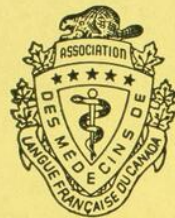


# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

1872 - 1961



Fondée à Québec en 1902

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

BLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES .....	1317	<b>ÉDITORIAL</b>	
BLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES .....	1322	LES PERICARDITES AIGUES NON SPÉCIFIQUES: PROBLÈME NOSOLOGIQUE .....	1391
BLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS .....	1328	<i>Léandre Décarie</i>	
<b>MEMORIAM</b>		REANIMATION CARDIAQUE EXTRA-THORACIQUE .....	1393
GRAND ŒUVRE DU DOCTEUR TELESOPHORE PARIZEAU .....	1331	<i>Roma Amyot</i>	
<i>Armand Frappier</i>		<b>HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE</b>	
<b>BULLETIN</b>		MON EXPÉRIENCE AVEC LES ALCOOLIQUES .....	1394
FLEXIONS SUR LE CONGRÈS DE PARIS .....	1334	<i>J.-C. Bourque</i>	
<i>Roma Amyot</i>		<b>VARIÉTÉS</b>	
• • •		A PROPOS D'UNE CAMPAGNE INJUSTIFIÉE CONTRE NOS HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES .....	1396
LE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA .....	1336	<i>Paul Dumas</i>	
<i>Pierre Smith</i>		XXXIII <sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE ET XXXI <sup>e</sup> CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C. ....	1398
<b>TRAVAUX ORIGINAUX</b>		Discours du Prof. Pasteur Valéry-Radot, des docteurs Emile Blain et Pierre Jobin.	
INTERPRÉTATION DES IMAGES CYTOLOGIQUES .....	1339	<b>MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES</b>	
<i>Alexandre Meisels</i>		L'EXPLORATION RENALE CHEZ L'ENFANT .....	1405
ACTION DE LA DEXTRO-THYROXINE ET DE L'ANDROSTÉRONÉ SUR LE CHOLESTÉROL SÉRIQUE ET LES FACTEURS DE LA COAGULATION CHEZ LES ATHEROSCLÉREUX .....	1351	<i>J.-L. Picard</i>	
<i>C. Dufault, G. Tremblay, W. Nowaczynski et J. Genest</i>		RAPPORT PRÉLIMINAIRE SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINS ŒDÈMES .....	1411
UN PROGRAMME DE READAPTION DE 10,000 PARALYTIQUES MAROCAINS TERMINE APRÈS 18 MOIS PAR LA LIGUE DES SOCIÉTÉS DE LA CROIX-ROUGE .....	1364	<i>C. Papageorges</i>	
<i>Bertrand Primeau</i>		<b>CORRESPONDANCE</b>	
ÉTUDE DU PROFIL HÉPATIQUE DANS L'ALCOOLISME CHRONIQUE .....	1370	LETTRE DES ÉTATS-UNIS .....	1412
<i>Lucien-L. Coutu</i>		• • •	
<b>REVUE GÉNÉRALE</b>		ANALYSES .....	1414
LA SIMULATION CHEZ L'ENFANT .....	1378	SOCIÉTÉS .....	1419
<i>Jean Albert-Weil</i>		NECROLOGIE .....	1420
<b>MOUVEMENT MÉDICAL</b>		NOUVELLES .....	1421
POSSIBILITÉS DE TROUBLES D'ORIGINE ÉLECTROLYTIQUE DANS LES LÉSIONS INFARCTOÏDES DU MYOCARDE .....	1387	REVUE DES LIVRES .....	1425
<i>E. Laurendeau et J.-P. DuRuisseau</i>		COMMUNIQUÉS .....	1428
		LIVRES REÇUS .....	1436
		L'UNION MÉDICALE DU CANADA EN 1892 .....	1442
		NOUVELLES PHARMACEUTIQUES .....	1445

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

# prosedyl

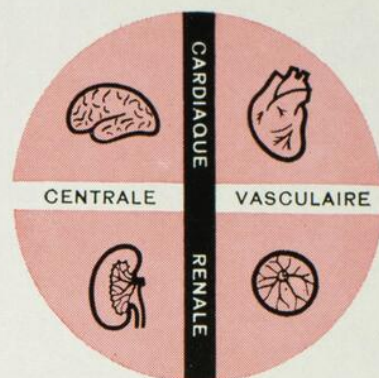
phényléthylbarbiturate de dihydroquinidine

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

PALPITATIONS - EXTRASYSTOLES - ÉRÉTHISME CARDIAQUE

ROUGIER

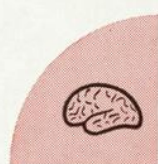
4 actions essentielles:  
un seul comprimé  
simplifie  
le traitement du  
complexe hypertensif



# SER-AP-ES<sup>®</sup>

(SERPASIL<sup>®</sup> + APRESOLINE<sup>®</sup> + ESIDRIX<sup>®</sup>)

*"...produit un abaissement tensionnel plus uniforme et plus soutenu que tout autre agent antihypertensif employé jusqu'à présent."\**



#### ACTION CENTRALE DE SER-AP-ES:

S'oppose à la diffusion des substances vasopressives libérées par le sympathique et diminue l'hypertonie vasculaire cérébrale.



#### ACTION RENALE DE SER-AP-ES:

Favorise l'irrigation sanguine rénale, augmente le volume urinaire et l'excrétion saline, avantages d'importance chez l'hypertendu.



#### ACTION CARDIAQUE DE SER-AP-ES:

Facilite le repos du muscle en prolongeant la diastole et ralentissant le rythme.



#### ACTION VASCULAIRE DE SER-AP-ES:

Diminue la sensibilité du système vasculaire aux amines vasopressives circulantes par la synergie antihypertensive de ses composants.

**Posologie moyenne:** Un ou deux comprimés t.i.d., en débutant avec 1 comprimé t.i.d. La dose d'entretien est réduite au minimum nécessaire à assurer l'effet désiré, une fois celui-ci obtenu.

**Présentation:** Comprimés dosés individuellement à 0.1 mg. de Serpasil (réserpine CIBA), 25 mg. d'Aprésoline (chlorhydrate d'hydralazine CIBA) et 15 mg. d'Esidrix (hydrochlorothiazide CIBA).

\*Arms, V.A.: Rapport clinique à CIBA

**C I B A**

OÙ LA RECHERCHE EST DE TRADITION



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

## Mousse Aristoderm®

Acétonide de triamcinolone Lederle

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

**Lederle**

CYANAMID OF CANADA LIMITED Montreal

# L'Union Médicale

## du Canada

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

### DIRECTION SCIENTIFIQUE

#### MEMBRES D'HONNEUR

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

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

#### BUREAU DE REDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef:  
Edouard Desjardins.

Secrétaire de la Rédaction:  
Jean-Marc Bordeleau.

#### BUREAU DE COLLABORATION

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

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

#### CORRESPONDANTS

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

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

### INDICATIONS:

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

**Indispensable dans les convalescences post-opératoires.**

# VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

*l'eau qui fait ... du bien!*

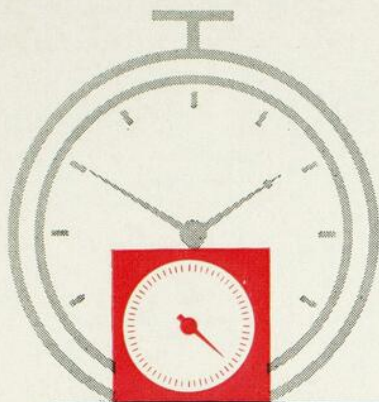
RECOMMANDÉE ET PRESCRITE PAR LE CORPS MÉDICAL DANS LE MONDE ENTIER

**Composition naturelle I-NI-MI-TABLE!**

**Méfiez-vous des substitutions, prescrivez toujours CÉLESTINS**

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

**NOUVEAU!**



Des semaines de soulagement en échange de  
quelques minutes de traitement grâce à

la suspension \*  
**Decadron**-T.B.A.

(Butylacétate *tertiaire* de dexaméthasone)

la plus efficace de toutes les préparations  
cortico-surréaliennes mises au point à ce  
jour en vue du traitement local des affec-  
tions rhumatismales et arthritiques.

- La suspension DECADRON\*-T.B.A., un ester de la dexaméthasone très peu soluble dans l'eau, s'injecte facilement dans les articulations, les bourses séreuses, les ganglions et les tissus mous.
- Grâce à sa lente résorption, à son activité antirhumatisme *locale* prononcée ainsi qu'à son activité anti-inflammatoire, l'effet de la suspension DECADRON-T.B.A. se manifeste pendant plusieurs semaines après une seule injection† et n'exerce qu'une activité cortico-stéroïdienne systémique minimale.

**Présentation:** Suspension stérile DECADRON-T.B.A. en fioles de 1 et de 5 cc. Chaque cc. renferme 4 mg. de butylacétate *tertiaire* de dexaméthasone.

*Documentation complète à la disposition des médecins qui en feront la demande.*

†Lapin, Lyon, M.D., Montreal, Experiences with Intra-articular Dexamethasone TBA, Can. M.A.J., 85:420-433, Aug. 19, 1961.



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

\*Marque de commerce

# L'Union Médicale

du Canada

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

## ADMINISTRATION

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

## COMITÉ EXÉCUTIF ET DE PUBLICITÉ

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

## BUREAU DE DIRECTION

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

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

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

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

pour le  
**CONTRÔLE**  
**RAPIDE**  
et **PROLONGÉ** de

# L'HYPERACIDITÉ

COMPOSÉ d'  
**"ALAMINO"**

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

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

Flacons de 100 comprimés.

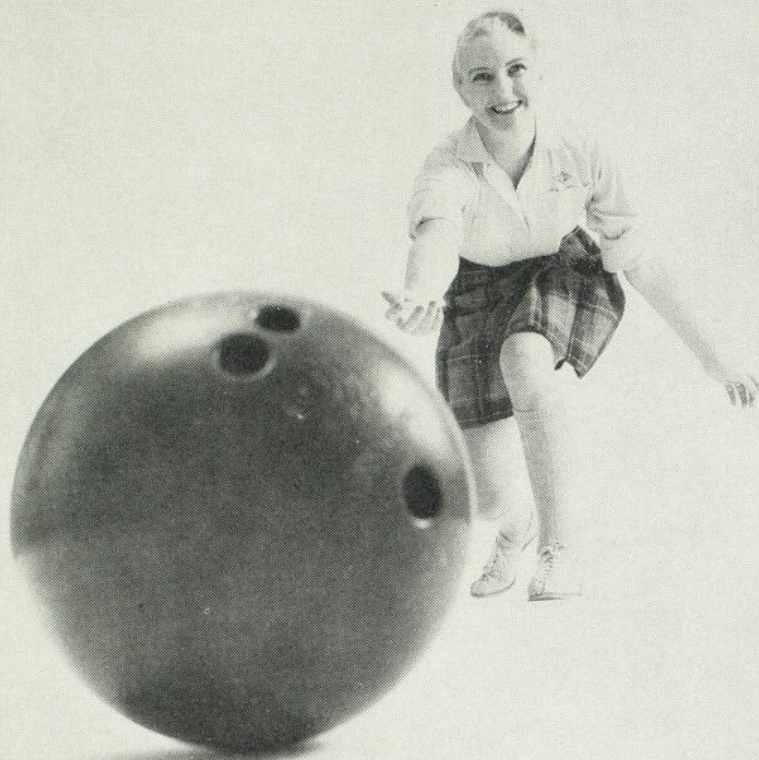
\*Breveté en 1951

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



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

DANS LES MALADIES ANO-RECTALES ...



RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE NORMALE  
CONTRE LES ÉTATS INFLAMMATOIRES:

**WYANOIDS HC**

Suppositoires à l'hydrocortisone

Les Wyanoids HC sont une association d'hydrocortisone et des constituants lénitifs de la formule des Wyanoids qui ont subi l'épreuve de l'expérience. Ils soulagent la démangeaison, la sensation de cuisson et la douleur, réduisent l'inflammation et l'oedème.

En boîte de 12 suppositoires

**P** Ordonnance obligatoire

CONTRE LES HÉMORROÏDES

**WYANOIDS**

Suppositoires anti-hémorroïdaires

Les Wyanoids soulagent rapidement la démangeaison, la sensation de cuisson et la douleur qui accompagnent les hémorroïdes simples; ils agissent localement contre le spasme du sphincter rectal et exercent une action décongestive sur la muqueuse rectale.

En boîte de 12 suppositoires

Autre forme: Onguent Wyanoid, en tube de 1/4 onces

**Wyeth**

Marque déposée  
WALKERVILLE, ONTARIO

## CONDITIONS DE PUBLICATION

"L'Union Médicale du Canada" paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.  
Elle publie les travaux des Congrès, tous les communiqués de l'Association et des articles médicaux inédits.

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

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

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

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

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

**Publicité:** Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: AVenue 8-9888.  
Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.  
Tout ce qui regarde la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de "L'Union Médicale du Canada", 326 est, boulevard Saint-Joseph. — Téléphone: AVenue 8-9888.

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

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



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

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

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

Brochures et tarifs sur demande.

**INSTITUT  
ALBERT PREVOST  
INSTITUT**

6555 OUEST, BOULEVARD GOUIN, MONTRÉAL 9, CANADA.

# FLAGYL

MÉTRONIDAZOLE

TRICHOMONACIDE PUISSANT

pour le

TRAITEMENT **ORAL** ET LOCAL

des **URÉTRITES**  
**VAGINITES**

**DUES AU TRICHOMONAS**

COMPRIMÉS ORAUX à 250 MG.

COMPRIMÉS VAGINAUX à 500 MG.



**poulenc** LIMITÉ

8580 ESPLANADE, MONTRÉAL



# le FLAGYL

constitue un **PROGRÈS DÉCISIF**

tant pour le **traitement local** que pour le **traitement général**  
des **AFFECTIONS URÉTRO-GÉNITALES à TRICHOMONAS.**

## CARACTÉRISTIQUE PRINCIPALE

De tous les anti-trichomonas actuellement connus, le FLAGYL est le seul à **CONFÉRER UN POUVOIR TRICHOMONACIDE AU SÉRUM ET A L'URINE**, propriété extrêmement précieuse dans le traitement des infestations au Trichomonas.

## POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

CHEZ LA FEMME: **Traitement mixte par voies générale et locale**

**Traitement oral:** 1 comprimé à 250 mg. matin et soir pendant 10 jours.

**Traitement local:** 1 comprimé vaginal à 500 mg. par jour, inséré profondément dans le vagin, le soir, pendant 10 à 20 jours consécutifs, même pendant les menstruations.

CHEZ L'HOMME: **Traitement oral** — la dose usuelle est de 500 mg. par jour en deux prises de 250 mg. chacune (1 comprimé) pendant dix jours consécutifs. Si nécessaire, la posologie peut être augmentée à 750 mg. ou même à 1 Gm. par jour, et le traitement, prolongé pendant dix autres jours.

**AVIS:** Si le partenaire présente le moindre signe clinique d'une infestation à Trichomonas, il est important qu'il soit traité concurremment.

*Documentation et échantillons sur demande*

**p**oulenc

8580 ESPLANADE, MONRE

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

**DES  
TROIS  
SULFAS**

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

**L'EFFICACITÉ**

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

**LA SÉCURITÉ**

la teneur de chaque sulfa à un niveau inférieur au niveau utile de 5 mg./100 ml. élimine, pour ainsi dire, tout risque de lésion rénale ou de sensibilisation<sup>2-5</sup>

**"TRULFA"**  
DES TROIS SULFAS

**COMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable**

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

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

**"TRULFA-ZINE"**

**COMPRIMÉS et SUSPENSION de saveur agréable**

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

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

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

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

**EFFICACE DANS**

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

**POSOLOGIE**

**Bébés et enfants:**

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

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

Flacons de 16 onces liquides ou de 100 comprimés.



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

# L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

## DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

## SECRÉTAIRE GÉNÉRAL HONORAIRE

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

## OFFICIERS

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

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

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

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

## COMITÉ EXÉCUTIF

**Emile BLAIN**, Montréal.

**E.-Rolland Blais**, Montréal.

**André LEDUC**, Montréal.

**Raymond CARON**, Montréal.

**Roma AMYOT**, Montréal.

**Edouard DESJARDINS**, Montréal.

**Pierre JOBIN**, Québec.

**J.-M. LAFRAMBOISE**, Ottawa.

**Armand RIOUX**, Québec.

Directeur des Relations Extérieures:

**Pierre SMITH.**

Directeur de l'Exposition du Congrès:

**B.-G. BEGIN.**

## ANCIENS PRÉSIDENTS DE CONGRÈS

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

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

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

## COMITÉ DU XXXII<sup>e</sup> CONGRÈS

Président: **Edouard DESJARDINS**, Montréal.

Secrétaire: **Jacques GENEST**, Montréal.

Trésorier: **Jean CHARBONNEAU**, Montréal.

Adjoint au secrétaire: **Lucien-L. COUTU**, Montréal.

## MEMBRES DU CONSEIL

ARCHAMBAULT, François, 1150 est, boul. St-Joseph, Montréal.  
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, avenue Laurier, St-Jean, Qué.  
BEAUDOIN, Robert-A., 375, ave Coolidge, Manchester, N.H.  
BEGIN, B.-G., 3440, rue Hutchison, Montréal.  
BEUGLET, Ernest, 605, Medical Arts Bldg., Windsor, Ont.  
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont.  
BUJOLD, Edese, Dalhousie, N.-B.  
BUNDOCK, Benoît, Edifice Copeland, Ottawa, Ont.  
CAMPBELL, Maurice, 384, N.-Dame, Cap-de-la-Madeleine, P.Q.  
CARON, Wilfrid, 1191, des Erables, Québec, P.Q.  
CHEVALIER, Paul, Edifice Continental, Sherbrooke, P.Q.  
CHRETIEN, Maurice, 537, Station, Shawinigan, P.Q.  
DAIGNEAULT, Léo, 171, chemin Montréal, Cornwall, Ont.  
DAVID, Paul, 3, avenue McCulloch, Outremont.  
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.  
DORION, J.-Ed., 609 est, boulevard Charest, Québec, P.Q.  
DUFRESNE, Origène, 4120 est, rue Ontario, Montréal.  
DUFRESNE, Roger, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.  
FONTAINE, Auray, 52, avenue Hamlet, Woonsocket, R.I.  
FOREST, J.-E., 366, de Lanaudière, Joliette, P.Q.  
GAUTHIER, J.-Dominique, Shippegan, N.-B.  
GAUTHIER, Vincent, 1100, rue Bougainville, Québec, P.Q.  
COYETTE, Roger-B., 415 est, avenue Laurier, Ottawa, Ont.  
HAMEL, Jean-F., 168, rue Charlotte, Ottawa, Ont.  
ISABELLE, Gaston, 31, rue Montcalm, Hull, P.Q.  
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P.Q.

LABOSSIERE, Sylvio, Saint-Timothée, P.Q.  
LAFRAMBOISE, Jean, 247, River Road, Eastview, Ont.  
LAROCHELLE, Ls-Napoléon, 80, rue St-Louis, Québec, P.Q.  
LAROUCHE, Gérard-L., 1328, rue Amherst, Sherbrooke, P.Q.  
LEBLANC, J.-B., 975, rue St-Prosper, Trois-Rivières, P.Q.  
LEBLANC, Philippe-H., Petit-Ruisseau, N.-E.  
LECOURS, J.-A., 538, King Edward, Ottawa, Ont.  
LEGER, Jacques, 3766, chemin Reine-Marie, Montréal.  
LESSARD, Richard, 115 est, Grande-Allée, Québec, P.Q.  
LUSSIER, J.-Jacques, Faculté de Médecine, Ottawa, Ont.  
MORISSET, Jean, Rimouski, P.Q.  
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P.Q.  
NADEAU, Honoré, 55, rue Saint-Jean, Québec, P.Q.  
PELLETIER, Emile, 34, rue de la Fabrique, Québec, P.Q.  
PICHETTE, Lionel, 177, rue Principale, Hull, P.Q.  
PILON, Jean-Louis, 389 est, boul. St-Joseph, Montréal.  
POTVIN, Laurent, 623, Noranda, Eastview, Ont.  
POWERS, Arthur, 11, rue Front, Hull, P.Q.  
RIOUX, J.-Emile, 101, Grande-Allée, Québec (4), P.Q.  
SAINT-PIERRE, Hubert, 763, bd Mercure, Drummondville, P.Q.  
ST-JEAN, Conrad, 210, rue Principale, Granby, P.Q.  
TERRIEN, Jean, 189, rue Bronson, Ottawa, Ont.  
THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P.Q.  
TRUDEL, Hermile, 1990 est, rue Rachel, Montréal.  
WHISELL, Georges-L., Westlock, Alberta.

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



● Les troubles gastro-intestinaux fonctionnels peuvent être d'origine psychosomatique et donner lieu à leur tour à des troubles émotionnels. Les personnes actives peuvent souvent, par suite de leur vie intense, tomber dans ce cercle vicieux. Le PATHIBAMATE relâche la tension et apaise l'anxiété tout en traitant les troubles fonctionnels en cause du tube gastro-intestinal.

# PATHIBAMATE\* 400/200

PATHIBAMATE 400, Comprimés:  
PATHILON\* (Chlorure de tridi-  
hexéthyle) 25 mg., méproba-  
mate 400 mg., un comprimé t.i.d.  
aux repas et 2 comprimés h.s.

PATHIBAMATE 200, Comprimés:  
PATHILON 25 mg., méproba-  
mate 200 mg., un comprimé t.i.d.  
aux repas et 2 comprimés h.s.

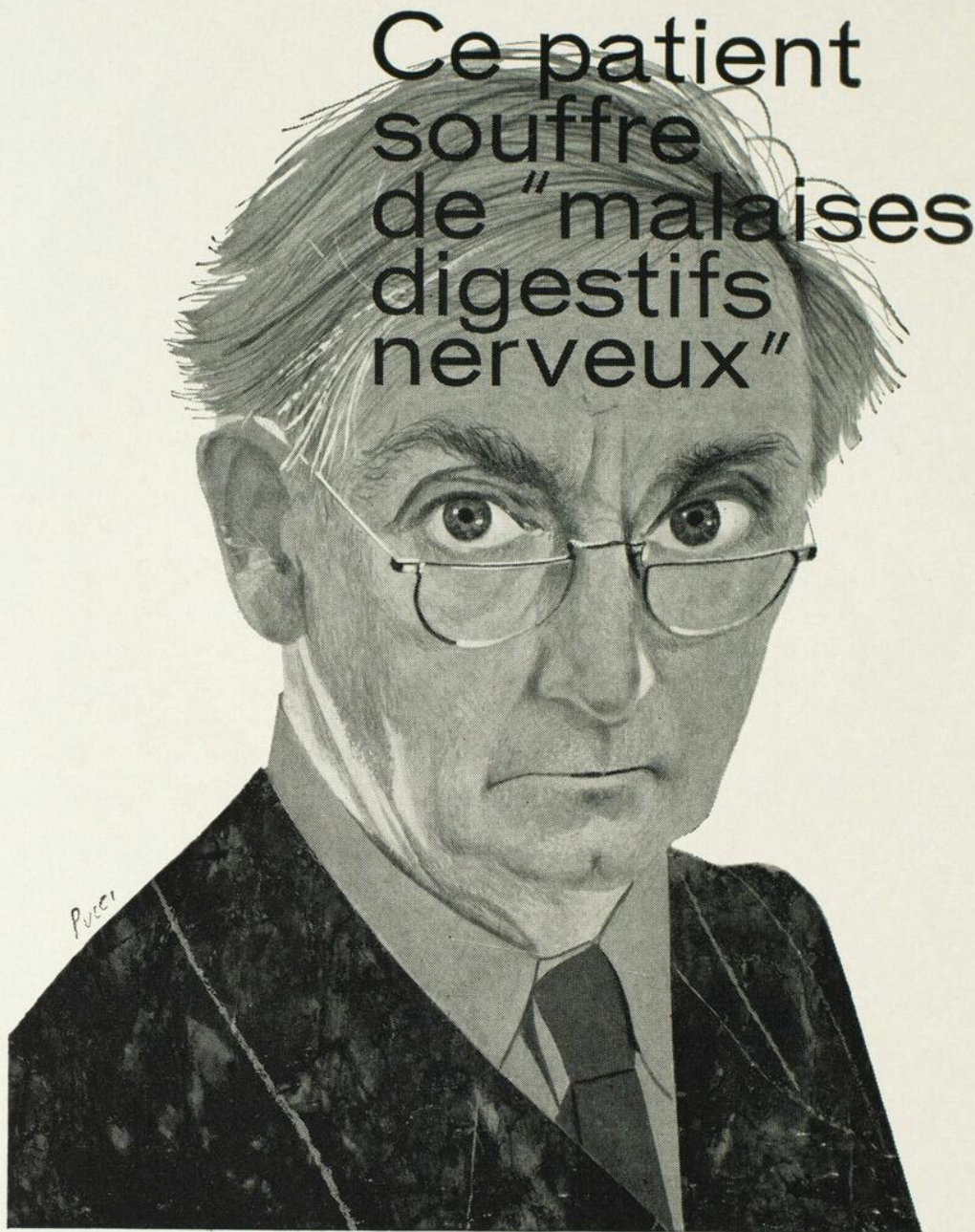
PATHILON - Meprobamate Lederle

\*Marque Déposée



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

Ce patient  
souffre  
de "malaises  
digestifs  
nerveux"



antispasmodique  
-sédatif  
-digestif

# Donnazyme<sup>®</sup>

Ce bonhomme est fictif mais pas son problème. Au fait, l'appellation qu'il donne à ses symptômes pourrait tout aussi bien s'appliquer à un ou plusieurs de vos patients. S'ils sont tendus ou légèrement anxieux et que vous diagnostiquez un spasme gastrique fonctionnel ou indéfini avec production inadéquate d'enzymes digestifs, voilà votre "digestion nerveuse." Pour tous ces malaises, le Donnazyme offre une médication spécifique qui soulage le spasme gastrique, calme l'émotivité et supplée aux carences en enzymes digestifs. Deux comprimés t.i.d. (après les repas), ou selon les besoins.

Chaque comprimé, de fabrication unique, contient l'équivalent de ½ comprimé de Donnatal<sup>®</sup> additionné d'enzymes digestifs. L'enveloppe extérieure gastro-soluble renferme: 0.0518 mg. de sulfate d'hyoscyamine; 0.0097 de sulfate d'atropine; 0.0033 mg. de bromhydrate d'hyoscine; 8.1 mg. (¼ gr.) de phénobarbital et 150 mg. de pepsine, N.F. L'enveloppe extérieure enrobée renferme: 300 mg. de pancréatine, N.F. et 150 mg. de sels biliaires.

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



## une seule injection de pénicilline . . . et le voilà protégé pendant des semaines

La BICILLIN demeure la pénicilline de choix, d'une efficacité dûment démontrée, quand il faut réaliser une pénicillinémie qui doit persister pendant des jours . . . et même des semaines. D'heureux résultats cliniques ont été confirmés à maintes reprises dans:

*le traitement prophylactique du rhumatisme articulaire aigu*<sup>1,2</sup> — une seule injection par mois protège contre l'atteinte initiale et les récurrences.

*le traitement des infections streptococciques et pneumococciques*<sup>3,4</sup> — une seule injection prévient les complications des infections respiratoires, chirurgicales et autres infections bactériennes qui sont pénicillo-sensibles.

1. Mortimer, E. A., Jr., et al.: New Eng. J. Med. 260:101 (15 janv. 1959). 2. Lade, R. I., et al.: Pediatrics 21:238 (fév. 1958). 3. Morris, A. J., et

Rammelkamp, C. H., Jr.: J.A.M.A. 165:664 (12 oct. 1957). 4. Davis, J., et Schmidt, W. C.: New Eng. J. Med. 256:339 (21 fév. 1957).



# BICILLIN

INJECTABLE À LONGUE ACTION

Pénicilline G benzathine, Wyeth

**Wyeth**

Marque déposée

WINDSOR, ONTARIO



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

**Xylocaine<sup>(D)</sup> Visqueux**, anesthésique topique pour administration orale  
(marque de lidocaïne\*)

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



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

\*BREVET CAN. NO 503,645.

FABRICATION CANADIENNE.

### ... SUR L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

"A la fin de la première année de notre étude, la betaméthasone paraît répondre au critère d'un corticostéroïde amélioré pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde. Elle exerce son action antirhumatismale et anti-inflammatoire à plus faibles doses que les autres stéroïdes disponibles pour le traitement de cette maladie. Son activité accrue ne s'accompagne certainement pas d'une augmentation parallèle des manifestations indésirables (. . . nous n'avons observé aucun indice d'ulcère gastro-duodéal, d'hypertension, d'amaigrissement, de phénomènes psychiques, de vergetures ou de purpura . . .); au contraire, nos données indiquent qu'avec cette stéroïdothérapie la fréquence des effets secondaires fâcheux est sensiblement plus faible." (1)

### ... SUR L'ASTHME CHRONIQUE

"Dans le traitement de l'asthme, la betaméthasone a donné des résultats saisissants et presque invariablement bons.

En nous basant sur ces premières constatations, nous concluons que la betaméthasone est plus utile que les stéroïdes employés jusqu'ici pour vaincre l'asthme bronchique rebelle chez les enfants." (2)

### ... SUR LA DERMATOLOGIE

Milligramme pour milligramme, la betaméthasone est, sans aucun doute, le stéroïde adrénocortical le plus actif que nous ayons étudié jusqu'ici. Des résultats très satisfaisants, souvent remarquables, peuvent être obtenus dans les états justiciables d'une stéroïdothérapie avec des doses beaucoup plus faibles que celles requises avec les autres stéroïdes." (3)

"Au cours des 12 mois de notre étude sur la betaméthasone, nous n'avons observé aucun des effets secondaires stéroïdiques plus graves, tels que les fractures par compression, l'ulcère gastro-duodéal, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension et la psychose. Nous n'avons pas non plus constaté jusqu'ici de perte de poids, de faiblesse musculaire ou de déplétion potassique." (4)

### ... SUR LE PRIX DU TRAITEMENT

Vous constaterez que Celestone non seulement est avantageux dans la plupart des troubles justiciables d'une stéroïdothérapie, mais encore coûte *moins* que de nombreux autres stéroïdes. Jamais encore un nouveau stéroïde n'a été offert au prix économique de Celestone!



*Si pour des  
raisons d'efficacité  
ou de prix  
vous avez hésité  
de prescrire  
CELESTONE...*

*ces rapports ne  
manqueront pas de  
vous convaincre!*

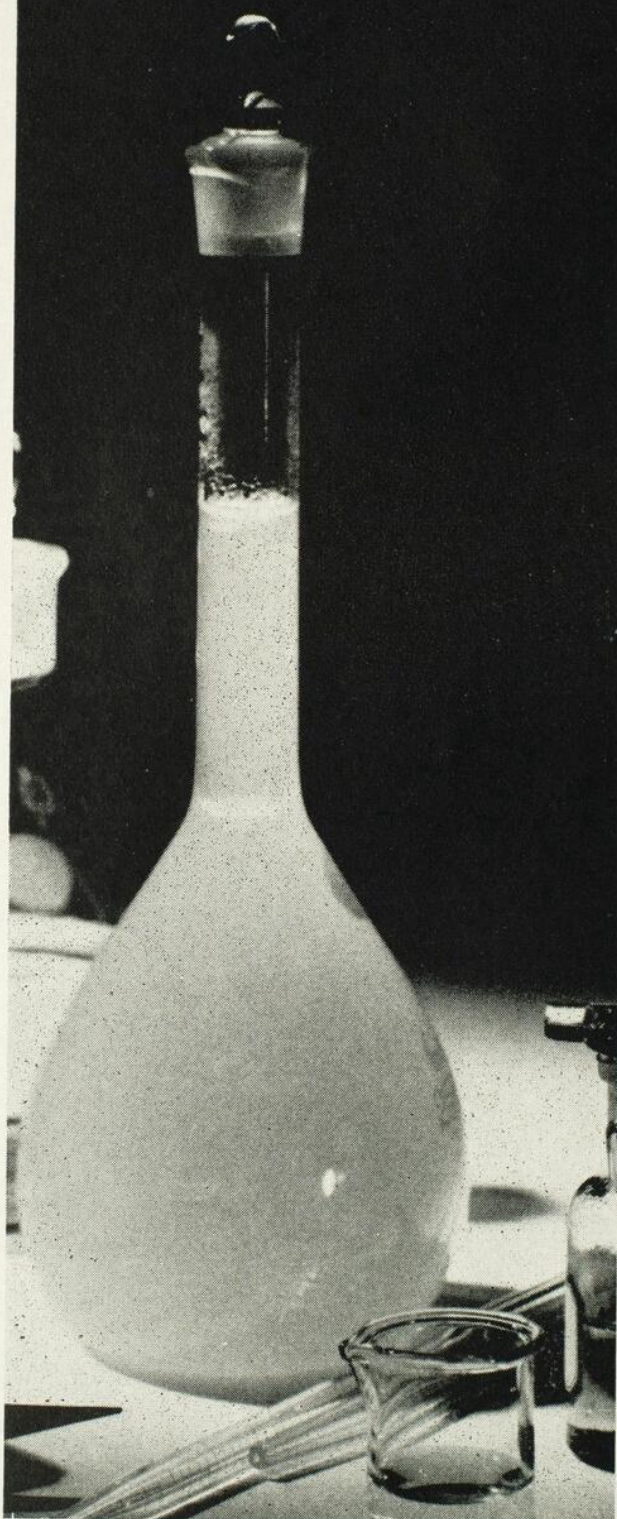
(1) ABRAHAM COHEN, M.D., CHEF DE LA CLINIQUE DE L'ARTHRITE, HÔPITAL GÉNÉRAL DE PHILADELPHIE, PHILADELPHIE, PENN. (2) SAMUEL C. BUKANTZ, M.D., PROFESSEUR ADJOINT DE MÉDECINE, ÉCOLE DE MÉDECINE DU COLORADO, DENVER, COLORADO. (3) M. MURRAY NIERMAN, M.D., DÉPARTEMENT DE DERMATOLOGIE, ÉCOLE MÉDICALE DE CHICAGO, CHICAGO, ILLINOIS. (4) LAWRENCE FRANK, M.D., PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE, STATE UNIVERSITY OF NEW YORK DOWNSTATE MEDICAL CENTER, BROOKLYN, N.Y.

**CELESTONE** CHEZ TOUT MALADE QUI NÉCESSITE UNE CORTICOTHÉRAPIE  
(... ET PARTICULIÈREMENT CHEZ LES PLUS DE 40 ANS)

\* *Announce d'un  
Produit Nouveau*

# HALDRONE™

(acétate de paraméthasone, Lilly)



## une réalisation importante des recherches sur les corticostéroïdes

Haldrone est un nouveau corticostéroïde de synthèse doué d'une activité anti-inflammatoire marquée. Dans les affections justiciables des stéroïdes, il procure un effet anti-inflammatoire prévisible avec un minimum d'effets secondaires. Une réponse satisfaisante a été obtenue lorsque l'on faisait passer les malades d'autres corticostéroïdes à l'Haldrone. Il exerce relativement peu d'effet défavorable sur le métabolisme des électrolytes. Lorsque l'Haldrone est administré une rétention sodique est peu probable, les effets psychiques sont minimes et il ne cause apparemment pas de faiblesse musculaire ni de crampes.

*Haldrone, 2 mg, correspond à approximativement*

Cortisone . . . . .	25 mg
Hydrocortisone . . . . .	20 mg
Prednisone ou prednisolone . . . . .	5 mg
Triamcinolone ou méthylprednisolone . . . . .	4 mg
Dexaméthasone . . . . .	0,75 mg

Bien que le nombre d'effets secondaires significatifs soit faible, les contre-indications usuelles de la corticostéroïdothérapie s'appliquent à l'Haldrone.

*Haldrone est présenté en flacons de 30 comprimés à 1 mg, jaunes (rainurés), et en flacons de 30 et de 100 comprimés à 2 mg, orange (rainurés).*

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



“ANGES ET DÉMONS” — René, 7 ans, Montréal, P.Q.

Ce dessin semble présenter l'éternelle question du bon contre le mauvais, mais le problème qui se pose est bien plus de savoir *qui* est mauvais que *qu'est-ce* qui est mauvais. Les anges volent de près et taquent les petits diables qui semblent être beaucoup plus actifs que le gros démon. Pour ce petit, bon et mauvais c'est spécifique et absolu, tout en se rapprochant. Si nous demandons à René ce que représentent les images il dira peut-être littéralement “anges et démons”; il donnera le nom des enfants qu'il connaît, attribuera

plusieurs noms différents à chaque personnage, ou bien il appellera plusieurs personnages par le même nom. Cela devrait démontrer la répartition de différentes qualités. Bien que ce dessin bondé de monde semble dépeindre à la lettre Lucifer et le Chérubin des Saintes Écritures, il pourrait tout aussi bien représenter un jeune sujet en butte à sa petite guerre intérieure.

*Un autre de la série “Infantol Art” — dessins analysés par un jury composé d'un psychologue, d'un psychiatre, et d'une autorité du domaine artistique.*



**infantol**  
GOUTTES • LIQUIDE

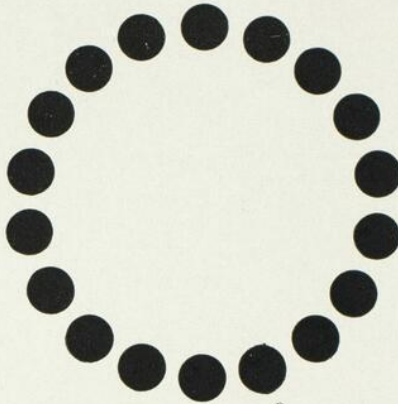
*Infantol est un supplément vitaminique très spécial connu de milliers d'enfants canadiens comme étant un des agréments de la croissance.*

*produits canadiens de qualité de*

F R A N K W . H O R N E R L I M I T E D • M O N T R É A L

# **Pr** DU NOUVEAU!

dans les cas de troubles gastro-intestinaux d'origine fonctionnelle associés à des troubles hépato-biliaires



## DECHOLIN-BB\*

... aide à  
soulager  
ces trois

○ la tension    ○ la stase    ○ le spasme

Butabarbital sodique, 15 mg.    DECHOLIN\* (acide déhydro-cholique AMES), 250 mg.    Extrait de belladone, 10 mg.

DECHOLIN-BB est indiqué pour le traitement de la constipation chronique, de la dyscinésie biliaire, du syndrome survenant à la suite d'une cholécystectomie, de la stase biliaire associée à une grossesse, de l'entéro-colite muco-membraneuse accompagnée de constipation et d'autres troubles gastro-intestinaux d'origine fonctionnelle, lorsqu'ils sont associés à une TENSION ÉMOTIONNELLE, au SPASME DES MUSCLES LISSES et à une STASE BILIAIRE/INTESTINALE.

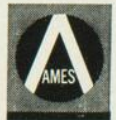
**Dose moyenne - adultes:** 1 ou, au besoin, 2 comprimés, trois fois par jour.

**Contre-indications:** Occlusion du canal cystique, hépatite aiguë et glaucome.

**Présentation:** Flacons de 100 comprimés.

\*Marque de commerce de Ames Company of Canada, Ltd.

AMES  
COMPANY OF  
CANADA, LTD.  
Toronto - Ontario



CA12761F

# Antivert

12.5 mg de chlorhydrate de méclizine et 50 mg de niacine

## contrôle le vertige



**INDICATIONS**—Soulagement du syndrome de Ménière, du vertige dû à l'artériosclérose, de la labyrinthite et du vertige d'origine non spécifique. On signale que l'ANTIVERT exerce une action favorable sur les maux de tête vasculaires.

**POSOLOGIE**—Un comprimé à prendre avant chaque repas.

**EFFETS SECONDAIRES**—Minima, ils se réduisent à la bouffée de chaleur et au tintement qui accompagnent la vaso-dilatation.

**PRÉSENTATION**—En flacon de 100 comprimés sécables (bleus).

10<sup>ème</sup> ANNIVERSAIRE



**PFIZER CANADA**  
Division de Pfizer Corp.  
5330, ave Royalmount,  
Montréal 9, P.Q.

## Spécifique de la toux

bromhydrate de *d*-3-méthoxy-N-méthyl-morphinane

# Romilar®

Comprimés, 10 mg.

Sirop, 10 mg./c. à t.

Expectorant, 15 mg. de  
Romilar et 90 mg. de  
chlorure d'ammonium  
par c. à t.



**ROCHE**

®

ACHROCIDIN

**POUR ÉVITER  
LES NOMBREUSES  
SÉQUELLES DE LA  
GRIPPE**

**ACHROCIDIN**®

**Lederle**

CYANAMID OF CANADA LIMITED

TETRACYCLINE-ANTIHISTAMINE-ANALGESIC COMPOUND

Chaque dragée renferme:

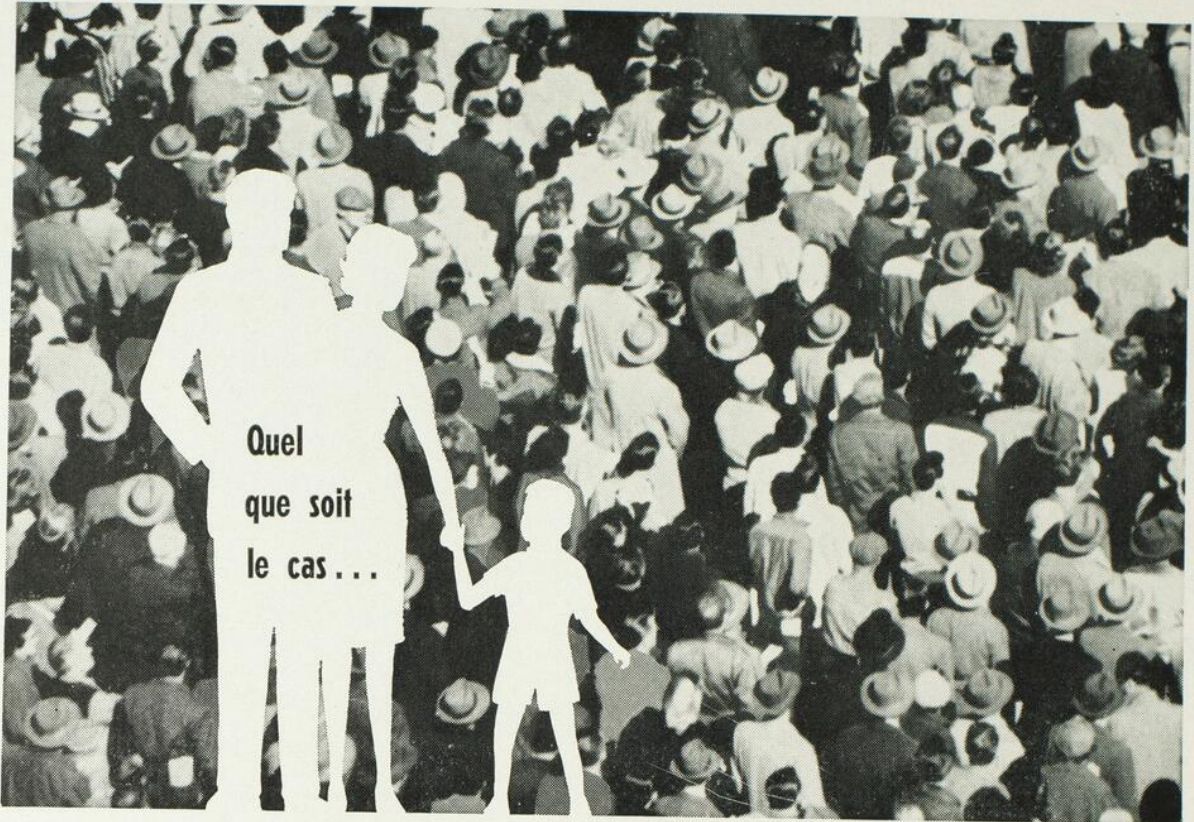
ACHROMYCINE\* (tétracycline-HCl), 125 mg.

phénacétine, 120 mg. caféine, 30 mg.

amide salicylique, 130 mg. citrate de chlorothène, 25 mg.

Dose usuelle pour adultes:

2 dragées q.i.d. aussi présentée en sirop.



# LOMOTIL

(marque du chlorhydrate de diphénoxylate avec sulfate d'atropine)

- \* réduit la motilité
- \* enraye la diarrhée

*Lomotil* produit un soulagement symptomatique rapide de la diarrhée, aiguë ou chronique.

Les études tant pharmacologiques que cliniques indiquent que le *Lomotil* exerce une action réductrice élective sur l'élément propulseur de la motilité gastro-intestinale, sans relâcher les sphincters intestinaux. Cette action est si remarquable que chez la souris, les essais ont prouvé que le *Lomotil* exerce un effet anti-diarrhéique efficace, à une dose onze fois plus faible que la morphine.

A cause de cette activité anti-diarrhéique étonnante, le *Lomotil* est très probablement le médicament de *premier* choix pour enrayer rapidement et nettement la diarrhée.

**Posologie:** La dose initiale recommandée pour les adultes est de deux comprimés (à 2.5 mg. chacun) trois ou quatre fois par jour; elle est alors diminuée selon les besoins de chaque sujet, à mesure que régresse la diarrhée. La dose d'entretien peut être aussi faible que deux comprimés par jour. Le *Lomotil* est présenté en comprimés blancs à 2.5 mg. non dragéifiés, non rainurés, et renfermant chacun 0.025 mg. de sulfate d'atropine, pour décourager toute velléité de doses trop généreuses. Il ne faut pas dépasser les doses recommandées.

*Tombe sous la Loi Fédérale des Narcotiques.*

Pour renseignements plus complets et détails sur le mode d'emploi, on peut se procurer la Brochure No 81.

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA LTD.  
247, Rue QUEEN Est, BRAMPTON, Ont.

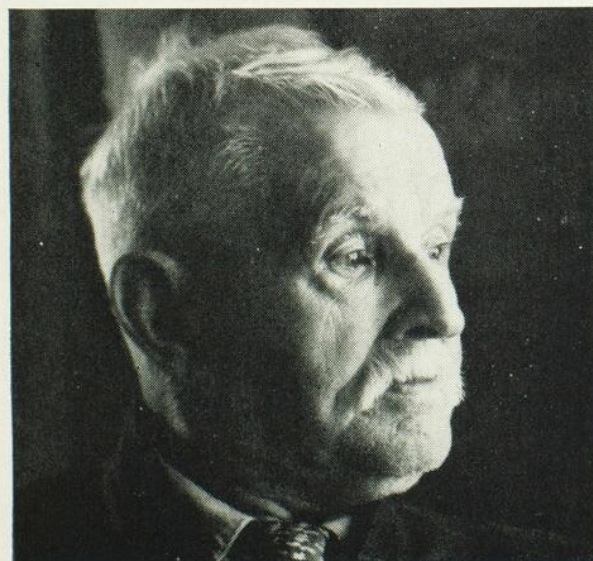
*La Recherche au Service de la Médecine*



**Le fatigué chronique**



**L'enfant qui pousse**



**La personne âgée**

*aux malades que vous  
voyez tous les jours . . .  
prescrivez B-PLEX  
avec confiance toujours*

## **B-PLEX**

En flacons de 8 onces liq., de 1/2 et de 1 gall. Imp.

### **LE COMPLEXE DES VITAMINES B PROVENANT DE SOURCES NATURELLES**

Le B-PLEX est exceptionnellement agréable à prendre. Doté d'un équilibre biologique par addition d'éléments vitaminiques cristallisés, il constitue une médication aux vitamines du complexe B, à la fois adéquate et complète, portant notamment sur la vitamine B<sub>12</sub>, importante pour la stimulation de la croissance, la formation des éléments du sang et pour surmonter la fatigue. Dose — de 1 à 2 cuillerées à thé t.i.d.

## **B-PLEX**

**avec FER.** En flacons de 8 onces liq.

### **LE COMPLEXE DES VITAMINES B AVEC SULFATE FERREUX**

Extraordinairement agréable au goût, le B-PLEX avec FER est indiqué pour renforcer les régimes pauvres en éléments nutritifs des malades de tout âge. Il fournit le complexe des vitamines B, la vitamine B<sub>12</sub> et le sulfate ferreux, destiné à protéger le malade contre la carence de fer d'origine alimentaire. Dose — de 1 à 2 cuillerées à thé t.i.d.

### **complément diététique sûr**

Le B-PLEX et le B-PLEX avec FER renferment tous deux le SORBITOL, dont on a démontré dernièrement le pouvoir d'augmenter considérablement l'absorption de la vitamine B<sub>12</sub> et du fer.

