu à Québec les 23, 24, 25 et 26 septembre prochain, sous la présidence du docteur Lucien Larue. Le docteur Pierre Jobin en sera le secrétaire, et le docteur Yves Rouleau, le trésorier. 2. Le projet d'assurance-hospitalisation proposé par le gouvernement fédéral aux provinces fera le sujet d'une étude approfondie par le comité d'économie médicale. 3. Le conseil a pris connaissance officiellement de l'entente conclue afin de permettre à certains de nos médecins canadiens étudiant en France, d'occuper des postes de résidents dans les hôpitaux français. *L'Union Médicale du Canada* publiera prochainement tous les renseignements voulus à ce sujet. 4. Le conseil se déclare favorable à l'autonomie complète de la Commission Canadienne d'Accréditation des Hôpitaux, et y maintient sa représentation. 5. Le conseil charge son exécutif de préparer un projet d'amendement à sa charte, en tenant compte de certaines suggestions, et de faire rapport à la prochaine réunion. 6. Le conseil approuve le principe de la création d'un comité provincial en Colombie canadienne. 7. Le conseil procède à des nominations et à des renouvellements de mandat, et la liste complète en est déjà parue.

Dimanche, le 16 septembre, après une messe entendue dans le grand salon de l'hôtel, la cueillette des bagages dans les chalets particuliers, et un petit déjeuner pris en commun, nous devons dire adieu à Jasper. Le temps, lumineux et tiède, est à son mieux, comme pour faire regretter davantage cette oasis. Après un dernier regard sur ce qui nous entoure, nous reprenons le train pour la Colombie. La Diezel s'engage maintenant pour de bon dans les sinuosités des Rocheuses, et pour en doser la montée abrupte, contourne les rivières des vallées.

En passant, nous saluons le mont Robson, le roi des pics canadiens, qui, coiffé de son bonnet de neige, siège au milieu de sa cour; nous avons la veine de le contempler par ciel clair, ce qui n'est pas fréquent, dit-on.

Et notre « tortillard » démesuré, qui nous tire toujours vers l'Ouest, décrit les courbes les plus fantaisistes pour se glisser entre les obstacles. Des derniers wagons, on aperçoit souvent la tête du train qui semble suivre un chemin tout différent du nôtre. Vers le soir, nous pénétrons en Colombie. Puis, quelques heures de sommeil réparateur, et lundi, le 17 septembre, à six heures et demie du matin, notre rapide, maintenant coupé en deux tronçons, s'immobilise en gare de Vancouver.

Nous voilà arrivés au bout de notre longue course, à près de 3000 milles du point de départ. L'océan Pacifique est là, en arrière des gratte-ciel, et la levée du brouillard matinal nous permettra, plus tard, d'en voir la couleur et le rivage. L'hôtel Vancouver est envahi par une foule de Canadiens français à jeun, et subitement, il devient bilingue. Chacun s'organise pour visiter, selon ses goûts et le temps disponible, la ville même, la jolie banlieue, et pour quelques-uns, la fière capitale insulaire Victoria. Tout le monde s'en met plein les yeux de cette belle cité au climat privilégié, à la végétation facile, aux matins brumeux mais aux après-midis resplendissants.

Ce lundi soir, nous rencontrons, dans les salons de l'hôtel, un groupe des nôtres de la région avec lequel nous causons affaires de famille. La soirée du lendemain est consacrée à une réunion médicale, à l'hôpital Saint-Paul, sous

les auspices de la « Vancouver Medical Association ». Cette séance fait époque par l'innovation qu'elle crée, de même que par le rôle remarquable qu'y jouent certains de nos confrères. Le tout se termine, comme il se doit, par des conversations amicales au-dessus des tasses de café.

Et encore trop tôt, arrive l'heure de l'exode. Mercredi, le 19 septembre, vers cinq heures du soir, nos voyageurs précédés d'une montagne de valises et de colis disparates, prennent d'assaut la gare de Vancouver. Nous sommes venus dans l'Ouest par la voie du Canadien National, mais nous retournons dans l'Est par celle du Pacifique Canadien.

C'est ce qui nous permet de descendre, le lendemain midi, au Lac Louise. Nous avons juste le temps d'y admirer, à 5,000 pieds d'altitude, le château, le glacier Victoria et le lac, et d'y voir déambuler un maître Martin quelconque, tout noir de sa personne, dont c'était justement l'heure de la promenade. De là, nous roulons pendant quarante milles sur le chemin de la reine, en direction de Banff, au grand émoi de quelques bêtes du Parc National. En fin d'après-midi, nous descendons à l'hôtel Banff Spring, examiner, pendant quelques minutes, le panorama gigantesque de la rivière Bow. Tant de grandeur fascine, mais nous devons nous arracher à ce spectacle unique pour rallier encore une fois notre spécial de l'A.M.L.F.C. Et un immense bond nous ramène vers la plaine où de multiples puits d'huile jalonnent le paysage. C'est le retour vers le réel aux visions plus simples et plus familières. Calgary, Brandon, Chapleau, Sudbury, North Bay passent dans nos fenêtres, et la tête des Grands Lacs se montre à ceux qui se lèvent tôt.

Le soir du 21 septembre, il y a travesti sur rails, probablement pour célébrer l'arrivée officielle de l'automne. C'est l'occasion de faire, dans notre programme, une juste part à l'imagination créatrice de nos compagnes. Fête joliment réussie, en tout cas, malgré l'exiguïté du parquet et l'indigence des costumiers, où la verve supplée à l'espace, et le génie au manque d'atours.

Avec le lever du soleil, dimanche, le 23 septembre, notre hôtel roulant touche Ottawa, et deux heures et demie plus tard, nous descendons à Montréal, gare Windsor, coiffés pour un bon nombre du grand chapeau des prairies. Une dernière photo-souvenir, prise sur les degrés du temple protestant St-Georges, et notre contingent se disperse définitivement.

Chacun rentre chez soi, peut-être fatigué, mais content.

* * *

Que restera-t-il d'une telle aventure? Le sentiment d'avoir accompli quelque chose d'instructif et d'infiniment agréable; l'impression d'avoir écrit un peu d'histoire dans le vie médicale canadienne d'expression française; la conviction de connaître un peu mieux notre pays, et la certitude qu'un voyage comme celui-là ne peut faire autrement que de laisser des traces bienfaisantes.

Souhaitons que tout le monde s'en porte mieux; et que l'Association des Médecins de Langue Française du Canada en sorte plus forte et plus vaillante.

Emile BLAIN.

L'AVENIR PROMETTEUR DE CERTAINS RADIOISOTOPES EN RADIOTHÉRAPIE INTERSTITIELLE

Germain PINSONNEAULT,
Hôtel-Dieu de Montréal.

Deux grandes découvertes, datant de 15 ou 20 ans, semblent appelées à rénover complètement les techniques radiologiques de traitement. La première est celle des accélérateurs de particules qui permettent de substituer des faisceaux d'électrons aux faisceaux de rayons X ou gamma, utilisés depuis plus d'un demi-siècle. Quoi qu'on fasse, en effet, les rayons X auront toujours le défaut capital de compliquer le traitement par l'irradiation sans raison d'une masse importante de tissus sains. La bêthérapie à haute énergie, au contraire, s'avère apte à ménager une homogénéité et une justesse de répartition de la dose inconnues jusqu'à ce jour. Les résultats cliniques publiés par Haas, de l'Université d'Illinois, de même que le travail poursuivi par Becker à Heidelberg, en Allemagne, légitiment pleinement les espoirs qu'on peut entretenir dans ce domaine.

Le deuxième facteur de progrès réside dans l'utilisation des radioisotopes comme sources de gammas en radiothérapie interstitielle. Seule, en effet, la radiothérapie interstitielle peut réaliser pleinement et élégamment ce qu'on a convenu d'appeler le traitement au contact. Chacun sait qu'en réduisant la distance entre la source et l'objet à traiter, on rend de plus en plus abrupte la décroissance de la dose en fonction de la profondeur. Il est clair qu'en ce faisant, on limite de plus en plus à la lésion la quantité de radiations qu'on entend utiliser. Notre intention est de montrer que les possibilités de la radiothérapie interstitielle, ou gamma thérapie au contact, grâce à des moyens nouveaux, peut atteindre aux avantages de la bêthérapie à haute énergie dans des localisations anatomiques où celle-ci est inapplicable.

L'idée d'enfouir des foyers radioactifs dans la masse même d'une tumeur est presque aussi vieille que la découverte du radium. C'est vers

1905, je crois, que Dominici fixa les exigences de conditionnement des aiguilles radifères propres à assurer un rayonnement homogène au sein même des lésions. Les aiguilles creuses de platine, d'un demi millimètre de paroi, contenant un sel de radium uniformément réparti dans leur cavité axiale, sont encore universellement employées. Le perfectionnement très poussé de l'appareillage roentgen thérapeutique leur a, à la vérité, porté un dur coup, et pendant quelque temps on aurait pu croire que la curiepointure était destinée à disparaître, mais il n'en fut rien. On eut l'occasion, une fois de plus, de se convaincre que l'effet biologique de la quantité de radiations appliquée n'est jamais indépendant du mode d'application. On constata que la curiepointure était irremplaçable dans certains types de lésion, dont l'exemple le plus frappant, à notre avis, est le nodule lingual résiduel de certains cancers de l'amygdale traités aux rayons X. En un mot, la radiothérapie de surface, même dans des conditions parfaites d'application, ne saurait se substituer, dans tous les cas, à la radiothérapie interstitielle.

Il faut bien reconnaître toutefois que les aiguilles de radium présentent de nombreux inconvénients. Elles sont d'un diamètre relativement considérable (au moins 1.6 mm), elles sont rigides, traumatisantes, souvent difficiles à insérer et à maintenir en place. Elles se prêtent aussi très mal, dans certains cas, à assurer une répartition homogène de la dose. Au moins d'avoir à sa disposition un choix très considérable de longueurs d'aiguilles, beaucoup de curiepointures se soldent par un compromis. Par ailleurs, les tumeurs ne sont malheureusement pas toujours des volumes géométriques réguliers, aptes à se laisser imposer un squelette stéréotypé de fils rigides. C'est pourquoi les Américains ont songé de bonne heure à substituer aux aiguilles de radium élément

de petits étuis d'or, remplis de radon, et dénommés *radon seeds*. Ces seeds, d'environ 3 mm. de longueur par 0.8 mm. de diamètre, sont introduits dans la tumeur à l'aide d'un trocart plus ou moins perfectionné et muni d'un mandrin qui sert de poussoir. L'épaisseur de paroi des gaines d'or étant suffisante pour éliminer la plus grande partie du rayonnement bêta du radon, on se trouve à disposer ainsi de minuscules sources de rayons gamma qu'on peut distribuer à sa guise dans le corps de la lésion. Comme la demi-vie du radon et de ses descendants n'est que de 3.82 jours, l'effet radioactif semble pouvoir être considéré comme nul au bout d'un mois. On paraît donc en droit de penser, à première vue, que les seeds laissés en place deviennent, en un mois, de simples corps étrangers inertes, sans propriétés particulières. Et ceci supprime évidemment le souci d'avoir à les retirer du sein de la tumeur. Les seeds de radon constituent des foyers radioactifs à demeure par opposition aux aiguilles de radium élément qui sont des foyers radioactifs *amovibles*. L'avantage des seeds réside avant tout dans leur facilité apparente d'application. Nous disons apparente parce qu'en pratique il est très difficile de répartir des foyers radioactifs dans une tumeur de manière à y assurer une distribution uniforme et adéquate de l'énergie. Ceci devient à peu près impossible quand on a affaire à une lésion volumineuse, ou située dans un organe mou et déformable comme la langue. Des radiographies en série ont montré que certains de ces foyers, déposés dans les tissus, peuvent s'y déplacer en peu de temps et d'une façon tout à fait imprévisible. Mais les seeds de radon ont encore d'autres défauts inhérents à leur mode de fabrication. Ils sont souvent très inégaux dans leur teneur en radon. Il n'est pas rare qu'on en rencontre d'imparfaitement scellés et, par conséquent, vidés de leur contenu. De plus, l'extinction de la radioactivité du radon au bout d'un mois est un abus de langage. En réalité, chaque seed vieilli contient du radium D, dont la demi vie est de 22 ans, et continue à émettre durant toute l'existence du sujet qui en est porteur.

Or personne ne peut juger de l'inocuité des débits infimes qui durent de façon illimitée. Pour toutes ces raisons les seeds de radon ont toujours été un pis aller auquel on devait fatalement chercher une substitution.

Dès 1937 Hames avait eu l'idée d'insérer des seeds de radon dans des tubes de soie. Ceci marquait un progrès en rendant amovibles, des foyers radioactifs qui avaient été jusque là employés comme des foyers à demeure, et surtout, en fournissant un excellent moyen d'assurer une régularité plus parfaite de distribution. Quinze ans plus tard, Morton, je crois, eut l'idée de reprendre la technique de Hames avec des tubes de nylon. C'est alors que se forma, au centre médical de l'Université d'Ohio, une équipe de chercheurs où on trouve Morton, James, Callendine, Williams, Henschke et surtout Myers (médecin doublé d'un chimiste) qui en a été le principal animateur.

Comme le centre médical de Columbus avait résolu dès cette époque de remplacer son radium par du cobalt, il était naturel qu'on songeât à substituer aux seeds de radon des seeds de cobalt. Ceux-ci présentaient l'avantage d'un diamètre plus réduit et d'un faisceau de bêtas beaucoup plus mous que ceux du radon, donc facile à éliminer. Mais les premières tentatives donnèrent lieu à de multiples ennuis, en raison de l'altération du cobalt à l'air et de la contamination par des poussières d'oxyde. Tous les essais de plaquage et de vernissage en vue d'enrayer l'altération du cobalt furent vains. Le problème ne fut résolu que par l'adoption d'un alliage (cobanic) contenant 45% de cobalt et 55% de nickel. Après radioactivation du cobalt, le peu de radionickel engendré ne modifie pas sensiblement le rayonnement du cobalt 60. Un fil de cobanic de 40 millièmes de pouce de diamètre se laisse travailler facilement et présente l'avantage d'une inertie chimique à peu près complète. Ce fil est coupé en tronçons d'un centimètre de longueur. Détail intéressant, le cobanic est fortement magnétique, ce qui facilite singulièrement la manipulation des tronçons à l'aide d'un électro aimant placé à l'extrémité d'une longue tige de protection. Chaque cylindre pèse

66 milligrammes. Après une exposition d'un mois au flux de neutrons de la pile d'Oak Ridge ($5,10^{11}$ cm²/sec) chaque cylindre présente une activité en gamma équivalente à celle d'un foyer de radium élément d'un peu plus d'un milligramme. Le plaquage des cylindres avec une couche d'un dixième de millimètre de nickel suffit à éliminer le rayonnement bêta et a l'avantage de ne pas nuire au parti qu'on peut tirer, pour les manipulations, des propriétés magnétiques du produit.

On trouve dans le commerce un autre alliage composé de 50% de cobalt et de 50% d'un mélange de chrome, de tungsten, de manganèse, de fer, de silice, de carbone, de phosphore et de soufre. Le tout est plaqué de nickel et contreplaqué d'une couche de chrome pour ménager l'usure du nickel et réduire en même temps au minimum les dangers de contamination.

On a aussi réalisé des aiguilles en acier inoxydable, d'une malléabilité variable, (certains modèles se laissent facilement plier), dans lesquelles on enferme de petits cylindres de cobalt 60. Leur diamètre varie de 1 à 1,7 mm. Leur fragilité est évidemment en fonction de leur facilité à se laisser plier.

Trois facteurs peuvent servir à illustrer la supériorité du cobalt sur le radium. La première est l'activité spécifique comparée des deux éléments. Cette activité se définit par le nombre de désintégrations atomiques par unité de masse dans l'unité de temps. Une activité d'un microcurie est définie comme correspondant à 37,000 désintégrations par seconde. C'est l'activité d'un microgramme de radium en équilibre avec son radon. Dans le cas du cobalt, l'activité spécifique peut atteindre (suivant l'importance du flux de neutrons des piles actuelles) 36 microcuries par microgramme. Il est probable que dans un avenir prochain cette activité pourra être doublée ou triplée.

Le deuxième aspect de supériorité du cobalt ressort de sa constante d'irradiation (appelée facteur K). Cette constante exprime le nombre de roentgen gamma à l'heure, mesurée à un centimètre d'une source ponctuelle d'un microcurie du radio élément en question après filtration à travers une couche d'un demi milli-

mètre de platine. Le facteur K du cobalt atteint 13.5 pour le cobalt alors qu'il est de 8.4 pour le radium.

Enfin le cobalt s'avère théoriquement supérieur au radium à cause de son spectre de gammas qui est presque mono énergétique (1.2 Mev) alors que celui du radium comporte plus d'une douzaine de raies, allant de plusieurs millions de volts à quelques centaines de volts. On comprendra l'importance de ce détail pour le domaine de la radiothérapie interstitielle qui nous occupe présentement. Les ostéonécroses des maxillaires qui compliquent parfois la curiepointure des lésions buccales sont des faits bien connus. Il est clair que ces accidents sont dus aux gammas mous que la trop mince paroi de platine des aiguilles de radium se montre impuissante à filtrer et que l'os se montre, lui, particulièrement apte à capter. Les conditions sont tout à fait différentes avec le cobalt qui supprime ces ennuis, grâce à la monochromaticité et à la haute énergie de son faisceau.

Si on compare les courbes d'isodoses produites par une aiguille de radium avec celles produites par une aiguille de cobalt, on constate immédiatement que la dose est plus élevée aux extrémités de l'aiguille dans le cas du cobalt, que dans le cas du radium. Les isodoses du cobalt tendent vers une forme régulièrement sphérique, alors que celles du radium gardent une forme ovoïde déprimée aux deux pôles. On admet que la curiepointure au cobalt doit comporter une répartition un peu moins tassée, un champ d'implantation un peu plus réduit, et une dose totale d'environ 15% inférieure à celle de la curiepointure au radium.

Le radio élément idéal de la radiothérapie interstitielle doit posséder une haute activité spécifique de manière à occuper le moins de volume possible. Il doit être dépourvu de rayonnement Bêta, ou en posséder un qui soit facilement absorbable. Autrement la nécessité de s'adjoindre un filtre important ramènerait à des complications de volume. Il doit posséder un rayonnement gamma d'énergie suffisamment élevée pour vaincre les inégalités d'ab-

sorption tissulaire propres aux basses tensions, et suffisamment homogène, pour assurer l'égalité de repartition de la dose. Il doit être chimiquement inerte, de façon à ce qu'on n'ait pas besoin de l'enrober, et à ce que les manipulations ne risquent pas de contaminer l'appareillage du laboratoire.

Les avantages et les inconvénients découlant de la longueur de la demi vie du radio élément utilisé sont très complexes et souvent contradictoires. Un radio élément à vie courte possède l'avantage de pouvoir servir à la fois à une application temporaire (foyers amovibles) ou permanente (foyers à demeure) tandis qu'un radio élément à vie longue a l'inconvénient de ne pouvoir servir qu'à une application temporaire. Toutefois l'élément à vie courte est d'une utilisation plus problématique, parce qu'il ne supporte pas de délai d'utilisation: ce qui n'est pas toujours commode et expose à un certain gaspillage. Comme dit Myers, il oblige à synchroniser l'arrivée du malade, la réception de l'isotope et le loisir du radiologiste. Un élément à vie longue possède l'avantage de pouvoir servir à des utilisations répétées et de réduire peut-être, dans une certaine mesure, le coût de l'emploi. Mais, à moins d'être inaltérable et faiblement énergétique, la préparation des foyers exige des précautions spéciales de la part du technicien, et comporte souvent une exposition dangereuse aux radiations. Dans le cas du cobalt par exemple, dont la couche de demi-absorption est de l'ordre de 11 mm. de plomb, la préparation des tubes de nylon requiert pour des raisons de sécurité, un appareillage assez compliqué.

Les aiguilles de cobalt 60 représentent sur les aiguilles de radium l'avantage de ne pas être exposées à couler. Quant à la préparation en tubes de nylon, elle présente sur la préparation en aiguilles l'avantage de pouvoir se plier à n'importe quelle forme, et celui, beaucoup plus important encore, de pouvoir assurer une régularité de distribution inaccessible autrement.

Néanmoins les tubes de nylon préparés au cobalt ne sont pas sans défaut. Leur souplesse est loin d'être parfaite et, en cas de rupture,

ils sont exposés à se vider de leur contenu. Il est donc naturel qu'on ait cherché à améliorer cette technique. L'amélioration a porté à la fois sur le contenant de nylon et sur le contenu radioactif. Tous ces travaux ont été menés au centre médical de l'Université d'Ohio.

Le premier pas dans la voie du progrès a été de substituer l'or 198 au cobalt 60 et de remplacer les tubes de nylon par des rubans de nylon. L'or 198 a une demi vie de 2.7 jours. Il émet un faisceau de bêtas de 970 kilovolts et un faisceau de gammas de 411 kilovolts. La couche de demi absorption pour les gammas est de 2.8 mm de plomb (comparée à 11 mm pour le cobalt et 8 mm pour le radon). Sa surface de capture pour les neutrons est de 95 barns. La durée de la radiactivation est de l'ordre d'une semaine. Le coût en est peu élevé. L'or 198 est d'une inertie chimique absolument parfaite. La durée de sa demi vie le rend compatible avec les exigences de la radiothérapie interstitielle avec foyers à demeure. Son faisceau de bêtas est à peu près totalement absorbé par une couche de 0.2 mm d'or. L'énergie de son faisceau de gammas est juste dans la bonne marge pour répondre aux desiderata de la radiothérapie profonde sans imposer de mesures extravagantes de sécurité comme le radium et le cobalt.

Dans les techniques mises au point par Myers et par Henschke au centre médical de Columbus, l'or à utiliser est envoyé à la pile sous forme de fils de 85 millimètres de longueur et sous des diamètres qui varient de 7 à 15 millièmes de pouce. Le poids total de 8 ou 9 de ces fils est d'environ un gramme. Leur activité totale au bout d'une semaine est d'environ 2.5 curies. Dès leur réception, les fils sont introduits dans des gaines d'or stable de 0.2 mm d'épaisseur de paroi. Ces gaines ont pour fonction de filtrer l'émission des rayons bêta. Quand on coupe un fil d'or radioactif inclus dans sa gaine d'or stable, on constate que la simple section suffit à sceller d'or stable les deux extrémités du fil actif. On doit convenir cependant que la filtration des rayons bêta est un peu amoindrie à l'endroit de la section, mais Myers a montré que les électrons qui en éma-

ment ont un rayon d'action tissulaire qui ne dépasse pas deux millimètres et peuvent être ignorés dans la pratique. Cette fuite des bêtas à l'endroit de la section est d'ailleurs incomparablement moins importante que celle qui se produit aux extrémités des seeds de radon.

Les fils d'or 198 ont une extraordinaire souplesse d'emploi. Ils peuvent être introduits tels quels dans des aiguilles ou dans des étuis d'acier inoxydable dont la paroi sert à filtrer les rayons bêta. Ces aiguilles et ces étuis, une fois garnis, peuvent servir, comme source de rayons gamma, aux multiples usages que l'on imagine. L'inertie chimique de l'or réduit les dangers de contaminations au minimum. Et si certains outils, comme les couteaux, servant à la manipulation, restent contaminés, ils perdent spontanément toute trace de radioactivité dans les semaines qui suivent, en raison de la brièveté de la demi vie du produit utilisé.

Les fils, recouverts de leur gaine d'or stable, peuvent être sectionnés en foyers de gamma de diverses charges, et servir ainsi à confectionner des moules, qui présentent l'avantage d'une extraordinaire légèreté, puisque la quantité de plomb nécessaire à la protection y est trois fois moins importante qu'avec le radium ou le cobalt. Les malades porteurs de moules et d'appareils radifères à l'or 198 pourraient parfaitement, en cas de pénurie de lits d'hôpitaux, poursuivre leur traitement à domicile, sous la surveillance du praticien. La valeur marchande de la quantité d'or utilisée ne se chiffre qu'à quelques dollars et les dangers de radiolésions pour l'entourage seraient très éphémères dans le cas où l'appareil s'égarerait une fois le traitement terminé.

Les fils d'or 198 engainés d'or inerte peuvent être conservés dans un magasin plombé, muni d'un micromètre et d'un couteau, qui permettent d'obtenir instantanément des seeds de la charge désirée. Cet appareil très simple imaginé par Myers pèse seulement 17 livres et peut être transporté à la salle d'opération ou ailleurs. Le même auteur a dressé des tables qui permettent de calculer rapidement la longueur à donner aux seeds, en tenant compte de la section du fil et de sa date de radio-

activation. Les seeds produits peuvent être stérilisés extemporanément par la chaleur ou dans n'importe quel antiseptique fort. Henschke a même proposé de mesurer les seeds directement sur place, à l'aide d'un simple ionomètre du type "cutie pie". L'appareil préalablement étalonné avec un foyer d'un milligramme de radium, filtré par un demi millimètre de platine, est placé à une distance convenable de l'orifice d'où émerge le fil d'or 198. On n'a ensuite qu'à agir sur la vis micrométrique pour obtenir le seed de la valeur désirée. Les seeds peuvent être introduits au trocart, au fusil ou mieux au moyen d'un jeu d'aiguilles-guides (décrit par Henschke) et qui seul, à notre avis, peut assurer une distribution rigoureusement régulière et homogène.

La constante d'irradiation de l'or 198 est 2.4 roentgen à l'heure. En multipliant ce résultat par 93 heures, qui est la vie moyenne, on obtient le rayonnement gamma total par millicurie, qui se trouve être de 223 r. En comparant avec le rayonnement gamma total par millicurie dans le cas du radium (8.4 r à l'heure x 133 heures = 1117 r), on voit que le rapport de l'un à l'autre est de 1/5. Si donc, dans l'évaluation des doses, on procède par comparaison avec le radium, on devra, pour avoir l'équivalent avec ce dernier, multiplier par 5 la dose figurée en millicuries d'or 198.

La technique des seeds de Columbus apparaît incomparablement plus flexible que celle des grains d'or du Royal Cancer Hospital de Londres. Dans cette dernière, tous les grains ont la même force et l'application ne peut supporter aucun délai. De plus les grains d'or plaqués, au platine — pour absorber l'émission de rayons bêta — sont d'un prix de revient deux fois plus élevé que les seeds d'or de Columbus.

La merveille des trouvailles du centre médical de l'Université d'Ohio réside dans l'utilisation des *rubans* de nylon, appelés de toute évidence à remplacer les tubes du même matériel. Cette trouvaille a été faite par Henschke. Si on dépose dans l'eau chaude, à une température un peu inférieure à celle du point d'ébullition, un tube de nylon 101 (fabriqué

par la Polymer Corporation), on remarque qu'il se ramollit considérablement sans cependant se déformer. Ce tube possède alors, pendant plusieurs minutes, la propriété de se laisser écraser en forme de ruban, lorsqu'on l'étire en l'écrasant entre le pouce et le dos d'une lame de couteau. Les deux parois du ruban se sont amincies et la longueur du tube s'est accrue considérablement. Chose curieuse, les parois se sont simplement accolées, mais non fusionnées. De sorte qu'on peut, avec un stylet, pousser un seed dans la lumière virtuelle du ruban, aussi loin qu'on le désire. Et après l'introduction du seed, les parois restent encore parfaitement accolées, comme elles l'étaient avant l'introduction. Ceci permet donc de pousser dans le ruban autant de seeds qu'on veut, et de les espacer les uns des autres de la distance qu'on veut. Les seeds sont là solidement emprisonnés, et convenablement espacés, dans un petit ruban très souple, d'une extraordinaire solidité. On voit tout de suite les avantages du ruban sur le tube de nylon. Flexibilité plus grande, inutilité des cylindres qui servaient à espacer les foyers radioactifs, aucun danger de perdre les foyers en cas de rupture du ruban. Les rubans conservent indéfiniment leur souplesse s'ils sont conservés dans l'eau ou dans une solution de Zéphiran à 1 pour 1000, qui a en même temps l'avantage d'en assurer la stérilisation.

La technique des rubans de nylon peut se prêter à l'application d'autres isotopes que l'or 198. Depuis dernièrement, Henschke semble avoir donné sa préférence à l'iridium 192. La demi vie de ce dernier est de 74 jours. Le prix de l'iridium est beaucoup plus élevé que celui de l'or, mais sa surface de capture est 750 barns en regard de 95 pour l'or. Son coût de radioactivation est donc beaucoup plus bas. Sa constante d'irradiation est de 3.6. Il possède une émission de bêtas de 670 kilovolts et un faisceau de gammas dont la couche de demi absorption est de l'ordre de 2.3 mm plomb (en comparaison avec 2.7 dans le cas de l'or 198). Les seeds d'iridium sont fabriqués en sectionnant un fil d'iridium inclus dans une gaine de cuivre qui sert de filtre pour les

rayons bêta. Le mode de préparation est donc le même que pour les seeds d'or. Chaque seed mesure 3 mm. de longueur et 0.6 mm. de diamètre. Il équivaut à un foyer de radium d'environ un demi-milligramme. La demi vie de l'iridium lui confère certains avantages sur l'or. Il devient possible, avec ce dernier, d'avoir une répartition d'énergie plus étalée et plus régulière dans le temps. L'iridium peut aussi supporter un délai raisonnable dans la mise en place des rubans.

Henschke a fait mettre dans le commerce un contenant spécial de plomb où sont disposés 16 rubans d'iridium contenant chacun 12 seeds. Ce contenant, du volume d'une tasse, est conçu de façon à pouvoir laisser sortir le nombre de rubans que l'on désire, alors que les autres demeurent en réserve à l'intérieur du récipient. Pour le transport et au cours de l'utilisation, le récipient contenant les rubans est plongé dans un bocal contenant du Zéphiran à 1 pour 1000. Le bocal complet, scellé et prêt au transport, pèse 5 livres et demie. Henschke (aujourd'hui au Memorial Hospital de New-York) a imaginé ce contenant en vue d'une technique d'application dont chaque geste et chaque détail a été minutieusement pesé et étudié. L'auteur a visé à assurer une disposition des foyers radioactifs d'une régularité plus parfaite que jamais, une répartition chronologique plus en rapport avec les données actuelles de la radiothérapie et enfin une sécurité complète de manipulation.

Néanmoins, le dernier mot dans l'utilisation des radio-isotopes en radiothérapie interstitielle est loin d'être dit. Myers travaille actuellement sur une technique au chrome 51. Ce dernier possède un faisceau mono énergétique de 323 kilovolts et l'immense avantage d'être dépourvu de rayonnement bêta. Il a une demi-vie de 28 jours. La couche de demi-absorption de son rayonnement est de 2 mm. de plomb ou de 6 cm. d'eau. Il est probable qu'on arrivera à réaliser des cylindres de 2.5 mm. de longueur par 0.8 mm. de diamètre ayant un facteur K d'irradiation de 1.8 r et une activité totale en gammas par millicurie de 1700 r : ce qui les assimilera à des seeds de

radon de 1.5 millicurie. Toutefois, l'emploi du chrome 51 est retardé par la difficulté qu'il y a à se procurer du métal chimiquement pur.

On ne saurait clore cette revue sur l'emploi de nouveaux radioisotopes en radiothérapie interstitielle sans dire un mot de la technique des injections intratissulaires de liquides radioactifs. La majorité des essais réalisés dans ce domaine ont été faits à l'aide d'une solution colloïdale d'or 198. Les avantages de cette préparation ont été formulés par Hahn et ses collaborateurs. Ce sont les suivants: 1) le traitement peut être fait, dans bien des cas, sur des malades ambulants; 2) le mal des radiations est à peu près inexistant; 3) la préparation colloïdale d'or n'est pas toxique et ne donne lieu à aucune réaction immunologique comme les préparations d'or soluble; 4) le produit s'accumule en très grande partie au point d'injection; 5) il n'y a pas de problème d'excréta radioactifs; 6) la dosimétrie est relativement simple; 7) la composante de gammas de l'or 198 permet un étalonnage facile et rapide du produit; 8) l'énergie modérée des radiations ne crée pas de complications de transport; 9) il est possible de faire des mesures de contrôle à la surface du corps.

En dépit de ces excellents arguments en faveur des injections intratumorales d'or 198, la méthode paraît à rejeter pour deux raisons péremptoires. 1) Il est extrêmement difficile, sinon impossible, de répartir *uniformément* un agent radioactif liquide au sein d'une tumeur. 2) La présence de l'intégrité du rayonnement bêta de l'or 198 rend illusoire tout espoir d'homogénéité d'action et conséquemment toute évaluation adéquate de la dose tissulaire vraie. Et ceci explique que nous passions sous silence l'emploi du phosphate chromique colloïdal qui est un producteur pur de bêtas.

Le seul agent radioactif, pour injections intratumorales, susceptible de trouver grâce dans l'avenir, paraît être le bismuth 206. *Parce qu'il est un émetteur pur de gammas.* L'inévitable irrégularité de distribution dans l'application n'a plus, avec les rayons gam-

mas, les mêmes inconvénients qu'avec les rayons bêtas.

Le bismuth 206 est produit par les laboratoires Philips-Roxane, d'Amsterdam. Il paraît n'avoir été utilisé, jusqu'à maintenant, qu'en Europe. Van Der Werff en a fourni dernièrement une étude qui encourage certains espoirs.

Le radio bismuth est produit au cyclotron par bombardement du plomb à l'aide de deutérons. Or le plomb naturel est un mélange des isotopes stables suivants: Plomb 204: 1.3%. Plomb 206: 26%. Plomb 207: 21%. Plomb 208: 52%. Chacun de ces isotopes fournira donc, comme on le conçoit, un produit différent. De sorte que le radio bismuth 206 sera, en réalité, un mélange de bismuth 204, avec une demi-vie de 12 heures, de bismuth 205, avec une demi-vie de 14.5 jours, de bismuth 206 avec une demi-vie de 6.4 jour et, enfin, de bismuth 207, avec une demi-vie de 8 ans. La constante d'irradiation (figurée en milliroentgen à l'heure à un mètre) est de 0.23 *r* pour le bismuth 204, 0.25 pour le bismuth 205, 1.9 pour le bismuth 206, et *vraisemblablement* négligeable pour le bismuth 207. C'est là du moins les conclusions qui se dégagent des analyses faites sur des préparations vieilles d'un an. Le radio bismuth fournit plusieurs raies de gamma dont l'énergie moyenne serait 800 kilovolts, avec maximum à 1.7 MeV et un minimum (c'est là une ombre au tableau) de 73 000 volts. Van Der Werff ne mentionne pas la couche de demi-absorption, de sorte que nous n'avons pas d'idée précise sur le taux de pénétration dans les tissus.

Le radio bismuth est facile à séparer chimiquement du plomb qui sert de cible dans la fabrication. On l'obtient sous forme d'acétate, en solution saline isotonique de PH 6.8 - 7.0. Après injection dans les veines, le produit s'élimine par les reins. L'auteur ne précise pas la fraction captée par le système osseux. Un centimètre cube d'une suspension de carbone à 5% peut adsorber, sur ses particules, un millicurie de bismuth 206, dans la proportion de 99%. C'est cette préparation de radio-bismuth-carbone qui sert aux injections intra-

tumorales. Elles semblent rester confinées indéfiniment au siège de la tumeur. Au bout d'un an, on peut retrouver des traces de bismuth 207 au foyer d'injection. Van Der Werff propose, pour les lésions de moyen volume, une dose de l'ordre de un quart de millicurie par centimètre cube de tumeur. Étant donné la haute énergie des photons, la sécurité de manipulation exige des mesures assez compliquées.

Résumé et conclusion.

La découverte des accélérateurs de particules et celle des radioisotopes sont en train d'amener la radiothérapie à un tournant de son histoire. L'ambition des vingt dernières années a été d'atteindre à des doses tumorales élevées, celle des prochaines années semble devoir être de limiter de plus en plus strictement les doses à la tumeur. Il devient évident que cette dernière ambition ne peut se réaliser qu'avec des faisceaux d'électrons à haute énergie ou avec une radiothérapie interstitielle qui a maintenant à sa disposition, grâce aux radioisotopes, des ressources toujours nouvelles et quasi illimitées. Dans ce dernier domaine, nous pensons que la traditionnelle curiepointure, telle qu'on la pratique, sans grande variante, depuis 50 ans, a maintenant vécu. En dépit des inappréciables services qu'elle a rendus et qu'elle peut encore rendre, elle doit céder le pas à des techniques indiscutablement plus logiques et plus souples.

BIBLIOGRAPHIE

- I. L. HAAS, R. A. HARVEY, J. S. LAUGHLIN, J. W. BEATTIE et W. J. HENDERSON: Medical Aspects of High Energy Electron Beams. *Am. Journ. of Roentgenol. Radium Therapy and Nuclear Medicine*, **72**: 2, (août) 1954.
- Paul F. HAHN: Therapeutic Use of Artificial Radioisotopes. John Wiley & Sons Inc., édit. 1956.
- I. HAMES: A new method in the use of radon seeds. *Am. Journ. of Surg. New Series*, **38**: 275, 1937.
- R. A. HARVEY, L. L. HAAS et J. S. LAUGHLIN: Effects of X-ray and electron beam from the bêtatron on head and neck cancer. Proceeding of Second National Cancer Conference, Cincinnati, 1952.
- U. K. HENSCHKE, A. G. JAMES et W. G. MYERS: Radiogold Seeds for Cancer Therapy. *Nucleonics*, **11**: 46-48, (mai) 1953.
- U. K. HENSCHKE, A. G. JAMES et W. G. MYERS: Radiogold Seeds in Clinical Therapy. *Radiol.*, **63**: 390-399 (sept.) 1954.
- U. K. HENSCHKE: Artificial Radioisotopes in Nylon Ribbons for Implantation in Neoplasms. Brochure distribuée par l'auteur.
- U. K. HENSCHKE, A. G. JAMES et W. G. MYERS: Radiogold Seeds for Cancer Therapy. Handbook of Radioisotopes Applications. Publié par Nucleonics, p. 24 (sans date de publication).
- A. G. JAMES, R. D. WILLIAMS et J. L. MORTON: Radioactive Cobalt as an Adjunct to Cancer Surgery. *Surgery*, **30**: 95-105, (juillet) 1951.
- Robert L'ABBE et Germain PINSONNEAULT: L'avènement du Bêtatron en Médecine. *L'Union Méd. du Canada*, **85**: 755-762 (juillet) 1956.
- J. L. MORTON, G. W. CALLENDINE, W. G. MYERS: Radioactive Cobalt-60 in Plastic Tubing for Interstitial Radiation Therapy. *Radiology*, **56**: 553, 1951.
- W. G. MYERS: Applications of Artificially Radioactive Isotopes in Therapy. *Am. J. Roentgenol. and Radium Therapy*, **60**: 816-823, 1948.
- W. G. MYERS: Applications of artificial Radioisotopes in Interstitial Radiation Therapy. Isotope Panel, Proceedings of the 2nd National Cancer Conference, Cincinnati, Ohio, 5 mars 1952.
- W. G. MYERS: Neutron-Radioactivated Pure Chromium Crystals as Sources of Gamma Rays for Radiation Chemotherapy. *Radiol.*, **66**: 268, (fév.) 1956.
- W. G. MYERS, B. H. COLMERY et W. M. McLELLON: Radioactive Gold-198 for Gamma Radiation Therapy. *Am. J. Roentgenol.*, **70**: 258-273 (août) 1953.
- G. PINSONNEAULT: Le Bêtatron, Merveille des Machines à Rayons X. *L'Union Méd. du Canada*, **78**: 448, (avril) 1949.
- J. T. VAN DER WERFF: Bismuth 206, a New Radioactive Isotope for Therapy. Radioisotope Conference. Butterworths Scientific Publications 1: 36, 1954.
- J. T. VAN DER WERFF: Radiobismuth. *Medicamundi*, **2**: 83, 1956.

L'ASPECT PSYCHO-SOCIAL DE LA RÉHABILITATION CHEZ LES AMPUTÉS DES MEMBRES SUPÉRIEURS¹

G. GINGRAS, M. MONGEAU, V. SUSSET, R. LEMIEUX,
J.-M. CHEVRIER, R. VOYER.

L'aspect psycho-social de la réhabilitation chez les paraplégiques, les hémiplegiques et les amputés des membres inférieurs a fait l'objet de plusieurs recherches à l'Institut de Réhabilitation de Montréal. Même si on a consacré plusieurs études aux accidentés du travail, aux anciens combattants et aux porteurs d'assurances, on trouve très peu d'écrits relatifs à la réhabilitation totale des indigents et des cas non-protégés par les commissions d'accidents du travail ou les assurances.

Nous avons l'intention de faire plus tard la synthèse des résultats dans les diverses catégories d'infirmité en fonction des variations qui s'imposent dans le processus de réhabilitation.

LIEU DE L'ENQUÊTE.

Cette étude fut menée à l'Institut de Réhabilitation de Montréal, organisme indépendant qui a été conçu et établi dans le but d'appliquer la réhabilitation dans toutes ses modalités y compris le placement. Ce dernier service se fait en collaboration avec la section spéciale des handicapés du Service National de Placement.

CAS.

Pendant les cinq dernières années, un total de 52 amputés des membres supérieurs nous furent dirigés; le groupe se compose de 41 hommes et 11 femmes.

Toutefois, 47 candidats seulement se présentèrent au premier examen; les 5 autres avaient été référés à l'Institut par des agences sociales, mais une enquête préliminaire révéla qu'il s'agissait d'infirmités de longue date et de dépendance totale.

Le temps écoulé entre l'amputation et la

date de référence s'échelonne entre deux mois et, chiffre inoui, 50 ans!

TABLEAU I

ORIGINE DES PATIENTS		
Origine	Nombre	%
Hôpitaux	2	3.85%
Associations de bienfaisance .	8	15.38%
Le client lui-même	37	71.15%
Médecins	5	9.62%
<i>Total</i>	52	100 %

Ce tableau indique la source de référence ainsi que le pourcentage dans chaque cas.

Soulignons que, dans l'ensemble, les références personnelles atteignent 71 % alors qu'elles ne sont que de 24 % dans les cas d'amputation des membres inférieurs. Plusieurs des cas qui font l'objet de cette recherche se sont présentés sans aucun doute par simple curiosité.

TABLEAU II

AGE DE 52 AMPUTÉS DES MEMBRES SUPÉRIEURS		
Groupe d'âge	Nombre	%
0 à 14	3	5.77%
15 à 29	23	44.23%
30 à 44	12	23.8 %
45 à 59	10	19.23%
60 à 75	4	7.69%
<i>Total</i>	52	100 %

L'étude de ce tableau révèle que la majorité des cas sont groupés entre 15 et 44 ans. Le groupe des jeunes est plus nombreux à cause de la haute incidence d'agénésies.

Il semble que l'agénésie soit plus fréquente aux membres supérieurs.

MÉTHODOLOGIE.

Des 47 cas qui se présentèrent à l'Institut pour fin d'évaluation, 30 furent revus plus

1. Ce travail fut réalisé grâce à la Fondation Biermans pour la recherche en réhabilitation. Il a été présenté à la quatrième assemblée annuelle de l'Association Canadienne de Médecine Physique et de Réhabilitation à London, Ontario en juin 1956.

tard pour les fins du présent projet de recherche. Les examens subséquents révélèrent deux décès. Trois cas ne purent être retracés; trois refusèrent de se présenter alors que 8 sur 14 répondirent à un questionnaire envoyé aux clients domiciliés au loin.

Les résultats sont donc basés sur 38 cas.

TABLEAU III

RE-EXAMEN (FOLLOW-UP)		
Méthode	Nombre	%
A l'Institut	23	60.53%
Aux <i>Nursing Homes</i>	1	2.63%
A domicile	3	7.90%
Au travail	2	5.26%
A l'école	1	2.63%
Réponse au questionnaire ...	8	21.5 %
<i>Total</i>	38	100 %

On constate que 60 % des cas subirent l'examen à l'Institut alors qu'au cours d'une enquête menée chez les hémiplegiques, seulement 47 % purent s'y présenter. Il s'agit d'une indication de plus, à savoir, que la réhabilitation des hémiplegiques est sans aucun doute la plus compliquée.

Les visites à domicile ou ailleurs furent faites par une équipe composée d'un physiatre (V.S.), d'un psychiatre (R.L.), d'un psychologue (J.-M.C.), et d'une assistante sociale médicale (R.V.)

L'enquête se divise en trois temps:

1. L'étude des dossiers relativement aux traitements antérieurs et à l'hospitalisation.
2. La réhabilitation et ses résultats.
3. Résultats des ré-examens.

Le temps écoulé entre les deux examens servant de termes de comparaison s'échelonne entre 10 mois et 5 ans.

PREMIER TEMPS.

Etat civil.

Ici, les résultats n'ont pas la signification et l'importance sociale qu'ils ont relativement aux paraplégiques, aux hémiplegiques et aux amputés des membres inférieurs. Le groupe se compose de 15 personnes mariées, 35 célibataires, 1 veuf et un séparé.

TABLEAU IV

EDUCATION		
Niveau	Nombre	%
Illettré	1	1.9 %
Primaire	34	65.4 %
Elémentaire	10	19.2 %
Supérieur	6	11.6 %
Université	1	1.9 %
<i>Total</i>	52	100 %

L'incidence la plus élevée se trouve aux niveaux primaire et élémentaire tout comme chez les paraplégiques, les hémiplegiques et les amputés des membres inférieurs.

TABLEAU V

ETIOLOGIE		
Étiologie	Nombre	%
Vasculaire	1	1.92%
Infectieux	6	11.54%
Congénital	6	11.54%
Traumatique	31	59.62%
Tumoral	3	5.77%
Diagnostic non confirmé	5	9.61%
<i>Total</i>	52	100 %

Ces résultats sont éloquentes, si on les compare avec ceux obtenus chez les amputés des membres inférieurs.

1.9% seulement sont d'origine vasculaire, alors que chez un groupe de 90 amputés des membres inférieurs, 64 % présentaient une étiologie commune. Un autre point de comparaison intéressant: les traumatismes sont responsables de 60 % des amputations des membres supérieurs alors qu'ils sont à l'origine de seulement 21 % des amputations des membres inférieurs.

TABLEAU VI

Niveau de l'amputation	A droite		A gauche	
	Nombre	%	Nombre	%
Bras:				
Tiers supérieur	10	19.2%	2	3.8%
Tiers moyen	6	11.6%	1	1.9%
Tiers inférieur ...	2	3.8%	4	7.7%

Avant-bras:				
Tiers supérieur ...	3	5.8%	3	5.8%
Tiers moyen	5	9.7%	6	11.6%
Tiers inférieur	1	1.9%	—	—
Mains et doigts	6	11.6%	—	—

Deux cas présentaient des amputations des deux membres supérieurs; le premier, une double amputation au-dessous du coude, le second, une double amputation au-dessus du coude.

Le tableau indique également que les amputations à droite et au tiers supérieur du bras sont en prédominance. L'enquête indique que le groupe ne comprenait que deux gauchers.

Résultats de l'examen médical.

Tous les traumatisés furent hospitalisés immédiatement après l'accident. Les malades présentant des tumeurs ou des maladies vasculaires furent tous référés au chirurgien à la suite de l'apparition des symptômes.

L'âge des cas congénitaux est: 19, 23, 21, 17, 21 et 38 ans; à notre grande surprise, un seul avait déjà bénéficié de traitements.

Un de ces patients avait été vu et traité par un psychiatre avant l'examen médical à l'Institut.

DEUXIÈME TEMPS

TABLEAU VII

RECOMMANDATIONS

Recommandations	Nombre..	%
Hospitalisation	2	4.26%
Revision chirurgicale du moignon	2	4.26%
Physiothérapie	13	27.66%
Occupation thérapie	13	27.66%
Evaluation psychologique ..	8	17.2 %
Evaluation du service social médical	47	100 %
Orientation scolaire et professionnelle et Placement .	19	40.43%
Prothèses	17	36.17%
Refusés après examen médical	9	19.15%

Il faut noter que chez un bon nombre de clients, les recommandations s'adressaient à plusieurs départements. 38 cas, soit 80 % furent acceptés pour traitements ou autres

services. 9 cas ou 19 % ne furent pas acceptés à la réhabilitation pour les raisons suivantes:

a) Quatre patients s'étant réhabilités eux-mêmes ne furent pas acceptés pour traitements.

b) L'Institut ne disposait pas des facilités nécessaires pour deux clients.

c) Le mauvais état général de trois patients ne permettait pas la réhabilitation.

TABLEAU VIII

PROTHÈSES PRESCRITES ET PROCURÉES

Type de prothèse	Nombre	%
Bras et crochet	5	10.64%
Bras décoratif et crochet interchangeable	10	21.28%
Bras et gant	2	4.25%
<i>Total</i>	17	36.17%

Ce tableau indique que des prothèses furent recommandées et procurées dans 17 cas seulement, soit 35 % des 47 cas initiaux; on enseigna à tous l'utilisation adéquate de ces prothèses. Aucune recommandation pour la balance des cas (30) ne fut faite, alors qu'ils s'étaient réhabilités eux-mêmes ou que leur état général ne permettait pas l'usage efficace d'appareils. Chez plusieurs, le quotient intellectuel n'était pas assez élevé pour conseiller l'usage de prothèse.

TROISIÈME TEMPS

Éléments au follow-up.

L'examen et l'évaluation furent d'avantage poussés au moment du *follow-up*, et l'on attachait plus d'importance aux aspects psychiatrique et psychologique, de même qu'aux conditions associées.

TABLEAU IX

RECOMMANDATIONS AU FOLLOW-UP

Recommandations	au Follow-up	à la clinique sélective
Prothèse	2	17
Physiothérapie	1	13
Occupation Thérapie ...	1	13
Evaluation psychiatrique	30	—
Evaluation psychologique	28	8
Orientation et placement	8	19

Le tableau ci-dessus établit une comparaison entre les recommandations du premier examen et du *follow-up*. La prothèse d'un patient n'était plus en état de servir à la suite d'usage courant. Dans un second cas, le patient qui avait d'abord refusé un appareil en réclamait maintenant un en prévision d'un emploi.

TABLEAU X

CONDITIONS JUXTAPOSÉES		
Conditions	Nombre	%
Vasculaire ou pathologique		
générale	5	13.16%
Traumatisme affectant d'autres		
membres	4	10.53%
Maladie neurologique	3	7.90%
Désordre psychiatrique	4	10.53%
Cécité	2	5.26%
Cancer	1	2.62%
<i>Total</i>	19	50 %

Ce tableau indique les divers états pathologiques juxtaposés augmentant la complexité de la réhabilitation.

Indépendance vis-à-vis les activités routinières.

On a constaté que 37 patients, au nombre desquels 16 avaient reçu des traitements spécifiques, sont devenus tout à fait indépendants vis-à-vis les activités routinières. Au moment des tests, on compare les amputés avec la norme physique commune.

Conclusions de la recherche par rapport à l'usage des prothèses.