**Nyeth**

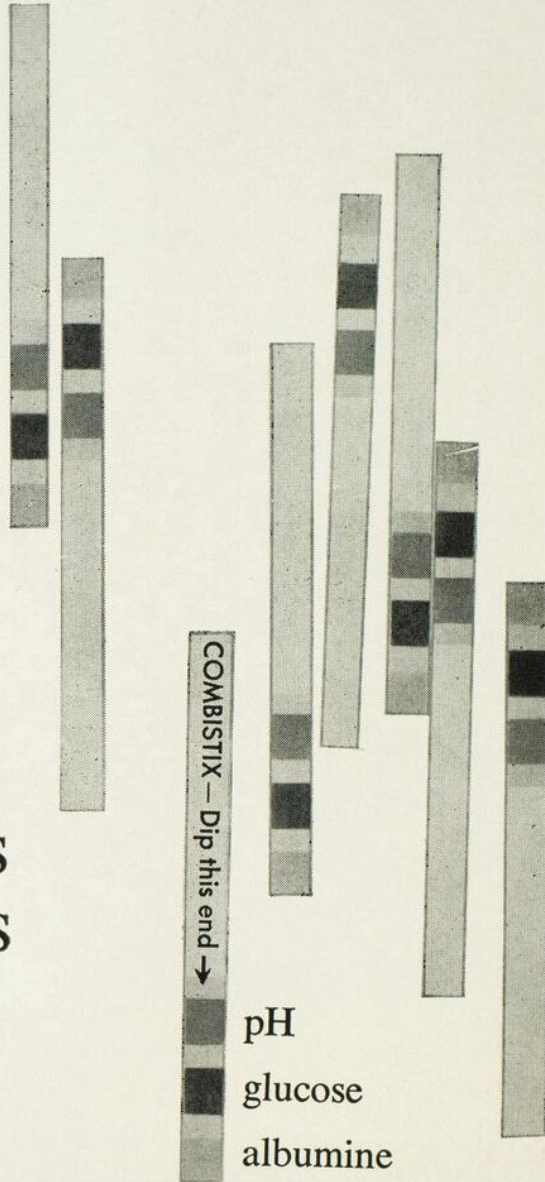
Marque déposée

WALKERVILLE, ONTARIO

MONCTON • MONTRÉAL • WINNIPEG • VANCOUVER

# 3

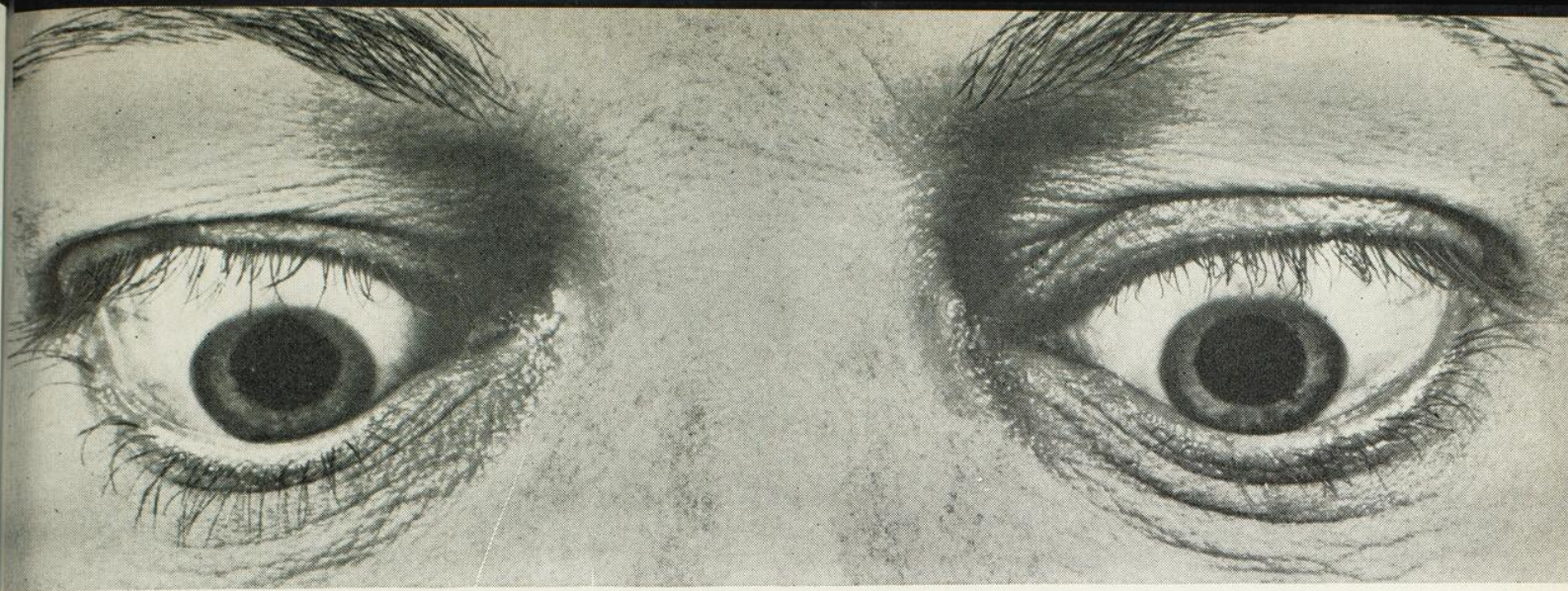
épreuves  
urinaires  
de base



# COMBISTIX\*

Papiers réactifs

1 papier: 3 épreuves en 10 secondes  
méthode facile, rapide, précise



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

# THYROTOXICOSE

# "PROPYL-THYRACIL"

marque de propylthiouracil

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

## "PROPYL-THYRACIL"

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

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

Flacons de 100 comprimés.

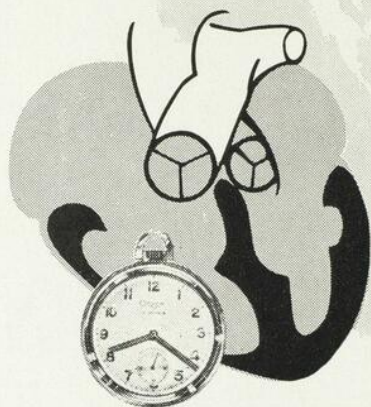
**MISE EN GARDE** — Malgré la rareté des réactions secondaires provenant du propylthiouracil, il ne faut pas cesser d'être en surveillance dans la recherche de symptômes tels que la fièvre, les douleurs articulaires, les éruptions cutanées ou les maux de gorge; sur leur manifestation, discontinuer promptement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



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

désormais . . .

une  
digitalisation  
adaptée  
à chaque cas  
particulier

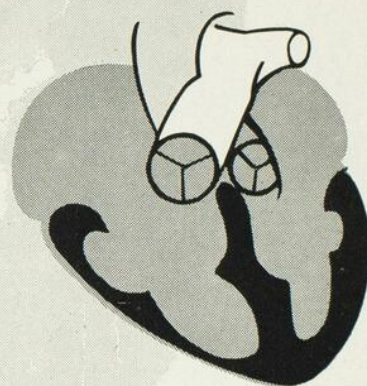


POUR UNE ACTION RAPIDE

## ROUGOXIN

digoxine D.N.C.

- action rapide
- élimination rapide



POUR UNE ACTION PROLONGÉE

## DIGITALINE ROUGIER

digitoxine D.N.C.

- absorption totale
- taux de déperdition uniforme
- effet soutenu entre les doses

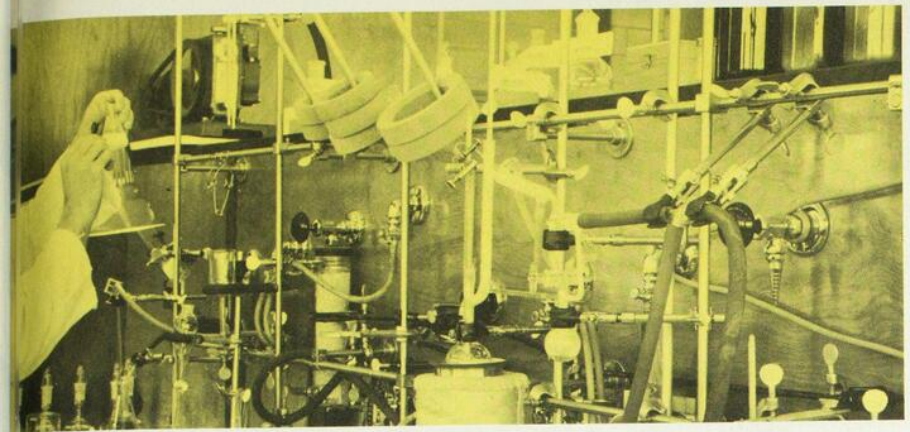
Une action toni-cardiaque PLUS EFFICACE  
dans l'insuffisance cardiaque.

Les normes rigoureuses de pureté et d'homogénéité régissant les  
produits ROUGIER garantissent une marge de sécurité maximum.

UN PRODUIT

**ROUGIER**

DE MONTRÉAL



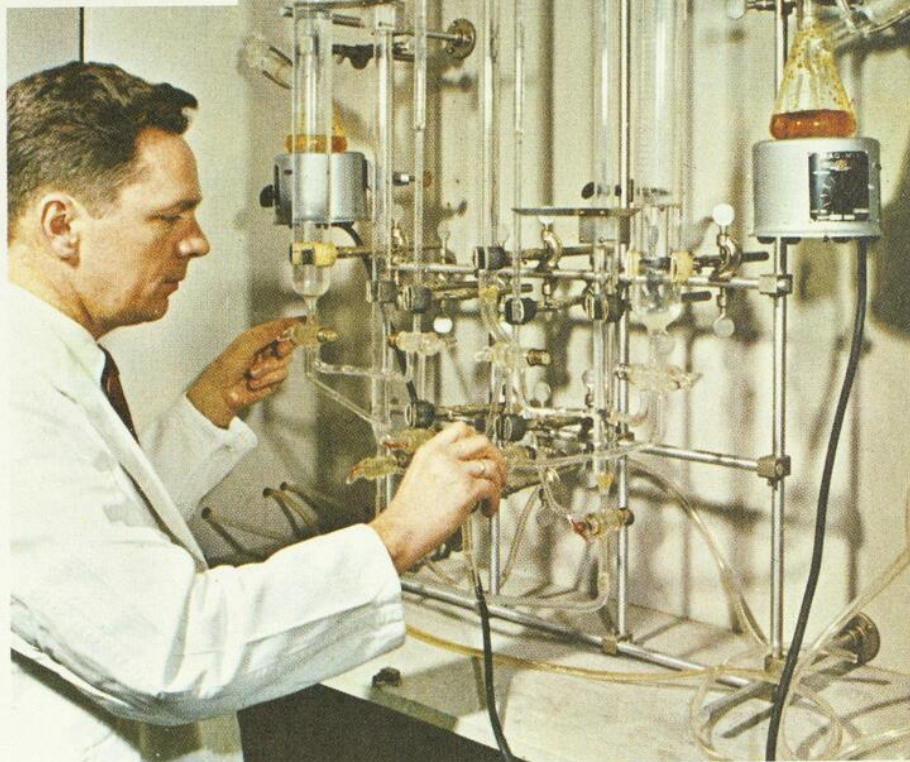
## AYERST

### ET LE PERFECTIONNEMENT DES PRODUITS

Les nouveaux médicaments, même les meilleurs, sont susceptibles d'être perfectionnés: les effets secondaires peuvent être amoindris ou le mode d'administration simplifié par l'adoption de posologies plus efficaces.

Les chercheurs de la maison Ayerst ont apporté des améliorations remarquables à certains produits telles que la mise au point de la fabrication de comprimés à "action soutenue" qui réduit le nombre de prises quotidiennes; l'enrobage "résistant aux acides" qui protège les médicaments administrés oralement de l'action destructrice du suc gastrique est un autre perfectionnement récent.

Lorsque ces modifications s'avèrent bien fondées tout comme s'est établi l'efficacité du produit sous sa forme première, elles sont adoptées dans la fabrication des nouveaux médicaments ou des produits déjà existants et soumises aux normes de contrôle rigide déjà en usage. Les produits des laboratoires de recherche Ayerst possèdent donc toutes les caractéristiques les plus récentes qui garantissent une efficacité maxima et qui assurent au médecin que le malade tirera plein avantage des médicaments objets de ses ordonnances.

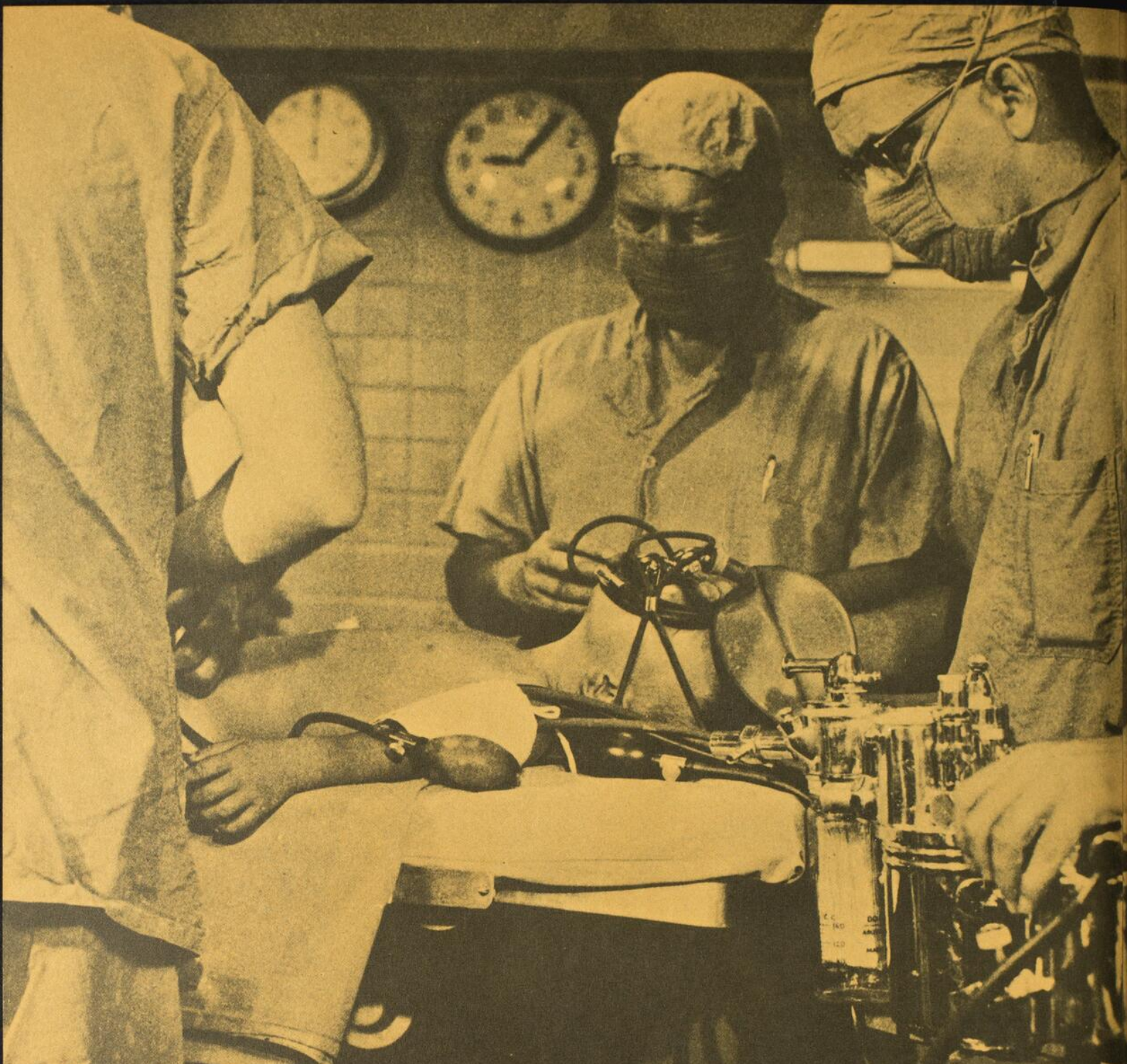


## "FLUOTHANE" – Ayerst répond à un besoin

Depuis la découverte de l'anesthésie, les hommes de science ont recherché l'agent idéal, un anesthésique unique à inhaler qui offrirait toute sécurité, serait puissant, ininflammable et non explosif. "Fluothane" que présente AYERST est la marque du progrès le plus significatif en anesthésie par inhalation, depuis l'adoption de l'éther. Offert pour usage général en chirurgie après essais cliniques en plus de 20 000 cas, la supériorité de "Fluothane" est maintenant confirmée après utilisation chez des centaines de milliers de patients.

Administré par l'anesthésiste compétent en vaporisateurs exactement calibrés, cet agent de précision pour inhalation produit rapidement et sans heurt l'état anesthésique et le maintient de façon uniforme.

"Fluothane" permet encore le retour rapide à la conscience, avec le minimum de confusion, d'excitation, de nausées, de vomissements et d'hypersécrétion. Ces avantages simplifient très sensiblement le travail du personnel des salles de réveil. L'expérience de son emploi a créé la confiance dont il jouit.



# FLUOTHANE

(HALOTHANE)

Marque déposée

*Confiance fondée sur l'expérience*

*Éprouvé cliniquement dans des  
centaines de milliers  
de cas (219 communications  
au moins ont été  
publiées à date)*



Vendu au Canada selon accord avec  
IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED

**anesthésie  
de précision  
par inhalation**



*inexplosible — ininflammable*

# pourquoi peut-on compter avec plus de certitude sur la cosa **Terramycine** (OXYTETRACYCLINE)

<sup>1</sup> La plus forte distribution tissulaire

<sup>2</sup> La plus grande rapidité et totalité  
de récupération urinaire

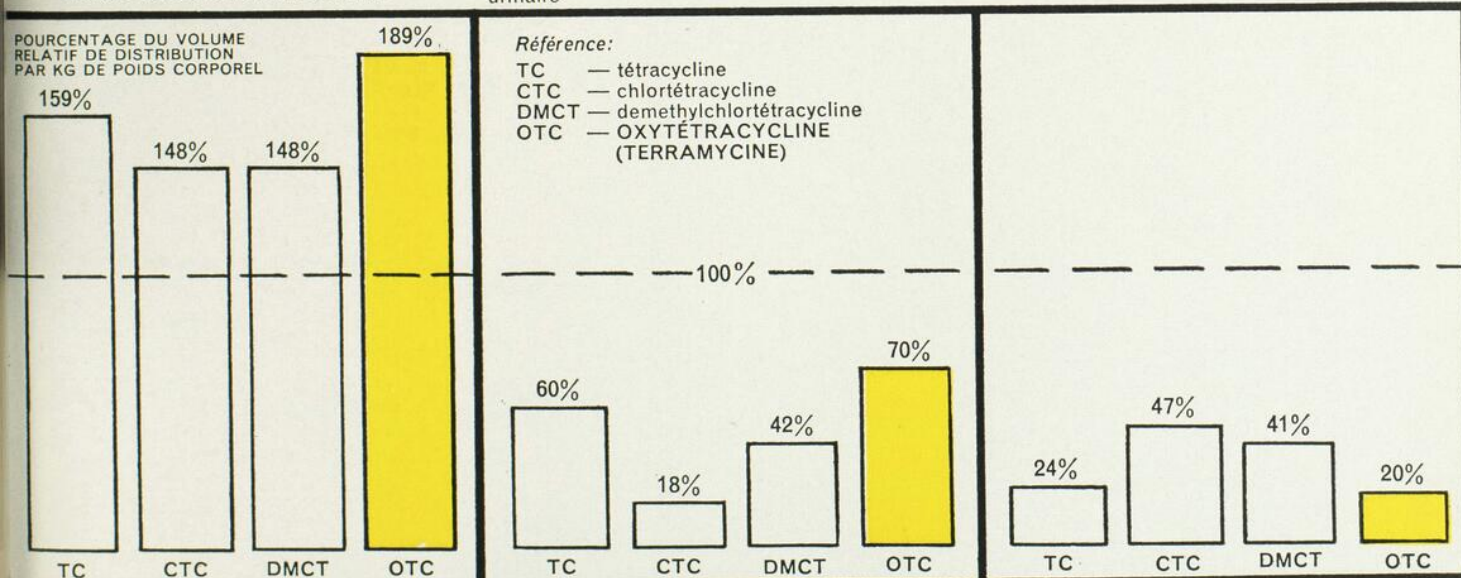
<sup>3</sup> La plus faible liaison sérique

<sup>1,2,3</sup>Kunin, Dornbusch et M. Finland, Journal of Clinical Invest., nov. 1959

La plus forte distribution tissulaire

La plus grande rapidité et totalité de récupération urinaire

La plus faible liaison sérique



Pendant une période de 96 heures

# épreuves essentielles au diagnostic

... faciles  
... sûres  
... rapides



**papiers réactifs  
épreuves colorimétriques  
instantanées**

 **albustix\***  
*albuminurie*

 **clinistix\***  
*glycosurie*

 **combistix\***  
*albuminurie, glycosurie, et pH*

 **ketostix\***  
*acétonurie*

 **phenistix\***  
*phénylacétonurie*

 **uristix\***  
*albuminurie, glycosurie*

**Comprimés réactifs  
pour dosage colorimétrique**

 **dextrotest\***  
*dosage glycémique*

 **hematest\***  
*hémorragies occultes*

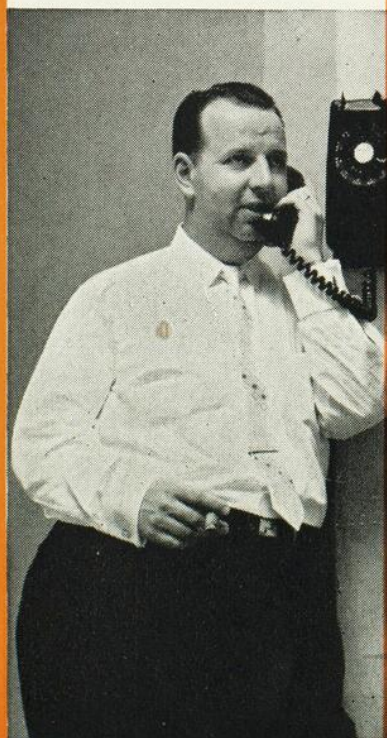
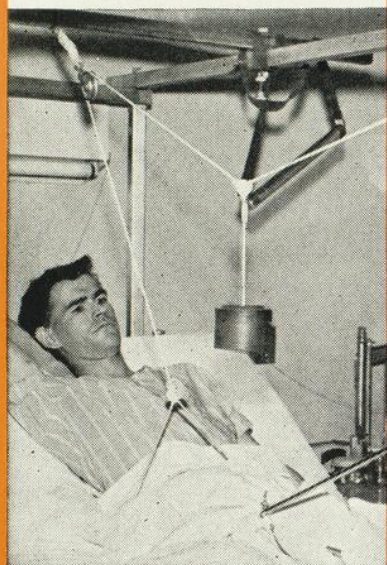
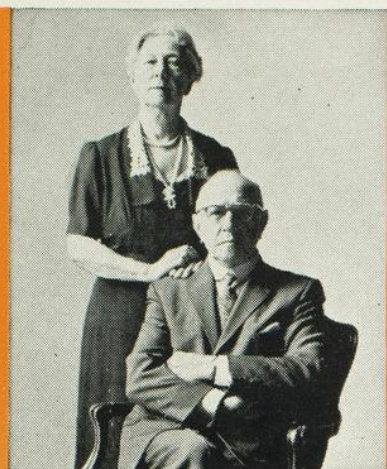
 **ictotest\***  
*bilirubinurie*



# SOUPLESSE DIÉTÉTIQUE



Présenté sous forme de poudre aromatisée  
à la vanille, en pots de ½ livre et en  
boîtes de 5 livres.



Pour le cas de gériatrie, le convalescent ou l'obèse le GÉVIRAL PROTÉINIQUE permet la souplesse requise dans le régime par la variété des troubles rencontrés.

Comme supplément diététique pour les patients plus âgés ou pour les convalescents, le GÉVIRAL PROTÉINIQUE fournit des vitamines et minéraux et en plus des protéines. Pour l'obèse, sa faible teneur en calories (105.3 calories à l'once) le rend utile, soit seul, soit avec un régime amaigrissant, pour assurer une nutrition adéquate.

Le GÉVIRAL PROTÉINIQUE se prête bien à l'alimentation par sonde gastrique du malade comateux.

## GÉVIRAL\* PROTÉINIQUE

Supplément Vitamino-Minéralo-Protéinique

*Lederle*

CYANAMID OF CANADA LIMITED,  
Montréal

MAINTENANT

VOICI LA

**PR** **NEURINASE** **R**  
en SOLUTION

● **INDICATIONS :**

SÉDATIF du SYSTÈME NERVEUX  
INSOMNIES, NÉVROSES, PALPITATIONS.

● **FORMULE :**

Une cuillerée à café renferme:  
BARBITAL SODIQUE : 0.15 gm.  
VALÉRIANE FRAÎCHE (ex. fl.) : 4.85 gm.

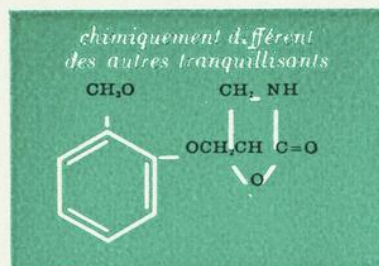
● **PRÉSENTATION :**

Flacon de 100 ml. (3½ onces).

Littérature et échantillons sur demande.

J. EDDÉ LIMITÉE, 202, Avenue Laurier Est - - Montréal

## LEDERLE PRÉSENTE UN NOUVEAU TRANQUILLISANT



# TREPIDONE®

*Méphénoxalone Lederle*

### POUR RÉTABLIR LE TABLEAU NORMAL DES RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES

Le TREPIDONE (méphénoxalone) est un nouveau tranquillisant qui soulage l'anxiété et la tension dans leurs formes bénignes ou modérées sans abaisser notablement l'acuité mentale. Le TREPIDONE aide le malade "à redevenir lui-même" . . . calme, mais en pleine possession de ses facultés . . . généralement exempt de somnolence ou d'euphorie.

Pour la documentation complète sur les indications, la posologie, les précautions et les contre-indications, consultez votre représentant Lederle, ou écrivez à notre Directeur Médical, le Docteur R. G. Warminton.

Posologie adulte moyenne: un comprimé de 400 mg., quatre fois par jour.

Présentation: comprimés rainurés de 400 mg. de TREPIDONE (méphénoxalone), en flacons de 28 (traitement d'une semaine), de 100 et de 500.



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

\*Marque déposée



voici le spasme...

et voici

# BUSCOPAN

(bromure de *N*-butyl-scopolamine Parke-Davis)



## spécifique du spasme

- Exerce une activité ganglioplégique sélective et curarisante
- Ne produit aucun des effets des alcaloïdes de la belladone sur le SNC

BUSCOPAN enrayer le spasme des muscles lisses partout où il se produit dans les voies gastro-intestinales, biliaires, urinaires ou génitales. Son action spasmolytique est puissante et sélective. Avec un minimum d'effets secondaires, BUSCOPAN diminue l'hypermotilité...soulage la douleur.

BUSCOPAN est très efficace dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux, de la gastrite, du cardiospasme, de la colite muqueuse, du spasme associé à diverses affections malignes et de la constipation spasmodique.<sup>1-5</sup> Les troubles biliaires fonctionnels associés à la lithiase biliaire, à la cholécystite, à la cholangite et à la pancréatite réagissent également bien à BUSCOPAN.<sup>1-4</sup> En outre, cet agent s'est révélé utile pour maîtriser le spasme des muscles lisses associé à des troubles urogénitaux,<sup>3,6</sup> y compris la dysménorrhée.<sup>3,7,8</sup>

Dans chacun de ces cas, l'utilité de BUSCOPAN est accrue par l'absence presque totale des effets secondaires communément observés tels que la sédation, la sécheresse de la bouche et les troubles de la vue.<sup>1,2,4-7</sup>

*Posologie recommandée:* De 10 à 20 mg (1 ou 2 comprimés) semblent constituer la dose moyenne efficace; cette posologie peut toutefois être augmentée dans les cas aigus, particulièrement douloureux. Une dose de 10 mg, de trois à cinq fois par jour, est recommandée dans les cas prolongés comme l'ulcère peptique. *Présentation:* Comprimés BUSCOPAN de 10 mg—en flacon de 100.

*Bibliographie:* (1) Block, A.: *Fortschr. Med.* 71:202, 1953. (2) Lössl, H. J.: *München. med. Wchnschr.* (supp.) 94:653, 1952. (3) Birkner, F.: *Wien. med. Wchnschr.* 102:893, 1952. (4) Bass, E., & Dietrich, H.: *Deutsche med. Wchnschr.* 77:906, 1952. (5) Schmengler, F. E., & Köster, K.: *Med. Klin.* 47:121, 1952. (6) Kunz, A.: *Wien. med. Wchnschr.* 103:305, 1953. (7) Böning, H., & Kirch, A.: *Fortschr. Med.* 70:351, 1952. (8) Schmidt, J.: *Medizinische* 21:1293, 1952.

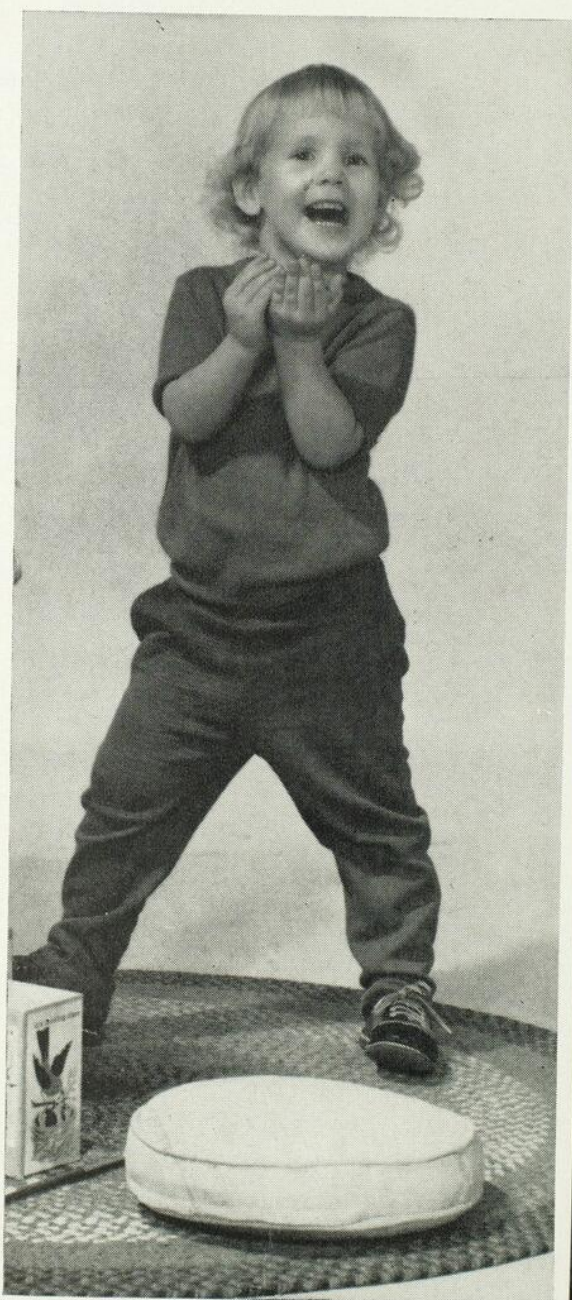
**PARKE-DAVIS**

81861

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTREAL 9



RÉTABLISSEZ  
LA VITALITÉ...



de l'enfant malingre\*

NOUVEAU

## **Ferrocebrin™**

hématopoïétique liquide compréhensif

- corrige la déficience de fer
- stimule l'appétit
- favorise une croissance normale

\*de poids infranormal, se fatiguant aisément,  
anorexique — par suite d'une légère anémie

Chaque cuillerée à café de 5 cm<sup>3</sup> fournit:

Sulfate ferreux (correspondant à 20 mg de fer) . . . . .	100 mg
Chlorhydrate de thiamine (Vitamine B <sub>1</sub> ) . . . . .	1 mg
Riboflavine (Vitamine B <sub>2</sub> ) . . . . .	1 mg
Chlorhydrate de pyridoxine (Vitamine B <sub>6</sub> ) . . . . .	0,5 mg
Vitamine B <sub>12</sub> cristallisée . . . . .	5 mcg
Acide pantothénique (à l'état de <i>d</i> -panthénol) . . . . .	1 mg
Niacinamide . . . . .	5 mg
Acide ascorbique (Vitamine C) . . . . .	35 mg
Alcool, 2 pour cent	

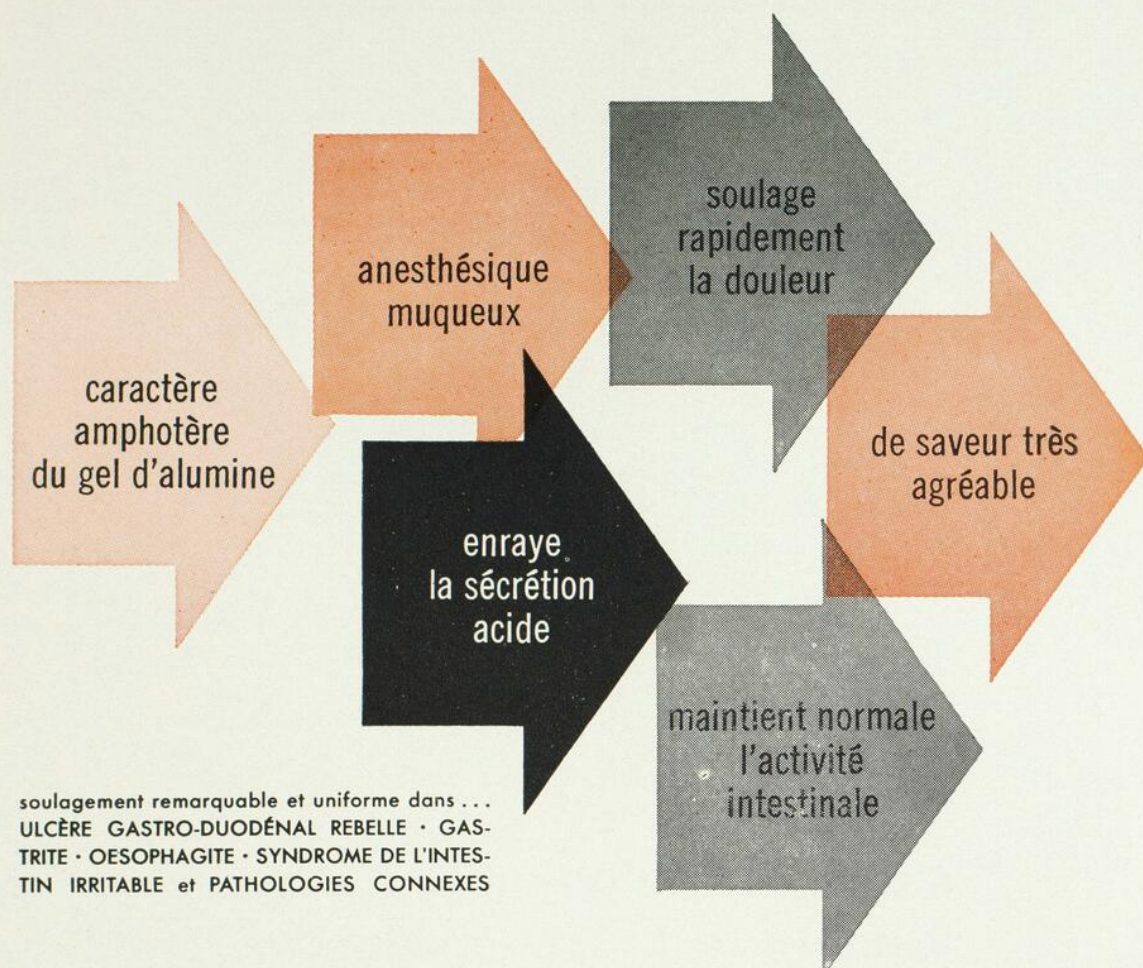
Dose usuelle:

*Nourrissons et enfants*—1/2 à 1 cuillerée à café (de  
préférence aux repas) trois fois par jour.

*Adultes*—1 à 2 cuillerées à café (de préférence  
aux repas) trois fois par jour.

Ferrocebrin™ (fer, vitamine B composée et vitamine C, Lilly)

## UN PROGRÈS DE LA MÉDICATION ANTI-ACIDE



soulagement remarquable et uniforme dans . . .  
ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL REBELLE · GAS-  
TRITE · OESOPHAGITE · SYNDROME DE L'INTE-  
STIN IRRITABLE et PATHOLOGIES CONNEXES

# OXAINE\* M

Oxéthazaine dans un gel d'alumine associé à l'hydrate de magnésie, Wyeth

La dose d'une cuillerée à thé de 5 c.c. d'OXAINE M comporte 10 mg. d'oxéthazaine dans un gel d'alumine renfermant l'équivalent de ¼ de cuillerée à thé de lait de magnésie, ce produit étant utilisé pour son action contre la constipation. Une saveur fruitée agréable, l'absence d'arrière-goût font que le produit est parfaitement acceptable par le malade, même après un traitement de longue haleine.

L'OXAINE M est indiquée pour traiter la gastrite chronique, l'oesophagite chronique sans rétrécissement, le syndrome de l'intestin irritable et l'ulcère gastro-duodéal, dans tous les cas où existe une tendance à la constipation. Elle soulage l'indigestion, la dyspepsie, la duodénite, la nausée et le vomissement et le pyrosis. Les symptômes d'irritation de l'estomac ou de l'oesophage sont généralement amendés chez les malades qui ne réagissent pas à la médication anti-acide utilisée isolément.

La dose habituelle est de 1 à 2 cuillerées à thé quatre fois par jour, 15 minutes avant les repas et au coucher. Ne pas dépasser la posologie recommandée. Présentée en flacons de 12 onces liq. et de 1 gall. Imp.



\*Marque déposée  
WINDSOR, ONTARIO  
MONCTON · MONTRÉAL · WINNIPEG · VANCOUVER

nouvelle médication  
antidiarrhéique  
contient de l'APN\*

# ATASORB

à la néomycine (composé à base d'attapulgite et néomycine, Lilly)

# DIARRHÉE

**Combat la diarrhée . . .  
Rétablit le fonctionnement  
intestinal normal**

**Posologie:**

*Adultes: 2 cuillerées à soupe trois ou quatre fois par jour.*

*Enfants de 2 à 12 ans: ½ à 1 cuillerée à soupe trois ou quatre fois par jour.*

*Nourrissons: 1 à 2 cuillerée à thé trois ou quatre fois par jour.*

**Présentation:** Flacons de 6 oz. et de 16 oz.

**Egalement disponible:** M-114, Atasorb™ (sans néomycine).

\*APN—Formule originale, associant aux propriétés hautement adsorbantes de l'attapulgite activée et "micronisée" et de la pectine, l'action anti-infectieuse de la néomycine en quantité thérapeutique.

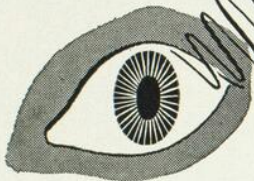
Atasorb™ (composé à base d'attapulgite, Lilly)



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

dans **L'HYPERTENSION** et le **DIABÈTE**

**DIMINUE**  
le risque d'  
**HÉMORRAGIE**



**"CERUTIN"**

Rutine additionnée de Vitamine C

POUR LA PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS VASCULAIRES  
ASSOCIÉS À L'AUGMENTATION DE LA FRAGILITÉ DES CAPILLAIRES

**"CERUTIN"**

Rutine, NF..... 20 mg.  
Vitamine C..... 25 mg.

**"CERUTIN" R 60**

Rutine, NF..... 60 mg.  
Vitamine C..... 120 mg.

**POSOLOGIE:** un comprimé 3 fois  
par jour.

Présenté en flacons de 40 et de 100.

"Bien qu'aucune amélioration remarquable de la vision ou diminution notable de la rétinopathie n'ait été observée chez les diabétiques après la rutinothérapie, le fait qu'aucune perte de vision ou augmentation de la rétinopathie ne soit survenue durant une période de 10 à 12 mois de traitement peut avoir une grande importance."<sup>1</sup>

Les résultats du traitement avec le Cérutin ne sont pas sensationnels. C'est un traitement de longue haleine qu'il faut prescrire à tous les patients souffrant d'hypertension et de diabète dans l'espoir d'éviter ou de retarder la rupture des capillaires rétiniennes et cérébrales.

**Charles E. Frosst & Co.**

MONTRÉAL

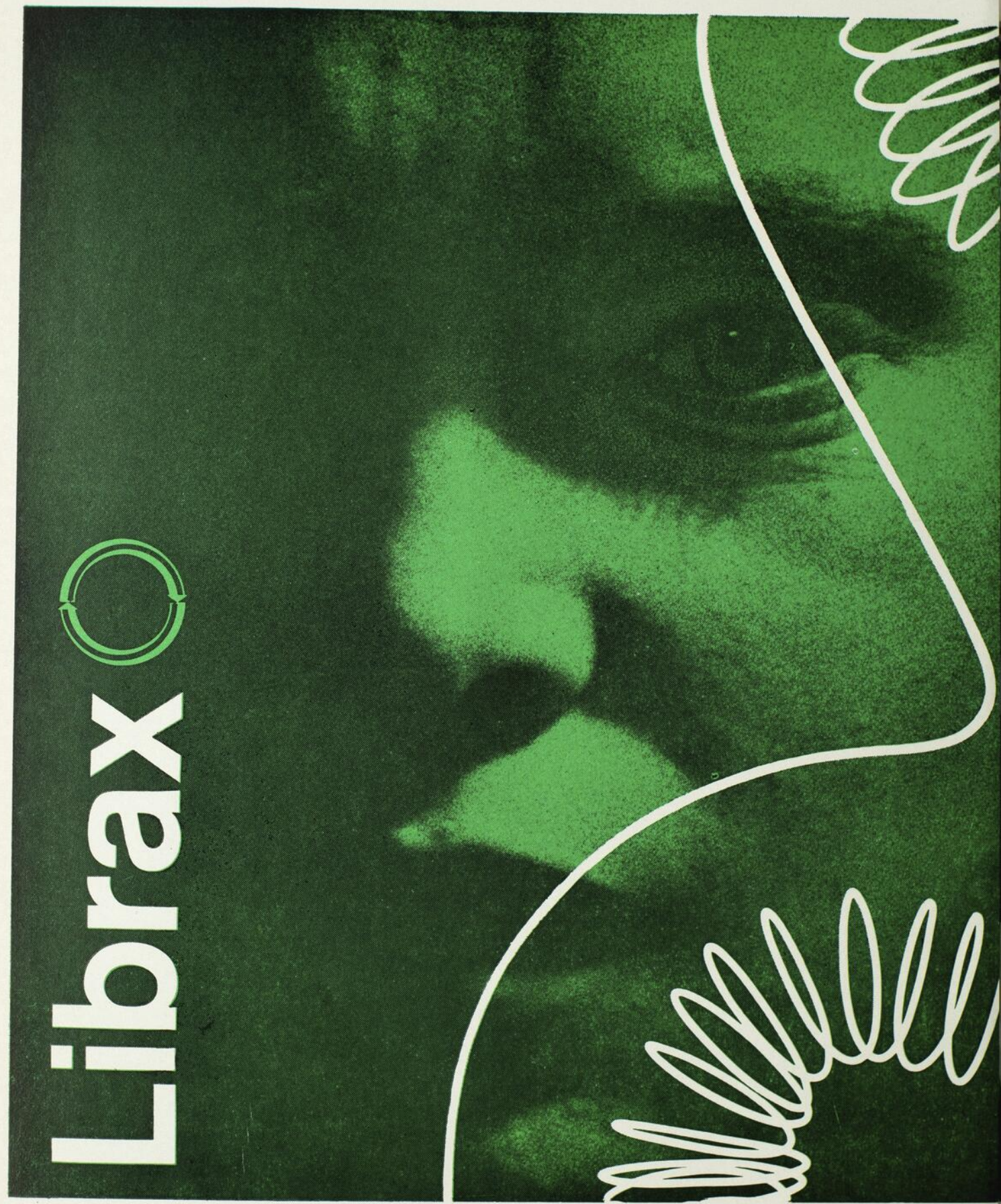
CANADA

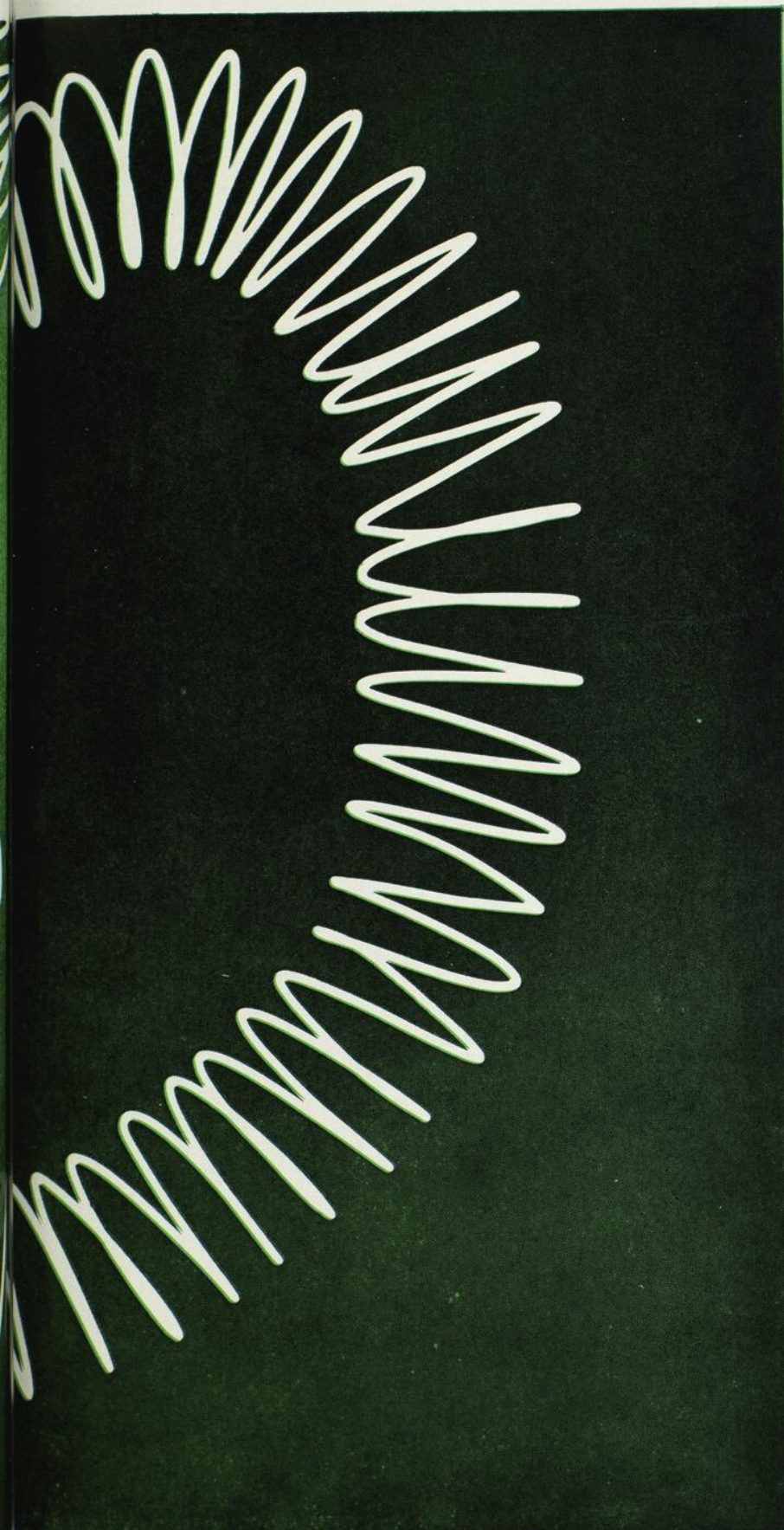
1. "The Effective Use of Rutin", Donegan and Thomas, Am. J. Ophthal., 31:671, 1948.



Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

# Librax





# Librax

réunit en une seule capsule deux réalisations des recherches 'Roche':

## Librium

"... le progrès le plus significatif de l'heure dans la psychopharmacothérapie de l'anxiété..."

**libère de l'anxiété** et de la **tension** psychique ainsi que de leurs répercussions sur le fonctionnement des organes périphériques, **sans** entraver l'activité ni la vitalité.

## Quarzan

un nouvel anticholinergique efficace, supprime rapidement les symptômes somatiques en rendant insensibles à l'acétylcholine les récepteurs cholinergiques, d'où un effet antihypersécréteur et spasmolytique.

## Librax rompt le cercle vicieux

des réactions pathologiques - psychisme - soma - psychisme - dans les troubles gastro-intestinaux.

## Indications

Ulcère peptique, gastrite, hyperacidité, pylorospasme, dyskinésie biliaire, cardiospasme, duodénite, colite spasmodique et ulcéreuse et les autres troubles organiques ou fonctionnels du tube digestif.

## Contre-indications

Glaucome; la prudence est de rigueur en cas d'hyperplasie prostatique.

## Dose moyenne chez l'adulte

1 capsule, 3 ou 4 fois par jour.

### Composition

Chaque capsule de Librax® renferme:  
5 mg. de Librium® chlorhydrate de 7-chloro-2-méthylamino-5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine 4-oxyde.  
2.5 mg. de Quarzan® bromure de 1-méthyl-3-benziloyl-oxyquinuclidinium.

1. H. A. Bowes, Dis. Nerv. Syst. 21: (suppl.) 20-22, 1960.  
Documentation sur demande. ®Marque déposée.

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

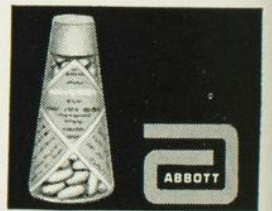


...si elle  
attend le  
grand jour...