Sept patients, soit 41.28 % se servent quotidiennement de prothèses. Dix patients, soit 58.8 % des cas à qui des prothèses avaient été prescrites ne se servaient plus de leurs appareils à l'époque du *follow-up* pour les raisons suivantes:

a) Huit patients se jugeaient suffisamment indépendants vis-à-vis les activités routinières et travaillaient sans cette aide.

b) L'un d'eux est un amputé d'un membre supérieur et d'un membre inférieur; il est maintenant domicilié dans un *Nursing Home* où l'on n'encourage pas l'usage des prothèses.

c) Un patient présente un état psychiatrique grave.

Aspect occupation à l'époque du follow-up.

Parmi les 38 patients qui bénéficièrent des services de la médecine physique et de la réhabilitation, 18 cas (47.37 %) occupent actuellement un emploi. Cinq cas (13.15 %) poursuivent des études aux écoles ou dans les universités. Douze ne sont pas salariés, mais indépendants vis-à-vis les activités routinières (31.58 %). Trois cas (7.9 %) vivent dans une institution pour les raisons suivantes:

a) L'un des patients présente à la fois une amputation d'un bras et d'une jambe.

b) Un deuxième est confiné dans un hôpital psychiatrique.

c) Le troisième est au sanatorium.

CONCLUSIONS PSYCHOLOGIQUES

Une évaluation psychologique fut prescrite dans huit cas lors de la clinique de dépistage.

Vingt-trois évaluations, y compris Wechsler-Bellevue (et Ottawa-Wechsler), et autres tests à l'occasion, furent menés à l'époque du *follow-up* afin d'évaluer le placement, l'adaptation au handicap et le facteur intelligence.

Les résultats du quotient intellectuel en relation avec le placement ou l'éducation s'établissent comme suit:

Les patients ayant un quotient intellectuel situé dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne (90-127) occupaient tous un emploi à l'époque du *follow-up*. Par ailleurs, ceux dont le quotient intellectuel se situait dans la moyenne ou au-dessus, mais qui étaient considérés psychologiquement inaptes au travail à cause de leur personnalité, n'occupaient pas d'emploi.

Deux clients dont le quotient intellectuel se situait en-dessous de la moyenne (50-89) dans le groupe des *employables* travaillaient effectivement à l'époque du *follow-up*, alors qu'ils chômaient au moment de la clinique de dépistage. Toutefois, ces deux patients avaient démontré un quotient intellectuel satisfaisant: 80 — 89.

Par ailleurs, les patients du groupe « non-employables », ainsi classifiés à la clinique de dépistage en vertu de leur quotient intellectuel se chiffrant entre 50 et 79, n'occupaient pas d'emploi à l'époque du *follow-up*.

CONCLUSIONS PSYCHIATRIQUES

1. La psychologie des amputés des membres supérieurs ne semble pas être modifiée en fonction du handicap ou de la réhabilitation possible. Le facteur le plus important quant à l'adaptation à l'infirmité semble inversement proportionnel au désaccord existant en-

à la vie sans ce dernier considérait la prothèse comme un membre inutile ou gênant. Une adaptation antérieure satisfaisante s'est trouvée annihilée par cette addition; la gêne et l'embarras furent à l'origine d'une dépression grave chez un garçon de 17 ans.

3. En présence d'un membre supérieur gravement difformé et non fonctionnel, à la suite d'un processus tumoral ou infectieux, ceci chez un individu ne présentant pas d'autres phénomènes pathologiques, on a constaté que suggérer l'amputation n'était guère recommandable puisque le sujet semblait tenir

TABLEAU XI
ASPECT PLACEMENT

RECOMMANDATIONS A LA CLINIQUE SELECTIVE	I.Q.	ANTERIEUR A LA CLINIQUE SELECTIVE			FOLLOW-UP			GRAND TOTAL
		Avec emploi	Sans emploi	Total	Avec emploi	Sans emploi	Total	
CAPABLE D'OCCUPER UN EMPLOI	50-89	0	2	2	2	0	2	4
	90-127	8	5	13	13	0	13	26
	N	8	7	15	15	0	15	30
INCAPABLE D'OCCUPER UN EMPLOI	50-89	1	4	5	0	5	5	10
	80-127	3	0	3	0	3	3	6
	N	4	4	8	0	8	8	16
GRAND TOTAL		12	11	23	15	8	23	46

tre le *moi idéal* et le *moi réel*. Le bras, par exemple, est moins important pour l'individu qui considère son *moi idéal* en fonction de son intelligence et par conséquent se désintéresse jusqu'à un certain point de l'intégrité de son bras. Bien au contraire, les résultats de la réhabilitation peuvent s'avérer insatisfaisants chez l'individu actif qui accorde une grande importance à ses mains comme instruments de travail.

2. Chez les patients souffrant d'agénésie, l'image du corps n'incluait pas le membre absent et, par conséquent, le sujet s'étant adapté

d'avantage au membre affecté qu'à l'image idéale du membre parfait.

Les mécanismes de défense contre l'anxiété se traduisent surtout par un négativisme qui chez au moins six cas prit l'allure d'hypomanie. Toutefois, chez l'un d'eux on constata qu'il y avait évidence de phases dépressives alternant à des tentatives de suicide.

La *réaction formation* apparut chez six cas, mais sans nécessairement entraver l'adaptation au handicap. Parmi ceux-ci, deux seulement développèrent une hostilité intense qui dégénéra par la suite en dépression psychoti-

que. Même en présence d'un nombre limité de sujets, on a l'impression que l'agénésie ou une amputation contractée dès le bas âge favorise l'adaptation à l'infirmité mais pas du tout la réhabilitation avec prothèse. La perte d'un membre supérieur chez un adolescent serait la source de phénomènes psycho-pathologiques plus nombreux, quoique le pronostic de réhabilitation demeure favorable. Cet élément repose peut-être sur l'indépendance déjà acquise sans traitements aucuns. Un adulte de plus de 25 ans, amputé du membre supérieur, surtout s'il a des responsabilités familiales, peut présenter un assez bon pronostic de réhabilitation physique, mais une adaptation médiocre vis-à-vis le travail. Ou bien le sujet est déprimé à cause d'embarras financiers, ou encore l'atmosphère dans laquelle il vit maintenant lui est cause d'irritation constante. C'est ainsi que deux clients présentant des personnalités paranoïdes projetèrent sur une firme ou sur la société leur ressentiment personnel.

Conclusions

1 — Cette enquête révèle que les sujets mâles sont quatre fois plus nombreux que les femmes.

2 — Les amputés des membres supérieurs se présentant d'eux-mêmes à l'Institut, sans y être dirigés par un médecin ou un hôpital, sont plus nombreux que les autres handicapés.

3 — Les agénésies des membres supérieurs semblent plus nombreuses que celles aux membres inférieurs.

4 — L'état civil n'est pas significatif.

5 — Les cas d'origine vasculaire sont beaucoup plus nombreux chez les amputés des membres inférieurs, alors que la situation est à l'opposé chez les traumatisés.

6 — Il semble assez évident qu'on ait très peu fait au cours des dernières années dans le domaine chirurgical et protétique pour des patients qui souffrent d'agénésie des membres supérieurs.

7 — L'enquête indique que des prothèses furent prescrites et procurées à seulement un tiers des cas référés.

8 — Les amputés des membres supérieurs, surtout les agénésiques, présentaient une adaptation spontanée quant aux activités routinières; ceci, sans l'intervention de la réhabilitation ou du prothétiste.

9 — Malgré une évaluation physiatrice soignée et des directives concernant l'usage des prothèses, l'on constata au moment du *follow-up* que seulement 41,28% des cas faisaient usage maximum des prothèses.

10 — Les constatations psychologiques au moment du *follow-up* indiquent que les patients doués d'un quotient intellectuel normal, ou au-dessus de la normale, indépendamment des services reçus, purent se trouver un emploi.

11 — Il semble que tous les sujets souffrant d'amputation des membres supérieurs, quelle que soit l'étiologie, devraient être soumis à un processus d'évaluation complète du point de vue réhabilitation, y compris physiothérapie, psychiatrie et psychologie.

12 — Bien que notre expérience soit limitée au niveau psychiatrique, nous avons l'impression que la prescription de prothèses doit reposer sur plusieurs facteurs. Il faudra considérer avec soin le but à atteindre et analyser les problèmes de l'heure, mais avant tout évaluer très soigneusement l'atmosphère réelle dans laquelle devra vivre et évoluer le sujet, comparée avec l'idéal irréalisable qu'il entretient peut-être.

ÉTUDE DE L'OSTÉOSARCOME¹

Robert L'ABBÉ,

Service de Radiologie, Hôtel-Dieu de Montréal.

En vous présentant un travail sur l'ostéosarcome, notre but n'est pas de vous soumettre une compilation livresque, mais de vous communiquer plutôt certaines notions de physio-pathologie radiologique acquises lors de confrontations radio-anatomo-cliniques de quelques milliers de cas de tumeurs osseuses.² Nous considérerons l'aspect pathologique de l'ostéosarcome, l'aspect clinique et puis, plus spécialement, le côté radiologique tout en tenant compte du diagnostic différentiel et de la responsabilité du radiologiste.

Entendons-nous d'abord sur les éléments histologiques d'une tumeur osseuse. Toute tumeur osseuse comprend la plupart du temps presque tous les éléments qu'on retrouve dans l'os: tissu fibreux avec collagène et fibroblastes, ostéocytes, ostéoblastes, cellules géantes (ou ostéoclastes), chondroblastes, chondrocytes, vaisseaux sanguins, etc.

Si l'on rencontre tous ces éléments dans un néoplasme osseux, comment différencier un fibrosarcome d'une tumeur à cellules géantes, ou d'un ostéosarcome ou d'un chondrosarcome? La seule façon, qui est la base même de la nomenclature de ces lésions malignes, est l'étiquetage du tissu dominant: donc, *le tissu qui domine une lésion, la nomme*. Cette règle, maintenant acceptée universellement, simplifie de beaucoup la nomenclature en éliminant la diversité des noms, tel ostéo-chondro-fibrosarcome, qui tout en décrivant les éléments de la tumeur sans nommer celle-ci, empoisonnent la vie des radiologistes par une trop longue dénomination. Pour le degré de malignité (*grading*), c'est toujours la portion du tissu qui est la moins différenciée qui sert de base.

Parmi les nombreux synonymes qu'on ac-

corde à l'ostéosarcome, deux méritent d'être retenus: sarcome ostéoblastique et sarcome ostéogénique (sclérosant ou non). Les autres, ostéoblastome, sarcome juxtacortical ou périosté, sarcome ostéolytique, sarcome télangiectatique, anévrisme osseux malin, doivent être rayés, car ils prêtent à confusion ou représentent une entité différente.

Pour être simple, on peut dire que l'ostéosarcome est une tumeur dont l'ostéoblaste est la cellule d'origine. Pour toutes fins pratiques, disons que la lésion se compose d'ostéoblastes malins qui produisent une matrice ostéoïde, laquelle matrice devrait se calcifier. Il y a toujours en plus des ostéoclastes (cellules géantes) du tissu fibreux avec collagène et fibroblastes et même du tissu cartilagineux le plus souvent par métaplasie.

Les ostéoblastes malins peuvent être plus ou moins nombreux et plus ou moins bien différenciés. De même la production de la matrice ostéoïde peut être considérable ou à peine existante et sa calcification très marquée ou à peine présente. Tous les états intermédiaires sont possibles. N'oublions pas que les ostéoblastes prennent environ 10 jours pour donner naissance à une matrice calcifiée tandis que 8 heures environ suffisent aux ostéoclastes pour la digérer et la détruire à l'aide de leurs enzymes. C'est la différenciation cellulaire et aussi la vascularisation qui sont surtout responsables de la calcification. Des cellules tumorales bien différenciées tendent à reproduire une substance osseuse se rapprochant de l'os normal. Si la vascularisation est faible, il y aura déposition de sels calcaires (la tension en CO₂ baisse, le pH devient alcalin et le calcium précipite), mais si elle est abondante, le calcium demeurera solubilisé et la matrice ne se calcifiera pas. L'image radiologique est alors celle d'une lésion lytique et pourtant si la formation ostéoïde est abondante, certains pathologistes décriront

1. Communication à la Société Canadienne-Française d'Electro-Radiologie Médicale, le 10 décembre 1955.

2. Lors de l'étude de toute la collection du Registry of Radiologic Pathology, Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C.

cette lésion comme sclérosante. Les zones lytiques de la tumeur peuvent résulter ou de l'activité désordonnée des ostéoclastes qui font partie de la lésion, ou de la destruction de l'os par les amas de cellules ostéoblastiques malignes s'infiltrant, mais n'ayant pas encore produit de matrice ou ayant produit une matrice qui ne peut parvenir à maturité (elle est alors détruite par les ostéoclastes avant les 10 jours nécessaires à la calcification). La calcification de l'ostéosarcome, lorsque présente, n'a jamais l'aspect de l'os normal; c'est surtout de l'os pseudo-lamellaire: on aura des taches irrégulières très denses, un mouchetage diffus, une zone d'ivoire d'un seul bloc, des bandes plus ou moins régulières et même plus rarement des flocons d'aspect ouaté.

C'est tout particulièrement la calcification de la matrice tumorale qui permet au radiologiste d'identifier la nature de la lésion. Il a une vue d'ensemble du tissu dominant et cet avantage que lui confère le film donne souvent priorité à son interprétation sur celle du pathologiste, surtout lorsque celui-ci n'a pour faire son diagnostic qu'une biopsie de la grosseur d'un pois. Il ne faut jamais oublier que la biopsie ne renseigne que sur une petite portion de la lésion. Ainsi la biopsie à l'aiguille peut faire plus de tort que de bien en cachant l'identité propre de la tumeur. En effet, l'aspiration pourra ne ramener qu'une portion fibreuse du stroma d'un ostéosarcome, et alors on croira qu'il s'agit d'un fibrome ou d'un fibrosarcome de faible malignité. Cette méthode à l'aiguille doit être rejetée sauf pour des circonstances bien spéciales. Seule la biopsie large faite à la salle d'opération est acceptable mais sous la directive du radiologiste qui doit indiquer sur le film l'endroit où la résection doit se faire; il doit même proposer la dimension du bloc à exciser car seule une bonne section pourra donner une vue d'ensemble de la lésion avec le tissu prédominant. Ajoutons que l'interprétation est souvent fort difficile et demande un pathologiste expérimenté dans les os.

Voyons brièvement ce qu'on peut tirer de la clinique.

La douleur est d'ordinaire le premier et le plus important symptôme. Elle est modérée dans les lésions à croissance lente et assez sévère dans celles qui croissent rapidement. En général, elle est continue, à maximum nocturne, exacerbée par les mouvements et le stress physique. Elle précède presque toujours l'apparition d'une masse. Fait important, les caractères de cette douleur traduisent souvent le mode de progression de la lésion au voisinage du périoste. Nous verrons plus loin que la barrière offerte par le périoste sera cause de paroxysmes douloureux périodiques au cours du processus de lamellation, de douleur constante et croissante au cours de la formation des spicules, et de douleur croissante avec un maxima, puis rémission incomplète au cours de la destruction corticale et périostée telle que Codman l'a décrite dans la formation du triangle. On va jusqu'à dire que le clinicien averti devrait faire une description de l'image radiologique d'après l'étude de ce symptôme. Ajoutons que la douleur ne lâche jamais et la plupart du temps devient terrible à mesure que la lésion s'étend; la médication analgésique doit être constamment augmentée jusqu'à un point où il n'y a plus de sédation (dans lésion avancée). Enfin, l'anamnèse de la douleur, avec la présence d'une masse et souvent une fracture, signent le diagnostic clinique de l'ostéosarcome. En présence d'une lésion radiologique il est souvent possible de distinguer une métastase d'une lésion primitive par la clinique seule; en général, la douleur de la métastase précède de plusieurs semaines l'apparition de tout signe radiologique, tandis que la lésion primitive est presque toujours présente à l'apparition du premier symptôme.

Il y a deux points importants au point de vue laboratoire: la sédimentation qui est accélérée et le taux de phosphatase alcaline qui est élevée, mais d'une façon inconstante. La formation par la tumeur d'une matrice ostéoïde qui se calcifie, c'est-à-dire la fonction ostéoblastique de la tumeur, conditionne cette variation. L'on comprendra alors qu'une élévation marquée en cours de maladie signe

le plus souvent une dissémination pulmonaire de métastases à activité ostéoblastique.

L'histoire d'un traumatisme vaut certes la peine d'être mentionnée. Quel est son rôle? Impossible à préciser. Mais fait curieux, un certain nombre de cas ont été rapportés avec clichés négatifs lors du traumatisme et un mois plus tard, présence d'une lésion ostéosarcomateuse. Il ne faut donc jamais négliger la douleur qui persiste après une histoire de traumatisme.

Passons maintenant à l'aspect radiologique.

D'abord, le site de choix de l'ostéosarcome sera toujours l'endroit où l'activité ostéoblastique est maxima. Cet endroit, pour les os longs, se situe à la métaphyse et, en général, la lésion se développe avant la fermeture de la plaque épiphysaire ou dans les années qui suivent la fermeture apparente. Mais, aucune loi n'est tout à fait rigoureuse et l'on peut rencontrer des ostéosarcomes jusqu'à 60 ans. C'est qu'alors il y a des regains ostéoblastiques pour raisons métaboliques, endocrinien-nes ou autres. Cette néoplasie frappe surtout la métaphyse des os longs, mais elle peut se développer un peu partout où l'ossification est d'origine enchondrale avec remaniement ostéoblastique. Théoriquement, là où l'ossification est membraneuse il ne croît pas d'ostéosarcome; ainsi la portion membraneuse de la clavicule, la voûte crânienne, le maxillaire inférieur devraient en être exempts. Mais l'ectopie et la métaplasie sont toujours possibles.

La plupart des auteurs divisent l'ostéosarcome en trois formes: la sclérosante, la lytique et la mixte. Soyons logiques et disons qu'on peut avoir une forme ayant la densité de l'ivoire aussi bien qu'une forme lytique pure, avec tous les intermédiaires possibles. La forme lytique est totalement différente histologiquement du sarcome ostéolytique. Nous avons vu au début les modalités de calcification de la matrice de l'ostéosarcome et vous comprenez qu'une lésion purement lytique puisse fort bien être un ostéosarcome. N'oublions pas qu'une lésion purement lytique

sur film peut avoir un aspect histologique sclérosant (absence de calcification d'une tumeur à matrice ostéoïde abondante). Aussi vaut-il mieux laisser de côté ces termes « sclérosants ou lytiques » pour n'employer que celui d'*ostéosarcome*.

L'analyse radiologique doit se faire sur des clichés excellents avec techniques variées faites dans le but d'avoir des détails parfaits des tissus mous et osseux. Les premiers signes peuvent siéger dans la spongieuse, au niveau du cortex ou du périoste ou même à la rigueur dans les tissus mous. Prenons chaque endroit un par un et voyons les signes radiologiques qu'on peut y trouver.

Dans la spongieuse on pourra avoir des zones de destruction ou de densification. La lyse au début est souvent de type « lavé ». Le détail osseux est alors parfaitement conservé mais les trabécules semblent diminuées en quantité. Comme résultat, ce qui reste de trabécules se voit avec plus de clarté et peut donner l'illusion d'un meilleur détail sur le film. On rencontre aussi la lyse pure avec perte de toute trabéculation. En général, la lyse s'étend du côté cortical d'abord, puis du côté médullaire.

Lorsqu'on a une densification c'est que la matrice tumorale se calcifie. Au début elle est presque toujours excentrique et le progrès se fait latéralement de chaque côté, puis vers la diaphyse avant de s'étendre dans l'épiphyse. Mais l'extension peut avoir des caprices. La densification, c'est-à-dire la calcification de la matrice ostéoïde, est en général grossière, le plus souvent en blocs ou en masses ou en taches denses, d'aspect compact; on rencontre aussi des bandes ou des raies ou des traînées plus denses que l'os normal. Cette calcification n'a jamais l'aspect lamellaire de l'os sain ni l'aspect floconneux du cartilage qui se calcifie.

Au niveau du cortex, on peut trouver des signes de destruction ou de densification. La destruction est en général due à l'érosion qui, en fait, est la suite normale de l'extension transversale de la lésion lytique intraspongieuse. On pourra n'avoir qu'une déminéra-

lisation due à l'hyperhémie tumorale avoisinante. La densification est plus rare au niveau du cortex proprement dit. Certains prétendent qu'elle n'est que le comblement par l'ossification membraneuse périostée d'une zone érodée par la tumeur.

Au niveau du périoste, on retrouve toujours une altération (bien entendu si la lésion l'atteint). Codman a, le premier, décrit un triangle formé par la corticale et par une ébauche de lamelle osseuse d'origine périostée. A ce signe, il attribua avec raison une très grande importance, retrouvant en effet ce triangle dans la presque totalité des cas de sa collection de 2,500 tumeurs osseuses. On en fit un signe de quasi certitude de malignité. Par la suite, certains désignèrent sous le titre de triangle de Codman tout angle formé par la corticale et une lamelle périostée, qu'il y ait solution de continuité ou comblement de l'angle.

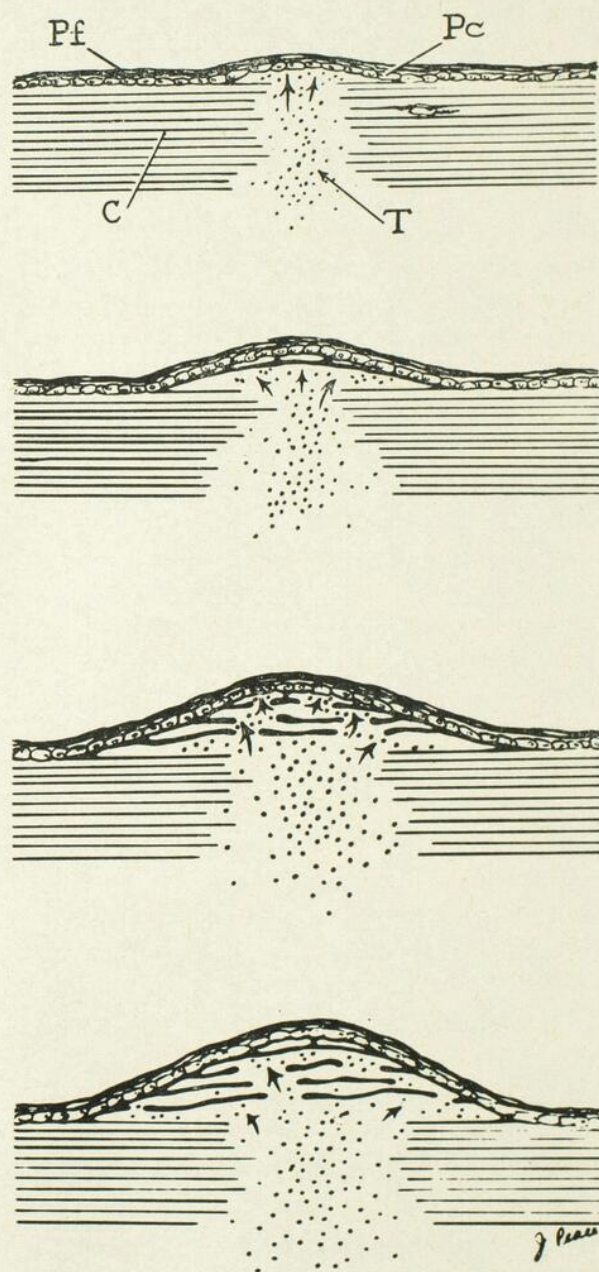
Les réactions périostées les plus fréquentes sont la production de lamelles, la production de spicules et la formation de triangles de Codman. Essayons de décrire le mode de formation de ces réactions qui reflètent le mode de croissance d'une lésion.

Lorsqu'une tumeur détruit le cortex, se butte au périoste, le soulève puis s'arrête ou est ralentie avant de s'élancer à nouveau, il se produit une mince lamelle osseuse d'origine périostée tendant à limiter la croissance de la néoplasie. Cette lamelle passablement inerte contiendra momentanément la tumeur qui finira par la détruire en un point. Alors, les cellules néoplasiques s'infiltreront sous le périoste et le soulèveront à nouveau. Celui-ci reproduit par mode de défense une autre lamelle osseuse. Le même mécanisme recommence et comme résultat, l'on aperçoit une série de lamelles denses ayant l'aspect de pelures d'oignon avec souvent de multiples petites solutions de continuité, témoin des nombreux endroits où la tumeur a percé la barrière lamellaire (fig. 1).

Fig. 1 — Formation des lamelles osseuses. Pf: périoste fibreux; Pc: périoste cellulaire; C: cortex osseux; T: cellules tumorales.

Au point de vue clinique, le soulèvement du périoste se traduit par une douleur crois-

sante qui s'estompe dès la formation de la lamelle. Elle réapparaît dès que la lamelle une fois lysée par la tumeur permet à celle-ci de repousser à nouveau le périoste. Le processus de lamellation, cause des paroxysmes douloureux périodiques, se rencontre surtout dans les néoplasmes à progression lente.



Lorsqu'une tumeur croît lentement, mais régulièrement et fermement, et qu'elle soulève tout le périoste sans être arrêtée ou ralentie, il ne se produit pas de lamelle; le périoste, dans ces cas, pourra former de l'os d'une

façon continuelle entre les colonnes de cellules tumorales qui le repoussent. Comme résultat on peut distinguer des raies osseuses perpendiculaires au périoste soulevé; l'image rappellera l'aspect des rayons d'un soleil levant (fig. 2).

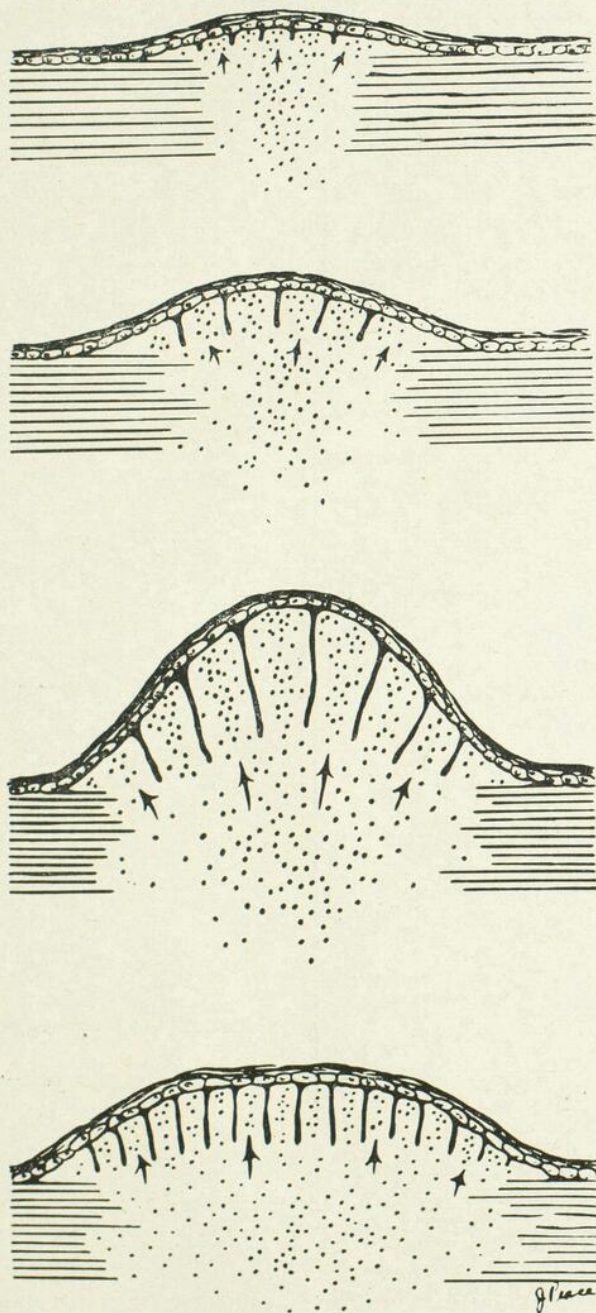


Fig. 2 — Formation des spicules osseuses.

Mais, sachons que ces spicules sont formées par le périoste qui, en vain, tente de limiter la marche des cellules tumorales, et non pas par la tumeur qui se calcifie. Cliniquement,

ce mode de croissance, cette formation de spicules, se traduit par des douleurs progressives sans rémission. Tant que le périoste n'est pas détruit, tant qu'il est repoussé, la douleur persiste et augmente.

Enfin, il y a des circonstances où la masse tumorale a complètement détruit le périoste et se répand dans les tissus mous. Même alors, le périoste restant en bordure de la brèche essaie de bloquer l'envahissement néoplasique. Il tentera de former des lamelles et on assistera à la formation du triangle de Codman: ce triangle se trouve donc dessiné par le cortex osseux dont une ou plusieurs lamelles osseuses d'origine périostée s'en éloignent à la façon d'un arc-boutant pour former une sorte d'hypothénuse; comme base virtuelle, perpendiculaire à la diaphyse, il n'y a, en général, que la masse tumorale, le plus souvent invisible (fig. 3).

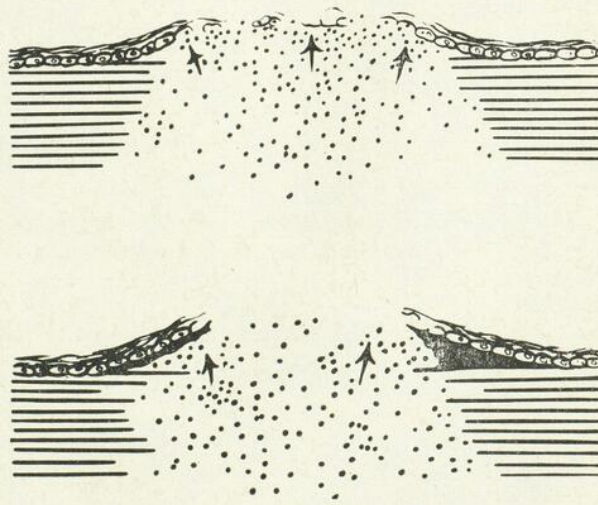


Fig. 3 — Formation du triangle de Codman.

Ce processus se traduit cliniquement par une douleur croissante qui atteint un maximum pour disparaître presque complètement par la suite. La douleur traduit la résistance du périoste devant l'envahissement, résistance qui disparaît avec sa destruction.

Ces signes ne sont toutefois pathognomoniques d'aucune tumeur en particulier et pour leur attribuer une valeur diagnostique, ils doivent être accompagnés d'autres signes. Nous en reparlerons.

Restent les tissus mous. Il arrive que l'os-

téosarcome semble se manifester uniquement par une masse dans les tissus mous. (Les clichés sont alors inadéquats.) Fait curieux, la masse extra-osseuse de cette lésion peut se calcifier d'une façon très intense et, par contre, peut aussi bien ne contenir aucune trace de sels calcaires. Tout dépendra de la circulation, de la différenciation cellulaire, de l'activité ostéoclastique du contenu tumoral. Notons en passant que le chondrosarcome a plutôt tendance à se calcifier à l'extérieur de l'os tout en restant lytique à l'intérieur.

Passons dès maintenant au diagnostic différentiel quitte à revoir à la fin les critères de malignité.

correspondent à la région où les cellules normales homologues sont le plus actives. Considérons ce tableau représentant l'activité métabolique et cellulaire d'une section tibiale chez un enfant en croissance (adolescence) (fig. 4).

Le niveau de l'activité métabolique est bas dans l'épiphyse et il est à son minimum au milieu de la diaphyse. Par contre, il est élevé dans la région métaphysaire et atteint un maximum dans la portion croissante de la métaphyse. La plaque épiphysaire, dépourvue de circulation sanguine, présenterait une activité métabolique presque nulle.

L'épiphyse où l'activité cellulaire est mo-

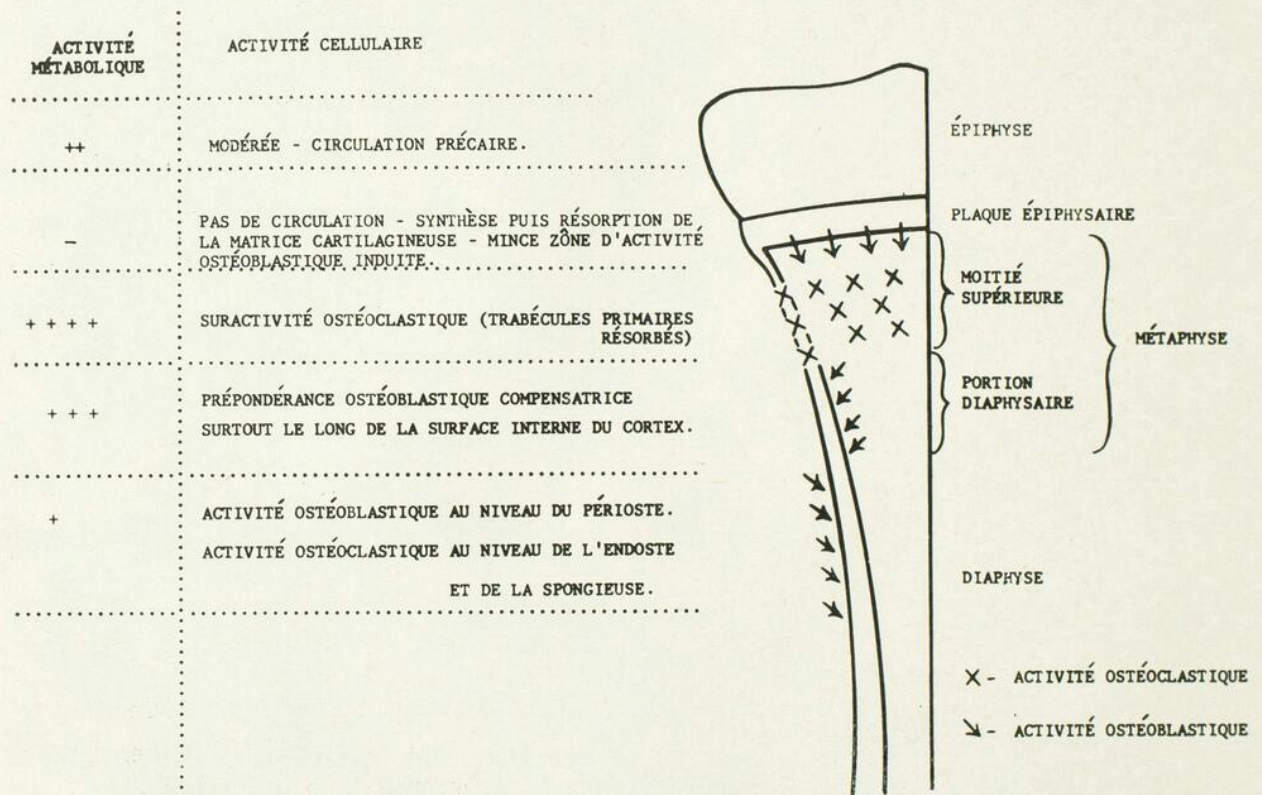


Figure 4

Il faut toujours se rappeler que chaque entité osseuse maligne est un complexe distinct au point de vue clinique, radiologique et pathologique et que ce complexe est nommé d'après un type cellulaire caractéristique et prédominant qui, en général, se reconnaît à ses produits. Les tumeurs ont des endroits préférés pour naître et ces sites préférentiels

dérée donne rarement naissance à des tumeurs. C'est au niveau de la métaphyse, surtout au niveau de sa moitié supérieure que se développe le plus grand nombre de néoplasmes. C'est d'ailleurs le site préférentiel de l'ostéosarcome. Le schéma suivant, basé sur une étude de plusieurs milliers de tumeurs osseuses, localise les endroits où les cellules

normales homologues sont le plus actives et ainsi les sites de prédilection des principales lésions malignes (fig. 5).

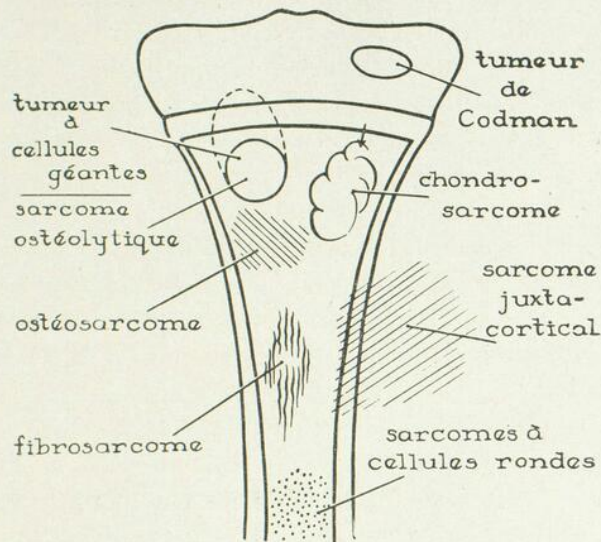


Figure 5

Voyons brièvement chaque tumeur qui peut mimer ou donner le change pour un ostéosarcome.

Il y a d'abord la *tumeur à cellules géantes* dont il faut distinguer les variétés: tumeur à cellules géantes proprement dite bénigne et maligne, la forme enchondromateuse, la forme tendineuse, la forme périostée dentaire (de type épulis) et la soi-disant sous-périostée. (Nous laisserons de côté les tumeurs tendineuses à cellules géantes et les épulis et nous reparlerons de la forme sous-périostée.) Le site d'origine de cette tumeur est toujours sur le versant diaphysaire de la métaphyse, au même endroit que le sarcome ostéolytique. Il n'y a aucun moyen sûr de différencier radiologiquement la forme maligne de la forme bénigne. En général ni l'une ni l'autre ne donne de triangle de Codman ou de réactions périostées, du moins, telles qu'on les rencontre dans la plupart des tumeurs osseuses (à moins de fracture). Il faut se rappeler que les tumeurs à cellules géantes naissant aux endroits distaux des membres (près de la cheville et près du poignet) ont très souvent un aspect lytique inquiétant mais elles sont presque toujours bénignes. Maligne ou bénigne, il n'y a

jamais de production de matrice osseuse.

Le *sarcome ostéolytique* est parfois extrêmement difficile à étiqueter. Pour certains, c'est une tumeur à cellules géantes maligne et beaucoup de pathologistes ne peuvent ou ne veulent différencier une tumeur à cellules géantes maligne d'un sarcome ostéolytique. Les deux ont le même site d'origine et les deux s'étendent vers l'épiphyse d'une façon excentrique. Thompson et Johnson ont pour principe qu'une tumeur à cellules géantes qui, radiologiquement est très agressive, lytique avec limites mal définies se perdant dans l'os sain, est plutôt un sarcome ostéolytique. Souvent il n'y aura aucun triangle de Codman, aucune réaction périostée. Les cellules montrent un pléomorphisme considérable, elles sont très tassées et ne produisent presque jamais de matrice.

Le *chondrosarcome* se développe en général aux mêmes âges que l'ostéosarcome. Lorsqu'on le retrouve chez des adultes des troisième, quatrième ou cinquième décades c'est qu'il a en général pris naissance dans un enchondrome ou un ostéo-chondrome préexistant. Prenons garde aux enchondromes situés dans la métaphyse proximale de l'humérus ou du fémur, ils ont histologiquement un air tout à fait bénin, mais ils dégèrent presque toujours. Au contraire, les enchondromes, des phalanges ou des métatarses ont au microscope un air terrible et pourtant ils ne dégèrent jamais. Le chondrosarcome produit la plupart du temps une grosse masse extra-osseuse qui a forte tendance à se calcifier. Le type de calcification de la matrice chondroïde du chondrosarcome est presque toujours pathognomonique: ces calcifications sont floculeuses ou floconneuses, i.e. qu'elles ont l'aspect de flocons de laine enroulée, de coton ouaté. C'est comme le cartilage calcifié de l'enchondrome ou de l'ostéochondrome. Il s'agit donc de retrouver ce mode de calcification pour établir la variété histologique. Mais rappelons-nous que le chondrosarcome peut être sournois en ce qu'il peut être énorme (surtout au niveau du bassin) et cela sans autre signe que la présence de métastases pul-

monaires. Enfin, il y a un faible pourcentage de chondrosarcomes qui miment à tel point l'ostéosarcome qu'il est impossible de ne pas s'y faire prendre.

Voyons maintenant le *sarcome juxta-cortical* ou ostéoblastome (*parosteal sarcoma*). La plupart des auteurs incluent cette lésion dans les ostéosarcomes, mais ils s'accordent tous cependant à la décrire comme une forme à part. Alors pourquoi ne pas la distinguer? C'est une entité radiologique et clinique bien définie, à malignité bien différente de l'ostéosarcome. C'est la seule lésion maligne où l'amputation simple à quelques pouces au-dessus résulte en une guérison presque certaine. Elle est toujours située en surface à la jonction diaphyso-métaphysaire. L'aspect radiologique est typique. On note toujours une masse assez arrondie, très dense, à contours plutôt nets, se faisant à peine lit dans l'os. Il est facile de la confondre avec une myosite ossifiante et même histologiquement, la portion extra-osseuse apparaît très mature et ressemble à la myosite. Les cellules malignes siègent au contact de l'os, produisent une matrice qui se calcifie et meurent dans la masse calcifiée extra-osseuse. Il s'agit de voir cette tumeur une fois pour toujours la reconnaître.

Le *fibrosarcome* est toujours intramédullaire et se développe en regard du site d'origine du sarcome juxta-cortical i.e. à la jonction diaphyso-métaphysaire. Cette lésion prend naissance à un âge un peu plus avancé, vers la trentaine. Elle est toujours centrale et destructive, lytique avec parfois des trabéculations grossières la traversant. Souvent une réaction sclérotique marginale l'accompagne, mais rarement une réaction périostée. La destruction est en général irrégulière, souvent mitée, s'étendant vers l'extérieur. Bien des fois, l'aspect radiologique est celui d'une lésion bénigne fibrokystique et si la biopsie n'est pas suffisante, la même impression persiste.

La *tumeur de Ewing*, lorsqu'elle se développe dans la portion juxta-métaphysaire, peut à la rigueur donner le change pour un ostéosarcome, mais l'entité clinique ne devrait pas laisser de doute.

Enfin, certaines lésions bénignes doivent être éliminées. Ainsi il faut se méfier de la périostite post-traumatique, des ostéites pyogènes, tuberculeuses et syphilitiques, du granulome éosinophilique et de la myosite ossifiante. Disons un mot ici de cette forme spéciale de myosite ossifiante que Jaffe et Lichteinstein appellent kyste anévrysmal de l'os et certains auteurs, tumeur à cellules géantes sous-périostée. Johnson soutient qu'il ne s'agit ni d'une tumeur à cellules géantes, ni d'un kyste anévrysmal, mais d'une lésion post-traumatique. Le siège de la lésion, l'histoire clinique et l'évolution sont la clef du diagnostic différentiel.

Enfin, n'oublions jamais la métastase, si fréquente, qui peut donner des lamelles, des spicules, et même un triangle de Codman.

Maintenant, pour finir, voyons quelle est la responsabilité du radiologiste en face d'une lésion qui lui semble maligne.

1) D'abord il se doit d'établir fermement la malignité d'une telle lésion et en général, c'est assez facile. Les critères de malignité doivent donner au moins 90% de résultats positifs. On les classe en trois groupes:

a) *Les réactions périostées d'abord.*

— Le triangle de Codman est considéré comme le plus important de tous les signes et sa présence signe presque à coup sûr une néoplasie.

— Les lamelles et les spicules sont fortement suggestives mais n'oublions pas qu'on peut les retrouver dans les lésions bénignes surtout dans certaines ostéites.

Les réactions périostées prennent plus de valeur en présence d'une lésion intra-osseuse concomitante.

b) *Le deuxième ordre de critères après la réaction périostée réside dans la présence d'une lésion intra-osseuse.*

— Ici on aura une destruction de la spongieuse ou une production nouvelle d'os représentant la calcification d'une matrice tumorale.

— Le cortex pourra être détruit et ce signe apporte encore plus de valeur.

c) *Enfin, la 3e classe de signes réside dans la présence d'une masse extra-osseuse.*

Ce signe est encore plus fort que le précédent et la calcification de cette masse prend beaucoup d'importance.

En résumé, l'un de ces deux derniers signes accompagné d'un triangle de Codman ou de lamelles ou de spicules, donne presque la certitude d'une malignité. Toutefois, il y a des cas douteux et alors il faudra accumuler le plus de signes possible tout en se souvenant qu'aucune règle n'est absolue en médecine et qu'il faut toujours se garder une porte de sortie, avec les diagnostics différentiels.

2) Est-ce que le radiologiste doit se prononcer sur la nature histologique de la tumeur? — Un radiologiste entraîné qui connaît la pathologie osseuse tumorale doit être capable d'obtenir 80% au moins de diagnostics histologiques précis sur films. Mais, pour ce faire, il lui faut d'abord une anamnèse clinique précise avec évolution. Il faut bannir le diagnostic sur films seuls sans renseignements cliniques. Après tout, il s'agit toujours d'une lésion menaçant la vie du malade et les erreurs par négligence sont toujours condamnables.

En plus, il faut de très bons films. Dès qu'on est en présence d'une lésion osseuse louche, pratiquons des films avec rayons durs pour la structure osseuse même, avec technique de tissus mous pour l'étude des masses extra-osseuses et de leur mode de calcification, avec technique d'agrandissement qui nous livre souvent le secret de la malignité, enfin des vues sous plusieurs angles et toujours sur films à fins grains si possible. La tomographie vient souvent compléter le tableau, mais en général elle n'apporte que peu de renseignements additionnels surtout si les premières techniques sont bien faites.

Rappelons que le radiologiste a un avantage très marqué sur le pathologiste. Il a une vue de toute la pièce et peut, à son aise, étudier la matrice tumorale qui, par ses produits, livre le plus souvent le secret de son tissu

dominant. En maintes occasions, le pathologiste dépendra du radiologiste et souvenons-nous de cette phrase de Ewing: «La possession de tous les renseignements cliniques et de tous les détails radiologiques est essentielle au pathologiste dans le diagnostic de lésion osseuse. Aucune expérience ne peut remplacer ces deux aides quand il s'agit de tumeurs osseuses.»

3) Enfin, le radiologiste occupe la place de choix pour offrir un pronostic. Selon la quantité et le genre de réaction, selon l'extension, la rapidité de croissance notées sur films, nous obtenons des données nous permettant un «grading» tumoral indépendamment de l'histologie. Ainsi, le radiologiste peut fournir un pronostic. Mais, à moins d'une grande expérience dans ce domaine, il faut se contenter d'étiqueter la lésion, d'en évaluer la nature et enfin la malignité en exprimant la rapidité de croissance dans le temps.

Il va s'en dire que l'expérience ne s'acquiert pas en confrontant quelques clichés avec des textes. La seule façon, c'est la corrélation clinique, pathologique et radiologique de nombreux cas, faite d'une façon continue, périodique. Aussi, serait-il souhaitable d'organiser des séminaires mensuels sur les tumeurs osseuses, séminaires auxquels les services de radiologie de tous les différents hôpitaux prendraient part. Ainsi, un radiologiste pourrait avoir le loisir d'une étude complète de centaines de tumeurs osseuses par année. Quelle richesse perdue actuellement par l'isolement des groupes!

BIBLIOGRAPHIE

Clichés nos 4 et 5, d'après Lent C. Johnson (Armed Forces Institute of Pathology). A General Theory of Bone Tumors. *Bulletin of the New-York Academy of Medicine*, February 1953, Second series, 29: 2, 164-171. Reproduction autorisée par le *Bulletin of the Acad. of Medicine*.

A. W. HAM: Histology. J. B. Lippincott, édit.

RECUEIL DE FAITS

FORMES ATYPIQUES DE LA MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE¹

Jean-Marc BORDELEAU et André PROULX,
Assistants et moniteurs d'enseignement.

Le clinicien reste souvent étonné par le polymorphisme symptomatologique de la mononucléose infectieuse et la nature exacte de cette maladie lui échappe encore, rendant le traitement purement empirique. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le Service de Médecine de l'hôpital Saint-Luc, trois cas de mononucléose infectieuse qui ont présenté un tableau clinique atypique. Nous avons pensé que la publication de ces cas pourrait être intéressante et nous profiterons de cette communication pour faire une brève revue de ce sujet.

Observation 1.

M. F.D., 29 ans. Dossier no 187 031.

Le 19 novembre 1955, un jeune homme était admis dans le service de médecine pour des hémorragies spontanées multiples. Sa maladie avait débuté 6 jours auparavant, un dimanche, par une sensation de malaises généraux et de l'asthénie. Croyant qu'il s'agissait d'une grippe, il prend quelques comprimés d'aspirine et garde le repos au lit. Le lundi matin, il ne se sent pas très bien mais se rend tout de même à son travail. Le mardi, n'allant pas mieux, il consulte son médecin qui lui prescrit plusieurs médicaments. Jusqu'au vendredi il ne se produit aucune amélioration et ce jour-là il note à la figure et aux cuisses des taches rouges. Durant la nuit du vendredi au samedi, il a une première hématurie et accuse une douleur lombaire très violente. Le samedi, il fait une nouvelle hématurie et commence à saigner par la bouche. C'est à ce moment qu'il est admis à l'hôpital.

A l'examen d'entrée, on note que l'état général du patient est bien conservé mais il

présente un tableau clinique de purpura aigu. En effet il y a de nombreuses taches purpuriques à la face et aux jambes; le signe du lacet est très fortement positif. Les muqueuses buccales sont soulevées par de petits hématomes. Au flanc droit, la palpation réveille une douleur très vive au palper. La rate est percutable mais non palpable.

Le lendemain de son admission, le patient est très affaibli. Il présente une douleur à la nuque et on retrouve des ganglions le long du sterno-cleido-mastoïdien. Un premier hémogramme révèle une anémie modérée. La recherche des plaquettes permet de constater qu'elles sont complètement absentes.

Par la suite les hémorragies se continueront par la bouche, les voies urinaires et le tube digestif. Malgré les transfusions, le plasma et la cortisone, il est très difficile de maintenir la formule sanguine et l'état général est très mauvais. Un diagnostic de purpura thrombocytopénique aigu, toxique ou infectieux, est donné. De nombreuses adénopathies apparaissent aux aisselles et aux aines. La maladie est très sévère et nous craignons pendant un certain temps qu'il puisse s'agir d'une leucémie aiguë.

Les hémorragies cessent subitement 18 jours après le début de la maladie en même temps que plaquettes sanguines réapparaissent dans le sang circulant. L'état général se restaure rapidement et le patient se prépare à partir lorsqu'on s'avise de demander un test de Paul et Bunnell. Le résultat nous revient fortement positif (1:448).

Conclusion

Il s'agissait ici d'une mononucléose infectieuse se manifestant sous la forme d'un pur-

1. Travail du Service de Médecins de l'hôpital Saint-Luc: Professeur Roméo Boucher.

pura thrombocytopénique aigu. Le diagnostic a été déféré au début parce que nous croyions qu'il s'agissait d'un purpura toxique (histoire grippale, médicaments variés) et par la suite parce que la gravité de la maladie a fait concentrer les efforts des médecins traitants sur le traitement plutôt que sur le diagnostic. La rémission soudaine, la persistance des adénopathies ont finalement fait penser à la mononucléose. A notre avis, ce diagnostic aurait pu être soupçonné plus tôt.

Observation 2.

Mlle R.B., 26 ans, dossier no 187 588.

Le 9 décembre 1955, cette jeune patiente se présentait à la clinique externe de médecine. Elle était ictérique, se plaignait d'avoir la figure bouffie le matin et s'inquiétait de passer des urines troubles et foncées depuis quelques jours. Elle nous a apporté un spécimen de ses urines et il s'agit bien d'une urine excessivement trouble, de coloration brunâtre contenant un résidu épais. La présence de l'ictère et l'aspect des urines font penser à un syndrome hépato-rénal et la patiente est admise sur le champ.

La maladie actuelle aurait débuté environ 15 jours avant l'admission par un frisson et une angine; en plus elle accuse des arthralgies, une anorexie et une très grande fatigue. La température au début de la maladie avait varié entre 100 et 102° F.

Quelques jours plus tard, l'ictère apparaissait, les urines devenaient foncées et les selles se décoloraient. La patiente notait l'œdème de la face mais il n'y eut ni nausée, ni vomissement.

Les épreuves de laboratoire au moment de l'admission nous laissèrent perplexes car malgré l'aspect macroscopique nous ne retrouvions que ++ d'albumine, + d'épithéliums et + de leucocytes. L'hémogramme par ailleurs nous orientait vers le diagnostic avec une leucocytose à 12 250 et une prédominance de lymphocytes à 70%. Les épreuves hépatiques donnèrent les résultats suivants: Index ictérique: 21,1; bilirubinémie: 2,6 mg %;

phosphatase alcaline: 17 un.; thymol: 10,6 un. Le test de Paul et Bunnell fut trouvé positif à une dilution 1:224.

Conclusion

Il s'agissait ici d'un cas de mononucléose se présentant sous la forme d'une hépatite.

Observation 3.

Mme J.-P. G., 40 ans, dossier no 188 344.

Cette patiente fut admise dans le service le 7 janvier 1956 pour des douleurs articulaires migratrices et un œdème de ces articulations. Sa maladie aurait débuté le lendemain de Noël (15 jours avant l'admission) par une grippe. Quelques 8 jours plus tard les douleurs apparurent, d'abord aux genoux, puis au poignet droit et enfin au coude droit et au coup de pied droit. Avec l'apparition des douleurs articulaires la patiente accuse des dorsalgies, de la dyspnée d'effort et une anorexie sévère.

L'examen nous montre une patiente obèse dont l'état général est bon quoique le moindre mouvement dans le lit la fasse souffrir considérablement. Il n'y a pas d'adénopathie; le foie dépasse le rebord costal de 2 travers de doigt et est légèrement douloureux. La rate n'est pas palpable. Les articulations atteintes présentent un œdème rouge qui ne prend pas le godet; elles sont chaudes et nous font penser à un processus de R.A.A. — La patiente elle-même nous dit qu'elle aurait fait deux attaques similaires au cours des 25 dernières années et notre première impression, malgré l'absence de lésion valvulaire, fut celle d'un rhumatisme articulaire aigu.

Les épreuves de laboratoire montrèrent une sédimentation globulaire élevée à 42 mm, une leucocytose à 18 750 avec une formule différentielle infectieuse (polynucléaires 88%). Une épreuve de Paul et Bunnell faite le 20 janvier et contrôlée le 25 janvier revint positive avec une dilution à 1:224. Par la suite nous avons fait faire des épreuves hépatiques qui démontrèrent une atteinte certaine des fonctions du foie: index ictérique: 18 un.;

céphaline-cholestérol: ++; hyper-globulinémie à 3,6 gm %.

Nous reviendrons un jour sur le problème thérapeutique que nous a posé cette patiente.

Conclusion

Nous croyons ici avoir observé un cas de mononucléose infectieuse présentant des manifestations articulaires.

*
* *
*

Nous ne nous attarderons pas à décrire les formes classiques de la mononucléose après la présentation de ces formes atypiques. Rappelons cependant que Emil Pfeiffer identifia la maladie pour la première fois et la nomma fièvre glandulaire (1). En 1922, Longcope décrivit les cellules atypiques (2) et en 1932 Paul et Bunnell démontraient la présence d'anticorps hétérophiles dans le sérum des malades (3). A l'heure actuelle, les travaux sur la mononucléose infectieuse sont très nombreux et il est assez facile de faire le diagnostic des formes classiques, glandulaires, angineuses ou fébriles. Cette maladie dont nous ne connaissons pas l'étiologie exacte, quoique la nature virale soit fortement soupçonnée, se présente souvent sous des formes atypiques. R. Worms rapporte 5 cas ayant présenté un tableau « d'abdomen aigu » et un de ces patients avait subi une laparotomie exploratrice (4). Quelques cas ont été rapportés chez lesquels il y avait eu rupture de la rate.

Les manifestations nerveuses sont assez fréquentes et nous avons eu connaissance entre autres d'une mononucléose qui a débuté brus-

quement par une hémiparésie droite et une aphasie. Les formes nerveuses les plus fréquentes sont: méningite séreuse, encéphalomyélite, syndrome de Guillain-Barré, troubles cérébelleux, névrite optique et névrite rétrobulbaire, etc...

Les manifestations hépatiques sont très fréquentes et on croit même qu'une hépatite serait présente dans presque tous les cas quoique le dommage de la cellule hépatique ne soit pas toujours suffisant pour se manifester cliniquement par un ictère. En réalité l'ictère n'apparaît que dans environ 5% des cas.

Mises à part les manifestations sanguines habituelles, la mononucléose accompagne parfois une anémie; plus fréquente serait la présence d'une anémie hémolytique. La thrombocytopénie est très rare, mais quelques cas ont été rapportés chez lesquels le tableau clinique était semblable à celui d'un purpura thrombocytopénique aigu comme le premier cas que nous avons décrit.

Il ne nous a pas été possible de retrouver dans la littérature des cas où les manifestations articulaires occupaient le premier plan.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) R. PFEIFFER: Dr"usenfeber, *Jahrb. Kinderh.* **29**: 257, 1889.
- (2) W. T. LONGCOPE: Infectious Mononucleosis (Glandular Fever) with a Report of 10 cases. *Am. J. M. Sc.*, **164**: 781, (déc.) 1922.
- (3) J. R. PAUL et W. W. BUNNELL: Presence of Heterophile Antibodies in Infectious Mononucleosis. *Am. J. M. Sc.*, **183**: 90, (janv.) 1932.
- (4) R. WORMS: Formes atypiques de la mononucléose infectieuse. *L'Information M. et Paramed.*, **2**: 4, (janv.) 1950.

LA TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE NON-RÉACTIONNELLE (TYPHOBACILLOSE DE LANDOUZY) ET SES MODIFICATIONS HÉMATOLOGIQUES

René LEFEBVRE, D.Sc. (Méd.),
Département de Pathologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

L'objet de la présente communication est de rapporter deux observations récentes et d'attirer l'attention sur une forme excessivement rare de tuberculose remarquable par son évolution particulière.

La tuberculose généralisée non-réactionnelle (Sigmund, 1929), est connue sous des noms variés dans la littérature: typhobacillose de Landouzy (1885); tuberculose non folliculaire de Gougerot (1903); *sepsis tuberculosa acutissima* de Scholz (1918); tuberculose primitive nécrosante du système réticulo-endothélial, Friedemann (1926); tuberculose aiguë caséifiante, Rich (1944). La littérature moderne, cependant, semble donner préférence au terme tuberculose non-réactionnelle.

Ce processus tuberculeux d'issue invariablement fatale est caractérisée par la présence d'une multitude de foyers nécrotiques, miliaires, disséminés un peu partout dans l'organisme, sans formation de granulomes tuberculeux typiques. Les cellules géantes de Langhans, les cellules épithélioïdes, la couronne de lymphocytes et de fibroblastes sont complètement absentes, sauf en de rares foyers où l'on peut observer une vague tentative de réaction granulomateuse imparfaite. Le matériel nécrotique, au surplus, ne présente pas au microscope l'image du caseum ordinaire. Il est plus granuleux et le rouge vif du caseum donne place à une teinte bleutée due au grand nombre de noyaux pyenotiques englobés dans l'exsudat nécrotique. En effet, un examen superficiel ne suggère aucunement une lésion tuberculeuse et le diagnostic pourrait échapper facilement à moins de faire une coloration par la méthode de Ziehl-Neelson qui révèle une quantité innombrable de bacilles acido-résistants.

Les zones nécrotiques sont mal définies et s'estompent avec le parenchyme sain environnant. Cette indifférence des tissus au processus nécrotique et l'absence quasi-complète de cellules géantes et épithélioïdes justifient le terme de tuberculose non-réactionnelle.

L'intérêt clinique réside cependant dans l'évolution de la maladie. Des modifications graves de la formule sanguine accompagnent presque toujours cette tuberculose. En réalité, l'image sanguine domine tellement le tableau clinique que le malade est habituellement suivi et traité pour ses troubles hémopoïétiques. Le masque clinique emprunté est très variable. Tantôt il s'agit de polyglobulie, d'agranulocytose, d'anémie aplastique, de pancytémie ou de forte réaction leucémoïde; tantôt, au contraire, le malade est étiqueté leucémie aiguë ou chronique. Chez un petit nombre, l'hémogramme est normal. L'existence d'une maladie sanguine est d'autant plus plausible que tous les signes accessoires coexistants sont habituellement présents: hémorragies cutanées ou muqueuses, lésions ulcéro-nécrotiques de la bouche et du pharynx, splénomégalie et adénopathie généralisée.

L'âge des malades dépasse 45 ans, sauf de rares exceptions. L'état général est profondément atteint avec température élevée en plateau, rémittente ou intermittente, témoignant d'une toxémie profonde qui simule la fièvre typhoïde d'où le terme typhobacillose proposé par Landouzy.

Arends toutefois doute de la similitude des observations de Landouzy avec la forme anatomique vraie de tuberculose non-réactionnelle. Les protocoles d'autopsies de cet auteur sont très brefs et il ne mentionne aucune généralisation des lésions. Arends est d'avis que les cas de Landouzy correspondent à un processus tuberculeux localisé ordinaire, mais

associé à une intoxication profonde de l'organisme. Au surplus, la guérison d'un certain nombre de ses malades est contraire à l'évolution de la tuberculose non-réactionnelle qui est toujours mortelle.

La maladie débute rapidement à la façon d'une infection aiguë avec frisson et température, suivie en peu de temps par une augmentation de volume de la rate et souvent des ganglions périphériques. Le début lent insidieux sous forme d'une anémie obscure est beaucoup plus rare. L'évolution de la maladie est très courte, mais peut persister dans certains rares cas pendant plusieurs mois. Au tableau clinique d'un état infectieux grave, s'ajoutent les modifications sanguines. Habituellement, il s'agit d'une leucopénie croissante qui frappe surtout la lignée myéloïde et qui peut aller jusqu'à l'agranulocytose avec nécroses bucco-pharyngées. Dans certains cas, toutes les lignées sanguines sont atteintes avec thrombocytopénie, leucopénie et anémie, réalisant une panhémocytopénie. Des réactions leucémoïdes variant de 200 000 à 4 000 globules blancs avec une proportion assez élevée d'éléments blastiques ont également été rapportées.

Rennen et Lederer ont observé deux cas de polyglobulie avec formule rouge supérieure à 8 millions. Ces auteurs insistent toutefois sur le fait que leurs malades étaient très hémocentrés.

Une leucémie myéloïde ou lymphoïde vraie, plutôt qu'une simple réaction leucémoïde peut également précéder l'éclosion d'une tuberculose aiguë non-réactionnelle.

Cette forme de tuberculose est très rare. O'Brien, dans un travail publié en 1954, ne retrouve que 66 cas dans la littérature mondiale qui possèdent tous les critères de la tuberculose non-réactionnelle. Le type de bacille tuberculeux en cause a été longtemps controversé. Lowenstein a longtemps prétendu que le bacille tuberculeux aviaire était l'agent étiologique. La littérature plus moderne rapporte 14 cas où le bacille a été identifié par des méthodes de culture plus raffinées. Le ba-

cille humain a été cultivé dans 10 cas et le bacille bovin chez 4 malades.

La localisation et la fréquence des foyers nécrotiques varient d'un malade à l'autre et d'un viscère à l'autre, chez le même individu. Le foie, la rate et les ganglions lymphatiques sont des sites de prédilection d'où le terme de « tuberculose primitive du système réticulo-endothélial » proposé par Friedemann en 1926. Les poumons et les reins sont moins souvent atteints. La généralisation des lésions témoigne d'une dissémination par voie lymphatique ou hémotogène, mais fait remarquable l'on n'a jamais rapporté un seul cas de méningite tuberculeuse. L'absence d'atteinte méningée dans cette forme de tuberculose attend une explication.

Observation 1.

Mme R. B. ménagère de 56 ans consulte en février 1953 pour des troubles gynécologiques. L'examen clinique révèle un prolapsus utérin, mais au surplus une rate palpable et percutable sur une distance de cinq travers de doigts ainsi qu'un foie percutable sur une distance de 11 cm qui déborde le rebord costal d'un travers de doigt. Une adénopathie légère cervicale droite est également notée. Aucune autre modification subjective ou objective n'est observée.

Les analyses de laboratoire répétées à sept reprises, du 4 février au 30 mars 1953, révèlent une formule leucocytaire variant de 44 100 à 61 100 par ml de sang avec 2% de polynucléaires neutrophiles et 98% de lymphocytes adultes. Aucune forme jeune ou anormale n'est visible dans les frottis de sang périphérique. Le nombre des globules rouges varie de 3,15 millions à 4,2 millions et l'hémoglobine de 10 gm à 12,4 gm par 100 ml de sang.

La moelle osseuse ne fut pas examinée. La glycémie varie de 1,80 à 3,35 gm par 100 ml de sang.

Après colporaphie et périnéoraphie associées à un traitement insulinique, la malade est transportée à l'Hôtel-Dieu de Montréal où

On fait les mêmes constatations cliniques. Une numération globulaire montre 4,2 millions g.r. et 60 000 leucocytes avec 95% de lymphocytes. La glycémie est à 2,15 gm. Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique avec diabète léger est alors posé.

Du 6 au 16 avril 1953, la malade est traitée par radiothérapie. Elle reçoit, en 9 séances, 900 unités roentgen sur un champ splénique de 10 x 10 cm. Le jour de la dernière séance, la formule sanguine se chiffre à 3,19 millions g.r. et 17 100 g.b. avec 93% de lymphocytes. Deux jours plus tard, la malade quitte l'hôpital.

Le 2 janvier 1955, elle est hospitalisée dans une autre institution dans un état cachectique avancé. Une numération globulaire révèle 82 000 leucocytes avec 99% de lymphocytes. Elle décède après 17 jours d'hospitalisation.

Quelques jours plus tard, nous recevons au laboratoire de pathologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour fin d'examen histologique, trois ganglions lymphatiques et un segment de rate mesurant 7,5 x 2 x 1,2 cm, fixés dans le liquide de Bouin. Un très bref résumé des constatations d'autopsie accompagne le matériel soumis. — Cœur: atrophie, poids 209 gr. Poumons: collapsus des lobes inférieurs des deux poumons, petit épanchement pleural bilatéral. Médiastin et abdomen: hypertrophie

décrits comme macroscopiquement normaux.

L'examen histologique de l'unique prélèvement de rate à notre disposition révèle une multitude de petits foyers arrondis d'une nécrose d'aspect caséux qui englobe de nombreux vestiges de noyaux pycnotiques. Cette poussière de noyaux donne une coloration bleutée à la nécrose. Aucun liséré cellulaire inflammatoire ou coque fibreuse ne limite les zones nécrotiques. Une rare cellule géante isolée est observée ici et là. Aucun follicule tuberculeux typique n'est visible. Une coloration par la méthode de Ziehl-Neelsen révèle une pullulation de bacilles acido-résistants.

Le parenchyme splénique lui-même montre une infiltration lymphoïde massive qui efface toutes les différences structurales entre pulpe rouge et blanche, de sorte que les corpuscules de Malpighi disparaissent et se fondent avec les nappes lymphoïdes diffuses.

Les trois ganglions lymphatiques mésentériques répètent les mêmes images observées dans la rate, avec foyers de nécrose caséuse, pullulations de bacilles de Koch, sans phénomène réactionnel du tissu environnant et prolifération lymphoïde diffuse qui aboutit à l'effacement complet de toute structure ganglionnaire normale.

Même en l'absence d'examen de la moelle osseuse, l'existence d'une leucémie lymphoïde chronique s'impose à l'examen des ganglions et de la rate. Dans ce cas donc la tuberculose aiguë non-réactionnelle s'est greffée sur une leucémie lymphoïde chronique en évolution.

Observation 2.

Mme P. H. ménagère de 58 ans, alors qu'elle est en voyage et en bonne santé apparente, présente soudainement des épistaxis répétées et abondantes, suivies de lésions ulcéreuses de la bouche et des lèvres. Après une courte période d'hospitalisation où elle reçoit plusieurs transfusions, la malade est transportée à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Aucun contact avec des substances toxiques ou médicamenteuses n'est relevé dans l'histoire. — L'examen clinique révèle une malade

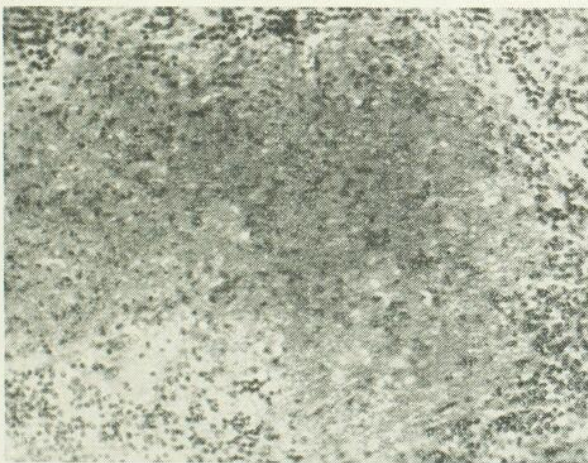


Figure 1 — Foyer nécrotique splénique. Absence de structure épithélioïde. (X200)

ganglionnaire généralisée. Rate: pesant 500 gr, triplée de volume et parsemée de petits points blanchâtres. Le foie et les autres viscères sont

très pâle, dont les lèvres et la bouche sont couvertes de lésions ulcéro-nécrotiques qui saignent au moindre contact. Des placards ecchymotiques étendus recouvrent le tronc et les membres. La température est à 104° F., le pouls à 120. Le foie est légèrement hypertrophié. La rate n'est pas palpable. Aucune adénopathie n'est observée. Une numération globulaire révèle 2,8 millions g.r. et 750 g.b. Le frottis de sang périphérique examiné par le docteur Léo Long montre les formes suivantes: promyélocyte: 1, neutrophiles segmentés: 25; éosinophile: 1; basophile: 0; lymphocytes: 71; monocyte: 1; plasmocyte: 1. Certains neutrophiles contiennent des corps de Dohle.

Un frottis de moelle sternale montre une cellularité normale. Les normoblastes (22%) présentent une déviation vers la droite. Les neutrophiles et leurs précurseurs (25%) sont fortement diminués et présentent une déviation vers la droite. Les mégakaryocytes sont rares et la formation en plaquettes pas évidente. L'hématologiste conclut: anémie normochrome et normocytaire, thrombocytopenie, leucopénie et neutropénie, plasmocytose et lymphocytose relative. Image compatible avec une anémie réfractaire.

A la suite de nombreuses transfusions, d'antibiotiques et d'ACTH à raison de 20 mg aux trois jours, l'état de la malade s'améliore. Les ecchymoses cutanées disparaissent et les ulcérations buccales régressent rapidement. La malade quitte l'hôpital après 17 jours d'hospitalisation.

Huit semaines plus tard, elle est hospitalisée de nouveau. Depuis deux semaines, elle présente une asthénie marquée avec nausées, vomissements, anorexie et grands frissons. A son arrivée, la température est à 104° F. et le pouls à 122. Une formule sanguine révèle 2 160 000 g.r. et 250 g.b. dont 28% de polynucléaires neutrophiles, 2% d'éosinophiles, 66% de lymphocytes et 4% de monocytes. Les lésions ulcéro-nécrotiques de la bouche et des lèvres réapparaissent ainsi que les ecchymoses cutanées. Malgré les transfusions et les antibiotiques, la température demeure élevée

et la malade décède après 16 jours d'hospitalisation et environ 3 mois depuis le début de sa maladie.

L'autopsie révèle des lésions ulcéro-nécrotiques étendues de la bouche et des lèvres ainsi que zones ecchymotiques étendues sur l'abdomen, les cuisses et les bras. La constatation la plus frappante est une hypertrophie généralisée de tous les ganglions. En effet, les ganglions axillaires, médiastinaux, mésentériques, péri-aortiques, ainsi que le tissu lymphoïde des hiles spléniques, hépatiques et pulmonaires sont volumineux, mollasses, blanchâtres et sur la tranche de section donnent issue à un matériel blanc grisâtre, granuleux, puriforme. La rate d'environ le double de son volume normal pèse 280 grammes. La surface ainsi que la tranche de section sont parsemées de petits foyers arrondis blanchâtres. Le foie, légèrement augmenté de volume, pèse 1 890 gm et présente les mêmes foyers disséminés nécrotiques observés dans la rate. Dans le mésentère, nous notons également un petit ganglion ferme dont le centre contient une substance blanche crayeuse.

Tous les autres viscères sont indemnes d'altérations macroscopiques notables. Les poumons, en particulier, ne montrent qu'un état congestif des bases.

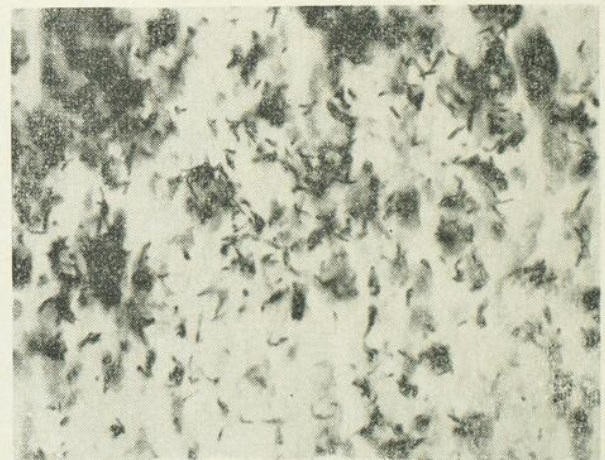


Figure 2 — Nombreux bacilles acido-résistants dans un ganglion mésentérique. Ziehl-Neelsen. (X1500)

L'examen histologique de multiples ganglions ainsi que de nombreuses coupes de foie et de rate révèle des foyers nécrotiques acido-

philes, granuleux, isolés ou confluents. Certaines zones nécrotiques sont tellement riches en noyaux pycnotiques qu'ils sont fortement basophiles. Autour des îlots de nécrose, le tissu ne présente aucune altération morphologique. Dans les multiples coupes examinées, pas un seul granulome avec cellules épithélioïdes ou géantes n'est visible. Une coloration de Ziehl-Neelsen révèle toutefois des mottes denses de bacilles acido-résistants. Contrairement à la granulie tuberculeuse où la plupart des viscères sont infiltrés, dans le cas présent seuls le foie, la rate et les ganglions sont atteints. Les poumons sont indemnes macroscopiquement et microscopiquement de lésions tuberculeuses anciennes ou récentes. Nous avons également prélevé de l'os en quatre régions différentes: sternum, côtes, colonne vertébrale et crête iliaque pour examiner la moelle osseuse. Aucun foyer nécrotique ne fut trouvé dans ces prélèvements qui, il faut bien admettre, ne sont pas représentatifs de toute la moelle osseuse. Celle-ci, richement cellulaire, présente une absence presque complète de neutrophiles adultes et une forte diminution des myélocytes. Les mégakaryocytes sont diminués ainsi que les éléments normoblastiques. La plupart des cellules sont des plasmocytes adultes qui forment des nappes diffuses et compactes.

Dans cette deuxième observation, la tuberculose aiguë non-réactionnelle a sans doute provoqué l'anémie réfractaire.

DISCUSSION

La pathogénie de cette forme de tuberculose est fort discutée dans la littérature. Les uns veulent que les lésions tuberculeuses soient primitives et les altérations sanguines secondaires à la dissémination hématogène ou lymphatique du bacille. D'autres, au contraire, incriminent une atteinte primitive de la moelle osseuse ou du système réticulo-endothélial qui abolit les défenses immunologiques du malade, permettant ainsi l'établissement d'une infection tuberculeuse qui évolue dans un organisme incapable de réagir à l'assaut du bacille de Koch.

La première école base sa théorie sur les observations suivantes: les malades sont généralement âgés de plus de 45 ans et dans un grand nombre de cas il n'existe aucune lésion tuberculeuse ancienne. Il s'agirait donc d'une primo-infection de l'adulte ou d'une ré-infection d'un individu qui aurait guéri complètement pour ensuite perdre ses anticorps après de nombreuses années. Le résultat négatif du test à la tuberculine pratiqué en de rares occasions dans ces cas semblerait appuyer cette hypothèse. Car il est opportun de signaler le fait souvent ignoré qu'un test à la tuberculine positif signifie qu'il existe du bacille tuberculeux vivant dans l'organisme même s'il n'y a aucune évidence de lésion.

Dans ces cas de déficience immunologique ou d'anergie, une invasion massive par le bacille tuberculeux pourrait se généraliser sans provoquer de phénomène réactionnels. L'intoxication profonde expliquerait aussi l'épuisement ou la stimulation excessive de la moelle osseuse et les phénomènes d'agranulocytose ou de réaction leucémoïde. Le nouveau-né infecté par voie transplacentaire présente les mêmes lésions histologiques que la tuberculose non-réactionnelle. Dans ce cas, l'infection est hématogène d'emblée et la dose bacillaire considérable, mais surtout le mécanisme de production d'anticorps est très insuffisant à cette période.

Le plaidoyer du deuxième groupe se fonde sur les faits suivants. La tuberculose non-réactionnelle survient souvent à la suite d'intoxications médicamenteuses, de radiothérapie, ou au cours d'une maladie sanguine telle qu'une leucémie ou une anémie pernicieuse qui évoluent depuis plusieurs années. Dans ces cas, la tuberculose se grefferait sur un organisme dont le système réticulo-endothélial est fortement modifié et les mécanismes immunologiques très déficients. Chez certains malades porteurs de lésions tuberculeuses, non reconnues, un traitement à la cortisone peut provoquer des lésions histologiques identiques aux images qui se produisent dans la tuberculose non-réactionnelle spontanée. Les sté-

roïdes sont reconnus comme des agents qui inhibent la prolifération du mésenchyme et bloquent les mécanismes immunologiques. Pour les disciples de cette théorie donc, les modifications du système réticulo-endothélial prépareraient le terrain pour le bacille tuberculeux. Il faut admettre que l'association d'une leucémie chronique vraie avec la tuberculose non-réactionnelle est trop fréquente pour répondre à un hasard. Dans ces cas, le processus leucémique semble bien prédisposer l'organisme à l'invasion tuberculeuse, surtout si le malade présente au surplus des lésions bacillaires anciennes actives comme le démontrent les observations de certains auteurs.

Nous croyons que pour expliquer la pathogénie de nos deux observations personnelles ainsi que des cas rapportés dans la littérature il faut admettre l'existence des deux mécanismes mentionnés.

La leucémie lymphoïde chronique de notre premier cas était reconnue depuis deux ans. Il est difficile de croire que chez cette malade les foyers de nécrose aiguë existaient à cette date. Chez elle donc, l'état leucémique aurait précédé et fourni le terrain favorable pour l'établissement d'une tuberculose de type non-réactionnel.

Dans notre deuxième observation, la durée d'évolution de la maladie et l'absence complète de lésions tuberculeuses anciennes asso-

ciées à un manque de facteurs étiologiques toxiques, chimiques ou physiques, nous font croire que la tuberculose non-réactionnelle a provoqué ici les phénomènes de panhémocytopenie.

Conclusion

Deux observations de tuberculose généralisée non-réactionnelle, l'une greffée sur une leucémie lymphoïde chronique, la deuxième ayant provoqué une anémie réfractaire, sont rapportées avec discussion de la pathogénie des modifications hématologiques rencontrées dans cette forme rarissime de tuberculose.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. ARENDS: Blood Disease and the So-Called Generalized Non-Reactive Tuberculosis. *Acta Med. Scand.*, **136**: 417, 1950.
2. F. HARBITZ: Atypical Tuberculosis and Especially Tuberculosis in the Blood — Forming Organs and Tubercle Bacillary Septicemia. *Acta Tuberc. Scand.*, **5**: 1, 1931.
3. R. J. KERNOHAN: Aplastic Anemia Complicating Miliary Tuberculosis. *Brit M. J.*, **2**: 399, 1950.
4. J. R. O'BRIEN: Non-Reactive Tuberculosis. *J. Clin. Path.* **7**: 216, 1954.
5. W. PAGEL et A. L. WOOLF: On Fulminant Tuberculous Septicemia with Leucopenia. *Am. Rev. Tuberc.*, **59**: 311, 1949.
6. G. SAULNIER et J. L. BONENFANT: Tuberculose aiguë au cours d'une leucémie aiguë traitée à l'ACTH. *Laval Médical*, **16**: 10, 1951.

REVUE GÉNÉRALE

LES DYSPEPSIES EN PRATIQUE¹

Honoré NADEAU (Québec).

Les dyspepsies, sous toutes leurs formes, tant organique que fonctionnelle, constituent, sans conteste, un problème épineux de la pathologie qui met chaque jour à l'épreuve le savoir et la sagacité du médecin praticien. C'est que ces troubles, d'ordre fonctionnel dans la plupart des cas, ont souvent une étiologie incertaine, une symptomatologie plutôt subjective qu'objective, mal caractérisée et aussi mal extériorisée; ils sont encore mal définis à l'heure actuelle. Ils forment un chapitre de la pathologie où il n'est pas encore facile d'avoir des notions bien précises et où les hypothèses et les théories les plus diverses ont encore libre cours.

Cependant au cours des dernières décades, grâce à une observation plus suivie, plus attentive, grâce aussi à la mise en oeuvre de moyens d'investigation plus élaborés, tant physiques que biologiques, des entités morbides ont pu être isolées qui ont leurs caractères propres, assez facilement mis en évidence. On connaît bien aujourd'hui l'aspect clinique de l'ulcère gastro-duodéal, de la gastrite hypertrophique, de la gastrite atrophique, etc., dont le diagnostic précis est facilité par la radiologie et la gastroscopie. Il n'en reste pas moins vrai qu'il existe encore une foule de troubles dyspeptiques dont la physio-pathologie nous échappe, qu'il est difficile de rattacher à une étiologie bien précise et, qui semblent évoluer en empruntant des caractères purement fonctionnels.

Ces troubles dyspeptiques semblent se rencontrer avec une plus grande fréquence de nos jours et se retrouvent dans à peu près toutes les classes de la société. Autrefois ils étaient plutôt l'apanage de la classe aisée, plus parti-

culièrement désœuvrée; aujourd'hui aucune catégorie d'individus n'en est préservée. Il y a donc intérêt à se demander quelles circonstances nouvelles peuvent favoriser l'éclosion de tels syndromes, quels changements sont intervenus dans le milieu ambiant, quelles altérations sont apparues dans le comportement des individus, pour qu'une telle pathologie ait pris tant d'importance à l'heure actuelle. La connaissance de ces faits permettra, sans nul doute, un traitement préventif et curatif plus rationnel, réellement efficace.

En règle générale, les dyspepsies, de quelque cause qu'elles puissent provenir, se présentent en clinique sous deux formes assez bien distinctes: les dyspepsies hypersthéniques, les dyspepsies hyposthéniques, selon qu'elles comportent une hypertonicité vagale ou une hypertonicité sympathique. Les premières s'accompagnent, ou plutôt sont génératrices de lésions locales, tel l'ulcère gastro-duodéal, la gastrite hypertrophique, etc., les dernières correspondent plutôt à ce syndrome d'ordre purement fonctionnel que l'on dénommait autrefois: dyspepsie neuro-motrice, dyspepsie sensitivo-motrice, gastro-névrose, dyspepsie nerveuse. Faute de mieux, elles conservent encore ces mêmes appellations.

Ces deux variétés de dyspepsies offrent un tableau clinique bien différent, ce qui permet de les distinguer assez nettement. Leur symptomatologie subjective et objective est assez bien connue pour qu'il soit inutile d'insister sur ce point. Leur étiologie présente des problèmes qui paraissent comporter un intérêt plus grand, c'est sur ce point que nous désirons attirer votre attention.

Un bon nombre de troubles dyspeptiques originent de causes qui sont connues depuis longtemps. Les vices d'hygiène alimentaire y

1. Communication au XXVI^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Jasper (Alberta), septembre 1956.

figurent pour une large part. Parmi ceux-ci il faut signaler la suralimentation, la sous-alimentation voulue ou imposée, l'abus des aliments irritants, trop épicés, l'abus des boissons alcooliques, des vins trop capiteux, des liqueurs gazeuses, l'abus du tabac, la prise inconsiderée de médicaments concentrés (vitamines, préparations ferrugineuses, etc.). Enfin la prise de repas trop copieux, l'irrégularité des repas, les mauvaises habitudes à table: tachyphagie, insuffisance de la mastication, la prise d'une trop grande quantité de breuvages au cours des repas, etc. Ajoutons à ces causes externes, si l'on peut dire, les affections ou les troubles fonctionnels des organes internes: foie, pancréas, reins, organes génitaux internes chez la femme, etc. Ces diverses causes ont encore une valeur étiologique très grande, elles contribuent souvent à créer des désordres dyspeptiques dont la symptomatologie est des plus variable, parfois déroutante. Il importe donc de les retenir toutes, de les rechercher avec soins chez tous les dyspeptiques, si l'on veut être en mesure d'instituer un traitement adéquat qui ait quelque chance de réussir.

Il est d'autres facteurs étiologiques, encore mal individualisés, qui semblent prendre une importance et une fréquence de plus en plus grande: ce sont les facteurs psychiques ou moraux. Ces facteurs sont en passe de prendre le premier plan dans l'étiologie des dyspepsies tant gastriques qu'intestinales. Ils paraissent être responsables d'une grande variété de troubles digestifs. Non seulement ils sont en mesure de créer des troubles fonctionnels, mais souvent on les retrouve à l'origine d'affections lésionnelles du tube digestif, tel l'ulcus gastro-duodénal, la gastrite hypertrophique, la colite spasmodique, la colite muco-membraneuse.

Il ne fait pas de doute pour personne que la fréquence des facteurs émotifs comme causes des troubles dyspeptiques est en relation directe avec les circonstances actuelles de la vie active où les forces vives de l'individu sont constamment mises à contribution. L'entrée en lice des facteurs psychiques revêt une telle importance qu'elle a quelque peu modifié

la physio-pathologie de nombreuses maladies, elle en a fait naître d'autres, en particulier celles où les réactions exagérées du système nerveux neuro-végétatif entre pour une grande part, ce qui est particulièrement vrai pour les troubles dyspeptiques.

Chez certains sujets, un tant soit peu prédisposés par leurs tendances naturelles, le système nerveux neuro-végétatif réagit vivement aux traumatismes psychiques pour peu que ceux-ci se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés. Chacun sait que ces réactions font sentir leurs effets très volontiers sur le tractus digestif dont elles troublent le fonctionnement, plus particulièrement sur l'estomac et le gros intestin dont elles altèrent les fonctions. Elles y provoquent des désordres fonctionnels et lésionnels ou aggravent des troubles préexistants d'origine diverse.

Les chocs émotifs se font de plus en plus nombreux et de plus en plus variés chez l'individu qui s'achemine vers un but défini à travers les complications de la vie actuelle. Les contraintes blessent d'autant plus profondément qu'elles sont plus constantes, que les appétits, les ambitions sont plus démesurés et que les individus s'efforcent de les combler à quelque prix que ce soit. Aussi ne faut-il pas s'étonner de retrouver de tels ébranlements psychiques dans certaines classes de la société qui jusqu'alors en étaient préservées. Ils se retrouvent avec une fréquence de plus en plus grande même chez les travailleurs de la terre dont la quiétude proverbiale est en passe de faire place à des soucis de plus en plus nombreux. Il n'y a pas de doute que les complications de la vie actuelle avec ses multiples tracasseries, ses préoccupations diverses, mettent à contribution le système nerveux, surtout le système nerveux neuro-végétatif des individus conscients de leurs responsabilités. Elles entretiennent chez eux une tension nerveuse de tous les instants, avec les conséquences que l'on sait sur le fonctionnement des principaux systèmes: système digestif, système cardio-vasculaire.

Il faut y ajouter la multitude des petits conflits internes dont on ne doit jamais sous-

estimer l'importance et l'agressivité: Conflits conjugaux, conflits familiaux, certaines contraintes inavouées, insoupçonnées, méadaptation au milieu, etc. Ces facteurs sont d'autant plus nocifs qu'ils sont plus constants, qu'ils s'attaquent à des sujets prédisposés, déjà aigris par les préoccupations extérieures. Ils agissent en synergie pour créer une atmosphère chargée où la détente bienfaisante a peu de chance de se produire. On connaît bien l'influence du milieu sur l'évolution de certains troubles dyspeptiques. Qui ne connaît aussi l'action résolutive d'une atmosphère familiale faite de compréhension mutuelle, de paix et de sérénité où l'individu se sent libéré, comme vidé, des soucis qui l'assaillent de toute part dans sa vie active.

La notion de ces facteurs psychiques comme causes déterminantes ou aggravantes des troubles dyspeptiques doit inciter le médecin traitant à modifier quelque peu son attitude en face du malade qui vient se confier à ses soins. Non qu'il doive négliger la recherche des facteurs somatiques et tout rattacher à des désordres psychiques; bien au contraire les facteurs somatiques n'ont aucunement perdu de leur importance, ils se rencontrent encore avec une fréquence très grande. Bien mal avisé qui les compterait pour quantité négligeable. De même ce serait une grave erreur que de ne tenir aucun compte de l'état psychique du malade. Les Drs Edward Weis et Spurgeon English, dans leur récent traité de médecine psycho-somatique, attachent une grande importance au climat psychique du malade. "Le psychisme, disent-ils, sera considéré avec plus de respect lorsqu'on aura reconnu qu'il a en lui une force capable d'engendrer la maladie". C'est donc dire que pour faire oeuvre utile le médecin, après avoir complété l'examen subjectif et objectif habituel, devra en quelque sorte se muer en psychiatre ou au moins en psychologue et ira faire une incursion plus ou moins poussée dans le territoire psychique de son malade. Avec un peu d'habitude, beaucoup de tact et beaucoup de patience, tout en observant les réactions du sujet, on en arrive assez vite à évaluer

sa personnalité psychique, à y déceler des tendances particulières et, partant, à mieux saisir le sens et la nature de ses réactions. Au cours de cette enquête il n'est nullement besoin, dans la majorité des cas, de remonter "ad patres" dans la genèse de l'individu; il semble bien qu'il y ait eu beaucoup trop d'abus regrettables dans ce domaine. Le point important c'est l'attitude actuelle du malade et ses qualités réactionnelles. On remarquera que cette attitude psychique est faite le plus souvent d'anxiété et d'angoisse. Il n'y a aucun doute que les anxieux, les angoissés, à divers degrés, forment la masse de ces malades avides de soulagement. Pour compléter l'examen physique, une petite enquête dans le milieu dans lequel évolue le sujet peut s'avérer très utile; elle permettra de se rendre compte de la nature, de la variété des conflits réels ou fictifs qui assaillent le malade, elle permettra aussi de mettre le doigt sur le point crucial.

Le malade s'ouvrira d'autant plus librement et avec d'autant plus de confiance qu'il sentira plus d'intérêt, plus de sympathie, de la part du médecin consulté. Ce dernier sera parfois étonné de voir étaler à ses yeux toute une série de tracasseries, de préoccupations, qui irritent et fatiguent le malade et qu'un examen trop hâtif ne lui aurait même pas fait soupçonner. Certains malades tourmentés de cette sorte peuvent paraître aux yeux des profanes pleinement satisfaits, pleinement heureux, tant il est illusoire de vouloir porter un jugement en se basant uniquement sur les apparences extérieures. Ces confidences amènent déjà une grande détente chez le malade. A la fin d'une consultation bien conduite il n'est pas rare d'entendre cette réflexion, lancée avec un ton de soulagement: "Dr, cela m'a fait un grand bien d'être venu vous consulter," je me sens déjà beaucoup mieux". N'est-ce pas là en quelque sorte un hommage à la sagacité et au savoir faire du médecin consultant? On peut dès lors être assuré que la partie est pratiquement gagnée et qu'on sera désormais en mesure de rendre de grands services au malade.

Chez les dyspeptiques il existe très souvent des troubles associés, en particulier des trou-

bles cardio-vasculaires qui se traduisent par de l'érythème cardiaque, des palpitations, de la froideur, de la pâleur des extrémités; les malades s'en inquiètent fort. Ces troubles sont pratiquement toujours d'ordre fonctionnel, ils extériorisent en quelque sorte l'état tensionnel du sujet. On se gardera bien de leur attribuer une importance qu'ils ne sauraient avoir. On évitera à tout prix l'erreur de laisser croire au malade qu'il est porteur d'une lésion cardiaque et que ces malaises en sont la manifestation. Ces malades sont très réceptifs, ils s'en convaincront d'autant plus facilement qu'ils la craignaient depuis longtemps. Et, ce seront des malheureux de plus qui porteront leur cœur en écharpe le reste de leur vie.

Le médecin avisé profitera de l'examen pour expliquer à son client la genèse de ses troubles, il insistera sur leur bénignité, il appuiera sur l'importance de telle ou telle cause favorisante ou aggravante de ses troubles. Il aura la satisfaction de constater qu'un bon nombre de malades se sentent pratiquement guéris dès qu'ils sont mis au fait de leur situation. Il en est d'autres, malheureusement trop nombreux, qui ne semblent vouloir rien entendre, qui semblent considérer leurs malaises comme des hôtes obligatoires, qui semblent se complaire dans leur maladie, sans toutefois y être complètement résignés. Ces malades, presque toujours des immatures, des débiles, se plaignent continuellement et confient leurs doléances à qui veut les entendre. Devant de tels malades le médecin se sent désarmé. Il se rend bien compte que malgré tous ses efforts, son intervention n'y changera rien. Ces malades angoissés, anxieux toujours, sont de véritables croix qui assaillent le médecin de mille questions embarrassantes, épient les réponses en tentant d'y relever des contradictions qu'ils s'empressent de monter en épingle. C'est l'épine enfoncée dans les chairs du médecin praticien. Ils méritent tout de même qu'on s'en occupe, car tout malade quel qu'il soit doit toujours retenir l'attention du médecin conscient de ses devoirs professionnels. Tout doit être mis en œuvre pour leur venir en aide, même si l'on n'escompte qu'un succès relatif; l'attention de

la part du médecin est déjà un réconfort pour ces malheureux et surtout pour leur entourage.

Le traitement classique des dyspepsies est encore de mise. Il se montre d'une efficacité certaine dans le plus grand nombre des cas. D'empirique et de symptomatique qu'il était autrefois, il évolue graduellement, au fur et à mesure du développement de nos connaissances en ce domaine, vers des bases plus rationnelles qui tiennent de plus en plus compte de l'étiologie de la maladie.

Le traitement des grands syndromes dyspeptiques hypersthéniques et hyposthéniques a peu changé. Le régime alimentaire bien conçu y joue encore un rôle de premier plan. Il sera toujours modifié, dans la mesure du possible, suivant les goûts, les habitudes, les réactions de chaque malade. Il ne saurait y avoir de régimes passe-partout qui puissent convenir à tous. Le régime alimentaire ne devra jamais pécher par trop de sévérité, il aura toujours un caractère transitoire, si l'on veut qu'il soit bien accepté et bien suivi. En instituant le régime alimentaire le médecin en profitera pour corriger certains vices d'hygiène alimentaire en partie responsables des troubles observés, il pourra ainsi remédier à certaines carences nutritives dont les effets sur l'état général sont à redouter.

Au régime alimentaire on associera la médication: stimulants digestifs, amers, ferments digestifs, dans les formes hyposthéniques; hyposécréteurs, antispasmodiques, sédatifs nerveux, dans les formes hypersthéniques. Parmi les antispasmodiques, les anticholinergiques, de découverte récente, se sont vite imposés à l'attention des médecins à cause de la rapidité de leur action et de leur innocuité certaine. Ils n'offrent pratiquement pas de contrindications. Associés aux sédatifs de la série des barbituriques, ils donnent le plus souvent d'excellents résultats, à condition d'être employés à bon escient. Dans les cas où les troubles psychiques paraissent plus accentués les ganglioplégiques, maniés avec prudence, se montrent parfois très utiles, ils corrigent souvent des situations réellement difficiles.

Les dyspepsies dites neuro-motrices exigent

un traitement symptomatique et étiologique. Celui-ci ne saurait être complet ni pleinement efficace, s'il ne comporte une bonne part de psychothérapie. Même si les troubles psychiques semblent en évidence, le médecin traitant ne recourra que le moins souvent possible aux bons offices du psychiatre, sauf dans les cas où ses services paraissent tout à fait indispensables. Il faut bien se rappeler que ces malades se rebutent facilement à la pensée d'avoir à consulter un psychiatre, étant convaincu d'avance que le psychiatre est le médecin des fous, des aliénés. Il est bien illusoire de vouloir modifier leur opinion sur ce sujet.

Un bon nombre s'offusqueraient réellement s'ils recevaient un tel conseil de la part de leur médecin traitant en qui ils ont mis toute leur confiance. Les malades admettent difficilement que leurs troubles puissent avoir une origine nerveuse ou psychique. D'ailleurs il n'y a pas mieux placé que le médecin traitant, le médecin praticien, pour faire une psychothérapie réellement effective. C'est encore au cabinet du médecin traitant que se pratique la meilleure psychothérapie, la plus éclairée, la plus rationnelle et la plus humaine.

En premier lieu le médecin en profitera pour indiquer au malade les causes possibles de ses troubles; causes d'ordre somatique, psychique ou morale. Il lui signalera telles ou telles circonstances favorisantes ou aggravantes et étudiera avec lui les moyens les plus pratiques de les éviter ou encore de minimiser leurs effets. Il conseillera tel ou tel comportement en de telles circonstances. Assurément, cela demande du temps et de l'attention; cela demande aussi une forte dose de compréhension et de sympathie véritable de la part du médecin. Mais ce ne sont pas là des efforts inutiles. Bien au contraire, une psychothérapie bien comprise fera souvent beaucoup plus de bien que toute médication, si active soit-elle en

théorie. La malade rassuré sur son état de santé, instruit des principales causes de ses malaises, convaincu de leur bénignité, se soumettra d'autant mieux au traitement et en tirera un profit d'autant plus grand qu'il aura reçu des directives éclairées de la part de son médecin traitant.

Aux malades qui semblent se complaire dans leurs maux et ne semblent pas vouloir s'en départir, on se gardera bien de conseiller des traitements compliqués et dispendieux, ou encore des interventions chirurgicales, à moins que celles-ci ne soient jugées tout à fait indispensables et que l'on soit fermement convaincu qu'elles seront couronnées de succès. Des interventions intempestives n'améliorent en rien l'état morbide de ces malades, bien au contraire, elles seront pour eux de nouveaux motifs de plaintes et, très souvent, on insistera pour se soumettre à de nouvelles interventions toute aussi inutiles les unes que les autres. Encore ici la psychothérapie aidée de la médication sédatrice, ganglioplégique ou autre, amènera un certain degré de soulagement, très apprécié au moins de l'entourage.

L'étiologie et la pathogénie des dyspepsies est mieux connue à l'heure actuelle. Elles se sont modifiées quelque peu au cours de ces dernières années. L'élément psychique ou moral semble y prendre une part de plus en plus grande par suite des complexités multiples de la vie moderne. Leur traitement devra tenir compte des éléments nouveaux qui interviennent dans leur physio-pathologie. Pour être complet et réellement efficace il devra faire la part du somatique et du psychique. "Une thérapeutique dans laquelle les éléments biochimiques et psychologiques sont traités de pair constituera certainement la thérapeutique de l'avenir".

(Dr. Ed. Weis et Spurgeon English).

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE PULMONAIRE¹

Jean-Paul DECHÈNE (Québec).

Nous avons pensé vous intéresser en vous présentant brièvement quelques considérations pratiques sur l'anesthésie en Chirurgie Pulmonaire. Ces considérations sont basées sur une expérience personnelle d'environ 500 cas d'anesthésie pour résections pulmonaires, qui nous ont permis de mettre à point une adaptation pratique de certaines méthodes d'anesthésie classique, dont parlent les auteurs dans les bouquins spécialisés.

Dans ce court exposé, il ne sera nullement question des méthodes que nous pourrions qualifier d'exceptionnelles voire: « l'hibernation artificielle », l'« hypothermie provoquée », l'« hypotension contrôlée », la « rachidienne » ou l'« épidurale ». L'une ou l'autre de ces méthodes peut certainement être employée par un anesthésiste expert à bon escient et rendre service au bon moment. Cependant, à notre avis, ni l'une ni l'autre de ces méthodes sont appelées à devenir une pratique journalière en anesthésie pulmonaire: elles ont des indications propres et elles doivent servir à cette fin uniquement.

Cette après-midi, en vous présentant ces considérations pratiques sur l'anesthésie pulmonaire, nous voulons simplement souligner deux points en particulier:

1. — L'importance du choix de l'anesthésie en chirurgie pulmonaire.

2. — Le rôle bienfaiteur d'un équipement spécialisé en ce qui regarde une ventilation pulmonaire adéquate.

Précisons tout de suite que nous n'avons pas la prétention de croire ces quelques considérations supérieures à toutes autres en la matière et que nous ne voulons nullement critiquer ici les méthodes différentes de la nôtre.

I. CHOIX DE L'ANESTHÉSIE

Le choix de l'anesthésie en chirurgie d'exérèse ne doit pas être chose du hasard mais bien l'application fidèle des principes et problèmes de l'anesthésie endo-thoracique et plus spécialement de l'anesthésie pulmonaire.