Ah! le moment merveilleux de la certitude! ■ Mais, pour conserver sa sérénité jusqu'à la naissance, la future maman doit s'assurer tout l'apport nutritif qui lui convient — les comprimés Pramitabs, par exemple. Les Pramitabs complètent le régime alimentaire rationnel que vous prescrirez à votre cliente. Ces comprimés contiennent: (1) du calcium sans phosphore; (2) du fer qui se tolère bien, sous forme de fumarate ferreux; et, (3) des vitamines et d'autres minéraux essentiels. ■ Elle vous en sera d'autant plus reconnaissante que les Pramitabs sont faciles à prendre. Dans la plupart des cas, un Filmtab par jour suffit pour la mener à bon terme. ■ Et pour qu'elle n'oublie pas de prendre ce complément nutritif quotidien, il est présenté dans un élégant flacon qui ne dépare pas la table.

il lui faut des  
FILMTABS®  
Pramitabs®  
...aujourd'hui

*Complément nutritif à base  
de vitamines et de minéraux à  
raison de 1 Filmtab par jour.*



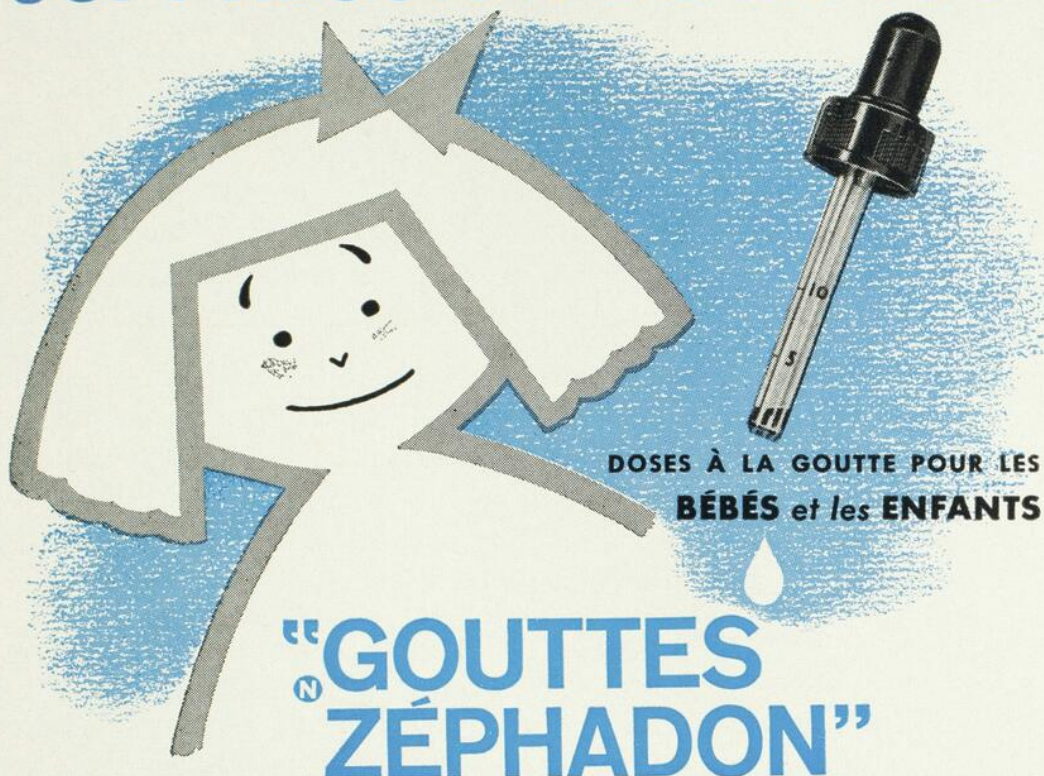
**LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE**

Montréal • Toronto • Winnipeg • Vancouver

PRAMITABS — SUPPLEMENT PRENATAL  
ABBOTT SANS PHOSPHORE  
FILMTABS — COMPRIMES FILMO-SCÉLLES  
ABBOTT. BREVETES 1959.



# SUPPRESSION DE LA TOUX



DOSES À LA GOUTTE POUR LES  
**BÉBÉS** et les **ENFANTS**

## "GOUTTES ZÉPHADON"

MARQUE DÉPOSÉE

... BÉCHIKES, ET SÉDATIVES DE LA TOUX

- *activité qui garantit un soulagement efficace*
- *très agréables au goût — bien acceptées — bien tolérées*
- *l'administration à la goutte, précise, facilement contrôlée, assure plus de sécurité*

**N** Narcotique

Chaque cc. renferme:

méthadone, chlorhydrate de.....1.2 mg.  
scille (sous forme d'extrait)..... 30 mg.

POSOLOGIE. Une goutte pour chaque 3 livres de poids corporel toutes les quatre heures.  
Dose maximum pour les enfants de plus de 5 ans: 25 gouttes toutes les quatre heures.

Flacons de 15 cc. Compte-gouttes de précision fourni.

**MISE EN GARDE.** Aux bébés de moins de 6 mois, ainsi qu'aux bébés plus âgés mais débilités, de même qu'aux enfants atteints de pneumonie, administrer les Gouttes Zéphadon à doses plus légères et avec circonspection.





## une petite révolution paisible ...

La NÉVRITE INFLAMMATOIRE prenait autrefois de trois à six semaines à guérir. Toutefois, comme elle met rarement la vie en danger, et que la guérison est des plus sûres, aucune manchette n'a fait état des publications signalant que la Protamide pouvait généralement réduire ces quelques semaines à quelques jours.

Cependant, une paisible révolution s'est opérée peu à peu dans ce petit domaine de la médecine. La Protamide n'est pas indiquée dans le traumatisme nerveux mécanique. Mais quand il y a inflammation de la racine du nerf, comme c'est typiquement le cas après une infection à virus ou l'herpès zoster, la Protamide peut être considérée comme le traitement de choix.<sup>1-4</sup>

COMMENCEZ TÔT À ADMINISTRER LA PROTAMIDE — Quand le traitement est commencé moins d'une semaine après l'apparition des symptômes, deux ou trois injections de Protamide non seulement soulagent la douleur mais amènent la guérison rapide chez presque tous les sujets. Dans le cas où le traitement n'est pas assez précoce, le traitement, de toute nécessité, doit être plus long.

PROTAMIDE\*— solution colloïdale exclusive d'enzymes dénaturés et traités — *ce n'est pas* une thérapeutique aux protéines étrangères.

Boîtes de 10 ampoules, contenant chacune 1.3 cc., pour injection intramusculaire.

POUR RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS, ÉCRIRE AU SERVICE MÉDICAL DE

*Sherman Laboratories Ltd.*

WINDSOR, ONTARIO

1. Baker, A.G.: Penn. Med. J. 63:697 (mai) 1960. 2. Sforzolini, G.S.: Arch Ophthal. 62:381 (sept.) 1959. 3. Smith, R.T.: Med. Clin. N. Amer. (mars) 1957. 4. Lehrer, H.W.; Lehrer, H.G., et Lehrer, D.R.: Northw. Med. (nov.) 1955.

\*Marque déposée

la pénicilline par excellence




**dans les complications bactériennes  
secondaires aux infections à virus  
des voies respiratoires supérieures**

**PEN·VEE\*·*Oral***

COMPRIMÉS et SUSPENSION

### **sûreté d'action**

Pour traiter la complication bactérienne secondaire, la PEN·VEE·*Oral* présente la commodité des médications orales et l'efficacité thérapeutique de la pénicilline injectable. Ces avantages, la PEN·VEE·*Oral* les doit à sa grande stabilité au niveau de l'estomac ainsi qu'à sa solubilité et à son absorption quasi complète dans le milieu alcalin du duodénum. Il en résulte à coup sûr des pénicillémies élevées, thérapeutiquement efficaces.

 Ordonnance obligatoire    Brevetée 1953



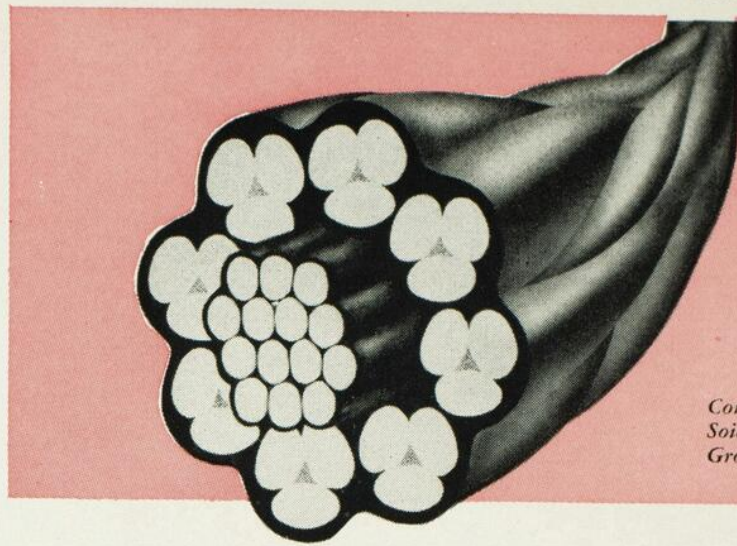
\* Marque déposée  
WINDSOR, ONTARIO

PEN·VEE\*·*Oral* en comprimés, pénicilline V cristallisée, à 125 mg. (200,000 U.I.) et à 300 mg. (500,000 U.I.) — en flacons de 12 et de 100 comprimés.

Suspension PEN·VEE\*, suspension de pénicilline V benzathine per os, à 90 mg. (150,000 U.I.) et à 180 mg. (300,000 U.I.) par cuillerée à thé de 5 c.c. — en flacons de 2 onces liq.

**UNE PLUS GRANDE ÉCONOMIE POUR VOTRE MALADE**

## LIGATURES EN SOIE SILICONÉE



Coupe Schématique  
Soie SILICONÉE,  
Grosseur 000

UNE ÈRE NOUVELLE dans le domaine des ligatures en soie, marquée par l'avènement de l'enrobage de la soie chirurgicale avec du caoutchouc de silicone pur, supprime les problèmes traditionnels inséparables des ligatures cirées. La cire et autres corps organiques appliqués à la soie augmentent la fréquence des réactions tissulaires,<sup>1</sup> peuvent donner lieu à la formation de granulomes cireux<sup>2</sup> et, par suite de leur action lubrifiante, empêchent de faire des nœuds solides.<sup>3</sup> Maintenant, la nouvelle Soie SILICONÉE fournit une matière de qualité supérieure pour les ligatures.

### RÉDUCTION SPECTACULAIRE DES RÉACTIONS TISSULAIRES

La silicone étant une matière physiologiquement inerte,<sup>4,5</sup> aucun cas de granulome, de paraffinome, de réaction inflammatoire ou autres réactions défavorables significatives n'a été signalé. Le temps de cicatrisation est abrégé et une évolution post-opératoire rapide se trouve favorisée. En outre, l'enrobage de silicone recouvre complètement toutes les fibres du brin de ligature, résiste à la pénétration des enzymes et prévient le développement bactérien à la faveur de la ligature.



Ceci est la réaction bénigne  
à la Soie SILICONÉE  
(No. 00) \*

après 40 jours d'enfouissement: La ligature est entourée d'une mince capsule de scléro-collagène dense. Aucun autre fait remarquable à signaler. Aucune augmentation du volume de la ligature. (Section oblique par rapport au grand axe, produisant de l'élongation.)

\*Colorant de Mallory pour tissu conjonctif. Section coupée à une épaisseur de 7 microns. Microphotographies à 100 X.



Ceci est une réaction courante  
à la Soie Cirée  
(No. 00) \*

après 40 jours d'enfouissement: La masse de la ligature est entourée d'une capsule modérément épaissie de scléro-collagène. Le tissu de granulation a envahi la masse de la ligature qui a augmenté de volume environ 4 fois comparativement à ce qu'elle était après trois jours. Nombreuses cellules géantes étrangères à l'intérieur de la capsule de collagène. Nouveaux éléments vasculaires le long du bord de la capsule.

- 1 Large, O. P.: Am. J. Surg. 60:415, 1943.
- 2 Blunt, Jr., J. W.: *Ibid.* 95:512, 1958.
- 3 Taylor, F. W.: Surgery 5:498, 1939.
- 4 McGregor, R. R.: The Bulletin, Dow Corning Center for Aid to Medical Research, vol. 1, no 1, 1959.
- 5 Taub, A., and Wilson, C. O., in Wilson, C. O., and Gisvold, O.: Textbook of Organic Medicinal and Pharmaceutical Chemistry, ed. 3, Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1956, p. 75.

## RÉSISTANCE À LA TRACTION INÉGALÉE

Un nouveau procédé unique de tressage permettant l'emploi de plus de soie par unité de section a augmenté la résistance à la traction de la Soie SILICONEE à 15 à 20 pour cent au-dessus de celle des autres ligatures de soie. Par suite de cette amélioration appréciable, les ligatures de toutes les grosseurs cassent moins. Le chirurgien peut en toute confiance choisir une ligature plus fine.

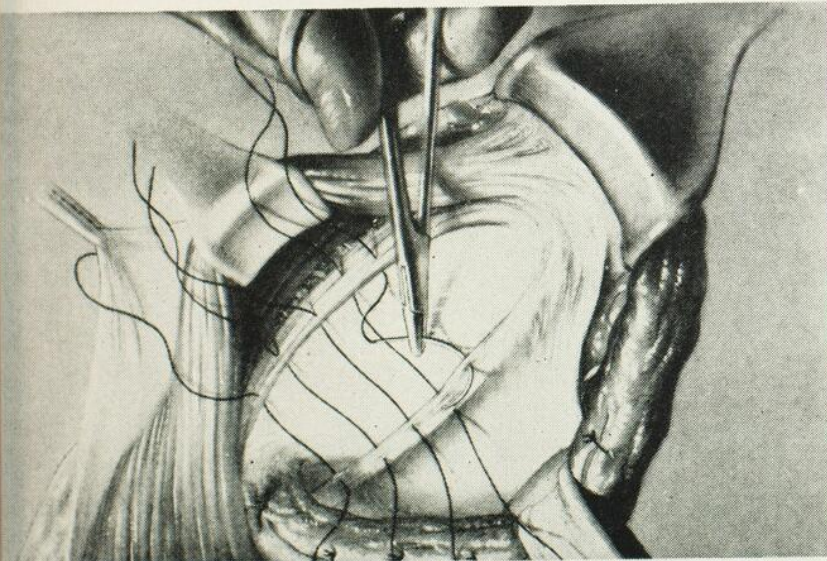
La résistance *in situ* est également prolongée par la protection que fournit l'enrobage à la silicone contre la destruction enzymatique.

## ABSENCE COMPLÈTE DE CAPILLARITÉ

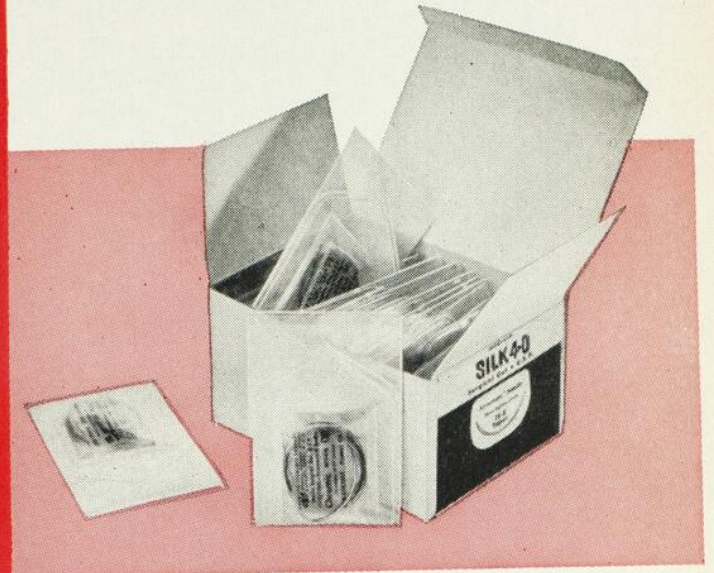
Des études approfondies ont démontré que la silicone est complètement hydrofuge.<sup>5</sup> L'absence complète de capillarité de la Soie SILICONEE a en outre été confirmée par des épreuves de laboratoire très sévères comportant trois traitements successifs par ébullition, séchage et suspension dans une solution colorante de bleu de méthylène. Au bout de 24 heures, des diverses marques bien connues comparées, la Soie SILICONEE était la seule ne présentant aucune absorption verticale. Cette nouvelle soie empêche donc toute propagation d'infection bactérienne le long de la ligne de suture à la faveur de la ligature.

## TOUCHER OU TEXTURE À LA FOIS FERME ET SOUPLE

Les chirurgiens reconnaîtront et apprécieront le "toucher" équilibré de la Soie SILICONEE—convenant de façon idéale à l'emploi de la soie par la technique de Halsted. L'enrobage à la silicone confère à chaque brin la résilience et la fermeté offrant le maximum de facilité de manipulation. L'enrobage lisse et égal minimise aussi le frottement sur les tissus et le traumatisme provoqué par la ligature, et ne craquèle et ne change pas au cours de manipulations normales ou par suite de variations de température.



La construction unique et l'enrobage en caoutchouc de silicone donnent un "toucher" équilibré permettant de nouer dans les meilleures conditions possibles.



## SURGILOPE SP.

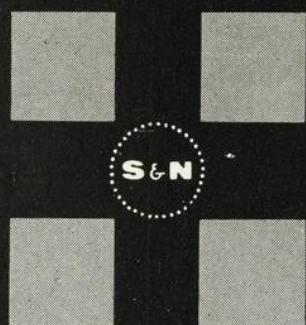
Largement employé par les plus importants hôpitaux à travers le pays, ce principe d'emballage individuel permet d'éliminer complètement la restérilisation à froid des enveloppes de ligatures inemployées... et supprime le risque de contamination croisée par les ligatures. En outre, il n'y a plus besoin de manipuler dans la salle d'opération des solutions toxiques ou des bocalux encombrants et potentiellement dangereux. Les ligatures sont faciles à serrer dans leurs boîtes légères enveloppées dans la cellophane.

L'enveloppe en plastique supprime les tubes en verre brisés et les feuilles d'aluminium aux arêtes tranchantes qui peuvent endommager les ligatures ou couper les gants et les doigts, et les éclats de verre pouvant se loger dans le champ opératoire. L'enroulement en spires lâches évite l'entortillement et l'emmêlement qui se produit souvent avec les ligatures sur bobines.

CYANAMID

MEDICAL PRODUCTS DEPARTMENT  
CYANAMID OF CANADA LIMITED  
MONTREAL QUEBEC

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



**Gypsona**  
TRADE MARK

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

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

**SMITH & NEPHEW, LIMITED**

5640, rue Paré, Montréal, Qué.

**PÉNICILLINOTHÉRAPIE  
EFFICACE PAR  
UN SEUL COMPRIMÉ  
AUX 12 HEURES...  
REPOS ININTERROMPU**



**EN RAISON D'UN TRAITEMENT  
EFFICACE B.I.D.**

**"FALAPEN"**

MARQUE DÉPOSÉE

la pénicilline d'action rapide et prolongée

**500,000 unités de pénicilline-G potassique par comprimé enrobé  
laisse dormir les patients... de plus, coûte peu.**

Grâce à "FALAPEN" il n'est plus nécessaire d'administrer la pénicilline à toutes les six ou huit heures pour en obtenir l'entière efficacité. Des études ont démontré qu'un seul comprimé "FALAPEN" aux 12 heures a eu raison de la scarlatine, de l'otite moyenne, de la pharyngite ainsi que des pneumococcies et gonococcies.

Pénicilline orale, la "FALAPEN" est relativement sans danger: comparée à l'administration parentérale, l'administration orale minimise le risque de graves réactions de sensibilisation.

**POSOLOGIE** — Adultes: un comprimé aux 12 heures. Augmenter cette posologie dans les cas d'infections très aiguës.

*Flacons de 10 comprimés.*

**EFFET IMMÉDIAT** — Des taux thérapeutiques sanguins s'obtiennent immédiatement grâce au désagrégement instantané de la coque de ce comprimé de pénicilline.

La couche de "Polymère 37"\*<sup>®</sup>, découverte Frosst, résiste aux acides stomacaux mais se dissout d'emblée dans l'intestin, dégageant ainsi le noyau pénicillinique.

**EFFET PROLONGÉ** — Le lent désagrégement, au niveau intestinal, du noyau de pénicilline maintient les concentrations thérapeutiques sanguines.

\*Brev. en 1959.

**PRÉCAUTION** — Une anaphylaxie aiguë peut quelquefois résulter de l'administration parentérale de la pénicilline et, plus rarement encore, de l'administration orale. Les patients asthmatiques ou sujets aux allergies et aussi ceux déjà sensibilisés à la pénicilline semblent les plus prédisposés à cette réaction.



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

Au temps des fêtes

## PAS D'ABUS DANS LE BOIRE ET LE MANGER

Les abus dans le boire et le manger tuent plus de mille personnes chaque année.



N'oublions pas que la plupart des affections de l'estomac proviennent d'une alimentation mal équilibrée, défectueuse ou du moins elles en sont la conséquence plus ou moins éloignée.



## DES ALIMENTS GRAS RENDENT LA DIGESTION PÉNIBLE

Un repas trop riche déclenche souvent des désordres graves dans un foie dont les fonctions, jusque là, étaient, sans qu'on le soupçonnât, en équilibre instable.



### LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'honorable ALPHONSE COUTURIER, m.d.,  
ministre

JEAN GRÉGOIRE, m.d.,  
sous-ministre

# UNE ÈRE NOUVELLE EN ANTICOAGULOTHÉRAPIE ...CONTINUITÉ DANS LE TRAITEMENT

*“les patients soumis à l'anticoagulothérapie prolongée vivront non seulement plus longtemps mais, dans l'ensemble, mèneront une existence plus utile et plus agréable.”<sup>1</sup>*

La vaste expérience acquise depuis plus de dix ans démontre la valeur et la praticabilité de l'anticoagulothérapie prolongée, chez les cas choisis d'infarctus du myocarde et des conditions associées, dans la prévention des épisodes thromboemboliques et l'augmentation des probabilités de survie de ces patients.<sup>1-6</sup>

Friedberg,<sup>2</sup> dans son étude sur 3,254 cas, déclare que la mortalité est au moins réduite du tiers à la moitié. De plus, il ajoute que les hémorragies graves sont rares lorsque l'anticoagulothérapie est conforme à la posologie et a lieu dans des conditions contrôlables.

L'expérience d'une décennie révèle que la “Danilone” (phénylindanedione) est l'un des piliers d'une anticoagulothérapie réussie en raison de son efficacité, de sa sécurité, de sa facilité d'emploi et de son économie notable en emploi prolongé.

Pour obtenir un exemplaire gratuit du nouveau rapport de 16 pages sur la “Praticabilité Croissante de l'Anticoagulothérapie Prolongée”, écrire au Service Médical, Charles E. Frosst & Co., C.P. 247, Montréal 3, Québec.



## “DANILONE”

(Marque de Comprimés de Phénylindanedione)

50 mg. (blanc-quadriséable)

25 mg. (jaune-biséable)

*“... plus facilement contrôlé, beaucoup moins coûteux... l'anticoagulant de choix en anticoagulothérapie prolongée.”*

Oliver, M.F.: Brit. M.J. 1:1176, 1959.

**POSOLOGIE** — La DOSE INITIALE varie sensiblement selon les individus: la dose initiale la plus fréquemment recommandée est de 200 mg., fractionnée en deux prises administrées à 12 heures d'intervalle. Certains auteurs ont constaté que, chez environ 50% des cas, des doses de 500 à 600 mg. sont parfois nécessaires durant les premières 24 heures<sup>7</sup>. On doit administrer d'aussi fortes doses avec prudence et les éviter chez les patients atteints de défaillance cardiaque ainsi que chez les plus de 65 ans. La DOSE D'ENTRETIEN varie aussi sensiblement selon les individus: entre 25 et 250 mg. par jour.

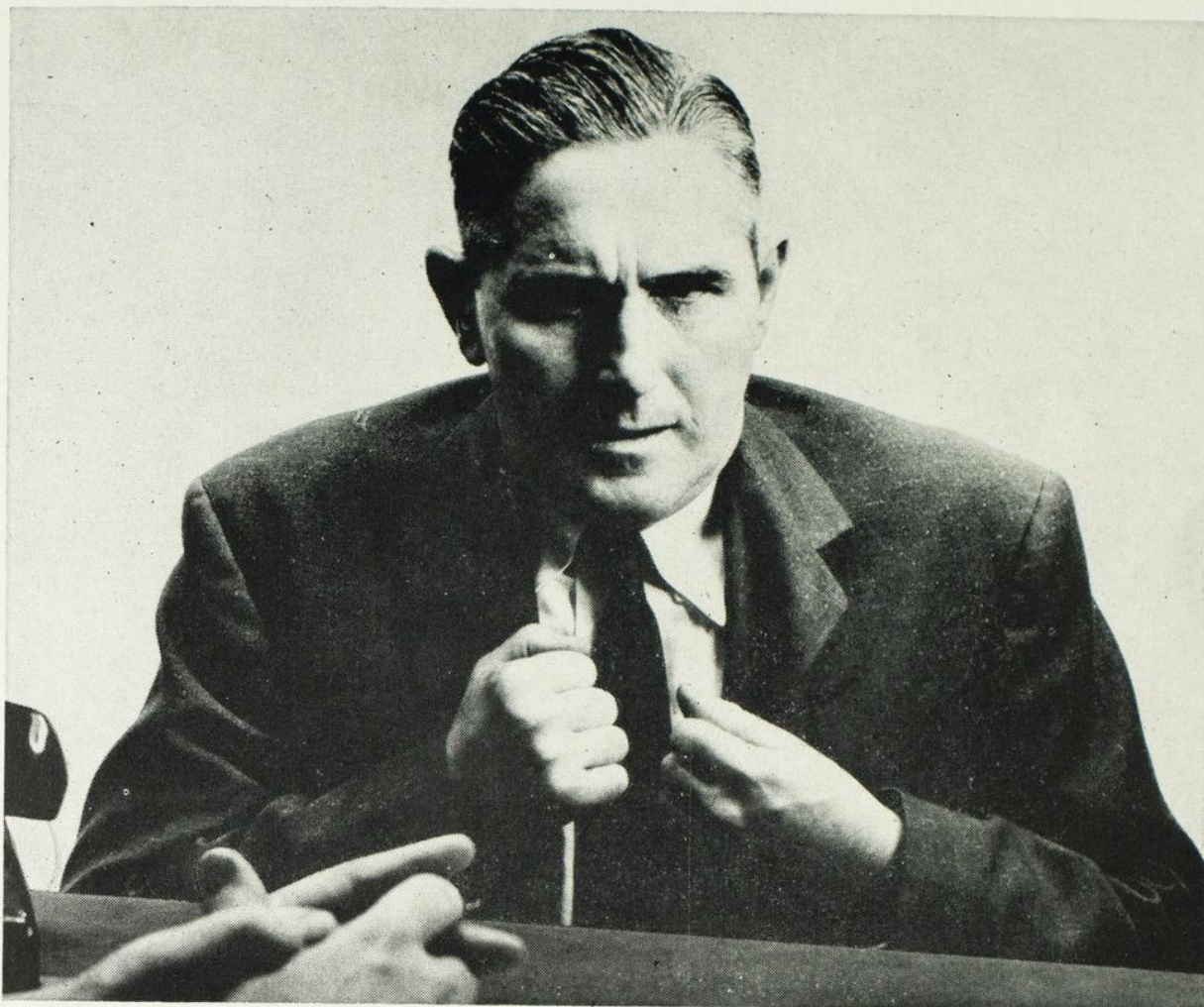
Flacons de 100 comprimés.

**PRÉCAUTIONS** — En cas d'hémorragie: cesser l'administration de la drogue immédiatement et, si nécessaire, donner 25 à 50 mg. de vitamine K<sub>1</sub>. Des réactions de sensibilisation (éruptions cutanées, prurit, diarrhée, agranulocytose, fièvre, ictères) surviennent parfois mais elles sont très rares. N.B. L'excrétion des sels alcalins ou des métabolites de la “Danilone” donne parfois une teinte orange foncée aux urines alcalines. On ne doit pas confondre cette manifestation avec une hématurie.

Également disponible: “DICUMAROL” (marque de bishydroxycoumarine USP) en comprimés à 50 et 100 mg., flacons de 100 comprimés.

1. Connell, M.F.: Canad. M.A.J. 76:664, 1957. 2. Friedberg, C.K.: New York, J. Med. 58:877, 1958. 3. Stephens, C.A.L., Jr.: Arizona Med. 17:499, 1960. 4. Report of the Working Party on Anticoagulant Therapy in Coronary Thrombosis to the Medical Research Council: Brit. M.J. 1:803, 1959. 5. Manchester, B.: Ann. Int. Med. 47:1202, 1957. 6. Nichol, E.S. et al: Am. Heart J. 55:142, 1958. 7. Beamish, R.E. et Carter, S.A.: Canad. M.A.J. 74:39, 1956.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITE  
 **Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA  
Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899



*L'anxiété et la tension ne doivent pas nécessairement entraver l'efficacité du traitement*


L'EQUANIL favorise subtilement la coopération du malade qui souffre de névroses bénignes et modérées. En détendant le muscle et l'esprit — tout en n'affectant pas l'acuité physique et mentale — il vous permet de conduire votre malade vers de nouvelles perspectives. Fréquemment, l'EQUANIL permet aux malades de reprendre leur activité quotidienne normale, durant leur traitement.

L'EQUANIL a des effets prévisibles. L'efficacité de l'EQUANIL est amplement démontrée par des centaines d'études cliniques qui ont été publiées. Les réactions secondaires se rencontrent rarement.

Pour plus amples renseignements concernant la prescription et l'administration de l'EQUANIL, prière de consulter la documentation technique, envoyée sur simple demande.

**PRÉSENTATION:**

Equanil à 400 mg., comprimés blancs sécables, en flacons de 50 et de 500 comprimés. Wyseals Equanil à 400 mg., comprimés enrobés jaunes; à 200 mg., comprimés enrobés roses — en flacons de 50 et de 500 comprimés.

 Ordonnance obligatoire

**Equanil** <sup>\*</sup>

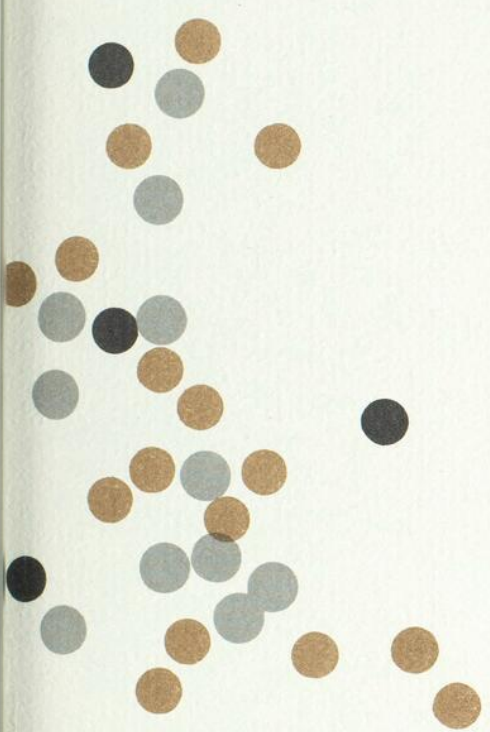
Méprobamate  
Wyeth



\* Marque déposée  
WINDSOR, ONTARIO  
MONCTON • MONTREAL • WINNIPEG • VANCOUVER



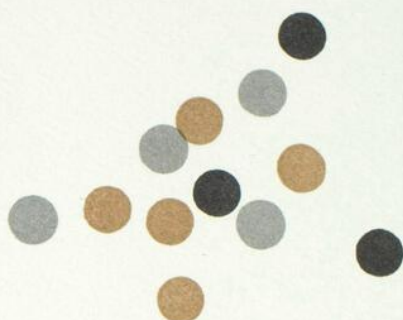
Efficace  
par voie  
orale  
contre  
les staphylocoques  
pénicillino-  
résistants



# PROSTAPHILINE\*

(MÉTHYLPHÉNYLISOXAZOLYL PÉNICILLINE SODIQUE)

LA TROISIÈME GRANDE  
RÉALISATION  
dans le domaine des pénicillines  
semi-synthétiques, par les  
**LABORATOIRES BRISTOL**  
fabricants de la Syncilline\*\*\* et  
de la Staphcilline.\*\*



## UNE FOIS DE PLUS, BRISTOL À L'AVANT-GARDE DU PROGRÈS

La **PROSTAPHLINE\*** est le troisième composé d'une série de pénicillines semi-synthétiques mises au point par les Laboratoires Bristol, qui marque une nouvelle étape importante dans la thérapie des maladies infectieuses.

La nouvelle pénicilline synthétique **PROSTAPHLINE** a été élaborée pour combler certaines lacunes thérapeutiques qui existaient dans la gamme des pénicillines naturelles et semi-synthétiques employées actuellement. La **PROSTAPHLINE** se distingue non seulement par son immunité à l'action de la pénicillinase staphylococcique, mais encore par sa résistance suffisante à l'hydrolyse acide pour permettre des niveaux sanguins efficaces par voie orale.

De plus, la **PROSTAPHLINE** est plus active, microgramme pour microgramme, que la Staphcilline.\*\*

\*Prostaphline est le nom déposé par Bristol Laboratories pour la méthylphénylisoxazolyl pénicilline sodique, présentée sous forme de capsules de 250 mg. en flacon de 48.

\*\*Staphcilline est la marque déposée par Bristol Laboratories pour la méthicilline (diméthoxyphényl pénicilline sodique).

\*\*\*Syncilline est la marque déposée par Bristol Laboratories pour la phénéticilline potassique (a-phénoxyéthyl pénicilline potassique).

## LA PROSTAPHLINE EST BACTÉRICIDE

La **PROSTAPHLINE\*** n'est pas un agent bactériostatique; elle est bactéricide; son rôle ne se limite pas à l'arrêt de la prolifération des bactéries; en fait, elle détruit les organismes pénicillino-sensibles, y compris toutes les souches de *staphylocoques dorés*, et résiste à l'inactivation par la pénicillinase staphylococcique. En raison de ces propriétés, la **PROSTAPHLINE** réduit considérablement les risques de récurrence, une fois l'infection guérie. Aucune résistance staphylococcique ne s'est produite en cours de traitement, et en cas de ré-infection, la **PROSTAPHLINE** retient toute son activité antistaphylococcique.

## ELLE S'ADMINISTRE PAR VOIE ORALE

La résistance de la **PROSTAPHLINE** à la décomposition par les acides est suffisante pour permettre des niveaux sanguins efficaces par administration orale.

## MICROBIOLOGIE

La **PROSTAPHLINE** est, sans aucun doute, plus active, microgramme pour microgramme, que la Staphcilline contre les souches de *staphylocoques dorés*, de *pneumocoques* et de *streptocoques pyogènes*.

Bien que moins active, microgramme pour microgramme, que la pénicilline G, contre ces deux derniers organismes et contre le staphylocoque doré pénicillino-sensible, la **PROSTAPHLINE** n'en inhibe pas moins ces organismes dans des concentrations qui sont largement comprises dans les limites thérapeutiques pratiques.

## ACTIVE À PLUS FAIBLE DOSE

Des études cliniques et de laboratoire ont démontré que la **PROSTAPHLINE** orale est active à plus faible dose que la Staphcilline injectable contre les souches de staphylocoques dorés pénicillino-résistants.

De plus, elle est efficace contre d'autres organismes Gram-positifs, y compris le streptocoque pyogène et le pneumocoque.

Les études cliniques ont démontré que chez l'adulte, une dose moyenne de 500 mg. toutes les 4 à 6 heures, pendant un minimum de 5 jours, est suffisante pour vaincre les infections staphylococciques de gravité modérée affectant la peau, les tissus mous ou les voies respiratoires supérieures. Pour les nourrissons et les enfants, la dose correspondante est de 50 mg. par kg. de poids, par jour, en doses divisées, toutes les 4 à 6 heures. Dans la septicémie staphylococcique et dans les infections chroniques profondes, on peut employer des doses adultes, allant jusqu'à 2 g. toutes les six

heures, selon la nature de l'infection et la réponse clinique du malade. La médication doit être administrée une heure avant ou deux heures après les repas.

## RÉPONSE CLINIQUE

Sur les 199 cas enregistrés jusqu'ici, on compte 104 (53.9%) guérisons; 69 (35.8%) améliorations et 20 (10.4%) résultats non satisfaisants. Sur ce nombre, sept étaient atteints de septicémie ou de bactériémie, associée dans deux des cas à une endocardite; on a enregistré deux guérisons, trois améliorations, un échec et un cas non évalué. Dans onze cas de pneumonie, on a rapporté six guérisons, deux améliorations et trois échecs.

## PRÉCAUTIONS

Comme dans le cas de toute autre pénicilline, la prudence est recommandée chez les sujets qui ont des antécédents de sensibilisation ou de réactions allergiques à l'égard de la pénicilline ou d'autres antigènes; bien que rares, les réactions à la pénicilline orale sont plus susceptibles de se produire chez les individus hypersensibles.

Si l'on constate une réaction allergique à la **PROSTAPHLINE**, le médicament doit être supprimé et remplacé par les agents habituels tels les antihistaminiques, les amines vaso-constrictives ou les corticostéroïdes.

Comme avec les autres antibiotiques, les précautions habituelles doivent être observées avec la **PROSTAPHLINE** contre l'éventualité d'une surinfection gastro-intestinale provoquée par des organismes mycosiques ou autres organismes entériques pathogènes.

## RÉSUMÉ

Des **ÉTUDES CLINIQUES** ont démontré que la **PROSTAPHLINE** est un agent extrêmement efficace dans le traitement des infections causées par le staphylocoque doré pénicillino-résistant.

Son effet bactéricide à faible concentration contre les organismes Gram-positifs, en fait un auxiliaire thérapeutique très précieux.

De plus, son immunité à l'inactivation par la pénicillinase et sa stabilité en milieu acide indiquent que ce nouvel antibiotique des Laboratoires Bristol est efficace par voie orale contre le staphylocoque doré pénicillino-résistant et contre d'autres organismes pathogènes Gram-positifs.

Dans l'ensemble, l'expérimentation chez l'homme et les études cliniques indiquent que la **PROSTAPHLINE EST EXCEPTIONNELLEMENT BIEN TOLÉRÉE ET REMARQUABLEMENT DÉPOURVUE D'EFFETS TOXIQUES OU IRRITANTS.**

\*NOM DÉPOSÉ

Présentée en flacon de 48 capsules de 250 mg.

TABLEAU No 1

Comparaison des concentrations minimums de Prostaphline, de Staphcilline et de Pénicilline G nécessaires à l'inhibition d'une variété d'organismes.

Organismes	Milieu	CONCENTRATIONS INHIBITRICES MINIMUMS (mcg./ml.)		
		Prostaphline	Staphcilline	Pénicilline G
Bacille du charbon	CSG	0.3	0.08	0.016
Bacillus cereus PCI 213	CSG	25	1.6	2.5
Bacillus circulans	CSG	25	100	1.6
Corynebacterium xerosis	CSG	0.3	0.16	0.016
Pneumocoque	CSG+S*	0.13	0.5	0.016
Gaffky tetragena	CSG	0.16	0.62	0.03
Micrococcus flavus	CSG	0.62	0.62	0.031
Neisseria catarrhalis	CSG+S*	0.16	0.08	0.008
Staphylocoque doré 209P	CSG	0.3	1.25	0.016
Staphylocoque doré, Smith	CSG	0.16	1.25	0.016
Streptocoque fecalis	CSG	50	> 100	6.25
Streptocoque pyogène, Digonnet	CSG+S*	0.06	0.25	0.008
Vibrien septique	CSG	25	2.5	3.12

\*CSG+S=Culture sur gélose au sérum à 10%.

TABLEAU No 2

Comparaison des concentrations minimums de Prostaphline, de Staphcilline et de Pénicilline G nécessaires à l'inhibition de différentes souches de *S. doré* de provenance clinique.

Organismes	CONCENTRATIONS INHIBITRICES MINIMUMS (mcg./ml.)		
	Prostaphline	Staphcilline	Pénicilline G
S. doré, souche no 2964	0.8	3.12	50
S. doré, souche no 2614	0.4	3.12	50
S. doré, souche no 2992	0.4	3.12	50
S. doré, souche no 3008	0.4	3.12	50
S. doré, souche no 2462	< 0.2	1.6	12.5
S. doré, souche no 2960	0.4	1.6	50
S. doré, souche no 2949	0.4	3.12	100
S. doré, souche no 2972	0.4	3.12	100
S. doré, souche no 3013	0.4	3.12	100
S. doré, souche no 3010	0.4	3.12	100
Contrôle			
S. doré, souche no 209P	0.3	1.25	0.016

La troisième  
grande réalisation  
dans le domaine  
des pénicillines  
semi-synthétiques

*un produit*



**BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED**  
286 ouest, rue St-Paul, Montréal, Québec.

---

---

*L'Union Médicale du Canada*

*à ses lecteurs et à ses annonceurs*

*L'Association des Médecins de langue française  
du Canada*

*à tous ses membres*

*offrent leurs meilleurs vœux pour*

*un Joyeux Noël*

*et*

*une Bonne et Heureuse Année*

---

---

# L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

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

Fondée à Québec en 1902

### ONT COLLABORÉ AU VOLUME 90:

MM. Albert-Weil (Jean); Albot (Guy); Alcindor (Antony); Allard (Claude); Amyot (Gilles); Amyot (Roma); Archambault (Paul-René); Attendu (Charles-A.); Barbeau (André); Barcelo (R.); Baribeau (Gaëtan); Baril (E.); Beaudoin (Gérard); Beaudry (Edouard); Beaulieu (M.); Beaulnes (Aurèle); Beauregard (J.-M.); Béique (Claude); Béique (L.); Bélisle (Maurice); Belzile (M.); Bérard (Michel-J.); Berdnikoff (Georges); Bertrand (Albert); Bertrand (P.-E.); Bessette (J.); Blain (Gilbert); Bordeleau (Jean-Marc); Boucher (J.); Boulay (Jacques); Bourdon (Pierre-B.); Bourque (J.-C.); Boussens (J.); Brault (Jules); Brière (Jacques); Brisson (François); Brisson (Jean); Brunelle (J.-P.); Carbonin (Georgio); Carignan (Gaston); Caroit (M.); Casgrain (Gérard); Champoux (G.-R.); Chapados (R.); Charbonneau (Aubin); Charest (ChAMPLAIN); Chartier (Yvon); Chartrand (Claude); Chicoine (Luc); Choquette (Gaston); Cliche (François); Colpron (Guy); Comeau (Maurice); Corcoran (A. C.); Cordeau (J.-Pierre); Cormier (André); Cossette (G.); Courtois (Annie); Courtois (Guy); Coutu (Lucien-L.); Dagenais-Péruisse (P.); David (Paul); David (R.); Debray (Ch.); Decary (Léandre); de Groot (Jean-André); Delaquerrière (Liliane); Delay (Jean); Delhaye (Chan. Philippe); Denis (Rosario); Desautels (Sylvio); Desbiens (Jean-Paul); de Sèze (S.); Desjardins (Edouard); Desrochers (Jean-Léon); D'lorio (A.); Doray (Maurice); Dorion (Jules); Drouin-Naud (Colette); Duchastel (Y.); Dufault (C.); Dufresne (M.); Dumais (Bertrand); Dumas (Paul); Dupal (Marie-France); Duplantis (F.); Dupuis (Michel); Durocher (Evariste); Du Ruisseau (J.-P.); Ellenberger (H.); Fabi (F.); Farmer (Raymond); Fontaine (J.); Forsley (R. Roy); Fortier (Marcel); Fortin (Paul-Emile); Fournier (Gisèle); Fournier (Lionel-E.); Françon (François); Frappier (Armand); Gagnon (Gérard); Gagnon (Jacques); Gagnon (Paul-A.); Gagnon (Roger); Gareau (Roger-J.); Gascon (B.); Gauthier (Jacques); Gauvin (Pierre); Gélinas-Mackay (Claire); Gélinas (Réal); Gendreau (Cecil); Genest (Jacques); Giguère (Raymond); Gilbert (Jules); Gosselin (Blandine-Y.); Gosselin (Gilles); Gratton (Jean-D.); Grégoire (Fernand); Guilbeault (A.); Gutmann (René-A.); Halle (Jules); Hardy (Jules); Hazard (E.); Hébert (G.); Hillemand (P.); Housset (P.); Huard (Gilles); Hubault (J.); Huot (L.); Jarry-Laporte (Jocelyne); Jobin (Pierre); Jutras (Albert); Kaludi (M.); Kati.k - Longtin (Nathalie); Keeri - Szanto (Michael); Keller (Jules); King, Jr (W. B.); Knaff (Marc); Laberge (Ivan); Lacombe (Michel); LaFlèche (Léo-R.); Lafleur (François); Lafleur (Lucette); Lafontaine (Raymond); Lambling (André); Lamonde (Jean); Lamoureux (Marcel); Langevin (Pierre); Lanthier (André); Larouche (Gérard-Ludger); Laurendeau (E.); Laurin (C.); Laurin (J.-G.); Lauzé (Simon); Lebeau (René); Leclair (Maurice); Lecours (A.); Lefebvre (Pierre); Lefebvre (René); Legault (Léonard); Léger (François); Léger (Jean-Louis); LeGresley (L. - P.); Lemieux (Guy); Lemieux (Lionel-H.); Lemieux (Roger-R.); Lépine (Charles); Lessard (J.-M.); Loiselle (Guy); Long (Léopold); Longtin (Léon); Lorange (Gilles); Lortie (Gilles); Mackay (André); Manzi (J.); Martineau (Bernard); Massicotte (P.); Mathieu (Jean); Meisels (Alexandre); Metrakos (Julius D.); Mignault (Gérard); Mignault (J. de L.); Monfette (Claude); Montmigny (Lionel); Morrisette (Léopold); McGraw (J. Y.); Nowaczynski (W.); Ouadahi (S.); Pagé (R.); Paologgi (J.); Papageorges (C.); Paradis (Gérard); Parent (Maurice); Parenteau (André); Pelletier (J.-E.); Perreault (Gilles); Pette (F.); Pettigrew (Antoine); Picard (J.-L.); Piché (C.); Piette (Yves); Pigeon (Gilles); Plante (R.); Poinard (G.); Poirier (L.-J.); Poirier (Paul); Potvin (A.-R.); Prévost (Yves); Primeau (Bertrand); Proulx (André); Renier (J.-Cl.); Riopel (P.); Robert (Françoise); Robillard (Eugène); Rondeau (Yvon); Rouleau (Yvan); Rousseau (Benoît); Roy (Louis); Royer (Albert); Rycckewaert (A.); St-Laurent (Guy); Samson (E.); Sanche (Pierre); Saucier (Jean); Schiffmann (Wanda); Ségal (S.); Simard (Emile); Simoneau (Roger); Sirois (Georges-H.); Smith (Henri); Smith (Pierre); Stanley (Paul); Théocharides (P.); Thibert (D'Arcy); Tremblay (J.-Jacques); Tremblay (G.); Trépanier (Armand); Trochu (Louis); Turcot (Georges-H.); Turgeon (P.-A.); Verreault (J.-M.); Viallet (André); Welfling (J.); Woloschuk (O.).