Le patient malade du thorax a, la plupart du temps, une capacité vitale réduite et une oxygénation insuffisante du sang artériel; souvent son arbre bronchique est rempli de sécrétions, diminuant ainsi les échanges respiratoires. Il est aussi cachectique, anémique et toutes ces conditions de toxémie chronique en font un mauvais risque anesthésique. De plus, la position latérale, la plus communément employée en chirurgie thoracique, favorise l'essaimage de l'infection. La création d'un pneumothorax à ciel ouvert produit un certain degré de respiration paradoxale et de ballottement médiastinal; d'où réduction de l'air courant et de la ventilation pulmonaire chez un patient dont les réserves respiratoires sont déjà diminuées. Les opérations thoraciques sont longues et s'associent à des pertes sanguines considérables, de là danger de choc et nécessité de bien maintenir l'équilibre liquidien. Il y a grand danger de réflexes, car ici, l'opération prend place dans une des zones les plus réflexogènes de l'organisme, la zone cardio-pulmonaire. L'absence de pression négative intra-thoracique retarde le retour veineux au cœur et diminue le débit cardiaque. Pour sa part, le ballottement médiastinal peut, par intermittence, causer l'obstruction des veines caves et donner de la tachycardie et de l'hypotension. Ajoutons comme autre facteur de choc, la perte de chaleur accompagnant toute intervention thoracique.

En tuberculose, les problèmes ne font que s'aggraver. Le plus important de tous est celui de la dissémination de la maladie, du côté malade au côté sain.

1. Communication à la « Société Canadienne des Anesthésistes » Division de Québec, à l'hôpital Laval, le 5 mai 1956.

Permettez-nous cependant quelques commentaires à ce sujet et disons tout de suite que contrairement aux données anciennes, l'anesthésie légère semble de beaucoup maintenant la technique préférable et préférée. De là le rôle bienfaiteur d'une prémédication adéquate et d'une médication anesthésique adjuvante per-opératoire.

A. La prémédication

Après bien des essais, nous avons adopté comme prémédication la ligne de conduite d'une médication pré-opératoire assez puissante. Habituellement, la veille au coucher, un hypnotique (nembutal ou noludar) est administré *per os* en association avec un antihistaminique, (phénergan) comme potentialisateur. Le matin même de l'opération, le même antihistaminique est répété et suivi une demi-heure plus tard d'un opiacé et d'un vagolytique (v.g. le démérol-atropine). Chez certains malades plus résistants que d'autres, nous n'hésitons pas à employer l'association classique morphine-atropine voire même morphine-scopolamine.

Toujours soucieux de préserver le psychisme de l'enfant contre les phobies précoces de la salle d'opération, la pré-anesthésie rectale aux barbituriques est administrée dans la chambre même du jeune patient et elle est bientôt suivie par l'atropine sous-cutanée, une fois que la « piqûre » ne peut plus être un objet de crainte de la part de l'enfant.

Il est à retenir qu'une prémédication adéquate et puissante peut prévenir bien des arrêts cardiaques et en particulier l'arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire. Il est vrai qu'elle a comme désavantage de favoriser la rétention de sécrétions mais dans notre milieu, avec la bronchoscopie faite de routine chez les sécrétants, nous n'y voyons pas tellement d'inconvénients.

De façon générale, notre prémédication journalière comprend un hypnotique et un opiacé synthétique en association avec un antihistaminique et un vagolytique. Occasionnellement, d'autres sédatifs peuvent être em-

ployés mais dans la mesure où nous utilisons les barbituriques comme anesthésiques de base, et surtout vu que les réflexes vagues sont les réflexes les plus redoutables en chirurgie pulmonaire, les substances vagolytiques ont la préférence. Soit dit en passant, le largactil, à action sympatholytique, est peu employé dans notre milieu en prémédication journalière.

En résumé, l'association de ces drogues revêt donc un pouvoir antalgique, hypnotique, vagolytique et antispasmodique bronchique qui, joint à son action potentialisatrice, nous permet une méthode de prémédication, en chirurgie pulmonaire, très gouvernable, peu toxique et préparant bien à la période anesthésique proprement dite.

B. Les substances anesthésiques

L'anesthésie légère, avons-nous dit, est à la fois préférée et préférable en anesthésie pulmonaire.

Chez les risques moyens, l'éther est donc recommandable pour la maintenance puisque son administration en anesthésie légère permet une oxygénation plus que suffisante. Son emploi empêche l'usage du thermocautère mais la perte de temps occasionnée par les ligatures surnuméraires est vite compensée par les effets bienfaiteurs sur la physiopathologie des pulmonaires. Assez souvent, grâce à l'éther, l'emphysémateux, le bronchitique chronique asthmatiforme, considérés comme des mauvais risques anesthésiques, donnent quand même lieu à des anesthésies heureuses.

Chez les bons risques anesthésiques, l'« anesthésie balancée »: barbituriques, curare, protoxide d'azote, oxygène, à laquelle nous ajoutons le démérol intra-veineux à doses fractionnées donne de très bons résultats et peut servir de pratique journalière courante en chirurgie pulmonaire.

Enfin, dans les cas limites de l'opérabilité, grâce à l'hibernation pharmacodynamique voire même l'hibernation totale, quelques patients de plus ont pu bénéficier de la chirurgie pulmonaire pour guérir leur tuberculose.

C. *La médication adjuvante*

Comme complément à ces considérations pratiques sur l'anesthésie en chirurgie pulmonaire, nous vous dirons un mot de la médication anesthésique adjuvante per-opératoire. Or, l'expérience nous a enseigné qu'à l'occasion, cette médication adjuvante peut rendre de grands services mais qu'elle peut également être nuisible grandement. Aussi est-ce une arme à deux tranchants que nous ne pouvons pas recommander parce que dangereuse. Cette polypharmacie désordonnée peut conduire facilement à un arrêt cardiaque ou du moins à des accidents cardio-vasculaires sérieux. Toutefois, chez les bons risques, où l'anesthésie balancée est employée de routine, le démérol intra-veineux, à doses fractionnées, a définitivement une place de choix et peut être employé dans le double but de réduire l'usage des curarisants et de diminuer la répétition des barbituriques par voie intra-veineuse.

En effet, tout le monde connaît les mauvais effets des barbituriques à répétition sur la respiration et la circulation. Les hautes doses de curarisants ne sont pas par ailleurs sans danger. Elles peuvent elles aussi provoquer une dépression circulatoire mais elles sont surtout cause de broncho-dilatations suivies de broncho-plégies avec bronchorrhée abondante et atelectasie consécutive.

Le démérol est donc très employé en anesthésie pulmonaire dans notre milieu. Ses propriétés pharmacodynamiques lui confèrent les avantages de la papaverine et de l'atropine. Il possède une action analgésique très puissante, mais son action narcotique est faible, ce qui permet un retour rapide à la conscience et un confort post-opératoire très appréciable. A l'inverse de la morphine, il déprime peu la respiration. D'autre part, il s'oppose aux effets de l'acétylcholine sur le muscle lisse et à ceux de l'histamine sur les bronchioles. Ces propriétés anticholinergiques et antihistaminiques sont donc très précieuses en anesthésie. Il s'oppose plus efficacement que la procaine au spasme bronchique et son effet antivagal est particulièrement bien vu en chirurgie pulmonaire.

Le démérol demeure donc la grande médication anesthésique adjuvante per-opératoire en anesthésie balancée pour chirurgie pulmonaire.

II. RÔLE BIENFAITEUR DE L'ÉQUIPEMENT SPÉCIALISÉ ET VENTILATION PULMONAIRE ADÉQUATE

Ces quelques considérations étant faites sur le choix de l'anesthésie en chirurgie pulmonaire, nous vous parlerons maintenant du rôle bienfaiteur d'un équipement spécialisé en rapport avec une ventilation pulmonaire adéquate.

1. *Le bronchoscope oxygénateur et ventilateur*

Tout le monde sait que pour obtenir une ventilation pulmonaire adéquate, la lutte contre les sécrétions pulmonaires est d'importance primordiale. Et, pour lutter efficacement contre la présence de ces sécrétions pulmonaires, le bronchoscope oxygénateur et ventilateur peut certainement jouer un rôle bienfaiteur.

En anesthésie pulmonaire, un nécessaire à la broncho-aspiration est donc indispensable à la salle d'opération et doit être prêt à servir en tout temps. Dans notre milieu, les bronchoscopes que nous utilisons sont de type « Négus » et ce sont des bronchoscopes oxygénateurs. En effet, ils sont porteurs d'une tubulure spéciale permettant un débit d'oxygène de six litres/minute; autorisant ainsi des aspirations sous oxygénation prolongée. Si pour une raison ou pour une autre, en cours de bronchoscopie, il est devenu nécessaire non seulement d'oxygéner le malade mais bien de le ventiler adéquatement, on peut le faire grâce à un adaptateur spécial reliant le bronchoscope à l'appareil d'anesthésie. Le bronchoscope fait alors office de sonde endo-trachéale et plusieurs fois, il nous a été donné de profiter de cet adaptateur spécialisé transformant ainsi notre bronchoscope oxygénateur en un bronchoscope ventilateur.

Ici, à l'Hôpital Laval, les bronchoscopies d'aspiration pré-opératoires sont faites de

routine chez les malades sécrétants insuffisamment asséchés et particulièrement chez les sécrétants bilatéraux, qui ne peuvent bénéficier d'une thérapeutique d'exclusion bronchique. L'anesthésie intra-veineuse accompagnée de l'anesthésie locale facilite cette bronchoscopie et l'insufflation continue d'oxygène est toujours pratiquée.

Quant aux bronchoscopies post-anesthésiques, elles sont très utiles mais souvent dangereuses étant donné que les malades en voie de se réveiller ne peuvent coopérer et bien au contraire, se défendent contre la présence du bronchoscope. Un curarisant de courte durée peut alors rendre service mais à la condition expresse de pouvoir bien oxygéner le malade; de là l'utilité du bronchoscope ventilateur pour permettre une ventilation adéquate en cours de bronchoscopie.

2. La sonde Carlens

Parmi l'instrumentation spécialisée permettant une ventilation pulmonaire adéquate, il nous faut absolument parler de la sonde Carlens. Cette dernière est particulièrement utile voire même nécessaire lorsque la résection pulmonaire est pratiquée en position latérale.

Non seulement la sonde Carlens protège contre les disséminations bronchiques en évitant le passage des sécrétions du poumon malade au poumon sain, mais elle permet à l'anesthésiste un contrôle parfait de la situation. L'anesthésiste peut gonfler le poumon malade à la demande du chirurgien. Il peut aspirer les sécrétions du poumon malade de façon continue tout en ventilant bien le poumon sain.

Vous connaissez tous certainement la sonde Carlens. Plusieurs d'entre vous l'ont sans doute utilisée maintes fois. Mais en pratique clinique, peut-être avez-vous eu quelque difficulté à relier cette sonde à double lumière à une machine ordinaire d'anesthésie? Aussi, avons-nous pensé vous démontrer aujourd'hui le rôle bienfaiteur d'une valve spécialisée permettant d'adapter la sonde Carlens à la ma-

chine d'anesthésie. Cet adaptateur spécialisé est fabriqué sous forme d'une double valve contrôlant à la fois l'ouverture et la fermeture des lumières droite et gauche de la sonde Carlens. La valve étant ouverte d'un côté, on peut facilement aspirer les sécrétions de ce côté en y introduisant une sonde plastique de calibre suffisant. Cette valve spéciale réduit l'espace mort de la jonction-sonde Carlens, machine d'anesthésie, à environ 1/3 pouce cube soit le plus petit espace mort connu à date dans les différentes connections utilisées jusqu'ici. Plus n'est nécessaire maintenant de débrancher la sonde Carlens de la machine d'anesthésie lorsqu'on veut aspirer ou dégonfler le poumon malade, il suffit seulement de tourner la valve du bout du doigt; d'où économie de temps, réduction de l'espace mort, meilleure ventilation et meilleure oxygénation.

3. La table d'Overholt

Dans la lutte contre les sécrétions pulmonaires, nous venons d'établir l'utilité de la sonde Carlens voire même sa nécessité lorsque l'intervention a lieu en position latérale. Toutefois, soit par préférence chirurgicale, soit pour une raison anesthésique, l'intervention est faite en position ventrale, la table d'Overholt est appelée à rendre de grands services en favorisant la descente naturelle des sécrétions, en évitant l'essaimage et en favorisant le maintien du médiastin. L'association « table d'Overholt et sonde endo-trachéale » joue donc elle aussi un rôle bienfaiteur dans la ventilation adéquate de l'opéré pulmonaire.

4. Le ventilateur avec pression positive et négative

Comme dernière considération pratique et non la moindre en ce qui regarde la ventilation pulmonaire adéquate, nous vous dirons un mot d'un ventilateur spécialisé avec pression positive et négative: le ventilateur Jefferson.

A l'Hôpital Laval, à la fois en clinique et au laboratoire des recherches, nous employons le ventilateur Jefferson depuis déjà plus d'une année et nous pouvons affirmer aujourd'hui,

après bien d'autres, que sur un thorax ouvert, une pression positive intermittente avec pression négative est de beaucoup préférable à la pression positive intermittente seule.

En effet, pour obtenir une ventilation pulmonaire effective, si la pression positive intermittente seule est employée, nous pouvons obtenir cette ventilation pulmonaire nécessaire seulement par l'accroissement du rythme respiratoire ou par l'accroissement de pression dans la sonde endo-trachéale. Et ceci, vous le savez, conduit à une réduction du retour veineux, à une diminution du débit cardiaque et aussi à un champ opératoire obscurci par la distension pulmonaire. Tandis que, si la pression positive intermittente avec pression négative est employée, la ventilation pulmonaire totale peut être accrue deux à trois fois sans l'accroissement du rythme respiratoire, avec seulement l'accroissement de pression positive pour insuffler et de pression négative pour affaisser sans changement dans la pression endo-trachéale.

Ainsi, une grande augmentation de la ventilation pulmonaire peut être obtenue sans effets nocifs sur la circulation et sans produire un poumon distendu qui obscurcit le champ opératoire.

Le ventilateur Jefferson joue donc lui aussi un rôle bienfaiteur pour réaliser une ventilation adéquate chez les pulmonaires, et, soulignons en passant, qu'il peut être employé à la salle d'opération et aussi en réanimation post-opératoire.

A propos de respirateur avec pression positive et négative, nous tenons à souligner ici qu'un respirateur manuel récemment mis à point par le docteur Iain M. MacKay, du département d'anesthésie de l'Université de Toronto et du Toronto General Hospital, peut certainement avoir une grande place en anesthésie pulmonaire. On pourra lire les détails de constitution de cet appareil dans le Journal

de la Société Canadienne des Anesthésistes, avril 1956, Vol. 3, no 2.

Et ceux d'entre vous qui ont assisté aux démonstrations cliniques données par le professeur F. Hudon ont eu l'avantage de voir ce nouveau respirateur manuel en action.

Aussi, nous tenons à remercier publiquement la Compagnie British Oxygen Canada Ltd et surtout le docteur MacKay, pour sa courtoisie à notre égard, à ce sujet.

Conclusion

Le moment est venu de vous remercier de votre bienveillante attention et nous espérons que ces considérations pratiques sur l'anesthésie pulmonaire vous seront un jour de quelque utilité. c'était d'ailleurs l'unique but de leur présentation.

BIBLIOGRAPHIE

1. John W. PENDER et John S. LUNDY: Anesthesiology in Pulmonary Surgery: Special Problems. *The Am. J. of Surg.*, **89**: 35, 1955.
2. Jean-Paul DECHENE: Problème du choix de l'anesthésie chez un Tuberculeux Pulmonaire guéri ou non. *L'Un. Méd. du Canada*, **84**: 1054 (sept.) 1955.
3. P. B. VIKING, E. CARLENS et Olle FRI-BERG: Endobronchial Anaesthesia. *Anesthesiology*, **14**: 60 (janv.) 1953.
4. C. A. HUBAY et coll.: Circulatory Dynamics of Venous Return during Positive-Negative Pressure Respiration. *Anesthesiology*, **15**: 445 (sept.) 1954.
5. J. V. MALONEY, jr. et al: Importance of Negative Pressure Phase in Mechanical Respirators. *J.A.M.A.*, **152**: 212 (mai) 1953.
6. H. LABORIT : Utilisation de la Péthidine en anesthésie. *La Presse Médicale*, **60**: 120 (janv.) 1952.
7. Jean-Paul DECHENE: Cardio-Pulmonary Disturbances in Thoracic Surgery. *Canadian Anaesthetists' Society Journ.*, **2**: 64 (janv.) 1955.
8. Olivier MONOD et coll.: L'Anesthésie en chirurgie thoracique. Masson & Cie, Paris 1955.
9. John H. GIBBON, George J. HAUPT: The Need for Adequate Pulmonary Ventilation during Surgical Operations. *The Surgical Clinics of North*

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 85, No 11 — Montréal, novembre 1956

**LA RÉHABILITATION DES
DIABÉTIQUES**

Il nous arrive fréquemment d'entendre parler de réhabilitation. Il existe des organismes qui ont pour mission de réhabiliter les alcooliques, les narcomanes, les délinquants, etc. De plus, l'École de Physiothérapie et de Thérapie Occupationnelle de l'Université de Montréal ne possède-t-elle pas son centre de réhabilitation?

Que l'on parle à l'heure actuelle de réhabilitation des diabétiques, c'est tout à fait dans l'ordre en raison de l'importance de plus en plus grande que prend cette maladie et nous n'avons pas à en être surpris, puisque cet item est un des buts que poursuit l'Association du Diabète de la Province de Québec, Inc., comme il en est fait mention dans les constitutions et règlements de la dite Association.

De par le sens même du mot « réhabiliter », il faut comprendre la restauration, le rétablissement dans son état antérieur d'une personne qui, dès lors, devient capable de gagner sa vie, grâce à une série d'instructions dirigées.

Dans la réhabilitation des diabétiques, il nous faut donc alors admettre implicitement une certaine incapacité, voire même une certaine infirmité qui découle de leur maladie. Envisagé sous

cet angle, le titre de cet article n'est vrai qu'à demi.

Que le diabète puisse créer de l'invalidité, bien peu de personnes oseraient contester cette assertion avec la longue survie des diabétiques.

Loin de nous la pensée que le diabète ne puisse en maintes occasions prendre l'allure d'une maladie aiguë. Nous constatons malheureusement avec trop de fréquence comment un diabétique peut devenir extrêmement malade dans l'espace de quelques jours et subir une véritable incapacité; son asthénie étant capable à elle seule d'annihiler tout son pouvoir d'action. Nous sommes certainement plus habitués de considérer le diabète comme une maladie chronique, capable par conséquent de produire des résultats semblables sur une période de plusieurs années, quand les diabétiques persistent à demeurer en dehors de tout contrôle de leur maladie.

L'équilibre du diabète peut s'obtenir en quelques jours, faisant ainsi disparaître l'incapacité aiguë dont le malade était affecté; et qui plus est, ce contrôle peut se maintenir la vie durant. On le comprend, un équilibre diabétique permanent laisse peu de chances aux complications dégénératives de se produire et d'invalider des malades de ce genre. Voilà la conception actuelle que nous devons avoir du diabète. C'est avec cet espoir que les diabétiques doivent animer leur vie et envisager leur avenir.

Si la majorité des diabétiques ont accepté cette conception au sujet de leur maladie, pourquoi pas tous, avec le traitement efficace qu'ils ont maintenant à leur portée? Ce traitement

apporte en effet aux diabétiques un bien-être et une sécurité que bien peu d'autres procédés thérapeutiques peuvent offrir dans les différents autres domaines de la médecine actuelle.

Il fut un temps, pourtant pas très reculé, puisqu'il ne date qu'avant 1921, où le traitement du diabète était loin d'offrir des garanties comme aujourd'hui. Il est difficile de s'imaginer maintenant ce que pouvait être la vie des diabétiques sans le secours de l'insuline ; les enfants atteints de cette maladie n'y survivaient que deux ou trois ans à peine, la mortalité par acido-dose diabétique grave était de l'ordre de 75 pour cent et les chirurgiens avaient appris à craindre les diabétiques au point de ne pas leur toucher tant étaient déplorables les complications infectieuses et acidotiques. Le miracle de l'insuline a changé la vie des diabétiques, a permis aux enfants atteints de cette maladie de survivre. L'insuline n'a cependant pas guéri le diabète, même si cette hormone reste une arme de premier choix dans le contrôle de cette maladie à la condition d'avoir été injectée. Les nouvelles substances antidiabétiques par voie orale n'ont pas encore détrôné l'insuline.

C'est sans doute par abus de confiance dans le traitement du diabète qu'on en est venu trop souvent à considérer l'état apparent de santé et la sensation de bien-être comme les critères d'un bon contrôle diabétique. Malheureusement pour réfuter cette tendance au laisser-aller, nous avons à présenter le nombre important des enfants diabétiques qui meurent aveugles, aux alentours de la trentaine, de

complications rénales, après vingt ans de vie diabétique, non sans avoir été pendant des mois ou même des années complètement invalides à cause de leur maladie.

Bien au contraire, il vaut la peine de se plier totalement aux exigences de son traitement pour mener une vie active pendant 20, 30 ou 40 ans de vie diabétique. Ces malades doivent reconnaître dans l'observance de leur traitement une assurance de bien-être réel, un gage de longévité et de saine activité. Le diabétique qui ne cherche qu'à profiter de la vie et de ses plaisirs grève son avenir et provoque chez lui une échéance plus hâtive. Il est illusoire de vouloir manger au gré de sa fantaisie et de chercher le contrôle de son diabète avec des injections d'insuline, seraient-elles même au nombre de trois par jour. Le régime alimentaire est à la base de tout traitement diabétique et l'insuline n'est qu'un complément de ce traitement. Pour avoir oublié cette notion pourtant fondamentale du traitement classique du diabète, deux médecins diabétiques ont voulu suivre la voie facile et ont misé uniquement sur l'insuline dans la thérapeutique de leur maladie : l'un est mort à 36 ans d'une complication infectieuse rencontrée dans les états habituels de déséquilibre diabétique, la tuberculose, et l'autre, à cause d'une dénutrition importante, fut obligé d'abandonner sa pratique chirurgicale par invalidité diabétique.

Avec la longue survie de ce genre de malades, leurs nombreuses complications dégénératives prouvent à l'évidence que le diabète, maladie chronique, peut créer de l'invalidité

en permanence particulièrement chez ceux qui ont vécu à l'écart d'un bon contrôle thérapeutique.

Pris dans son sens le plus large, la réhabilitation des diabétiques signifie la correction du diabète et implique le contrôle permanent de cette *condition* pour ne pas dire de cette maladie. En effet, la réhabilitation du diabétique dans sa phase aiguë donne à la personne atteinte de cette affection un état de santé comparable à celui d'une personne normale.

Les diabétiques bien équilibrés doivent éviter de se considérer comme des malades, comme des impotents, comme des infirmes. Ils peuvent et même doivent travailler. C'est à cette condition qu'ils pourront continuer leurs traitements et obtenir en permanence leur contrôle diabétique. Il s'agit là d'un état de santé obtenu et maintenu, grâce à une thérapeutique, mais sans laquelle la maladie fera bientôt sa réapparition. C'est ce qu'il est maintenant convenu d'appeler un état de santé thérapeutique.

Quand les personnes atteintes de cette maladie ont vécu à l'écart de tout contrôle thérapeutique, les complications dégénératives finissent toujours trop tôt par les invalider. Il n'y a que dans ses complications chroniques que le diabète crée de l'invalidité avec une telle fréquence et une telle durée. La réhabilitation est de réalisation difficile dans les troubles provoqués par l'artériosclérose. Loin d'apporter un état de santé thérapeutique comme précédemment, la réhabilitation des

diabétiques atteints de complications dégénératives sera partiellement efficace et plus souvent inopérante. Il est possible de réhabiliter dans une certaine mesure certains hémiplegiques, certains amputés d'une jambe. Par l'extraction de cataractes et à l'aide de verres correcteurs, il est possible de redonner une vision passable à celui que le diabète avait rendu aveugle.

Encore aujourd'hui, la difficulté qu'éprouvent un bon nombre de diabétiques à se trouver du travail les porte à se croire trop souvent comme des impotents. Le diabétique qui se considère inapte à tout travail, l'enfant que l'on retire de l'école, du fait de leur diabète, voilà une invalidité créée de toutes pièces où le diabétique et sa famille et même le médecin ont leur part de responsabilité. Il s'agit là d'une invalidité psychique où la réhabilitation est des plus difficile. Les allocations accordées à de telles personnes ne sont pas de nature à corriger cette invalidité psychique.

En dehors des complications du diabète, cette maladie ne produit pas d'invalidité permanente nécessitant de la réhabilitation. Le diabète mérite d'être traité et nécessite un entraînement pour faire acquérir à ce genre de personnes les connaissances essentielles au maintien d'une santé thérapeutique. Les diabétiques ont beaucoup plus besoin d'un bon traitement médical que de réhabilitation proprement dite.

Rosario ROBILLARD.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

XXVI^E CONGRÈS
JASPER, 13 - 15 SEPTEMBRE 1956

SÉANCE INAUGURALE

ALLOCUTION DU DOCTEUR LOUIS-PHILIPPE MOUSSEAU,
Président du XXVI^{ème} Congrès

Au nom de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada j'ai l'honneur de remercier les hautes personnalités du monde civil et religieux qui, par leur présence, sont venues rehausser l'éclat de ce banquet d'ouverture du XXVI^e Congrès tenu à Jasper.

Je remercie aussi le Dr Jobin, représentant de la C. M. A., et tous nos confrères tant des Etats-Unis que des autres provinces Canadiennes d'être venus ici affirmer la vitalité du groupe de médecins de langue Française.

Si la convention médicale a fait appel, cette année, à l'hospitalité d'un des plus beaux sites de notre pays, il m'est particulièrement agréable en vous souhaitant la bienvenue au nom des médecins des quatre provinces de l'Ouest de souligner le sens de votre présence en ces lieux. Car j'aime à voir dans votre geste non seulement un témoignage de sympathie à l'égard des lointaines communautés canadiennes, mais votre volonté de rayonnement au delà des limites de la province de Québec. Tout ce que vous représentez de valeurs scientifique et humaine ne pouvait être dispensé seulement à ceux qui sont le plus proche de vous, il fallait tôt ou tard que vos confrères de l'Ouest profitent de votre encourageante présence en même temps qu'ils apprécient et l'étendue et la profondeur de votre science.

Que les regards de l'Ouest se portent sur vous, messieurs, il n'est rien de surprenant à cela, qu'ils admirent vos qualités scientifiques, professionnelles et humaines, c'est bien naturel: vous représentez pour nous ce corps d'élite que sans jalouser nous aimerions à imiter, et il me semble que dans la voie où

vous vous êtes engagés les résultats obtenus vous invitent à progresser toujours avec plus d'enthousiasme. C'est sur vos traces que les médecins de l'Ouest voudraient marcher, ils vous sont reconnaissants d'avoir préparé ceux qu'ils vous ont confiés et ils osent espérer que vous serez toujours accueillants pour ceux qui viendront solliciter votre aide si précieuse et que malgré les difficultés de la langue, vous pourrez les entraîner dans votre sillage et faire du corps médical de nos provinces cette élite d'homme toujours prêts à se mettre au service de l'homme pour le plus grand bien de tous.

En portant les yeux vers Québec, je vois monter de toutes parts tant dans les milieux universitaires que dans les centres hospitaliers des hommes qui se destinent à la recherche et je voudrais ici formuler un vœu: "Puisse ces hommes trouver auprès de nous toute l'aide que l'on est capable de leur donner."

La médecine, cet art et cette science si vastes, comporte dans son unité et selon l'orientation de ceux qui s'y consacrent plusieurs domaines. Le médecin praticien tout proche de la souffrance humaine, pour la soulager met en oeuvre des connaissances acquises pendant ses études en développant chaque jour son expérience des patients. Le spécialiste, par une connaissance accrue dans certaine branches de la médecine se met au service du praticien pour résoudre les cas les plus difficiles. Mais il a aussi le groupe de ceux qui se donnent à l'enseignement de cette science. Ils vont plus loin dans leurs recherches, et grâce à leur assiduité et à leur

acharnement, ils peuvent petit à petit combler les lacunes de cette science toujours jeune parce que son domaine est sans limites. En haut de cette hiérarchie, ces missionnaires de la science sont des solitaires, et quels qu'ils soient, conscients ou non de leur valeur, ils ont besoin d'aide, d'encouragement et de charité; ils ont besoin d'être soutenus tant dans le domaine moral que financier pour continuer à toujours progresser.

Les deux premières catégories, les praticiens et les spécialistes, sont composées de ceux qui imitent, ils reproduisent ce qui est déjà connu, ils ne sont pas des créateurs. Mais le professeur ou le chercheur, celui qui appartient à la troisième catégorie représente vraiment notre valeur internationale qui nous distingue comme Canadiens-Français.

Ces hommes qui se consacrent à la recherche et qui sont en général des bourreaux de travail, sans cesse stimulés à chaque pas de leurs découvertes sont souvent les moins rémunérés. Est-ce qu'on les envie ou les sous-estime? Ou seulement n'y pensons-nous pas. Mais il est certain que ceux qui les payent à même les fonds publics ne le font pas à l'échelle des revenus des deux premiers groupes.

Je souhaite que chacun de nous s'attache à comprendre leur valeur, sache les apprécier, et d'une manière très concrète veille à ce qu'ils soient rémunérés en proportion de leur savoir et des services qu'ils rendent à l'humanité. Car nous-mêmes et nos fils nous avons besoin d'eux, et c'est notre devoir de leur donner dans l'existence une situation honorable.

A vous voir réunis à Jasper je ne puis m'empêcher de vibrer de fierté nationale et

votre présence ici aura je n'en doute point un heureux effet sur l'avenir.

Le Canada est bilingue, composé de deux peuples attachés l'un à l'autre par une cohabitation de deux siècles qui leur a permis de fondre leurs aspirations communes en même temps que de combler le fossé qui les séparait. Il en est résulté cette entité nouvelle: le canadianisme intégral dans lequel les deux origines nationales ont leur rôle à jouer. A la séance d'ouverture du XXVIème Congrès le Dr Amyot formulait le souhait d'une collaboration étroite entre la médecine française et la nôtre, souhait répété depuis le premier Congrès de 1902, mais jamais complètement réalisé, faute d'avoir pu trouver une formule pratique d'équivalence universitaire.

Au printemps de cette année, la visite de nos doyens de Québec et de Montréal en France apporta la réalisation partielle de ce souhait. La France nous offre un système d'études postes-scolaires qui nous permettent d'établir des équivalences avec le reste du Canada.

De la sorte après avoir tourné nos regards durant quelques années du côté de nos voisins des Etats-Unis, nous pouvons reporter notre vue une fois de plus vers la France comme la source de lumière de nos études supérieures et redonner au Canada la valeur jumelle de son origine.

Dans ce premier voyage en dehors de Québec jusqu'à l'océan Pacifique, vous venez apporter à vos confrères Anglais une alliance d'idées qui pour l'universalité de la médecine créera une ambiance nouvelle; un climat de confiance mutuelle et de charitable compréhension, et en un mot l'unification de nos forces qui permettra de promouvoir la valeur canadienne à de plus hauts sommets.

* * *

ALLOCUTION DU DOCTEUR ÉMILE BLAIN.
Directeur général de l'Association

Ce soir, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada réalise un beau rêve, en tenant son 26^e congrès annuel dans l'Ouest du Canada. Ce rêve vécu sera une nouvelle affirmation de notre maturité comme groupe professionnel, et nous devons en être fiers.

Les associations vivent généralement plus longtemps que les individus; c'est ce qui leur permet de grandir davantage. La nôtre, qui dépasse à peine la cinquantaine, en est encore à sa période de croissance et n'a pas encore doublé le cap de l'enthousiasme et de la pleine vigueur.

Née en 1902 sur les bords du Saint-Laurent, elle a fait ses premiers pas dans la cité de Champlain. Puis, elle a débordé les cadres de son berceau. Et aujourd'hui, elle revendique le privilège de servir sous toutes les longitudes canadiennes, et son élan ne s'arrête pas aux frontières provinciales. Sa présence au Manitoba il y a quelques heures, en Alberta maintenant, et en Colombie dans quelques jours, atteste éloquemment son intention de vivre partout au Canada.

Le séjour que nous inaugurons actuellement à Jasper, et qui sera plus particulièrement consacré à nos séances d'étude, représente l'aspect médico-scientifique de notre voyage. Mais, à côté de celui-là, il en existe un autre: le sens culturel de notre démarche. Notre visite dans ces provinces occidentales témoigne de notre attachement pour les Canadiens d'expression française qui vivent loin du Québec. Nous sommes venus leur dire que nous comprenons leur situation et leurs besoins, que nous ne les oublions pas, et qu'ils peuvent compter sur notre active sympathie.

Le Canada est un magnifique pays qui a déjà écrit plus de 300 ans d'histoire. Il a

l'originalité de posséder deux éléments ethniques dominants qui travaillent tous deux à son développement et à sa grandeur. Cette dualité est une source de richesses de toutes sortes, aussi bien intellectuelles que matérielles; et il convient de l'exploiter sagement, sans jamais la laisser tarir.

C'est parce que nous partageons tous cette croyance réaliste que ce soir, de hauts représentants de l'autorité civile et religieuse nous honorent de leur présence, et que 400 personnes dînent ensemble au Jasper Park Lodge.

L'Association présente ses hommages à tous ses hôtes distingués; elle offre ses compliments aux dames et jeunes filles dont la grâce et la gaieté tempèrent le climat un peu austère de nos assises médicales; et elle souhaite à tous ses congressistes et amis un fructueux séjour et le plus agréable des voyages.

L'an dernier, nous tenions notre congrès à Montréal. Le Docteur Roma Amyot en avait accepté la présidence, et l'on sait quel succès il en a fait. Pour les magnifiques services qu'il a rendus à l'Association à cette occasion, nous sommes heureux de lui présenter, ce soir, un diplôme d'honneur. Dr Amyot, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada vous prie de bien vouloir accepter ce parchemin, en témoignage de sa profonde gratitude.

Aux docteurs François Archambault, Pierre Turgeon et André Leduc, respectivement secrétaire, trésorier et secrétaire-adjoint du même 25^e Congrès, l'Association remettra, avec plaisir, un document identique, attestant leur aide précieuse dans les mêmes circonstances.

Au récipiendaire présent, et aux trois décorés "in absentia", permettez que j'offre mes félicitations personnelles les plus sincères.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE PAUL MARTIN¹
Ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social.

C'est avec grand plaisir que j'ai accepté l'aimable invitation du Dr. Mousseau à accorder mon patronage à cet important congrès national et à vous adresser quelques mots.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social apprécie de plus en plus le rôle indispensable que joue l'Association des médecins de langue française du Canada. Nous n'oublions pas ce que réalise l'Association sur le plan national et nous considérons qu'elle accomplit une oeuvre précieuse pour tout le Canada. Nous avons reconnu cette oeuvre en invitant le Dr Emile Blain, directeur général de votre association, à faire partie de la délégation canadienne à l'Organisation Mondiale de la Santé. Qu'il me soit permis d'ajouter ici que le Dr Blain d'après les rapports de mon sous-ministre, a brillamment participé aux récentes délibérations de l'OMS, à Genève.

Les gouvernements, à tous les échelons, ont toujours besoin de la compréhension et de la sympathie de ceux qu'ils représentent. Mon ministère ne fait pas exception à la règle. Ce n'est que grâce à la coopération et à la compréhension des médecins du pays qu'il réussit à s'acquitter des importantes obligations qu'il assume à l'égard de la population canadienne. Qu'il me soit permis d'ajouter que l'une des plus heureuses particularités de mon travail en qualité de ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, particularité dont je me souviendrai toujours avec gratitude, ce sont les rapports très cordiaux qui existent entre mon ministère et la profession médicale organisée, telle qu'elle est représentée par votre important organisme.

Une tendance qui, au cours des dernières années, se manifeste au Canada d'une façon très précise dans le domaine sanitaire, c'est l'intégration beaucoup plus étroite entre les activités d'hygiène publique et l'exercice de

la médecine privée. Il suffit de se rappeler l'attitude pratique et sympathique adoptée par la profession médicale lorsque nous décidâmes, il y a deux ans, d'entreprendre, avec le concours des provinces, un programme public d'inoculation collective contre la poliomyélite. J'ai été très heureux de constater que la profession médicale a tellement bien collaboré au programme de vaccination Salk que cette protection indispensable a été accordée au plus grand nombre possible d'enfants canadiens dans le plus court délai possible.

Cette grande entreprise d'hygiène publique, à laquelle les administrations de tous les échelons ont collaboré avec tant de succès, a également mis en lumière la répartition des responsabilités administratives, au Canada, et la nécessité, pour chaque administration, de respecter les droits et prérogatives essentiels de l'autres.

D'après notre constitution, l'administration fédérale ne peut intervenir dans certains domaines qu'avec l'assentiment des provinces. Je suis convaincu que l'administration fédérale ne devrait inaugurer aucune mesure d'hygiène ou de bien-être social que les provinces seraient mieux en mesure d'appliquer; et que chaque province devrait laisser aux municipalités, et les municipalités, aux familles ou aux particuliers, toute initiative qui serait mieux accomplie à leur échelon. La crainte de la centralisation, le désir de maintenir l'autorité en contact étroit avec la population et le souci constant de l'intérêt du particulier — sont, à mon avis, des marques distinctives de la vie canadienne.

Lorsque le gouvernement fédérale présenta son Programme national d'hygiène, en 1948, il rechercha et obtint la pleine collaboration des provinces, car c'est à cette condition seulement qu'il était possible de créer de nouveaux hôpitaux et d'autres aménagements et services de santé pour appuyer l'oeuvre des médecins. Un second point saillant de ce programme a été la ligne de conduite que nous nous sommes efforcés de suivre en tenant les

1. Lue par le docteur Roger-B. Goyette, attaché au ministère de la Santé et du Bien-être social. L'hon. Paul Martin avait accepté avec empressement d'être présent à cette séance d'ouverture. Un empêchement de dernière heure nous priva de sa présence.

membres de la profession médicale du Canada bien informés de toutes les nouvelles initiatives qui pourraient être de quelque intérêt ou de quelque importance pour eux. Et je puis assurer aux médecins de notre pays que le gouvernement actuel n'a aucunement l'intention de poser quelque geste qui ne tiendrait pas compte de leurs intérêts légitimes ou qui viserait à saper les traditions essentielles de la médecine.

L'une des caractéristiques de notre mode de vie démocratique est la grande liberté professionnelle qu'il rend possible. Ici, au Canada, nos médecins, nos dentistes, nos avocats, nos professeurs et autres gens de profession ne sont assujettis, de la part de l'Etat, à aucunes restrictions, sauf à celles qui garantissent le fonctionnement normal de la so-

ciété et qui touchent aux droits de chaque citoyen et en assurent la protection.

Les seules restrictions logiques que l'on puisse poser à la liberté des médecins sont les considérations morales imposées par la conscience et la coutume professionnelles que chaque médecin accepte comme part de sa responsabilité. Je suis sûr que le caractère et le dévouement des médecins, hommes et femmes, de notre pays constituent la meilleure garantie que nous pouvons envisager l'avenir, convaincus que la population du Canada continuera à recevoir les meilleurs soins que la science médicale puisse imaginer. En terminant, permettez-moi de souhaiter que ces importantes assises de l'Association des médecins de langue française du Canada soient précieuses et utiles pour tous.

* * *

**ALLOCUTION DE S. EXC. M. FRANCIS LACOSTE,
Ambassadeur de France au Canada.**

Je sais gré aux organisateurs de ce Congrès canadien des Médecins de langue française, qui rassemble des savants et des praticiens éminents, non seulement de ce Pays, mais du mien, et aussi, du moins à de certaines années, des jeunes gens de ces Pays unis au mien par des liens si tendres et si forts, qui sont la Belgique, la Suisse, la République haïtienne, je sais gré, et je rends grâces, aux zélateurs de cette grande réunion, d'avoir convié aux agapes inaugurales de ce soir le représentant de la France.

Mais après m'être ainsi acquitté de ce devoir de reconnaissance, après avoir prononcé, des lèvres, et du coeur, ce merci, je sens bien que vous attendez de moi quelque chose de plus. Et je crains, cependant, après m'être montré humble dans l'expression de ma gratitude, de vous paraître bien impertinent, en élevant parmi vous ma voix d'ignorant particulièrement ès science médicales, et en me risquant sur le terrain si gravement infectieux de l'éloquence appliquée, devant un auditoire aussi redoutablement compétent que le vôtre.

Je sollicite donc, avec simplicité, et avec confiance, l'indulgence de cet auditoire, au moment de l'inviter à me suivre dans une téméraire, mais, rassurez-vous, très brève, évocation du passé, et du présent, de la médecine française.

Dans la riche histoire de la science médicale telle qu'elle apparaît au sortir du Moyen-Age, le plus célèbre parmi les noms français qui l'illustrent est sans contredit celui d'Ambroise Paré, "père de la chirurgie moderne", et contemporain du premier découvreur de la Nouvelle-France, Jacques Cartier.

Mais voyez comme Montaigne, à peine un peu tard, parle de la médecine de son temps: "Nous appelons les médecins heureux quand ils arrivent à quelque bonne fin. Je crois de la médecine tout le pis, ou le mieux, qu'on voudra, car nous n'avons, Dieu merci! nul commerce ensemble". Et cela, c'est un gros mensonge, car depuis qu'il y a des hommes, et qui souffrent, ils veulent être soignés. Et Montaigne, le sceptique, n'a point fait exception à la règle. "Or, je dis, poursuivait-il, non

en la médecine, mais en plusieurs arts plus certains, la fortune — il s'agit du hasard — y a bonne part". Mais il terminait par un acte de respect: "Au demeurant, j'honore les médecins, non pas pour la nécessité, mais pour l'amour d'eux-mêmes, en ayant vu beaucoup d'honnêtes hommes, et dignes d'être aimés".

Que de chemin parcouru depuis, et tout au long de cette voie royale de la médecine française, que de patients, diligents pèlerins, Bichat, Claude Bernard, Laennec, Trousseau, Dieulafoy, sans omettre le nom de cet hérétique, qui n'était pas médecin, mais envers qui la science contemporaine porte une si prodigieuse dette de reconnaissance, Pasteur!

En ce siècle même, et pour en citer que les morts, afin d'épargner la modestie des vivants, Widal, Curie, Nicole, Carrel, Leriche.

Mais puisqu'il ne peut être question pour moi d'évoquer ce soir les titres de chacun, sans doute me pardonneriez-vous de tenter de trouver, de l'un à l'autre, un fil conducteur, entre eux tous, une raison commune, une orientation générale propre au génie de leur race et de leur génération.

Au début du vingtième siècle, un péril redoutable guettait la médecine, un peu partout dans le monde, mais peut-être spécialement en France, à cause de certaines tendances particulières à l'esprit français, en raison de certaines de ses qualités mêmes, qui pouvaient aisément se convertir en obstacles ou en contraintes, se traduire par des retards ou des errances: la métaphysique domine, mais ne doit point envahir, le domaine de la recherche scientifique, surtout lorsque celle-ci s'applique à l'être si subtilement incompréhensible qu'est l'homme, en son indivisible complexe physique et psychique.

Et de même, l'orgueilleuse et vaine tentative du scientisme, esclave de vérités provisoires, sujettes aux amendements ou aux annulations d'une connaissance toujours en mouvement, devait être rejetée.

Au piège d'un conformisme aveugle à un dogme qui n'est point lettre mais esprit, et non pas figé dans la mort, mais animé du

souffle de la vie; au sortilège stérile d'un déterminisme strictement mathématique et matérialiste, la médecine française a échappé; elle est restée logique, analytique, objective, sans renoncer pourtant aux sources intuitives de la connaissance, et sans perdre ce "sens de l'humain", qui ne signifie rien, si précisément il ne transcende point la matière, et n'atteint pas, à travers l'homme physique, la part surnaturelle que chacun porte en lui.

Cet esprit si difficile à définir dans son dosage sans nombres, où entrent, en proportions inconnaissables, la science, l'expérience, et cette faculté divinatoire qu'on appelle l'intuition, demeure la marque de l'enseignement français, qu'il soit donné à Paris ou à Québec, à Montréal ou à Louvain, en Alger ou à Genève, à Port-au-Prince ou à Nancy.

Le rôle du médecin n'est pas en effet seulement celui de l'homme de science qui réunit un dossier d'observations, en analyse les pièces, en dégage une conclusion. Il est aussi l'homme du colloque singulier, qui, en présence de l'humanité sensible et souffrante de son patient, établit avec elle le contact d'une sympathie; qui, sans provoquer les confidences, les recueille; qui mesure les dangers, lorsqu'il réveille les puissances endormies du subconscient; qui sait, au chevet d'un mourant, prononcer les paroles qui apaisent, qui peut aussi ranimer les défenses d'un malade qui s'abandonne, et souvent rallier ses forces jusqu'à la guérison.

Nous ne prétendons point que ces dons si précieux s'enseignent, ni qu'à ce titre ils soient l'apanage de la médecine d'inspiration et d'expression françaises. Mais nous pouvons dire que le souci de les rechercher, de les cultiver et de les exalter, est partie essentielle de la doctrine médicale française et de l'enseignement médical français, et qu'il est pour beaucoup dans certains développements spécifiquement français de la médecine contemporaine: l'exemple de cette lutte contre la douleur, génératrice de découvertes scientifiques et techniques de si grande importance, qui a caractérisé l'oeuvre du Professeur Leriche, procède directement de ce "sens de

l'humain" que j'évoquais tout à l'heure, et qui donne sa marque spécifique à la médecine du Monde français.

Les applications pratiques, généreuses, bienfaisantes de cet "acte médical" guidé par l'esprit scientifique le plus aiguë et le plus averti, mais inspiré aussi par la plus humaine charité, ont été, et devront bien demeurer dans l'Histoire, l'une des marques les plus authentiques de cette oeuvre "colonialiste" qu'il est de mode aujourd'hui, en certains Pays ou en certains milieux, de jeter au visage de la France comme une honte de sa vie nationale. La médecine française, la médecine "à la française", s'exerce encore, hors des frontières de la France, et des Pays de langue française, au-delà des mers et des océans, dans tous les territoires de l'Union française — et je n'aurai garde d'oublier ici le Congo belge.

En ce moment où l'Afrique du Nord est en proie à des troubles si graves, je me permettrai d'évoquer le souvenir de l'un de ces médecins français d'outre-mer à qui j'ai eu l'honneur de remettre, comme résident général de France au Maroc, l'une des plus hautes distinctions que la République puisse accorder à l'un de ses enfants. Il débute en Algérie, dans une oasis du Constantinois, où, en quelques années, il acquiert un tel prestige, et s'attire une telle affection qu'à son départ la population tout entière, désespérée, se met en marche, d'un seul mouvement, pour lui faire escorte jusqu'à la ville voisine.

Nommé au Maroc, il y fonde un hôpital. Au moment des massacres de Fès de 1912, il est sauvé par un de ses malades. Revenant

du front de France à la fin de la première guerre mondiale, il reçoit dans cette même ville un accueil, dira Lyautey, "plus triomphal que celui d'un sultan". Il y travaillera jusqu'à l'extrême limite de son âge et de ses forces. Contraint de quitter l'administration, il continue à exercer gratuitement la médecine à son domicile en faveur de ses chers patients marocains, prenant bien souvent sur les mensualités de sa modeste retraite pour acheter les médicaments nécessaires aux plus déshérités de ses malades. J'ai appris qu'à sa mort, survenue en décembre de l'an dernier, en plein drame marocain, une foule immense d'Arabes, de Français et de Berbères confondus dans le même deuil silencieux, le conduisit jusqu'à sa tombe.

Ce n'est pas seulement de science, d'expérience, de talent et de génie que notre médecine est faite. Elle est aussi cet apostolat, ce sacrifice, ce don.

Vous me permettez, en concluant, de rendre hommage aux auxiliaires si humbles, si efficaces, si totalement désintéressées, si absolument dévouées de notre médecin, à ces religieuses françaises ou canadiennes que je voyais à l'oeuvre, il y a quelque mois encore, au chevet des malades marocains de l'hôpital Marie Feuillet à Rabat, ou dans les dispensaires qui jalonnent les pistes de la zone présaharienne; et il y a quelques semaines à peine, auprès des malades indiens de Fort-Smith, dans les Territoires du Nord-Ouest, ou des malades esquimaux d'Aklavik, bien au-delà du cercle polaire.

Médecine française: médecine scientifique, et médecine de la divine charité.

* * *

ALLOCUTION DE MGR ANTHONY JORDAN, Evêque coadjuteur d'Edmonton.

Son Excellence Monseigneur l'Archevêque d'Edmonton, ayant été empêché d'accepter l'aimable invitation que lui a adressée votre Association, m'a prié de le représenter officiellement à votre vingt-sixième Congrès an-

nuel. Avec sa paternelle Bénédiction, je vous apporte ses meilleurs Voeux et ses encouragements les plus sincères. Que ce Congrès, comme sans doute ceux qui l'ont précédé, tout en élargissant le champ de vos connaissances

professionnelles, stimule votre ardeur dans la poursuite du bien-être physique et moral que vous désirez établir dans la Société.

Mon premier soin est de remercier cordialement mon bon ami le Docteur Mousseau, pour les paroles élogieuses qu'il vient de m'adresser. J'y ai reconnu là, une autre preuve de sa grande charité.

Et maintenant, Messieurs les Congressistes, je veux vous féliciter de l'excellente idée que vous avez eue de tenir ce Congrès dans l'Ouest Canadien. Et cela pour deux raisons principales.

Ceux qui s'intéressent aux questions d'unité nationale sont unanimes à déplorer l'ignorance regrettable que les deux races qui composent notre Nation canadienne entretiennent l'une envers l'autre. Ils demeurent convaincus que si nous nous connaissions mieux, nous apprécierions davantage nos qualités ethniques mutuelles et nous les ferions servir au plus grand avantage de notre pays. J'ai bien l'impression, qu'en acceptant de traverser le Canada tout entier, vous désirez, non seulement apporter un salut cordial à vos compatriotes de langue française, mais également perfectionner vos connaissances de la géographie physique et humaine de votre pays. Ce désir vous honore grandement et je souhaite que votre exemple trouve de très nombreux imitateurs.

Vous n'êtes pas d'ailleurs, les seuls bénéficiaires de ce voyage dans l'Ouest: nous aussi nous en espérons de très heureux fruits. Nous savons tous qu'avant d'être des professionnels qui sont des catholiques, vous désirez être des catholiques qui sont des professionnels. Cette priorité que vous accordez à votre religion, c'est plus qu'une tradition chez vous; c'est un élément essentiel de la vieille

culture française dans laquelle vous avez été élevés. Et c'est précisément en raison de ce passé, qui fut tout imprégné de vérités évangéliques, que vous êtes parfaitement préparés à exercer une excellente influence sur vos concitoyens. Dans la mesure où vous demeurez fidèles à votre double héritage qui comprend et la religion catholique et la culture française, dans cette même mesure vous remplirez la mission que la Providence vous a réservée. Nous souhaitons donc que votre séjour parmi nous, si bref soit-il, ait pour heureux effet d'en convaincre un grand nombre.