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

— A —

<b>Alcoolisme. Le médecin de famille et le problème de l'</b> (André Barbeau) .....	277
<b>Alcoolisme chronique. Etude de 100 cas d'</b> (Lucien-L. Coutu) .....	929
<b>Alcoolisme chronique. Physiopathologie des lésions organiques associées à l'</b> (Lucien-L. Coutu) .....	257
<b>Alcooliques. Mon expérience avec les</b> (J.-C. Bourque) .....	1394
<b>Alcoolisme chronique. Etude du profil hépatique dans l'</b> (Lucien Coutu) .....	1370
<b>Algies. Les</b> (Pierre Lefebvre) .....	720
<b>Amphétamines. Le problème des barbituriques et des</b> (Jean-Marc Bordeleau) .....	343
<b>Amputation interscapulo-thoracique. L'</b> (Maurice Fortier et Paul-A. Gagnon) .....	479
<b>Analgésiques et des tranquillisants. Sur l'évaluation pharmaco-dynamique de l'efficacité des</b> (Aurèle Beaulnes) .....	403
<b>Anémie hémolytique secondaire à l'ingestion de cryogénine.</b> (Gaëtan Baribeau et Léopold Long) .....	1085
<b>Anesthésie au Numorphan-Pentothal-N-O. L'</b> (Yvon Rondeau, Marc Knaff et Michael Keeri-Szanto) ..	48
<b>Anesthésique. De l'importance de la visite pré et post-</b> (Gaston Carignan) .....	735
<b>Angiographie hépatique. L'</b> (André Viallet) .....	694
<b>Anoxie sur le cerveau. Effets de l'</b> (René Lebeau) ..	65
<b>Anorexique: Cafilon. Un nouvel agent</b> (J.-M. Beau-regard) .....	1269
<b>Antibiotiques. Les réactions aux</b> (Gérard Casgrain) ..	394
<b>Anticoagulants. Les progrès récents dans les</b> (Jacques Boulay) .....	1071
<b>Antigène tréponémique. Etude comparative entre réactions sérologiques conventionnelles et réactions à</b> (Benoît Rousseau et Jean-Paul Desbiens) .....	602
<b>Anxiété. L'</b> (Pierre-B. Bourdon) .....	960
<b>A qui la faute?</b> (A. C. Corcoran) .....	1143
<b>Asepsie et le chirurgien. L'</b> (Roger Gagnon) .....	626
<b>Assurance-hospitalisation dans la Province de Québec. L'</b> (Jules Gilbert) .....	271
<b>Assurance-hospitalisation dans le plan général de la garantie-santé. L'</b> (Eugène Robillard) .....	266
<b>Assurance-hospitalisation en Ontario. L'enseignement à l'hôpital sous l'</b> (Antonio Lecours) .....	515
<b>Assurance-maladie.</b> (Jules Dorion) .....	977
<b>Assurance-maladie de la "Croix-Bleue". Plan d'</b> (Marcel Fortier) .....	178
<b>Assurance médicale préparé et administré par une société médicale. Plan d'</b> (Evariste Durocher) ....	183
<b>Asthme. Association de stéroïde et de broncho-dilatateur dans le traitement de quarante-quatre patients souffrant d'</b> (M. Comeau, F. Grégoire et L. Roy) .....	1267

<b>Athéroscléreux. L'action de la dextro-thyroxine et de l'aldostérone sur le cholestérol et les facteurs de la coagulation chez les</b> (C. Dufault, G. Tremblay, W. Nowaczynski et J. Genest) .....	1351
<b>Autre conjoint. L'</b> (Pierre Smith) .....	4

— B —

<b>Barbituriques et des amphétamines. Le problème des</b> (Jean-Marc Bordeleau) .....	343
<b>Biopsie à l'aiguille transcutanée. Nouvelle technique de</b> (Gilles Perreault, Maurice Leclair, Yves Piette et Claire Gélinas-Mackay) .....	1230
<b>Biopsie pleurale à l'aiguille — Etude de 50 biopsies.</b> (Gilles Lorange, André Mackay et Claire Gélinas-Mackay) .....	238
<b>Biopsie rénale percutanée chez 27 patients.</b> (Gilles Pigeon, René Lefebvre et Jacques Genest) .....	357
<b>Brûlures de la face dorsale de la main. Les</b> (Yves Prévost) .....	390
<b>Bulletins:</b>	
Barbituriques et des amphétamines. Le problème des (Jean-Marc Bordeleau) .....	343
Congrès et le nôtre. Les (Roma Amyot) .....	673
Congrès de Paris. Réflexions sur le (Roma Amyot) ..	1334
Déontologie. Sur un point de (Edouard Desjardins) ..	1179
Face au scandale. (Paul David) .....	553
Force de l'évolution. La (Jean-Marc Bordeleau) ..	2
Initiation à l'hématologie. (Edouard Desjardins) ..	1039
Industrie pharmaceutique et la médecine. L' (Jean-Marc Bordeleau) .....	917
Lambling, délégué officiel de la France au 31ième Congrès de l'A.M.L.F.C., à Québec. Le Professeur André (Pierre Smith) .....	455
Médecine, face à l'opinion publique. La (Edouard Desjardins) .....	451
Neurologiques. Les sciences (Roma Amyot) .....	771
On demande une élite agissante et judicieuse. (Roma Amyot) .....	233
Université a dit oui. L' (Edouard Desjardins) ....	118
<b>Bulletin d'informations des médecins canadiens en France. Un</b> (Roma Amyot) .....	174

— C —

<b>Calculs biliaires intra-vésiculaires. Un cas de fragmentation suivie de disparition spontanée de</b> (M. Dufresne, R. David et G. Hébert) .....	381
<b>Cancer. Perfusion et infusion: Nouvelles techniques dans la chimiothérapie du</b> (Maurice Leclair et Maurice Parent) .....	1114

<b>Cancer bronchique. Contribution bronchoscopique au diagnostic du</b> (Jules Halle, Lionel Montmigny et Gérard Paradis) .....	254	<b>Curares naturels ou de synthèse en anesthésie. L'utilisation des</b> (Rosario Denis) .....	165
<b>Cancer de l'estomac. Sur le diagnostic radiographique du</b> (René-A. Gutmann) .....	558	<b>Cytologiques. L'interprétation des images</b> (Alexandre Meisels) .....	1339
<b>Cancers du tube digestif. Les</b> (Gérard Gagnon, Emile Simard, François Brisson, Edouard Beaudry et Aubin Charbonneau) .....	680	— D —	
<b>Cancer gastrique au début. A la recherche du temps perdu avec le</b> (Albert Jutras) .....	561	<b>Débilité mentale et sottise.</b> (Jean Saucier) .....	1141
<b>Cancers multiples et coexistants chez le même individu.</b> (Lionel-E. Fournier) .....	520	<b>Démyélinisants. Syndromes psychiatriques dans les maladies</b> (Jean-Marc Bordeleau) .....	798
<b>Cancéreuses. Dissémination des cellules</b> (R. Plante) .....	588	<b>Démyélinisants et les désordres associés. Les facteurs héréditaires dans les maladies</b> (Julius D. Métrakos) .....	805
<b>Cardiologie: pourquoi? Un Institut de</b> (Paul David) .....	56	<b>Déontologie. Sur un point de</b> (Edouard Desjardins) .....	1179
<b>Carpien. Syndrome du tunnel</b> (R. Pagé et J.-M. Lessard) .....	374	<b>Dépression. La</b> (Gilles Lortie) .....	954
<b>Césarienne. Anesthésie et opération</b> (Léonard Legault) .....	161	<b>Dermatologie. Les médications topiques en</b> (H. Smith) .....	384
<b>Césarienne contemporaine. La</b> (Charles-A. Attendu) .....	560	<b>Diurétiques. A propos des mécanismes d'action des</b> (Guy Lemieux) .....	406
<b>Chirurgie. Avenir de la</b> (Pierre Smith) .....	268	<b>Duodénum. Eclatement traumatique du</b> (Antoine Pettigrew) .....	152
<b>Cholécystographie et électrocardiogramme.</b> (Yvan Rouleau) .....	290	<b>Dysphagie sidéropénique. La</b> (J.-M. Beauregard, C. Gendreau et J. Manzi) .....	9
<b>Cholestérol et les lipoprotéines sériques de sujets hypercholestérolémiques. Effets d'une diète pauvre en acides gras saturés et riche en acides gras non-saturés sur le</b> (Gaston Choquette, Colette Drouin-Naud et Claude Allard) .....	364	— E —	
<b>Chorio-épithéliome pulmonaire.</b> (Léo-R. LaFlèche) .....	376	<b>Eczéma chez l'enfant. L'</b> (Gilles Huard) .....	717
<b>Chromosomes (21 + 18). Double trisomie autosomique à</b> (Jacques Gagnon, Nathalie Katyk-Longtin, Jean-André de Groot et André Barbeau) .....	1220	<b>Editoriaux:</b>	
<b>Chromosomes de l'homme (2e partie). Les</b> (Jacques Gagnon) .....	1183	A propos des mécanismes d'action des diurétiques. (Guy Lemieux) .....	406
<b>Circulation extra-corporelle et la chirurgie cardiaque. La</b> (Claude Chartrand et Paul Stanley) .....	1245	Avenir de la chirurgie. L' (Pierre Smith) .....	268
<b>Coagulation sanguine. Etudes sur la</b> (Léopold Long et Guy Colpron) .....	22	Congrès mondial de psychiatrie. (Jean-Marc Bordeleau) .....	724
<b>Coma barbiturique. L'alcalinisation du milieu sanguin dans le traitement du</b> (Roma Amyot) .....	1262	Enfin une nouvelle faculté de médecine. (Gérard-Ludger Larouche) .....	1261
<b>Confrontation clinico-pathologique. Hôpital Notre-Dame.</b> .....	294	Evolution de la méthode stéréotaxique en neurochirurgie. (Jules Hardy) .....	969
<b>Congrès:</b>		Incidences psychiatriques de porphyrie. (Réal Gélinas et Camille Laurin) .....	52
XXXIIIe Congrès français de Médecine et XXXIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Paris, septembre 1961. .....	1398	Iode radio-actif et goitre toxique. (Maurice Bélisle) .....	264
XXXIe Congrès de l'A.M.L.F.C. — L'autre conjoint. (Pierre Smith) 4, (Pierre Jobin) 120, 235, 348, 460, 679, 728, 729.		L'alcalinisation du milieu sanguin dans le traitement du coma barbiturique. (Roma Amyot) .....	1262
<b>Congrès et le nôtre. Les</b> (Roma Amyot) .....	673	L'assurance-hospitalisation dans le plan général de la garantie-santé. (Eugène Robillard) .....	266
<b>Congrès de Paris. Réflexions sur le</b> (Roma Amyot) .....	1334	Le centre de neurogénétique. (André Barbeau) .....	822
<b>Congrès mondial de psychiatrie.</b> (Jean-Marc Bordeleau) .....	724	L'enzymologie et la médecine. (Yvon Chartier) .....	170
<b>Correspondance:</b>		Le système extra-pyramidal et les neuroleptiques. (Jean-Marc Bordeleau) .....	54
Lettre de Paris .....	67	Les péricardites aiguës non spécifiques: problème logique. Les (Léandre Décarie) .....	1391
Lettre des Etats-Unis 68, 190, 299, 417, 526, 628, 738, 876, 990, 1275, 1412.		Propos sur les méningites à virus. (B. Martineau) .....	606
		Quo vadis sanguin. (L. Morissette) .....	1099
		Réanimation cardiaque extra-thoracique. (Roma Amyot) .....	1393
		Tolbutamide et sclérose en plaques. (Jean Saucier) .....	173

Un bulletin d'informations des médecins canadiens en France. (Roma Amyot) ..... 174

Un secrétariat des Facultés canadiennes de médecine. (Roma Amyot) ..... 726

**Electroencéphalographie dans les encéphalites et les encéphalopathies dégénératives. L'** (Guy Courtois et Annie Courtois) ..... 801

**Electrophorèse en hématologie. L'** (Jean-Guy Laurin et Louis Trochu) ..... 1103

**Emphysème pulmonaire unilatéral idiopathique.** (Armand Trépanier et Champlain Charest) ..... 922

**Empoisonnement par l'oxygène. Le syndrome d'** (François Léger) ..... 706

**Encéphalites et les encéphalopathies dégénératives. L'électroencéphalographie dans les** (Guy Courtois et Annie Courtois) ..... 801

**Endoscopiques digestives en France. La photographie et la cinématographie** (Ch. Debray, P. Housset, S. Ségal, J. Paolaggi et F. Pette) ..... 461

**Entérovirus (poliomyélite, coxsackie, écho) à l'hôpital Sainte-Justine, en 1959. Infections à** (Bernard Martineau et Raymond Lafontaine) ..... 1204

**Enzymologie et la médecine. L'** (Yvon Chartier) ..... 170

**Epaule douloureuse et l'épaule bloquée. Une étude anatomique et arthrographique. L'** (S. de Sèze, J. Hubault, M. Caroit, G. Poinard, J.-Cl. Renier, A. Ryckewaert et J. Welfling) ..... 351

**Epileptique abdominal chez l'enfant. L'équivalent** (Pierre Langevin) ..... 249

**Euthanasie ou le meurtre par pitié. L'** (Chanoine Philippe Delhaye) ..... 613

**Evaluation médicale (Medical Audit) à l'hôpital Notre-Dame. L'** (Gilbert Blain) ..... 186

**Evaluation médicale ("Medical Audit") aux Etats-Unis. L'** (Gilbert Blain) ..... 62

**Existentialisme et son intérêt pour la psychiatrie. L'** (H. F. Ellenberger) ..... 936

— F —

**Face au scandale.** (Paul David) ..... 553

**Faculté de Médecine. Enfin une nouvelle** (Gérard-Ludger Larouche) ..... 1261

**Fatigue. La** (Roger-R. Lemieux) ..... 958

**Fer. Métabolisme du** (Gilles Gosselin et Gaëtan Baribeau) ..... 1048

**Force de l'évolution. La** (J.-M. Bordeleau) ..... 2

**Fractures ouvertes et fermées de la main. Les** (Yves Prévost) ..... 492

— G —

**Goitre toxique. Iode radio-actif et** (Maurice Bélisle) ..... 264

**Griséofulvine dans le traitement des mycoses superficielles. La** (P.-A. Turgeon) ..... 415

**Gynécologie et de l'obstétrique. A quand cette rencontre de la** (Michel-J. Bérard) ..... 979

— H —

**Hématologie. Initiation à l'** (Edouard Desjardins) .. 1039

**Hématologie. L'électrophorèse en** (Jean-Guy Laurin et Louis Trochu) ..... 1103

**Hématologie. Les isotopes en** (Blandine Y. Gosselin) 1107

**Hématologie infantile. Acquisitions récentes en** (Albert Royer) ..... 1126

**Hémostase. Concept actuel de l'** (Guy Colpron et Léopold Long) ..... 1059

**Hôpitaux au tribunal de l'opinion publique. Les** (Camille Laurin) ..... 1264

**Hôpitaux psychiatriques. A propos d'une campagne injustifiée contre nos** (Paul Dumas) ..... 1396

**Hypercoagulabilité sanguine. L'** (Jacques Gauthier, André Proulx et Maurice Doray) ..... 1066

**Hypersplénisme et chirurgie splénique.** (Michel Lacombe et Marcel Lamoureux) ..... 1095

**Hypertension. Un isomère non dépressif de la reserpine: 10-methoxydeserpidine dans le traitement de l'** (J. de L. Mignault) ..... 598

— I —

**Immuno-électrophorèse, sa technique, son interprétation et ses applications. L'** (R. Barcelo, P. Riopel et L.-P. LeGresley) ..... 1235

**Implications médicales des voyages aériens. Sur les** (François Léger) ..... 512

**Inclusions cytomégaliqes chez l'adulte. Maladie à** (Simon Lauzé) ..... 122

**Incompétence du col. L'** (Pierre Sanche) ..... 495

**Incontinence du col comme facteur d'avortement. L'** (Paul-Emile Fortin) ..... 498

**Industrie pharmaceutique et la médecine. L'** (Jean-Marc Bordeleau) ..... 917

**Infarctoïdes du myocarde. Possibilités de troubles d'origine électrolytique dans les lésions** (G. Laurendeau et J.-P. Du Ruisseau) ..... 1387

**Intoxication au prométhazine (Phénergan).** (François Cliche) ..... 625

**Introduction.** (André Barbeau) ..... 772

**Intubation orotrachéale et les maux de gorge post-opératoires. L'** (J.-P. Brunelle, J. Boucher, G. Cossette et J. Bessette) ..... 1272

**Invitation au Congrès de Québec.** (Pierre Jobin) .... 120

**Isotopes en hématologie. Les** (Blandine Y. Gosselin) 1107

— L —

**Lactation. La suppression de la** (Jules Keller) ..... 987

**Lambling, délégué officiel de la France au 31ième Congrès de l'A.M.L.F.C., à Québec. Le professeur André** (Pierre Smith) ..... 455

**Laryngéc. Une urgence** (J. Boussens et J.-M. Verrault) 488

<b>Leiner-Moussus. L'emploi de la biotine dans la maladie de</b> (E. Baril, P. Dagenais-Pérusse, E. Hazard et S. Ouadahi) .....	<b>623</b>
<b>Lipidoses cérébrales. Anatomie pathologique des</b> (Lionel-H. Lemieux) .....	<b>865</b>
<b>Lipidoses cérébrales. Les</b> (Raymond Lafontaine) ....	<b>791</b>
<b>Lipomatose de la valvule iléo-caecale.</b> (L. Béique, G.-R. Champoux et R. Plante) .....	<b>563</b>
<b>Lipomatose de la valvule iléo-caecale. La</b> (O. Wołoschuk et W. B. King, Jr.) .....	<b>1226</b>
<b>Livres reçus</b> 98, 214, 324, 447, 548, 656, 758, 904, 1018, 1296, 1436.	

## — M —

<b>Médecine, face à l'opinion publique. La</b> (Edouard Desjardins) .....	<b>451</b>
<b>Méningites à virus. Propos sur les</b> (Bernard Martineau) .....	<b>606</b>
<b>Mental. Justice pour le malade</b> (Camille Laurin) ....	<b>609</b>
<b>Mentale et progrès scientifique. Médecine</b> (Jean Delay) .....	<b>972</b>
<b>Minkowski-Chauffard. A propos de la forme néonatale de la maladie de</b> (P. Dagenais-Pérusse, E. Baril, E. Hazard et S. Ouadahi) .....	<b>732</b>
<b>Morsure de rat. A propos de</b> (Pierre Langevin) ....	<b>519</b>
<b>Myéline. La biochimie de la</b> (A. D'lorio) .....	<b>834</b>
<b>Myéline. Pathologie générale de la</b> (Françoise Robert) .....	<b>824</b>
<b>Myéline dans la conduction de l'influx nerveux. Rôle de la</b> (J.-Pierre Cordeau) .....	<b>812</b>
<b>Myéline périphérique et centrale. Histogénèse et structure de la</b> (L.-J. Poirier) .....	<b>809</b>

## — N —

## Nécrologie:

Alleyn, Georges-Gérard, 429; Barrette, J.-Emile, 1420; Beaudet, J.-Eugène, 888; Bédard, Onésime (A. Lecours), 201; Bellemare, A.-R., 643; Bergeron, Louis-Georges, 643; Bessette, Joseph-I., 87; Blagdon Charles 1154; Bohémier, Pierre-S., 429; Bouchard, Laurent, 203; Brassard, Paul, 203; Carignan, Léopold, 1286; Chabot, Philippe (Roma Amyot), 203; Cliche, Odilon, 203; De Blois, Georges, 643; Foisy, Maurice, 1286; Foisy, René, 314; Fortin, Joseph-Emile, 203; Fournier, Gabriel, 751; Gagnon, Joseph, 1420; Gauthier, Fernand, 314; Gauthier, Gustave, 314; Gilbert, Charles-Ant., 1286; Girard, L.-A., 1286; Grenier, Jean, 1154; Hamel, Albert M., 1420; Kirkland, Charles-A., 1154; Lafleur, Jules, 429; Laporte, René, 203; Laurendeau, Aldéric, 204; Lauzier, Jean, 1154; Lawler, Arthur, 1420; Legris, Louis, 751; Lussier, Arthur-H. (Roma Amyot), 888; Maltais, Joseph-Elie, 751; Marin, Albéric, **In Memoriam** (Paul Poirier), 115; (R. Roy Forsley), 117; McIntosh, James L., 751; Nadeau, Roger, 1154; Paiement, Horace, 429; Panneton, Philippe, **In Memoriam** (Jules Brault), 339; Parizeau, Téléphore, **In Memoriam** (Armand Frappier), 1331; Pavlovitch, A., 1154; Perrin, Pierre, 88; Pilon, J.-Arthur, 314; Pinault, Henri, 88; Primeau, J.-Ernest, 1286; Quintal, H.-A., 204; Renaud, Pierre-Paul, 1420; Rioux, Louis-Maurice,

88; Rivard, Joseph-H., 888; Robitaille, J.-David, 1421; St-Amand, Georges, 1154; Saint-Jean, Edouard (Roma Amyot), 314; Samson, Antonio, 429; Sauriol, Louis-E., 314; Savage, J.-Léopold, 1286; Savard, Roch, 204; Seigneur, Michel, 1154; Senecal, Louis-Paul (E. D.), 751; Tessier, Alphonse-Delphis, 643; Tousignant, Joseph-Albert, 643; Trudel, J.-J., 751; Trudel, Marc (Edouard Desjardins), 1285.

<b>Neurogénétique. Le Centre de</b> (André Barbeau) ....	<b>822</b>
<b>Neuro-hématologiques. Les syndromes</b> (R. Amyot) .....	<b>1118</b>
<b>Neuroleptiques. Le système extra-pyramidal et les</b> (Jean-Marc Bordeleau) .....	<b>54</b>
<b>Neurologiques. Les sciences</b> (Roma Amyot) .....	<b>771</b>
<b>Neutropénie périodique.</b> (Gaëtan Baribeau et Gilles Gosselin) .....	<b>1091</b>
<b>Nouvelles</b> 88, 204, 315, 430, 539, 643, 752, 888, 1156, 1287, 1421.	

## — O —

<b>Oedème post-opératoire avec la trypsine intramusculaire. Le traitement de l'</b> (André Parenteau et G. Carbonin) .....	<b>156</b>
<b>Oedèmes. Rapport préliminaire sur le traitement de certains</b> (C. Papageorges) .....	<b>1411</b>
<b>On demande une élite agissante et judicieuse.</b> (Roma Amyot) .....	<b>233</b>
<b>Ovaire. Les kystes pseudo-mucineux de l'</b> (André Cormier) .....	<b>483</b>

## — P —

<b>Paralytiques marocains terminés après 18 mois par la ligue des sociétés de la Croix-Rouge. Un programme de réadaptation de 10,000</b> (B. Primeau) ....	<b>1364</b>
<b>Parkinsonien. Les mécanismes neurophysiologiques du tremblement</b> (Jules Hardy) .....	<b>131</b>
<b>Péricardites aiguës non spécifiques: problème nosologique.</b> (Léandre Décarie) .....	<b>1391</b>
<b>(Phenergan). Intoxication au Prométhazine</b> (François Cliche) .....	<b>625</b>
<b>Phénothiazine. L'intoxication par les dérivés de la</b> (Luc Chicoine) .....	<b>469</b>
<b>Pheochromocytomes. Les formes déguisées des</b> (Murat Kaludi) .....	<b>686</b>
<b>Pied plat valgus paralytique de l'enfant par l'arthrodèse sous-astragalienne extra-articulaire. Considérations sur le traitement du</b> (Roger Simoneau) ....	<b>948</b>
<b>Pneumologie. Perspectives en</b> (Charles Lépine) ....	<b>29</b>
<b>Pneumothorax spontané récidivant.</b> (M. Beaulieu) .....	<b>1216</b>
<b>Polycythémies. Les</b> (J.-Guy Laurin et F. Duplantis) .....	<b>1074</b>
<b>Porphyrie. Incidences psychiatriques de la</b> (Réal Gélinas et Camille Laurin) .....	<b>52</b>
<b>Présentations transversales. Les</b> (Gilles Amyot et Jean Lamonde) .....	<b>42</b>
<b>Prolapsus rectal: résultats éloignés obtenus par la rectopexie transabdominale par bandelette aponévrotique pédiculée.</b> (E. Samson et J.-Y. McGraw) .....	<b>399</b>

**Prostate. Le pronostic de l'adénocarcinome de la** (Claude Piché et Roger-J. Gareau) ..... 15

**Psychiatrie. La thérapeutique en** (J.-M. Bordeleau) 962

**Psychiatrie et son histoire inconnue. La** (H. Ellenberger) ..... 281

**Psychiatriques après l'hospitalisation. Le "follow-up" des malades** (Gérard Beaudoin) ..... 966

**Psychiatriques en pratique générale. Les urgences** (Georges-A. Turcot) ..... 983

**Psycho-somatique en allergie. Application de la médecine** (Gilles Huard) ..... 986

**Pulmonaires en pédiatrie. Troubles** (Guy St-Laurent et A. Guilbeault) ..... 523

— Q —

**Quo vadis sanguin.** (L. Morissette) ..... 1099

— R —

**Réanimation cardiaque extra-thoracique.** (R. Amyot) 1393

**Rénale chez l'enfant. L'exploration** (J.-L. Picard).... 1405

**(Reverin). Etude clinique de la pyrrolidino-méthyl-tétracycline** (Gilles Gosselin) ..... 708

**Revue des livres 90, 208, 317, 434, 541, 648, 754, 892, 1007, 1168, 1289, 1425.**

**Rhino-bronchites saisonnières. Actifed dans les** (Fernand Grégoire, Maurice Comeau et Louis Roy) 594

— S —

**Scléroses cérébrales diffuses. Aspects cliniques des** (Jean Saucier) ..... 785

**Scléroses diffuses du cerveau. Les** (Jacques Gagnon) 847

**Sclérose en plaques. Pathologie de la** (Françoise Robert) ..... 837

**Sclérose en plaques. Traitement de la** (André Barbeau et Yves Duchastel) ..... 873

**Sclérose en plaques et de l'encéphalomyélite. Aspect clinique de la** (Jean-Léon Desrochers) ..... 772

**Secrétariat des facultés canadiennes de médecine. Un** (Roma Amyot) ..... 726

**Services de Santé de Québec. Les** (J.-E. Pelletier) 175

**Simulation chez l'enfant. La** (Jean Albert-Weil) .... 1378

**La Société Médicale de Montréal: 27 sept. 1960, 79; 25 oct. 1960, 310; 29 déc. 1960, 428; 25 janvier 1961, 534; 21 fév. 1961, 639; 11 avril 1961, 750; 9 mai 1961, 1000; 13 juin 1961, 1419.**

**Club de recherches cliniques du Québec.** ..... 80

**Sous-nitrate de bismuth en gastro-entérologie. Evaluation clinique du** (J.-Jacques Tremblay) ..... 35

**Staphylococcies dans les maladies des voies respiratoires. Les** (F. Grégoire, Louis Roy et M. Comeau) 243

**Stéréotaxique en neuro-chirurgie. Evolution de la méthode** (Jules Hardy) ..... 969

**Succinylcholine et traitement par la transfusion. Apnée prolongée par la** (François Lafleur) ..... 568

— T —

**Tachycardie ventriculaire. La** (Jean-D. Gratton et Gisèle Fournier) ..... 730

**Techniques chirurgicales françaises en O.-R.-L.** (Jean Brisson) ..... 573

**Thérapeutique par le milieu ou "milieu therapy". Le service de psychiatrie d'un hôpital général et la** (Georges-H. Turcot) ..... 713

**Thrombocythémie essentielle. La** (Jean Mathieu et Michel Lacombe) ..... 1080

**Thyroïde linguale.** (M. Belzile et L. Huot) ..... 475

**Tolbutamide dans la maladie de Parkinson. Expérience clinique avec le** (André Barbeau, Raymond Giguère et Jules Hardy) ..... 147

**Tolbutamide et sclérose en plaques.** (Jean Saucier) 173

**Tranquillisants. Sur l'évaluation pharmacodynamique de l'efficacité des analgésiques et des** (Aurèle Beaulnes) ..... 403

**Transfuser? Faut-il ou ne faut-il pas** (Albert Bertrand) ..... 1040

**Traumatismes thoraciques. Physiopathologie et classification des** (Jacques Brière) ..... 578

**Trifluopérazine contre les troubles du comportement chez l'enfant. Etude à court terme sur l'usage de la** (Jean-Léon Desrochers et Wanda Schiffmann) 369

**Trousseau. Le syndrome de** (Murat Kaludi) ..... 703

**Tumeurs à l'Université Laval. Registre des tumeurs de la Province de Québec. Centre d'Enregistrement des** (A.-R. Potvin) ..... 1145

— U —

**Union Médicale du Canada, en 1892. L' 111, 230, 334, 448, 550, 662, 765, 908, 1030, 1173, 1312, 1442**

**Union Médicale du Canada pour l'année 1960. Rapport annuel du Rédacteur en chef de l' (Roma Amyot) ..... 410**

**Université a dit oui. L' (Edouard Desjardins) ..... 118**

**Urètre chez la femme. Les diverticules de l' (Ivan Laberge) ..... 485**

— V —

**Vie de l'A.M.L.F.C. (Pierre Smith) 6, 121, 236, 345, 458, 557, 676, 920, 1181, 1338.**

**Voyage aériens. Sur les implications médicales des** (François Léger) ..... 512

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

### — A —

Adénite méésentérique aiguë à "Pasteurella pseudotuberculosis" (bacille de Malassez-Vignal). A propos de trente observations. I. — Etude clinique, sérologique et bactériologique. ....	302
Adénite méésentérique aiguë à bacille pseudo-tuberculeux (bacille de Malassez-Vignal). A propos de 30 observations. II — Etude épidémiologique. ....	302
Adénite méésentérique aiguë à "Pasteurella pseudotuberculosis" (bacille de Malassez-Vignal). III. — Etude anatomo-pathologique. L' .....	303
Adénohypophyse humaine normale et pathologique. Classification des cellules mucoïdes (basophiles) de l' .....	1282
Adrénocorticoïdes chez certains patients ayant des maladies infectieuses. Thérapie par les .....	741
Aldostéronisme primaire. Hypertension due à une occlusion de l'artère rénale et simulant un .....	192
Allergie nodulaire dermique. L' .....	424
Alpha-kymo-trypsine. La stabilité de l' .....	636
Amibien du foie chez un enfant de six mois. Abscès .....	533
Ammoniémie dans la cirrhose et ses complications. L' .....	73
Anémie pernicieuse. Acide folique et dégénérescence médullaire dans l' .....	1150
Anesthésie en pédiatrie. Les difficultés que comporte l' .....	309
Anesthésie sur l'ischémie rénale expérimentale. L'effet protecteur de l' .....	309
Angine abdominale. Diagnostic et traitement. ....	631
Antihypertensive d'extrait de la médulla rénale. Propriété .....	746
Aortite chez les enfants. ....	1281
Artérites chroniques juvéniles rickettsiennes .....	1277
Art est long; la vie est courte. L' .....	71
Arythmies congénitales et troubles de conduction chez un père et ses quatre enfants. ....	995
Ascite rebelle. Traitement de l' .....	192
Aspirine. Les accidents digestifs de l' .....	880
Asthme bronchique. Diagnostic de l' .....	442
Asthme bronchique. Principes physiologiques appliqués au traitement de l' .....	74
Atrésie de l'oesophage et de la fistule trachéo-oesophagienne. L'anesthésie pour la correction chirurgicale de l' .....	749

### — B —

Barbituriques. Une évaluation du traitement actuel de l'empoisonnement par les .....	637
--	-----

Behcet. Le syndrome de .....	991
Bêta-lipoprotéines. L'absence congénitale de .....	1276
Biliaires non tumorales. La chirurgie oddienne dans les cas d'affections .....	423
Biliaires occasionnées par le norethandrolone; une étude au microscope électronique de tissu hépatique chez l'homme et le rat. Les altérations des canalicules .....	427
Bronchoscopie de diagnostic. Une évaluation de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale pour la .....	309
Bronchopathies chroniques de l'adulte. Etiologie des .....	994

### — C —

Caecum consécutive à un cancer sténosant du côlon distal. Perforation du .....	421
Cancer de la peau. Curettage et électro-dessication dans le traitement du .....	307
Cancer de la thyroïde. I-131 dans le traitement post-opératoire du .....	532
Cancer de l'estomac. La gastrectomie totale dans le .....	882
Cancer du sein. Traitement hormonal du .....	308
Carcinome de la bronche. Le prurit et le purpura, symptômes inusités de .....	73
Cardiopathie carcinoïde avec ponction-biopsie du foie et étude hémodynamique. Deux cas de .....	1415
Cérébrales de l'homme. Défectuosités de la media des artères .....	423
Choc et l'administration de vaso-constricteurs. Etudes directes de la circulation du cerveau, du coeur, du rein et du foie pendant l'état de .....	194
Cholécystites aiguës lithiasiques. Incidence de l'antibiothérapie pré-opératoire. La bactériologie des .....	1279
Cholédoscopie. Perfectionnement de l'exploration per-opératoire des voies biliaires par la .....	197
Chromatine sexuelle dans les tératomes. ....	78
Chromatine sexuelle dans des tissus normaux et des tumeurs non tératomeuses. ....	78
Chromatine sexuelle de type masculin, chez une hémophile de type A. ....	887
Chromosomes chez l'homme. Les .....	748
Chromosome Y influençant le rythme de la maturation chez l'homme. Gènes sur le .....	748
Chromosomique d'un hermaphrodite humain. La constitution .....	998
Cirrhoses. Variation du sodium sanguin et urinaire au cours des .....	1151

Cirrhoses hépatiques. L'immuno-électrophorèse sérique des .....	880
Cirrhoses parcholostase extra-hépatique. Les .....	1416
Colistine vis-à-vis de 1200 souches. Spectre antibactérien de la .....	998
Côlite ulcéreuse. Dilatation du côlon: complication grave de la .....	419
Côlon sigmoïde. Les ulcères simples non spécifiques du .....	527
Conjonctif. Quelques considérations cliniques sur le vieillissement du tissu .....	1418
Conn. Un cas de syndrome de .....	991
Coronarienne unique. L'artère .....	304
Corticoïdes dans le traitement des maladies infectieuses chez des malades choisis. Place des ....	419
Cortisone sur la guérison des plaies abdominales disjointes. Effets de la .....	528
Cryptococcose. ....	301
Cystique. (D'après 194 observations personnelles). La maladie du .....	992
Cytolyse hépatique. Le syndrome de .....	197

— D —

Demethylchlortétracyne. ....	77
Démyélinisation cérébrale associée à une maladie du système réticulo-endothélial. ....	1152
Dermatologiques ambulatoires. Efficacité comparative de quelques traitements .....	307
Diabète avec diarrhée et stéatorrhée. ....	194
Diabète avec diarrhée et stéatorrhée (sprue) ....	740
Diabète sucré par le Stabinol. Rapports préliminaires du traitement du .....	527
Diabétique. Néphropathie .....	1147
Diarrhées chroniques par le tubage duodénal protégé. Exploration bactériologique des .....	996
Diastasis post-opératoire dans les incisions abdominales hautes. La guérison des plaies. Etude du ....	528
Diurétiques. Les effets secondaires indésirables des nouveaux .....	879
Diverticulose côlique. Les indications chirurgicales au cours de la .....	745
Dyskinésies duodénales et du reflux duodéno-biliaire dans les affections chroniques de la vésicule biliaire, de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques Rôle pathogéniques des .....	196
Dysplasie pulmonaire fibro-kystique familiale et le syndrome d'Hamman-Rich. ....	883
Dystrophie musculaire pseudo-hypertrophique. Le coeur dans la .....	878

— E —

Echo 14 au cours d'une épidémie de crèche de gastro-entérites. Isolement du virus .....	531
EEG et troubles métaboliques. ....	998
(Elastorrhexie systématisée). Les hémorragies digestives au cours du syndrome de Gronblad-Strandberg.....	882
Electrocardiographies concernant l'hypoxie cérébrale. Reflexions .....	748
Embolie pulmonaire. L'anesthésie et l' .....	1418
Embolies systémiques et pulmonaires avant et après commissurotomie mitrale. ....	1417
Emphysème et d'autres insuffisances respiratoires par la fenestration trachéale. Revue rétrospective du traitement de l' .....	631
Encéphalite subaiguë primitive. Ses rapports avec l'encéphale à inclusion de Dowson, la panencéphalomyélite de Pette-Doring, et la leucoencéphalite sclérosante subaiguë de Von Bogaert. Etude anatomo-clinique d'une .....	884
Epithélioma secondaire de l'intestin grêle. A propos de 5 observations .....	996
Epithélioma squameux de la lèvre avec mention particulière sur le curare ganglionnaire du cou. Etude de l' .....	1148
Epithéliomas colloïdes de l'anus à forme fistuleuse. Les .....	529
Epithéliomas de l'oesophage. Le "Procédé de la mèche", technique de cyto-diagnostic des .....	422
Etat émotif sur l'excrétion de l'eau et des électrolytes chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. L'influence de l' .....	740

— F —

Fistules anales. Intérêt de la radiographie dans le diagnostic des .....	305
--	-----

— G —

Gants de boxe en dermatologie. Les .....	198
Gastrectomie empirique est-elle justifiée? La .....	195
Gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac. La .....	882
Gastrobiopsie dirigée. Sur la — Présentation d'un nouveau gastroscopie biopsique. ....	305
Glande thyroïde. Tumeurs papillaires de la .....	997
Glomérulo-néphrite familiale et amino-acidurie. ....	200

Glomérulo-néphrite membraneuse (néphrose lipœidique) chez les adultes. La structure fine du glomérule dans la .....	997	Hermaphrodite humain. La constitution chromosomique d'un .....	998
Glomus carotidien avec présentation de sept cas. La conduite à tenir dans les tumeurs du .....	195	Histoplasmose pulmonaire africaine. ....	74
Goutte. Douleur d'apparence cardiaque dans la ....	421	Hodgkin chez les enfants. Maladie de .....	886
Griséofulvine dans le traitement des teignes, des onychomycoses et des infections cutanées à dermatophytes. La .....	885	Hodgkin gastro-duodénale (un cas reconnu par le cysto-diagnostic du liquide d'ascite). Maladie de .....	743
— H —		Hydranencéphalies et autres désordres. Une étude d'anomalies chez les enfants chinois. ....	529
Halothane-éther: mélange non rationnel. Le mélange azéotrope.....	886	Hypertensive d'extrait de la medulla rénale. Propriété anti- .....	301
Hémochromatoses idiopathiques. Les .....	303	Hyperuricémie dans la maladie coronarienne. Le rôle de l' .....	195
Hémorragies des gastrites hémorragiques et de l'"exulceratio simplex". Les .....	633	Hypoglycémie. Deux cas de tumeurs malignes du foie révélées par des manifestations cliniques d' .....	192
Hémorragies des hernies hiatales chez l'adulte. Les .....	633	Hypoglycémie. Tumeurs extra-pancréatiques produisant de l' .....	743
Hémorragies des tumeurs gastriques. Les .....	634	Hypoglycémies alcooliques. Les .....	1276
Hémorragies digestives aiguës: endoscopie d'urgence. ....	633	— I —	
Hémorragies digestives au cours des affections biliaires. ....	636	Iléo-côlite de Crohn. Etude du métabolisme intestinal par la trioléine-I-131 et le PVP-131. ....	423
Hémorragies digestives chez les splénectomisés. L'exploration non opératoire du système porte chez les splénectomisés. La portographie rétrograde transcutanée transhépatique. Les .....	635	Inclusions cytomégaliqes. Le virus de la maladie des .....	425
Hémorragies digestives. Diagnostic clinique et radiologique dans les.....	632	Infarctus du myocarde. Signes électriques précoces de l' .....	995
Hémorragies digestives d'origine médicamenteuse. ....	636	Infarctus du myocarde dans la période périnatale. ....	997
Hémorragies digestives d'origine pancréatique — Documents anatomo-cliniques. ....	635	Infarctus épiploïque du grand épiploon. Pathogénie de l' .....	1279
Hémorragies digestives d'origine pancréatique — Documents spléno-portographiques et spléno-mométriques. ....	635	Infiltration pulmonaire à éosinophiles. ....	991
Hémorragies digestives d'origine splénique et vasculosphénique. Les .....	634	Immuno-électrophorèse sérique des cirrhoses hépatiques. L' .....	880
Hémorragies digestives et système nerveux. ....	636	Insuffisance cardiaque. L'influence de l'état émotif sur l'excrétion de l'eau et des électrolytes chez les patients souffrant d' .....	193
Hémorragies digestives post-gastrectomiques. Les ....	634	Insuffisance respiratoire à évolution maligne d'allure primitive. ....	197
Hémorragies digestives ulcéreuses. Indications et résultats du traitement chirurgical des .....	633	Ischémie intestinale paroxystique. L' .....	1280
Hémorragies par tumeurs bénignes de la deuxième portion du duodénum. Tumeurs de la papille exceptées. ....	634	Isoniazide. Leur relation avec les antécédents psychiques et le taux sanguin d'isoniazide libre des malades. Les troubles psychiques provoqués par l' .....	74
Hémorragies ulcéreuses. Etude analytique et étiologique des .....	632	— J —	
Hémorragies ulcéreuses. Substrat anatomique des grandes .....	632	Jéjuno-iléites chroniques primitives. Les formes cliniques des .....	1149
Hépatite infectieuse du nouveau-né et du nourrisson. Les ictères par .....	76	— L —	
Hépatites satellites de la lithiase vésiculaire et leur pathogénie. Retentissement sur le foie de la lithiase vésiculaire. Les .....	196	Latex. Application à l'étude de 1150 sérums. La réaction au .....	637
Hépatites virales anictériques. Les .....	71		

Leiomyome du larynx. .... 1283

Leucémie myéloïde chronique. L'effet d'un traitement discontinu à long terme. Le busulfan dans le traitement de la ..... 1150

Listériose chez le nouveau-né, associée à une infection placentaire. Deux cas de ..... 199

Listériose génitale, cause d'avortements répétés. .... 199

Listériose génitale, cause d'avortements répétés; lettre à l'éditeur. .... 200

Lithiase du canal de Wirsung. A propos de 13 observations. Traitement de la ..... 305

Lithiase pancréatique — Données anatomiques, cliniques et biologiques. Possibilités thérapeutiques actuelles. La ..... 742

Lithiase vésiculaire. Les hépatites satellites de la lithiase vésiculaire et leur pathogénie. Retentissement sur le foie de la ..... 196

— M —

Maladies qui se meurent. .... 636

Mannitol en injection intraveineuse. Effet immédiat de l'administration intraveineuse d'une solution de Mannitol sur le volume sanguin et plasmatique. .... 1147

Mannitol en injection intraveineuse. Prévention de l'insuffisance rénale aiguë au cours de la résection des anévrysmes de l'aorte abdominale. .... 1147

Massage cardiaque externe. .... 745

Mégacôlon saturnin. Le ..... 1416

Mélanome malin de l'ovaire. .... 307

Méningites à *Listeria monocytogènes*. Contribution au diagnostic bactériologique des ..... 747

Mésentérique aiguë et maladie de Crohn. Adénite .... 1149

Méséthéliome malin du péricarde: essai de traitement médical. Etude anatomo-clinique d'un ..... 531

Mésothéliome malin du péricarde. .... 201

Mésothéliome pleural. .... 531

Microscopie électronique à l'étude des lipo-pigments du foie et du cortex surrénal. Contribution de la ..... 305

Morphine et cirrhose du foie. Intolérance à la .... 1415

Myxome primitif du ventricule gauche du coeur. .... 308

— N —

Neutropénie congénitale familiale avec anticorps leucocytaires maternels. .... 1150

Niemann-Pick chez les enfants. Trois cas de la maladie de ..... 1281

— O —

Obésité. Anomalies des échanges gazeux du poumon dans l'..... 303

Ostéoporose des hémochromatoses. L' ..... 1151

— P —

Pancréas. Diarrhée par tumeur du ..... 1278

Pancréas non insulino-gènes et syndrome de Zollinger-Ellison d'après 61 observations. Tumeurs insulaires du ..... 423

Pancréas par la trioléine et l'acide oléique marquée à l'iode radioactif. Exploration fonctionnelle du .... 881

Pancréatique des calculs du cholédoque. Le retentissement ..... 992

Pancréatiques. Présentation de 35 cas. Pseudo-kystes ..... 528

Pancréatite calcifiante avec obstruction canalaire et hydro-pancréatose. Epanchement pleural à éosinophiles. .... 422

Pancréatites chroniques chirurgicales. Les formes peu douloureuses, voire indolores, des ..... 1151

Pancréatites chroniques. Ictère, suppuration, stéatorrhée et tolérance glucidique au cours des pancréatites chroniques. Avec des documents anatomiques pour servir au démembrement des ..... 1414

Pancréato-jéjunostomie pour pancréatite chronique. Etude de 30 observations personnelles. Indications et résultats de la ..... 993

Pathologiques dans les muscles lors d'une revue d'autopsies de routine. L'incidence et les types d'altérations. .... 747

Phénazocine, un nouveau narcotique synthétique pour prémédication en pédiatrie. .... 1283

Photographie et la cinématographie endoscopique digestive. Etat actuel en France. La ..... 744

Pityriasis alba. .... 425

Placenta accreta: étude anatomo-pathologique à propos de sept cas. Le ..... 307

Plèvre. Les tumeurs primitives de la ..... 420

Pollution atmosphérique. Etude d'ensemble. Le problème de la ..... 426

Pollution atmosphérique — Une étude d'ensemble. Les aspects médicaux de la pollution de l'air. Le problème de la ..... 427

Pollution de l'air des villes. Présentation des résolutions adoptées à l'échelle internationale. Sur les dangers de la ..... 426

Polynévrote. Chauffage par catalyse et ..... 1278

Polypes et polypose gastrique. .... 995

Porphyrie idiopathique par l'acide adénosine monophosphorique. Essai thérapeutique de la ..... 72

Porto cave d'emblée au cours des hémorragies de l'hypertension portale. L'anastomose .....	991	(Sprue). Diabète avec diarrhée et stéatorrhée. ....	740
Poumon en "nid d'abeilles", avec péri-cholangéite. ....	1283	Staphylococciques. Infections .....	198
Prématurité: aspects pédiatriques. Le problème de la .....	76	Stéatorrhées idiopathiques. Nosologie et traitement. Les .....	71
Prématurité. Le problème de la .....	198	Sténose intestinale d'origine ischémique. La .....	1416
Prostate chez un enfant de 3 ans. Epithélioma de la .....	883	Stéroïdienne de longue date. Fonction adrénocorticale après thérapeutique .....	301
Prurit anal et hygiène anale. ....	198	Stéroïdienne de longue durée. Fonction adrénocorticale après thérapeutique .....	746
Pseudoxanthomatose élastique, une maladie systémique. ....	878	Streptocoques. Un milieu simple pour l'isolement des .....	637
Ptose gastrique. Analyse endocrinologique de 59 cas de .....	882	Stress: la réaction de "phase négative". Un phénomène d'hypersensibilité produit par le .....	1278
— R —			
Radiations. Le radiologiste face aux effets des ....	77	Suicide à l'insuline. ....	419
Rectocôlite hémorragique. Etude des sensibilisations allergiques dans la .....	304	Syndromes minima. Trente années d'expérience. Les .....	992
Rectocôlite hémorragique. Etude de la vascularisation côlique dans la .....	996	Système nerveux central d'étiologie virale. Syndrome du .....	746
Rectocôlite hémorragique et allergie alimentaire. ....	442	— T —	
Recto-côlite hémorragique et allergie digestive. A propos de 6 cas. ....	72	Télangiectasie hémorragique héréditaire et anévrysme artério-veineux pulmonaire. ....	70
Rectocôlite hémorragique. L'histaminopexie plasmatique au cours de la .....	306	Tétralogie de Fallot. Résultats lointains des anastomoses aortico-pulmonaires dans la .....	745
Recto-côlite ulcéro-hémorragique. Le traitement des formes graves de .....	744	Thrombocytémie essentielle, avec anémie importante et évolution rapide. ....	740
Réhabilitation après accident cérébro-vasculaire. Etude du délai en vue d'une .....	1417	Thrombo-embolie post-opératoire par la numération des plaquettes et l'étude de la coagulation sanguine chez le malade qui subit une grosse opération. Le dépistage possible de la .....	194
Rein dans l'érythropoïèse. Le .....	1414	Thromboses spléno-portales. Etude clinique des ....	742
Ressuscitation cardiaque. Nouveau concept de la ....	1278	Thymique, aplasie médullaire. L'association tumeur .....	72
Ressuscitation du nouveau-né. ....	200	Thyroïdien? Quels sont les dangers de l'extrait .....	1277
Rénale. Souffle dû à la sténose de l'artère .....	1151	Tolbutamide dans le traitement de la thrombo-angéite. La .....	527
Rénale bilatérale. Hypoplasie .....	746	Tranquillisant. Observations sur un sédatif et sur un .....	301
Rénale chez l'homme. Homotransplantation .....	1414	Tuberculeux dans 55,000 crachats par le Teepol 410 basique. Influence du milieu de culture. Résultats de l'isolement du bacille .....	531
Ritaline (méthylphénidate) expériences cliniques. La .....	1419	Tuberculeux. Mesure du péril .....	528
Rose Bengale radioactif dans l'évaluation de l'ictère chez l'enfant. L'emploi du .....	306	Tuberculose macronodulaire du foie. La .....	194
— S —			
Sarcoïdose cardiaque. La .....	304	Tuberculose pulmonaire. La fréquence des erreurs thérapeutiques initiales et leur influence sur l'évolution ultérieure de la .....	631
Sarcome de Kaposi. ....	532	Tuberculose pulmonaire. Les possibilités réelles d'un traitement antibiotique correctement conduit dans la .....	743
Sarcome de la jambe chez un nouveau-né. ....	887	Tuberculose pulmonaire, quelques directives semblent oubliées qui restent nécessaires. Dans le traitement de la .....	304
Sécrétine, pancréatozymbine et cholécystokinine, les hormones silencieuses.....	308	Tuberculose pulmonaire. Sa place possible près de l'isoniazide dans la thérapeutique d'attaque. L'éthioniamide (1413 TH) dans le traitement de la ....	994
Sigmoïdites. Les complications urologiques des ....	747		
Souffle mammaire de grossesse et lactation. Le ....	424		
Splénoportographie dans les cirrhoses. La .....	425		

Tumeur du grêle (réticulo-histiocytome implanté au voisinage d'une anastomose de résection gastrique). Un cas rare de .....	1149
Tumeurs ulcérogènes du duodénum. ....	1280

— U —

Ulcère digestif et tumeur langerhansienne (syndrome Zollinger et Ellison) .....	1415
Ulcère duodéal qui saigne. La vagotomie et pyloroplastie. Une solution dans le traitement de l'ulcère duodéal qui saigne. ....	881
Ulcère: indications pour l'opération définitive. Réévaluation de la suture simple dans la perforation aiguë d' .....	994
Ulcères du grêle et de la maladie de Crohn. Les ectopies de muqueuse gastrique au niveau de l'intestin grêle au cours des .....	195
Ulcère expérimental de contrainte du rat blanc. Analyse des principaux facteurs déterminant. L' .....	1417
Ulcères expérimentaux obtenus par modification de l'environnement chez le rat. ....	1416
Ulcère gastrique. ....	881
Ulcères gastro-duodénaux perforés. Comment envisager actuellement le traitement des .....	992
Ulcéreuse — Influence de l'hérédité et de l'environnement — L'ulcère gastro-duodénale des jumeaux. La maladie .....	882
Ulcus peptique post-stéroïdo-thérapie. Considérations cliniques et physiologiques sur l' .....	193
Ultra-sons en technique histologique de neuropathologie. Résultats préliminaires sur l'emploi des .....	427

Urolithiase chez les enfants: rapport de trois cas et revue de la littérature. ....	529
---	-----

— V —

Vaccine généralisée chez la femme enceinte. ....	77
Vagotomie et pyloroplastie. Une solution dans le traitement de l'ulcère duodéal qui saigne. La .....	881
Vagotomie pyloroplastie et suture. Traitement efficace et sans danger de l'ulcère duodéal qui saigne. Etude de 100 cas consécutifs. ....	1148
Varices gastro-oesophagiennes. Chirurgie directe des .....	635
Varices oesophagiennes et le courant veineux oesophagien. Les particularités anatomiques qui singularisent le courant gastro-oesophagien. Les .....	72
Veine cave obstruée. Une nouvelle technique pour contourner la .....	1148
Ventilation alvéolaire en clinique et en physiologie. Défauts et avantages de la notion de .....	75
Ventricule par une artère basilaire tortueuse bulbeuse et calcifiée. Occlusion du troisième .....	530
Voies biliaires. Notions nouvelles concernant la physiologie, la physio-pathologie et la pharmacologie des .....	996
Vomissements, les régurgitations et l'aspiration. Les .....	748

— W —

Wilms associée à une maladie rénale kystique. Rapport de deux observations. Tumeur de .....	885
---	-----

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

— A —

ALBERT-WEIL, Jean	1378
ALBOT, Guy	71, 72, 76, 78, 196, 304, 306, 422, 742, 744, 880, 881, 991, 992, 995, 996, 1151, 1152, 1415, 1416
ALCINDOR, Antony	194, 740
ALLARD, Claude	364
AMYOT, Gilles	42, 314, 317, 410
AMYOT, Roma	174, 203, 209, 233, 541, 648, 673, 726, 771, 888, 1008, 1118, 1262, 1335, 1393
ARCHAMBAULT, Paul-René	73, 74, 194, 304, 529, 632, 744, 880, 885, 994, 995, 1276
ATTENDU, Charles-A.	570

— B —

BARBEAU, André	147, 277, 772, 822, 873, 1220
BARCELO, R.	1235
BARIBEAU, Gaëtan	1048, 1085, 1091
BARIL, E.	623, 732
BEAUDOIN, Gérard	966
BEAUDRY, Edouard	680
BEAULIEU, M.	1216
BEAULNES, Aurèle	403
BEAUREGARD, J.-M.	9, 1269
BEIQUE, Claude	310, 1278
BEIQUE, L.	568
BELISLE, Maurice	264
BELZILE, M.	475
BERARD, Michel-J.	979
BERDNIKOFF, Georges	77, 198, 201, 301, 306, 307, 308, 425, 529, 531, 533, 747, 887, 997, 998, 1283
BERTRAND, Albert	438, 1040
BERTRAND, P.-E.	193, 194, 740, 746
BESSETTE, J.	1272
BLAIN, Gilbert	62, 186
BORDELEAU, Jean-Marc	2, 54, 343, 726, 798, 917, 962
BOUCHER, J.	1272
BOULAY, Jacques	1071
BOURDON, Pierre-B.	960
BOURQUE, J.-C.	1394
BOUSSENS, J.	488
BRAULT, Jules	339
BRIERE, Jacques	578
BRISSEON, François	680

BRISSEON, Jean	573
BRUNELLE, J.-P.	1272

— C —

CARBONIN, Georgio	156
CARIGNAN, Gaston	735
CAROIT, M.	351
CASGRAIN, Gérard	394
CHAMPOUX, G.-R.	563
CHAPADOS, R.	308
CHARBONNEAU, Aubin	680
CHAREST, Champlain	922
CHARTIER, Yvon	170
CHARTRAND, Claude	1245
CHICOINE, Luc	469
CHOQUETTE, Gaston	364
CLICHE, François	625
COLPRON, Guy	22, 1059
COMEAU, Maurice	243, 594, 1267
CORCORAN, A. C.	1143
CORDEAU, J.-Pierre	812
CORMIER, André	483
COSSETTE, G.	1272
COURTOIS, Annie	530, 801, 999
COURTOIS, Guy	801
COUTU, Lucien-L.	257, 929, 1370

— D —

DAGENAIS-PERUSSE, P.	623, 732
DAVID, Paul	56, 553
DAVID, R.	381
DEBRAY, Ch.	461
DECARIE, Léandre	1391
de GROOT, Jean-André	1220
DELAQUERRIERE, Liliane	79, 532, 878
DELAY, Jean	972
DELHAYE, Chanoine Philippe	613
DENIS, Rosario	165
DESAUTELS, Sylvio	631, 745, 1417
DESBIENS, Jean-Paul	602
de SEZE, S.	351
DESJARDINS, Edouard	118, 421, 427, 451, 528, 992, 993, 1009, 1039, 1149, 1179, 1279, 1280, 1286

DESROCHERS, Jean-Léon	369, 772
D'IORIO, A.	834
DORAY, Maurice	1066
DORION, Jules	977
DROUIN-NAUD, Colette	364
DUCHASTEL, Yves	873
DUFAULT, C.	1351
DUFRESNE, M.	381
DUMAIS, Bertrand	195, 304, 422, 424
DUMAS, Paul	1396
DUPAL, Marie-France	78, 748, 886, 887, 998
DUPLANTIS, Fernand	1074
DUPUIS, Michel	1417
DUROCHER, Evariste	183
Du RUISSEAU, J.-P.	1387

— E —

ELLENBERGER, H.	281, 936
-----------------	----------

— F —

FABI, F.	421
FARMER, Raymond	71, 198, 200, 308, 533, 879, 885, 1153, 1282, 1418
FONTAINE, J.	531, 637, 747, 892, 998
FORSLEY, R. Roy	117
FORTIER, Marcel	178
FORTIER, Maurice	479
FORTIN, Paul-Emile	498
FOURNIER, Gisèle	730
FOURNIER, Lionel-E.	520
FRANÇON, François	648, 652
FRAPPIER, Armand	1333

— G —

GAGNON, Gérard	680
GAGNON, Jacques	424, 847, 1183, 1220, 1283
GAGNON, Paul-A.	479
GAGNON, Roger	626
GAREAU, Roger-J.	15
GASCON, Bernard	883, 884, 1281
GAUTHIER, Jacques	1066
GAUVIN, Pierre	746
GELINAS-MACKAY, Claire	238, 1230
GELINAS, Réal	52
GENDREAU, Cecil	9, 72, 73, 192, 193, 197, 209, 306, 309, 423, 529, 743, 745, 747, 883, 1277, 1278, 1280, 1415.
GENEST, Jacques	357, 1351
GIGUERE, Raymond	147
GILBERT, Jules	271
GOSELIN, Blandine-Y.	1107
GOSELIN, Gilles	708, 1048, 1091

GRATTON, Jean-D.	730
GREGOIRE, Fernand	75, 76, 243, 594, 1267
GUILBEAULT, A.	523
GUTMANN, René-A.	558

— H —

HALLE, Jules	254
HARDY, Jules	131, 147, 969
HAZARD, E.	623, 732
HEBERT, G.	381
HILLEMAND, P.	72, 73, 305, 423, 632, 633, 634, 635, 636, 882, 993, 996, 1149, 1414, 1416, 1417
HOUSSET, P.	461
HUARD, Gilles	717, 986
HUBAULT, J.	351
HUOT, L.	475

— J —

JARRY-LAPORTE, Jocelyne	199, 200
JOBIN, Pierre	120, 235, 728
JUTRAS, Albert	561

— K —

KALUDI, M.	91, 210, 302, 303, 419, 527, 686, 703, 894, 896, 991, 995, 1007, 1009, 1147, 1150, 1151, 1277, 1278, 1414, 1415
KATIK-LONGTIN, Nathalie	1220
KEERI-SZANTO, Michael	48
KELLER, Jules	987
KING, Jr, W. B.	1226
KNAFF, Marc	48

— L —

LABERGE, IVAN	485
LACOMBE, Michel	1080, 1095
LaFLECHE, Léo-R.	376
LAFLEUR, François	568
LAFLEUR, Lucette	886, 1283
LAFONTAINE, Raymond	791, 1204
LAMBLING, André	729
LAMONDE, Jean	42
LAMOUREUX, Marcel	1095
LANGEVIN, Pierre	249, 519
LANTHIER, André	1289
LAROUCHE, Gérard-Ludger	1261
LAURENDEAU, E.	1387
LAURIN, Camille	52, 609, 1264
LAURIN, J.-G.	426, 427, 1074, 1103, 1150, 1151
LAUZE, Simon	122, 743, 754
LEBEAU, René	65, 649
LECLAIR, Maurice	1114, 1230
LECOURS, A.	203, 515
LEFEBVRE, Pierre	720

LEFEBVRE, René .....	357	PIGEON, Gilles .....	357
LEGAULT, Léonard .....	161	PLANTE, R. ....	563, 588
LEGER, François .....	512, 706	POINSARD, G. ....	351
LEGER, Jean-Louis .....	1008	POIRIER, L.-J. ....	809
LeGRESLEY, L.-P. ....	1235	POIRIER, Paul .....	115
LEMIEUX, Guy .....	406	POTVIN, A.-R. ....	1145
LEMIEUX, Lionel-H. ....	865	PREVOST, Yves .....	390, 492
LEMIEUX, Roger-R. ....	958	PRIMEAU, Bertrand .....	1364
LEPINE, Charles .....	29, 92, 303, 631	PROULX, André .....	1066
LESSARD, J.-M. ....	374		
LOISELLE, Guy .....	301, 746, 747	— R —	
LONG, Léopold .....	22, 1059, 1085	RENIER, J.-Cl. ....	351
LONGTIN, Léon 201, 309, 638, 748, 749, 886, 1418, 1419		RIOPEL, P. ....	1235
LORANGE, Gilles .....	238	ROBERT, Françoise .....	824, 837
LORTIE, Gilles .....	954	ROBILLARD, Eugène .....	266
		RONDEAU, Yvon .....	48
— M —		ROULEAU, Yvan .....	290
MACKAY, André .....	238	ROUSSEAU, Benoît .....	602
MANZI, J. ....	9	ROY, Louis .....	243, 594, 1267
MARTINEAU, Bernard .....	606, 1204	ROYER, Albert .....	1126
MASSICOTTE, P. ....	419, 420, 741, 742	RYCKEWAERT, A. ....	351
MATHIEU, Jean .....	1080		
MEISELS, Alexandre .....	1339	— S —	
METRAKOS, Julius D. ....	805	ST-LAURENT, Guy .....	523
MIGNAULT, Gérard .....	1147, 1148, 1284	SAMSON, E. ....	399
MIGNAULT, J. de L. ....	302, 598	SANCHE, Pierre .....	495
MONFETTE, Claude .....	636, 637	SAUCIER, Jean .....	173, 785, 1141
MONTMIGNY, Lionel .....	254	SCHIFFMANN, Wanda .....	369
MORISSETTE, Léopold .....	1099	SEGAL, S. ....	461
		SIMARD, Emile .....	680
— Mc —		SIMONEAU, Roger .....	948
McGRAW, J. Y. ....	399	SIROIS, Georges-H. ....	192, 193
		SMITH, Henri .....	71, 77, 198, 199, 307, 384, 425
— N —		SMITH, Pierre .....	4, 6, 121, 236, 268, 345, 455, 458, 557, 676, 920, 1181, 1338
NOWACZYNSKI, W. ....	1351	STANLEY, Paul .....	1245
— O —		— T —	
OUADAHI, S. ....	623, 732	THEOCHARIDES, P. 195, 527, 528, 881, 994, 1148, 1149	
		THIBERT, D'Arcy .....	422
— P —		TREMBLAY, G. ....	1351
PAGE, R. ....	374	TREMBLAY, J.-Jacques .....	35
PAOLAGGI, J. ....	461	TREPANIER, Armand .....	922
PAPAGEORGES, C. ....	1411	TROCHU, Louis .....	1103
PARADIS, Gérard .....	254	TURCOT, Georges-H. ....	713, 983
PARENT, Maurice .....	1114	TURGEON, P.-A. ....	415
PARENTEAU, André .....	156		
PELLETIER, J.-E. ....	175	— V —	
PERREAULT, Gilles .....	1230	VERRAULT, J.-M. ....	488
PETTE, F. ....	461	VIALLET, André .....	426, 427, 694
PETTIGREW, Antoine .....	152		
PICARD, j.-L. ....	1405	— W —	
PICHE, Claude .....	15	WELFLING, J. ....	351
PIETTE, Yves .....	1230	WOLOSCHUK, O. ....	1226

## IN MEMORIAM

### LE GRAND ŒUVRE DU DOCTEUR TÉLESPHORE PARIZEAU

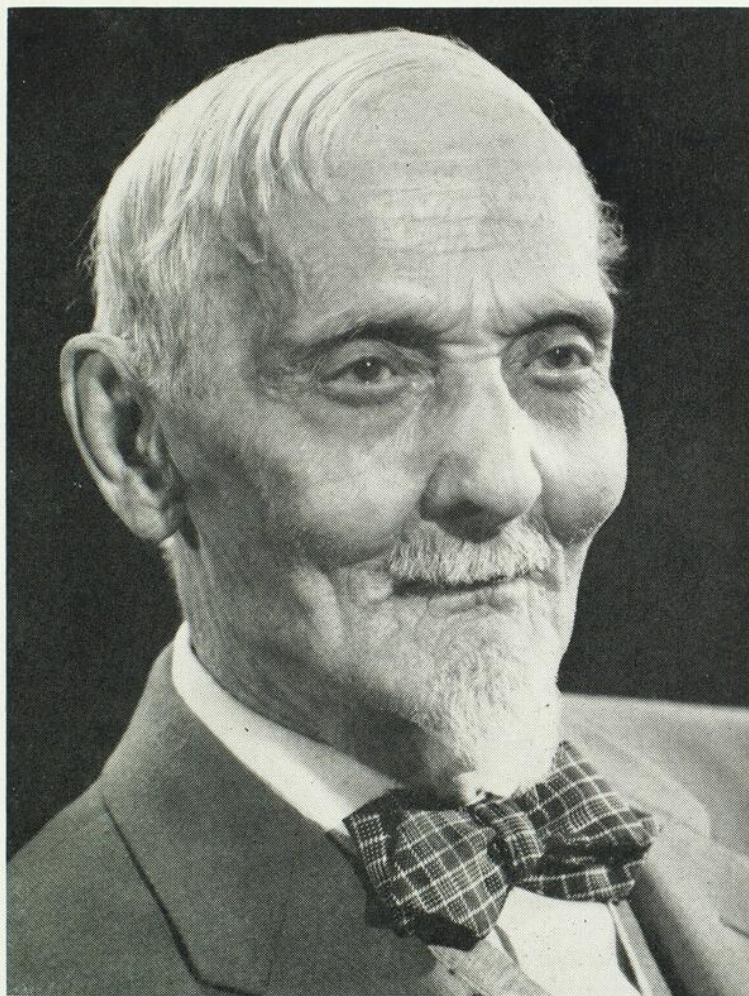
Pionnier au début de sa carrière, devancier à la fin  
1867-1961

Il a choisi l'emplacement de sa sépulture, dans le Cimetière de la Côte-des-Neiges, sur une élévation d'où la vue domine de près les immeubles universitaires. Là, il repose à côté de son œuvre.

Parizeau était chirurgien de carrière. Diplômé en médecine et chirurgie de l'Université de Paris, il n'avait pas manqué de faire un stage à l'Institut

chez-nous comme ailleurs, la Médecine et la Chirurgie et créer l'Hygiène et la Médecine préventive.

Chirurgien et pasteurien, Parizeau ouvre sa carrière à la fin du siècle à l'hôpital Notre-Dame et fait tout de suite œuvre de pionnier: il contribue à y organiser le premier laboratoire de diagnostic clinique et y introduit les techniques bactériolo-



Pasteur, d'où commençait à rayonner l'enseignement des récentes découvertes sur les microbes et les infections. A l'hôpital Pasteur du même Institut, il avait eu le privilège d'assister aux premières injections du sérum de Roux contre la diphtérie. Aussi rapportait-il au Canada, avec un enthousiasme de néophyte, un précieux bagage de connaissances bactériologiques qui allaient révolutionner,

giques fraîchement acquises. Les historiens montreront un jour, je l'espère, le rôle de ces médecins d'avant-garde qui ont rénové chez nous l'enseignement et la pratique de la médecine.

La chaire de bactériologie à la Faculté est occupée par le docteur Brennan. Parizeau lui succède pendant une certaine période. Elle passe ensuite au professeur Bernier. Il meurt en 1928. Breton

recueille la succession comme Chef du département. Mais il est malade et mourra en 1932. De sorte que, en 1931, la chaire est toujours inoccupée (elle le restera jusqu'en 1951!) et le département pratiquement vidé.

A cette époque, le docteur Parizeau occupe le poste de Directeur des Etudes à la Faculté. Lui et ses collègues souffrent de l'infortune du Département de bactériologie. Ils cherchent une recrue. Ma candidature ne pouvait que faire un plaisir tout particulier à l'ancien pasteurien Parizeau, toujours convaincu de l'avenir extraordinaire réservé à cette discipline nouvelle.

Parizeau n'est plus jeune en 1931: 64 ans. La situation de l'Université, vivant en pleine crise mondiale, n'a rien d'attrayant. Il pourrait songer au repos.

Loin de lui cette pensée! On n'abandonne pas le navire dans la tempête, même à la fin de sa carrière, surtout quand on a bon pied, bon œil. Il deviendra doyen et continuera pendant 10 autres années l'œuvre de devancier et de bâtisseur qu'il a entreprise en collaboration avec le Recteur Piette et le Professeur Baril. Que de déceptions, que de frustrations! Le monument qu'ils s'étaient employés à bâtir gisait inachevé et inanimé sur la montagne! Des millions qui ne serviraient à rien pour longtemps! La partie la plus active de leur vie qui ne porterait pas fruit! Combien de générations d'étudiants attendraient l'entrée dans cette terre promise où déjà aurait dû couler, avec plus grande abondance et diversité, l'enseignement des sciences fondamentales et professionnelles!

C'est l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, dont Parizeau avait présidé à la fondation, qui a forcé les murs de cette Jéricho moderne. En 1941, cette institution, née de la Faculté de Médecine et munie des autorisations gouvernementales et universitaires, installait ses laboratoires de recherches et de production dans la partie ouest des immeubles universitaires, toujours désertiques et, depuis 10 ans, abandonnés aux tempêtes politiques et autres. En peu de temps, les facultés ont suivi mais... car il y eut un mais: l'Hôpital universitaire, la moitié de tout l'immeuble, non seulement n'atteindrait pas sa fin, mais pourrirait littéralement pendant encore 20 ans! O richesses de ma Province qui se paie pareil luxe!

« From the evil may come the good ». Parizeau sera le seul des trois grands bâtisseurs de l'Université de Montréal à connaître le dénouement inattendu de ce drame national: la cession, en 1960, aux facultés dites « sèches » des espaces prévus depuis

1926 pour cet hôpital et la promesse — promesse sérieuse cette fois — de construire un Centre Médical ailleurs sur le campus. J'ignore ce que le bon docteur Parizeau, n'ayant plus que quelques mois à vivre, a ressenti à cette nouvelle.

Ayant décidé de consacrer ma carrière à la Faculté de Médecine, j'hésitais à demander une entrevue au Dr Parizeau. Je me sentais intimidé à l'idée de paraître devant ce grand seigneur de la médecine montréalaise, ce réformateur et ce directeur des études à la sévérité connue, ce personnage frêle mais à la poigne solide.

Il m'accueillit paternellement. « Mon fils », m'appela-t-il souvent par la suite! J'ai tout de suite compris qu'il cultivait de grands projets, qu'il jouait de son imagination, qu'il brûlait de l'ambition de porter l'Université et la Faculté de Médecine à des hauteurs enviables. Il voyait loin et parlait avec un enthousiasme dominé par l'expérience. Son optimisme ne l'aveuglait pas au point de lui faire oublier les obstacles. Il se sentait né pour accomplir de grandes choses. A mon avis, il vivait 30 ans trop tôt.

Ne provoquait pas son humeur qui voulait. Mais il endurait mal l'importun et se révoltait occasionnellement devant l'inertie, l'insignifiance ou la bêtise. Alors, la voix, conservant son débit modéré et articulé, prenait de la force; les yeux, ordinairement pensifs et un peu rêveurs, grandissaient en s'avancant jusqu'au rebord des orbites; le regard, chargé de poids par l'âge et l'autorité, s'abattait en piqué sur l'interlocuteur; les veines temporales gonflaient spiralées et comme prêtes à éclater; le pied droit battait la mesure; la pipe manquait de tir et les allumettes carbonisées s'amoncelaient dans le cendrier. Prodiges d'une colère sereine qui s'éteignait dans des expressions de dépit. D'ailleurs, le genre de réactions ne différait guère qu'il s'agisse d'un mouvement d'impatience ou de l'animation du discours. Parizeau s'est toujours retranché dans l'« *aequanimitas* », la philosophie d'Osler, l'état du sage qui *aequo animo* évite les contusions et blessures psychiques pouvant résulter des heurts avec les hommes ou les événements. Secret de longévité de plus en plus ignoré de nos jours!

La Faculté avait en lui un chevalier sans peur et sans reproche qui stimulait son progrès et la faisait respecter. Parizeau et ses collaborateurs connaissaient à fond la technique de l'enseignement médical moderne. Avec l'aide de la Fondation Rockefeller, ils avaient visité les plus grands centres et ceux dont la conception était adaptable à nos besoins et à nos moyens. La formule se résumait à une

Faculté intégrée dans ses laboratoires et son hôpital. Ils devançaient leur temps, répétons-le.

Que de fois avons-nous causé de projets dans son bureau du vieil immeuble de la rue St-Denis. Il aimait les jeunes et protégeait les débuts de leur carrière. Il s'associait à leurs vues et s'ingéniait à les aider et à trouver des solutions. Il portait leurs suggestions devant le conseil. Quant à moi, j'en témoigne avec reconnaissance, j'eus en lui un inébranlable soutien dans mon enseignement et dans la fondation, en 1938, de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal. C'est encore Parizeau qui, auparavant, avait attiré dans le laboratoire de bactériologie la production expérimentale du BCG. Et je ne mentionne pas toutes ses œuvres.

On a insinué dans le temps qu'il nourrissait des idées de grandeur, alors qu'il rêvait d'élever sa faculté au rang, non pas des plus grandes, mais des meilleures. Ce monument de l'hôpital universitaire, tant critiqué, est devenu l'un des placements les plus profitables. En effet, ce corps de bâtiment inoccupé, construit aux prix de 1930-1931, s'est trouvé

pratiquement prêt, en 1960, à recevoir ces facultés mêmes d'où était venue la critique et au moment précis où elles prenaient de l'essor. A Parizeau et à Baril, l'Université est redevable de cet héritage. Qu'on ne l'oublie pas!

Notre campus et nos murs sont encore trop nouveaux pour qu'on y contemple des œuvres d'art élevés à la mémoire des grands artisans de l'ensemble. Le culte des traditions universitaires et des anciens maîtres nous fait aussi défaut. Un jour, l'Université, libérée de l'esclavage du *primo vivere*, deviendra plus humaine, plus familiale. Alors, dans un groupe en bronze, en pierre ou sur la toile, la figure de Parizeau apparaîtra aux générations futures en relief parmi celles des bâtisseurs, des novateurs et des devanciers qui ont créé notre université. Son faciès triangulaire et sa barbe à la Sully impressionneront sans doute jeunes et vieux. L'artiste saura évoquer l'autorité et la sérénité de ce doyen précurseur, faire revivre son regard pensif et pénétrant, sa physionomie de grand capitaine universitaire.

Armand FRAPPIER

---

## BULLETIN

### RÉFLEXIONS SUR LE CONGRÈS DE PARIS

Quand paraîtront ces réflexions sur le congrès jumelé de Paris, il se sera écoulé trois mois depuis cet événement. Cet intervalle aura été suffisant pour permettre une décantation des idées et des impressions et une appréciation plus détachée des faits et des circonstances. Certes ce fut un beau voyage. Trois cents médecins, la plupart accompagnés de leurs femmes, ont pris un bain d'esthétique, de culture et de (parler français).

Pour les uns, ce fut un premier contact avec l'Europe et plus particulièrement la France, avec une vieille civilisation qui a conservé des trésors d'histoire et de beauté recelant la filiation aux origines grecques et romaines. Trésors mêlés aux conjonctures de la vie moderne et fondus dans le creuset d'une histoire de plusieurs siècles qui a modelé l'héritage selon une évolution marquée par les hommes et les faits vécus par eux.

Quelle leçon! Quel enrichissement ne peut-on pas acquérir de ce contact intime avec une vie dont le principal attrait n'est pas la richesse et la matière! Avec un climat où l'abstraction, l'étude et l'art ne sont pas encore entièrement submergés par l'avidité à jouir de matière, de technique et de vitesse qui nous englobent dans une finalité existentielle.

Les autres ont réchauffé des sentiments, ont revu des êtres et des choses aimés.

D'autres encore sont allés revivre des souvenirs restés chauds dans leur mémoire et leur cœur. Ils ont refait des itinéraires, ils ont cherché des hommes et des lieux qui les avaient marqués dans un passé d'avant l'occupation, qui unissait notre médecine aux écoles et aux maîtres français.

Mais il y eut ce congrès jumelé. Il était la raison première du déplacement groupé. Il y eut ce congrès présidé conjointement par une sommité du monde médical français et par l'un des nôtres et auquel participaient les groupements médicaux de langue française d'Europe: Français, Belges et Suisses.

Notre délégation fut imposante par le nombre; elle fut aussi remarquable par le fait de la participation active par quelques-uns de nos collègues aux activités scientifiques.

Et c'est précisément cette présence et cette participation qui doivent être mise au crédit de notre Association, en vue d'une liaison plus unie, plus vivante et personnelle entre nous et les organismes de médecine francophone d'Europe.

Nous avons besoin d'eux, ils ont besoin de nous. Une solidarité plus étroite, plus forte, est à établir entre des centres dispersés, pour créer une unité plus agissante et plus influente. Comme nous l'avons déjà dit et répété, le but de cette action conjuguée n'est pas d'abord de valoriser ici la médecine française, mais de promouvoir la médecine francophone. Nous nous gardons, bien sûr, le privilège de nous alimenter à toutes les sources de culture médicale,

mais nous ferons tous nos efforts pour assimiler les fruits de cette culture, pour exprimer notre propre pensée médicale selon des modalités propres à notre personnalité collective et selon un mode d'expression qui doit être française.

Et à cette fin, nous sentons, nous savons que nous avons besoin d'une influence que peut nous prêter le prestige d'autres écoles à la tête desquelles se trouve la médecine française.

Au surplus, nous pouvons apporter notre apport à l'action commune. Notre groupe médical, dans nos hôpitaux, dans nos facultés, dans nos laboratoires, grandit en valeur. Il commence à produire. Il n'est qu'à l'orée d'un avenir que nous croyons riche, plus qu'en promesses, mais en accomplissements. Il est déjà, il sera beaucoup plus influent dans le monde médical et il apportera cette contribution en langue et selon un génie de façonnement français.

Durant ces jours du congrès, a prévalu cette préoccupation d'une action unie. On a envisagé le problème des manuels en langue française. On a même soulevé l'opportunité d'éditer des livres de base en physio-pathologie à éditions renouvelées, composés par des médecins de l'un et l'autre continent et au service des étudiants européens et canadiens.

On a parlé des résidents canadiens dans les hôpitaux de Paris, Lille et Lyon, des échanges d'internes canadiens en France et d'internes français au Canada. La facilitation des études post-scolaires en France des médecins canadiens fut également mise en lumière, afin de lui apporter certaines mesures bénéfiques. Les suggestions proposées seront étudiées par un comité de notre Association, afin que des rouages ou des mesures administratives deviennent fonctionnels et que leur usage soit mis facilement à la disposition de ceux qui désireront en profiter.

Bref ce congrès a été pour nous d'un bénéfice incontestable. Je crois que nos collègues français ont aussi réalisé une fois de plus l'importance d'un rapprochement réel et durable. Nous espérons qu'il a été le premier fait d'une expérience qui deviendra une coutume.

Et si cette Association des médecins de langue française, unissant médecins canadiens et médecins d'Europe, devenait une véritable union médicale francophone avec des modes définis d'administration et d'activité, un organisme vivant et vécu, notre désir sera entièrement rempli. Elle permettrait alors non seulement de rapprocher pour quelques heures, mais de mêler, d'unir dans un même corps d'inspiration et d'aspiration univoques, divers groupes qui ne se connaissent pas encore suffisamment et qui ne sentent pas les uns pour les autres, avec la chaleur espérée, des sentiments confraternels.

Que les contacts se renouvellent, se multiplient et la froideur ou la gêne actuelle se dissiperont pour faire place à une communauté de sentiments, propice à une action collective.

Roma AMYOT

---

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

### LES RELATIONS MÉDICALES FRANCO-CANADIENNES ET L'A.M.L.F.C.

Nul ne s'étonnera que l'Association fasse le point, ces temps-ci, des différents résultats de sa participation au congrès de Paris. Au succès du nombre et à la valeur des travaux scientifiques présentés s'ajoutent des données de première main intéressant les relations médicales et culturelles avec la France, qu'il s'agit de rendre utiles pour l'avenir.

Ce congrès a fourni, en effet, une occasion exceptionnelle de contacts féconds avec des collègues français venus auparavant au Canada en délégation officielle, et donc très au courant de nos problèmes, et, d'autre part, avec nos jeunes collègues canadiens, actuellement en stage à Paris.

Mais en temps normal, cette liaison est assurée par le *Comité des Relations médicales franco-canadiennes* de l'A.M.L.F.C. qui est l'intermédiaire de choix entre les professeurs de nos universités et ceux de France, entre nos médecins qui vont y parfaire leur formation médicale et les personnes et organismes officiels qui peuvent les renseigner et les aider dans ce domaine.

Ce Comité s'est réuni le 18 novembre dernier, sous la présidence du docteur Donatien Marion pour étudier le sujet principal à l'ordre du jour: la question des médecins canadiens en France à titre de stagiaires ou de résidents étrangers. On compte maintenant plus d'une douzaine de postes de résidents étrangers en France. Certains sont à Paris, d'autres en province.

Un certain nombre de nos étudiants, qui ont bénéficié de ces avantages, sont maintenant de retour chez nous; leur nombre s'accroîtra chaque année. Il est donc intéressant pour le Comité de tenir compte des justes observations qui résultent de leur propre expérience et dont peuvent profiter de futurs candidats. C'est pourquoi le Comité, déjà assuré du concours des doyens, vice-doyens et responsables des Facultés de Médecine canadiennes et françaises, des organismes officiels régulièrement accrédités au Canada et en France, tient à garder le double lien avec nos « résidents » actuels comme avec ceux qui les ont précédés.

De récents rapports permettent de penser qu'un travail important doit s'effectuer afin de mieux renseigner les candidats canadiens aux postes de résidence en France:

- a) sur les services qui leur conviennent davantage et qui leur sont ouverts,
- b) sur les formalités à remplir pour l'obtention de ces postes,
- c) sur la nature et le montant des bourses qui peuvent leur être octroyées,
- d) sur les conditions matérielles de leur séjour en France — le logement par exemple — et sur la plupart des contingences possibles d'un long séjour à l'étranger, surtout pour les étudiants déjà mariés.

Ces renseignements et cette entraide préalables épargneraient ainsi beaucoup d'ennuis et de perte de temps à ceux qui vont vivre à l'étranger pour la première fois.

Il serait, en tous cas, souhaitable, qu'à l'occasion de nos congrès, les médecins anciens résidents canadiens en France, amicalement réunis, se tiennent à la disposition du Comité des Relations médicales franco-canadiennes de l'A.M.L.F.C. L'expérience nous a maintes fois prouvé que c'est sur ces *anciens d'Europe* que l'on peut compter lorsqu'il s'agit de trouver des auditeurs et interlocuteurs valables quand de grands Patrons, délégués officiels ou simples visiteurs, viennent en mission scientifique dans nos hôpitaux et nos facultés.

### L'A.M.L.F.C. ET SA FILIALE DU QUÉBEC

L'importance de la Filiale du Québec, grâce au dynamisme éclairé de son président le docteur Jacques Léger, s'affirme chaque jour davantage. Les grandes questions qui se débattent actuellement dans « l'Etat du Québec » ne sont pas sans répercussions dans le domaine médical, et notre Association n'y saurait rester indifférente.

La Filiale a tenu deux réunions le samedi 18 novembre: réunion de son Exécutif le matin et du Conseil l'après-midi.

La Filiale du Québec n'est pas étrangère à la préparation et à la rédaction du rapport que l'Exécutif de l'A.M.L.F.C. doit présenter à la Commission royale d'enquête sur les Services de santé au Canada (Commission Hall) dans un avenir prochain. Parce que la médecine est aussi en grande partie du domaine provincial (notre ministère de la santé le prouve), le docteur Jacques Léger estime qu'il est essentiel que les médecins du Québec soient consultés et en même temps mis au courant des propositions que doit contenir le mémoire avant qu'il ne soit présenté à la Commission Hall. Aussi se propose-t-il de se rendre personnellement dans différents centres importants de la Province, pour y rencontrer dans ce but divers groupements médicaux et même para-médicaux.

Sans entrer dans les détails, qu'il nous suffise de dire que ce mémoire saura mettre en évidence les éléments de base réellement propres au Québec, et tiendra compte surtout des besoins de notre population canadienne-française.

Par la même occasion des échanges de vues pourront avoir lieu sur la teneur d'une étude en voie de préparation sur la sécurité sociale (assurance-santé et assistance-maladie) à l'échelle provinciale. Cet autre travail d'envergure pourrait se révéler d'une grande utilité à l'heure où l'on ne cesse de parler de socialisation, de nationalisation et d'étatisation dans tous les domaines, y compris le domaine médical.

### FORMULES DE CERTIFICATS DE MALADIE POUR LES MEMBRES DE L'A.M.L.F.C.

Au cours de ces réunions, le docteur Léger a fait mention de l'excellente initiative prise par l'A.M.L.F.C. d'imprimer et de faire parvenir à titre purement gracieux des formules de certificats médicaux à tous les membres de notre Association qui en feront la demande. La rédaction à la fois simple et concise des formules (dénommées Formule 1 et Formule 2) et leur parfaite présentation ont sans doute répondu à un besoin et plu à un très grand nombre de médecins, puisque jusqu'à maintenant près de 2,000 demandes de ces formules ont été faites au Secrétariat de l'Association. Celle-ci, heureuse du résultat, entend bien continuer l'envoi de ces imprimés à ses membres qui lui en feront la demande.

### RÉUNION DE L'EXÉCUTIF DE L'A.M.L.F.C. LE 24 NOVEMBRE AU SOIR, AU SIÈGE SOCIAL DE L'ASSOCIATION

Le docteur Emile Blain, directeur-général préside cette séance. Il souhaite d'abord la bienvenue aux membres présents; cette présence pour certains mérite d'être soulignée, car elle nécessite un long déplacement.

Les procès-verbaux des assemblées du 17 et du 31 août dernier, et le rapport financier intérimaire, tel que présentés par le docteur Rolland Blais, secrétaire-trésorier général sont acceptés à l'unanimité.

Le docteur Pierre Jobin, président du Congrès à Québec en juin dernier commente les activités du XXXI<sup>e</sup> congrès, et exprime sa satisfaction des résultats obtenus malgré le jumelage avec le congrès de Paris qui le suivit trois mois plus tard.

La direction dans le mode d'organisation de l'accréditation des hôpitaux a passé par trois phases; initialement américaine, ensuite conjointe c'est-à-dire à la fois américaine et canadienne, elle est depuis quelques années exclusivement nationale canadienne. Cet organisme a une valeur incontestable dans l'appréciation comparative de nos hôpitaux au Canada. En raison de la Loi des Hôpitaux de notre Province en vigueur sans doute dans un avenir prochain, en raison aussi de notre système d'assurance-hospitalisation actuel, la responsabilité et le mode d'accréditation de nos hôpitaux, aurait possiblement lieu d'être repensé en fonction de nos particularités provinciales. Et il y aurait peut-être là encore, sujet à une étude élaborée de la part de notre Comité d'Economie médicale.

Après le XXXI<sup>e</sup> congrès dont les sessions ont eu lieu à Québec et à Paris, celui de Montréal que présidera le docteur Edouard Desjardins aura lieu au début de novembre 1962 (les 7, 8, 9 et 10) à l'hôtel Reine-Elizabeth. Le docteur Desjardins sera heureusement secondé par les officiers suivants: le docteur Jacques Genest, secrétaire, le docteur Jean Charbonneau, trésorier, le docteur Lucien Coutu, adjoint au secrétaire.

Maintenant en pleine période de préparation, ces prochaines assises connaîtront sans nul doute un succès mérité.

Le mémoire que l'A.M.L.F.C. doit présenter prochainement à la Commission Hall, fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'Exécutif et de ceux qui ont la responsabilité de sa préparation et de sa rédaction. Le docteur Blain entretient l'espoir que ce mémoire une fois terminé reflétera le plus exactement possible l'opinion générale des membres de l'Association, de même que les aspirations et les besoins actuels de notre population et de notre classe médicale. Le docteur Blain pour terminer nous fait part des contacts multiples et fructueux qu'il a eus avec la plupart des délégués officiels venus au Canada lors de nos congrès annuels, et avec les membres influents de la Faculté de Médecine de Paris, à l'occasion de son séjour dans la capitale française au moment du XXXI<sup>e</sup> congrès; de ces contacts et de ces échanges d'idées d'heureuses initiatives naîtront pour le bien de notre Association et de la profession médicale chez nous.

Le docteur Pierre SMITH,  
Directeur des relations extérieures

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

### L'INTERPRÉTATION DES IMAGES CYTOLOGIQUES <sup>1</sup>

Alexandre MEISELS.

Depuis la publication, en 1943, de la monographie de Papanicolaou sur le diagnostic cytologique du cancer de l'utérus (1), la valeur de cette méthode a été amplement démontrée. Elle est acceptée, aujourd'hui, comme un fait bien établi. L'établissement de laboratoires de cytologie spécialisés a permis son application comme procédé de routine en pratique gynécologique.

Plus encore, le dépistage cytologique de populations entières a été commencé dans plusieurs villes, avec des succès très notables. Par exemple, Nieburgs (2), dans une série de 17,761 femmes, trouva 2.8 cancers *in situ* et 1.4 cancers épidermoïdes par 1,000 femmes examinées. En réétudiant cette population, 1.8/1,000 cas nouveaux de cancers par année étaient découverts.

Dunn et Coll. (3) ont examiné 33,746 femmes, dont 7.8/1,000 avaient un cancer *in situ*, 2.3/1,000 un cancer envahissant du col et 0.5/1,000 un adénocarcinome de l'endomètre. Finalement, Kaiser et Coll. (4) ont étudié 151,000 femmes à Memphis, Tennessee. Parmi la population blanche, ils ont trouvé 3.1/1,000 cancers *in situ* et 1.3/1,000 cancers envahissants; pour la population noire, ces chiffres furent 3.0/1,000 et 1.8/1,000 respectivement. Tous les cas ainsi dépistés par la méthode cytologique, n'auraient pas été diagnostiqués aussitôt et les auteurs, en analysant leurs chiffres, jugent que trois années auraient passées, avant que ces cas soient diagnostiqués par d'autres méthodes. Il est intéressant de souligner ici que, dans le cas de Memphis, avant le début du programme de dépistage cytologique, seulement 34% des cancers chez les femmes blanches, et 18% chez les femmes noires, se trouvaient dans le stade clinique I. Durant le programme, ces proportions sont montées à 57% et 38% respectivement, et à 86 et 77%, respectivement, dans les cas de cancers décelés d'abord par cytologie.

On peut donc affirmer que le dépistage cytologique systématique a donné des résultats très encourageants dans le domaine du cancer gynécologique.

Il est possible, par cette méthode, non seulement de découvrir un plus grand nombre de cancers, mais aussi de les trouver à un stade très peu avancé, principalement au stade *in situ* ou au début de

l'envahissement. Ceci, il va sans dire, permet un traitement plus simple et plus efficace. Il a été affirmé avec raison, que s'il était possible de pratiquer un examen cytologique annuel à toutes les femmes, le cancer de l'utérus cesserait d'être un problème important.

Le succès remporté par la cytologie dans le domaine gynécologique a stimulé son application systématique pour le dépistage de cancers d'autres organes. Au fur et à mesure que l'expérience des cytopathologistes augmente, les résultats obtenus s'améliorent. Ceci s'applique particulièrement au dépistage du cancer bronchogénique et du cancer de l'estomac. Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur les excellents résultats obtenus pour ces organes, ni de mentionner que le cytodagnostic s'emploie actuellement pour toutes les sécrétions et liquides de l'organisme (urine, épanchements, L.C.R., liquide synovial, sécrétion mammaire, aspirations diverses, etc.). Cependant il est certain que le champ du dépistage cytologique rend pour le moment ses meilleurs fruits pour l'utérus, l'estomac et le poumon.

La multiplication des laboratoires de cytologie et l'application croissante de la méthode cytologique ont donc produit des bénéfices palpables. Cependant il existe une certaine confusion, au sujet de la sémantique employée par le cytopathologiste. D'un laboratoire à l'autre, les valeurs changent, les rapports s'écrivent en formes différentes, et les résultats se classent de manière parfois totalement opposée. Une classe II, par exemple, dans un laboratoire, indique simplement quelques altérations bénignes, du type inflammatoire, tandis que pour un autre laboratoire, la classe II signifie une lésion précancéreuse, déjà très suspecte. Il est évident que chaque cytopathologiste choisit la terminologie qui lui convient le plus, et les essais d'uniformer les classifications cytologiques n'ont pas eu de succès jusqu'à présent. Cependant, il est important d'éviter les malentendus, les imprécisions, les confusions. Pour qu'un examen cytologique soit valable, il ne suffit donc pas qu'il soit effectué par un cytopathologiste expérimenté, il faut encore que le clinicien comprenne toute la portée du rapport qu'il reçoit. Comme dans bien d'autres domaines, l'efficacité du cytodagnostic dépend en grande partie du contact et de la collaboration qui existent entre le laboratoire et la clinique.

1. Laboratoire de Cytologie. Département de Pathologie (Directeur: docteur C. Auger), Université Laval, Québec.

L'objet de cette présentation consiste à éclaircir la terminologie et à présenter le système de classification actuellement employé à Québec.

#### POURQUOI UNE CLASSIFICATION ?

Ne serait-il pas plus simple de répondre *positif, négatif et suspect*? Quand cette question a été posée à 22 cliniciens et cytopathologistes (5), 16 d'entre eux se sont prononcés pour une classification plus complète. Ceci s'explique quand on sait que le cytopathologiste qui reçoit des frottis de dépistage observe toute une gamme d'altérations morphologiques qui correspondent aux diverses étapes progressives du développement d'un cancer. En effet, la plupart des auteurs sont d'accord à considérer que le cancer ne s'établit pas brusquement sur un tissu complètement normal. Il semble bien prouvé, au contraire, que les cellules des tissus s'altèrent progressivement sous l'action d'un ou plusieurs agents cancérogènes encore inconnus. Ceci a été très bien montré au cours d'expériences de carcinogénèse sur les animaux de laboratoire et a pu être mis en évidence quelquefois chez la femme, quand on a observé des altérations morphologiques cellulaires et tissulaires qui évoluaient d'une lésion d'aspect simplement inflammatoire, en passant par la dysplasie, pour arriver au cancer *in situ* et, plusieurs années plus tard, au cancer envahissant. Le problème qui se pose et qui n'est pas encore résolu, c'est de savoir à quel moment les altérations évolutives observées deviennent irréversibles, c'est-à-dire que ces altérations vont continuer inexorablement vers le cancer. La réponse à cette question est d'une très grande importance pratique, puisqu'elle nous permettrait de traiter des lésions vraiment précancéreuses, c'est-à-dire des lésions qui vont toujours aboutir à un cancer, mais sans encore être à ce moment intrinsèquement malignes.

Au cours du dépistage cytologique systématique, le cytopathologiste jouit de l'opportunité d'observer tous les stades possibles d'évolution des lésions épithéliales du col utérin. S'il dispose d'une classification adéquate, elle lui permettra par la suite une analyse statistique valable de ses résultats, quand il disposera des renseignements nécessaires sur l'évolution ultérieure de chacune des altérations observées. Il est donc évident que le choix d'une classification déterminée ne dépend pas seulement des préférences individuelles de chaque chercheur, mais aussi des résultats qu'il espère obtenir et de la précision avec laquelle son matériel devra être analysé.

#### TYPES DE CLASSIFICATION

Quelques laboratoires importants employent encore des classifications très simples dans leurs rapports:

*Positif, négatif, douteux, insuffisant* (6). *Malin, bénin, suspect* (7).

Quelques laboratoires (8) employent un système de grades.

*Grade 0* : Aucune altération cellulaire.

*Grade I* : Altérations cellulaires du type inflammatoire.

*Grade II* : Altérations précancéreuses; cellules anaplasiques.

*Grade III*: Diagnostic de cancer (*in situ* ou préenvahissant, et envahissant).

D'autres (9, 10) utilisent la classification proposée par Papanicolaou (11):

*Classe I* : Aucune altération morphologique.

*Classe II* : Atypies cellulaires, mais pas suspects de malignité.

*Classe III*: Altérations cellulaires suggestives de malignité.

*Classe IV* : Altérations cellulaires très suggestives de malignité.

*Classe V* : Altérations cellulaires définitives pour malignité.

Chacune de ces classifications est utile et pratique entre les mains des cytopathologistes qui y sont habitués. Cependant, il faut remarquer que les classifications très simples énoncent sèchement le diagnostic sans permettre une valorisation comparative des différentes altérations observées. Dans la catégorie de *négatif* ou *bénin*, il pourra y avoir des changements cellulaires d'importance variable, selon le jugement subjectif de l'observateur. Les altérations les plus importantes, encore classées comme *négatives*, ressembleront beaucoup à celles qui entrent déjà dans le groupe *douteux*, sans que cette gradation plus fine soit exprimée dans le rapport.

Le système de grades (8) conduit à une confusion avec les grades histopathologiques des tumeurs, avec les stades cliniques, et en plus présente le désavantage d'employer des chiffres différents de la classification de Papanicolaou, la plus connue, ce qui augmente encore la possibilité d'interprétations faussées.

La classification de Papanicolaou est excellente et s'emploie actuellement dans la majorité des laboratoires de cytologie. Les modifications qui ont été faites à cette classification sont dues surtout au désir de préciser encore plus le type d'altérations observées, et de donner en même temps un

diagnostic direct (c'est-à-dire énoncer *négatif*, *suspect* ou *positif*).

Nous employons couramment à Québec une modification de la classification de Papanicolaou, introduite par Laguna (12) et légèrement modifiée par la suite. Les cinq classes de Papanicolaou sont conservées, mais les classes III et IV sont subdivisées en deux, comme suit:

*Négatif I*: Aucune altération morphologique cellulaire (fig. 1).