Peut-être nous sommes-nous demandé souvent pourquoi nous ne parvenons pas à exercer sur nos concitoyens toute l'influence que nous souhaiterions. Ne serait-ce pas parce que, trop souvent, nous ne savons pas profiter des grands avantages que nous accordent notre religion et notre culture? Ne serait-ce pas également que nous ne savons pas manifester suffisamment d'intérêt et de sympathie envers ceux qui ne partagent pas cette religion et cette culture

Quoi qu'il en soit, je considère comme un grand jour pour la nation canadienne toute entière, celui qui voit une aussi forte délégation de médecins canadiens-français — la plupart venus du Québec — tenir leurs assises scientifiques au milieu de nous. Du fond du coeur, je vous remercie de m'avoir permis d'y prendre part, comme je vous remercie de votre aimable courtoisie.

Je souhaite ardemment que cette rencontre ne soit qu'un prélude à d'autres contacts plus fréquents et tout aussi fructueux. Je souhaite également que votre séjour dans nos majestueuses Montagnes soit très agréable et que la dernière étape de votre voyage soit très heureuse.

ALLOCUTION DE M. A. M. DÉCHÈNE, C. R.,
Président de l'Association canadienne-française de l'Alberta.

Il aurait sans doute convenu que le représentant des Canadiens Français de l'Alberta, à ce congrès qui se tient pour la première fois dans notre Province, eût été un médecin. Cela aurait fort bien pu arriver, puisque nos médecins Albertains en général, s'intéressent vivement et activement à nos problèmes nationaux, et pendant un grand nombre d'années, le Dr L. O. Beauchemin, de Calgary, et le Dr Louis Philippe Mousseau, votre Président, ont dirigé notre Association provinciale, successivement comme Présidents-généraux.

Mais le hasard a voulu que l'année de votre Congrès ici, ce soit un avocat qui ait l'honneur de vous saluer, et c'est peut-être aussi bien, puisque cela lui permet de dire publiquement, notre admiration pour le rôle de nos médecins dans le développement national de l'Alberta. Dès le début de la colonisation dans notre Province, les pionniers de votre profession, les Blais, les Boulanger, les Couillard, les Décosse, pour n'en mentionner que quelques-uns qui sont encore parmi nous, se sont dévoués auprès de notre population; et il me sera permis, j'en suis sûr, d'évoquer la mémoire de quelques-uns qui y ont laissé leur vie, tels les docteurs Sabourin, Charlebois, Quesnel, et tant d'autres qui s'étaient dévoués au service de l'humanité en pratiquant leur science dans des conditions souvent rudimentaires. Il serait impossible de calculer tout le bien et tous les services qu'ils rendirent à la population de pionniers qui les entouraient.

Leur héritage est un exemple que leurs successeurs ont continué. Aujourd'hui, grâce en grande partie à vous-même, Monsieur le Président, nous possédons une équipe de médecins qualifiés, de spécialistes dans tous les domaines de l'art médical, dont nous sommes fiers.

De plus, ces scientifiques, en grande partie, ne limitent pas leurs activités à la sphère médicale. Ils comprennent leur devoir de rendre à la population qui les supporte, les ser-

vices que leur entraînement et leur position leur permettent de rendre. C'est ainsi que vous, Monsieur le Président, malgré une vie professionnelle des plus intenses, tout en vous dévouant à l'éducation médicale, tant à l'Université que dans les hôpitaux, vous trouvez le temps de servir vos compatriotes, comme Président de leur Association nationale, comme Président aussi de la Radio française de l'Alberta. Cela prouve une fois de plus, que ce sont les plus occupés qui trouvent le temps de rendre services aux autres.

J'ai été bien averti de ne parler que cinq minutes. Il me faudrait l'éloquence succincte de César décrivant son voyage au Gaule, en trois mots, *veni, vidi, vici*. Je voudrais vous remercier d'être venus, vous dire l'honneur et le plaisir que nous cause votre présence. Je voudrais vous faire voir nos réalisations, vous montrer nos 56,000 compatriotes, vous présenter nos deux évêques de langue française, nos nombreuses paroisses, nos villes et villages. Il aurait fallu vous montrer nos collèges, nos couvents, vous faire rencontrer nos éducateurs, les dirigeants de notre concours de français, auquel participent environ 5,000 jeunes Canadiens. Il aurait fallu voir notre journal hebdomadaire, et surtout notre poste de radio, dont vous ne pouvez malheureusement pas capter les ondes dans ce milieu enchanteur de Jasper, à cause de la majesté de ces montagnes.

En voyant ces choses, vous auriez en même temps entendu parler de nos problèmes; problèmes d'isolement de la vieille Province — difficultés dues à l'ambiance anglaise et protestante de notre milieu, manque d'argent surtout, parce que nous sommes en définitive, une très petite proportion de la population totale. Nous aurions parlé de la dette de notre poste, de ses difficultés. Nous vous aurions peut-être fait voir certains moyens à votre portée pour nous aider, et vous auriez pu, comme César, dire que vous aviez vaincu certains de nos problèmes. Votre beau groupe,

agrémenté de vos charmantes compagnes, aurait certainement gagné les coeurs de tous nos compatriotes, comme il l'a fait pour le petit nombre de ceux qui ont eu l'avantage de vous rencontrer au cours de votre passage, hélas! trop court.

De nouveau, au nom de tous mes compatriotes, je vous dis que vous êtes les bienvenus chez nous. Nous espérons que votre séjour y

sera agréable. Nous espérons que vous rapporterez de votre voyage, la conviction que le français est chez lui partout au Canada, et que vos compatriotes de l'Alberta sont bien vivants, décidés non seulement de suivre comme groupe ethnique, mais de prendre une part active dans la vie religieuse, professionnelle, scientifique et commerciale de l'Alberta.

* * *

ALLOCUTION DU DOCTEUR JACQUES BOUSSER, Délégué de la France.

Je voudrais tout d'abord exprimer ma grande gratitude à l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et notamment à son distingué Directeur Général le Dr Emile Blain.

En me facilitant dans toute la mesure du possible un voyage de quelque 9000 km., votre Association a permis au Président du Syndicat des Médecins des hôpitaux de Paris de participer à l'hommage solennel qui est rendu ce soir aux médecins de langue française de l'Ouest et au Président de ce congrès, le Professeur Mousseau.

Elle m'a aussi procuré l'insigne honneur d'être le premier médecin français à venir en mission officielle dans l'Ouest.

Enfin, elle m'a donné l'occasion de réaliser la promesse qu'avait faite en 1952, au moment des fêtes du Centenaire de l'Université Laval, la Professeur Kourilsky au Professeur Mousseau de lui rendre visite. Cette promesse n'avait jamais été oubliée et comme successeur de Kourilsky à la tête du Syndicat des Médecins des hôpitaux de Paris, je suis heureux de la tenir.

Dans les annales des relations médicales franco-canadiennes, l'année 1956 restera marquée par un événement capital: le 28 juillet dernier a été donnée la dernière signature nécessaire pour la création de 20 postes de médecins résidents étrangers dans les hôpitaux de Paris qui seront réservés de préférence aux médecins canadiens-français.

Tel est l'aboutissement d'un long effort

poursuivi depuis de longues années tant du côté canadien que du côté français et il me paraît juste de rendre hommage ce soir à tous ceux qui ne ménageant ni leur peine, ni leur temps, n'ont cessé de resserrer les liens médicaux franco-canadiens et ont su convaincre les pouvoirs publics français de la nécessité d'accueillir dans nos hôpitaux les médecins canadiens sur un pied d'égalité avec les médecins français.

Permettez-moi d'évoquer la période d'avant guerre et tout d'abord la mémoire de deux disparus dont le souvenir reste très cher à beaucoup de mes collègues: le doyen Rousseau qui fit tant pour les relations médicales franco-canadiennes, le docteur Brochu fondateur de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. C'est lui qui institua les congrès des Médecins de langue française. L'usage s'établit alors d'envoyer à ces congrès un médecin français. C'est à cette coutume vieille de vingt-cinq ans que je dois d'être aujourd'hui parmi vous.

C'est aussi dans cette période de l'entre-deux guerres que fut fondé par M. Dalbis l'Institut Franco-Canadien qui devait permettre à des professeurs français de venir enseigner pendant cinq semaines alternativement à Québec et à Montréal. Beaucoup de médecins français illustres furent aussi demandés par le Canada et je n'en citerai que deux parmi beaucoup d'autres: le Professeur Sergent qui fit véritablement de la province de Québec sa seconde patrie et le Professeur

Lemierre que nous avons eu la douleur de perdre le mois dernier.

A cette époque, beaucoup de jeunes médecins canadiens vinrent en France pour se perfectionner dans nos hôpitaux. Ils sont tellement nombreux ici ce soir que je n'en saluerai qu'un seul en raison du poste éminent qu'il occupe maintenant: — le doyen Jobin.

Il faut avouer que nous n'avions rien préparé à leur intention. Beaucoup d'entre eux trouvèrent tant auprès des chefs de service de nos hôpitaux, que de leurs camarades français, l'accueil chaleureux et les conseils nécessaires pour travailler efficacement. D'autres eurent moins de chance, ne les trouvèrent pas, s'égarèrent et perdirent souvent plusieurs mois d'un temps précieux.

S'il voulaient participer à la vie d'un service, ils ne pouvaient le faire que bénévolement. Ils avaient assurément la possibilité de se présenter à nos concours d'Externat et d'Internat, mais dont la préparation, qui doit être commencés dès le début des études médicales, exige de longues années — cela aurait suffi à décourager les plus ardents. Un seul, à ma connaissance, parvint à franchir tous ces obstacles: le Dr Paul Robert, de Maisonneuve, que je suis heureux de saluer ici au nom de l'Internat de Paris. Puis vint la 2e grande guerre mondiale et les échanges furent coupés pendant 5 ans. Les Etats-Unis tout proches et riches en postes de médecins résidents laissés libres par la mobilisation offraient à nos amis canadiens les possibilités qu'ils attendaient sous la forme la plus immédiatement adaptable à leur propre pays.

Mais dès que cela fut possible et tant étaient solides les liens de l'amitié que les Canadiens reprirent les échanges en demandant à une première mission composée de MM. Chiray, Kourilsky et Baillart de venir au 18e Congrès de médecine à Québec. Pour la première fois, les données réelles du problème des échanges franco-canadiens d'après guerre furent clairement exprimées à nos représentants et nous ne saurions être assez reconnaissants à nos amis canadiens d'avoir attiré notre attention sur la nécessité de créer une

véritable organisation. Celle-ci était d'autant plus nécessaire que notre pays sortait à peine de la guerre, et les premiers Canadiens qui, d'enthousiasme, vinrent en France en 1946-47, eurent à souffrir du froid, des restrictions et l'important retard d'aménagement de nos hôpitaux n'était pas encore comblé.

Entre temps et du côté canadien l'initiative fut prise par le Professeur Roméo Boucher de faire venir chaque année un conférencier à l'hôpital St-Luc de Montréal. Il fut récemment suivi dans la même voie par le Professeur Paul David qui appelle à ses côtés un cardiologue et c'est ainsi que deux collègues supplémentaires des hôpitaux de Paris et de Province chaque année viennent se familiariser avec les problèmes canadiens et deviennent à leur retour d'ardents propagandistes de la cause médicale franco-canadienne.

Une étape très importante fut franchie en 1949. M. Donatien Marion, qui était alors Directeur Général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, vint à Paris avec MM. Thibault et Gaudet. Il y créa l'Association des Médecins Canadiens en France et nos amis Kourilsky et Justin-Besançon obtenaient bientôt du doyen Binet la constitution d'une commission d'orientation des études des médecins canadiens en France habilitée à fonctionner à la Maison Canadienne.

De 1949 à 1956 cette commission fut présidée sans arrêt une fois par mois par Kourilsky qui y appela successivement ceux qui étaient venus au Canada, soit pour y enseigner, soit comme délégué aux Congrès. Je citerai surtout Hillemand, Chigot, Castaigne, Debray, Siguier. Cette commission a rendu et continuera à rendre de très importants services. Beaucoup d'entre vous y ont eu recours. Grâce à elle beaucoup d'entre nous médecins chefs de service ont reçu et guidé des Canadiens. Ainsi grâce au docteur Donatien Marion et à celui que les Canadiens ont appelé spontanément "le plus Canadien des Français" un pas important avait été franchi.

Cependant ce pas n'était pas décisif. On se heurtait toujours à la même difficulté. Le

Collège Royal pour valider les stages effectués en France exigeait, à juste titre d'ailleurs, une participation personnelle à la vie d'un service réputé. Du côté français les textes réglementant l'organisation hospitalière ne permettaient pas de créer l'Institution fondamentale de l'"Année de Résidence" qui aurait mis les études faites en France sur le même rang que celles des pays Anglo-Saxons.

C'est donc en France même qu'il fallait faire comprendre le problème et obtenir les modifications réglementaires nécessaires. Mais il fallait pour arriver à ces résultats un plan concerté dont les étapes furent les suivantes.

1. En 1953 à l'instigation des docteurs Lambling, Ravina et Kourilsky alors président du Syndicat des Médecins des Hôpitaux, fut créé le Collège de Médecine groupant la plupart des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et dont l'un des buts essentiels était précisément d'organiser, de coordonner tout l'enseignement médical hospitalier.

2. En septembre 1954, Kourilsky fait accepter par le Conseil d'Administration du Collège de Médecine le principe du patronage éventuel des études des médecins canadiens en France par le Collège de Médecine.

3. En 1955, il obtint du gouvernement la délégation de notre ami Chigot à la fois secrétaire adjoint du Collège de Médecine et de la Commission d'Orientation des médecins canadiens en France pour qu'il puisse faire avancer les négociations.

4. Mais ce n'est qu'au début de cette année 1956 que grâce aux interventions puissantes de M. René Garneau, Conseiller culturel du Canada, de M. Baillou à la direction des relations culturelles au Ministère des Affaires Etrangères, de Mgr Parent, Recteur de l'Université Laval à Québec, de M. Emile Blain, Directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada que les doyens des facultés de Québec et de Montréal, MM. Jobin et Bonin, reçoivent du gouvernement français l'invitation de se rendre à Paris pour pouvoir régler le problème. Ils ont

plaidé votre cause de façon magnifique, ont emporté l'adhésion de tous et leur succès fut total.

Le Directeur général de l'Assistance Publique, le Dr Xavier Leclincbe, a donné immédiatement son accord et le Ministère de la Santé Publique a obtenu du gouvernement la création de vingt postes de médecins résidents à titre étranger dans les hôpitaux de Paris réservés en priorité aux Canadiens français. Ceux-ci seront habilités dans leurs études par le Collège de Médecine des hôpitaux de Paris, mais la commission d'orientation exercera toujours ses fonctions pour guider les Canadiens dans le choix des services.

Les prérogatives des résidents et leurs émoluments seront exactement les mêmes que ceux des internes des hôpitaux. Ils vivront d'ailleurs avec ceux-ci. J'ajoute que cette constitution est définitive, codifiée par des arrêtés ministériels confirmés par le Parlement.

J'ai conscience, Messieurs, d'un grand honneur qui m'a été fait en me désignant pour venir vous annoncer officiellement ici cette nouvelle et j'ai la très grande joie, au nom de mes collègues médecins des hôpitaux de Paris, de souhaiter la bienvenue en France en 1956 des premiers résidents Canadiens français.

Au moment où un gros effort est fait pour l'amélioration technique de nos services, au moment où les conditions d'exercice de la médecine hospitalière vont sans doute être complètement modifiées par le service à temps plein, au moment où les foyers de recherches de plus en plus nombreux s'organisent grâce à l'Association Claude-Bernard, ils peuvent être sûrs de l'accueil qu'ils recevront et ils peuvent compter sur tous mes collègues et sur moi-même pour leur faciliter la tâche et les aider de toutes les manières. Ensemble nous ferons de la "Résidence" une institution vivante et efficace. Je suis sincèrement persuadé que cette année 1956 marquera, dans les relations médicales franco-canadiennes, un tournant décisif et une étape particulièrement féconde.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

HYGIÈNE MENTALE ET PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE L'ENFANCE¹

J.-E.-A. MARCOTTE.

Psychiatre-en-chef, Section de l'hygiène mentale,
Ville de Montréal.

Les campagnes d'éducation populaire en hygiène mentale, les services qu'elle a rendus dans ses cliniques, commencent à produire de bons effets: on accepte de plus en plus l'hygiène mentale, on recherche volontiers ses directives.

Cependant, lorsqu'il s'agit de leurs propres enfants, un certain nombre de parents se refusent à reconnaître le besoin d'hygiène mentale, à se prévaloir des services qu'elle offre, parce qu'on considère cela comme un indice de troubles graves: c'est comme si on refusait le remède pour ne pas admettre qu'on souffre de la maladie; au fond on cherche à fuir une réalité que la peur a démesurément grossie.

Il nous a semblé qu'un exposé, aussi simple que possible, de ces problèmes de conduite ou de caractère de l'enfance, des formes habituelles qu'ils prennent, de leurs causes les plus communes, enfin des méthodes par lesquelles on cherche à les corriger, en hygiène mentale, dissiperait les dernières craintes qu'on entretient à leur sujet.

Sous quelles formes se présentent d'habitude les problèmes de conduite ou de caractère de l'enfance?

Les parents ou les éducateurs, qui nous réfèrent ces enfants, les décrivent généralement comme "nerveux, difficiles, impossibles, incontrôlables", ce qui signifie surtout qu'on a tout essayé, ou qu'on a cru avoir tout tenté, mais sans succès, pour corriger une conduite qu'on juge anormale, inacceptable, ennuyeuse ou même dangereuse. Ces termes de "nerveux, difficiles, incontrôlables, etc.," peuvent indif-

féremment signifier que l'enfant est trop agité, trop sensible, qu'il pleure ou se fâche, pique des crises de colère, sans provocation apparente, qu'il n'obéit jamais, qu'il répond grossièrement, qu'il menace, qu'il ne se souvient jamais des ordres ou des défenses qu'on lui a tant de fois répétés, qu'il brise et détruit sans raison, qu'il ment sans cesse, qu'il fait main basse sur des objets, de la monnaie, qu'il fait l'école buissonnière. Ça peut encore vouloir dire qu'il est trop peureux, qu'il fuit le groupe, qu'il est timide au point de ne pouvoir répondre, qu'il est lent à s'habiller, à manger, qu'il a des caprices d'alimentation, qu'il se suce le pouce ou se mordille les ongles, qu'il mouille son lit la nuit, contrôle mal ses intestins le jour, qu'il bégaye, vomit, fait des cauchemars ou du somnambulisme, etc., etc. On ajoutera assez souvent à ces traits de comportement répréhensibles, que l'enfant ne réussit pas dans ses classes, qu'il ne montre aucun intérêt pour l'étude, qu'il fait de son mieux pour s'y soustraire. Ces symptômes ou façons de se manifester des problèmes de conduite et de caractère des enfants, dont la liste est allongée à dessein, pour qu'on s'y reconnaisse bien, présentent-ils une même gravité?

La gravité des problèmes varie presque avec chaque cas, mais pour une bonne majorité il n'y a rien d'aussi alarmant qu'on pourrait le craindre.

Un examen minutieux de chaque cas, des circonstances dans lesquelles se développent ces troubles de comportement, permet de les partager comme suit:

Dans un premier groupe de cas, les plaintes sont exagérées, les enfants ne sont ni aussi émotifs, ni aussi incontrôlables, qu'on les a présentés, les parents ou les éducateurs se sont

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi le 17 septembre 1956, à 10 h. 30 du soir.

alarmés à tort, en êtres humains qu'ils sont, ils ont eu peur de constater leurs propres erreurs ils cherchent à corriger des conduites qui n'ont rien de vraiment anormal, mais qui leur paraissent tel parce qu'ils ne connaissent pas suffisamment la psychologie normale de l'enfance qu'ils n'ont pas eux-mêmes pleinement vécue, parce qu'ils ont été eux-mêmes élevés trop sévèrement, qu'ils craignent la critique d'un conjoint, d'un parent, d'un supérieur, trop exigeants, ou encore on ne tient pas compte de certaines conditions de milieu, d'habitation, de quartier, circonstances qui sont de nature à surexciter, ennuyer, troubler les enfants, mais qui échappent au contrôle de leurs parents, de leurs maîtres, dont il faut accepter ou du moins subir les effets sur les uns comme les autres.

Illustrons de quelques exemples les problèmes de ce premier groupe, généralement peu sérieux, en réalité inexistants chez l'enfant lui-même.

Un petit garçon de 4 à 5 ans est taxé d'extrême agitation, de désobéissance: il n'arrête pas de vagabonder par la maison, de fouiller dans les armoires, de s'emparer de bibelots ou d'ustensiles auxquels on lui a souvent défendu de toucher. La mère craint pour lui les accidents, le mauvais temps, l'influence de petits voisins qu'elle trouve mal élevés, ne lui permet presque jamais de descendre dans la rue. Elle voudrait qu'il s'occupe bien gentiment à colorier, à dessiner, à regarder des images: c'est ce qu'elle faisait quand elle était petite, dans un milieu où tout était rangé. Et puis, il y a les vieux propriétaires d'en dessous qui se plaignent du bruit que fait le petit garçon...

Plus le besoin normal d'activité du garçonnet va rester sans satisfaction, plus il va prendre de la force, plus l'enfant va se livrer à des accès de suractivité.

Une petite fille de 6 ans et demi, l'aînée de 3 enfants, dans une famille où les parents répondent aux questions des enfants qui ont toute liberté d'en poser, où la mère a commencé de lui donner des responsabilités, débute à l'école: elle questionne sa titulaire de classe sur des objets qui ne semblent pas toucher di-

rectement à la leçon en cours; elle veut l'aider dans le maintien de l'ordre ou dans des explications. Elle est prévenue de se taire, de ne pas faire l'importante; elle se révolte et devient soi-disant effrontée ou rêve passivement sans absorber l'enseignement formel: c'est une paresseuse!

Dans un second groupe de cas, les plaintes sont assez exactes, fondées: la conduite des enfants est bien de nature à inquiéter ou chagriner les parents, à embarrasser les éducateurs ou même des voisins.

On aura affaire, par exemple, à un garçonnet d'une dizaine d'années, qui est toujours d'humeur agressive à la maison, qui envoie promener sa mère avec des mots grossiers ou des menaces, qui bougonne ou refuse carrément si on lui demande un service. Il a battu un petit voisin qui est venu rapporter chez lui qu'il avait été puni à l'école. Son père est le fier-à-bras du quartier, il n'envoie pas dire son fait au voisin qui lui déplaît, il se vante devant toute sa famille, d'avoir mis le poing sous le nez de son contremaître qui lui faisait remarquer une négligence. A la maison, il faut que ça marche et vite; il ne s'adresse jamais doucement à sa femme, il lui est arrivé même de lever la main sur elle, de l'avoir parfois trop leste avec les enfants.

Pour ce garçon, être un homme, c'est se montrer rude, indépendant, vindicatif, comme son père. Si on le traite avec égard, calme et fermeté, il se conduit assez bien. Il a un maître qui s'intéresse à ses élèves, qui est juste toujours, sévère s'il se produit des écarts sérieux, un directeur qui peut sourire des bravades de cet âge et, chose surprenante pour la mère de ce garçon, il n'y a pas de plainte du côté de l'école.

On pourra avoir un déplacement du tableau comme celui-ci. Une adolescente de 14 ans a la réputation d'être grossière à l'école, parce qu'elle a protesté contre une accusation peu ou pas fondée de sa titulaire de classe, une accusation de dévergondage, une prédiction qu'elle deviendra une mauvaise fille, parce qu'elle a oublié, le lundi matin, d'enlever le rouge de ses ongles, qu'on l'a vue parler plusieurs fois à un

garçon à l'école d'en face, ou parfois parce qu'elle ne réussit pas à se fagoter assez pour cacher qu'elle est en train de se développer normalement.

On la harcèle, consciemment ou non: on ne lui pardonne pas d'avoir raison, on ne veut pas reconnaître qu'elle n'est plus une enfant. bien qu'on lui chante sans cesse de se conduire comme une grande fille. Elle est en révolte ouverte, elle sera vraiment mauvaise à l'occasion. Chez-elle, dans son entourage, on est surpris et sceptique devant une menace de renvoi de l'école...

Ces enfants se défendent contre des réalités vraiment trop dures ou qui leur semblent telles. Ils n'ont certes pas une bonne façon de le faire, mais des exemples de dureté, d'injustice, de droit du plus fort, ont été donnés par des adultes responsables de leur formation. Leurs réactions ont une certaine logique. Ils ne sont pas profondément touchés, parce qu'ils peuvent reconnaître leurs torts, si on sait s'y prendre avec eux, réagir normalement dans des conditions normales et avec des gens qui savent les traiter avec justice.

Ces deux groupes de cas, qui viennent d'être illustrés, constituent la catégorie des problèmes de conduite simple, c'est-à-dire des réactions en somme conséquentes à des causes existant vraiment hors d'eux-mêmes. Ces cas sont de gravité variable, mais toujours moindre.

La seconde catégorie, celle des problèmes de personnalité, à prime abord ne présente pas de symptômes ou écarts de conduite bien différents de ceux des problèmes de comportement simples. Un examen plus attentif révèle cependant des façons d'agir et de penser organisées en une sorte de patron plus constant, toujours semblable, qui semble remonter plus loin dans l'enfance, qui reste le même à peu près dans toutes les circonstances, en contact avec tout le monde.

Les enfants qui les présentent sont ou agressifs ou timides et effacés; leurs réactions sont impulsives; ils reconnaissent qu'ils sont incapables de se contrôler sans comprendre comment cela se fait; les uns éprouvent une culpabilité exagérée, les autres aucune; ils

sont capables de trouver répréhensibles chez les autres des écarts de conduite comme les leurs, mais quand il s'agit de juger leur comportement propre, ce n'est plus la même chose: les mêmes règles ne s'appliquent plus à eux-mêmes.

La conduite de ces enfants problèmes n'est plus seulement une réaction à des conditions extérieures réelles, mais à des actes qu'ils grossissent chez les autres, à des intentions plus ou moins fantaisistes et imaginées qu'ils prêtent à tout le monde, donc à troubles intérieurs avant tout.

On trouve qu'ils ont manqué, dès leur première enfance, de la sécurité indispensable à l'enfant pour se développer normalement, qu'ils ont été privés de l'affection vraie qui la procure, qu'ils n'ont pas trouvé, auprès des parents eux-mêmes affligés de sérieux problèmes, de personnalité anormale, ce dont ils avaient besoin d'amour, d'acceptation, de fermeté, de sentiments d'être en sûreté.

Ils peuvent se sentir inférieurs, abandonnés, différents, méchants, coupables, incapables, et sont convaincus que tout le monde, à qui ils prêtent en réalité leurs propres sentiments, éprouvent à leur endroit la même impression.

Ces problèmes de personnalité, s'ils sont évidemment plus sérieux, sont aussi moins fréquents. Et malgré leur gravité, qu'on se rassure, ce ne sont pas encore des maladies mentales, qui ne se rencontrent pas, d'ailleurs chez plus de 1 ou 2 individus par 100,000, avant 15 ou 16 ans.

Pour terminer, voici dans leurs grandes lignes les moyens dont l'hygiène mentale dispose, en clinique, pour solutionner ces problèmes de l'enfance, empêcher qu'ils dégénèrent en troubles graves de l'âge adulte.

Pour ces problèmes de conduite qui n'existent en réalité que dans l'idée des parents, il suffit généralement d'une couple d'entretiens avec eux, avec la mère surtout pour bien des raisons, pour les rassurer en les renseignant sur les façons d'être, les besoins normaux de l'enfance à ses différents âges, leur faire réaliser que leurs enfants sont intelligents, adaptables, que malgré certaines erreurs de formation ils

leur ont permis de se développer normalement, pour les encourager à un peu de patience dans l'attente des résultats de leur propre changement d'attitude.

La même méthode de procéder s'applique aux parents de ceux qui présentent une conduite en elle-même difficile ou répréhensible, mais encore simplement en réaction à des erreurs de formation, à des conditions extérieures difficiles. Mais les entrevues devront être généralement plus nombreuses et, cette fois, il sera nécessaire d'en faire avec les enfants eux-mêmes.

On engagera ces derniers à jouer, à dessiner, à parler librement, à déverser leur rancœur, même contre l'hygiéniste mental, psychiatre ou psychologue, qui s'occupe d'eux; on les écouterait avec calme, sans blâme direct, on sera témoin de leurs impulsions, de leurs gaucheries, de leurs erreurs sans critique, sans intervention autre qu'interpréter pourquoi ils agissent ainsi, émettant en même temps l'assurance qu'ils comprennent leurs erreurs et vont les corriger quand ils seront prêts, qu'ils sentiront que c'est bien plus intéressant et agréable autrement.

On permettra, on encouragera même le tapage, la destruction, dans certains jeux, en remarquant que si c'est permis au jeu, dans des circonstances comme celles du traitement à la clinique, c'est peu acceptable ailleurs, qu'ils sont les premiers à en souffrir.

L'enfant se rassure par cette relation avec un adulte qui le comprend, qui l'accepte comme il est, qui lui explique les circonstances qui font que certaines choses sont permises à des moments, défendues à d'autres, qui n'est pas préoccupé d'abord et seulement de le blâmer et de le restreindre en tout.

Enfin, avec les problèmes de caractère, bien que les méthodes d'entrevue et de jeu ne diffèrent pas sensiblement en surface, on devra les employer beaucoup plus longtemps, procéder plus lentement, avoir recours à des méthodes scientifiques qui ne peuvent s'expliquer ici, parce qu'elles prennent des années pour les acquérir et les bien pratiquer.

Quand les parents présentent eux-mêmes des troubles sérieux de caractère, le traitement, par une autre personne que celle chargée des enfants, devra dépendre de la psychiatrie.

Des placements temporaires hors du foyer, parfois dans des maisons d'éducation et de réadaptation spécialisées, des interventions auprès du personnel scolaire, auprès d'autres parents, le recours à des troupes de guides, de scouts, à des organisations de loisirs pour enfants, sont encore des mesures salutaires qui aideront à l'efficacité du traitement.

Et voilà, nous l'espérons, qui dissipera le mystère et l'appréhension qui pouvaient encore subsister, dans l'esprit de certains parents et éducateurs, au sujet de l'hygiène mentale et de ses méthodes de prévention et de réadaptation.

SEMAINE NATIONALE D'IMMUNISATION ¹

G. CHAREST, M.P.H.,

Surintendant, Division des maladies contagieuses,
Service de Santé de Montréal.

Des personnalités civiles et médicales offriront leur concours à la Ligue Canadienne de Santé, durant la semaine du 23 au 29 septembre 1956, pour promouvoir l'intérêt de la population à l'égard des procédés d'immunisation et de vaccination contre les maladies contagieuses.

Il s'agit, en l'occurrence, de la quatorzième semaine nationale d'immunisation au Canada.

La situation au Canada relative au contrôle des maladies contagieuses est très bonne mais il y a quand même des parents qui négligent de protéger leurs enfants et les exposent à contracter des maladies graves.

La vaccination contre la variole ou petite vérole qui est obligatoire avant l'entrée à l'école, est exigée à Montréal d'après un règlement municipal datant déjà de plus de 50 ans.

Pendant deux générations, cette pratique a été poursuivie sans relâche et les résultats ont confirmé le bien-fondé de cette mesure de prophylaxie: la variole n'a pas été signalée dans la province de Québec depuis 25 ans.

J'ai mentionné dans une causerie radiophonique antérieure durant le mois de juillet, les précautions qu'il faut prendre avant et après l'administration du vaccin antivariolique.

Durant le mois d'août 1956, on a vacciné à Montréal 4,655 enfants contre la variole avant l'entrée des classes dans les consultations municipales mais cette vaccination est recommandée et pratiquée chez les nourrissons et les enfants préscolaires durant tout le cours de l'année.

Si la variole est disparue au Canada à cause de l'application d'une législation coercitive, il n'en a pas été de même des autres maladies, telles que la diphtérie, la coqueluche, la tuberculose et la poliomyélite.

On eut recours depuis 30 ans, pour bannir la diphtérie, à des méthodes d'éducation populaire qui ont eu pour effet de faire accepter par les parents, l'immunisation contre la diphtérie dès la première année de la vie chez les nourrissons.

Les premières tentatives d'immunisation furent entreprises en 1926 par des organismes bénévoles, puis en septembre 1928, le Service de santé commença dans les consultations municipales à immuniser les nourrissons et les enfants préscolaires. En 1932, ce fut au tour des écoliers à recevoir les injections d'anatoxine de Ramon et graduellement, la coutume fut établie de 1935 à 1944 de pratiquer cette immunisation dès l'âge de 6 mois. Un peu plus tard cependant, lors de l'emploi du vaccin combiné, l'immunisation fut avancée à l'âge de 3 mois chez les nourrissons.

Des sondages et des enquêtes nous révèlent cependant que ce sont dans les quartiers populaires et les familles nombreuses qu'il existe encore un certain pourcentage d'enfants non protégés.

Il est probable qu'avec 80 pour cent de la population infantile de Montréal immunisée contre cette maladie, nous n'ayons pas à subir les contretemps des épidémies d'autrefois mais il n'en demeure pas moins vrai qu'un enfant sur cinq parmi les moins de 10 ans représente un groupe important d'enfants qui n'ont aucune défense à offrir contre une maladie grave et sournoise.

A Montréal, depuis le début de l'année 1956, nous n'avons eu à enregistrer aucun cas et aucun décès par diphtérie mais il est toujours possible que ces résultats soient gâchés par l'insouciance des parents.

Durant la troisième décade c'est-à-dire de 1945 à 1956, on assista à l'introduction du vaccin combiné, diphtérie et coqueluche, et en 1951, on ajouta le tétanos.

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi le 24 septembre 1956, à 10 h. 30 du soir.

La gravité de la coqueluche a été méconnue parce que les décès qu'elle entraîne surviennent surtout durant les deux premières années de la vie. En établissant une comparaison entre les décès dus à la diphtérie et la coqueluche de 1950 à 1954 inclusivement, les statistiques nous révèlent qu'au Canada, il y eut 145 enfants qui sont morts de la première maladie tandis que la coqueluche fut responsable de 880 décès durant ces cinq années, soit un nombre 6 fois plus élevé.

A Montréal, le nombre de cas de coqueluche en 1956 a augmenté du double par rapport à la même période l'an dernier, soit 1413 cas jusqu'au 15 septembre cette année, en regard de 693 cas, en 1955.

Il est survenu 3 décès en 1956 par rapport à 1 seul en 1955, pendant 8 mois et demi.

Cette recrudescence de la coqueluche est apparue vers le mois d'août 1955 et semble se prolonger depuis ce temps. Cette évolution torpide est peut-être due au fait qu'un certain nombre d'enfants immunisés contre la coqueluche la contractent quand même mais le vaccin procure, cependant, l'avantage de prévenir les complications fatales et de rendre la maladie plus bénigne.

L'immunisation par le vaccin trivalent, diphtérie, coqueluche et tétanos, est recommandée dès l'âge de 3 mois, pour une série de 3 injections à un mois d'intervalle et 2 doses de rappel un an et cinq ans après les 3 premières doses. Il est cependant utile de faire donner une dose de rappel à tout enfant qui n'a pas reçu d'injection depuis 2 ans, à cause de la situation présente que je viens de mentionner.

Enfin, l'anatoxine tétanique apportée à l'enfant une protection qui est d'une grande utilité, parce que cette maladie, le tétanos, quoique rare, présente des symptômes d'une telle gravité, que le fait d'être injecté en bas âge et de recevoir des doses de rappel périodiques est suffisant pour parer à tous les inconvénients d'un traumatisme ou accident alors qu'une blessure même superficielle peut servir de

porte d'entrée à ce microbe qui se retrouve sur le sol ou dans la poussière. Il n'est pas nécessaire alors d'injecter un sérum souvent dispendieux mais il suffit de donner une dose de rappel de vaccin ou anatoxine tétanique pour être assuré que la prévention sera efficace et de plus, l'organisme ne deviendra pas sensibilisé à des injections subséquentes de sérum de provenance animale.

La tuberculose a cédé du terrain depuis les 15 dernières années et si les décès sont moins nombreux, la morbidité qui représente le nombre de patients souffrant de cette maladie, demeure relativement élevée.

La campagne entreprise pour vacciner la population à l'aide du BCG en est une de longue haleine.

Ce vaccin préconisé par Calmette et Guérin de l'école française depuis 35 ans, a subi l'épreuve du temps et aucun autre agent biologique n'a pu le supplanter.

Les procédés de la vaccination par le BCG ont pu varier quant à son introduction dans l'organisme humain mais le phénomène de l'allergie, (réaction spéciale vis-à-vis le microbe tuberculeux virulent), prouve que le BCG est d'une utilité incontestable.

Le Service de santé de la ville de Montréal a pris une part active dans cette vaccination par le BCG depuis 1952, en propageant son emploi chez les enfants d'âge scolaire par la méthode de scarifications.

63,757 enfants dans les écoles primaires, avec le consentement de leurs parents, ont reçu le vaccin BCG depuis 4 ans.

Ce travail a été accompli en coopération avec l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal. Toute la population scolaire entre 6 à 15 ans a donc été vue depuis le début de cette campagne de vaccination. De plus, cette fois avec le concours de l'équipe volante de la Clinique BCG, les nourrissons et les enfants préscolaires peuvent être vaccinés dans certaines consultations municipales.

On a prouvé, hors de tout doute, l'innocuité

du vaccin BCG; alors qu'autrefois, on semblait limiter son emploi à des enfants placés dans un milieu contaminé, aujourd'hui il est reconnu que son emploi doit être généralisé car personne ne peut répondre de son entourage même dans le cadre restreint de la famille.

Quant à la protection par le vaccin BCG, des expériences concluantes faites aux Etats-Unis par Aronson et ses collaborateurs ont prouvé qu'il est survenu moins de décès chez les individus vaccinés avec le BCG que dans le groupe témoin c'est-à-dire ceux qui n'étaient pas vaccinés.

Le vaccin BCG doit donc être placé au premier rang de nos moyens de défense contre la tuberculose, même si le dépistage précoce par les radiographies pulmonaires faites en série, l'hospitalisation plus rapide dans les sanatoria de même que l'arsenal thérapeutique plus efficace ont facilité la lutte contre cette maladie.

Enfin, il me reste à vous parler du dernier venu de ces agents de prévention dans le domaine de l'immunisation, il s'agit du vaccin Salk contre la poliomyélite.

Cette maladie redoutable qui survient durant les mois d'été et d'automne, en provoquant des épidémies qui semblent se rapprocher surtout depuis les dix dernières années, sera à son tour annihilée par l'emploi d'un vaccin spécifique.

L'expérience a démontré à la suite des injections de vaccin Salk données à 600,000 enfants aux Etats-Unis en 1954 et celles administrées durant l'année 1955, tant au Canada que chez nos voisins, qu'il y avait dans cette nouvelle acquisition scientifique, un apport efficace et utile dans le contrôle de la poliomyélite.

Il est probable que le Service de santé de la ville de Montréal pourra d'ici la fin de l'année 1956, procurer la troisième injection aux 57,500 enfants qui ont reçu, l'an dernier, les deux premières doses.

La situation actuelle à Montréal laisse voir qu'il y a eu 10 cas et 2 décès cette année, comparativement à 21 cas et 2 décès en 1955, pour la même période.

VARIÉTÉS

LA PSYCHIATRIE ET LA TOLÉRANCE QU'ELLE INSPIRE¹

Jean SAUCIER, F.R.C.P.(C.).

Quel contraste entre la magnifique conférence de Madame Gabrielle Roy et l'entretien auquel vous a conviés ce soir l'Alliance Française! En décembre, Madame Roy vous a présenté avec beaucoup d'esprit et de poésie le jeu des répercussions d'influence du romancier sur le lecteur, puis du lecteur sur le romancier. Elle n'a pas eu de peine à mettre en évidence le rapport réciproque qui enrichit, éclaire et oriente aussi bien le donneur que le receveur. Sans qu'elle s'en doute, sa conférence a servi d'avant-propos indirect en même temps que de poétique exorde à la mienne car elle a copieusement étalé la pensée inconsciente de ses adulateurs et de ses critiques. Sous le couvert d'explications apparemment logiques et bienveillantes, elle a abondamment défoulé une multitude de reproches qu'elle adressait aussi bien à elle-même qu'au lecteur malveillant. Grâce à cette salutaire ventilation verbale, du reste admirablement dosée, elle nous a donné la pleine mesure de son talent. Je suis convaincu que l'auteur de *Bonheur d'occasion* a pris un immense plaisir, plus exactement, a savouré une délectation souterraine infinie, à rédiger cette sorte de justification de ses personnages, un peu comme le fit naguère avec une véhémence moins tamisée mon illustre confrère Georges Duhamel.

Ce soir, il ne s'agit plus d'un jeu littéraire, ni de romans ni de lecteurs. Il s'agit de vous parler de rien moins que de la psychiatrie. Je vous en prie, voyez-vous un peu à ma place pour un moment et ayez pour moi beaucoup de commisération. Cet appui sympathique et cette empathie essentielle me vaudront une confiance qui risquerait de m'échapper.

Vous imaginez facilement que la discussion d'une observation psychiatrique entre collègues

ne comporte rien de très angoissant, d'abord parce que le vocabulaire est partagé, parce que nous acceptons tous tacitement une connivence qui favorise les raccourcis, et ensuite parce que, par métier, nous ne craignons pas les brusques dévoilements d'identité. Ce n'est plus du tout la même chose lorsqu'il s'agit d'exposer la chose psychiatrique devant un auditoire que l'on ne connaît pas, et notamment, devant l'assemblée éminemment subtile et variée que représentent les membres de l'Alliance Française. Je me rends compte de façon très aiguë qu'il m'est impossible dans la perspective d'une heure de cinquante minutes de tout vous dire, et par ailleurs, je ne voudrais pas glisser si légèrement sur le sujet que vous fussiez justifiés de vous dire à la sortie, vous posant de nouveau la célèbre question du Maréchal Foch: "Mais, de quoi s'agit-il?"

Il faut admettre que les entretiens de ce genre ne sont pas fréquents et que le conférencier n'a pas de modèle à interroger, sinon à copier, comme la chose se pratique parfois, insinuent les esprits épris de statistiques. Il y a bien eu autrefois, à l'Université des Annales, une causerie du Dr Maurice de Fleury qui pourrait s'apparenter de loin à ce que je me propose de vous dire, — cela se passait vers 1920 —, mais le Dr de Fleury étant à la fois membre de l'Académie de Médecine et de plusieurs autres académies, possédant aussi un titre nobiliaire et étant au surplus très distingué et très homme de lettres, l'auditoire a entendu ce jour-là le littérateur plutôt que le psychiatre. Il avait adapté la psychiatrie à l'usage des gens du monde. Il en avait à ce point masqué la saveur que les plus avertis s'y retrouvaient à peine; nous dirions ici que le sujet était baptisé à saturation. Assez paradoxalement, tout baptisé qu'il fût le sujet avait perdu son nom.

1. Conférence prononcée à l'Alliance Française de Montréal, en la salle du Ritz Carlton, le 16 janvier 1956.

Je n'ai pas l'avantage de partager avec mon illustre collègue parisien l'honneur de siéger à une académie, fût-elle la canadienne-française. Cela me permettra peut-être de vous parler de psychiatrie, de la vraie psychiatrie, sans recourir aux astuces du langage littéraire, — que j'envie pourtant. Je vous dirai probablement des choses assez dures mais je tâcherai d'en amortir le choc avec le moins de maladresse possible. Je ne vous ferai pas une vulgarisation de la théorie d'un ou de plusieurs psychiatres innovateurs ou traditionalistes. J'ai la vulgarité en horreur et une vulgarisation, par assonance, ne m'inspire aucun attrait. Et voilà que les difficultés commencent!

Les Pères Jésuites dont je suis l'élève m'ont enseigné le confort intellectuel de la logique. Vous ne savez pas ce que la psychiatrie comporte d'illogismes! Ils ont insisté sur l'importance de bien définir ce dont on doit parler. Suivant ce précieux avis je dois donc essayer de définir cette science. J'ai compulsé à vos intentions les vieux tomes et les monographies les plus récentes et je ne fus pas trop surpris de me trouver, non pas devant *une* définition de la psychiatrie mais devant une multitude de définitions. Je devinais bien déjà confusément qu'il devait en être ainsi. J'ai maintenant la preuve qu'il en est ainsi.

Vous me direz que la psychiatrie est de toute évidence la science qui traite des maladies mentales. Ce n'est pas si évident que vous voulez croire, et même, si cette définition comportait une part de vérité et beaucoup de logique élémentaire il faudrait d'abord définir ce qu'est la maladie mentale. Quand commence-t-elle? A quoi se reconnaît-elle? Et caetera... Vous imaginez que les avis sont fort partagés, à commencer par le vôtre et par le mien.

On se représente couramment le malade mental comme un individu qui a des idées inquiétantes, comme un excité ou comme un déprimé, comme quelqu'un qui a un comportement extravagant. C'est partiellement exact mais à ce compte, que dire de nous-mêmes qui avons aussi nos moments d'exaltation et de morosité, qui avons nos heures sinon nos jour-

nées de bizarreries, qui avons parfois des idées saugrenues et qui nous comportons souvent de façon assez étrange? Serions-nous tous des sujets qui relèvent de la psychiatrie, tout comme les malades officiellement classés? Bien sûr que non! Et pourtant, ici encore, l'évidence n'est pas aussi lumineuse qu'il nous plaît de nous le faire croire. Il faut bien être un peu indulgent pour les autres si nous voulons espérer qu'ils le soient beaucoup pour nous. Ils le sont si peu. Et le sommes-nous davantage?

* * *

Jusqu'ici nous ne sommes pas très illuminés et nous bavardons autour d'une définition qui ne veut pas se laisser dépouiller, qui ne consent pas à être réduite à ses véritables éléments. C'est exact et j'aime assez l'exactitude pour ne pas vouloir me hasarder dans l'académisme doctrinal et encore moins dans une décision arbitraire que vous seriez les premiers à ne pas accepter. Dans ces conditions, essayons de circonvenir la difficulté en analysant l'antithèse. C'est un procédé subtil qui réussit parfois, me disait naguère un vieux professeur de *Ste-Marie* qui était mi-mystique, mi-roublard. Roublard à son insu, bien entendu! Je risque donc la roublardise et j'aborde le problème de la façon suivante: les individus qui ne souffrent pas de maladie mentale ne ressortissent pas à la psychiatrie; ce qui revient à se poser la définition du sujet non-malade-mental, de l'individu psychiquement équilibré.

Je crois pouvoir vous décrire, — du moins théoriquement —, un tel personnage. Cet être un peu mytique mesurerait ses activités au strict nécessaire, de façon à ne jamais sentir la lassitude. Il n'aurait d'autre ambition que de posséder l'essentiel de sorte qu'il pourrait donner le superflu. Il serait aimable sans flatterie mais il dirait invariablement la vérité; il ignorerait la diplomatie du coeur qu'est le tact. Il mesurerait sa sympathie au besoin exact de l'affligé et toutes ses réactions auraient un frein logique. Il ne connaîtrait ni l'amour ni la haine qui comportent, par dé-

finition, des démesures. Son climat affectif ne serait ni chaud ni froid mais tiède. Il serait intelligent mais il n'aurait pas d'esprit car l'esprit est une saillie, donc une altération de la mesure et de la norme. Son imagination serait comparable à un échiquier où toutes les combinaisons d'images se dérouleraient selon un ordre logique, harmonieux, péremptoire et sans imprévues. Son jugement serait sûr, monotone, implacable et dépourvu de formulations nuancées.

Un tel personnage n'existe pas. Si ce sujet normal théorique existait il serait un monstre de perfection, un robot désanimé. Il serait un sujet normal très malade. On ne le conduirait peut-être pas à l'asile mais je ne crois pas qu'on rechercherait son amitié. On ne saurait le classer ni dans la nomenclature des névropathes ni dans le catalogue des bien-portants. Il ne serait ni ange, ni bête, ni démon: Il ne serait ni un saint ni un réprouvé. Bref, il ne serait pas un être humain car, ni le sujet normal ni le malade mental, comme nous nous les représentons avec notre bon sens instinctif ne correspondent à cette présentation.

Je n'en sortirai donc jamais! Et je me demande encore avec vous, tout aussi angoissé que vous: Qu'est-ce donc que cette psychiatrie dont je veux tant vous parler?

Je m'interroge, et en toute connaissance de cause, je choisis de fuir momentanément devant la difficulté. Disons, pour faciliter les choses, que j'oublie de vous définir la psychiatrie, — quitte à y revenir plus tard —, et que je vous la présenterai par transparence, à la faveur d'un voile assez mince pour que vous en saisissiez bien les contours essentiels, mais aussi, assez opaque pour que vous en distinguiez mal ce qu'elle peut comporter de trop réaliste.

* * *

Il y a des individus qui sont d'intarissables conteurs. Ils n'en finissent plus de vous combler. Ils organisent pour vous; ils se chargent de préparer votre prochain voyage d'Europe, où du reste, ils comptent bien vous accompagner. Ils choisissent pour vous votre prochaine

auto; ils offrent de rédiger votre feuille d'impôts; ils décident la composition de votre menu; ils sont serviables jusqu'à l'importunité. Un verbe les caractérise: bouger.

D'autres sont l'antithèse de ces grouillants partenaires: il faut presque les bousculer pour les mettre en marche. Ils ne sont jamais de la partie. Ils sont taciturnes et inquiets. Ils vous disent qu'ils n'ont pas le goût de participer à ce que vous proposez, que cela ne sert à rien et que c'est ennuyeux. Pour eux tout est effort, tout est pénible, rien n'est gai. Ils sont l'éteignoir des réunions mondaines, à moins que l'on ait pris la diabolique précaution de les animer artificiellement avec un whisky libérateur, mais cette ruse un peu fourbe ne va pas sans un certain danger. J'ai connu ainsi un dentiste charmant, remarquable par sa courtoisie, sa modestie, sa discrétion, son calme et sa retenue distinguée, se transformer après trois verres en un ouragan dévastateur laissant sur son passage des amis étonnés, navrés et meurtris, et je ne parle pas de la casse matérielle inévitable.

L'analyseur imprévisible qu'est l'alcool opère parfois l'inverse chez les exubérants. N'est-il pas, en effet, d'observation fréquente de relater l'ivresse triste des bout-en-train, comme du reste, la tristesse et l'inertie habituelles des grands comiques? Chaplin, dit-on, n'est pas gai. J'ai connu un collègue gai qu'il suffisait de griser un peu pour le voir et l'entendre gémir. Cet état de choses est bien connu et je ne vous ai rien appris en vous rappelant des menus faits de la vie quotidienne. Ces déviations de la stricte norme n'encourent pas l'anathème, et qui songerait à s'alarmer outre mesure en présence d'un petit débordement sonore passager ou devant une lassitude que l'on a tôt fait d'expliquer. Dans ces conditions, *expliquer* veut dire *rationaliser*. Nous y reviendrons.