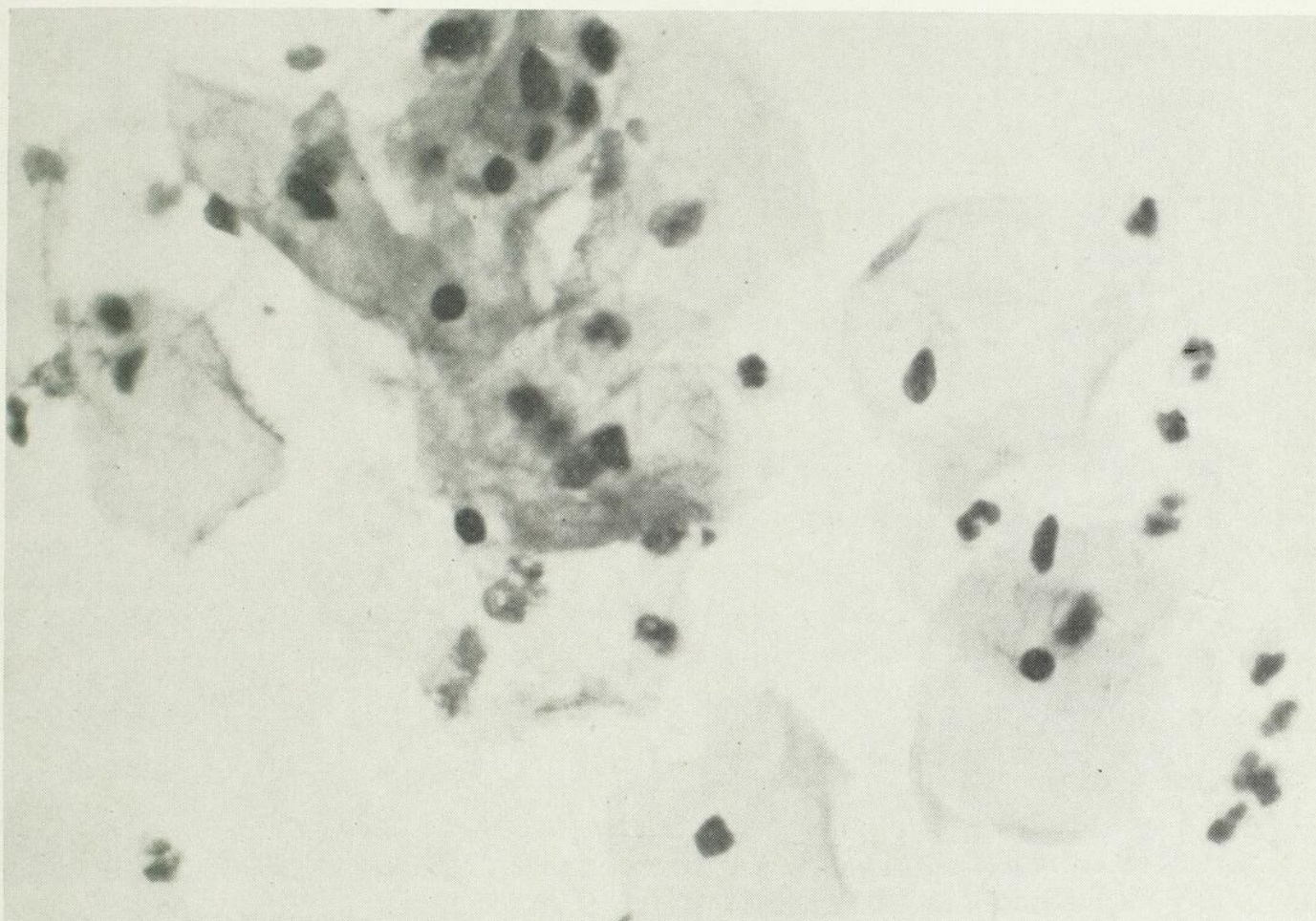


Fig. 1. — Négatif I: A-1612. 41 ans. 15ème jour du cycle. Valeur œstrogénique: 86. Activité lutéinique: +. Réaction inflammatoire: ++. Abondants bacilles de Döderlein. Les cellules de l'épithélium pavimenteux pluristratifié montrent une morphologie normale. Il n'y a pas de cellules cylindriques ni néoplasiques malignes. Répéter dans 12 mois.

*Négatif II*: Altérations morphologiques cellulaires, principalement du type inflammatoire, et autres: trichomoniasse, infections, érosions et ulcérations cervicales, hyperplasies glandulaires endocervicales régulières, métaplasies pavimenteuses de l'endocol régulières, etc. (fig. 2).

*Négatif III*: Altérations morphologiques importantes, mais encore bénignes: hyperplasies glandulaires de l'endocol irrégulières, métaplasies irrégulières, hyperactivités basales importantes (dyspla-

sies), dyskaryoses superficielles importantes (dysplasies, dyskératoses), etc. (fig. 3).

*Suspect III*: La classe III de Papanicolaou. Les altérations morphologiques sont du même type que dans notre *négatif III*, mais plus marquées, ce qui fait douter sérieusement de leur bénignité (fig. 4).

*Suspect IV*: La classe IV de Papanicolaou. Les altérations morphologiques sont très suspectes de malignité, mais les cellules observées ne réunissent pas encore tous les caractères de malignité. Il n'est

donc pas encore possible d'affirmer la présence d'un cancer (fig. 5).

*Positif IV*: Présence de cellules malignes, compatibles avec un carcinome *in situ*. Nous classons ici aussi les cancers envahissants qui ne sont pas tout à fait typiques, par exemple en présence de nécrose (fig. 6).

*Positif V*: La classe V de Papanicolaou. Diagnostic de certitude d'un cancer envahissant. Les

cellules réunissent tous les caractères de malignité (fig. 7 et 8).

*Insuffisant*: Matériel inadéquat (technique de prélèvement défectueuse, présence de sang ou de nécrose en abondance qui ne laisse plus distinguer les cellules, etc.).

A première vue, cette modification complique considérablement la classification, puisqu'il y a 8 diagnostics possibles. Mais cette complication n'est qu'apparente. En effet, grâce à cette classification,

et d'autres déjà irréversibles, c'est-à-dire que la limite de la réversibilité doit se chercher dans ces groupes. Pour pouvoir préciser avec exactitude cette limite, il est nécessaire d'accumuler une longue expérience avec les deux groupes suspects, et d'analyser avec attention l'évolution des altérations.

La distinction entre *négatif I* et *négatif II* est aussi très importante. Dans la publication de Dunn (3) déjà mentionnée, il est montré que les femmes dont le premier diagnostic cytologique avait

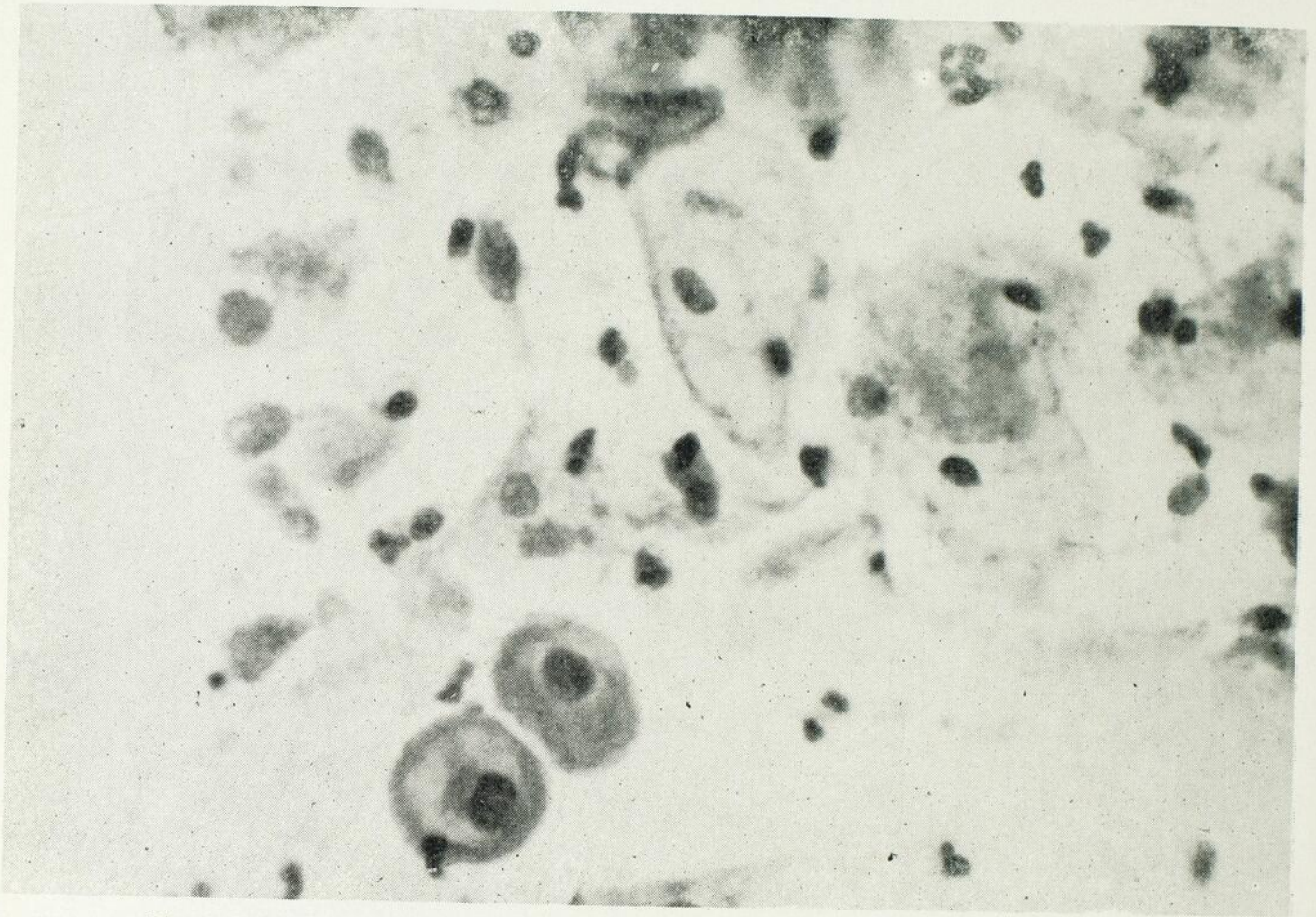


Fig. 2. — Négatif II: A-1592. 36 ans. 45ème jour du cycle. Valeur œstrogénique: 79. Activité lutéinique: ++. RI: +++. Abondants trichomonas vaginalis et bactéries. Les cellules de l'épithélium pavimenteux pluristratifié montrent des altérations de classe II, du type habituellement observé dans les cas de trichomoniose. Les cellules de l'épithélium cylindrique endocervical montrent une morphologie normale. Il n'y a pas de cellules endométriales ni néoplasiques malignes. Répéter dans 6 mois.

il est possible d'exprimer clairement le sort des malades dont le diagnostic avait été posé comme *Suspect III* et comme *Suspect IV*. Ces deux groupes, qui comprennent un pourcentage très réduit du total de rapports (2.77% et 1.74% respectivement dans notre laboratoire, comprenant tous les rapports, gynécologiques et autres) sont probablement les plus importants, du point de vue de la recherche. En effet, ces deux groupes doivent décrire quelques altérations cellulaires encore réversibles,

été *négatif II* eurent une incidence de cancer « in situ » de 13.8/1000 au deuxième examen, à un an d'intervalle. On doit comparer ceci à une incidence de seulement 1.6/1000 pour les femmes dont le premier diagnostic avait été *négatif I*, et avec le chiffre d'incidence globale, lors du premier examen, qui avait été de 7.8/1000. Ceci indique très clairement l'importance de distinguer les cas classés comme *négatifs I* des *négatifs II*.

La différence entre le *positif IV* et le *positif V* est aussi très importante. En effet, le diagnostic de carcinome « in situ » indique qu'il s'agit d'une lésion de caractère malin, mais qui n'a pas envahi le stroma. Du point de vue biologique, cette lésion n'est donc, à ce moment, pas tout à fait maligne, puisqu'il lui manque un caractère très important de malignité: l'envahissement et la destruction des

typiques d'un carcinome « in situ » ne réunissent pas le 100% des caractères de malignité; en effet, la proportion nucléo-cytoplasmique est souvent conservée. De là il semble plus correct de classer ces cas comme *positifs IV*. Les cancers envahissants, classés comme *positifs IV*, indiquent aussi que les cellules observées ne réunissent pas tous les caractères de malignité, ce qui est fréquent en

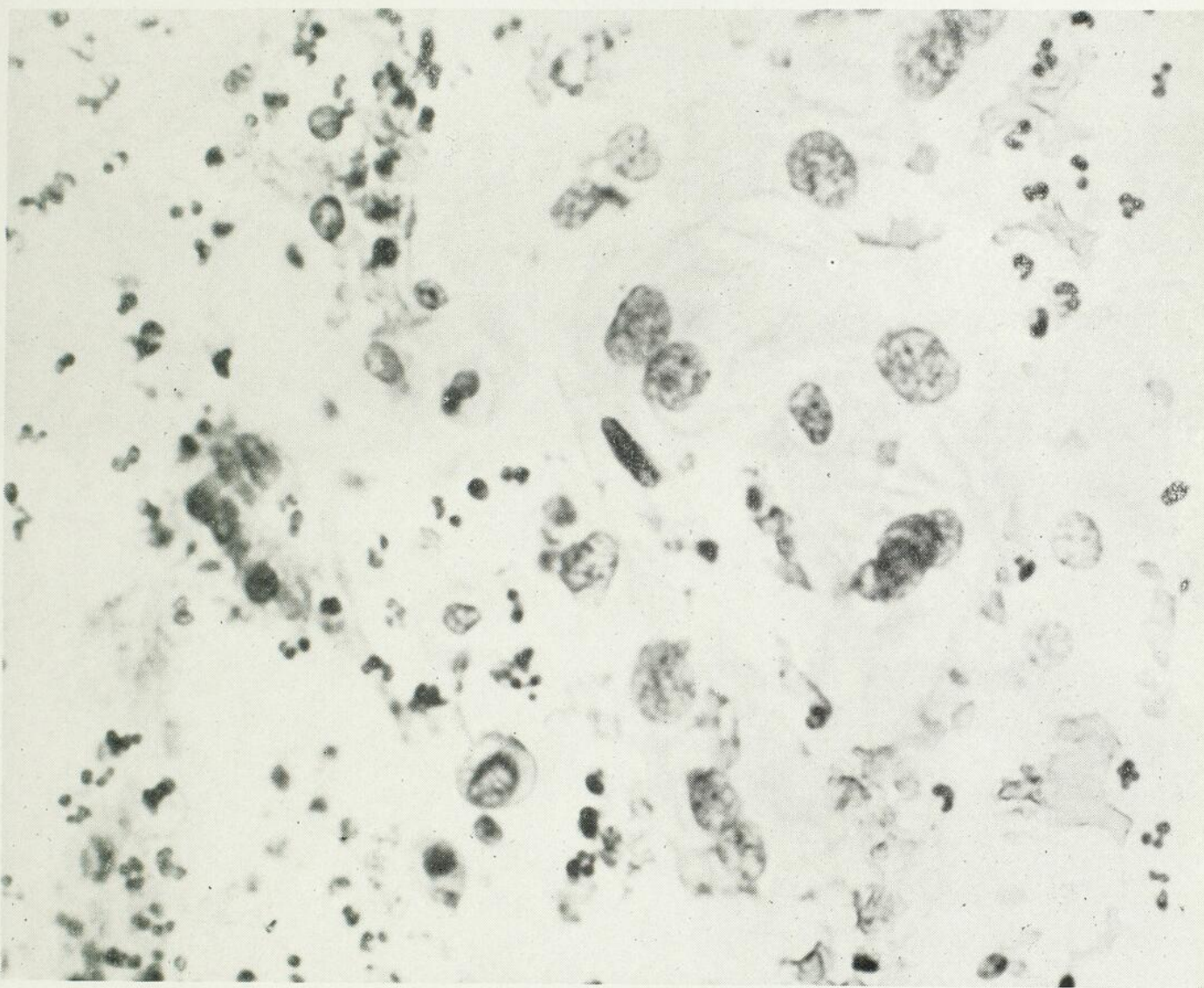


Fig. 3. — Négatif III: A-973. 34 ans. 13ème jour du cycle. Valeur œstrogénique: 65. Pas d'activité lutéinique. RI: +++ Abondantes hématies et nombreuses bactéries. Les cellules de l'épithélium pavimenteux pluristratifié montrent des altérations de classe III, du type de la dyskaryose. Il n'y a pas de cellules cylindriques ni néoplasiques malignes. Répéter dans un mois, après traitement anti-inflammatoire.

tissus du voisinage. On admet aujourd'hui généralement que le cancer « in situ » évolue inexorablement vers l'envahissement, en un temps plus ou moins prolongé (jusqu'à 10 ans). Mais quand la lésion est encore intra-épithéliale, son comportement évolutif ultérieur ne peut être que l'objet d'une conjecture. Du point de vue cytologique, il y a exactement la même différence: les cellules

cas de nécrose, ou bien dans les cas de récurrence ou persistance tumorale post-radiation.

Au contraire, un diagnostic *positif V* établit un diagnostic de certitude de cancer envahissant. Ceci est très important du point de vue pratique, car le cytopathologiste, dans ce cas, assume la responsabilité du diagnostic. Quand un laboratoire de cytologie classe ses rapports de la manière décrite, les er-

reurs de diagnostic dans le groupe *positif V* doivent être réduits presque à zéro, puisque les critères pour poser ce diagnostic sont très stricts.

Quand les nuances de cette classification sont bien comprises par le clinicien, il est possible de déduire une conduite à suivre, spécifique pour chaque catégorie de rapport cytologique:

*Négatif I*: L'examen cytologique doit être répété chaque année, pour dépister les cas nouveaux de cancer.

*Suspect III*: Traitement des lésions décrites et répétition de l'examen cytologique après une semaine. Si le rapport n'est pas dans la catégorie négative, obtenir une biopsie.

*Suspect IV*: Obtenir une biopsie et répéter l'examen cytologique après une semaine.

*Positif IV*: Biopsie. Le traitement dépendra du rapport histo-pathologique.

*Positif V*: Biopsie. Si le rapport histo-patholo-

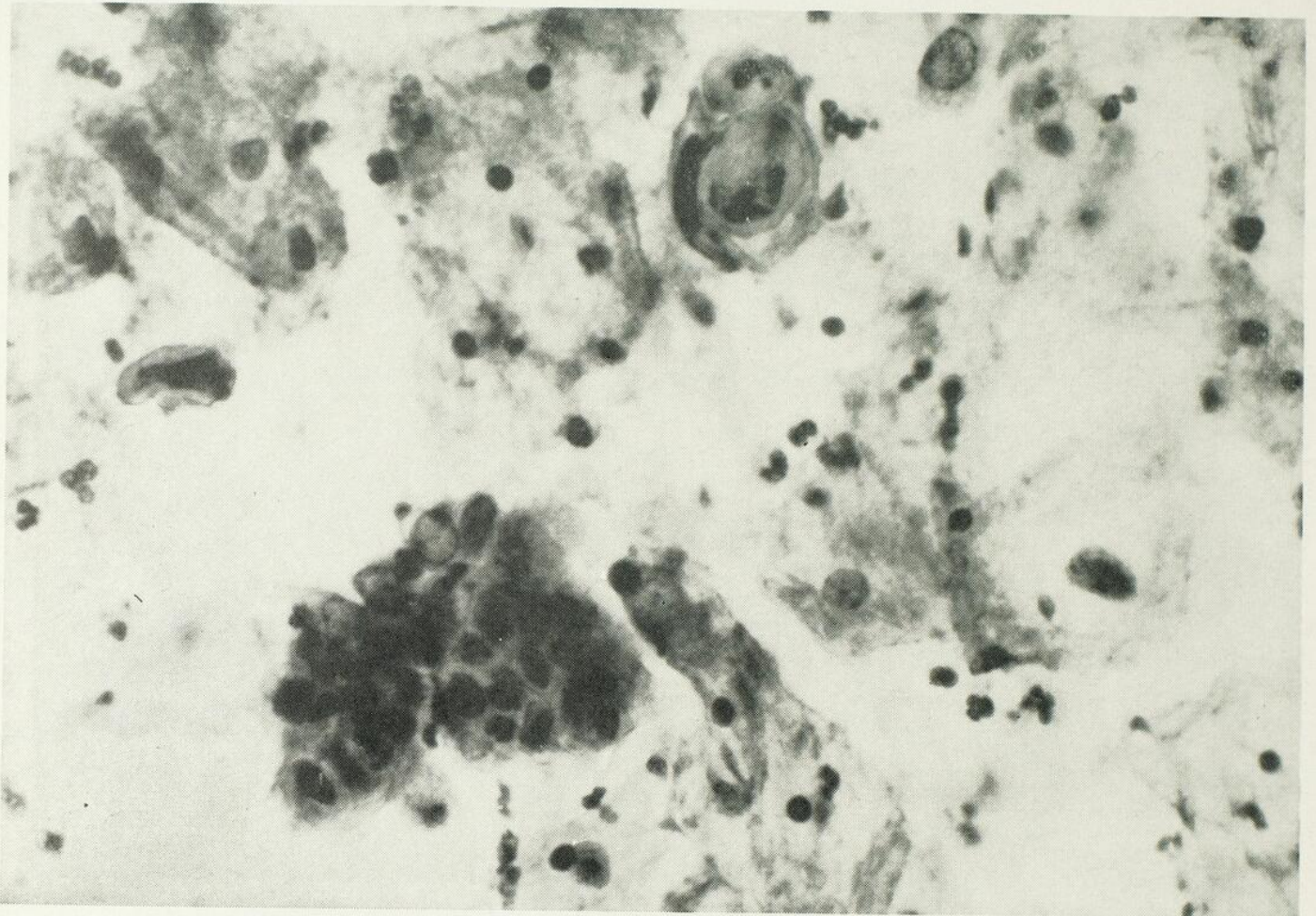


Fig. 4. — SUSPECT III: A-1588. 26 ans. 11ème jour du cycle. Valeur œstrogénique: 75. Pas d'activité lutéinique. RI: ++. Abondantes bactéries. Les cellules de l'épithélium pavimenteux pluristratifié et de l'épithélium cylindrique endocervical montrent des altérations très importantes, de classe III, suggestives d'un épithélioma *in situ* de l'endocol. Répéter dans une semaine après traitement anti-inflammatoire.

*Négatif II*: Traitement des lésions décrites et répétition de l'examen cytologique après six mois (à cause de l'augmentation de l'incidence du cancer « *in situ* » dans ce groupe).

*Négatif III*: Traitement des lésions décrites et répétition de l'examen cytologique tous les mois, jusqu'à obtenir un rapport de classe I ou II (à moins que l'évolution des lésions soit progressive, alors les rapports montreront des altérations plus intenses après chaque examen).

gique ne supporte pas le diagnostic cytologique, il faut répéter les biopsies pour démontrer le cancer.

Un contact étroit entre le clinicien et le cytopathologiste permettra d'élucider la conduite à suivre dans certains cas spécifiques. On ne peut trop insister sur la nécessité d'une collaboration active entre le médecin qui est responsable du patient, et le laboratoire qui pose un diagnostic cytologique. La valeur de la méthode dépend en grande partie du contrôle adéquat des cas examinés. Les

rapports histopathologiques doivent toujours être accessibles au cytopathologiste et les résultats des traitements administrés aux malades doivent être enregistrés sur les cartes du laboratoire. Ce n'est qu'ainsi que la cytologie peut agir comme une arme scientifique dans la lutte contre le cancer.

#### CLASSIFICATION DES LÉSIONS MALIGNES

Il n'est pas suffisant d'énoncer simplement la découverte de cellules néoplasiques malignes dans

Dans le cas des épithéliomas malpighiens, l'image cytologique permet même une gradation semblable à celle de Broders, et qui correspond assez bien avec celle-ci. Le rapport peut donc s'énoncer, dans ces cas: épithélioma malpighien de grade II, par exemple, et dans la majorité des cas, cette gradation sera confirmée plus tard par l'anatomo-pathologiste. La valeur pratique de cette finesse d'interprétation est évidente, puisqu'il devient possible d'orienter le clinicien vers le site le plus pro-

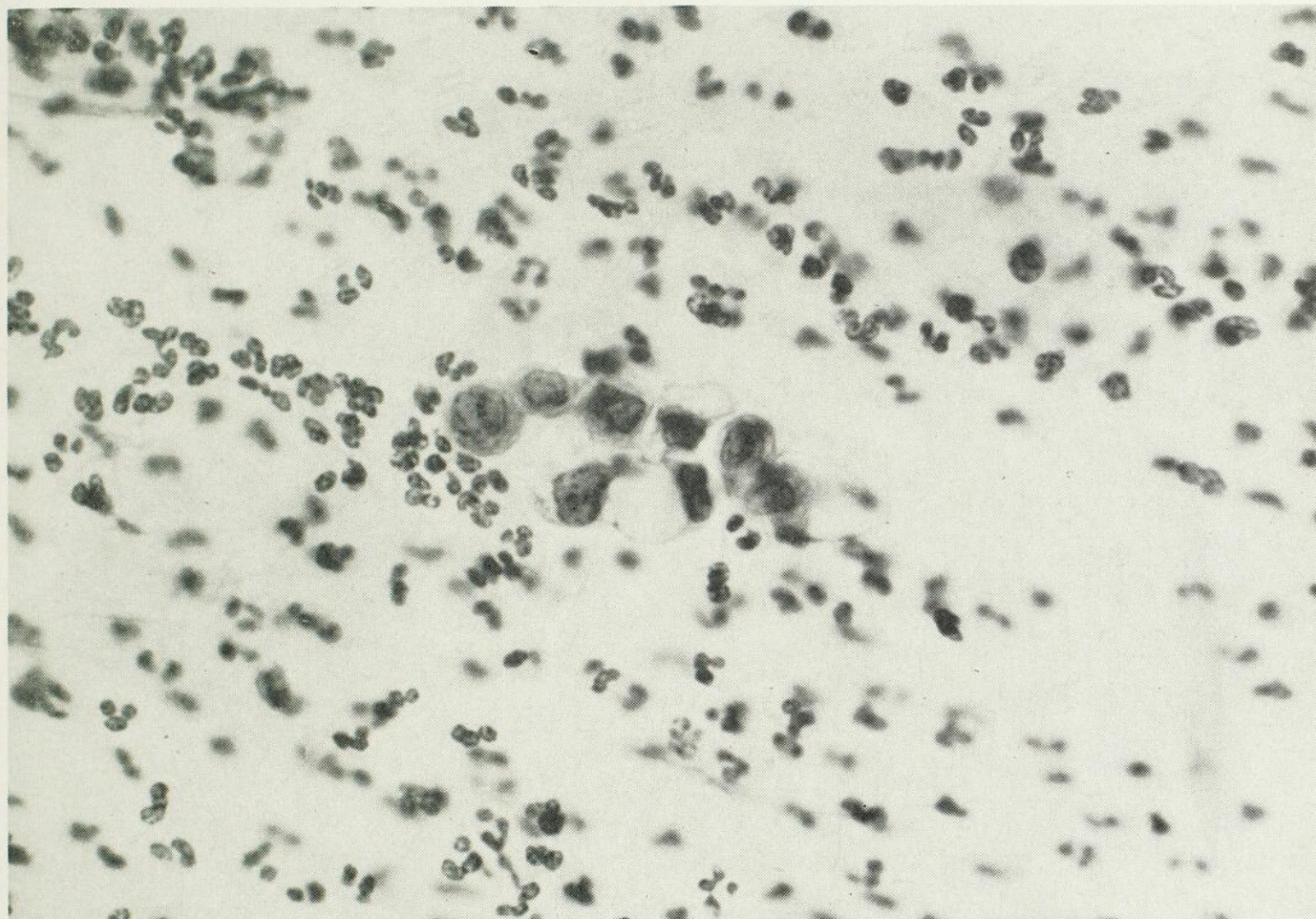


Fig. 5. — SUSPECT IV: A-680-b. 34 ans. 20ème jour du cycle. Valeur œstrogénique: 80. Pas d'activité lutéinique (cycle anovulatoire ?) RI ++++. Quelques groupes cellulaires suggèrent la présence d'un épithélioma au début, possiblement d'origine endocervicale. Conisation: hyperplasie glandulaire endocervicale, métaplasie pavimenteuse et dysplasie. (Lésion en évolution ?).

un frottis. Le cytopathologiste peut distinguer avec précision, dans la plupart des cas, le type de cancer dont il s'agit (13). En effet, l'image cytologique est différente selon qu'on se trouve en présence d'un épithélioma « in situ », d'un carcinome malpighien ou d'un adénocarcinome. Très souvent, on peut préciser même la localisation de la lésion, par exemple: épithélioma « in situ » de point de départ endocervical; adénocarcinome de l'endomètre, etc.

pice pour l'obtention d'une bonne biopsie et qu'en plus, quand la biopsie n'est pas possible, le diagnostic morphologique est quand même posé d'une façon assez complète.

#### AUTRES ASPECTS DES RAPPORTS CYTOLOGIQUES EN GYNÉCOLOGIE

La grande majorité des rapports cytologiques entrent dans la catégorie négative (dans notre laboratoire, les négatifs représentent le 92.86% du

total). A part la description des altérations morphologiques bénignes qui peuvent exister dans ces cas, il y a de nombreux renseignements de grande valeur pratique, que le cytopathologiste peut fournir au clinicien.

### 1. *Trichomonas vaginalis*.

La coloration de Papanicolaou n'est certainement pas spécifique pour mettre en évidence les *Trichomonas vaginalis*; cependant leur présence

empêche la multiplication de germes pathogènes. Il est donc intéressant de noter la présence de ce bacille sur les rapports.

Il est possible aussi d'identifier avec précision le *Leptothrix vaginalis* et la *Candida albicans*. Les autres bactéries visibles dans les frottis ne peuvent pas être identifiées mais leur présence doit se mentionner, pour qu'un examen bactériologique soit pratiqué.

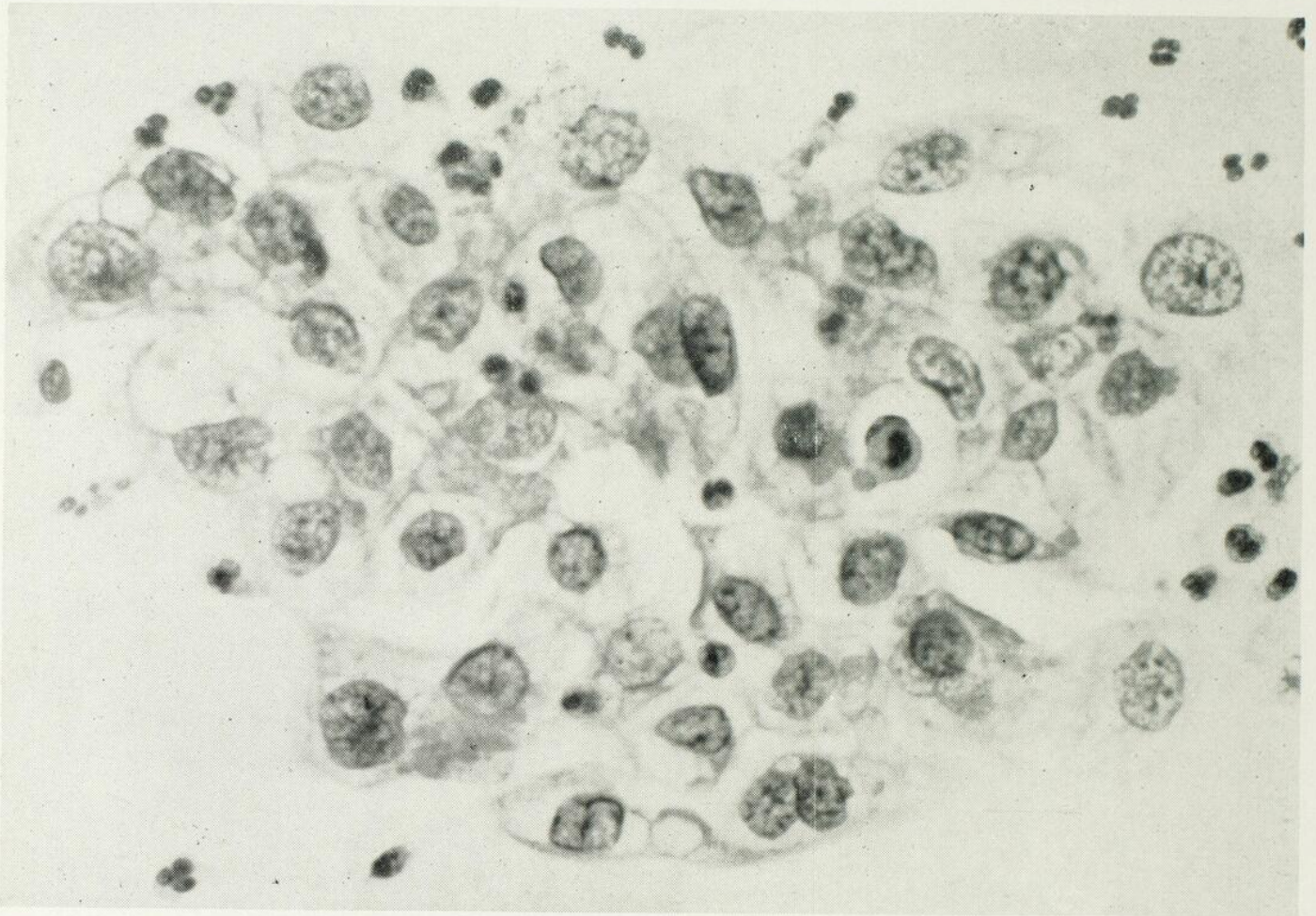


Fig. 6. — POSITIF IV: A-1882. 53 ans. Ménopausée. Valeur œstrogénique: 72. Activité lutéinique: +. RI: +. Bactéries. Il y a d'abondantes cellules qui montrent des altérations morphologiques de classe IV, compatibles avec un épithélioma *in situ* de l'endocol. Hystérectomie: épithélioma *in situ* de l'endocol.

peut être démontrée sur les frottis, d'une manière très précise (14). Comme ces parasites peuvent être la cause d'altérations cellulaires bénignes, il est important d'inclure leur présence dans les rapports, pour que la répétition de l'examen cytologique se fasse après un traitement adéquat de l'infestation.

### 2. Autres micro-organismes.

La flore vaginale normale est composée principalement de bacilles de Döderlein. La présence de ce bacille indique un pH vaginal acide normal, qui

### 3. Etat hormonal.

Les frottis cytologiques sont acceptés aujourd'hui comme d'excellents indices de l'équilibre des hormones sexuelles féminines (15, 16). L'importance d'inclure l'appréciation de l'état hormonal dans tous les rapports cytologiques ne peut être exagérée; en effet, souvent un diagnostic cyto-hormonal peut élucider un problème clinique spécifique (aménorrhées, ménorragies, métrorragies, tension prémenstruelles, stérilité, avortements de répétition et autres problèmes de la grossesse, de la méno-

pause, etc.). En plus, il existe un intérêt croissant au sujet de la relation possible entre l'état hormonal et le cancer de l'utérus, ce qui justifie amplement une recherche systématique.

Dans notre laboratoire, tous les frottis cytologiques sont évalués du point de vue hormonal. Pour ce faire, un minimum de 100 cellules normales de l'épithélium pavimenteux pluristratifié sont comptées et divisées en quatre groupes:

prétation est la suivante: valeurs normales pour une femme durant la vie génitale active: de 60 à 90, selon le moment du cycle menstruel; valeurs normales durant les 6 derniers mois de la grossesse: de 50 à 60; atrophies et hypotrophies épithéliales: de 0 à 50; hyperoestrogénies: de 90 à 100.

Cette évaluation de l'activité oestrogénique est très sensible et permet d'étudier même des variations minimales. Il est évident qu'ici aussi, l'exac-

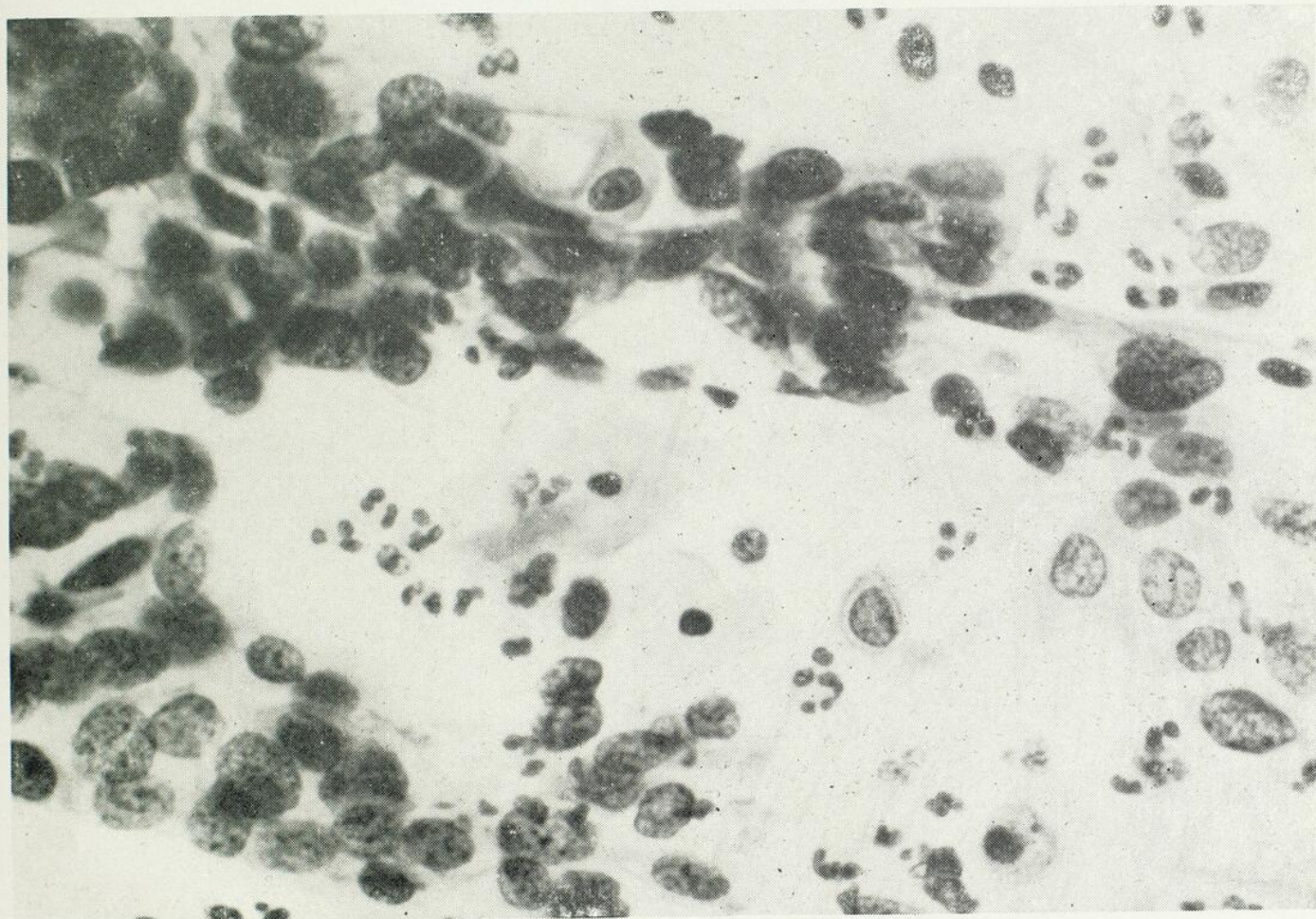


Fig. 7. — Positif V: A-1645. 36 ans. 7ème jour du cycle. Valeur oestrogénique: 73. Pas d'activité lutéinique. RI: ++. Il y a de nombreuses cellules néoplasiques malignes, compatibles avec un épithélioma malpighien au début, avec des zones de cancer *in situ*. RS: 0%. Histiocytes: 0%. Cellules malignes: 37%. Ce cas n'est pas radiosensible, du point de vue cytologique. Hystérectomie: épithélioma *in situ* avec début d'invasion.

A) Cellules superficielles eosinophiles caryopictiques, qui reçoivent une valeur arbitraire de 1.

B) Cellules superficielles cyanophiles à noyaux vésiculaires, qui reçoivent une valeur arbitraire de 0.6.

C) Cellules intermédiaires, qui reçoivent une valeur de 0.5, et

D) Cellules parabasales, dont la valeur est 0.

L'addition des valeurs obtenues pour 100 cellules nous donne ce que nous appelons la *valeur oestrogénique*, qui peut varier de 0 à 100 et dont l'inter-

tude de l'interprétation hormonale dépend du contact entre clinicien et cytopathologiste, car la technique de prélèvement doit être exécutée avec précision et les renseignements cliniques doivent être très complets.

L'activité de la progestérone s'indique toujours, quand il y a lieu. Comme il s'agit d'une évaluation plus subjective que dans le cas des oestrogènes, les rapports se font d'après l'intensité des phénomènes observés (plication des cellules,

desquamation en amas, etc.) et s'expriment en signes de plus:

+ = activité lutéinique faible

++ = activité lutéinique moyenne

+++ = activité lutéinique intense (comme par exemple durant la grossesse).

L'étude de frottis sériés, obtenus à intervalles réguliers durant un cycle menstruel, permet de juger très exactement des variations hormonales cy-

dans les frottis par l'apparition en plus ou moins grand nombre de leucocytes et de macrophages. Nous indiquons dans nos rapports l'intensité de la réaction inflammatoire par une échelle qui va d'un plus (+) dans les cas très légers, à quatre plus (++++) quand l'inflammation est massive. S'il y a lieu, la présence de nécrose est toujours mentionnée. Cette valorisation quantitative de la réaction inflammatoire a pour but pratique de permet-

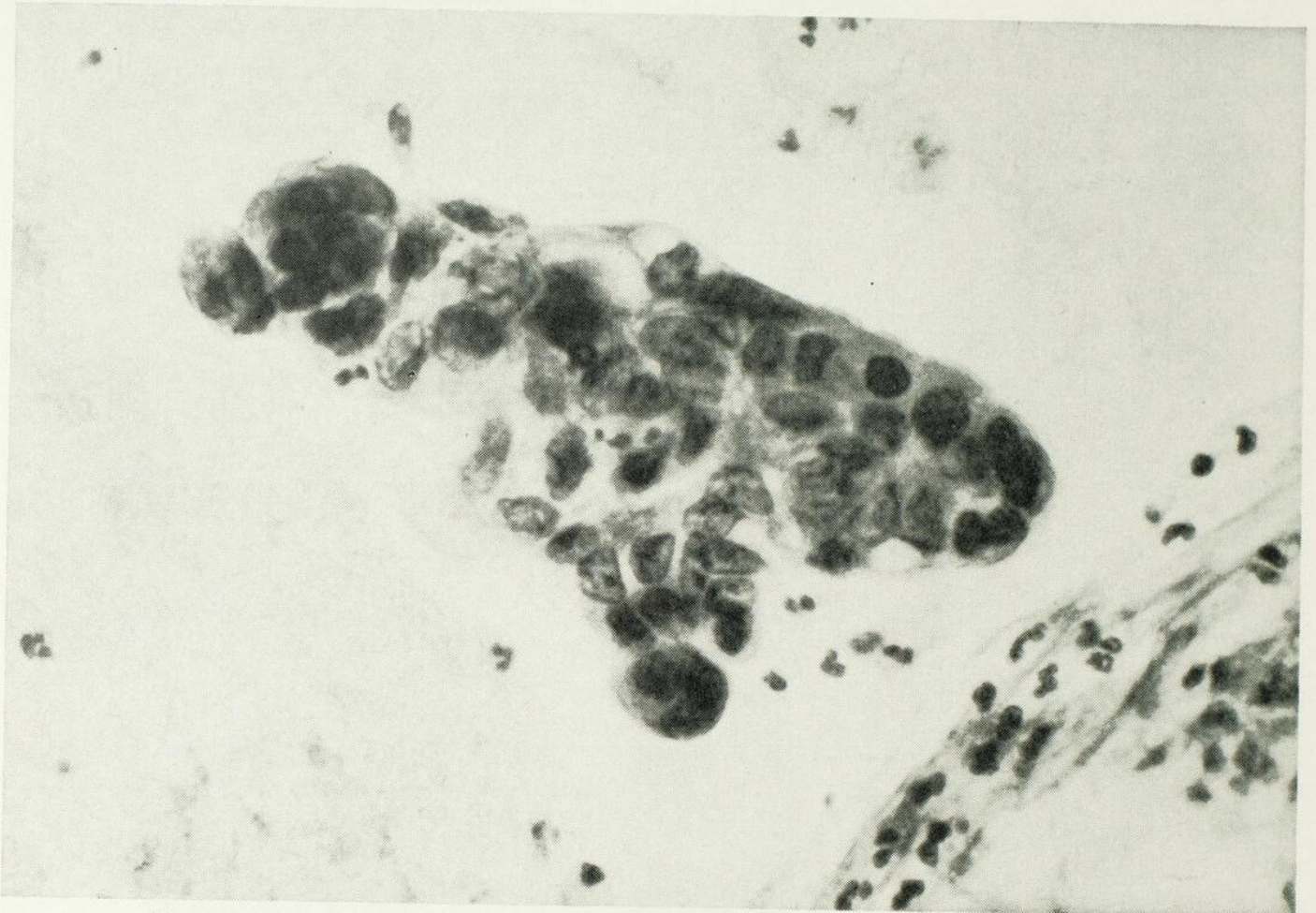


Fig. 8. — Positif V: A-1614. 47 ans. Ménopausée. L'état hormonal ne peut pas être déterminé à cause de la réaction inflammatoire intense (+++). Sang: +++. Abondantes cellules néoplasiques malignes compatibles avec un adénocarcinome de l'endomètre. Biopsie: Adénocarcinome de l'endomètre.

cliques et d'interpréter leurs aberrations. Cet examen permet aussi d'établir la date de l'ovulation ou l'absence d'ovulation, selon le cas.

L'activité androgénique ne s'observe pas normalement dans les frottis vaginaux. Cependant, lors de circonstances spéciales (administration exogène, ménopause, etc.) Cette activité peut être déterminée par la cytologie et les rapports se font aussi d'une manière plutôt subjective, comme dans le cas de la progestérone.

#### 4. Réaction inflammatoire.

L'inflammation des organes génitaux se reflète

tre un contrôle très simple de l'effet des procédés thérapeutiques employés.

#### 5. Informations additionnelles en cas de cancers du col utérin.

Depuis les travaux de Graham (17) il y a eu beaucoup d'intérêt à étudier les informations que les frottis vaginaux peuvent fournir quant au pronostic des cancers malpighiens du col utérin. Ces études doivent être considérées comme préliminaires, car il n'existe pas encore une expérience suffisamment longue pour pouvoir juger définitivement de la valeur de cette méthode. Cependant

il est intéressant d'évaluer tous les frottis de malades porteuses d'un carcinome du col, avec le but d'accumuler un nombre assez élevé de cas, qui permettra un jour, en définitive, de poser un jugement sur l'apport de cette interprétation pronostique des frottis à l'élection du traitement et à la pré-détermination de la survie.

L'interprétation des frottis pour le pronostic peut être considérée en trois étapes:

A) *Avant d'initier tout traitement.* A ce moment les cellules qui montrent des signes de RS. (réponse de sensibilisation de Graham (17) sont comptées. La RS est considérée bonne, quand il y a plus de 10% de ces cellules dans les frottis. Le nombre de cellules malignes est aussi significatif, et s'exprime en pourcentage. La valeur oestrogénique est déterminée, et finalement, le pourcentage d'histiocytes (18) est obtenu. L'ensemble de ces éléments nous permet, avec certaines réserves, d'émettre une opinion concernant les chances de succès de la radio ou radiumthérapie. En quelques mots, on pense que, quand la RS est bonne, le nombre de cellules malignes élevé, la valeur oestrogénique basse et le nombre d'histiocytes élevé, la malade a des bonnes chances d'être guérie par traitement à rayons ionisants. Quand la situation est inverse, les chances de guérison sont meilleures avec la chirurgie radicale.

B) *Durant le traitement à rayons ionisants.* Quant la malade a reçu 1000 r, un frottis vaginal est obtenu et la RR (réponse à la radiation) est déterminée. Ceci consiste à compter 100 cellules de l'épithélium pavimenteux pluristratifié non néoplasiques et d'établir le pourcentage de cellules qui montrent des signes de radiation. On considère que la RR est bonne quand ce pourcentage est supérieur à 75%. On peut dire que la RR représente une manifestation de la réponse immédiate de la patiente aux premiers traitements.

C) *Après le traitement à rayons ionisants.* La RR est déterminée dans une série de frottis cytologiques qui s'obtiennent durant les mois qui suivent au traitement. On considère que la RP (radio-persistance) est bonne, quand les signes de RR persistent durant plus de 5 mois après le traitement (19).

Il y a donc trois étapes pour le pronostic d'un cas de carcinome du col utérin. A chacune de ces trois étapes, le cytopathologiste doit émettre une opinion. L'interprétation intégrale des signes pronostics n'est cependant possible qu'après cinq mois. Il faut quand même souligner ici que l'expé-

rience accumulée jusqu'à présent, bien qu'encore réduite, indique qu'un cas qui montrait un bon pronostic du point de vue du traitement à rayons ionisants à l'étape antérieure au traitement, montre généralement aussi une bonne RR et une bonne RP. Comme l'inverse est vraie aussi, il faut bien se demander s'il ne serait pas intéressant, dès maintenant, de recommander le traitement chirurgical en présence d'une image cytologique défavorable à la radiation durant la première étape, et plus encore quand la RR elle aussi est mauvaise, c'est-à-dire après un premier essai de radiothérapie.

Il faut souligner encore que la présence de cellules néoplasiques actives dans les frottis, une fois le traitement terminé, représente la signature de l'échec de l'effort thérapeutique et indique le besoin urgent d'un changement immédiat de l'orientation du traitement de la malade.

Les informations de type pronostique qu'un cytopathologiste expérimenté peut apporter au thérapeute sont donc bien intéressantes, et méritent certainement d'être considérées au moment de prendre une décision au sujet du traitement d'un cas individuel.

Les recherches à ce sujet sont encore presque complètement limitées aux cas d'épithéliomas malignes du col utérin. Cependant il faut espérer qu'au fur et à mesure que l'expérience sur ce sujet s'accumule, le champ d'application de cette méthode sera élargi vers d'autres cancers où le même problème quand au choix du meilleur procédé thérapeutique se pose aussi.

#### Conclusions et résumé

L'interprétation des frottis cytologiques a évolué considérablement durant les dernières années. Il est aujourd'hui possible et nécessaire de fournir au clinicien le plus grand nombre possible de renseignements au sujet de son patient, même si l'intention du prélèvement cytologique était seulement le dépistage d'un cancer. On ne peut plus concevoir qu'un laboratoire informe seulement sur la présence ou absence de cellules malignes dans les frottis, quand les bénéfices additionnels que le clinicien peut obtenir à travers une lecture complète des lames sont tellement évidents. Un rapport cytologique complet, en gynécologie, doit fournir comme minimum les renseignements suivants:

Classification des altérations morphologiques avec les recommandations pertinentes en relation avec le contrôle subséquent de la malade.

Valorisation de l'état hormonal.

Description de la flore vaginale.

Evaluation de la réaction inflammatoire.

En cas de cancers:

Classification du type d'épithélioma observé.

Opinion pronostique, basée sur la totalité de l'image cytologique, en prenant en considération la RS, le nombre de cellules malignes, la valeur oestrogénique et le pourcentage d'histiocytes.

En cas de contrôle après traitement d'un cancer:

Opinion pronostique, basée sur la présence ou absence de cellules néoplasiques et sur le pourcentage de RR et la longueur de la RP.

C'est en profitant de l'ensemble des renseignements fournis par les frottis cytologiques que le clinicien obtiendra le maximum de bénéfices de cette méthode, surtout quand elle est appliquée de manière systématique.

#### Summary

With growing experience, the interpretation of cytological smears has evolved considerably during the past few years. It is now possible — and necessary — to provide the clinician with all the pertinent information on his patient, even when the smear is obtained during a screening program for cancer detection. In view of the amount of useful information that can be obtained from a complete interpretation of cytological smears, it is not sufficient any more to report only the presence or absence of neoplastic cells. The detailed information that should be sent to the clinician, in cases of gynecological smears, can be summed up as follows:

Classification of morphological changes, including pertinent recommendations on follow-up.

Evaluation of hormone balance.

Description of vaginal flora.

Evaluation of the inflammatory reaction.

In cases of malignancy:

Classification of the type of tumor cells observed.

Prognostic opinion based on the overall cytological picture, including SR, malignant cell count, estrogenic value and histiocyte count.

In radiotherapy controls:

Prognostic opinion based on the presence or absence of active neoplastic cells and on the RR count and its persistence.

The proper analysis of all the information provided by a cytological smear can be of invaluable benefit to the clinician, mainly when the method is applied systematically.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. PAPANICOLAOU, G. N., et TRAUT, H. F.: *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear*. The Commonwealth Fund, New-York, 1943.
2. NIEBURGS, H. E., et Coll.: Mass screening of the total female population of a county for cervical carcinoma. *J. A. M. A.*, **164**: 1946, 1957.
3. DUNN, J. E., Jr., et Coll.: Finding for uterine cancer from one or more cytologic examinations of 33,750 women. *J. Nat. Cancer Inst.*, **23**: 507, 1959.
4. KAISER, R. F., et Coll.: Initial effect of community-wide cytologic screening on clinical stage of cervical cancer detected in an entire community. Results of Memphis-Shelby County, Tennessee, study. *J. Nat. Cancer Inst.*, **25**: 863, 1960.
5. Cytological reports. Their implication in cancer, hormonal, and microbiological screening, as evaluated by 22 clinicians. *Acta Cytologica*, **2**: 142, 1958.
6. GRAHAM, R. M.: In Symposium on Forms for Clinical Information and Laboratory Reports. *Acta Cytologica*, **3**: 139, 1959.
7. KOSS, L. G.: *Idem*, p. 145.
8. AYRE, J. E.: *Idem*, p. 130.
9. HAAM von, E.: *Idem*, p. 140.
10. WIED, G. L.: *Idem*, p. 157.
11. PAPANICOLAOU, G. N.: *Atlas of Exfoliative Cytology*. The Commonwealth Fund, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1954, p. 21.
12. LAGUNA, J. C.: *Acta Cytologica*, **3**: 147, 1959.
13. MEISELS, A.: Clasificación Citológica de los Carcinomas Cérvico-uterinos. Proc. I. Congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica, México, D.F., 1955.
14. LAGUNA, J. C.; MUNGUÍA, H.; MEISELS, A., et FRANCO, E.: Alteraciones celulares observadas en la tricomoniasis vaginal. *Rev. Inst. Canc. Mexico*, **1**: 50, 1955.
15. MEISELS, A.: Diagnóstico Cito-Hormonal. *El Médico (México)*, **7**: 2, 1957.
16. PUNDEL, J. P.: *Acquisitions récentes en cytologie vaginale hormonale*. Masson et Cie, édit., Paris, 1957.
17. GRAHAM, R. M., et GRAHAM, J. B.: Cellular index of sensitivity to ionizing radiation: sensitization response. *Cancer*, **6**: 215, 1953.
18. GRAHAM, R. M.: The small histiocyte: its morphology and significance. *Acta Cytologica*, **5**: 77, 1961.
19. LAGUNA, J. C.: Communication personnelle.

# L'ACTION DE LA DEXTRO-THYROXINE ET DE L'ANDROSTÉRONE SUR LE CHOLESTÉROL SÉRIQUE ET LES FACTEURS DE LA COAGULATION CHEZ LES ATHÉROSCLÉREUX<sup>1</sup>

C. DUFAULT, G. TREMBLAY, W. NOWACZYNSKI et J. GENEST,  
Département de Recherches Cliniques, Hôpital Hôtel-Dieu (Montréal).

Depuis six ans, plusieurs groupes de chercheurs ont démontré que la dextro-thyroxine abaisse de façon marquée le cholestérol sérique sans modifier le métabolisme basal, le pouls ou l'électrocardiogramme (1, 2).

En 1959, Gallagher et ses collègues ont observé chez des patients hyper-cholestérolémiques d'origine idiopathique ou hypothyroïdienne, que le cholestérol sérique est diminué et que l'excrétion urinaire de l'androsténone et de l'éthiocholanolone est augmentée pendant l'administration de tri-iodothyronine et que leur rapport en est modifié (3). Ces mêmes auteurs ont noté en outre que l'androsténone par voie parentérale abaissait le cholestérol sérique.

D'autres chercheurs ont observé une accélération de la coagulation sanguine *in vitro* pendant la phase d'hyperlipémie post-prandiale (4), et chez les athéroscléreux (5). Gordon et Lamber montrèrent de leur côté, que la coagulation était plus rapide chez les hypothyroïdiens et ralentie dans les états d'hyperthyroïdie (6). Par ailleurs, il a été rapporté que l'effet de la médication anticoagulante (type dicoumarol) sur le temps de prothrombine est prolongé de façon marquée chez les lapins hyperthyroïdiens et très diminué chez les lapins hypothyroïdiens (7).

En outre, Cooperby et Tutelbaum ont trouvé une augmentation de la globuline anti-hémophilique chez les patients souffrant d'ischémie coronarienne d'origine athéroscléreuse (8). Récemment, Northman et Proger ont démontré chez des patients athéroscléreux une augmentation des céphalines du plasma et des globules rouges (9). Un abaissement des phospholipides et des  $\beta$ -lipoprotéines fut noté chez des patients recevant de la dextro-thyroxine (10). De plus, la phosphatidyl-ethanolamine accélère la coagulation (11, 12, 13, 14) tandis que la phosphatidyl sérine est inactive ou la retarde (13, 14, 15).

1. Travail réalisé dans le département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal grâce à une subvention de la Fondation du Québec des Maladies du Cœur.

Les figures et les tables de cet article avaient déjà été composées pour un travail devant paraître dans une revue de langue anglaise. Cela explique leur contenu exprimé en cette langue (La Rédaction).

Dans ce travail, nous rapportons les résultats obtenus à la suite de l'administration de dextro-thyroxine et d'androsténone sur le cholestérol sérique, divers facteurs de la coagulation et l'excrétion urinaire de l'androsténone et de l'éthiocholanolone chez des patients présentant des signes nets de maladie athérosclérotique.

## SUJETS ET MÉTHODES

Notre étude porte sur 31 patients dont 13 hommes et 18 femmes. L'âge varie de 17 à 71 ans, la moyenne étant de 52 ans. Toutes les femmes avaient dépassé la ménopause, à l'exception de 3 chez qui les épreuves furent effectuées au milieu du cycle menstruel.

Tous les patients, à l'exception d'une jeune fille de 17 ans, atteinte d'un syndrome néphrotique, présentaient des signes d'athérosclérose, en nous fondant sur les critères suivants: l'histoire personnelle ou familiale (maladie vasculaire périphérique, angine de poitrine, thrombose cérébrale ou coronarienne); l'examen physique (souffle systolo-aortique, fond d'œil, palpation des artères), et les analyses de laboratoire: électrocardiogramme (signes d'ischémie coronarienne), rayons-X (dilatation de l'aorte avec ou sans calcification). Chez les myxœdémateux, le métabolisme basal, l'iode lié aux protéines et la captation de l'iode radioactif et 131 furent aussi déterminés. La lactescence du plasma et l'augmentation des graisses neutres sériques (triglycérides) constituèrent les critères d'hyperlipémie.

Durant cette étude, un groupe de malades fut soumis à une diète pauvre en graisses saturées<sup>2</sup> et additionnée d'huile de maïs (60 cc./jour) tandis qu'un autre groupe recevait une diète fixe contenant 50% de glucides, 30% de lipides et 20% de protéines.

Vingt-trois patients reçurent de la dextro-thyroxine par voie orale et furent arbitrairement classifiés en 4 groupes.

2. Cette diète exclut le jaune d'oeuf, les produits laitiers tels que: beurre, lait entier, crème, yogourt, fromage et crème glacée; également, la mayonnaise, les margarines contenant les graisses animales, le gras de la viande et le chocolat. Cette diète permet un repas de viande maigre (veau, boeuf, poulet ou dinde). Aucune restriction pour les poissons.

Groupe A: Patients avec cholestérol sérique inférieur à 250 mgr. %: 3.

Groupe B: Patients avec cholestérol sérique supérieur à 250 mgr. %: 13.

Groupe C: Patients myxœdémateux: 5.

Groupe D: Patients myxœdémateux: 2. Ces deux patients reçurent un extrait thyroïdien (Parke, Davis) au dosage moyen de 16 mgr./jour pendant 6 semaines et servirent de contrôles pour fins de comparaison avec les patients du groupe C.

Le dosage ordinaire de la dextro-thyroxine fut de 4 à 6 mgr./jour pour une période moyenne de 13 semaines. Des doses plus élevées furent administrées aux hyperthyroïdiens non antérieurement traités.

Huit malades reçurent de l'androstérone par voie intramusculaire à la dose de 100 mgr./jour pendant 10 jours et furent classifiés en trois groupes:

Groupe A: Malades avec un cholestérol sérique inférieur à 250 mgr. %: 4.

Groupe B: Malades avec un cholestérol sérique supérieur à 250 mgr. %: 3.

Groupe C: Malade myxœdémateux: 1.

Les paramètres suivants furent étudiés:

#### A — La coagulation sanguine.

1) Le temps d'agglutination des plaquettes (« métamorphose visqueuse »).

2) L'index d'adhésion des plaquettes.

3) Les épreuves de génération de la thromboplastine.

a) Le plasma traité à l'hydroxide d'aluminium: cette épreuve mesure l'activité des facteurs V (proaccéléline) et VIII (globuline anti-hémophilique A ou AHG).

b) Le facteur IX (facteur Christmas ou globuline anti-hémophilique B ou PTC (*plasma thromboplastin component*)) dans le plasma.

c) Le facteur IX dans le sérum.

d) L'activité des plaquettes.

#### B — Le cholestérol sérique.

#### C — L'androstérone et l'étiocolanone urinaires en mgr. par jour.

Cinquante ml. de sang veineux sont prélevés à chaque patient avec une seringue de verre enduite de paraffine et à l'aide d'une aiguille no 18 en acier inoxydable. Dix ml. de sang sont placés dans un tube de verre à centrifuger préalablement siliconé\* et celui-ci est plongé dans un bassin de glace à 4°C. Cet échantillon sert à déterminer le temps d'agglutination des plaquettes (méthode macroscopique). L'on ajoute ensuite à 9 ml. de sang, 1

ml. de citrate de tri-sodium à 3.8% dans un tube de verre à centrifuger et préalablement siliconé. Sur cet échantillon, l'on détermine l'index d'adhésion des plaquettes [selon la méthode de Moolten et Vroman, (16)] et les épreuves de génération de la thromboplastine [selon la méthode de Biggs et Douglas (17), modifiée par Mustard (18)]. Avec le reste du sang, on extrait le sérum (sang non citraté et incubé pendant 5 heures à 37°C.) nécessaire au dosage du cholestérol et à la génération de la thromboplastine (Facteur IX).

La détermination du cholestérol sérique fut faite selon la méthode d'Abell et de ses Coll. (19).

La mesure de l'androstérone et de l'étiocolanone urinaire est déterminée à partir d'un recueil d'urine de 24 heures. Une quantité d'urine équivalente à un volume urinaire de 4 à 6 heures, est incubée avec de la  $\beta$ -glucuronidase animale (300 unités par ml. d'urine) à pH 4.8 pendant 72 heures à 37°C., puis est extraite au chloroforme. Après réajustement à pH 1 avec 0.25 H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>, l'urine est laissée à la température de la pièce (25°C.) pendant 48 heures. A la fin de chaque 24 heures, les urines à nouveau sont extraites au chloroforme.

Ces extraits sont réunis et sont lavés à plusieurs reprises à l'hydroxide de soude 0.1 N et à l'eau distillée. Puis ces lavages sont réextraits à nouveau au chloroforme. Enfin les extraits chloroformiques combinés sont déshydratés avec Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> (2 gr./100 ml. d'extrait) et évaporés dans un appareil rotatoire<sup>3</sup> à moins de 45°C.

La séparation des cétostéroïdes est faite au moyen du système chromatographique Kochakian [benzène-cyclohexane (1:1)/propylène glycol-méthanol (1:1)], sur papier et la zone de migration de l'androstérone et de l'étiocolanone est déterminée en arrosant légèrement une étroite bande du papier de 0.5 cm. de large avec une solution alcaline de m-dinitrobenzène à 2%<sup>4</sup> (20).

Les zones correspondant aux standards d'androstérone et d'étiocolanone sont éluées. Les résidus de ces éluats sont dilués séparément dans le benzène et chromatographiés sur une colonne d'oxyde d'alumine de 7 cm. de hauteur par 0.7 cm. de diamètre. Les éluats successifs (100 ml.) sont 1) benzène, 2) benzène-0.1% éthanol, 3) benzène-0.5% éthanol. Ces derniers éluats sont évaporés et leur absorption dans l'éthanol à 95% est mesurée à 515 mu et 420 mu dans un spectrophotomètre

3. Flash evaporator, Laboratory Glass Supply Co., New York 31, N.Y.

4. Solution préparée immédiatement avant son emploi: 3 vol. de méta-dinitrobenzène à 2% et 2 vol. 2.5 N KOH.

\*Silicone Dri-Film SC-87, General Electric Co.





groupes. L'importance de ces résultats provient du fait que tous les patients étudiés ont montré les mêmes modifications du cholestérol sérique et des facteurs de la coagulation, en réponse à l'administration de la dextro-thyroxine.

Quelques illustrations permettent de mieux mettre en évidence les modifications des divers paramètres étudiés durant l'administration de la dextro-thyroxine chez les patients athéroscléreux.

Dans la figure 1, on peut voir un abaissement important du cholestérol sanguin, et de l'index d'adhésion des plaquettes, un allongement de leur temps d'agglutination, et à la 4e minute d'incubation, une augmentation du temps de coagulation du plasma traité à l'(HO)<sub>3</sub>Al et du facteur IX sérique, chez un homme de 55 ans<sup>5</sup> présentant une

hypertension d'origine rénale. Les résultats détaillés sont donnés dans la table III.

TABLE III

Analyses	Valeurs témoins moyenne (2)	Pendant le traitement moyenne (4) (18 sem.)
H. F. 55 ans, B36799.		
Cholestérol sérique	245 mg%	168 mg%
Index d'adhésion des plaquettes	1.5	1.07
Temps d'agglutination des plaquettes	97 sec.	154 sec.
A la 4e minute d'incubation:		
a) Activité du plasma traité à l'(HO) <sub>3</sub> Al	10 sec.	12.12 sec.
b) Activité du facteur IX (P.T.C.)	10.25 sec.	12 sec
(fait sur le sérum)		

5. L'examen de ce patient a révélé: 1) des lésions modérées d'artériosclérose aux fundi; 2) un souffle aortique systolique assez rude; 3) une aorte dilatée et une hyper-

trophie ventriculaire gauche sur la téléradiographie thoracique; 4) un rétrécissement athéromateux de l'artère rénale gauche, sur les films d'angiographie rénale.

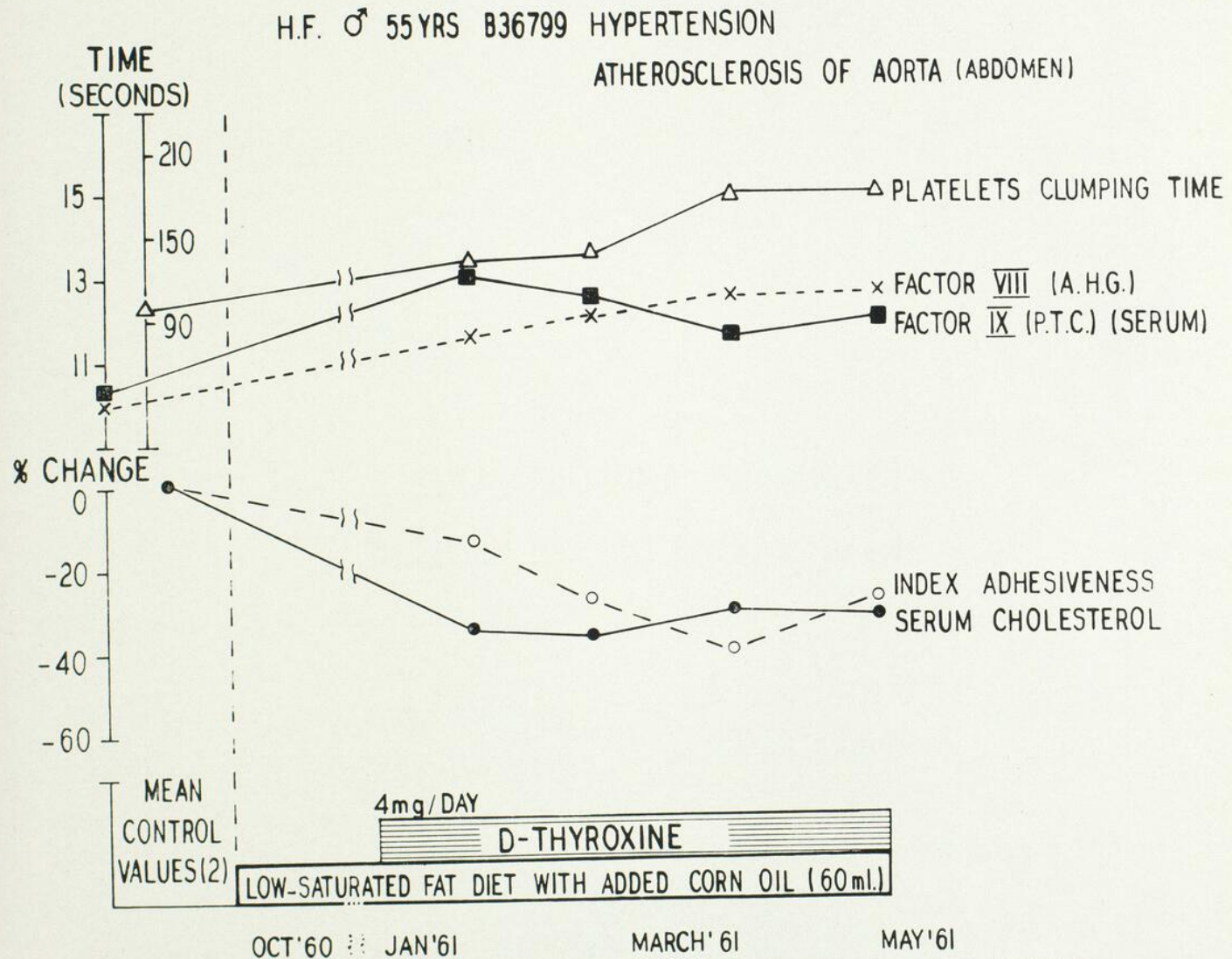


Fig. 1 - Patient hypertendu soumis pendant 4 mois à la dextro-thyroxine, 4 mgr./jour. Variations du temps d'agglutination des plaquettes ( $\Delta$ — $\Delta$ ) (en secondes), du plasma adsorbé à l'(HO)<sub>3</sub>Al (X—X) et du facteur IX sérique (P.T.C. ou Christmas) ( $\blacksquare$ — $\blacksquare$ ) en secondes, à la 4e minute d'incubation; de l'index d'adhésion des plaquettes (o—o) et du cholestérol sérique ( $\bullet$ — $\bullet$ ) en pourcentage de variation des valeurs témoins.

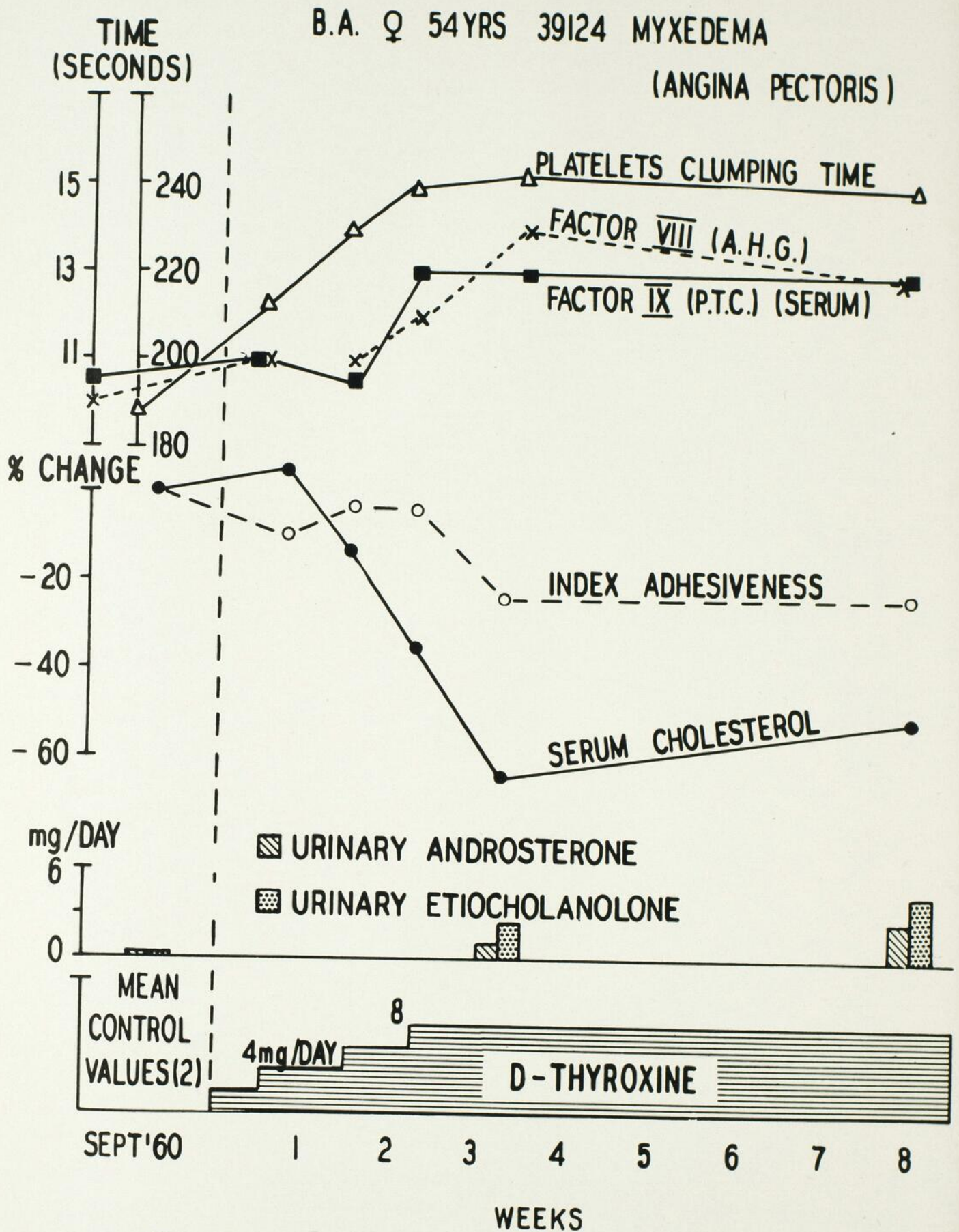


Fig. 2. — Patient myxoédémateux soumis pendant 8 semaines à la dextro-thyroxine, 6 mgm/jour.

Variations des mêmes paramètres illustrés dans figure 1.

c) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	10.75 sec.	15.4 sec.
(fait sur le plasma)		
d) Activité des plaquettes .....	16.5 sec.	15.4 sec.

Temps d'agglutination des plaquettes .....	188 sec.	232 sec.
--	----------	----------

A la 4e minute d'incubation:

a) Activité du plasma traité à l'(HO) <sub>3</sub> Al .....	10 sec.	12.2 sec.
b) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	10.5 sec.	12.1 sec.
(fait sur le sérum)		
c) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	12 sec.	13 sec.
(fait sur le plasma)		
d) Activité des plaquettes .....	18 sec.	16 sec.

Des modifications analogues de ces divers paramètres obtenues chez une myxoedémateuse<sup>6</sup>, âgée de 54 ans, sont illustrées dans la figure 2 et décrites en détails dans la table IV.

TABLE IV

B. A., 54 ans, B39124.

Analyses	Valeurs témoins moyenne (2)	Pendant le traitement moyenne (5) (8 sem.)
Cholestérol sérique .....	385 mg%	261 mg%
Index d'adhésion des plaquettes	1.45	1.26

Androstérone et étiocholanolone urinaires .....	0.8 mg/jour	4.0 mg/jour*
---	-------------	--------------

La figure 3 illustre les changements survenus chez une jeune fille de 17 ans, présentant un syn-

6. Cette patiente présente, depuis 5 ans, une histoire de sensibilité au froid, et une bouffissure de la face, des paupières et des mains. De plus, elle accuse des douleurs angineuses typiques et de la dyspnée d'effort. A l'examen, on nota un langage lent, une voix rauque, une peau épaisse et sèche et une bradycardie à 60/minute. Le métabolisme

basal est de moins 25, la captation d'iode (131) est à 3.4% en 24 heures et l'iode lié aux protéines est de 3.3 microgrammes pour cent. Après 5 semaines de traitement, les douleurs angineuses sont devenues moins intenses et moins fréquentes.

\*Valeur moyenne de 4 collections de 24 heures.

S.A. ♀ 17 YRS B12081 NEPHROTIC SYNDROME

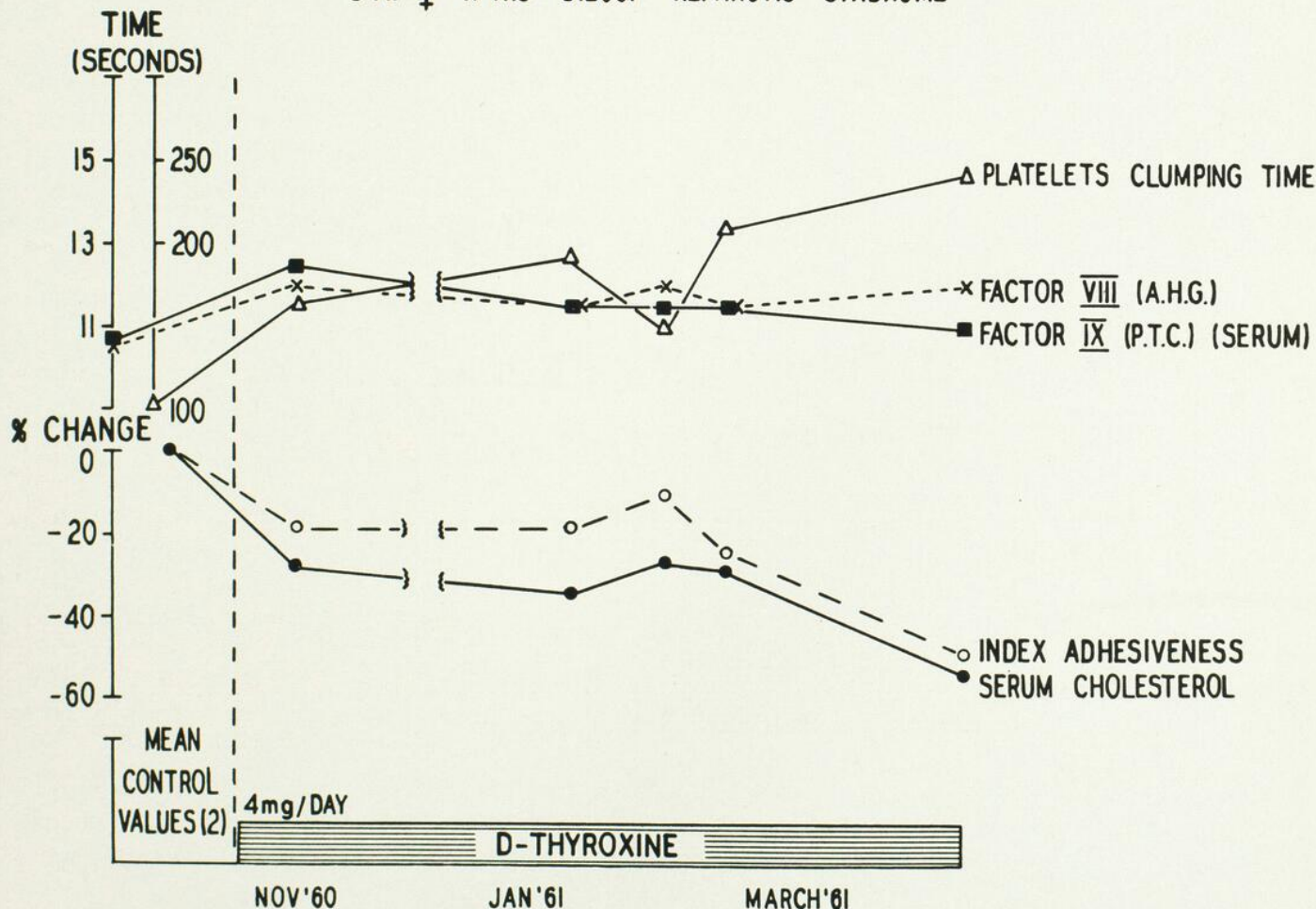


Fig. 3. — Jeune fille de 17 ans souffrant d'un syndrome néphrotique, soumise pendant 6 mois à la dextro-thyroxine, 4 mgm/jour.

Variations des mêmes paramètres illustrés dans la figure 1.

drome néphrotique typique. Dans ce cas, les variations du cholestérol sanguin, de l'index d'adhésion des plaquettes, du temps d'agglutination des plaquettes et de la génération de la thromboplastine sont entièrement comparables à ceux obtenus chez les athéroscléreux (Table V). Après 6 mois d'admi-

TABLE V

S. A., 17 ans, B12081.

Analyses	Valeurs témoins moyenne (2)	Pendant le traitement moyenne (5) (24 sem.)
Cholestérol sérique .....	674 mg%	457 mg%
Index d'adhésion des plaquettes	1.45	1.15
Temps d'agglutination des plaquettes .....	100 sec.	192 sec.
<i>A la 4e minute d'incubation:</i>		
a) Activité du plasma traité à l'(HO) <sub>3</sub> Al .....	10.5 sec.	11.8 sec.
b) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	10.75 sec.	11.6 sec.
(fait sur le sérum)		
c) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	13.75 sec.	14 sec.
(fait sur le plasma)		
d) Activité des plaquettes .....	18.5 sec.	15 sec.

nistration continue de dextro-thyroxine, on observa une chute importante des graisses neutres du plasma.

#### Effets secondaires

Aucun effet secondaire ne fut noté au cours de cette étude. Aux doses employées, nous n'avons observé aucun effet thyrotoxique, à l'exception d'une patiente qui, après administration de dextro-thyroxine à raison de 12 mg/jour pendant 11 semaines, s'est plainte de nervosité, tremblements et diaphorèse.

Les patients hypo- et euthyroïdiens, soumis à la dextro-thyroxine remarquent une sensation de bien-être qui se manifeste à partir de 2 à 4 semaines après le début du traitement. Trois patients myxoedémateux accusèrent une perte rapide de poids ainsi que de l'asthénie.

Les crises d'angine devinrent moins fréquentes et moins sévères chez 1 patient hypothyroïdien et 5 euthyroïdiens. Cependant, un autre angineux ne nota aucune amélioration.

Nous n'avons observé, en aucun temps, des phénomènes d'échappement (*escape phenomena*) dans les paramètres étudiés.

#### Extraits thyroïdiens

Pour fins de comparaison, nous avons administré à 2 patients myxoedémateux de l'extrait thyroïdien<sup>7</sup> à la dose moyenne de 16 mgm par jour pendant 6 semaines (Groupe D). Les résultats sont analogues à ceux que nous avons obtenus avec la dextro-thyroxine.

Le pourcentage d'abaissement du cholestérol sanguin et de l'index d'adhésion des plaquettes par rapport aux valeurs de contrôle était de 24% et 23%, respectivement, et le temps d'agglutination des plaquettes a augmenté de 15%. Quant à la génération de la thromboplastine, les résultats sont de même nature que ceux obtenus avec la dextro-thyroxine.

#### B — Etude des effets de l'androstérone (Table VI).

L'administration d'androstérone amena un abaissement moyen du cholestérol sérique de 16%, 24% et 34% pour les patients des groupes A, B et C, respectivement. L'index d'adhésion des plaquettes chez les patients de ces 3 groupes demeura presque stationnaire, quoiqu'un allongement marqué du temps d'agglutination des plaquettes apparaît chez le groupe C, par comparaison avec les groupes A et B. Cependant, encore ici, le nombre restreint de patients (8) nous empêche toute étude statistique.

A la 3e et 4e minute d'incubation, la génération de la thromboplastine manifeste chez les patients des groupes B et C, mais non chez ceux du groupe A, des modifications identiques à celles que nous avons obtenues avec la dextro-thyroxine (Table VII). Ceci est possiblement dû au fait que l'administration d'androstérone a dû être arrêtée chez 2 des 4 patients du groupe A, par suite des douleurs intolérables à l'endroit des injections.

Les résultats obtenus chez un patient<sup>8</sup> âgé de 48 ans souffrant de multiples crises d'angine et de dyspnée à l'effort léger sont décrits dans la figure 4. On y voit une chute importante du cholestérol sérique, une diminution de l'index d'adhésion des plaquettes, un allongement de leur temps d'agglu-

7. Parke, Davis & Co.

8. Son examen nous révèle des signes d'artériosclérose aux fundi et un souffle cardiaque systolo-aortique. Sur l'image pulmonaire, l'on voit une aorte déroulée.

Table VI  
ANDROSTERONE STUDIES (8 patients)

GROUPS	No. pts	Mean serum cholesterol mg%			Index adhesiveness			Platelets clumping time (seconds)		
		CONTROLS (2)	100 mg/day for 10 days	% change	CONTROLS (2)	100 mg/day for 10 days	% change	CONTROLS (2)	100 mg/day for 10 days	% change
A	4	187 S.E. $\pm 9$	159 S.E. $\pm 14$	-16	1.45 S.E. $\pm 0.04$	1.24* S.E. $\pm 0.07$	-15	144 S.E. $\pm 7.5$	182* S.E. $\pm 14.0$	+26
B	3	253 S.E. $\pm 20$	194* S.E. $\pm 16$	-24	1.43 S.E. $\pm 0.07$	1.28 S.E. $\pm 0.07$	-11	136 S.E. $\pm 12$	186** S.E. $\pm 8.4$	+36
C	1	521	346	-34	1.3	1.19	-9	127	210	+57

GROUP A: Patients with serum cholesterol below 250 mg% (4)

" B: Patients with serum cholesterol above 250 mg% (3)

" C: Myxedematous patient (1)

\* Difference between control and treated is significant at  $.05 \geq p > .01$

\*\* " " " " " " " " "  $p \leq .01$

Table VII  
ANDROSTERONE STUDIES (8 patients)

Thromboplastin generation test	Incubation time in min.	GROUP A (4 pts)				GROUP B (3 pts)				GROUP C (1 pt)			
		Controls (2) S.E.		100 mg/day S.E. for 10 days		Controls (2) S.E.		100 mg/day S.E. for 10 days		Controls (2) S.E.		100 mg/day S.E. for 10 days	
Al(OH) <sub>3</sub> Treated plasma Clotting time (Seconds)	1	45.75	+2.1	45.50	+2.2	39.58	+3.6	45.43	+1.6	53.00		46.30*	
	2	18.12	+0.6	19.37	+1.0	15.50	+1.2	18.68 *	+0.8	17.50		23.00	
	3	12.06	+0.4	12.37	+0.4	11.25	+0.4	12.16	+0.6	10.50		12.50	
	4	10.68	+0.13	11.18	+0.6	9.58	+0.45	11.41 *	+0.55	9.25		11.60	
SERUM IX - P.T.C. Clotting time (Seconds)	1	41.50	+2.0	43.62	+1.4	40.16	+1.8	42.00	+1.3	41.50		42.00	
	2	16.68	+0.6	19.12	+2.1	14.75	+1.0	18.20 *	+1.4	14.50		21.60 *	
	3	11.75	+0.5	12.06	+0.5	10.83	+0.7	12.05	+0.7	11.25		13.30	
	4	10.50	+0.4	11.06	+0.5	9.83	+0.5	11.47 *	+0.55	10.25		12.00	
PLASMA IX - P.T.C. Clotting time (Seconds)	1	48.18	+0.9	49.25	+1.2	52.33	+1.8	54.50	+1.7	52.00		52.30	
	2	22.31	+1.3	22.37 *	+1.1	23.16	+1.2	23.83	+0.7	23.50		25.60	
	3	13.50	+0.5	13.62	+0.5	14.00	+0.7	13.94	+0.7	14.50		14.80	
	4	12.62	+0.5	12.80	+0.5	13.08	+0.6	13.33	+0.7	12.25		13.60	
PLATELETS Clotting time (Seconds)	1	45.25	+3.4	48.87	+1.1	48.83	+1.2	47.76	+2.1	42.50		48.00	
	2	20.75	+1.1	21.12	+0.5	25.00	+1.5	19.60 *	+1.1	20.50		18.60	
	3	15.93	+0.8	16.12	+0.5	16.58	+0.6	15.93	+0.7	17.50		15.00	
	4	15.25	+0.6	15.25 *	+0.7	17.50	+0.5	15.68 *	+0.55	17.25		14.60	

GROUP A: Patients with serum cholesterol below 250 mg% (4)

" B: Patients with serum cholesterol above 250 mg% (3)

" C: Myxedematous patient (1)

\* Difference between "control" and "treated patients" is significant at  $.01 < p \leq .05$

tion et de la génération de la thromboplastine (Table VIII). Ces résultats ressemblent étroitement

c) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	13.25 sec.	13.5 sec.
(fait sur le plasma)		
d) Activité des plaquettes .....	19 sec.	16 sec.

TABLE VIII

F. A., 48 ans, A44254.

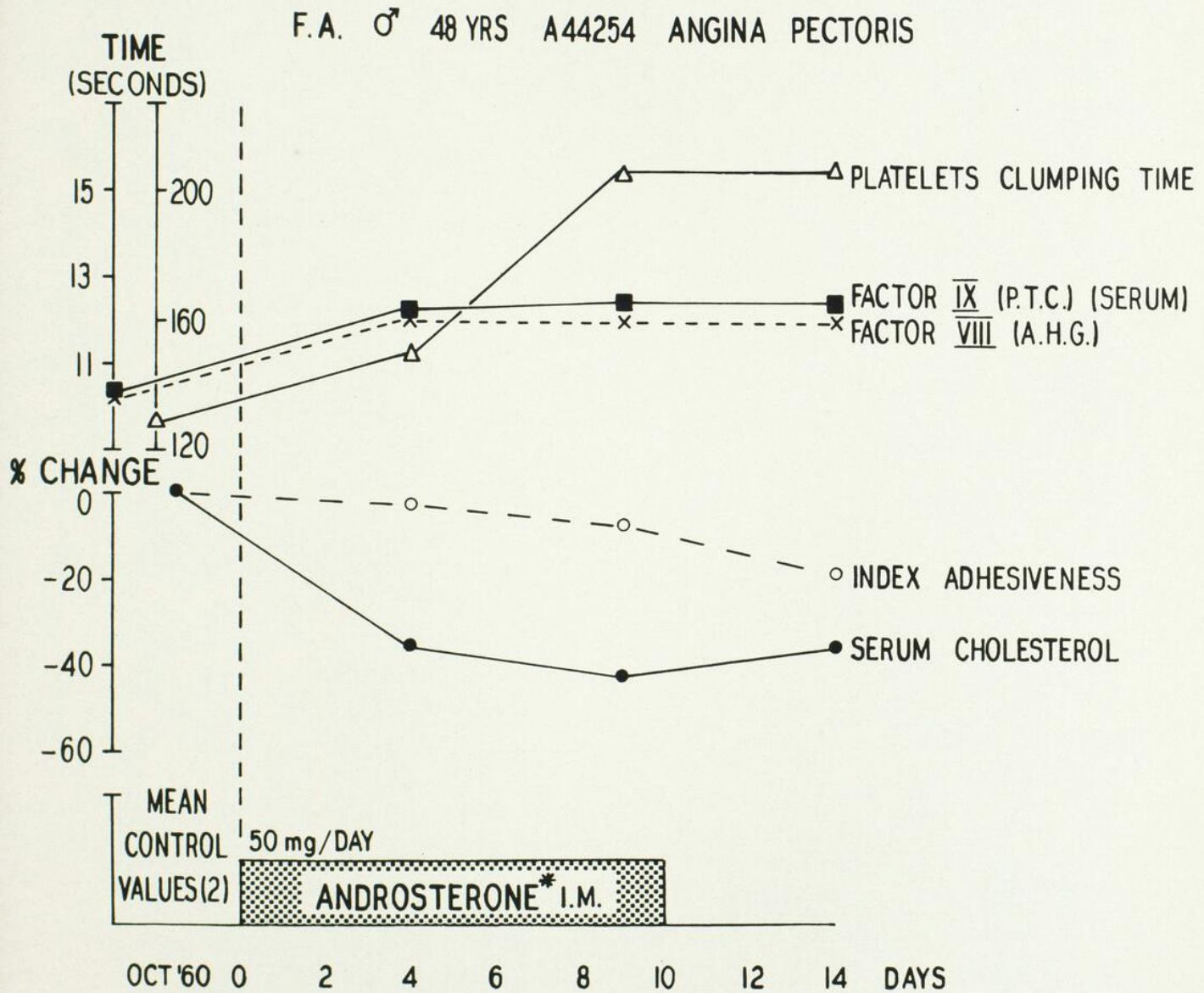
Analyses	Valeurs témoins moyenne (2)	Pendant le traitement moyenne (3)
Cholestérol sérique .....	242 mg%	168 mg%
Index d'adhésion des plaquettes	1.52	1.38
Temps d'agglutination des plaquettes .....	127.5 sec.	190 sec.
A la 4e minute d'incubation:		
a) Activité du plasma traité à l'(HO) <sub>3</sub> Al .....	10.25 sec.	12 sec.
b) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	10.25 sec.	12.1 sec.
(fait sur le sérum)		

à ceux qui sont obtenus pendant l'administration de la dextro-thyroxine.

Les changements observés chez une femme myxœdémateuse de 71 ans<sup>9</sup> sont encore plus marqués que chez les euthyroïdiens (figure 5 et Table IX).

Pendant l'administration d'androsténone, un patient présenta un purpura non-thrombocytopenique au 5e jour.

9. Patients dont le métabolisme basal était de -12, la captation d'iode radioactif (<sup>131</sup>I) de 4.5% après 24 heures, et l'iode lié aux protéines de 2.8 megm %.



\* UPJOHN

Fig. 4. — Patient angineux soumis pendant 10 jours à l'androsténone, au dosage de 50 mgm/jour, par voie intra-musculaire. Variations des mêmes paramètres illustrés dans figure 1.

TABLE IX

E. J. B., 71 ans, A1177.

Analyses	Valeurs témoins moyenne (2)	Pendant le traitement moyenne (3)
Cholestérol sérique .....	520 mg%	346 mg%
Index d'adhésion des plaquettes	1.3	1.19
Temps d'agglutination des plaquettes .....	127.5 sec.	210 sec.
A la 4e minute d'incubation:		
a) Activité du plasma traité à l'(HO) <sub>3</sub> Al .....	9.5 sec.	11.5 sec.
b) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	10.25 sec.	12 sec.
(fait sur le sérum)		

c) Activité du facteur IX (P.T.C.) .....	12.25 sec.	13.5 sec.
(fait sur le plasma)		
d) Activité des plaquettes .....	17 sec.	14.5 sec.

DISCUSSION

Cette étude démontre, chez des patients athéro-scléreux soumis à la dextro-thyroxine et à l'andro-stérone, une relation étroite entre l'abaissement du cholestérol sérique et les variations des facteurs impliqués dans la première phase de la coagulation sanguine, à savoir: un allongement du temps d'agglutination des plaquettes, une baisse de l'index

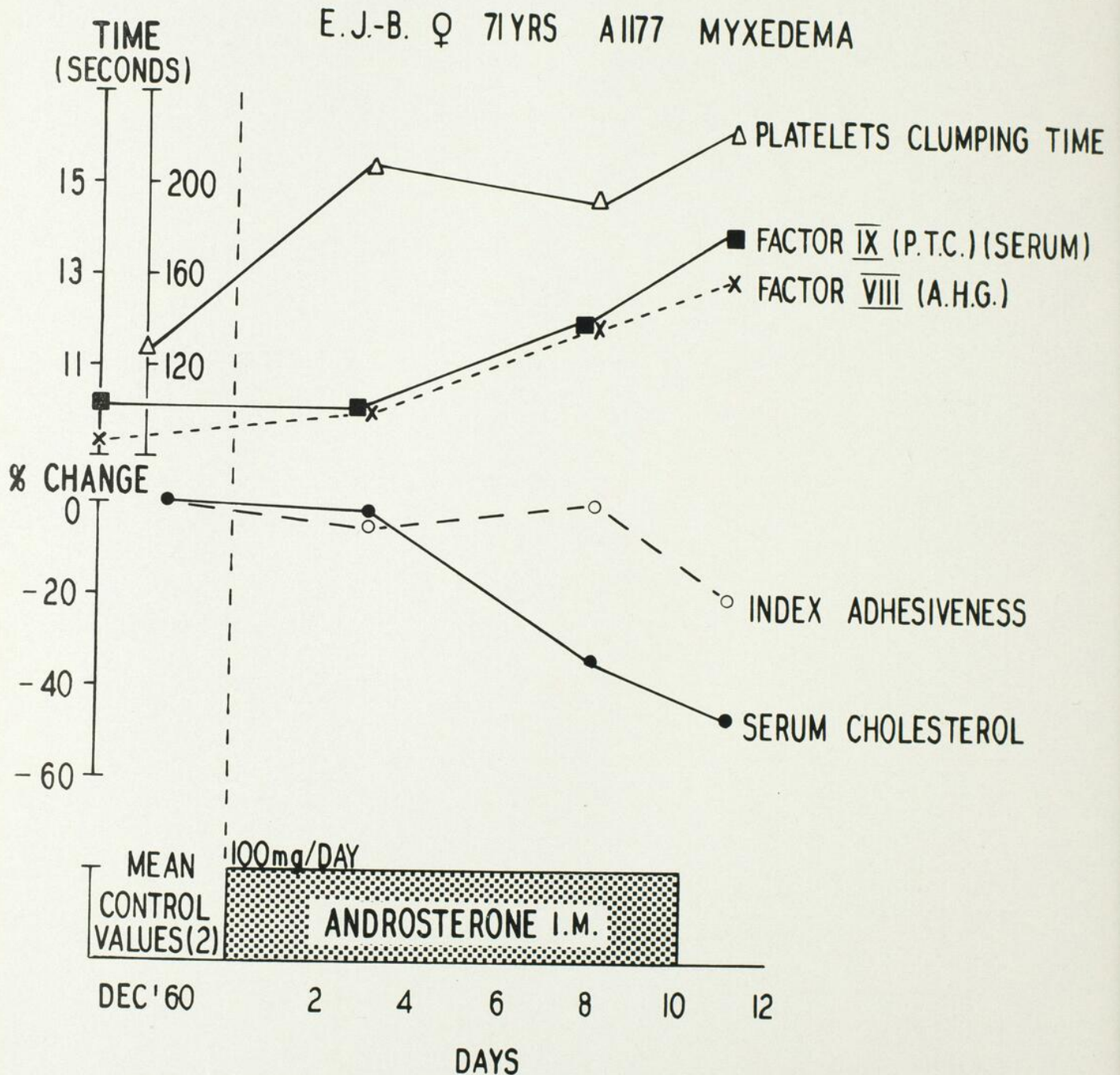


Fig. 5. — Patient myxoedémateux, soumis pendant 10 jours à l'androsterone, au dosage de 100 mgm/jour, par voie intramusculaire.