Penchons-nous plutôt sur ce qui se passe en nous et que nous ne remarquons même pas, disons: que nous remarquons à peine, dans notre hâte de trouver une explication qui nous apaise. Et puis, que nous le remarquons ou non, peu importe! Les autres, par une espèce

de solidarité tacite et un peu machiavélique de l'agressivité universelle auront vite fait de noter et de retenir. En somme, c'est heureux qu'il en soit ainsi car, grâce à eux, nous parvenons parfois à nous découvrir. Mais tout cela n'est pas jusqu'ici très nettement anormal. Et je m'avance dans mon sujet en me disant qu'après tout, il n'est peut-être pas indispensable de définir cette insaisissable psychiatrie!

Vous n'avez certes pas accepté ma définition de l'homme présumé normal. Et, à mesure que je songe davantage à mon sujet mes souvenirs m'entraînent dans des tangentes, et je vois qu'il existe des individus qui aiment à se faire remarquer. Ils sont coiffés de leurs mérites. On dit couramment d'eux qu'ils se donnent de l'importance. Certains semblent convaincus de leur infailibilité. Dans la discussion, ils sont généralement contre, contre l'autre et contre tous. Ils voient d'un oeil courroucé que l'on exprime une opinion qui n'est pas la leur. Drapés dans leur solennité ils condescendent parfois à écouter mais c'est ensuite pour donner un conseil. Ils sont très épris de puissance et de cérémonial. On reconnaît leur pas à distance: il est sonore, sec et important. Avec cela, ils sont ombrageux et extrêmement jaloux de leurs prérogatives. Ils veulent à tout prix qu'on les aime, et par corollaire, ils sont très sensibles à l'adulation. Quand leur dû, — ou ce qu'ils croient être leur dû —, ne leur est pas donné, ils deviennent, on l'imagine, féroce-ment agressifs. Ils réclament toujours au nom de la justice ou de la logique dont ils ont, on dirait, le monopole absolu. Leur agressivité et leur méfiance les tiennent constamment sur leurs gardes, et à cause de cela ils ne peuvent pas facilement se laisser aller à l'aimance car aimer c'est consentir à s'amoindrir au profit d'autrui, c'est faire confiance. Vous avez connu, j'imagine, des gens de cette espèce dans les deux sexes. C'est un peu plus disgracieux chez la femme. C'est si peu joli que je préfère ne pas m'y attarder. Il faudrait alors vous décrire des femmes autoritaires, boudeuses, emportées et insensibles aux sentiments de sympathie, toutes épithètes qui sont si peu conformes à la féminité telle que nous la compre-

nons et telle que nous l'aimons. Comme leurs homologues masculins, ces femmes se complaisent dans la détestation et dans le despotisme. Il faut cependant que je m'empresse d'ajouter que ces sentiments ne sont que faiblement conscients et plusieurs seraient probablement surpris d'apprendre que d'autres les ont remarqués, eux qui veulent tant qu'on les aime!

Tout ce que je viens de dire est fort désagréable à l'endroit de ceux et de celles qui correspondent à cette description et je m'en excuse. Je ne pouvais cependant pas les présenter autrement qu'ils ne sont. Et je tenais à vous rappeler qu'il existe un secteur d'humanité qui est arrogant et avec lequel il n'est pas facile de s'entendre. Je l'ai rappelé parce que je l'ai observé et je ne suis pas le seul à l'avoir fait. Ces individus sont faciles à reconnaître, et cela est satisfaisant dans une certaine mesure car, avec ces meurtris en mal d'aimance il est facile de faire le point. (Quel mot ambivalent!) A tout prendre, j'aime mieux ces sujets qui ne savent pas dissimuler leur orgueil que les obséquieux qui roucoulent, qui exécutent en gloussant la danse de l'encensoir et qui brandissent à chaque repartie, et dans un geste compliqué le goupillon mellifique. L'obséquieux, a dit avec beaucoup d'exactitude Charles Baudouin, est un insolent qui résiste à son insolence. L'insolence étant un sentiment désagréable à manifester on s'empresse de le refouler pour lui substituer quelque chose d'acceptable, fût-ce la caricature du sentiment travesti. Cela peut donner le change aux non-avertis mais à mesure que l'on s'entraîne à voir évoluer les humains on a vite fait de remarquer que le miel postural, le langage sucré et l'épanouissement en point d'orgue d'un sourire sans couleur sont la traduction malhabile d'une émotion heurtée qui cache une vérité refoulée. Obséquiosité et hypocrisie sont à peu près synonymes. Il ne faut pas plus mépriser ces personnes que les revendicateurs attristés et attristants dont je viens de vous parler il y a quelques minutes. Tout cela se passe à leur insu. Leur commerce quotidien est difficile mais quelle école de tolérance et quelle invitation à mieux nous

regarder. Dans le même ordre de déductions, il est permis de soupçonner que l'austère pudibonderie masque quelque sentiment qui n'est pas toujours très propre.

Mesdames et Messieurs, j'ai presque l'assurance que tout ce que je viens de vous dire nous a conduits aux confins, ou comme aime à le dire le Professeur Lhermite, aux franges du sujet de notre entretien. Je vous ai donné quelques exemples tirés de la vie de tous les jours. Ces exemples correspondent plus ou moins à ce que l'on appelle encore parfois des types constitutionnels, expression à mon sens imparfaite parce que la notion de constitutionnel s'apparente trop étroitement à celle de l'hérédité inéluctable et parce qu'elle ne tient pas assez compte de la dynamique sous-jacente. Vous y avez reconnu de vos connaissances et vous avez savouré peut-être une petite délectation sadique, — c'est tout à fait dans l'ordre —, mais vous n'avez à peu près sûrement pas fait la correspondance avec vous-mêmes, s'il y avait lieu. Il demeure toujours vrai que l'on se connaît mal. Je vous l'ai déjà dit et j'insiste: ce sont les autres qui nous connaissent le mieux. Cela est tellement exact qu'il est rare que l'on consulte spontanément le psychiatre; il faut habituellement qu'on vous le suggère, et même qu'on y insiste. Dans le plus grand nombre de cas c'est l'entourage qui le conseille parce qu'on s'est ému des anomalies de comportement, de langage ou d'attitude qui échappaient à l'observation de l'intéressé. Et cette remarque me rapproche singulièrement de mon sujet puisqu'elle m'amène, par une sorte de tropisme spontané, à vous parler de l'inconscient.

Je précise: certains comportements, l'affolement par exemple; certains sentiments, l'anxiété diffuse par exemple, peuvent être parfois remarqués par le sujet qui en est atteint, mais le ou les motifs véritables de ces états affectifs échappent à peu près toujours. On a vite fait d'interpréter par un raisonnement qui n'apaise que médiocrement et que temporairement. On se défend contre son anxiété par un syllogisme et on trouve une multitude de justifications explicatives et lo-

giques mais jamais la véritable. A la vérité les motifs profonds sont pour la plupart inconscients. Ils sont dictés par la mise en oeuvre de nos instincts, plus ou moins refoulés, plus ou moins éduqués et plus ou moins transformés.

Afin de ne pas entrer dans les détails d'une technique difficile et contestée et afin d'éviter l'emploi d'un vocabulaire qui pourrait risquer d'alerter vos paisibles oreilles il faut absolument que je pose ici quelques jalons indispensables et que nous établissions ensemble trois ou quatre propositions fondamentales que j'ai l'espoir de vous faire juger acceptables:

Premièrement, l'enfant doit devenir un adulte. Nous sommes tous d'accord sur ce truisme mais cela n'empêche qu'il existe toujours une foule d'adultes qui sont demeurés des enfants. Deuxièmement, pour devenir adulte l'intelligence doit conquérir l'objectivité et admettre la réalité concrète. Cela s'admet aussi sans grande résistance dialectique; toutefois, retenons que pour conquérir véritablement l'objectif il importe de faire taire ses préférences et de liquider ses craintes, sans quoi l'objectif n'est plus objectif et l'intelligence ne peut plus manifester son fonctionnement adulte, et j'en arrive à la troisième proposition: pour devenir un adulte, la vie instinctive doit, elle aussi, quitter l'étape infantile. Cela veut dire que pour accéder à la maturité affective il faut avoir développé un potentiel d'amour solidement garanti par une agressivité bien bridée, par exemple, par une agressivité transformée en esprit d'initiative. Il faut aussi que l'anxiété soit parfaitement neutralisée aux moments où il faut prendre une décision ou faire un choix. Il me semble que cette troisième proposition n'a rien qui soit inacceptable. J'en arrive à la quatrième et dernière proposition: il y a des individus qui ne peuvent accepter sans éprouver un malaise intolérable les renoncements imposés par la vie. Pierre Janet a eu raison d'observer que la valeur d'un homme se mesure par sa capacité à faire des corvées. Pour abolir cette angoisse du renoncement on a recours à des stratagèmes tantôt simples, tantôt compliqués, qu'il est

convenu d'appeler des mécanismes de défense. Les mieux connus sont le refoulement et la rationalisation, mais il y en a beaucoup d'autres. Nous sommes d'accord, j'espère, sur cette proposition essentielle. Dans ce cas, nous pouvons continuer à faire route ensemble sans confondre les signaux indicateurs.

Il me paraît bien inutile de m'étendre sur le refoulement. Disons brièvement que c'est un procédé grâce auquel, à notre insu, les impulsions et les désirs que notre personne n'accepterait pas sont rejetés et enfoncés dans notre personnalité inconsciente afin d'éviter le sentiment de faute et l'angoisse. La rationalisation dont je vous ai glissé un mot tout à l'heure est une manœuvre analogue: elle aide le refoulement. Je vous cite à cet effet l'exemple classique de rationalisation: la bonne réponse à une question telle que: "Pourquoi avez-vous aidé votre ami?" n'est pas "Je l'ai fait par loyauté et non parce que je désirais lui être supérieur", — ce qui est la réponse rationalisée —, mais "je l'ai aidé par loyauté, et parce que je voulais lui être supérieur et parce que je me sentais son obligé et parce que j'espérais qu'à un autre moment il pourrait m'aider à son tour", ce qui serait la réponse vraie mais qui est tue et escamotée parce que indicible. Tout cela me paraît et doit vous paraître indiscutable parce que éminemment vrai, à la manière du dialogue de *l'Île des Chèvres*.

Parmi ces sentiments et instincts plus ou moins refoulés, éduqués ou transformés se situent en premier lieu les instincts de sympathie et d'agressivité. Sous ce thème général on a décrit beaucoup de variantes et la plupart des auteurs, même des neurologues organicistes, sont d'accord pour qualifier d'instinctuels les sentiments d'amour et de haine, équivalents dans le langage quotidien des instincts de sympathie et d'agressivité. Mais je ne voudrais pas que vous pensiez que je me propose de vous faire l'exposé doctrinal d'une théorie. Ce n'est pas que cela me déplairait mais un tel exposé déborderait vite le cadre que je me suis assigné. Je prends simplement

pour acquis que la notion d'inconscient est acceptée.

Depuis que l'homme réfléchit, — depuis quelque 75,000 ans —, il a appris que rien n'existe sans son contraire: pas de thèse sans antithèse, pas de chaud sans froid, pas de faim sans satiété, pas d'attraction sans répugnance, pas de sympathie sans agressivité, et, pourquoi pas, pas de conscient sans inconscient. On ne peut imaginer l'existence d'un conscient inconscient, et pas plus l'existence de l'inverse.

En comparant l'importance de l'un par rapport à l'autre on a dit avec beaucoup de justesse que le conscient était la partie de l'iceberg visible à la surface de la mer tandis que l'inconscient correspond à la masse submergée. Le conscient c'est ce qui se trouve dans le champ immédiat de notre pensée, de notre vision actuelle; l'inconscient c'est l'immensité de ce qui reste! Paul Valéry disait: *Tout ce qui compte est caché.*

Je vous ai déjà donné des exemples grossiers de comportements réalisés par des tendances inconscientes. On peut encore vérifier l'existence de ces désirs, tendances ou pulsions dans des observations beaucoup plus fines. Il y a les commissions que l'on a oublié de faire parce que nous n'en approuvions pas l'utilité, parce que cela nous ennuyait ou parce qu'il fallait déboursier; il y a des prénoms et des patronymes que nous n'arrivons plus à nommer parce que ces personnes nous sont indifférentes ou hostiles. On les supprime, et on rationalise en accusant sa mémoire. Nous n'avouons pas: "Ma vue baisse!", mais nous expliquons: "Les caractères de l'annuaire sont trop fins!" Non ne disons pas: "J'entends moins bien!" mais: "Parlez donc plus fort!"

Il y a aussi l'emploi d'un mot pour un autre et les situations amusantes que cela entraîne. Il y a deux ou trois ans, la présidente d'une société musicale présidait l'assemblée annuelle générale de cette organisation. Pour une raison que j'ignore, qu'elle ignorait alors et qu'elle ne connaît peut-être pas encore elle déclara la séance ouverte en prononçant très fermement les paroles suivantes: "Mesdames et Messieurs, la séance est levée." Cette distraction n'est

pas un effet du hasard. Elle correspond à une forte pulsion inconsciente d'en finir au plus tôt avec une besogne qui fut sentie, ce jour-là, comme une corvée. L'inconscient a jailli à travers le *lapsus*.

Un autre exemple non moins saisissant de l'emploi du mot inconsciemment débité à la place de celui qui convenait à la circonstance nous est fourni par un psychiatre. Le collègue raconte:

"Un jeune homme qui présente dans son comportement une grande inhibition, apprend la mort d'un de ses professeurs qu'il aimait et vénérât particulièrement. Au cours d'un entretien que nous eûmes concernant le disparu, avant l'office mortuaire, il nous dit: "Je vous quitte, je dois aller présenter mes *félicitations* à la famille." La confirmation de l'agressivité inconsciente nous fut donnée plus tard, quand nous eûmes pu montrer au jeune homme quelle agressivité se cachait en lui vis-à-vis de ce professeur, comme vis-à-vis de toute autorité dont il était le substitut."

L'existence simultanée de deux sentiments contraires se nomme l'ambivalence. Or, cette ambivalence se retrouve tout au long de la vie de chacun de nous. Cette notion des deux pôles affectifs intimement associés dans notre personnalité peut s'envisager par rapport à tous les modes de l'activité psychique mais c'est avant tout par rapport aux énormes courants affectifs humains que sont l'amour et l'agression qu'elle se manifeste le plus fréquemment. Amour et agression sont inscrits dans nos instincts et constituent un dualisme fondamental. C'est la lutte engagée entre ces deux pulsions qui représente le contenu essentiel de l'existence.

On a attribué à l'amour une fonction de construction et à l'agression une fonction de destruction. On dit: l'amour c'est la vie et l'agression c'est la mort. L'amour a encore pour synonymes l'instinct de vie, l'instinct de sympathie, la pulsion d'aimance, l'instinct familial et de solidarité humaine; l'agressivité s'appelle aussi la haine, l'instinct de mort, l'hostilité. Ces deux instances d'amour et de haine se partagent la domination de notre être,

et par extension, la domination du monde. Il faut bien dire qu'en ce moment les choses se passent comme si l'instinct d'agression était en bonne voie de dominer l'univers. Interrogeons un peu le langage des ambassades, ou plus simplement, quittons nos masques!

Mesdames et Messieurs, mon entretien a pris une tournure nettement psychiatrique et il me semble que vous le subissez comme si la psychiatrie opérait en vous une certaine fascination... à cause de ce que l'on peut découvrir chez les autres! Et vous n'êtes ni des malades ni des habitués de ces discussions. Ce n'est pas absolument nécessaire. Il suffit que vous ayez des tendances, et je ne crois pas que vous puissiez nier cette évidence. Parmi ces intentions secrètes, les unes sont magnifiques, les autres sont beaucoup moins louables. Et nous agissons et nous pensons selon des tendances, besoins et intentions cachés. Nous aimons à entendre proclamer nos vertus et nos talents. Nous aimons cela à la manière des petits enfants, au point que le langage populaire a inventé la locution "boire du lait". Nous ne voulons pas assister à l'énumération de nos pulsions agressives, du moins, de celles que nous admettons, et ce sont les moins virulentes! Or, en parlant de la sorte, nous demeurons toujours dans le domaine de la santé psychique, — au sens où l'entend Jules Romains —; nous le demeurons tant que nous maintenons une adaptation suffisante et tant que notre agressivité n'est pas trop exigeante, mais qui peut prédire l'heure et le jour de la rupture d'équilibre? Il faudrait être bien téméraire pour affirmer que nous sommes à l'abri de l'écroulement. Je me rappelle en ce moment une remarque fort judicieuse de mon maître de Clérambault qui mettait en garde les biens nantis contre une sécurité illusoire. La subtilité et la perfection de l'organisation psychique, avait-il observé, ne sont pas une garantie contre le détraquement. C'est une autre façon de dire que tout le monde est candidat à la fissure. Est-il besoin de souligner que tout le monde c'est vous et moi, et qu'une rupture d'équilibre c'est vite arrivé. Mais comment cela arrive-t-il? Cela serait

bien long à raconter mais en les réduisant à leur plus grande simplicité les causes sont de deux ordres: elles sont corporelles ou psychiques.

Il n'y a aucune contradiction à admettre que des conduites instinctives analogues puissent procéder dans certains cas des causes organiques ou toxiques, et dans d'autres, de causes psychologiques, sinon parfois de la combinaison des unes et des autres. Il m'a toujours paru étrange que des psychiatres continuent de nier les interprétations psychologiques de certains comportements anormaux en se basant sur l'observation de cas identiques où la cause toxique ou organique est évidente. Baudouin rappelle avec beaucoup d'humour et d'à propos "qu'un homme peut tomber à l'eau, et de manière assez analogue, soit qu'il s'y jette, soit qu'il y tombe par accident, et selon les seules lois de la pesanteur." Même, ajoute-t-il, "certaines instances instinctuelles peuvent vibrer semblablement tantôt sous une influence physique, tantôt sous l'action d'un choc affectif." Et Jung conclut que le dogme: "*les maladies mentales sont des maladies du cerveau*" est une survivance d'un matérialisme injustifiable qui enraye tout progrès.

En somme, on ne peut que s'entendre lorsqu'on s'inspire d'un éclectisme judicieux et lorsque les choses sont vues sans parti-pris sous leur angle véritable, cet angle dût-il parfois être mixte, et je ne nie pas qu'il le soit souvent.

*
* *
*

Mais tout en continuant de flâner dans les sentiers psychiatriques, — on y prend souvent goût —, revenons à cet inconscient qui est le centre de la vie psychique et qui taquine tant certains esprits. Peut-être ont-ils peur de l'interroger? Nous le retrouvons partout, jusque dans les mots d'esprit et dans le plaisir esthétique.

Demandez à quelqu'un à brûle-pourpoint pourquoi une oeuvre littéraire l'a conquis, une comédie l'a fait rire ou un tableau lui a paru beau: vous le mettrez inévitablement dans

l'embarras et vous le verrez s'agiter pitoyablement: il cherchera en vain une réponse appropriée qu'il n'arrive pas à formuler. Donnez-lui quelques minutes et il tentera de rationaliser ses réactions spontanées à peine défigées; ses explications seront guindées, maladroitement et toujours un peu fausses. Accordez-lui un peu plus de temps et il sera convaincu qu'il vous a expliqué les beautés de l'oeuvre. Et voilà comment on peut s'illusionner. C'est en somme cette illusion que nous sert le critique littéraire ou artistique. Les plus habiles sont ceux qui possèdent les formules les plus vaguement jolies et qui savent le mieux manier le commentaire polyvalent; ils essaient de dire ce qui ne se laisse pas dire. Bref, l'indicible n'a de correspondance verbale que très indirecte et très détournée.

Et maintenant, faites l'expérience de ne demander aucun commentaire à quelqu'un qui vient de vous dire qu'une chose est belle; laissez-le simplement savourer ses vibrations. Cela ne l'empêchera pas d'avoir éprouvé une émotion artistique, même s'il n'a pas appris la technique de l'exprimer, et, s'il lui arrive de commenter spontanément il traduira très probablement sa réaction intégralement, comme en un jaillissement; il emploiera peut-être des mots insolites, des mots qui ont une consonance étrange, mais ces mots n'auront pas l'appât du raisonnement.

Cela démontre assez éloquemment que le plaisir esthétique est le résultat de l'action de processus psychiques inconscients. Que ce soit l'émotion suscitée elle-même ou la manière dont elle est exprimée qui fasse vibrer, peu importe; ce qui paraît certain c'est que cette émotion a éveillé en nous des résonances intimes et a établi des relations affectives, et ce sont précisément ces facteurs qui créent l'effet artistique, ou si vous préférez, qui font dire qu'un roman est beau et qu'une toile exprime quelque chose. Ce qui se passe alors est indescriptible et il faut être un critique de métier pour donner une approximation rationalisée de la série des émotions éprouvées. Que fait le critique, en définitive, si ce n'est traduire en mots de l'inexprimable et ne le traduire que

par rapport à lui. Mais pourquoi cela ne peut-il pas se dire? Cela est inexprimable parce que, ce que nous ressentons devant l'oeuvre d'art provient de l'expression inconsciente de sentiments refoulés qui seraient difficilement acceptables par notre personne consciente.

Pour les mêmes raisons les plaisanteries permettent d'exprimer de façon inconsciente une foule de sentiments que nous n'oserions pas livrer autrement. Elles ont des rapports étroits avec l'effet artistique et le plaisir esthétique. Je vais essayer de vous en convaincre avec quelques exemples.

Un Monsieur Triste entre chez le coiffeur gai.

C'est pour la barbe ou les cheveux demande le coiffeur gai?

Et le Monsieur Triste répond tristement:

C'est pour la tête.

Nous sommes amusés par les juxtapositions et par les oppositions un peu ridicules et inattendues, et nous rions, à cause des mots croyons-nous; mais, en fait, le Monsieur Triste nous incommode beaucoup. Nous voulons instinctivement éliminer tous les Messieurs Tristes de notre perspective, bref, nous n'avons aucune objection à ce qu'on lui coupe le cou, à condition de n'en prendre pas trop conscience. Le rire nous permet de liquider à peu de frais un sentiment agressif et homicide, évidemment inconscient. Bien plus, nous projetons sans le savoir sur la tête de Monsieur Triste toute une série de rancoeurs collectives qui s'atténuent par là même, grâce à l'exutoire qu'est le rire. Rire dans le cas présent, ce n'est pas tant se dilater la rate, — ce qui ne veut rien dire —, que défouler un peu la tension de la haine accumulée. Il est bien exact que le ridicule tue, plus particulièrement notre Monsieur Triste.

Elle:

Chéri, je crains toujours que tu ne regrettes ta vie de garçon!

Lui:

Comme tu te trompes, chérie! Tiens, si

j'étais veuf, je me remarierais tout de suite!

Que se passe-t-il dans cette drôlerie? Sous le couvert de la blague libératrice, projetée dans un texte très bref et très condensé, Lui exprime une réalité assez dure, en dépit de l'édulcoration satirique, et Elle ne sait plus très bien si elle doit y croire ou non, tant la flèche rapide l'a prise par surprise. Conventionnellement, Elle n'y croit pas tout à fait tandis que Lui, grâce au truchement du badinage exprime un désir presque conscient. Les bavardages approximatifs jouent dans le même sens.

Un Monsieur raconte à une exposition de cadeaux de noces:

M. X a envoyé un service à thé pour six personnes.

M. Z a offert un service à café pour douze personnes.

Et moi, une pince à sucre pour cent personnes.

Cette courte anecdote apparemment inoffensive dévoile un sadisme acharné. Si elle déride un peu par le jeu de la surenchère, elle trahit aussi le sentiment de vengeance du Monsieur à qui l'on a infligé l'obligation de donner quelque chose alors qu'il n'y tenait aucunement. Remarquez encore le cadeau qu'il a fait: il a choisi de pincer, et bien plus, il précise qu'il a l'intention de pincer au moins cent personnes, et je passe sous silence les allusions d'un ordre plus grivois, trop lestes pour vos oreilles inquiètes dont je respecte la pudeur, même si elle ne devait pas être tout à fait authentique.

Et enfin, une dernière histoire assez embarrassante et dont l'authenticité n'est pas garantie:

On raconte que M. Eden aurait demandé à M. Churchill:

Quels sont à votre avis les trois plus grands hommes de la dernière guerre?

Roosevelt, Staline,...

Et le troisième, questionna ironiquement M. Eden?

...Mussolini.

Mussolini?

Oui, répond le beau-père, car c'est le seul homme d'Etat qui aît eu le courage de faire exécuter son gendre.

Personne ne sait dans quelle estime ou mésestime M. Churchill tient M. Eden mais il faut croire, — en vertu de ce que vous savez maintenant —, qu'il n'a pas perdu l'occasion d'utiliser la soupape de la plaisanterie pour décharger un sentiment inconscient depuis longtemps prêt à faire irruption. Le mode plaisantin a une fois de plus déblayé la voie des entraves conventionnelles et permis la gifle élégante. Mais je sens déjà mon propre gendre qui s'attriste et qui s'inquiète: mon beau-père, songe-t-il, a certainement projeté dans cette anecdote des pulsions qu'il a dû lui-même éprouver. Il a parfaitement raison de faire ce raisonnement et il serait mauvais psychologue s'il n'avait pas fait le rapprochement. J'aurai encore la franchise de lui dire que je ne connais pas très bien mon inconscient s'il veut admettre de son côté qu'il n'est pas mieux renseigné sur le sien. S'il m'en reparle, je prendrai la tangente en rationalisant qu'il aurait probablement trouvé très drôle une anecdote où le gendre fait exécuter son beau-père. Et tout cela démontre que la sincérité n'est qu'une approximation. Mais il faut bien charger un peu si nous voulons plaisanter car, ô paradoxe, c'est en chargeant que nous nous déchargeons.

Il y a des façons de s'exprimer qui ressemblent à des digressions et qui donnent nettement l'impression que l'on a perdu le sens de l'orientation. Ainsi, je vous parle depuis assez longtemps de choses qui paraissent ne pas relever de la psychiatrie, et pourtant, je sens que vous n'avez pas cessé de faire le rapprochement. Votre attention m'avertissait que vous me saviez toujours sur le terrain mutuellement consenti. Peut-être aimez-vous mieux que je vous aie présenté le sujet dans ce demi-jour? Je continue dans le style de l'exposé tamisé et je reviens au plaisir esthétique.

Vous savez maintenant qu'une plaisanterie

a du succès à cause de son contenu et à cause de sa forme. Le contenu permet, grâce au rire, la libération d'une agressivité refoulée, et la forme, à condition qu'elle soit pittoresque, paradoxale et un peu inattendue, fait oublier la composante agressive qu'elle transforme en un plaisir inoffensif. C'est la même chose pour la littérature où l'effet artistique est obtenu par la mise en liberté d'attitudes refoulées sous le déguisement de l'originalité du style, de l'habileté à faire sentir la réalité, — parfois surréalisée —, et de condenser l'essentiel.

En peinture et en sculpture la forme domine habituellement le contenu, encore que dans certains cas le contenu entend bien s'affirmer, témoin les toiles de Rouault, la Porte de l'Enfer de Rodin, les eaux-fortes de Dürer.

En musique, la forme et le contenu passent pour inséparables. Les psychologues, du moins, sont en majorité de cet avis. Les psychiatres ne se sont pas encore intéressés à la question, ou à peine, mais ils y viendront; il faudra cependant qu'ils soient musiciens et passablement artistes, ...et leur préparation est déjà si longue! Personnellement, je crois que ceux qui ont l'expérience du plaisir esthétique musical savent qu'il existe un langage de la musique, traduisez: un contenu —, et que celui-ci réussit dans certaines conditions, — j'entends qualité de l'oeuvre et de l'auditeur —, à franchir les cadres de la forme; autrement formulé, ce n'est plus la forme d'une *étude*, d'un *prélude* ou d'un *quatuor* que nous entendons, c'est le contenu, toujours indicible, mais acoustiquement identifiable que nous percevons. Pour vous convaincre davantage de cette vérité, je voudrais pendant quelques instants laisser parler André Michel, cet analyste raffiné de la mélologie esthétique. Ce que vous allez entendre pourra vous paraître de la jonglerie verbale et de la fantaisie surréaliste, mais en y réfléchissant le moins, vous serez rapidement convaincus qu'il exprime les mêmes mécanismes que ceux que je viens de signaler à propos des plaisanteries, des belles-lettres et des arts plastiques. "La vie intérieure du musicien, dit-il, est peut-être la seule expérience

qui ne se perde jamais dans la fumée des rêveries subjectives incommunicables puisque la Musique se charge de nous la transmettre par la voie acoustique, à travers les zones diversement colorées et, tout là-haut, diversement incolores, d'une matière psychique qui, parfois, se raréfie jusqu'à faire éclater, de pianissime certitude, les cerveaux et les coeurs." Dans le Prélude, *Ce qu'a vu le vent d'ouest*, Debussy, dit-il encore, exprime "l'angoisse sans localisation intellectuelle ni spatiale, une terreur océanique sans océan." Tout ce contenu, car c'en est un, a filtré à travers la forme.

A tort ou à raison, je vois dans la musique, — mais hélas! pour les initiés seulement —, un moyen très pur de faire ressortir les contenus inconscients à travers la magie du son. Attendons avant de nous moquer, même si nous devons attendre longtemps. Cela n'empêche qu'il est intuitivement raisonnable d'admettre que la musique deviendra éventuellement un moyen universel de communication. Ce jour-là, elle aura singulièrement facilité la besogne des psychiatres. La réalisation de cet espoir devrait se situer vers l'an 4000, si nous devons en juger par la lenteur de nos progrès dans la science d'aimer. On dira alors que la maîtrise de l'énergie nucléaire était un jeu d'enfant auprès de la maîtrise de l'énergie inconsciente.

Pour clore cette parenthèse passablement psychiatrique sur le plaisir esthétique, vecteur et pourvoyeur de pulsions difficiles à exprimer, disons que la forme permet l'économie d'énergie chère aux enfants, et par conséquent, favorise le retour à la mentalité infantile et au plaisir qui s'ensuit, et que le contenu représente les désirs défendus sous un mode acceptable. L'essence de l'art réside dans l'harmonieuse fusion du contenu et de la forme. Il n'y a pas d'art sans la qualité de la forme et sans la stylisation du contenu. Par extension, l'art de vivre consiste à savoir coordonner les désirs contraires et à les ajuster au milieu.

Et ce qui pourra n'avoir cessé de vous étonner au cours de cette dissertation-éclair sur les joies artistiques c'est que le point de départ n'en fut autre que psychiatrique.

Le viennois Franz Alexander a défini de façon indiscutable les conditions d'acceptabilité des facteurs inconscients dans la plaisanterie et dans le plaisir esthétique. Je vous les livre dans son style facile et ramassé: "Lorsque la forme est déficiente, dit-il, l'art perd son charme. Lorsque les contenus apparaissent dans tout leur dénuement, le drame devient un mélodrame, la comédie un burlesque grossier, la peinture n'est plus que de la photographie, la danse l'imitation d'une sensualité licencieuse et le mot d'esprit une moquerie brutale ou une attaque corporelle directe."

Vous allez vous demander, Mesdames et Messieurs pourquoi je me suis tant complu à vous entretenir des manifestations inconscientes, d'abord en nous-mêmes, et puis dans tout ce qui nous entoure, et pourquoi je me suis laissé enflammer par ce qui a pu paraître un prosélytisme presque mystique. Vous allez vous demander pourquoi j'ai négligé à plusieurs reprises de définir la psychiatrie. Je vais répondre aux hypothétiques questions que votre inconscient a pourtant dû formuler, non sans agacement, à en juger par certains hochements épisodiques qui ne pouvaient être que l'expression de votre anxieuse perplexité.

J'ai insisté sur cet inconscient individuel parce que j'ai appris à le voir transparaître à peu près continuellement chez les autres, un peu moins souvent chez moi-même parce que le mien est un cachottier obstiné et que j'ai besoin des autres pour le voir bien en face, parce que nier cet inconscient ne me paraît pas avoir de sens. J'ai cru sage de ne pas négliger l'étude de ce passionnant grouillement de notre âme et d'en souligner les façons de se manifester.

Je ne me suis pas laissé influencer par un enthousiasme d'énergumène puisque je suis venu à la psychiatrie par la neurologie et parce que mes premiers maîtres en psychiatrie se moquaient de l'inconscient. Je me souviens encore des boutades de Brousseau à l'endroit des complexes inconscients. Il ne devait pas se sentir à l'aise avec les siens! Je me souviens aussi que de Clérambault aimait à répéter que le cerveau malade moud de la pensée malade

tandis que le cerveau sain moude de la pensée saine. Cet aphorisme un peu simpliste m'a toujours un peu étonné. J'ai appris depuis qu'un cerveau sain peut dérailler et qu'un cerveau malade était encore capable de raisonnements fort judicieux. On retrouve chez les déments séniles un sens encore exquis de la pudeur.

Je m'empresse d'ajouter que je conserve la plus grande estime pour ces maîtres de la première heure mais il faut bien signaler que tout bons cliniciens qu'ils fussent, ils faisaient preuve d'un parti-pris aveugle, très certainement issu de leur inconscient, et à cause de cela bien excusable. Brousseau était un familier de Valéry et de Clérambault enseignait le drapé arabe à l'École des Beaux-Arts: ils avaient bien d'autres préoccupations que celle de rebrousser chemin!

J'ai finalement choisi de ne pas définir la psychiatrie parce qu'il y a trop de définitions de cette spécialité de la médecine. Je ne saurais laquelle adopter. En pareille occurrence, j'ai pris l'habitude de m'en tenir à l'étymologie. Cette formule ne m'a jamais trompé complètement. Psychiatrie vient de *psuchè*: esprit, et *iatrein*: soigner. Par conséquent, soigner l'esprit. A tout prendre c'est assez exact. Le psychiatre s'affaire à soigner et à essayer de guérir l'esprit chez ceux qui ne parviennent pas à s'adapter à la situation quotidienne, et chez ceux qui sont en voie de perdre le contact avec la réalité. Mais comme cela est ténu comme barème! Voyez une fois de plus combien nous devons être tolérants pour les autres si nous voulons mériter leur indulgence. Nous relevons tous, périodiquement, de la psychia-

trie. C'est une vérité qu'il ne faut pas craindre d'affronter. Songeons encore à nos petits égarements pugnaces, à nos moues protestataires, à nos désirs parfois si peu orthodoxes, et retenons bien que la psychologie du névrosé, du psychosé et du normal sont qualitativement de même nature; les différences sont uniquement quantitatives.

A cause de notre humaine essence, nous sommes constamment attirés par deux pôles qui sont antagonistes: la conscience morale et nos instincts, ou plus simplement, l'amour et la haine. Notre expérience, mieux guidée, nous a conduits à abandonner la conception cartésienne d'une séparation de corps et de l'esprit car le phénomène humain est une oeuvre de synthèse. Un jour viendra peut-être où l'on proclamera que le plus grand péché contre l'esprit est la négation du corps, entendez: la négation de nos pulsions souterraines. La méconnaissance du corps deviendrait en quelque sorte le péché d'angélisme.

Pour terminer sur une note d'optimisme éclairé, il est permis d'affirmer que grâce à l'entraînement familial précoce, à l'adaptation progressive intelligemment dirigée et à la pratique sciemment consentie de l'éducation de nos antagonismes, nous pouvons en arriver à un accord avec nous-mêmes, et par voie de conséquence, à un accord avec autrui.

Et il me plaît de lever cette séance, décidément très psychiatrique, par la parodie d'une formule de Han Ryner qui embrasse toute la situation: *Ce que j'appelle mon équilibre psychique, c'est l'accord de mon coeur avec mon esprit.*

CORRESPONDANCE

LETTRE DE SUISSE

EFFETS RAPIDES DES DOSES MASSIVES DE PREDNISONNE DANS LES LYMPHOMES MALINS

Il y a une année environ, H. Dubois-Ferrière et ses collaborateurs de la clinique médicale universitaire de Genève avaient montré l'action de fortes doses de cortisone dans la leucémie aiguë de l'adulte. Ils donnaient 1 à 2 gr par jour pendant une période de 8 à 21 jours.

Actuellement, Dubois-Ferrière utilise la prednisonne à la dose quotidienne de 1 gr et il a obtenu dans 5 cas de lymphomes malins des résultats spectaculaires (2 cas de lymphogranulome généralisé, 1 cas de lymphosarcome, 1 cas de lymphogranulosarcome et 1 réticulosarcome).

Le premier malade avait une maladie de Hodgkin à évolution rapide et généralisée: adénopathies axillaires, très forte hépatomégalie, pleurésie importante à droite, plus légère à gauche et infiltrations pulmonaires de la plage gauche. Le malade reçut pendant 6 jours 1 gr de prednisonne et 200 mg les 7 jours suivants. A la fin du traitement, on pouvait constater un nettoyage complet des infiltrations parenchymateuses et la disparition des épanchements pleuraux des deux côtés. Le foie a diminué considérablement de volume et les adénopathies ont presque disparu.

Un deuxième malade atteint de Hodgkin à localisation osseuse et syndrome de sciatique a eu une amélioration très importante avec disparition des douleurs et des phénomènes de compression après 5 jours de prednisonne à la dose de 200 mg par jour, associée à 2 mg de triméthylène-mélanine par jour. Le malade fut capable de reprendre son travail de cultivateur après une semaine.

Une jeune femme de 26 ans est atteinte de lymphosarcome généralisé, avec adénopathies multiples, volumineuses adénopathies médiastinales

qui entraînent une dyspnée intense et une moelle osseuse renfermant 91% de lymphocytes atypiques. La malade reçoit 1 gr de prednisonne durant les 12 premières heures puis 1 gr chaque jour les 3 jours suivants. Après 4 jours de traitement, l'état clinique s'est transformé de manière surprenante. La dyspnée a disparu et les adénopathies axillaires et cervicales ont littéralement fondu. Une radiographie thoracique montre que l'image médiastinale est devenue absolument normale. Ce résultat spectaculaire se maintient et un contrôle ultérieur de la moelle sternale a montré un myélogramme qui est normal. La cure de prednisonne fut poursuivie en tout pendant 7 jours, puis on a administré 2,5 mg de triéthylène-mélanine par jour pour consolider le résultat.

Une malade de 49 ans présente depuis 18 mois un réticulosarcome qui a nécessité de nombreuses cures de roentgenthérapie pour des localisations abdominales, des adénopathies multiples et des réactions pleurétiques.

Au moment de l'installation du traitement, on constate une adénopathie sus-claviculaire gauche, une très grosse masse ganglionnaire dans la région supérieure du médiastin, un épanchement pleural à droite qui remonte jusqu'au tiers supérieur et un léger épanchement à gauche. La malade est très dyspnéique et elle se plaint de violentes douleurs thoraciques qui ne cèdent qu'imparfaitement aux calmants.

Pendant 5 jours, on administre 1 gr de prednisonne par jour. L'effet subjectif est instantané car dès le deuxième jour les douleurs disparaissent. Une semaine après le début du traitement, un contrôle radioscopique montre la disparition des adénopathies médiastinales, la disparition presque complète de l'épanchement pleural à droite. A gauche, le sinus costo-

diaphragmatique est libre. Ce résultat absolument inattendu s'est produit après 5 jours de traitement par les doses massives de prednisone. On a alors administré une unique injection de triméthylacétate de prednisone et commencé un traitement cytostatique chimique pour consolider la rémission.

Le cinquième malade est un homme de 30 ans atteint de lymphogranulosarcome du type réticulaire, qui évolue depuis 5 ans et qui a subi différents traitements radiothérapeutiques et chimiothérapeutiques. Récemment, en raison d'une infiltration importante de la région scapulo-humérale droite, le malade a reçu un traitement de cobaltothérapie. Mais en cours de traitement sont apparues des nodosités cutanées multiples sur la moitié droite du thorax, avec des ulcérations. Une nouvelle biopsie confirma le lymphogranulosarcome réticulaire. On a administré 1 gr de prednisone par jour pendant 6 jours et le 7e jour on notait une très importante diminution des nodosités sous-cutanées et un arrêt de la tendance à l'ulcération des nodules. La régression n'est cependant pas complète et on a depuis lors institué un traitement cytostatique.

L'intérêt des cas qui ont été soumis aux doses massives de prednisone tient dans la rapide et souvent spectaculaire régression des adénopathies, des infiltrations parenchymateuses et pleurales de cas de lymphomes malins arrivés au stade de généralisation où l'on ne pouvait plus envisager de radiothérapie. Le traitement par les fortes doses de prednisone a eu dans tous les cas un effet exceptionnellement favorable qui permet par la suite d'instituer une chimiothérapie cytostatique capable d'assurer une plus longue durée de rémission. Car dans l'état actuel de l'hormonothérapie, on ne saurait attendre d'effet durable des doses massives de prednisone et il semble indispensable soit d'associer d'emblée une chimiothérapie, soit de faire suivre immédiatement la cure de prednisone par un traitement prolongé par un cytostatique.

*
* *

ETUDE DES ANTICORPS ANTIPOLIOMYELITIQUES DANS DES FAMILLES DE MÉDECINS

R. Martin-du-Pan et ses collaborateurs ont étudié récemment l'apparition des « anticorps » par suite d'une infection inapparente de poliomyélite au sein de certaines familles habitant Genève: familles de riverains entre autres, et famille de médecins, en particulier de pédiatres. Comme cette statistique comprend 163 sujets de tous âges, les auteurs émettent une hypothèse concernant l'immunité de la population genevoise vis-à-vis du type II du virus de la poliomyélite et risquent un parallèle touchant la population suisse dans son ensemble.

Une immunité humorale due aux anticorps antipoliomyelitiques circulants n'impliquerait cependant pas, dans l'état actuel de nos connaissances, une immunité complète. En effet, comme dans bien d'autres maladies à virus, des anticorps tissulaires seraient nécessaires pour établir l'immunité totale de l'organisme. Puisque, jusqu'à ce jour, ces anticorps tissulaires ne peuvent pas être testés, on recherche la présence d'anticorps circulants, signes d'une infection antérieure. Et l'on infère qu'il existe une certaine immunité selon leur concentration dans le sérum.

Selon les résultats de cette étude, on voit que le pourcentage des sujets présentant des anticorps dans leur sérum s'élève régulièrement à partir du 6e mois, comme c'est le cas dans d'autres pays civilisés dont l'hygiène est semblable à celle de Genève. Ceci permet de supposer que dans la ville de Genève la contamination ne se fait pas de façon aussi massive ni aussi précoce que dans les régions où l'hygiène est médiocre comme au Caire, par exemple.

D'autre part, la similitude des courbes représentant les cas de poliomyélite à Genève et en Suisse en relation avec l'âge amène à croire que l'immunité de la population genevoise est très proche de celle de l'ensemble de la Suisse. Mais il va sans dire que cette immunité peut varier d'un endroit à l'autre.

Les auteurs ont étudié en outre certaines familles vivant en été dans la même campagne au bord du lac; les résultats montrent une nette différence de l'immunité familiale suivant les familles.

Comment expliquer ce fait? il faut admettre que bien des sujets ne fabriquent pas toujours suffisamment d'anticorps pour qu'on puisse déceler ceux-ci dans le sérum dilué au 1/10.

Les pédiatres et à plus forte raison les médecins travaillant au laboratoire de la poliomyélite sont certainement les adultes qui entrent le plus fréquemment en contact avec les virus de la poliomyélite. C'est pourquoi Martin-du-Pan et ses collaborateurs ont cherché la présence d'anticorps antipoliomyélitiques dans le sérum de leurs enfants. Or, contrairement à leur attente, le pourcentage des sujets immunisés vis-à-vis des différents types n'est pas supérieur chez les enfants de médecins à celui d'autres enfants vivant dans les mêmes conditions et dont les parents exercent une autre profession. Comment expliquer ces faits contradictoires? Comme l'ont démontré plusieurs auteurs, il semble bien que dans l'en-

tourage d'un malade atteint de poliomyélite les adultes immuns ne soient que très rarement porteurs de germes. D'autre part, les médecins ou personnes qui travaillent avec des virus de la poliomyélite ou soignant des malades ne tombent pas plus fréquemment malades que d'autres adultes. En outre les mesures d'hygiène auxquelles s'astreignent les médecins éliminent divers modes de transmission de la maladie.

Quelle conclusion pratique faut-il tirer de ces recherches? Qui faut-il vacciner?

Si l'on en croit les statistiques suisses, les enfants âgés de 1 à 10 ans sont les plus atteints par les formes apparentes de la poliomyélite, paralytique ou méningée; c'est pourquoi les Américains et les Danois ont commencé par vacciner cette classe d'âge. Mais les cas d'adultes deviennent de plus en plus fréquents et il semble bien que, si l'on veut juguler complètement cette terrible maladie, la vaccination devra s'appliquer à la population entière.

Dr P. RENTCHNICK.

Genève, le 1er septembre 1956

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

D. MUNCK et N. I. NISSEN. — **Développement d'un syndrome néphrotique durant le traitement avec des diurétiques mercuriels.** (*Development of Nephrotic Syndrome during Treatment with Mercurial Diuretics.*) "Acta Medica Scandinavica", 153: 307 (fac. IV), 1956.

Les auteurs décrivent le rôle étiologique de certains diurétiques mercuriels sur l'apparition du syndrome néphrotique chez quatre de leurs malades.

Le syndrome néphrotique comprend des œdèmes massifs, une albuminurie, une hypoprotéïnémie et habituellement une élévation du cholestérol sanguin. Un examen post-mortem exécuté sur l'une de leurs malades ne montra pas de changements macroscopiques ou microscopiques définis.

Les composés mercuriels organiques et inorganiques exercent une action diurétique. Leur mode d'action n'a pas encore été complètement éclairci, mais il n'y a pas de doute qu'ils bloquent la réabsorption du sodium dans les tubules rénaux. On croit que cet effet est dû à une paralysie temporaire de certains systèmes enzymatiques.

Parmi les effets secondaires des diurétiques mercuriels, les troubles électrolytiques sont parmi les plus fréquents. Les auteurs mentionnent certains symptômes peu fréquents des lésions rénales.

1. Albuminurie modérée passagère dans les urines.

2. Syndrome néphrotique.

3. Défaillance rénale aiguë avec oligo-anurie, albuminurie et une urée sanguine augmentant rapidement.

En conclusion, les auteurs affirment que les effets secondaires rénaux nocifs provoqués par les diurétiques mercuriels peuvent être évités si on prend les précautions suivantes:

1. Ne pas répéter l'administration du médicament si la première dose donne peu ou pas de résultats.

2. Devant un traitement prolongé avec les diurétiques mercuriels, l'examen des urines pour la recherche de l'albumine devrait être fait plus fréquemment.

Sylvio DESAUTELS.

C. L. QUARTE, J. RENAUD et C. L. CHATELIN. — **Les dyskinésies biliaires psychosomatiques. Approche clinique et données thérapeutiques.** "La Sem. des Hôp. de Paris", 31: 2033-44, 1955.

Les D. B. Psychosomatiques représentent une forme physiopathologique isolable parmi les maladies biliaires fonctionnelles ou organiques. Elles sont l'expression d'aboutissement localisée d'un déséquilibre total de toute la personne: la Maladie Psychosomatique. On sait que toute maladie fonctionnelle introduite par une perturbation neuro-végétative doit faire rechercher à son origine un déséquilibre psychique, puisque le S.N.V. est la voie des corrélations psycho-organiques. De plus, les malades biliaires présentent pour la plupart des troubles psychiques préexistants à leur maladie. Ainsi la nature physiopathologique de la maladie et le caractère propre des malades devraient-ils inciter à cette étude psychosomatique.

L'examen procède donc en deux étapes. Il faut d'abord mettre en évidence le trouble psychosomatique foncier du malade. Puis il faut retrouver le mode selon lequel cette perturbation s'est exprimée au niveau des voies biliaires plutôt qu'en un autre point de l'é-

conomie. Les cas étudiés par les auteurs sont présentés en un tableau synoptique, l'examen étant centré sur la réceptivité et la réactivité affectives des sujets (champ émotionnel, conduite émotionnelle, dans ses trois voies d'expression: comportement, modifications végétatives, courant psychique — possibilités d'anomalies de structure psychique: trouble thymique ou affectif — données historiques et conditions d'ambiance). Il apparaît que tous les cas étudiés ont des troubles structuraux thymiques ou affectifs. Leur déséquilibre émotionnel apparaît à la fois dans l'abaissement du seuil émotionnel et dans la prédominance de la réactivité neurovégétative sur celle de l'Idéation (immaturité émotionnelle). Ces manifestations neuro-végétatives elles-mêmes se montrent anormales à l'examen clinique (anomalies de la motricité capillaire...). Ainsi tous les cas étudiés présentent-ils un fort « coefficient d'anomalies psychosomatiques ». Ces malades ont en commun un certain nombre de particularités qui peuvent faire comprendre pourquoi la maladie psychosomatique s'est exprimée au niveau des voies biliaires plutôt qu'ailleurs.

1. Sexe féminin: 88%.
2. Age moyen: 42 ans.
3. Antécédents pathologiques fonctionnels: 100%.
4. Association de troubles structuraux aux troubles émotionnels: 100%.

De ceci on retire que la D. B. n'est pas une maladie « primaire », mais la conséquence d'une première perturbation qui peut être:

1. un trouble gastrique, modificateur du pH duodénal, donc perturbateur des mécanismes de chasse biliaire. Ce trouble gastrique serait lui-même en rapport avec une dysthymie;
2. un trouble colique, à type constipation, déclenchant un réflexe d'inhibition vésiculaire. La constipation est en raison de sa physiopathologie le trouble psychosomatique le plus fréquent;
3. une O.S.K. dont la nature psychosomatique semble prouvée quand coexistent des troubles émotionnels et des difficultés sexuelles. Les rapports entre O.S.K. et D.B. sont

discutés: un même coefficient psychosomatique élevé se trouve dans les deux cas expliquant des atteintes organiques variées, et les auteurs notent la fréquence relative des ictères émotionnels chez ces malades présentant une O.S.K.

La thérapeutique des dyskinésies biliaires psychosomatiques nécessite l'étroite collaboration du chirurgien et du psychosomaticien. L'arsenal de ce dernier comprendra à la fois les moyens biologiques visant le système nerveux végétatif à ses différents niveaux et les méthodes psychothérapeutiques.

Jacques ROSKAM. — **Les modes d'action directe et indirecte de la salicylothérapie.** "La Sem. des Hôp. de Paris", 32: 2 (22 février) 1956.

L'auteur, tout en reconnaissant aux salicylés certaines propriétés anti-inflammatoires directes, rappelle les arguments expérimentaux, cliniques et biochimiques démontrant l'action stimulatrice de ces substances sur la sécrétion du cortex surrénal. L'hypersécrétion des 17 hydroxycorticostéroïdes interviendrait dans les effets heureux de la salicylothérapie intense, continue et prolongée au cours des maladies du collagène et les états similaires.

Expérimentalement, chez l'animal, sous l'influence d'une salicylémie élevée et avec une intégrité fonctionnelle parfaite de l'axe hypothalamus-antéhypophyse-cortex surrénal on provoque une hypersécrétion de corticotrophine en ACTH et par conséquent le corticoïde du type cortisone. Les modifications observées comprennent d'abord les symptômes hématologiques, histologiques et biochimiques considérés comme révélateur par leur groupement d'une hypersécrétion d'ACTH.

- a) Lympho et éosinopénie sanguines;
- b) Pycnoses dans le thymus et les organes lymphoïdes;
- c) Raréactions des enclaves lipidiques de la fasciculée cortico-surrénale;
- d) Déplétion de la surrénale en acide ascorbique et en cholestérol;
- e) Elévation du glycogène hépatique.

Ensuite et plus directement une augmenta-

tion du taux sanguin des 17 hydroxycorticostéroïdes et enfin une élévation temporaire de la corticotrophine.

Cliniquement, nous voyons l'identité du spectre d'action des salicylés et des hormones sur des états morbides de nature apparemment différents, groupés sous le nom de maladies du collagène. Ces maladies sont la polyarthrite chronique, la fièvre rhumatismale, le lupus érythémateux disséminé, la péri-artérite noueuse, le purpura rhumatoïde ainsi que la spondylarthrite, le rhumatisme psoriasique, la goutte. Il n'y aura de résultats favorables que si la salicylémie est aux environs de 35 mg. pour 100 ml. et que le complexe hypothalamus-antéhypophyse-cortex surrénal du patient est excitable.

Ceci implique l'administration quotidienne de 6 à 10 gr. d'aspirine sans bicarbonate de soude, en 6 à 10 prises espacées sur les 24 heures de préférence après avoir mangé et avec beaucoup de liquide. En cas d'intolérance gastrique, recourir aux enseals (Lily) ou à l'association aspirine-alucol (alcacyl) ou à l'acétylsalicylate de Calcium (disprine).

Au cours de la salicylothérapie intensive on a noté dans environ un dixième des cas, l'apparition des effets secondaires (*untoward reactions*) notés dans la thérapeutique par cortisone ou ACTH, soit:

1. Rétention de H₂O et NaCl avec infiltration œdémateuse des téguments, hypertension artérielle.
2. Une hypokaliémie se traduisant par de l'asthénie, des troubles cardiaques, des parésies.
3. Un syndrome rappelant la maladie de Cushing.
4. Une résistance moindre aux affections.
5. Des troubles neuropsychiques variés.

Parmi les arguments biochimiques en faveur d'une action hormonopoïétique des salicylates, les auteurs rapportent une hypersécrétion rénale des corticoïdes réducteurs au cours de l'administration des salicylés. Leurs résultats sont cependant contestés par Smith, Gray et Lunnon. Les analyses sanguines montrent chez cinq patients sur six avec une

salicylothérapie bien tolérée une augmentation significative par rapport aux valeurs normales du taux sanguin des 17 hydroxycorticostéroïdes.

Mais en dehors de leur action hormonopoïétique, les salicylés possèderaient certaines propriétés pharmacologiques directes, susceptibles de réduire l'intensité des phénomènes inflammatoires. Effets antiphlogistiques comparables plutôt à ceux du phénergan qu'à ceux de la cortisone.

En conclusion, l'auteur présente certains faits comme acquis:

1. Une salicylémie élevée entraîne une augmentation des 17 hydroxycorticostéroïdes sanguins.
2. Huit gr. de salicylés par jour amène une élévation comparable à 20 mg. d'ACTH retard.
3. Cet hypercorticoïdémie amène une augmentation de l'élimination rénale des 17 hydroxycorticostéroïdes et des corticoïdes réducteurs; ces deux réactions pouvant continuer un certain temps après arrêt du traitement.
4. Les salicylés ont des propriétés anti-inflammatoires directes, indépendantes de toute stimulation cortico-surrénale.

Sylvio DESAUTELS.

G. MORETTI, A. GEYER et M. DUCLOUX. —

Le pancréas dans les cirrhoses alcooliques.
"La Presse Médicale", 64: 376 (fév.) 1956.

Les auteurs ont repris l'étude du pancréas dans les cirrhoses du point de vue biologique et histo-chimique.

De cette façon peut être établie l'image dynamique de cette glande.

L'atteinte du pancréas externe est précoce et constante. A la chute de la trypsine, de la lipase et de l'amylase pancréatiques, souvent précessive de la *cirrhose* correspondent, outre des modifications banales du conjonctif, la pycnose et la dégénérescence atrophique d'assez nombreuses cellules acineuses, une diminution et une répartition inégale de l'ergastoplasme, une absence ou une diminution importante des grains de sécrétion.

A cette atteinte du pancréas, s'oppose l'hyperplasie fonctionnelle des parotides.

L'étude du pancréas interne montre, outre une polynésie avec macro-anisonésie, une hyperplasie intra et extra-insulaire des cellules A.

La signification de cette histophysiopathologie est discutée.

CARDIOLOGIE

Ch. DUBOST, C. PIOT, C. LENFANT, J. PASSELECQ, J. GUERY, H. Le BRIGAUD, C. WAPLER, Ph. BLONDEAU et M. WEISS. Techniciens: M. FOUILLAND, Mlle ROUANET et Mme AIME. — **Fermeture d'une communication interventriculaire à cœur ouvert, sous circulation extra-corporelle. Premier succès français.** "Mémoires de l'Académie de Chirurgie", 82: 207, 1956.

L'auteur après avoir mentionné que la cure opératoire des déhiscences de la cloison interventriculaire, pour être exécutée dans de bonnes conditions, nécessite l'ouverture cardiaque, rendue possible par l'utilisation d'une circulation extra-corporelle, fait un bref historique du système destiné à remplacer le cœur et les poumons. Déjà avant la guerre, Gibbon avait obtenu quelques succès expérimentaux et, depuis, Crafoord, Dennis, Jongloed, A. Thomas, s'attaquèrent à ce problème sans y apporter une solution définitive. Le problème en effet était complexe: héparinisation du sang, hémolyse, emprisonnement de bulles d'air dans la masse sanguine, etc...

La pompe a été l'élément le plus simple à réaliser. Le problème le plus difficile a été l'oxygénation du sang, ce que démontre la multitude des oxygénateurs.

En 1953, Lillehei, de Minneapolis, contourne la difficulté de l'oxygénateur en se servant du sang artériel d'un donneur (qui en l'occurrence se trouve être le père, la mère ou le proche parent de l'enfant). Son expérimentation est basée sur la notion du flot de l'azygos, établie par deux Britanniques: Andreasen et Watson. Ces auteurs prouvent qu'un animal peut vivre sur le flot de son azygos, veines caves clampées, 30 minutes, soit avec un débit de 8 à 14 cc./minute/kilogramme. C'est-à-dire environ le dixième ou le vingtième du flot normal.

Les expériences de Lillehei sur l'animal montrèrent 80 pour cent de succès avec débit de 30 à 40 cc./minute/kilogramme. La transposition de l'animal à l'humain eut lieu avec de beaux succès, mais l'on s'aperçut très vite des limites et des dangers de cette méthode: en effet, ne pouvaient être opérés que des sujets jeunes ne dépassant pas 20 Kg.: 800 cc. étaient considérés comme le débit maximum que pouvait livrer un donneur. Et ce donneur était exposé à des accidents qui un jour ou l'autre se solderaient par une issue fatale. C'est alors que le donneur fut remplacé par du sang oxygéné, prélevé en réchauffant le bras, dans une veine du pli du coude. Ce procédé employé dans un certain nombre de cas, s'avéra bien vite, en dehors de son caractère limitatif, comme peu satisfaisant.

A la même période, le cœur-poumons de Gibbon progressait et la Mayo Clinic l'adoptait. Il en existe un seul exemplaire dont le prix de revient est de 600,000 dollars.

Pendant ce temps, à Minneapolis, après tâtonnement sur le poumon de chien, le docteur De Wall construisait un oxygénateur simple et à prix modique. Les expériences sur l'animal étant concluantes, la transposition sur l'humain se fit avec de beaux succès.

Le docteur Dubost, fasciné par cette méthode, l'adopta d'emblée et, avec l'assistance du docteur De Wall, due à la bienveillance du professeur Wangenstein, l'expérimentation fut un succès: (sur 20 chiens, 18 avec survie définitive: auriculotomie, ventriculogimie dépassant 25 minutes).

Encouragés par cette expérimentation, les auteurs pratiquèrent chez une enfant de sept ans pesant 19 kilogrammes une auriculotomie pour communication inter-auriculaire mal tolérée. Thoracotomie transverse dans le troisième espace, mise en place de cathéters dans les veines caves et l'aorte. Auriculotomie droite. Il s'agissait d'un « ostium Commune ». La fermeture fut satisfaisante, mais décès 24 heures après l'intervention (oligurie encore inexplicquée).

Devant cet échec, l'expérimentation fut reprise avec étude très poussée de toutes les

constantes biologiques du sang oxygéné. Celle-ci étant jugée très satisfaisante la transposition à l'être humain s'opéra sur une enfant de quatre ans et demi, présentant une communication inter-ventriculaire mal tolérée. Ventriculotomie, communication inter-ventriculaire de 1½ cm. de diamètre, cachée par les cordages de la tricuspide. Cinq points séparés furent nécessaires. Durée totale de l'intervention: 20 minutes. Réveil bon. L'enfant quitte l'hôpital trois semaines après l'intervention en excellent état. L'hémolyse au cours de l'intervention fut évaluée seulement à 5 mgm pour 100 cc. de sang. Le pH ne changea pas. Il n'y eut pas d'hémorragie post-opératoire.

La fin de l'article comporte un paragraphe du professeur E. d'Allaines félicitant le docteur Ch. Dubost du premier succès européen avec cœur-poumon artificiel.

Emile BERTHO.

J. A. WOOD, J. K. ALEXANDER, C. W. FRANK, J. R. WEST, D. W. RICHARDS. — **Quelques effets cliniques et physiologiques de la commissurotomie mitrale.** (*Some clinical and physiologic effects of mitral commissurotomy.*) "Circulation", 13: 178 (février) 1956.

Les auteurs disant en principe que les résultats de la commissurotomie dépendent de la précision du bilan établi avant l'opération, rapportent les observations cliniques et hémodynamiques effectuées chez 18 malades avant et après la commissurotomie.

Ils trouvèrent une augmentation du débit cardiaque chez 6 malades en même temps qu'une diminution de la pression artérielle pulmonaire. Chez cinq malades, la même diminution de pression apparut dans l'artère pulmonaire, alors que le débit cardiaque n'avait pas augmenté. Seize malades affichèrent une diminution de leur dyspnée; 13 d'entre eux eurent une capacité de travail augmentée.

Les malades qui ne montrèrent aucune amélioration, tant objective que subjective, après l'opération, présentaient un tableau hémodynamique comparable à celui qui existait avant l'opération.

Il y eut chez sept malades sur 9, une diminution du volume du cœur, qui s'accompagna chez 5 malades d'une amélioration du débit cardiaque.

Les auteurs divisèrent leurs malades en 3 classes en essayant d'établir un pronostic post-opératoire:

1. Sténose mitrale avec rythme sinusal et hypertension pulmonaire: indication de choix pour l'opération.

2. Sténose mitrale avec fibrillation auriculaire, débit cardiaque très réduit et hypertension pulmonaire importante accompagnée d'insuffisance cardiaque: ces malades ne profitèrent pas de l'opération.

3. Sténose mitrale avec débit cardiaque réduit, hypertension pulmonaire légère et histoire d'insuffisance cardiaque dans le passé: il est impossible présentement de dire si ces malades peuvent être de bons candidats à la commissurotomie.

Charles LEPINE.

Myron PRIMZMETAL, A. GOLDMON, R. A. MASSUMI, S. RAVKITA, L. SCHWAATZ, R. KENNAMER, K. KURAMOTO et H. PIPHERGER. — **Implications cliniques des erreurs d'interprétation électrocardiographique: maladies cardiaques d'origine électrocardiographique.** (*Clinical Implications of Errors in Electrocardiographic Interpretation: Heart Disease of Electrocardiographic Origin.*) "J. A. M. A.", 161: 138 (12 mai) 1956.

Trop de médecins attachent une importance exagérée à l'électrocardiogramme pour faire le diagnostic d'une maladie cardiaque et sous-estiment la valeur de la clinique. Les auteurs appellent « maladie cardiaque d'origine électrocardiographique » un ensemble de symptômes dans lequel les symptômes cardiaques subjectifs sont occasionnés ou intensifiés par un diagnostic de maladie de cœur posé sur la foi d'une anomalie électrocardiographique. Les symptômes varient de patient à patient et dépendent en grande partie des circonstances qui ont précédé leur apparition tel que le décès d'un ami, etc. L'anxiété et la douleur dans la poitrine sont des symptômes fréquents.

ainsi que les sensations de faiblesse et les palpitations.

La douleur est habituellement sourde, constante, affectant la paroi thoracique antérieure. Elle est généralement plus marquée à gauche qu'à droite et chez la femme située sous le sein gauche. Elle est aggravée par la torsion du corps ou par l'extension du cou ou des bras et soulagé par la flexion en avant. Le patient n'est pas réveillé par la douleur et la nitroglycérine est sans effet ou n'agit qu'après 5 à 30 minutes, i.e. longtemps après que l'action pharmacologique a eu lieu.

Les sensations de faiblesse sont souvent associées à l'hyperventilation. La pression artérielle et le pouls demeurent habituellement sans modification.

A l'examen physique, on note souvent une sensibilité à la pression digitale de la paroi thoracique antérieure. Elle est localisée soit dans les tissus mous, soit dans le squelette et de sévérité variable. Le cœur est habituellement normal en volume et à l'auscultation.

La douleur thoracique d'origine angineuse survient de façon épisodique avec des intervalles de temps sans douleur. Elle est habituellement rétro-sternale, irradiant dans le cou, l'épaule et le bras gauche. La nitroglycérine agit très rapidement.

Variantes normales de l'électrocardiogramme.

Des changements dans le segment ST et de l'onde T n'indiquent pas nécessairement des dommages anatomiques et peuvent survenir en dehors de tout facteur cardiaque ou extracardiaque. La crainte peut modifier ces segments de même que la période post-prandiale.

Le traitement est à la fois prophylactique et curatif. La découverte d'une observation électrocardiographique bénigne est semblable à la découverte d'un murmure fonctionnel ou d'une albuminurie posturale. On doit en avertir le patient et lui expliquer sa signification. L'électrocardiographe qui interprète ces tracés devrait indiquer dans sa conclusion que de tels changements peuvent survenir dans un cœur normal.

En conclusion on doit considérer l'électrocardiogramme comme un aide dans le diagnos-

tic clinique. L'impression clinique doit avoir l'avantage sur l'interprétation électrocardiographique. Des erreurs d'interprétation continueront à survenir à cause de la pauvreté de nos connaissances concernant la genèse des différentes composantes de l'électrocardiogramme et des limites incertaines séparant le normal du pathologique.

Sylvio DESAUTELS.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Guy ALBOT, Jean HERMAN et Claude-M. FAYE. — **Formes évolutives de l'hépatite cirrhogène stéatosique alcoolique.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 713 (juin) 1955.

Les auteurs ont pu isoler divers syndromes histo-biologiques des hépatites alcooliques dont chacun possède un aspect histologique et un syndrome biologique caractéristique (hépatite alcoolique subaiguë cytolytique, hépatite alcoolique subaiguë stéatosique, hépatite alcoolique cirrhogène cytolytique et hépatite alcoolique cirrhogène stéatosique). Ces deux dernières constituent la pré-cirrhose. L'étude présente envisage les caractères évolutifs de l'hépatite cirrhogène stéatosique.

Cette entité est caractérisée histologiquement par l'association de plages de stéatose, de plages de cellules clarifiées au chondriome marginé, pauvres en ribonucléines et de nodules de petites cellules de régénération, riches en chondriome et en ribonucléines. Biologiquement, les troubles fonctionnels globaux portent à la fois sur les épreuves de traversée et sur les tests de floculation, sauf le Kunkel qui est normal.

L'évolution se fait toujours vers la cirrhose anatomique. Cliniquement et biologiquement cette variété est caractérisée par son allure subaiguë, par ondes successives qui la distinguent de l'allure lente, progressive et sans répit des hépatites cirrhogènes cytolytiques.

Le plus souvent elle est faite d'ondes évolutives séparées par des répits plus ou moins longs. Ces ondes peuvent prendre l'aspect histologique et biologique soit de l'hépatite subaiguë stéatosique non cirrhogène, soit de l'hépatite chronique cirrhogène stéatosique.

Selon la gravité de l'intoxication, le délai d'évolution vers la cirrhose décompensée est plus ou moins long. Dans les cas très graves, l'évolution se fait sans répit mais alors de façon subaiguë assez rapide vers la cirrhose décompensée, l'ictère grave ou le coma hépatique: dans ces cas, malgré la disparition de la stéatose sous l'influence de la médication lipodrope, on assiste à l'évolution d'une hépatite cytolytique subaiguë que masquait la stéatose et qui aboutit rapidement à la cirrhose décompensée: ces formes graves rejoignent les aspects anciennement décrits du syndrome ictéro-ascitique de Noël Fiessinger.

Ces diverses modalités évolutives, dont les auteurs donnent des exemples constituent une preuve supplémentaire de l'opinion qu'ils ont déjà défendue selon laquelle la stéatose hépatique est une surcharge et non le facteur déterminant dans l'évolution cirrhogène des hépatites alcooliques chroniques. La stéatose n'est d'ailleurs pas constante dans la phase précirrhotique. Le seul processus constant et nécessaire de l'évolution cirrhogène est l'hépatite parenchymateuse diffuse avec clarification cellulaire généralisée, margination du chondriome et cytolysse, antérieurement décrite par G. Albot, en 1931.

H. PIETRI et M. GUNTZ (Alger). — **Etude critique de la portographie trans-splénique: de quelques données qui servent à une meilleure intelligence des phlébographies.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 857 (juillet-août) 1955.

Pour interpréter correctement une splénoportographie, il doit toujours être tenu compte de deux facteurs: le volume et la poussée d'injection de la substance opaque.

Le volume du produit iodé injecté dans la rate ne peut être le même pour tous les malades. Si 20 - 30 cc. de diodone à 70 pour cent donnent une S.P.T. satisfaisante pour un sujet normal, ces quantités ne suffisent plus chez les cirrhotiques porteurs de grosses dérivations collatérales. La mauvaise imprégnation des foies scléreux par le produit iodé — réserve faite d'une obstruction spléno-portale — n'a

d'autre explication qu'une insuffisance de volume du liquide opaque injecté.

La poussée d'injection est une donnée déterminante pour la bonne compréhension des sériographies. L'injection de la substance opaque se fait sous forte pression: le liquide hypertendu réalise un véritable éclatement du tissu splénique et fait alors irruption dans les veines et veinules ouvertes.

L'injection à la seringue ne saurait être assimilée à une perfusion physiologique.

Le facteur d'hypertension de la substance opaque, s'il n'apporte que de légers correctifs à la lecture d'une S.P.T. sur individu normal, modifie sensiblement l'interprétation d'une S.P.T. pour barrage intra-hépatique.

Dans ces cas pathologiques le sens suivi par le liquide opaque et la vitesse du courant sous hyperpression sont des données artificielles.

Pour se replacer dans des conditions plus physiologiques il faut attendre quelques secondes après la fin de l'injection pour que les effets de l'hyperpression soient amortis. Alors le sens et la vitesse du courant pourront être appréciés plus valablement.

Il suffit — quand ils existent — de suivre la progression des résidus iodés dans les veines splanchniques. L'étude du cheminement de ces traînées opaques permet de faire de surprenantes constatations dans les cas de barrage intra-hépatique: les courants splanchniques évitent le foie, leur progression est très lente.

Ainsi l'hyperpression d'injection, une fois amortie, laisse possible par la S.P.T. une étude de l'orientation et de la vitesse du flux porte dans les syndromes d'hypertension portale.

F. TAYEAU. — **A propos de l'estérification du cholestérol sérique.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 740 (juin) 1955.

L'auteur rappelle tout d'abord les notions classiques sur le transport des graisses et les données généralement admises selon lesquelles l'estérification du cholestérol sérique s'effectuerait sous l'influence d'une cholestérol-estérase (Sperry), d'origine hépatique (Thannhauser).

Il passe ensuite en revue les principales recherches concernant les variations du rapport esters du cholestérol/cholestérol total (E/T) au cours de diverses affections hépatiques et il note la signification très discutable de ce rapport.

Il signale alors le pouvoir que possède le sérum sanguin d'estérifier *in vitro* son cholestérol et montre le peu de rapport qui existe entre les altérations de ce pouvoir et les principaux tests de dysfonctionnement hépatique.

Se basant sur les travaux de Swell et Treadwell et sur les siens, il met en doute l'existence d'une cholestérolstérase sérique, puis il discute les divers facteurs susceptibles d'exercer une influence sur l'estérification du cholestérol et par conséquent sur la valeur du rapport E/T:

a) *La cholalémie*: lorsque les sels biliaires se trouvent dans le sérum à l'état de complexes sels biliaires-protéines, ils exercent un effet inhibiteur notablement accru sur l'estérification du cholestérol;

b) *L'activité de la técithase sérique*: cet enzyme, d'origine probablement hépatique, décompose les lécithines et fournit les acides gras nécessaires à l'estérification du cholestérol (Le Breton et Pantaléon); les variations de son activité se reflètent donc sur le taux des stéroïdes;

c) *La stabilité des associations lipido-protéidiques*: l'auteur démontre le rapport étroit qui existe entre l'estérification du cholestérol et la stabilité des associations lipido-protéidiques dont la biogenèse est très probablement hépatique. Lorsque la stabilité de ces associations se trouve perturbée, l'estérification du cholestérol s'en ressent;

d) *Les dyslipémies*: la teneur du sérum en cholestérol, à l'état de dispersion normale, se trouve conditionnée par la phospholipidémie; lorsque le rapport phospholipides/cholestérol descend en deçà d'une certaine valeur, le cholestérol échappe à l'estérification.

Tous ces facteurs, dont les variations sont souvent très difficiles à saisir, prouvent que

le rapport E/T ne doit être interprété qu'avec la plus grande circonspection.

P. HILLEMAND, R. VIGUIE, J. NALLET et J. LUNEL. — **Recto-côlite hémorragique et section des fibres thalamo-corticales.** "Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris", **71**: 1228 (déc.) 1955.

Les auteurs, à la suite de Cattani qui le premier fit pratiquer des infiltrations bilatérales de novocaïne intra-cérébrale par le docteur Bucaille, pour détruire les fibres thalamo-corticales, ont employé cette méthode chez deux malades atteints de recto-colite hémorragique.

Le premier malade était un jeune homme de 25 ans avec un taux de 50 grammes par litre de protides. Une électro-coagulation bilatérale est pratiquée par le docteur Bucaille; très rapidement l'état général du malade se transforme tant sur le plan fonctionnel, que sur le plan général, et local.

La seconde intervention concerne une femme dans un état extrêmement grave avec un taux de protides à 35 grammes pour 1000. Les chirurgiens ayant refusé la moindre intervention, une électro-coagulation cérébrale est pratiquée chez cette malade. Chez cette femme mourante on a pu obtenir une transformation générale et une remontée des protides à 77 grammes.

Les auteurs opposent ces deux communications. Dans la première il s'agissait d'une recto-colite hémorragique grave de date récente et ils ont obtenu une guérison actuelle. Chez la seconde, atteinte d'une recto-colite hémorragique de longue date avec lésions irréversibles, l'intervention a transformé l'état général de cette femme et permettra de pratiquer ultérieurement une colectomie.

Ils insistent sur l'électro-coagulation avec section des fibres thalamo-corticales: intervention essentiellement bénigne, qui doit toujours être pratiquée avant une opération mutilante. Si les lésions sont réversibles, on peut espérer une guérison (Cattani a des observations avec un recul de 3 ans) et elle évite au malade la grave infirmité qu'est l'iléostomie.

Si les lésions sont irréversibles, cette intervention transformera l'état général du sujet et permettra, dans de bien meilleures conditions, une colectomie secondaire.

H. AYARI et J. CAROLI. — **Avenir de la cholédocolithiase opérée.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 892 (juillet-août) 1955.

L'angiocholographie intraveineuse a permis aux auteurs de refaire l'étude des suites éloignées de la lithiase cholédocienne opérée.

Le premier problème qu'ils ont étudié est celui des récidives authentiques des calculs cholédociens. Avant l'ère du contrôle angiocholographique et radiomanométrique per-opératoire et post-opératoire, toutes les soi-disant récidives lithiasiques pouvaient être légitimement suspectées d'être des calculs oubliés.

Depuis l'ère du contrôle per-opératoire systématique, sur 160 dossiers de cholédocolithiases opérées, les auteurs n'ont pas trouvé un seul cas de récidive calculeuse métabolique authentique. La rechute cholédocienne a toujours une cause: il peut s'agir de compression autour d'un corps étranger; il s'agit, le plus souvent, d'une lithiase reconstituée au-dessus d'un obstacle méconnu (papillite, sténose du cholédoque). La lithiase récidivante au-dessus d'un obstacle n'est pas toujours une lithiase molle.

Les anastomoses bilio-digestives peuvent être une cause de récidive calculeuse: un cas après implantation cholédeco-duodénale, un cas après anastomose duodéno-cholédocienne latéro-latérale, un cas après sphincterectomie.

Malgré l'angiocholographie per-opératoire, les récidives sur calculs laissés en place peuvent survenir en cas d'empierrement calculeux du cholédoque (calculs intra-hépatiques non extirpables, radiomanométries de contrôle insuffisantes: deux observations). A ce sujet, les auteurs définissent et opposent l'empierrement calculeux primitif et l'empierrement calculeux migrateur.

Dans la seconde partie de ce travail, les auteurs ont envisagé l'avenir du cholédoque opéré. Ils ont revu à cette occasion 70 malades

opérés à Saint-Antoine de lithiase cholédocienne. Ils ont pu contrôler 32 fois l'état du cholédoque grâce à la Biligraphin. Leurs résultats sont univoques. Quel que soit le calibre du cholédoque avant l'intervention, le temps de latence entre l'intervention et le contrôle, le mode d'intervention et la durée du drainage, *le cholédoque conserve toujours son calibre initial.*

La raison de la dilatation du cholédoque semble résider dans la nature primitive, essentielle de cette ectasie.

Dans la dernière partie de ce travail, les auteurs ont voulu vérifier la théorie généralement admise de la dilatation du cholédoque après cholécystectomie.

Les travaux expérimentaux, pour la plupart contradictoires, sont loin de prouver la nécessité d'une dilatation cholédocienne après cholécystectomie chez l'animal.

Grâce à la confrontation des statistiques de Biligraphin (250) et de radiomanométries per-opératoires (69), les auteurs ont constaté le peu de fondement de cette théorie appliquée à l'homme. Au décours d'une lithiase vésiculaire, non compliquée de lésion au niveau de la voie biliaire principale, le cholédoque garde son calibre initial, indépendamment du temps écoulé depuis l'intervention et de l'exclusion ou de la non exclusion vésiculaire avant l'acte opératoire.

Guy ALBOT, C. NEZELOF et A.-Gérard PREVOST. — **Tumeur carcinoïde du bulbe duodénal.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 460 (avril) 1955.

A propos de l'observation d'un cas de tumeur carcinoïde du bulbe duodénal, il faut rappeler les principaux problèmes soulevés par ces tumeurs. Le diagnostic clinique est impossible. La radiologie oriente en général vers le diagnostic de tumeur bénigne, alors que ces tumeurs carcinoïdes sont parfois malignes, de façon d'ailleurs assez atténuée. L'identification histologique, seul élément de diagnostic formel, peut être délicate en l'absence de granulations argentaffines et l'appréciation de la bénignité ou de la malignité difficile en l'ab-

sence de monstruosités cellulaires très caractéristiques.

Ch. DEBRAY, René LAUMONIER, F. BESANÇON et Pierre HOUSSET. — **La gastrite atrophique du fundus dans l'anémie pernicieuse. — Etude biopsique.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 28 (janv.) 1955.

L'étude biopsique de la gastrite atrophique du fundus chez 50 malades atteints d'anémie pernicieuse, et la comparaison avec d'autres gastrites atrophiques montrent que les lésions élémentaires de l'anémie pernicieuse sont de nature banale. L'originalité des lésions réside dans leur extension, leur intensité, leur irréversibilité, leur ancienneté. Ces faits sont confrontés avec leurs données gastroscopiques, cliniques et biologiques. La valeur pratique de la biopsie gastrique est précisée.

A. G. WEISS, L. HOLLENDER et Z. MASSY. — **Etude du dumping-syndrome sur une série homogène de 100 résections gastriques pour ulcère.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 291 (mars) 1955.

Une étude analytique détaillée de 100 gastrectomies pratiquées rigoureusement selon la même technique et dans les mêmes conditions, nous a montré que celles-ci avaient donné 82 pour cent de bons résultats, mais qu'elles ont été suivies de 9 dumping-syndrome obéissant à la définition que nous en avons donnée.

Le dumping syndrome est sans aucun rapport avec le sexe, l'âge, la localisation ulcéreuse et la durée de la maladie. La notion du terrain, par contre, semble avoir joué indiscutablement un rôle, puisque les malades hypernerveux, ceux enclins aux troubles fonctionnels, ont produit la grande majorité de nos dumpings. De même la durée de la convalescence et l'observation de règles hygiéno-diététiques ont une influence certaine.

L'étude humorale des 9 malades présentant un dumping ne nous a rien appris de décisif. Nous avons, certes, constaté deux fois une hypokaliémie manifeste au moment de l'apparition des troubles, mais l'administration de potassium à titre thérapeutique n'a en rien modifié les symptômes, exception faite de la sensation de fatigue qui diminua après injection

intraveineuse « préventive » de potassium. Il nous semble donc plutôt que cette hypokaliémie ait été, dans nos deux cas, la conséquence d'une perturbation précoce du métabolisme des hydrates de carbone. Les autres électrolytes sont restés dans les limites de la normale.

L'étude de la courbe d'acidité après résection n'a montré aucune différence notable chez les sujets avec ou sans troubles.

Comme d'autres auteurs, nous sommes persuadés que la maladie ulcéreuse, qui est en corrélation si étroite avec l'équilibre neurovégétatif, contient dans son essence même, la genèse d'un éventuel dumping-syndrome. Le fait que celui-ci se développe rarement après les gastrectomies pour cancer nous a frappés. Sur 47 gastrectomies pratiquées dans la même période pour néoplasme gastrique, nous n'avons noté que 1 dumping-syndrome et encore d'une forme très atténuée.

Nous pensons donc que les troubles psychosomatiques, dont la présence se manifeste dans de nombreux états pathologiques, participent d'une manière déterminante à l'installation du dumping-syndrome. Sa nature demeure cependant obscure. Si son point de départ se trouve vraisemblablement au niveau du jéjunum distendu par les aliments mal digérés, qu'il n'est pas préparé à recevoir, la cause réelle du dumping-syndrome ne nous est pas, à l'heure actuelle, connue.

R. CATTAN et A. WAGH MAZLOUM. — **Action de la cortisone, de l'hydrocortisone et de la métacortandracine sur la diarrhée.** "Arch. Mal. App. Digestif", **44**: 113 (nov.) 1955.

Après un historique rapide des travaux concernant la corticothérapie dans les rectocolites ulcéreuses, la sprue et l'iléite terminale, les auteurs rapportent dix observations de diarrhée chronique de causes diverses où cette médication se montra souveraine.

Il faut en rechercher le mécanisme dans une régularisation du métabolisme de l'eau perturbé au niveau des cellules de la muqueuse intestinale et dans l'action anti-inflammatoire de cette thérapeutique.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR JOSEPH-ÉMILE NOËL

Le docteur J.-E. Noël est décédé le 25 septembre à l'âge de 73 ans. Il avait terminé ses études médicales en 1908 à l'Université Laval de Québec. Le docteur Noël était né à Sherbrooke et y avait passé la majeure partie de sa vie professionnelle, y exerçant la chirurgie et y fondant, en 1917, un hôpital qui porta son nom et devint plus tard, soit en 1922, l'Hôtel-Dieu qu'il dirigea jusqu'en 1941. En 1941, il s'établit à Montréal et il continua sa pratique de chirurgie dans les principaux hôpitaux de la Métropole.

Chirurgien réputé de l'Estrie, le docteur Noël était doué en plus d'un réel talent d'organisateur.

Nous prions son fils, le docteur Maurice Noël d'accepter nos condoléances.

LE DOCTEUR A. DESROCHERS

Le docteur A. Desrochers pratiquant à Hull est décédé dans le cours de l'année. L'Université Laval lui avait décerné son doctorat en 1917.

LE DOCTEUR LÉOPOLD ROY

Le docteur Léopold Roy est décédé au cours des derniers mois. Il exerçait à Normandin, au Lac-Saint-Jean, et avait reçu son doctorat de l'Université de Montréal en 1925.

LE DOCTEUR CHARLES BOISVERT

Le docteur Boisvert, du Lac Mégantic, vient de mourir. Il avait reçu son enseignement médical à l'Université Laval qui lui accorda son doctorat en 1926.

LE DOCTEUR ERNEST LACHAPPELLE

Le docteur Lachapelle est décédé en octobre subitement à l'âge de 75 ans. L'Université Laval (Montréal) lui décerna son doctorat en 1907. Il était le fils du docteur Sévérin Lachapelle, pédiatre bien connu de Montréal, intimement lié à l'activité constructive de

cette génération de médecins qui précéda celle de nos maîtres: celle de Rottot, E.-P. Lachapelle, Lamarche, Desrosiers, etc., celle qui fonda la Société Médicale et *L'Union Médicale du Canada*. Le docteur Ernest Lachapelle fut un sportif de toujours et nous nous rappelons ses exploits à la crosse comme joueur de l'historique club « National ». Son départ emporta des souvenirs de médecine et de sport d'un âge qui est presque éteint.

LE DOCTEUR J.-LOUIS WARREN

A 90 ans, le docteur Warren nous quitta il y a quelques jours. Il quitta aussi sa ville et surtout son coin du Square Saint-Louis autour duquel bien d'autres médecins déjà disparus ont habité.

Elève de l'ancienne Ecole de médecine de Montréal et du Collège Bishops, de Lennoxville, le docteur Warren reçut son doctorat en 1894. Il pratiqua activement jusqu'à 1940. Doué d'une personnalité marquante, il refusait de marcher dans les sentiers battus; son non conformisme lui conférait une piquante originalité et une attrayante perspective de la vie. La banale uniformité dans laquelle est plongée l'humanité moderne n'avait aucun sens à ses yeux. Créer son propre climat, se construire une vie selon ses goûts et ses préférences, telle était sa philosophie. Il avait certes raison et c'est ce qui faisait le charme de sa personnalité.

LE DOCTEUR ALFRED DUVAL

Le docteur Duval est mort le 21 octobre à l'âge de 51 ans. Il exerçait à Saint-Jérôme depuis 22 ans et avait contribué à la fondation de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Il reçut son doctorat de l'Université de Montréal en 1954. Membre de plusieurs organisations à activités sociales et philanthropiques, le docteur Duval était capitaine de la réserve du R.C.A.M.C. et faisait partie du Régiment de Joliette.

LE DOCTEUR G.-E. BEAUREGARD

Le docteur Georges-E. Beauregard vient de mourir à l'âge de 79 ans après 53 ans de pratique de sa profession. Il avait obtenu son doctorat de l'Université Laval (Montréal) en 1904. C'est à Montréal que pendant sa longue carrière d'omnipraticien il rendit service à ses semblables.

LE DOCTEUR L.-W. BEAUREGARD

C'est après une longue carrière professionnelle que vient de s'éteindre le docteur Beauregard. Il avait obtenu son doctorat de l'Université Laval (Montréal) en 1896.

Soixante années consacrées à la médecine,

à la lutte contre la souffrance d'autrui et contre le mal de la mort. Heureuse et féconde existence!

LE DOCTEUR ALBERT COMTOIS

Le docteur Albert Comtois est mort accidentellement il y a quelques semaines, en octobre.

En expédition de chasse dans l'immense région de l'Abitibi, il se noya dans les eaux du lac Capitachouane. Agé de 27 ans, le docteur Comtois exerçait à Senneterre depuis un an après avoir terminé ses études à l'Université Laval.

NOUVELLES

NOMINATION DU DOCTEUR LÉON GÉRIN-LAJOIE AU CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, vient d'annoncer la nomination de trois médecins au Conseil Médical du Canada: les docteurs Léon Gérin-Lajoie, de Montréal, Neil MacDonald, de Windsor, Ont., et J. Josephson, de Saint-Jean, Terrebonne.

Ces médecins sont nommés pour quatre ans et entrent en fonction le 7 novembre 1956.

SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

Le docteur Pierre Marion, du Centre de Cardiologie Infantile de l'hôpital Sainte-Justine, cardiologue à l'Hôtel-Dieu de Montréal, a été élu président de la Société de Cardiologie de Montréal.

L'ASSOCIATION DES CARDIOLOGUES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Une nouvelle association, groupant tous les cardiologues certifiés par le Collège des Médecins de la Province de Québec, a été fondée récemment. Son but est de promouvoir les intérêts des cardiologues de la province de Québec et de maintenir, au niveau scientifique, l'étude et l'enseignement de la cardiologie dans la province de Québec.

Les officiers élus, jusqu'à la prochaine réunion, sont les suivants:

Le docteur John H. Palmer, président; le docteur

Pierre Marion, vice-président; le docteur Arnold Johnson, sec.-trésorier; les docteurs J. R. Brow, Albert DeGuise, Paul David et Harold Segall, conseillers.

NOUVEAUX "FELLOWS" DU COLLÈGE ROYAL

Lors du Congrès annuel du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada tenu à Toronto les 26 et 27 octobre 1956, eut lieu la convocation des nouveaux membres associés ou *Fellows*.

Au nombre des nouveaux élus, on remarque les noms des docteurs J.-B. Boulanger, Lucien Coutu, A. Glay, Fernand Grégoire et de Guise Vaillancourt, de Montréal, à la section médecine, et ceux des docteurs Claude Cholette, Yvan Laberge, J.-L. Laberge, J.-L. Lemay, Roger Lapointe, Gilles Maillé, Yves Martineau et T. B. Rasmussen, de Montréal, à la section chirurgie.

L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'assemblée annuelle de l'Association des Chirurgiens de la Province de Québec — *Association of Surgeons of the Province of Quebec* — aura lieu à Québec le 17 novembre 1956. Les réunions consistent en des séances scientifiques l'avant-midi et l'après-midi suivies de l'assemblée générale annuelle. Les assises se tiendront à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Le déjeuner aura lieu au restaurant Bastogne et le dîner de clôture sera servi au Château Frontenac.

ASSOCIATION DES ANATOMISTES CANADIENS

Les anatomistes de six facultés de médecine du Canada réunis à l'Université de Montréal, ont fondé l'Association canadienne des anatomistes. Après avoir voté la Constitution, ils ont élu un Conseil de douze membres se composant pour la première année des officiers suivants: président honoraire: le professeur J. C. B. Grant, de l'Université de Toronto; président: le prof. A. Skinner, de l'Université Western, Ont.; premier vice-président: le prof. I. M. Thompson, de l'Université du Manitoba; deuxième vice-président: le docteur L. Poirier, de l'Université de Montréal; secrétaire: le prof. J. Auer, de l'Université d'Ottawa; trésorier: le prof. D. C. Matheson, de l'Université Queen's.

Les autres membres du Conseil sont: le prof. H. E. Rawlinson, de l'Université de l'Alberta; le prof. P. Jobin, de l'Université Laval, le prof. C. P. Martin, de l'Université McGill; le prof. R. L. de C. H. Saunders, de l'Université Dalhousie; le prof. S. M. Friedman, de l'Université de Colombie Britannique; le docteur S. Bensley, de l'Université de Toronto; le docteur Y. Clermont, de l'Université McGill.

Le but de la nouvelle Association est de promouvoir le progrès des sciences anatomiques au Canada en organisant des réunions scientifiques et en favorisant une étroite collaboration avec d'autres organismes scientifiques du Canada.

Un comité intérimaire composé de représentants de chacune des facultés de médecine du Canada a été créé il y a un an pour jeter les bases de la nouvelle association.

Bien que l'association ait été fondée par les anatomistes des facultés de médecine, elle admettra également comme membres tous ceux qui contribuent au progrès des sciences anatomiques ou qui s'y intéressent particulièrement.

SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de Québec — *The Province of Quebec Society for Trumatology and Orthopedics* — a tenu une réunion à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi, samedi, le 22 septembre, à 9 h. 30 de l'avant-midi.

Le programme était le suivant:

1. — Sarcome ostéogénique multiple ou ostéosarcome, par les docteurs Vincent Laperrière et Joseph Bruneau.
2. — Syndromes costo-claviculaires, par le docteur Edouard Beaudry.

3. — Granulome éosinophile costo-sternal, par les docteurs Gilles Tremblay et Joseph Bruneau.

4. — Arthropathies neurogènes, par les docteurs Yvon Gauthier et Joseph Bruneau.

CONFÉRENCIERS AU CONGRÈS DU COLLÈGE ROYAL

Parmi les rapporteurs au Congrès annuel du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, tenu à Toronto les 26 et 27 octobre 1956, on note les docteurs Jean Saucier, Fernand Grégoire, Jean Laberge, Charles Lépine, Maurice Comeau, Roméo Soucy, Albert Jutras, H.-P. Lévesque, Paul Telner, J. C. Luke, E.-D. Gagnon, Armand Trépanier, Ghislaine Gilbert, L.-R. Lafèche, M. W. Philpott et C. P. Leblond.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR CLAUDE BERTRAND

Le docteur Claude Bertrand, chef du département de neuro-chirurgie de l'hôpital Notre-Dame, a donné une conférence lors de la 26ème réunion annuelle de la *Canadian Association of Occupational Therapy* sur l'évolution des idées dans le traitement des maladies extra-pyramidales.

CONGRÈS DES PHYSIOLOGISTES CANADIENS

Fin d'octobre, la *Canadian Physiological Society* a tenu son Congrès à l'Université de Montréal. La réunion a réuni près de 500 congressistes. A l'issue du congrès se tinrent les élections. Parmi les officiers élus, on note les docteurs Haist, de Toronto, président; S. F. Bélanger, d'Ottawa, et R. Bernard, de Québec, conseillers.

CONFÉRENCES DU DOCTEUR ANDRÉ CORNET

Le docteur André Cornet, professeur à la Faculté de médecine des Hôpitaux de Paris, a donné depuis le 10 octobre 1956 toute une série de cours sur les maladies d'estomac à l'hôpital Saint-Luc de Montréal. Ces cours se prolongeront jusqu'au 9 nov. 1956.

CONFÉRENCES DU DOCTEUR P. CHAILLEY-BERT

Le docteur P. Chailley-Bert, titulaire de la chaire de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports de la Faculté de Médecine de Paris, a donné une série de conférences à l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal sur l'anatomo-physiologie de l'exercice, les méthodes d'éducation physique et les activités physiques par rapport à la médecine.

pour toute la famille
HEMO-BEX • HEMO-BEX FORTIS

LIQUIDE



CAPSULES



**TONIQUE GÉNÉRAL ET
ADJUVANT DE LA NUTRITION**

COMPOSITION:

Complexe B
Vitamine B₁₂
Vitamines C et D
Sels de Calcium
et de Fer

INDICATIONS:

Maladies de l'enfance
Anémie nutritionnelle
Anorexie — Convalescence
Grossesse et Allaitement
Hyponutrition

PRÉSENTATION:

HEMO-BEX: Bouteilles de 6 oz. et 12 oz.
HEMO-BEX FORTIS: Flacons de 50 et 100 capsules.



ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE

209 est, rue Sainte-Catherine,

Montréal 18

CONFÉRENCE DU DOCTEUR JACQUES GENEST

Le docteur Jacques Genest, directeur du département de Recherches clinique de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a donné le 12 octobre 1956, une communication intitulée: *The present status and trends of medicine in French Speaking Canada*, devant les membres de la *Saskatchewan Academy of Specialists in Internal Medicine*.

CONFÉRENCES PIERRE SOULIÉ

Le professeur Pierre Soulié, de Paris, invité de l'Institut de Cardiologie de Montréal, a donné toute une série de conférences à l'Institut, à l'hôpital Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu et à l'Université de Montréal. Le 19 octobre 1956, il a parlé sous les auspices de la clinique des Maladies du Thorax de l'hôpital Notre-Dame des « Indications et des résultats de la commissurotomie ».

CONFÉRENCE DU DOCTEUR ROSARIO ROBILLARD

Le docteur Rosario Robillard, de l'hôpital St-Luc, a été le conférencier invité à la réunion tenue le 4 octobre 1956, sous les auspices de l'Association du Diabète de la Province de Québec.

CONFÉRENCE À GENÈVE DU DOCTEUR ARMAND FRAPPIER

Le docteur Armand Frappier, directeur de l'Institut de Microbiologie et de l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal, a présenté un travail sur le BCG lors de la Conférence Internationale tenue à Genève du 2 au 5 octobre 1956.

CONFÉRENCE À LA MÉMOIRE DU DOCTEUR DONALD A. HINGSTON

La troisième Conférence à la mémoire du docteur Donald A. Hingston s'est tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal, vendredi soir le 26 octobre 1956, alors que le conférencier invité était le docteur Mario Stefanini, professeur de médecine au *Tufts Medical School*. Sa causerie s'intitulait: « Chemical Aspects of Bleeding Disorders ».

CAUSERIE DU DOCTEUR MAURICE GERVAIS À LA HAVANE

Le docteur Maurice Gervais, chef de section dans le service de chirurgie de l'Hôpital Général de Verdun, prononcera une causerie sur les thromboses veineuses lors du Troisième Congrès Latino-Américain d'Angiologie qui se tiendra à La Havane, du 8 au 11 novembre 1956.

ASSOCIATION DES MÉDECINS BACTÉRIOLOGIQUES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Jeudi, le 27 septembre dernier, avait lieu la première réunion de la toute jeune Association des Médecins Bactériologistes de la Province de Québec. Il s'agissait d'une rencontre scientifique tenue au Queen Mary Veterans Hospital. Notre hôte, le Dr H. Starkey, nous parla du « contrôle des infections staphylococciques dans les hôpitaux ». Sujet particulièrement bien choisi qui fut traité de remarquable façon.

L'essor considérable que la Bactériologie médicale a connu ces dernières années, conduisit un nombre croissant d'hôpitaux et de laboratoires pharmaceutiques à s'assurer les services de médecins formés dans cette discipline et reconnus tels par le Collège Provincial de Médecine ou le Collège Royal du Canada. Il était donc souhaitable que ces médecins bactériologistes, aux prises avec des problèmes analogues sur le plan scientifique et professionnel, mettent en commun leurs connaissances pour les compléter, et leurs difficultés pour tenter de les aplanir.

L'Association des Médecins Bactériologistes de la Province de Québec a été fondée dans le but de contribuer au progrès de la Bactériologie médicale, de pourvoir à son maintien comme spécialité de la médecine, d'assurer à ses membres un haut degré de compétence professionnelle et de prendre éventuellement la défense de leurs intérêts.

Son premier exécutif est ainsi constitué:

Docteur André Leduc, président; le docteur H. Starkey, vice-président; le docteur Paul Dionne, secrétaire-trésorier.

Puisse cette association connaître une carrière sérieuse et féconde!

L'HYPOTENSEUR LE PLUS EFFICACE TROUVÉ JUSQU'ICI

*quand l'objectif principal
est d'abaisser
la tension artérielle*

VERATRITE AVEC RAUWOLFIA

VERATRITE SIMPLE

VERATRITE SIMPLE:

Chaque comprimé contient:

Crypténamine*3 mg.**
Phénobarbital 1/4 gr.
Nitrite de Soude 1 gr.

VERATRITE-R (Avec Rauwolfia)

Chaque comprimé contient:

Crypténamine*3 mg.**
Phenobarbital 1/8 gr.
Résérpine 0.05 mg.

⊙ soumis à une double
épreuve: pour son
effet hypotenseur et
pour la réaction de
vomissement

⊙ abaisse la tension ar-
térielle d'une manière
décisive et prolongée

⊙ absence de réactions
secondaires dange-
reuses

Associé à la formule de VERATRITE-R, le Rauwolfia, reconnu pour son action sédativ, procure une sensation de bien-être sans euphorie exagérée.

*Ester des alcaloïdes du Veratrum viride obtenu au moyen d'un procédé d'extraction non aqueux exclusif à Irwin Neisler.

**Equivalent à 40 unités R.S.C.

Dose moyenne: deux tablettes 2 heures après le déjeuner, deux tablettes 2 heures après le repas du midi et deux tablettes au coucher.

Présentation: Flacons de 50, 100, 500 et 1000 comprimés.

Echantillon et documentation aux médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER & CO. • Decatur, Illinois, U.S.A.

Herdt & Charton Inc.

COMMUNIQUÉS

FILM ÉDUCATIF SUR LE STRESS

L'Association Canadienne-française pour l'Avancement des Sciences tiendra son XXIV^{ème} Congrès à Montréal les 2, 3 ou 4 novembre 1956. Un des événements marquants de ce congrès sera la présentation, vendredi le 2 novembre 1956, de la première mondiale du film médical éducatif des Laboratoires Pfizer intitulé: *Stress and the adaptation syndrome* tourné en collaboration avec le professeur Hans Seleye, directeur de l'Institut de Recherches Expérimentales en Médecine et en Chirurgie de l'Université de Montréal. Ce film sera présenté dans la salle académique de l'Université de Montréal.

PRIX DE DERMATOLOGIE

La *Canadian Dermatological Association* annonce la création d'un prix de recherches en dermatologie pour le meilleur travail original dans la spécialité.

Les éligibles sont les étudiants en dermatologie au Canada et ceux qui ont reçu leur certificat de spécialiste en dedans de cinq ans. Le prix est de cent dollars.

Informations: docteur Barney Usher, 1538 ouest, rue Sherbrooke, Montréal 25, P.Q.

MÉDECINE NÉO-HIPPOCRATIQUE LE II^{ème} CONGRÈS INTERNATIONAL DE

Montecatini, 20, 21, 22 mai 1956

Le troisième Congrès international de Médecine Néo-Hippocratique s'est tenu à Montecatini les 20, 21, 22 mai 1956, sous la présidence du prof. C. Frugoni et la vice-présidence du prof. N. Pende.

Quatre cents congressistes représentant vingt pays y participaient, dont certains n'avaient pas hésité à traverser l'Atlantique Sud. Ils furent pendant trois jours les hôtes de la Société des Thermes de Montecatini, dont les dirigeants avaient assuré de façon remarquable la mise au point de cette rencontre qui la remise à chacun du volume des rapports. Ce volume de 470 pages — que l'on peut se procurer en s'adressant au prof. Scalabrino, Montecatini Terme (Italie) — est riche de substances. En voici la table des matières:

I. — Généralités.

C. Frugoni: Introduction.

N. Pende: Principes du Néo-Hippocratisme.

A. Pazzini: Unité de la Médecine hippocratique.

II. — Diagnostic des prédispositions morbides.

L.-R. Grote: La signification de l'anamnèse pour le travail médical.

M.-C. Barilari: Tableau synoptique des antécédents personnels.

M. Martiny: La Biotypologie et les agressivités morbides.

E. Greppi: Aptitudes à la longévité.

Pr. Meriel: Diagnostic des prédispositions aux affections cardio-vasculaires.

E. Martin, J. Terrier: Les prédispositions morbides en rhumatologie.

R. Reding: Prédispositions morbides au cancer ou état général de réceptivité.

M.-J. Decourt: Anomalies de la constitution sexuelle et psychonévroses.

R. Turpin: De l'influence de l'hérédité sur la sensibilité de l'homme à la tuberculose.

P. Delorme: Prédispositions morbides, écologie, médecine préventive.

H. Evans: Two hippocratic medicine or the dolistic nature of disease in relation to carno vascular disorder.

III. — La place du thermalisme dans la thérapeutique générale et le néo-hippocratisme.

C. Bonacossa: Le facteur psychologique dans l'organisation et la direction d'une station thermale.

F. Scheminzy: Les bases expérimentales de la crénothérapie empirique.

J.-M. Bert: Hippocratisme et doctrines thermales.

J. Michez: Terrain et cures thermales.

S. Pisani: Corrélations entre quelques règles de la doctrine hippocratique ancienne et quelques notions modernes de crénologie pratique et scientifique.

M. Messini: Le pronostic hippocratique considéré au point de vue des rapports entre constitution et réactions thermales.

IV. — Les principes traditionnels devant l'évolution technique et sociale de la médecine.

S. Piccini: Les limites de l'expérimentation médicale sur l'homme et la morale hippocratique.

M. Cattabeni: Le secret professionnel en relation avec les services sanitaires de prévoyance sociale et d'assistance.

Faisant suite au premier Congrès de Paris de 1937 et au deuxième Congrès d'Evian de 1953,

pour présenter . . .

Cynomel*

préparation nouvelle pour traiter

l'insuffisance métabolique

Le 'Cynomel', produisant son effet directement au niveau cellulaire, offre, pour la première fois, un traitement *positif* pour un grand nombre des problèmes causés par l'insuffisance métabolique—tels que l'atonie physique, le ralentissement de l'activité intellectuelle, la diminution du contrôle émotif et le ralentissement fonctionnel des différents organes ou appareils.

'Cynomel' agit rapidement—un effet net se manifeste souvent en quelques jours chez les patients atteints d'insuffisance métabolique.

Les comprimés de 'Cynomel' sont présentés en deux concentrations médicamenteuses:

5 mcg. et 25 mcg. de L-triiodothyronine, S.K.F. sous forme de sel de sodium. En flacons de 100.



*Marque de fabrique



SMITH KLINE & FRENCH • Montréal 9

cette manifestation fut une occasion pour le mouvement de s'affirmer et de s'exprimer mieux encore.

Le Congrès a, en outre, permis de nombreux échanges de vues notamment sur les tendances et exigences de la médecine contemporaine, — sur la baisse inquiétante de la culture médicale et les moyens d'y remédier, — sur la réforme des études médicales, — sur la modestie nécessaire au praticien, — sur l'importance des facteurs psychologiques et de la confiance, — sur l'abus des médicaments et des interventions, — sur la nécessité de l'individualisation, — sur l'opportunité de concilier les exigences de la médecine technique et sociale avec les principes permanents, synthèse qui est un des articles majeurs du néo-hippocratismes.

A la fin du Congrès, fut décidée la création d'un Comité de Direction, dont feraient partie de droit les Présidents et Secrétaires généraux des précédents Congrès et dont le Président serait le Professeur Frugoni et le Secrétaire Général le Professeur Delore. Outre ce Comité de Direction, un Comité Général est en formation et compte déjà :

Allemagne: Professeur L. R. Grote;

Argentine: Professeur M. G. Barilari;

Autriche: Docteur F. Scheminzky;

Belgique: Professeur Michez, Docteur Klein;

Espagne: Professeur Conde;

France: Professeur Giraud — Professeur Delore — Docteur Martiny;

Grande-Bretagne: Professeur Cavadias — Sir Horace Evans;

Grèce: Professeur Oeconomos;

Italie: Professeur Frugoni — Professeur Greppi; Professeur Messini — Professeur Pende;

Pologne: Professeur Rowinski;

Suisse: Professeur E. Martin — Docteur Terrier.

Cette liste va être complétée par les représentants d'autres pays.

Enfin, le Professeur Oeconomos, Doyen de la Faculté de Médecine d'Athènes, fit part de son désir de voir le IVème Congrès de Médecine Néo-Hippocratique se tenir à Athènes et à Cos en 1958. Le Professeur Grote, de son côté, exprima le souhait que le prochain Congrès ait lieu dans une station thermale allemande. La décision sera prise prochainement par le Comité de Direction.

Professeur P. Delore.

REVUE DES LIVRES

Feuillets de Pathologie médicale pour la préparation de l'Externat et des Examens de la Faculté de Médecine. Par R. PERELMAN et A. MARGAIRAZ, internes des Hôp. de Paris. — Lib. Maloine, édit., Paris, 1956.

Fascicule I: Pneumologie. Un vol. 21 x 27, 170 pages, 18 figures, 960 francs.

1. — Pneumonie; 2. — Abscesses du poumon; 3. — Dilatation des bronches; 4. — Crise d'Asthme; 5. — Œdème aigu du poumon; 6. — Embolies pulmonaires; 7. — Réactions cutanées à la tuberculine; 8. — Pleurésie séro-fibrineuse; 9. — Pneumothorax; 10. — Tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte; 11. — Hémoptysies; 12. — Pleurésies purulentes; 13. — Ponction pleurale.

A paraître: Mai: Fascicule II: Maladies infectieuses.

Juin: Fascicule III: Neurologie.

Juillet: Fascicule IV: Cardiologie.

Août: Fascicule V: Appareil digestif - Hématologie.

Septembre: Fascicule VI: Endocrinologie - Néphrologie.

Le péritoine — Embryologie — Anatomie.

Par J. BRIZON, J. CASTAING et F. G. HOURTOUILLE. Un vol. de 60 pages de texte et 45 planches en couleurs. (2.500 fr.). — Librairie Maloine, édit., Paris, 1956.

Ce livre conçu dans l'esprit des « Feuillets d'Anatomie » déjà adoptés par les étudiants est destiné à faciliter la compréhension de cette question encore si confuse dans les nombreux traités. L'apport fondamental est fourni par une cohésion, une corrélation complète entre un texte clair et une série de 45 planches originales en couleurs.

Il est ici facile de suivre l'évolution de chaque feuillet, les rotations, les accollements. Aucun point n'a été laissé au hasard et l'on retrouve dans ce volume la synthèse définitive de la théorie embryologique et de l'anatomie définitive du péritoine en accord avec les des-



Nouvelle forme
Dragées
sans goût, sans odeur

SULFARLEM-CHOLINE

CHOLÉRÉTIQUE · LIPOTROPE

S O U F R É

MÉDICATION TOTALE
ASSIMILABLE
DE LA CELLULE HÉPATIQUE

2 à 4 dragées avant chaque repas

FORMULE: Trithioparaméthoxyphénylpropène 0,005 g
Bitartrate de choline 0,50 g
pour une dragée.

Boîte de 60

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE
11, RUE DE LISBONNE, PARIS 8^e

Herdt & Charton Inc.
2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

criptions des grands classiques... Poirier, Rouvière, Testut, etc.

Ce livre sera donc d'une grande utilité pour les étudiants, le travail leur étant préparé et expliqué dans les meilleures conditions.

Cahiers "Laënnec" No 1 de 1956 — La greffe humaine. — P. Lethielleux, édit., Paris, 1956.

Au moment où Sa Sainteté Pie XII prononçait une allocution sur les conditions dans lesquelles la greffe humaine peut être permise ou interdite, et où le prix de Gasperi était attribué à l'association italienne des donneurs d'yeux, les Cahiers Laënnec publiaient une étude spéciale sur la greffe humaine.

Dans un premier article, le Docteur Ph. Blondeau, Chirurgien Assistant des Hôpitaux de Paris, établit le bilan des réalisations actuelles et surtout des limites de la greffe humaine. L'auteur insiste sur le fait que l'évolution sur le vivant d'une greffe de tissu ou d'organe obéit à des exigences biologiques encore mal connues et que seul le progrès de nos connaissances sur les mécanismes biochimiques permettra d'élargir le champ d'action encore restreint de cette thérapeutique.

Parmi les réalisations dont bénéficie déjà la chirurgie en matière de greffe d'organe, la greffe de la cornée est la seule qui connaisse des applications intéressantes. Le Docteur Jean Lavat, Ophtalmologiste assistant des Hôpitaux de Paris, montre les particularités anatomiques qui ont permis la transplantation et les conditions physiologiques pour qu'un greffon soit utilisable. Il aborde ensuite les difficultés de technique chirurgicale à résoudre pour l'évolution favorable de la greffe et termine par les principales indications des greffes de cornée et les résultats encourageants obtenus dans ce domaine.

Mais la greffe humaine implique une mutilation corporelle sans contre-partie pour le donneur. Dans quelle mesure l'individu peut-il légalement s'imposer un tel sacrifice? C'est ce qu'étudie le Professeur Savatier, Doyen de la Faculté de Droit de Poitiers, qui envisage

différemment les problèmes juridiques posés par l'autogreffe et surtout par l'hétérogreffe avec le prélèvement du greffon soit in vivo soit sur le cadavre.

Enfin le Père Tesson, Professeur à l'Institut Catholique de Paris, termine par une étude de théologie morale sur la légitimité d'un tel acte.

Trois appendices importants complètent ce numéro: 1) Controverse sur la *Stérilité féminine préventive*, entre le Professeur Piedelièvre, président de l'Ordre National des Médecins et la Rédaction des Cahiers Laënnec; 2) Texte complet du nouveau Code de Déontologie Médicale; 3) Discours de Pie XII sur l'accouchement sans douleur.

Vous pouvez vous abonner dès maintenant aux Cahiers Laënnec en vous adressant à l'agence internationale d'abonnement Periodica, Inc., Montréal-34, Canada.

Trente exposés sur des sujets actuels d'endocrinologie. Publiés sous la direction de Jacques DECOURT et GILBERT-DREYFUS. Un vol. de 394 pages, avec figures. (2.800 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1956.

Les rapides progrès de l'endocrinologie entraînent des remaniements incessants des cadres nosologiques, des moyens de diagnostic et des indications thérapeutiques.

En dehors des traités didactiques, vite dépassés, et des revues annuelles limitées à la bibliographie récente, des mises au point sont nécessaires. Celles que fournit cet ouvrage ont été l'objet de leçons faites au Cours d'Endocrinologie de l'Hôpital de la Pitié. Elles sont l'œuvre des spécialistes les plus compétents, qui ont choisi leurs sujets dans l'actualité, et les ont traités avec l'appui de leurs recherches personnelles. Tout en conservant un caractère didactique, elles ont donc l'intérêt d'apporter une contribution originale aux problèmes étudiés.

Table des matières

Considérations sur le goitre simple et l'endémie goitreuse en France, par Guy Laroche.

La ponction du corps thyroïdien, par Etienne May.

Les thyroïses compensatrices, par Gilbert-Dreyfus.



ÉQUILIBRE

DEXAMYL* CAPSULES SPANSULE*
COMPRIMÉS



SMITH KLINE & FRENCH • MONTRÉAL 9

Les syndromes myo-thyroïdiens, par Gilbret-Dreyfus.

Résultats du traitement de l'hyperthyroïdie par l'iode radioactif. Quatre ans d'expérience, par M. Zara.

L'exophtalmie œdémateuse maligne, par M. Albeaux-Fernet.

Le diabète cortico-surrénal, par H. Bernard et Mme Cruz-Horn.

Les insuffisances surrénales fonctionnelles, par L. de Gennes.

Les hyperplasies surrénales congénitales, par Jacques Decour.

Les surrénalectomies bilatérales subtotaales dans le traitement des hypercorticismes non tumoraux, par J. Decourt.

Les insuffisances surrénales dissociées, par H. Bricaire.

Surrénales et métabolisme des électrolytes. Applications au diagnostic et au traitement des insuffisances surrénales, par E. Azerad.

Les troubles du métabolisme de l'eau et des électrolytes dans la maladie de Cushing et les syndromes d'hypercorticisme, par D. Mahoudeau et B. Elissalde.

L'hypertension artérielle permanente par phéochromocytome, par Claude Laroche.

Le diabète des acromégales, par Pierre Uhry.

Les troubles hydro-électrolytiques dans le coma diabétique, par Jean Canivet.

Les aménorrhées hypothalamiques, par Jacques Decourt.

Le diagnostic du diabète insipide, par Gilbert-Dreyfus.

La frénation hypophysaire en clinique (Indications. Méthodes. Résultats), par Marcel Perrault.

Sur quelques types encore peu étudiés d'aménorrhée, par Albert Netter.

Valeur sémiologique de l'hypergonadotrophinurie chez la femme, par P. Guinet.

Les azoospermies sécrétoires, par J.-C. Savoie.

La place du syndrome de Klinefelter dans l'hypogonadisme idiopathique de l'adolescence, par H. P. Klotz.

A propos de syndrome de Turner-Albright, par J.-P. Michard.

Les stéroïdes hormonaux dans l'ostéoporose, par A. Lichtwitz.

Aspects cliniques et expérimentaux des manifestations articulaires d'origine endocrinienne, par J. Villiaume.

Les manifestations extra-osseuses de l'hyperparathyroïdie, par R. Tourneur.

Pseudo-hypoparathyroïdisme (à propos d'un cas familial chez deux soeurs jumelles), par H. Mamou.

Aspects endocriniens de l'hémochromatose, par P. Rambert.

Endocrines et sénescence, par J. Vignalou.

Précis de gynécologie en 2 vol. — Collection de Précis médicaux. — **I. Gynécologie médicale**, par Claude BECLERE. Un vol. de 820 pages, avec 178 fig. Broché: 5.000 fr.; cartonné toile: 5.700 fr. — **II. Gynécologie chirurgicale**, par Pierre BROCCQ et Henry G. ROBERT. Un vol. de 490 p., avec 206 fig. et 2 planches en couleurs. Broché: 3.500 fr.; cartonné toile: 4.200 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1956.

L'on a déjà tenté plusieurs fois dans le passé de réunir en un volume toute la gynécologie — médicale et chirurgicale — mais un tel ouvrage ne peut, l'expérience l'a montré, être l'œuvre d'un seul homme.

Aussi les auteurs ont-ils voulu présenter, en un « précis pratique et suffisant » toutes les notions utiles pour aborder l'étude de la pathologie génitale de la femme; mais ils ont tenu à maintenir la traditionnelle division entre gynécologie médicale et gynécologie chirurgicale, les deux volumes restant indépendants l'un de l'autre mais formant cependant un ensemble systématique utile pour les praticiens et les étudiants, aussi bien que pour les jeunes spécialistes.

Comme les auteurs le précisent dans leur préface: « Certaines oppositions, dont chacun des auteurs a pris d'ailleurs la responsabilité, ne sont pas sans valeur, et permettent au contraire de connaître en particulier les différents aspects d'une thérapeutique dont les frontières ne sont pas encore, et jusqu'à un certain point, parfaitement délimitées ».

Gynécologie médicale
par Claude BECLERE.

Un vol. de 820 pages, avec 178 fig.

La gynécologie médicale s'est complètement transformée dans ce dernier quart de siècle. Elle a réalisé des progrès considérables dans tous les domaines et constitue aujourd'hui un chapitre particulièrement important de l'ensemble de la médecine.

Le docteur Béclère résume dans son étude le fruit de trente années de recherches per-

Enfin! diminuez le risque de crampes dans les jambes

ORIFER

Vous recevrez un de ces emballages
échantillons du nouvel Orifer par un
prochain courrier—employez-le



comme traitement initial chez
un nouveau malade.

Orifer, le comprimé prénatal, mis à l'essai
par Shuttleworth, **est sous une formule nouvelle.**
Le nouvel Orifer est

EXEMPT DE PHOSPHORE,

plus efficace dans la prévention des crampes
des jambes. *Cependant*, le nouvel Orifer offre
la même protection adéquate que
vous attendez, mais à un prix abordable—
seulement 6—8¢ par jour, sur ordonnance.

E. B. Shuttleworth Limited
PHARMACEUTICALS
TORONTO CANADA

sonnelles sur l'hystéro-salpingographie, le traitement des infections génitales, le diagnostic hormonal et les traitements hormonaux des troubles des règles et des troubles fonctionnels, le diagnostic de la stérilité féminine, le dépistage précoce du cancer endo-cervical, ainsi que de plus de vingt années d'enseignement de la gynécologie pratique.

La première partie est consacrée à l'étude des généralités: Développement, anatomie et histologie de l'appareil génital féminin, physiologie gynécologique de la naissance jusqu'après la ménopause, méthodes de diagnostic gynécologique et méthodes de traitements médicaux. L'auteur montre la nécessité d'un interrogatoire méthodique et d'un examen clinique minutieux. Il insiste sur l'importance de l'étude systématique des syndromes pubertaires, génital, infectieux et hémorragique. L'hystéro-salpingographie trouve une étude détaillée. Pour le diagnostic hormonal, l'auteur précise les indications relatives et les résultats des 4 grandes méthodes de diagnostic hormonal: dosages hormonaux, biopsie de la muqueuse, frottis vaginaux et diagnostic clinique organo-hormonal; diathermie et coagulation du col sont détaillées.

Pour les Sulfamides, les Antibiotiques et les 4 grandes hormones utilisées en gynécologie, sont dressés des tableaux qui indiquent les caractéristiques des différentes préparations pharmaceutiques dont on peut disposer. Enfin les indications de la roentgenthérapie, de la curiethérapie et de la crénothérapie sont précisées.

La deuxième partie comprend l'étude des infections génitales aiguës et chroniques. L'auteur insiste sur la fréquence considérable des petites infections génitales chroniques, sur leur début souvent chronique d'emblée, sur leur latence, sur la nécessité impérieuse qu'il y a à en rechercher chez toutes les malades les plus petits signes. Il montre les différentes étapes du traitement avec ses phases générales, pelviennes et locales, ses difficultés, ses causes d'échec.

Dans la troisième partie, est étudiée la question si importante des troubles des règles et des troubles fonctionnels. L'auteur montre que ces troubles doivent être envisagés séparément chez la jeune fille vierge, chez la jeune femme, chez la femme de 40 ans à la ménopause et chez la femme après la ménopause. A chacune de ces époques de la vie féminine les causes des troubles sont en effet différentes.

La quatrième partie est consacrée à la stérilité et à la sexualité. Le diagnostic et le traitement de la stérilité féminine et de la stérilité masculine y sont étudiés en détail.

Enfin, dyspareunies, vaginisme et frigidity sont aussi successivement analysés.

Gynécologie chirurgicale

par Pierre BROCQ et Henry G. ROBERT

Un vol. de 490 p., avec 206 fig. et 2 planches.

La « gynécologie chirurgicale », due au Professeur Pierre Brocq et au docteur Henry-G. Robert, s'adresse au gynécologue médical aussi bien qu'au gynécologue chirurgical qui n'ont pas encore une longue pratique de leur spécialité. L'ouvrage les place dans les conditions cliniques où le médecin devra prendre parti pour la chirurgie à une heure opportune, où l'opérateur aura à l'exécuter avec les indications et les moyens d'aujourd'hui. Il vise aussi à définir l'esprit qui doit présider à cette réalisation pour conserver aux malades le maximum de leurs fonctions quand il s'agit de lésions bénignes, et les chances les plus grandes de survie (dans l'immédiat et dans l'avenir), quand il s'agit de lésions malignes.

La chirurgie gynécologique ne tend nullement à s'amenuiser devant la thérapeutique par les hormones ou les radiations et autres moyens physiothérapeutiques. Les nouvelles opérations conservatrices pour fibrome utérin, le traitement du cancer du col utérin (associé à la curiethérapie), des tumeurs ovariennes, des prolapsus génitaux, la chirurgie plastique des trompes contre la stérilité, la réparation des malformations des organes génitaux en sont les exemples les plus caractéristiques.

Les jeunes spécialistes et les étudiants apprécieront cette mise au point qui s'est employée à mettre l'accent sur les aspects les plus importants et sur les conceptions nouvelles puisées dans les travaux les plus récents.

Les malformations congénitales. — La grossesse physiologique. — La grossesse extra-utérine. — Les avortements involontaires. — Traitement chirurgical de la stérilité d'origine tubaire. — Rétrodéviations utérines. — Prolapsus génitaux. — L'élytrocéle. — L'incontinence orthostatique d'urine. — Les lésions traumatiques vulvo-vaginales. — Fistules urinaires. — Fistules entéro-vaginales. — Tuberculose génitale. — Pelvipéritonites et péritonites d'origine génitale. — L'endométriase. — Tumeurs bénignes vulvo-vaginales. — Fibromyomes utérins. — Polypes fibreux de l'utérus. — L'inclusion intraligamentaire. — Le cancer de la vulve. — Dépistage et prophylaxie du cancer du col. Les états précancéreux. L'épithélioma intra-épithélial. — Cancer du col de l'utérus. — Cancer du corps de l'utérus. — Les sarcomes de l'utérus. — Le cancer primitif de la trompe de Fallope. — Les tumeurs de l'ovaire.

Index alphabétique.

ALENTERYL

ANTISEPTIQUE

INTESTINAL

PROPRIÉTÉS :

L'iodochloroxyquinoléine est une substance inoffensive et non irritante qui, absorbée "per os" est lentement décomposée dans l'intestin en ses ions inorganiques et sa molécule organique. Cet agent chimiothérapique tant par ses propriétés: antiseptique, bactériostatique et antifermentative que par sa parfaite tolérance par l'organisme, permet un traitement ambulatoire des plus faciles dans presque tous les cas d'affections gastro-entériques aiguës du type infectieux, parasitaire ou dyspeptique.

TABLETTES ENROBÉES

ANTIPARASITAIRE

COMPOSITION :

Chaque comprimé contient :

Iodochloroxyquinoléine	0.25 gr.
Charbon absorbant	0.15 gr.

POSOLOGIE :

Une à deux tablettes trois à quatre fois par jour.

PRÉSENTATION :

Flacons de 20, 100, 500 et 1000 tablettes.

**L'Alenteryl
désinfecte
et
désintoxique.**

ENTÉRITES

DYSENTERIES

COLITES

HERDT & CHARTON, INC., MONTRÉAL

Précis de chimie physiologique et sémiologique, par Max-Fernand JAYLE et Geo. SCHAPIRA. Un vol. de 292 pages, avec 75 figures. (1.600 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1956.

Cet ouvrage constitue la nouvelle édition du « Précis de biochimie clinique » du Prof. Jayle, dont on sait le succès.

C'est, en fait, un livre nouveau, conçu dans un esprit pratique. Il correspond à la fois au cours de deuxième année des études de médecine, et aussi au besoin qu'éprouve le médecin praticien d'un livre qui l'aide à interpréter, avec plus de précision et dans un but diagnostique et pratique, les données chimiques que le laboratoire est de plus en plus à même de lui fournir.

Les auteurs ont donc eu pour objectif d'apporter une vue générale des principaux problèmes de biochimie humaine. Ils insistent plus particulièrement sur les méthodes d'exploration fonctionnelle du milieu intérieur et des organes; ils en précisent les normes et les variations pathologiques.

Les différentes formes de la lésion biochimique, comprenant les maladies moléculaires, sont définies dans le premier chapitre ainsi que les constantes biologiques, leur mode d'évaluation statistique et les méthodes générales des surcharges et des isotopes.

Dans le chapitre suivant sont décrites les méthodes d'évaluation des espaces hydriques, la structure ionique du milieu intérieur et la physio-pathologie du transit hydrominéral.

Après l'étude de l'équilibre acido-basique, des alcaloses et des acidoses, vient celle de la coagulation sanguine, qui comprend les méthodes d'investigation de l'hypocoagulabilité et de l'hypercoagulabilité. Les auteurs ont accordé une importance particulière aux chapitres consacrés aux protéines plasmiques, au globule rouge et aux glandes endocrines. On y trouvera les données les plus biogénèse de l'hémoglobine, l'étude de son métabolisme normal et pathologique par Fe^{59} et électrophorèse et la sidérémie, etc... On trouvera également les données les plus récentes sur les hormones hypophysaires, la

biogénèse et le métabolisme intermédiaire des hormones stéroïdes et de la thyroxine, et sur l'exploration fonctionnelle de la thyroïde, des gonades, de la cortico-surrénale et du placenta.

Les autres chapitres sont réservés à l'exploration fonctionnelle et biochimique de chaque organe: rein, foie, os, muscle, glandes digestives, etc. L'exploration fonctionnelle de la glycémie est étudiée dans le chapitre du diabète et des mélituries.

En dépit de l'abondance des sujets traités, des méthodes d'exploration décrites, des données numériques et de l'illustration qui comprend 75 figures, l'ouvrage ne comporte que 291 pages. Le lecteur est ainsi assuré de trouver dans un minimum de place le maximum de documentation. Ce livre lui permettra de faire le point des grands problèmes de chimie physiopathologique et d'y intégrer dans l'avenir toutes les données nouvelles qui apparaîtront dans l'axe de cette évolution médicale.

Traité des urgences en chirurgie, par P. POILLEUX et R. CHABRUT, avec la collaboration de A. Germain, Cl. Houdard, Cl. Frileux et B. Pertuiset. Deux vol. totalisant 1 322 pages, avec 1 101 fig.. Brochés: 8.000 fr.; cartonnés toile: 9.500 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1956.

Bien que la tendance actuelle soit à la spécialisation dans une branche de l'art chirurgical, il n'est pas possible d'arriver à la segmentation totale de la chirurgie, sauf peut-être dans les très grandes villes. Aussi bien pour l'opérateur isolé que pour celui des grands centres, il est un certain nombre de cas qui viendront toujours à lui sans triage: ce que l'on est convenu d'appeler les « Urgences ».

Certes, sous ce vocable on décrit des choses bien différentes, mais dans l'ensemble, il s'agit de lésions ou de troubles traumatiques ou pathologiques, qui surgissent brusquement chez un sujet et mettent rapidement sa vie en danger.

C'est le traitement des urgences chirurgicales qui grève le plus les statistiques opér-

dans les affections inflammatoires de la peau



tous les avantages des stéroïdes "delta"
plus une action antacide positive pour
minimiser les incidents gastriques

RÉALISÉS SIMULTANÉMENT AVEC

'Co-Deltra'

Il a été démontré en clinique^{1,2,3} que l'administration *simultanée* d'antacides et de prednisone ou de prednisolone augmente les avantages thérapeutiques de celles-ci en minimisant les incidents gastriques.

Bibliographie: 1. Boland, E. W., *J.A.M.A.* **160**:613, (February 25,) 1956. 2. Margolis, H.M. *et al.*, *J.A.M.A.* **158**:454, (June 11,) 1955. 3. Bollet, A.J. *et al.*, *J.A.M.A.* **158**: 459, (June 11,) 1955.



Multi-
Comprimés



2.5 mg. ou 5 mg. de
prednisone ou de
prednisolone avec
50 mg. de trisilicate
de magnésie et 300
mg. d'hydroxyde
gélatineux
d'alumine desséché.

'Co-Hydeltra'



Merck Sharp & Dohme

Division de Merck & Co. Limited

Montréal 30, Qué.

'CO-DELTRA' et 'CO-HYDELTRA' sont des marques de commerce de MERCK & CO. LIMITED

ratoires. Loin des vues d'autrefois, l'urgence ne peut plus être « artisanale ». Il faut, au contraire, pour s'efforcer de diminuer la mortalité, que les « urgents » soient traités dans des centres bien organisés où le chirurgien, autrefois isolé, est secondé par une « équipe », capable d'étudier, de traiter, tous les troubles biologiques ou traumatiques qui constituent l'état d'un blessé en urgence.

Cet ouvrage prend la suite de la célèbre « Chirurgie d'urgence » de Lejars, et a été rédigé dans le même esprit; mais de même que le chirurgien n'est plus le seul élément de l'équipe nécessaire au traitement d'une urgence, de même il n'a pas paru possible de confier à un seul auteur la rédaction totale d'un ouvrage touchant à tant de sujets. C'est pourquoi une équipe a été constituée qui a travaillé, sous la direction d'un disciple de Lejars, le professeur Brocq, comme si elle représentait un tout.

Le but essentiel de l'étude est d'apporter aux chirurgiens praticiens, comme aux chirurgiens des grands centres, tous les éléments nécessaires: symptômes, examens de laboratoire, indications thérapeutiques, techniques, pour aboutir au traitement correct de chaque cas urgent que l'exercice de leur profession leur fait rencontrer.

— L'aspect clinique est naturellement réduit; certains symptômes seuls sont retenus, car ils constituent les éléments majeurs d'un diagnostic précis.

— Les troubles présentés par le traumatisé, les déséquilibres humoraux et électrolytiques, sont étudiés dans chaque situation particulière, en insistant sur les moyens simples pour les apprécier, sur les conséquences qu'ils peuvent avoir, sur la thérapeutique qu'il faut leur opposer.

— Les indications thérapeutiques ont été l'un des soucis majeurs des auteurs; c'est là, en effet, l'aspect de l'urgence le plus utile pour le médecin. Les auteurs se sont efforcés d'apporter dans cette rédaction le plus de clarté possible, en faisant appel chaque fois que cela était possible à des observations concrètes.

— Les techniques ne sont pas toutes décrites. Seules ont été détaillées, expliquées, précisées, les techniques opératoires qui semblent le mieux adaptées aux faits décrits.

— Enfin les auteurs ont insisté sur les soins post-opératoires, dont le rôle est si important et qui ont été malheureusement, jusqu'à ces dernières années, assez négligés par les chirurgiens.

Tome I. — Généralités (125 p.). — Tête (118 p.). — Conduit laryngo-trachéal. Pharynx. Oesophage (54 p.). — Thorax (66 p.). — Abdomen (327 p.). —
Tome II. — Organes génitaux de la femme (87 p.). — Appareil urinaire (64 p.). — Rectum et anus (28 p.). — Les hernies étranglées (58 p.). — Rachis (16 p.). — Membres (325 p.). — Index alphabétique (8 p.).

*Quand l'ulcère gastro-duodéal pose
un défi au thérapeute...*


il faut choisir la meilleure arme!

AMPHOJEL S-A

ANTI-ACIDE • ANTI-SÉCRÉTOIRE • ANTISPASMODIQUE

ANTI-TENSION

L'AMPHOJEL S-A constitue un traitement médical complet de l'ulcère gastro-duodéal. Cette préparation de formule rationnelle neutralise l'hyperchlorhydrie, inhibe la sécrétion gastrique et l'hypermotilité et entraîne une légère sédation du malade. Cette médication à l'AMPHOJEL S-A favorise la cicatrisation et, en outre, libère le malade de ses symptômes durant une période de 24 heures complète. La formule comprend: l'AMPHOJEL, anti-acide qui agit par son double gel et dont le temps a démontré la valeur; le méthylbromure de scopolamine, nouveau et actif parasympholytique; et le butabarbital, sédatif d'action intermédiaire.

 Ordonnance obligatoire

sous forme liquide... présenté: en flacons de 12 onces liq. et de 1 gallon imp.

formule:

Composition de L'AMPHOJEL S-A par 10 c.c. (2 cuillerées à thé):

Butabarbital.....16 mg. (1/4 gr.)
Méthylbromure de scopolamine.....2.5 mg.
dans le gel d'alumine Wyeth

sous forme de comprimés...

présenté: en flacons de 100 et de 500 comprimés

formule:

Composition de l'AMPHOJEL S-A par comprimé (ou l'équivalent de 1 cuillerée à thé (5 c.c.)

Butabarbital.....8 mg. (1/8 gr.)
Méthylbromure de scopolamine.....1.25 mg.
Gel d'alumine desséché.....5 grs.

traitement global
de l'ulcère gastro-duodéal



MARQUE DÉPOSÉE
WALKERVILLE, ONTARIO
WINNIPEG - MONTRÉAL - VANCOUVER

L'albuminurie physiologique.

Novembre 1887.

La question de l'albuminurie dite physiologique a, dans ces dernières années, sérieusement occupé l'attention des pathologistes. Il était naguère assez généralement admis que, dès lors que la présence de l'albumine était positivement constatée dans l'urine, on devait toujours porter un pronostic sérieux, quel que fut d'ailleurs l'état de santé apparente du sujet. De nouvelles recherches et de nouvelles études ont cependant contribué à adoucir la rigueur de ce pronostic, et l'on a cru pouvoir établir l'existence de cas caractérisés par une albuminurie transitoire, aiguë ou accidentelle, sans durée fixe, disparaissant tantôt au bout de quelques mois, tantôt au bout de quelques années, et très souvent intermittente dans sa marche. Poussant plus loin leurs conclusions, certains auteurs, très autorisés du reste, ont même affirmé que beaucoup de ces cas d'albuminurie se montrant chez des individus sains, n'offraient absolument aucune gravité, l'albuminurie était alors purement physiologique et, partant, tout à fait négligeable.

Jusqu'à quel point ces vues optimistes étaient-elles justifiées par les faits? C'est ce que nous ne voulons pas entreprendre de démontrer. Dans un article de la *Revue de Médecine* du mois d'avril dernier, M. le docteur Dubreuil, de Bordeaux, laissant de côté les cas où la quantité d'albumine est vraiment infinitésimale, étudie ceux où il existe une albuminurie nettement appréciable par la chaleur et par l'acide nitrique, et plus particulièrement les cas dits d'albuminurie intermittente. Il distingue, à ce propos, trois groupes de faits, trois types d'albuminurie chez les gens bien portants: albuminuries transitoires, aiguës ou accidentelles, albuminuries chroniques sans périodicité nette, et albuminuries intermittentes périodiques. A ces trois séries de cas, il applique le nom d'albuminuries essentielles, et admet que ces sujets albuminuriques, tout en n'étant pas généralement des malades au sens ordinaire du mot, sont cependant presque tous *désignés comme ayant une santé délicate*; quelques-uns présentent les caractères du tempérament lymphatique; plus souvent ils sont nerveux ou bilieux; ils présentent aussi des troubles digestifs.

Il semble donc ressortir de ce qui précède que ces sujets, s'ils ne sont pas positivement malades, ainsi qu'on veut le faire croire, ne se portent pas non plus tout à fait bien, sinon de par une affection

nettement caractérisée, du moins de par une prédisposition dont il est impossible de ne pas tenir compte. Or, quel sera le pronostic? « En général, dit M. Dubreuil, le pronostic n'a pas d'autre gravité que celle des symptômes concomitants qui peuvent être assez pénibles, mais il reste un point noir à l'horizon. L'albuminurie peut indiquer une certaine faiblesse du rein qui ne pourra pas résister aux causes de néphrite les plus banales. Les expériences de Semmola paraissent démontrer que le seul fait de sécréter de l'albumine est, pour le rein, une cause d'irritation suffisante pour amener des lésions graves. »

Ce point noir à l'horizon indique assez que le pronostic devra, à tout événement, être réservé. Encore qu'il ne soit pas nécessaire de croire tout perdu, au moins faut-il se tenir sur ses gardes et ne pas affecter une assurance que l'avenir pourrait bien cruellement démentir. Les compagnies d'assurance sur la vie sont en général très méticuleuses sur le point en question, et n'admettent aucun *risque* entaché d'albuminurie, celle-ci se montrât-elle chez un sujet parfaitement bien portant du reste. Pour Johnson, enfin, toutes les albuminuries dites physiologiques sont des néphrites latentes.

M. le professeur Semmola, de Naples, cité plus haut par M. Dubreuil, a attiré l'attention sur cette question de l'albuminurie, au Congrès de Washington, en septembre dernier, et a donné les conclusions suivantes qui pour lui résument la question en litige:

1. L'albuminurie soi-disant physiologique ne saurait être considérée comme telle, attendu que, à l'état normal type, les principes albuminoïdes ne sont pas éliminés hors de l'organisme. Il doit toujours être question d'un état pathologique, ou, si l'on veut, d'une condition toujours anormale. Ce peut être quelque chose de bien léger; le sujet peut croire être en parfaite santé, mais l'élimination de l'albumine par les reins indique toujours un certain manque d'équilibre contre l'indigestion et l'excrétion des matières albuminoïdes.

2. Les faits établis jusqu'ici, concernant l'augmentation de la pression sanguine, ne peuvent être regardés comme concluants, parce qu'ils sont basés sur des désordres fonctionnels graves, siégeant en des organes autres que les reins.

3. Les maladies du cœur les plus graves, à leur période de non-compensation, bien que s'accompagnant toujours de stase sanguine dans le rein, ne sont pas invariablement compliquées d'albuminurie.

**Vous combattrez l'hyperacidité
plus efficacement avec**

ebsogel

**PUISSANT NEUTRALISANT
ANTIACIDE**

FORMULE:

Composition de chaque
pastille:

Carbonate de
calcium.....250 mg
Carbonate de
magnésie.....250 mg
Hydrate d'aluminium.
Gel. sèche.....100 mg

POSOLOGIE:

Une ou deux pastilles après
les repas. Laisser fondre dans
la bouche, ou encore mas-
tiquer.

(Ebsogel existe également
sous forme liquide. Poso-
logie: 1 c. à thé après les
repas.)

EBSOGEL:

- Soulagement rapide, prolongé et *sûr*.
—Neutralise deux fois plus d'acide
chlorhydrique que les antiacides
absorbants connus.
—Et pourtant le pH ne s'éloigne ja-
mais de la normale physiologique.
- La saveur d'une pastille de menthe.
- Se mastique, ou encore, fond lente-
ment dans la bouche pour reproduire
le principe et l'effet du goutte à goutte
intragastrique.

E. B. Shuttleworth Limited
PHARMACEUTICALS
TORONTO CANADA

Celle-ci ne reconnaîtrait-elle donc pas une autre cause?

4. En augmentant la pression vasculaire générale au moyen de la transfusion, on donne lieu à de l'hémoglobinurie, quelquefois même à de l'hématurie, mais jamais à de l'albuminurie. L'augmentation de la pression sanguine ne peut donc pas, par elle-même, produire l'albuminurie.

5. L'augmentation de la pression vasculaire produite en injectant dans la veine jugulaire une certaine quantité de sang défibriné, et en transfusant la même quantité de sang pur, produit à la fois, et l'hémoglobinurie et l'albuminurie, celle-ci en quan-

tité considérable. Il est donc évident que l'état dyscrasique des albuminoïdes constitue, dans l'étiologie de l'albuminurie, la véritable cause de la filtration de l'albumine à travers les reins, lesquels sont forcés d'éliminer hors de l'économie tout ce qui est inutile et même dangereux au maintien des autres fonctions.

Voilà où en est la question pour le moment. A coup sûr, elle mérite qu'on s'y arrête et qu'on l'étudie sous tous ses aspects. Les cas d'albuminurie soit-disant physiologique sont loin d'être rares, et il importe de pouvoir, au besoin, en établir le diagnostic et le diagnostic d'une manière positive.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

UN IMPORTANT ANTIBIOTIQUE PRÉPARÉ MAINTENANT PAR SYNTHÈSE

En 1942 a été isolé en Russie dans une souche indigène de *Bacillus brevis* un nouvel antibiotique, la Gramicidine S. Pendant la guerre déjà, il a été employé comme désinfectant extérieur des blessures et comme stimulant de la régénération des tissus. Comme d'autres antibiotiques tels que la tyrocidine, la bacitracine, la polymixine, l'actinomycine et la valinomycine par exemple, la Gramicidine S est un peptide cyclique. Elle est constituée d'un cycle à 30 chaînons formé de dix acides aminés. Des peptides cycliques aussi compliqués n'étaient jusqu'à aujourd'hui pas accessibles à la synthèse. Ce n'est que tout récemment que des travaux poursuivis dans les laboratoires de recherche de la CIBA ont ouvert la voie à l'exploration de ce domaine. Ils viennent d'aboutir à un résultat pratique important. C'est ainsi que R. Schwyzer et P. Sieber ont pu annoncer dans la revue *Angewandte Chemie* qu'ils avaient réussi à faire la synthèse de la Gramicidine S. Ce succès de la recherche semble ouvrir d'intéressantes perspectives pour la chimiothérapie.

COURSE AU TRÉSOR

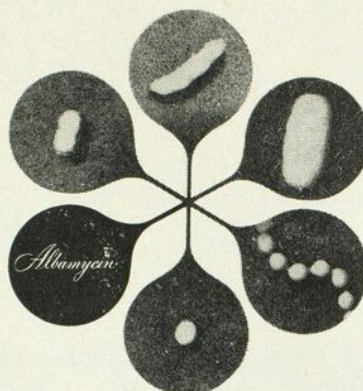
La course au trésor la plus étrange de l'histoire médicale débutera au Canada ce mois-ci. Le but:

la source d'un autre antibiotique salubre comme la terramycine et la pénicilline qui, depuis dix ans, ont sauvé des milliers de vies.

Dans des centaines de localités à travers le Canada, des maires, des présidents d'universités et d'autres personnalités prélèveront des échantillons du sol local et les enverront dans des récipients spéciaux à Arnprior, Ontario. Là, en présence de ministres du cabinet, médecins, vétérinaires et représentants diplomatiques d'au moins une douzaine de pays, on joindra ces échantillons de sols prélevés dans tous les coins du pays à un échantillon du sol local recueilli par l'hon. Dr James McCann, et on fera tenir le tout pour analyse et recherche aux laboratoires de la plus grande firme au monde dans le domaine des antibiotiques.

La recherche des sols organisée par Pfizer Canada au moment même de l'inauguration de l'usine canadienne de la compagnie à Arnprior, est aussi pratique que sensationnelle. Elle fait suite à l'expérience que la compagnie menait à bonne fin, il y a sept ans, alors que l'examen de plus de 100,000 échantillons de sols obtenus d'explorateurs, de missionnaires, de pilotes de ligne aériennes et de voyageurs dans tous les coins du monde aboutissait à la découverte d'un échantillon renfermant la précieuse moisissure dite *Streptomyces rimosus*. Soigneusement cultivée, cette moisissure fut amenée à

NOUVEAU



action bactéricide puissante
contres les "agresseurs fréquents"

Bactéricide contre les micro-organismes gram-positifs et certains micro-organismes gram-négatifs importants, l'Albamycin a une étendue d'action qui comprend les "agresseurs fréquents" suivants: les staphylocoques (y compris les souches "résistantes"), streptocoques, pneumocoques, *proteus* et certaines souches d'organismes à *pseudomonas*.

efficace par voie orale

Albamycin *

(marque de la novobiocine)

BIEN TOLÉRÉ

des concentrations sanguines de 10 à 50 fois plus élevées qu'avec d'autres antibiotiques + rétention dans le système pendant au moins 24 heures = réponse clinique rapide dans plusieurs infections communes à raison de 2 doses quotidiennes.

ADULTES — Dose d'attaque de 1 gm. suivie de 500 mg. toutes les 12 heures.

ENFANTS — 15 mg./kg. de poids corporel par jour, généralement en deux doses égales. PRÉSENTATION: capsules de 250 mg., flacons de 16 capsules.

Produits pharmaceutiques supérieurs depuis 1886

Upjohn

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA, 865 York Mills Road
Box 202, Postal Station J, Toronto 6, Ontario

*Marque déposée

“Résultats uniformément satisfaisants dans une grande variété d'affections cutanées.”¹

Metanium

Les sels du Titaniu



Onguent
pour les lésions sèches

Poudre
pour les lésions “suintantes”



Un traitement nouveau dans les affections cutanées prurigineuses et inflammatoires, stimulant le mécanisme de défense de la peau afin de faciliter la cicatrisation.

1. Ereaux, L.-P.: C.M.A.J. 73: 47, 1955.

The Leeming Miles Co.
Limited

MONTREAL 28

produire un antibiotique qui manifesta une activité prometteuse contre toute une série de foyers de maladie. On donna à cet antibiotique le nom de terramycine et on le mit à la disposition du public en 1950. Alors que la pénicilline mit 15 ans à évoluer de son état de moisissure dans une éprouvette à celui de médicament, les chercheurs ont réussi, en travaillant 24 heures par jour, à transformer la terramycine en merveille médicale dans les neuf mois qui ont suivi sa découverte.

Le succès de cette première recherche d'un échantillon de sol susceptible de procurer un secours miraculeux incita les hommes de science de Pfizer à redoubler d'efforts en vue de découvrir d'autres antibiotiques tirés des moisissures du sol. L'échantillonnage transcanadien des sols est la première recherche du genre organisée sur une base nationale.

UNE NOUVELLE SOLUTION DE FER EN USAGE INTRAMUSCULAIRE POUR TRAITER L'ANÉMIE DE L'ENFANCE

A la réunion de l'International Society of Hematology tenue à Boston, il fut question d'une nouvelle préparation, à savoir une solution de fer-dextran pour usage intramusculaire dans le traitement des anémies ferriprives.

Le docteur Ralph C. Wallerstein fait part des résultats obtenus avec la solution Imferon chez des enfants anémiques au Children's Hospital de San Francisco.

A un exhibit scientifique tenu à cette conférence, il rapporte que cette solution semble être « une préparation sûre, efficace et pratique de thérapie ferrugineuse pour le nourrisson ». Un « avantage très précieux » à remarquer est que seulement de 2 à 4 injections suffisent pour combler la carence et que de plus elle fournit des réserves adéquates en fer pour répondre aux besoins des enfants durant la période de croissance.

Dans cette étude, le docteur Wallerstein administra l'Imferon à 21 nourrissons, dont l'âge variait de 5 à 36 mois. Quelques-uns souffraient d'anémies de la nutrition et d'autres étaient des prématurés.

Il souligne que la solution possède des avantages marqués sur d'autres préparations orales de fer dans le traitement d'enfants anémiques, parce que le fer donné par voie buccale n'est guère agréable au goût et qu'il ne peut être donné en présence de nourriture dans l'estomac, surtout le lait. De plus ils doivent être donnés durant de longues périodes de temps pour pouvoir combler les réserves en fer, difficulté majeure en pédiatrie quand les visites sont irrégulières et que l'administration du médicament est un problème sérieux.

Le docteur Wallerstein souligne que les injections d'Imferon sont indolores et dépourvues de complications fâcheuses. Il ajoute qu'apartir de l'administration intraveineuse du fer comportait des inconvénients tels que spasmes vasculaires occasionnels et certaines réactions de fièvre et de somnolence.

(Développé en Angleterre, l'Imferon est aujourd'hui soumis à une étude chimique aux Etats-Unis et il est offert comme tel par les Laboratoires Lakeside, Inc., de Milwaukee).

CONTRÔLE DE L'ATHÉROSCLÉROSE PAR LE "CENAPSYL" (HÉPARINE-LIPOCAÏQUE)

Millet, Roux & Cie Limitée vient d'introduire au Canada un produit des Laboratoires Biosedra de France destiné à contrôler l'hypercholestérolémie que beaucoup de cardiologues soupçonnent d'être le « grand coupable » dans la maladie cardio-vasculaire. Le nouveau produit est « Cenapsyl » (Association Héparine-Lipocaïque) présenté en comprimés pour voie sublinguale.

Administré à doses faibles et répétées, par voie sublinguale, l'héparine s'est montrée capable de provoquer la scission des volumineuses molécules lipido-protidiques. Ces grosses molécules dont la vitesse de migration est la plus faible ont tendance à se séparer de la phase sérique et à se déposer dans les tissus qui l'encerclent. Cette infiltration progressive des parois vasculaires empêcherait les échanges métaboliques des cellules atteintes, d'où découleraient les réactions prolifératrices, les lésions athéromateuses, l'épaississement des artères et leur obturation ultime.

L'association héparine-principe lipocaïque réalise dans un même médicament facilement administrable un « catalyseur » empêchant le dépôt des lipides et favorisant leur utilisation par l'organisme. L'étude électrophorétique des globulines sériques, les données fournies par l'athérogenèse expérimentale, de nombreuses preuves cliniques authentifient l'intérêt majeur de l'héparine-lipocaïque sublinguale comme thérapeutique préventive et traitement de fond de l'athérosclérose.

L'expérimentation clinique a démontré une amélioration notable de l'état d'athéroscléreux ayant subi un traitement prolongé par l'héparine-lipocaïque par voie sublinguale: cessation des vertiges, suppression de la claudication, même après une longue marche, chez des malades qui ne pouvaient auparavant parcourir quelques pieds sans boiter; disparition des bourdonnements d'oreilles, des insomnies. De plus, cette amélioration de l'état physique s'accompagne de l'amélioration de différentes algies et même d'une sensation d'euphorie qu'éprouvent des sujets retrouvant, non pas la jeunesse, mais, du moins, la joie de vivre.

L'administration sublinguale d'héparine-lipocaïque reste sans effet sur la coagulation et élimine ainsi toute nécessité de contrôle de la crase sanguine, du taux de prothrombine notamment. « Cenapsyl » par voie sublinguale à raison de 3 à 6 comprimés par jour après les repas est indiqué dans tous les cas où une réduction de l'hypercholestérolémie est désirable; dans l'athérosclérose, l'angine de poitrine, les accidents vasculaires et oculaires du diabète, les séquelles d'infarctus du myocarde et de phlébites.

"La Métamine est un vaso-dilatateur d'action prolongée et efficace dans la prévention de la douleur angineuse... En comparaison avec d'autres vaso-dilatateurs, milligramme pour milligramme, la Métamine est plus efficace... Dans une étude contrôlée, parmi 71 malades, 82% manifestèrent une amélioration avec la Métamine."¹

Métamine[®]

(Biphosphate du trinitrate de triéthanolamine)

comprimés à 2 mg.



Echantillons sur demande.



1. Fuller, H.L., et Kassel, L.E., Medical Dept., Sinai Hospital, Baltimore, Md.: The Journal of the A. M. A., 31 décembre 1955, pp. 1708-1713.

*The Leeming Miles Co.,
Limited*

MONTREAL 28.

Les dragées de

neuro-centrine*

apportent un soulagement à triple effet en intervenant aux trois niveaux où se manifeste le syndrome . . .

La CENTRINE (0.25 mg.) contrôle le spasme gastro-intestinal.

Le PHENOBARBITAL (15 mg.) produit un effet sédatif modéré.

La RESERPINE (0.05 mg.) procure la tranquillité et le bien-être.

INDICATIONS — Comme adjuvant pour le traitement des syndromes du stress, de la colite spastique, des ulcères peptiques, de la colique biliaire, de la sténose spasmodique du pylore et de l'hyperémèse. Particulièrement utile pour maîtriser la tension psychique, l'anxiété et l'appréhension qui accompagnent ces troubles fonctionnels.

CONTRE-INDICATIONS — Glaucome, troubles hépatiques et rénaux, addiction aux barbituriques, rétention urinaire, hypertrophie de la prostate.

POSOLOGIE — Pour les adultes la dose moyenne est de 1 dragée, 3 ou 4 fois par jour. Pour les enfants en proportion.

*Marque déposée

BRISTOL LABORATORIES
OF CANADA LIMITED



286 ST. PAUL, OUEST, MONTRÉAL, P.Q.