Variations des mêmes paramètres illustrés dans la figure 1.

d'adhésion des plaquettes et une augmentation du temps de la génération de la thromboplastine. Elle met en évidence une relation nette et certaine entre certains facteurs liés d'une part à l'athérosclérose et d'autre part à la thrombose, processus pathologique d'importance majeure à l'heure actuelle. Le mécanisme de l'action hypocholestérolémiante de ces médications est loin d'être clair et toute explication demeure spéculative (23, 1). D'emblée, la dextro-thyroxine, médication orale et sans effets secondaires, est préférable à l'androstérone qui n'a pu être administrée que par voie intramusculaire (en suspension aqueuse) et au prix souvent de très fortes douleurs à l'endroit de l'injection.

Aucun des résultats obtenus dans cette étude permet de savoir si la dextro-thyroxine ou l'androstérone agissent directement sur la coagulation ou si cet effet est directement lié à un abaissement de certaines fractions lipidiques du plasma. Il y aurait grand intérêt à étudier de plus près les céphalines plasmatiques (phosphatidyl ethanolamine et phosphatidyl sérine) chez des patients recevant de la dextro-thyroxine ou de l'androstérone. Une telle étude est déjà amorcée dans notre laboratoire.

#### Résumé et conclusion

Cette étude a porté sur vingt-trois patients présentant des signes nets d'athérosclérose et recevant de la dextro-thyroxine par voie orale et sur huit patients soumis à l'androstérone par voie intramusculaire, les résultats des paramètres analysés montrent une chute significative en cholestérol sérique et de l'index d'adhésion des plaquettes et un allongement de leur temps d'agglutination, une augmentation du temps de coagulation du plasma traité à l' $(HO)_3Al$ , de l'activité du facteur IX sérique et plasmatique et enfin une accélération de l'action des plaquettes lors de la génération de la thromboplastine. La dextro-thyroxine a provoqué une augmentation marquée de l'androstérone et de l'étiocolanolone urinaires chez 3 myxœdémateux. La coïncidence de la baisse du cholestérol, avec la diminution de l'index d'adhésion des plaquettes, et l'allongement de leur temps d'agglutination et l'augmentation du temps de génération de la thromboplastine suggèrent une relation étroite entre certaines fractions lipidiques de plasma et certains facteurs de la coagulation sanguine, dans la pathogenèse de la thromboathérosclérose

#### Summary

Thirty-one patients were studied, 23 received oral dextro-thyroxine and 8 intramuscular androstérone. The parameters studied showed an overall decrease of serum choles-

terol and platelet adhesive index, a prolongation of platelet clumping time, a decrease in the activity of A1 (OH)<sub>3</sub> treated plasma and factor IX on serum and plasma, and an acceleration of platelets in the thromboplastin generation test. Three myxedematous patients showed an increase of urinary androstérone and etiocholanolone with dextro-thyroxine therapy. The observed coincidence of the fall of serum cholesterol with the decrease in platelet adhesive index, the prolongation of platelet clumping time, and the increase in plasma thromboplastin time suggests a definite link between lipemia and clotting factors in the pathogenesis of thrombo-atherosclerosis.

#### REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude au docteur J. F. Mustard pour l'entraînement reçu dans son Département (docteurs C. D. et G. T.) et pour son hospitalité.

Nous remercions également le docteur Thomas A. Garret, de la Compagnie Pharmaceutique Baxter, pour la dextro-thyroxine (Choloxin); les docteurs A. Zaffaroni, Cie Syntex, Mexico, et J. B. Lawson, Cie Upjohn, pour l'androstérone.

Des remerciements spéciaux vont à Mlle Ghislaine Rancourt, technicienne; Erich Koiw, chimiste; Roland Paquette, statisticien de la maison Ayerst, McKenna & Harrison Ltd., Montréal; Mlle Fernande Salvail, infirmière; Madame Anne Brossard, diététiste, et Mlle Isabelle Morin pour les illustrations.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) STARR, P.; ROEN, P., et SCHLEISSNER, J. L.: *Arch. Int. Med.*, **105**: 830, 1960.
- (2) COHEN, B. M.; BINDELGLASS, I. L.: *Clin. Med.*, **7**: (sept.) 1960.
- (3) HELLMAN, L.; BRADLOW, H. L.; ZUMOFF, B.; FUKUSHIMA, D. K., et GALLAGHER, T. F.: The thyroid-androgen interrelations and the hypocholesterolemic effect of androstérone. *J. Clin. Endoc.*, **19**: 936 (août) 1959.
- (4) McDONALD, J., et EDGILL, H.: *Lancet*, **2**: 457, 1957.
- (5) MUSTARD, J. F.: Blood coagulation in subjects with and without clinical evidence of atherosclerotic vessel disease. *Canad. M. A. J.*, **79**: 554, 1958.
- (6) GORDON, R., et LABER, B. A.: *Acta Endocrin.*, **19**: 77, 1955.
- (7) LOWENTHAL, J., et FISHER, D. M.: *Separatum Experientia*, **23**: 253, 1957.
- (8) COOPERBERG, A. A., et TEIFELBAUM, J. I.: The concentration of anti-hemophilic globulin (AHG) in patients with coronary artery disease. *Ann. Int. Med.*, **54**: 5, 1961.
- (9) NORTHMAN, M. M., et PROGER, S.: Studies of blood cephalins. *Federation Proceedings*, 45th Annual Meeting, **20**: No 1, Part 1, 1961 (Atlantic City, N.J.).
- (10) JONES, R. J.: Symposium on sodium d-thyroxine and hypercholesterolemia. Chicago, 5 décembre 1959.
- (11) POOLE, J. C. F., et ROBINSON, D. S.: Further observations on the effects of ethanolamine phosphatide on blood coagulation. *Quart. J. Exp. Phys.*, **41**: 295, 1956.
- (12) O'BRIEN, J. R.: The similarity of the action of phosphatidyl ethanolamine and platelets in blood coagulation. *J. Clin. Pathol.*, **9**: 47, 1956.

- (13) BARKHAM, P.; NEWLANDS, M. J., et WILD, T.: Phospholipids from brain tissues as accelerators and inhibitors of blood coagulation. *Lancet*, **2**: 234, 1956.
- (14) ROUSSER, G.; WHITE, S. G., et SCHLOREDT, D.: Phospholipid fraction active in recalcified normal human plasma. *Biochimica and Biophysica Acta*, **28**: 71, 1958.
- (15) SILVER, M. J.; TURNER, O. L., et TOCANTINS, L. M.: Phospholipids anti-thromboplastin essay in vitro and evaluation in vivo of purified fractions. *Am. J. Physiol.*, **190**: 8, 1957.
- (16) MOOLLEN, S. E., et VROMEN, L.: Adhesiveness of blood platelets in thrombo-embolism and hemorrhagic disorders: Measurement of platelets adhesiveness by glass wool filter. *Am. J. Clin. Pathol.*, **19**: 701, 1949.
- (17) BIGGS, R., et DOUGLAS, A. S.: *J. Clin. Pathol.*, **6**: 23, 1953.
- (18) MUSTARD, J. F.: *Canad. M. A. J.*, **77**: 308, 1957.
- (19) ABELL, L. L., et coll.: *J. Biol. Chem.*, **195**: 357, 1952.
- (20) KOSCHAKIAN, C. G., et STIDWORTHY, G.: *J. Biol. Chem.*, **199**: 607, 1952.
- (21) KAPPAS, A., et GALLAGHER, T. F.: Studies in steroid metabolism. XXVIII. — The  $\alpha$ -ketosteroid excretion pattern in normal females and the response to ACTH. *J. Clin. Invest.*, **34**: 1566, 1955.
- (22) WILSON, H., et FAIRBANKS, R.: *Arch. Biochem. and Biophys.*, **54**: 457, 1955.
- (23) MICHEL, R.; TEUCHOT, R., et TRON-TOISEL, H.: The effects of 3,5,3'-triiodo-L-thyronine and 3,5,3'-triiodothyroacetic in young chickens on a regime rich in cholesterol. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, **150**: 2082 (déc.) 1956.

### UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION DE 10,000 PARALYTIQUES MAROCAINS TERMINÉ APRÈS 18 MOIS PAR LA LIGUE DES SOCIÉTÉS DE LA CROIX-ROUGE

Bertrand PRIMEAU, D.M., M.P.H.,

Consultant médical et chef, Service consultatif sur la Réhabilitation médicale et l'Invalidité,  
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Une opération médicale sans précédent a été complétée au Maroc le 30 juin dernier. Maintenu durant 18 mois, ce programme a été empreint de plusieurs des particularités qui caractérisent ces opérations médicales modernes rendues possibles de nos jours par la compétence des organismes de santé et de bien-être et par les réalisations de la collaboration internationale. Au nombre des observations qui méritent d'être mentionnées dans un rapport concernant ce fait unique dans l'histoire médicale, il convient de rappeler ce qui suit:

1. Parmi les procédés mis au point, recommandés et appliqués en hygiène publique pour l'étude et l'amélioration des conditions du milieu environnant, le contrôle adéquat et constant des sources d'approvisionnement et de la manipulation des aliments constitue l'une des méthodes les plus efficaces de protection de la santé publique;

2. Dans une situation d'urgence provoquée par l'extension rapide d'une épidémie, les enquêtes épidémiologiques bien conduites nous procurent les renseignements qui doivent précéder toute décision concernant le succès qu'on pourra obtenir à arrêter l'augmentation continue du nombre des victimes;

3. Dans les cas d'invalidité permanente faisant suite à une maladie stabilisée ou lentement progressive, les traitements médicaux modernes ont beaucoup à offrir et les résultats qu'on peut obtenir en ayant recours aux techniques maintenant bien connues de la réadaptation fonctionnelle peuvent être

tout aussi spectaculaires que les progrès les plus récents réalisés au cours du traitement intensif des conditions aiguës et des états d'urgence;

4. L'efficacité de l'organisation et le succès de cette opération médicale de secours complétée au Maroc par la Croix-Rouge internationale (Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Genève) nous offrent une illustration remarquable des possibilités de la collaboration internationale dans les domaines de la santé publique et de la médecine;

5. Une telle entreprise internationale n'a été rendue possible que grâce aux efforts volontaires et au dévouement total des pays participants ainsi que des spécialistes recrutés pour ce programme; c'est pourquoi une large part des mérites de tous ces résultats revient aux diverses Sociétés nationales de Croix-Rouge qui ont pris part à l'opération. Dans ce domaine, même si tous les pays participants se sont mérité l'admiration universelle et la reconnaissance marocaine, un hommage tout particulier doit être adressé au Canada et à sa Société nationale de Croix-Rouge pour leur très généreuse contribution durant les 18 mois qu'a duré le programme international.

A l'automne de 1959, en moins de trois semaines, 10,000 citoyens marocains furent subitement frappés d'une forme identique de paralysie, apparemment d'origine mystérieuse. Tous ces gens vivaient dans une même région du Maroc et le plus grand nombre de malades atteints vivaient dans les li-

mites et autour de la cité de Meknès. On ne trouvait ces cas de paralysie qu'au sein des familles les plus pauvres de cette population arabe et, malgré une forte incidence de surpopulation et de promiscuité, les citoyens plus fortunés de cette communauté musulmane, les juifs et la population européenne demeurèrent exempts de l'affection épidémique.

Une enquête épidémiologique fut immédiatement entreprise et sagement conduite par une équipe d'hygiénistes marocains, sous la direction de l'Institut d'Hygiène de Rabat et avec l'aide de deux enquêteurs britanniques prêtés par l'Organisation Mondiale de la Santé. On parvint bientôt à établir l'origine alimentaire de l'épidémie et, quelques jours plus tard, l'analyse systématique de centaines d'échantillons d'aliments démontra que l'huile d'olive avait été le véhicule responsable de cette intoxication massive: cette huile contenait du tri-ortho-crésyl phosphate, substance électivement toxique pour le système nerveux, mêlé à l'huile par des marchands peu scrupuleux qui y avaient ajouté un nettoyant utilisé pour les moteurs de réactés. Comme toujours, cette huile d'olive avait été vendue en vrac au *souk* (marché rural en plein air) et son coût plus économique donnait l'explication de cet empoisonnement sélectif des gens ayant moins de ressources financières.

Le succès de l'enquête épidémiologique, — véritable histoire de détective, — et l'intervention consécutive de la police marocaine qui parvint à saisir et à détruire toute l'huile d'olive, pure ou frelatée, disponible à ce moment au travers de tout le Maroc, eurent comme résultat bienfaisant d'arrêter l'augmentation du nombre des victimes de la paralysie. Toutefois, à la fin de septembre 1959, il y avait déjà au Maroc 10,466 personnes gravement atteintes et présentant un grand besoin d'assistance dans ce pays « en voie de développement ».

D'après ce qu'on avait appris déjà sur ce genre d'empoisonnement, grâce aux rapports d'accidents semblables répertoriés dans la littérature médicale et en se basant sur les observations courantes réalisées parmi les victimes marocaines de l'huile toxique, il devint bientôt évident à tout médecin qui eut à traiter un de ces malades paralysés qu'il s'agissait d'une affection bien établie et suivie d'une invalidité de type permanent; il était clair également qu'on ne pouvait plus recourir à aucune mesure de prévention ou de traitement curatif dans un programme de soins médicaux devant être organisé pour les besoins immédiats des paralysés.

Un médecin français de l'Université de Rennes fut délégué au Maroc par l'Organisation Mondiale de la Santé et fut chargé de recommander au Ministère marocain de la Santé les mesures les plus appropriées à la solution de cet important problème de santé publique. Après son examen complet de la situation locale, le professeur Leroy suggéra l'établissement, sous la responsabilité du gouvernement, d'un programme de réadaptation fonctionnelle immédiat et adéquat; il présenta sa recommandation comme étant le seul procédé pouvant faire espérer la disparition, la correction ou l'amélioration de l'invalidité permanente rencontrée à divers degrés chez les intoxiqués marocains qui avaient été empoisonnés par une huile de cuisson frelatée.

Une fois leur décision prise de suivre les suggestions et les conseils du professeur Leroy, pour le bénéfice de leurs compatriotes invalides, les autorités marocaines avaient à faire face à une première difficulté: il s'agissait de trouver sur les lieux un minimum de personnel qualifié et de matériel nécessaire pour la conduite d'un programme efficace de réadaptation fonctionnelle. Ces premières exigences de base purent être facilement et rapidement évaluées dans un pays où, à cette époque, existait une absence absolue de personnel et d'équipement dans cette spécialité de la médecine physique.

En se rendant responsable aux niveaux administratif et financier de l'organisation de six centres de réadaptation adéquatement équipés et établis dans des bâtiments de fortune et dans des hôpitaux militaires abandonnés par les troupes françaises et espagnoles, le gouvernement marocain n'avait plus d'autre choix que de demander une assistance professionnelle étrangère qui se chargerait de recruter le personnel médical et paramédical nécessaire pour entreprendre la réadaptation fonctionnelle de ses citoyens infirmes.

Cet appel fut transmis par le Ministère marocain de la Santé et la Société du Croissant-Rouge marocain à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge de Genève. Ce dernier organisme est une fédération des 85 Sociétés nationales de la Croix-Rouge, du Croissant-Rouge, ainsi que du Lion et du Soleil Rouges à travers le monde; le nombre de ses membres s'élève à plus de 127 millions de personnes; son programme est d'encourager et d'aider en tout temps le travail des Sociétés nationales dans leur prévention et leur soulagement de la souffrance. La Ligue constitue une merveilleuse affiliation internationale dans les domaines de la santé et du

bien-être de professionnels voués au secours de l'humanité par leur participation aux programmes d'assistance qui sont organisés à l'occasion des désastres et des sinistres qui surviennent dans le monde. Au moment où la Société sœur du Croissant-Rouge marocain transmettait sa demande de secours, les opérations spécialisées de la Ligue dans le domaine de l'aide internationale étaient déjà multipliées à travers le monde, sous la conduite extraordinairement dynamique de M. Ray Schaeffer, Assistant spécial du Secrétaire général de la Ligue; déjà, au Maroc, de même qu'en Tunisie, depuis 1955, la Ligue supportait, à un coût énorme, pour du personnel, de la nourriture, des médicaments, des vêtements et des abris, une opération majeure de secours au bénéfice de plus de 250,000 réfugiés algériens. Cependant, dès qu'elle eut reçu la demande d'assistance du Croissant-Rouge marocain, la Fédération genevoise s'empressa de transmettre à plusieurs des Sociétés sœurs, choisies en rapport avec les exigences spécifiques de ce nouveau programme, un appel d'urgence concernant leur participation active à l'envoi de matériel et au recrutement de personnel. A partir de ce moment et durant les 18 mois qui suivirent, jusqu'au 30 juin dernier, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge se tint responsable au Maroc de la direction compétente et efficace d'une équipe médicale telle qu'on n'en avait jamais observée en temps de paix et qui avait été recrutée au prix des efforts considérables des Sociétés nationales de Croix-Rouge.

Le programme de rééducation au Maroc a nécessité la mobilisation du nombre le plus élevé de médecins spécialisés en médecine physique et de physiothérapeutes qui eussent jamais été requis dans le cadre d'une opération internationale. En raison du nombre relativement limité de ces spécialistes, les Sociétés nationales ont dû s'adresser aux hôpitaux, aux Ecoles de médecine et aux Ministères de la Santé afin de s'assurer les services d'un personnel dont les membres ne pouvaient accepter que des missions de durée limitée. Aussi, les Sociétés nationales durent-elles procéder à un recrutement pour ainsi dire continu de ces spécialistes.

En dépit de ces circonstances, le programme fut mis sur pied en l'espace de six semaines et 50 médecins, physiothérapeutes et infirmières spécialisées dans les soins à donner aux poliomyélitiques y prirent part. C'est le 21 novembre 1959 que la Ligue lançait son appel, et le programme international de rééducation, dont la direction fut assurée par le gouvernement marocain, avec la collaboration de

l'Organisation Mondiale de la Santé, fut mis en œuvre le 1er janvier 1960. Des garages, entrepôts et baraques militaires étaient hâtivement aménagés en centres de rééducation, cependant que le gouvernement se chargeait des frais considérables entraînés par les transformations indispensables. Le personnel administratif nécessaire pour l'exploitation des centres, et les quelque 150 aide-infirmières destinées à seconder le personnel médical et infirmier international ont été fournis par le gouvernement marocain. Le Professeur Gustave Gingras, Directeur de l'Ecole de médecine physique de l'Université de Montréal fut le premier délégué en chef et Chef de service de liaison médicale de la Ligue; c'est grâce à la Société de la Croix-Rouge canadienne qu'il fut possible de s'assurer son concours.

Au total, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge de 16 pays ont recruté et envoyé un personnel médical et infirmier s'élevant à 175 membres. La somme des heures de travail fourni par l'ensemble de ces collaborateurs équivaldrait à un siècle, au minimum, et les salaires s'élèveraient au bas mot à 2,135,000 Frs. suisses. Les frais inhérents à l'engagement du personnel — par exemple: voyage aller et retour au Maroc, salaires, primes d'entretien quotidien — ont été couverts par les Sociétés nationales qui se sont chargées du recrutement; la nourriture et le logement du personnel furent assurés par le gouvernement marocain.

M. Ray T. Schaeffer, Assistant spécial du Secrétaire général de la Ligue pour les opérations de secours, a assumé les fonctions de Directeur général de l'opération de secours de la Ligue. Le personnel fourni par les Sociétés nationales a été affecté aux différentes équipes sur une base internationale. En dépit des conditions de travail improvisées, des difficultés d'ordre linguistique et de l'obligation de travailler souvent par un froid glacial, les équipes ont, durant les six premières semaines, examiné 6,331 hommes, femmes et enfants, soit près des  $\frac{2}{3}$  du nombre total des victimes de la paralysie, ce qui a représenté la première étape du programme de réadaptation. Les patients inscrits s'élevaient, en fin de compte, à 10,466 au total. 1,844 d'entre eux étaient des enfants de moins de 15 ans, dont 300 à 400 exigeaient une hospitalisation de longue durée. Le second groupe des malades, âgés de 15 ans et plus, comprenait 8,622 sujets dont 60% de femmes.

La mise en œuvre du programme international de rééducation exigeait une quantité importante

de matériel sanitaire. C'est pourquoi, dans l'appel qu'elle avait lancé le 21 novembre 1959, aux Sociétés membres, la Ligue sollicitait de toute urgence l'envoi de 2,639 lits d'hôpitaux, entièrement équipés, de même qu'une certaine quantité de vêtements et de denrées alimentaires. En l'espace de 45 jours, les Sociétés nationales fournirent 2,639 lits d'hôpitaux qu'elles firent parvenir au Maroc; le matériel d'hôpital ainsi envoyé représente une valeur d'au moins 1,365,000 Frs. suisses. Sur le total de 150 tonnes d'équipement et de secours, plus de 100 tonnes furent transportées par air. Le nombre des avions de transport — soit 25 appareils — mis à disposition par les Forces aériennes de la République fédérale allemande, de la Turquie et des Etats-Unis fut le plus élevé qui eût jamais été mis en service dans un transport aérien organisé sous les auspices de la Ligue.

Les autres installations et équipements comprenaient notamment des piscines destinées à l'hydrothérapie qui furent aménagées ultérieurement dans les 6 centres de rééducation par les soins du Gouvernement marocain.

La plupart des victimes de la paralysie purent suivre leur traitement en tant que malades ambulatoires. Un service de transport fut organisé par le Ministère de la Santé du Maroc pour desservir les différents centres; ce service nécessita l'engagement d'un personnel chargé spécialement de transporter dans des ambulances les malades qui ne pouvaient pas marcher.

Entre le personnel médical de la Croix-Rouge et les paralysés devait s'établir un contact remarquable. Tandis qu'ils passaient d'une physiothérapeute à une autre pour suivre un traitement plus poussé, les patients insistèrent pour revoir la première physiothérapeute et lui montrer les progrès qu'ils avaient accomplis sur le plan de la motricité.

Dans une caserne ayant appartenu à la Légion étrangère fut créé un centre thérapeutique spécial pour enfants. Les jeunes patients purent bénéficier non seulement d'un traitement et de vêtements, mais encore d'une instruction scolaire et d'un cours préparatoire professionnel.

A l'origine, la participation de la Ligue au programme international de rééducation était censée prendre fin le 30 juin 1960; toutefois, avant le premier semestre 1960, le Croissant-Rouge et le gouvernement du Maroc prièrent la Ligue de poursuivre son action jusqu'à la fin de l'année. A la fin d'octobre 1960, le roi du Maroc, Mohamed V, demanda instamment à la Ligue de continuer son œuvre jusqu'au 30 juin 1961.

Par cette description du programme de secours pour les paralysés, on peut conclure facilement que, si, d'une part, la direction compétente et constante offerte par la Ligue et ses quartiers généraux de Genève est demeurée la base du succès de toute cette opération, d'autre part, la générosité des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et la compétence des professionnels ayant fait partie des équipes internationales de médecins et de physiothérapeutes ont garanti les résultats réalisés au cours de la réadaptation individuelle des malades paralysés.

On doit ici une mention toute spéciale au rôle remarquable rempli depuis le début jusqu'au terme du programme par notre Société canadienne de la Croix-Rouge. Répondant immédiatement à l'appel de secours de la Ligue, la Société canadienne de la Croix-Rouge a offert d'abord une contribution très substantielle en matériel hospitalier pour le programme de réadaptation des paralysés du Maroc: l'équipement et les fournitures qui furent alors expédiés au Maroc représentèrent 128 caisses contenant des draps, des édredons, des vêtements d'enfant et des chemises de nuit, 6,000 paires de chaussettes pour hommes et enfants, 1,156 trousseaux de secours de la Croix-Rouge de la Jeunesse et 3 caisses contenant du matériel orthopédique. Toutefois, l'effort le plus remarquable de la Société Canadienne de la Croix-Rouge fut certainement celui de maintenir, au cours de toute cette opération de secours, grâce à ses procédés efficaces de recrutement de même qu'à ses généreuses allocations, une équipe de médecins et de physiothérapeutes qui fut sans cesse la plus nombreuse parmi toutes celles ayant servi dans ce programme international de réadaptation: 1 ou 2 médecins spécialistes et 5 ou 6 physiothérapeutes qualifiés ont représenté le Canada sur chacune des 3 équipes recrutées par la Société canadienne de la Croix-Rouge durant les 18 mois qu'a duré ce programme; ce qui représente un grand total de 23 professionnels, dont 6 médecins et 17 physiothérapeutes, y compris 2 thérapeutes occupationnelles, délégués au Maroc entre le 27 décembre 1959 et le 30 juin 1961. La Société suisse de la Croix-Rouge fut la seule, parmi les 16 Sociétés nationales intéressées, qui réussit à maintenir au Maroc un personnel total plus considérable.

Il convient d'insister encore ici sur le fait que cette contribution impressionnante de la Société canadienne de la Croix-Rouge fut doublée d'un souci constant de sélection d'un personnel qui fut grandement apprécié et très profitablement employé par les dirigeants du programme de réadaptation

et dont nous fûmes tous orgueilleux en tant que Canadiens participant à cette opération. Au début du programme et au moment de l'arrivée au Maroc des premières équipes internationales, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge désigna comme son délégué en chef et comme officier médical de liaison auprès du Ministère marocain de la Santé le professeur Gustave Gingras de l'Université de Montréal. Deux autres médecins canadiens succédèrent au Dr Gingras dans cette double fonction de délégué en chef et d'officier médical de liaison: le Dr Max DesMarais, de Winnipeg, et le signataire de ces lignes; c'est ainsi que la direction du programme de la Ligue, durant toute la première année des 18 mois de cette opération, demeura la responsabilité d'un représentant de la Société canadienne de la Croix-Rouge. De plus, les 3 autres médecins canadiens recrutés par la Société canadienne de la Croix-Rouge furent tous nommés à la direction d'un centre de réadaptation durant leur collaboration au programme de secours pour les paralysés marocains. Enfin, quelques-unes des physiothérapeutes canadiennes déléguées au Maroc furent aussi nommées comme physiothérapeutes en charge d'un des centres de réadaptation, à la direction des traitements entrepris par le personnel international de divers pays, et 2 des Canadiennes recrutées par la Société canadienne de la Croix-Rouge furent plus tard prêtées à l'Organisation Mondiale de la Santé comme professeurs pour un cours spécial de physiothérapie organisé à Rabat au bénéfice des étudiants marocains.

En concluant tout ceci, il est probablement convenable de mentionner les résultats de ce programme de la Croix-Rouge qui s'est terminé au 30 juin 1961. Sur le total des victimes, quelque 9,600 malades auront pu suspendre tout traitement en fin juin, bien que parmi eux, un certain nombre devront se soumettre à un contrôle médical périodique. L'assistance médicale aux quelque 340 paralysés devant poursuivre un traitement régulier après le 30 juin ainsi qu'à un nombre à peu près égal de victimes astreintes à un contrôle médical périodique sera entreprise sous les auspices du programme du Ministère marocain de la Santé et, à cette fin, une équipe marocaine spécialement formée l'an dernier en physiothérapie et secondée par un petit groupe de spécialistes étrangers, sous contrat gouvernemental, se consacrera à cette tâche.

#### Résumé

Le programme de réadaptation entrepris par la Croix-Rouge Internationale pour 10,000 Marocains paralysés à la suite de leur ingestion d'huile fre-

latée a pris fin le 30 juin 1961; 9,600 malades ont reçu leur congé à la suite de leur réadaptation fonctionnelle satisfaisante depuis le début de cette opération le 1er janvier 1960; les autres paralytiques viennent d'être confiés aux autorités du Ministère marocain de la Santé qui continuera leur réadaptation, grâce à un personnel marocain formé sur place depuis cet accident sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé et qui travaillera sous la direction de thérapeutes étrangères qualifiées engagées par le gouvernement marocain. Ce sont là les résultats encourageants qui couronnent une action médicale sans précédent. Le mérite doit en être attribué à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge pour son habile direction, aux Sociétés nationales de la Croix-Rouge de seize pays pour leur recrutement et leur envoi au Maroc de 180 médecins et physiothérapeutes qualifiés, aux autorités marocaines pour leur contribution en effectifs matériels et en personnel. Les malades ont été réadaptés dans six centres, dont deux centres d'hospitalisation. Les méthodes de restauration employées se sont limitées aux massages, aux exercices, à l'hydrothérapie et à l'emploi d'appareils orthopédiques. Un programme de thérapie d'occupation a été établi dans trois des six centres. A cause du chômage prévalant au Maroc, 90% des malades réadaptés fonctionnellement ont maintenant besoin d'un programme de reclassement professionnel déjà entrepris à la suite des recommandations soumises par le Bureau International du Travail.

#### Summary

The International Red Cross Rehabilitation Program of 10,000 Moroccans paralyzed by adulterated oil has been terminated on June 30, 1961; 9,600 patients have been discharged from treatment since the beginning of the operation on January 1, 1960; the other paralysis victims have been transferred to the Moroccan Ministry of Health program operated by Moroccan staff trained since this accident under World Health Organization auspices and supervised by a few foreign qualified therapists employed under Moroccan Government contract. Very gratifying results have been obtained through this unprecedented medical action. The credit should go to the League of Red Cross Societies for its leadership, to the National Red Cross Societies of 16 countries for their recruitment and maintenance in Morocco of 180 qualified physicians and therapists, to the Moroccan authorities for their contribution in physical facilities and local aids. The patients have been rehabilitated in six centres, two of which were for in-patients. Restoration methods have been limited to massage, exercises, hydrotherapy, and bracing. Occupational therapy has been developed in three centres. Due to the national unemployment situation, 90% of the physically restored patients now need a vocational resettlement program already undertaken following recommendations made by the International Labour Office.

ANNEXE I

*Personnel étranger affecté par l'intermédiaire de sociétés nationales  
à l'action de secours en faveur des paralysés au Maroc.  
1er janvier 1960 - 30 juin 1961.*

Société nationale	Médecins	Physiothérapeutes	Infirm.	Ergothérapeutes	Admin.	Secrét.	Divers	Total
1. Allemagne (Rép. féd.) ...	4	3	5				2	14
2. Australie .....		2						2
3. Autriche .....			1					1
4. Belgique .....	1	1						2
5. Canada .....	6	17*						23
6. Danemark ....	1	4						5
7. Etats-Unis ....	5	12	2			1		20
8. Finlande .....	1	4			1			6
9. France .....	1	5		1				7
10. Norvège .....	1	3			1			5
11. N.-Zélande ...		1						1
12. Pays-Bas .....	2	2						4
13. Roy.-Uni .....	3	8						11
14. Suède .....	7	12					1	20
15. Suisse .....	10	18*	4	4	2	5	3	46
16. Turquie .....	6		2					8
Ligue .....					1	4		5
<i>Total</i> .....	48	92	14	5	5	10	6	180

\* Canada — y compris 2 ergothérapeutes.  
Suisse — y compris 3 ergothérapeutes.

*Personnel divers:* Allemagne (Rép. féd.): 2 techniciens orthopédistes.  
Suède: 1 technicien orthopédiste.  
Suisse: 2 techniciens orthopédistes et 1 moniteur de sports.

ANNEXE II

*Délégués en chef et officiers médicaux de liaison dans le programme  
de réadaptation des paralysés du Maroc  
1er janvier 1960 - 30 juin 1961.*

Noms	Recruté par	Dates	Fonction professionnelle
Prof. Gustave Gingras	Croix-Rouge canadienne	20-12-59 - 14-2-60	Directeur, Ecole de Réhabilitation, Université de Montréal et Institut de Réhabilitation de Montréal.
Docteur Max Desmarais	Croix-Rouge canadienne	20-1-60 - 15-5-60	Directeur du Département de Médecine Physique des Hôpitaux Municipaux de Winnipeg.
Docteur Bertrand Primeau	Croix-Rouge canadienne	1-5-60 - 2-1-61	Chef de la Division de la Réadaptation médicale, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.
Docteur Wilhelm Zinn	Croix-Rouge suisse	29-12-60 - 5-4-61	Directeur du Centre de Réadaptation de Bad Regaz.
Docteur Duri Gross	Croix-Rouge suisse	5-4-61 - 30-6-61	Assistant-directeur de la Clinique de l'Université de Zurich et de l'Institut de Rhumatologie.

## ÉTUDE DU PROFIL HÉPATIQUE DANS L'ALCOOLISME CHRONIQUE

Lucien L. COUTU, Ph.D., F.R.C.P. (C).<sup>1</sup>

L'étude de plusieurs patients, souffrant d'alcoolisme chronique, nous a fait observer qu'il n'existe pas toujours de corrélation étroite entre l'impression clinique et l'instantané hépatique. Dans certains cas en effet, alors qu'il semble que nous soyons en présence d'une cirrhose bien établie, les fonctions hépatiques s'avèrent dans les limites de la normale. Quelquefois au contraire, un examen à peu près négatif s'accompagne de tests très perturbés. Afin de rechercher l'existence ou l'absence de relation entre l'examen du point de vue hépatique et les épreuves biochimiques, nous avons convenu de faire systématiquement des tests du foie à un certain nombre de malades.

direction du docteur Marc Francoeur. Le tableau I montre à combien de patients on a fait subir chacune des épreuves ci-haut mentionnées. Le tableau II permet de constater le pourcentage de malades ayant eu de une à dix analyses faites au cours de cette expérience. Le tableau III donne la répartition des tests hépatiques selon leur catégorie à savoir: épreuves de synthèse des protéines, de métabolisme, d'excrétion et autres.

### RÉSULTATS

Afin de permettre une appréciation plus rapide des données obtenues pour chacun des tests hépatiques, nous avons cru utile de présenter nos résultats

**TABEAU I**  
**TESTS HEPATIQUES CHEZ 78 ALCOOLIQUES CHRONIQUES**

GENRE DE TESTS	NOMBRE PATIENTS	NORMAL	ANORMAL	% ANORMAUX
Electr. protéines	49	18	31	63
Thymol trouble	54	10	44	81
Thymol flocculation	54	44	10	19
Céphaline-Chol.	34	14	20	59
Cholestérol total	34	25	9	26
Esters du Cholestérol	27	7	20	74
Prothrombine	25	24	1	4
Urobiline (urines)	78	26	52	67
Phosphatases alcalines	11	11	0	0
Bromesulfaléine	46	32	14	30
Transaminases	15	10	5	33

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons choisi 78 alcooliques fréquentant régulièrement la clinique de l'Hôtel-Dieu de Montréal pour leur faire un examen complet du point de vue hépatique, de même qu'un certain nombre d'épreuves fonctionnelles. L'âge de ces patients variait de 20 à 75 ans. Parmi eux, 71% étaient des hommes et 29% des femmes. Les épreuves qui furent pratiquées sont les suivantes: électrophorèse des protéines (1), thymol (2), céphaline-cholestérol (3), cholestérol total (4), esters du cholestérol (5), prothrombinémie (6), urobiline urinaire (7), phosphatase alcaline (8), bromesulfaléine (9) et transaminases (10). Tous ces tests ont été faits au laboratoire de biochimie de l'Hôtel-Dieu, sous la

sous forme de tableaux. Chacun d'eux permet de comparer l'impression clinique (volume du foie,

**TABEAU II**  
**NOMBRE DE PATIENTS EN REGARD DU  
NOMBRE DE TESTS HEPATIQUES DETERMINES**

NOMBRE TESTS	NOMBRE PATIENTS	POURCENTAGE
10	1	1
9	7	9
8	9	12
7	6	8
6	5	6
5	28	36
4	11	14
3	6	8
2	5	6
1	0	0

<sup>1</sup> Professeur assistant à la Faculté de Médecine, Université de Montréal. Directeur de la Clinique d'Alcoolisme. Hôtel-Dieu de Montréal. Directeur médical, Hôtel-Dieu de Montréal.

TABLEAU III  
REPARTITION DES TESTS HÉPATIQUES  
SELON LEUR CATÉGORIE

CATÉGORIE	NOMBRE TESTS	NOMBRE PATIENTS	POURCENTAGE
Synthèse protéines	3	29	37
	2	19	24
	1	27	35
Métaboliques	3	10	13
	2	40	51
	1	28	36
Excrétions	3	8	10
	2	26	33
	1	36	46
Autres	1	15	19

présence ou non de cirrhose) avec la réponse trouvée pour telle ou telle épreuve fonctionnelle. Il est à noter que les signes +, que l'on aperçoit dans la colonne marquée « cirrhose », signifient que le clinicien a soupçonné cette maladie au cours de son examen, soit à cause d'un subictère des conjonctives, de la présence d'angiomes étoilés, d'une circulation collatérale, d'ascite ou d'autres signes révélateurs. Dans les colonnes « volume du foie », le

nombre de + indique de combien de travers de doigts le foie se palpaît au-dessous du rebord costal ou semblait diminué de volume.

a) *Electrophorèse des protéines.*

Nous avons pratiqué des électrophorèses des protéines chez 49 patients. Sur ce nombre, 18 (37%) se sont avérées absolument normales; 31 malades (63%) ont montré une déviation quelconque d'une ou plusieurs fractions.

Si nous observons les résultats de ces épreuves électrophorétiques présentant certaines anomalies, (cf. tableau IV) nous pouvons tirer diverses conclusions.

Les protéines totales n'ont révélé aucune perturbation. Le rapport A/G a été normal chez 2 patients (6%), au-dessous de la normale chez 28 (91%) et au-dessus de un seul patient (3%).

Une diminution de l'albumine sérique a pu être observée uniquement chez 6 malades (19%).

Enfin, l'étude des globulines montre des anomalies dans la fraction gamma pour 7 patients (23%), dans la fraction bêta pour 3 (10%), dans la fraction alpha<sub>2</sub> pour 2 (6%) et dans la fraction al-

TABLEAU IV

Cas	Age	Sexe	Années aic.	ELECTROPHORESE DES PROTEINES						App. clin.			
				Protéines totales 6.0-8.0 Gm%	A/G 1.1-1.6	Albumine 3.0-4.9 Gm%	GLOBULINES				Vol. foie		Cir- rhose
							Y 0.72-1.44 Gm%	B 0.6-1.12 Gm%	a <sub>2</sub> 0.36-0.96 Gm%	a <sub>1</sub> 0.18-0.48 Gm%	↑	↓	
1	53	H	40	6.10	0.99	3.04	1.13	0.73	0.77	0.43	7+	-	+
2	49	H	33	6.19	0.97	3.03	1.23	0.87	0.67	0.39	2+	-	+
3	38	H	28	6.24	0.94	2.93	1.10	1.08	0.69	0.44	6+	-	+
4	44	H	28	6.38	0.82	2.90	1.41	0.95	0.70	0.42	-	-	-
5	49	H	24	6.75	0.77	2.94	1.28	1.14	0.87	0.52	1+	-	+
6	50	H	30	6.56	0.85	3.00	1.32	0.99	0.79	0.46	10+	-	+
7	47	H	20	6.32	1.25	3.50	0.72	0.78	0.98	0.34	5+	-	-
8	43	H	26	7.12	0.92	3.41	1.51	0.97	0.89	0.34	3+	-	-
9	25	H	8	6.31	1.01	3.15	1.19	0.91	0.73	0.33	-	-	+
10	58	H	26	5.08	0.93	2.46	0.86	0.71	0.71	0.34	-	-	+
11	41	F	23	6.19	1.0	3.13	1.01	1.01	0.69	0.35	-	-	-
12	39	F	22	6.52	1.09	3.41	1.03	0.89	0.79	0.40	-	3+	-
13	38	H	21	6.84	0.62	2.63	1.89	0.95	0.93	0.44	1+	-	+
14	45	H	29	5.93	0.88	2.76	1.31	0.87	0.63	0.36	2+	-	+
15	43	H	23	7.12	1.03	3.62	1.57	0.90	0.71	0.32	2+	-	+
16	28	H	22	7.75	1.07	3.99	1.52	0.98	0.83	0.43	1+	-	+
17	28	H	10	6.19	1.09	3.24	1.24	0.77	0.59	0.35	-	-	-
18	35	H	17	6.93	0.84	3.16	1.66	1.11	0.62	0.38	4+	-	-
19	44	F	10	6.42	0.99	3.23	1.24	1.00	0.65	0.30	-	-	-
20	48	F	20	6.93	0.81	3.10	1.41	1.06	0.94	0.42	-	-	-
21	47	F	10	6.56	0.92	3.14	1.43	0.83	0.79	0.37	-	-	+
22	30	F	11	6.75	1.09	3.52	1.39	0.99	0.57	0.38	-	2+	+
23	58	F	22	6.84	1.0	3.42	1.35	0.85	0.85	0.37	-	3+	+
24	30	F	12	6.45	1.02	3.23	1.17	0.92	0.72	0.41	-	2+	+
25	42	F	20	6.44	1.02	3.22	1.30	0.88	0.64	0.40	3+	-	+
26	74	H	56	7.52	0.96	3.71	1.29	1.29	0.75	0.48	-	-	+
27	62	H	42	7.12	1.0	3.56	1.24	1.15	0.74	0.43	-	-	+
28	32	H	18	7.30	1.75	4.64	0.61	0.99	0.78	0.28	-	1+	-
29	40	H	18	6.46	1.04	3.29	1.23	0.97	0.58	0.39	2+	-	-
30	48	F	25	7.93	1.13	4.13	1.14	1.33	0.97	0.36	-	-	+
31	52	F	30	7.63	1.0	3.88	2.11	0.82	0.62	0.27	-	-	+

TABLEAU V

## THYMOL

Cas	Age	Sexe	Années alc.	Trouble 3.0 u.	Floculation nég.	App. clin.		
						Vol. foie ↑	↓	Cir- rhose
1	53	H	40	3.65	-	7+	-	+
2	50	H	19	5.0	-	4+	-	+
3	49	H	33	2.90	-	2+	-	+
4	38	H	20	7.39	++	6+	-	+
5	32	F	6	5.66	-	5+	-	-
6	49	H	24	13.58	-	1+	-	+
7	50	H	30	2.75	-	10+	-	+
8	28	F	17	5.44	-	-	-	-
9	43	H	26	3.4	-	-	2+	-
10	41	H	27	5.88	++	-	-	+
11	40	F	20	3.8	-	2+	-	+
12	51	H	34	6.54	-	1+	-	-
13	41	F	23	4.8	-	-	-	-
14	48	H	26	5.4	-	-	-	+
15	28	F	8	8.86	+++	1+	-	+
16	38	H	21	7.4	-	1+	-	+
17	45	H	29	3.6	-	2+	-	+
18	42	H	23	9.89	+++	-	-	+
19	48	H	25	4.4	-	-	-	-
20	43	H	23	7.2	-	2+	-	+
21	28	H	22	12.4	-	1+	-	+
22	28	H	10	5.88	-	-	-	-
23	35	H	17	12.8	-	4+	-	-
24	44	F	10	4.88	-	-	-	-
25	32	F	3	8.4	-	-	-	-
26	47	F	10	5.88	-	-	-	-
27	30	F	11	8.0	+	-	2+	+
28	28	H	13	3.4	-	-	-	-
29	58	H	22	2.75	-	-	3+	+
30	30	F	12	6.07	++	-	2+	+
31	42	F	20	5.44	+++	3+	-	+
32	74	H	56	5.88	-	-	-	+
33	62	H	42	3.6	-	-	-	-
34	48	H	31	5.22	-	-	-	+
35	39	H	19	4.0	-	-	1+	+
36	48	F	15	6.32	-	-	-	+
37	52	H	30	25.80	++	-	-	+
38	43	H	24	3.4	-	-	-	-
39	44	H	29	3.2	-	-	-	-
40	51	H	32	5.44	-	-	-	-
41	45	H	25	7.4	++	2+	-	-
42	38	H	23	5.22	-	-	-	-
43	34	H	19	5.88	+	-	-	-
44	31	H	15	5.88	-	2+	-	+

pha<sub>1</sub> pour 1 (3%). Des 4 sommets de la courbe des globulines, l'on constate que c'est la fraction alpha<sub>1</sub> qui est la moins touchée. De plus, il faut noter que les quelques écarts dans les 4 fractions sont toutes, sauf pour un cas, dans le sens de la surélévation par rapport à la normale. Chez les patients qui ont présenté une anomalie quelconque dans leur électrophorèse, on a trouvé un foie augmenté de volume de 1 à 10+ dans 14 cas et diminué de volume de 1 à 3+ dans 4 cas; une cirrhose a été soupçonnée chez 24 malades.

une anomalie du thymol trouble. Sur les 44 cas de thymol trouble anormal, 15 présentaient 6 unités et plus (34%).

Quant à la céphaline-cholestérol, elle s'est chiffrée de 1 à 4+ après 48 heures chez environ 2/3 des patients. Il convient de mentionner cependant que seulement 7 malades, soit 35% ont eu une floculation de 3 ou 4+ après 48 heures.

Dans le cas du thymol, 18 patients avaient un foie augmenté de volume dépassant le rebord costal de 1 à 7 travers de doigts; chez 5 patients cet or-

TABLEAU VI  
CEPHALINE-CHOLESTEROL

Cas	Age	Sexe	Années alc.	Négative après 48 h.	App. clin.		
					Vol. foie		Cirrhose
					↑	↓	
1	42	H	20	1+	-	-	-
2	49	H	33	2+	2+	-	+
3	32	F	6	2+	5+	-	-
4	38	H	20	1+	6+	-	+
5	37	H	20	3+	-	3+	+
6	44	H	28	1+	-	-	-
7	49	H	24	2+	1+	-	+
8	28	F	8	3+	1+	-	+
9	38	H	21	1+	1+	-	+
10	45	H	29	2+	2+	-	+
11	42	H	23	3+	-	-	+
12	28	H	10	1+	-	-	-
13	47	F	10	1+	-	-	-
14	39	H	19	4+	-	1+	+
15	42	F	20	4+	3+	-	+
16	62	H	42	1+	-	-	-
17	45	H	25	1+	2+	-	-
18	38	H	23	1+	-	-	-
19	34	H	19	3+	-	-	-
20	48	H	26	4+	-	-	+

b) *Thymol et céphaline-cholestérol.*

Parmi les tests de floculation, nous nous sommes intéressés aux deux les plus employés, la céphaline-cholestérol et le thymol. Ce dernier a été fait chez 54 patients et trouvé anormal chez 44 d'entre eux (81%). La céphaline-cholestérol fut déterminée chez 34. Le thymol pour 10 patients (23%) a montré une déviation à la fois des aspects trouble et floculation; 34 cas (77%) ont donné uniquement

gane était diminué de volume (1 et 2+). Chez 25 malades on a soupçonné une cirrhose. Dans le cas de la céphaline-cholestérol, 9 patients ont présenté un foie augmenté de volume (1 à 6+), 2 ont montré une atrophie hépatique (1 à 3+) et une cirrhose a été diagnostiquée chez 11 patients.

c) *Cholestérol total et esters.*

Nous avons fait l'étude du cholestérol total chez 34 patients et pour 27 d'entre eux nous avons éga-

lement déterminé les esters du cholestérol. Le tableau VII rapporte les cas présentant une anomalie du cholestérol ou de ses esters. On notera que le cholestérol total s'est avéré quelque peu anormal, c'est-à-dire de 270 à 350 mg.% chez seulement 9 patients (26%). Quant aux esters, nous les avons trouvés au-dessous de la normale chez 8 cas (30%) et au-dessus pour 12 (44%). Chez 9 malades, on a observé un foie augmenté de volume de 1 à 10 travers de doigts; par ailleurs, 5 patients ont mon-

été trouvée anormale dans 52 cas (67%). Il s'agit ici d'une détermination qualitative ayant peu de signification clinique.

f) *Phosphatase alcaline.*

La teneur plasmatique de cette enzyme a été calculée chez 11 patients et les chiffres résultant ont tous été dans les limites de la normale.

g) *Bromesulfaléine.*

Ce test d'excrétion suffisamment sensible a été

TABLEAU VII  
CHOLESTEROL & ESTERS

Cas	Age	Sexe	Années alc.	Cholestérol total 130-270 mgm%	Esters du Cholestérol		App. clin.		
					mg%	70-75 %	Vol. foie ↑	↓	Cir- rhose
1	42	H	20	300	171	57	-	-	-
2	50	H	19	326	212	65	4+	-	+
3	50	H	43	175	138	79	7+	-	+
4	59	H	33	130	-	-	2+	-	+
5	38	H	20	277	189	66	6+	-	+
6	37	H	20	235	196	83	-	3+	+
7	50	H	30	216	170	79	10+	-	+
8	47	H	20	277	213	77	5+	-	-
9	25	H	8	256	-	-	-	-	-
10	34	F	17	216	-	-	-	-	-
11	58	F	26	293	226	77	-	-	+
12	41	H	27	200	-	-	-	-	+
13	28	F	8	270	226	84	1+	-	+
14	45	H	29	190	120	62	2+	-	+
15	48	H	25	125	-	-	-	-	-
16	35	H	17	355	259	73	4+	-	-
17	44	F	10	326	-	-	-	-	-
18	48	H	20	277	191	69	-	-	-
19	47	F	10	185	120	65	-	-	-
20	38	H	19	201	168	83	-	1+	+
21	58	H	22	221	175	79	-	3+	+
22	62	H	42	212	121	57	-	-	-
23	51	H	32	212	170	80	-	-	-
24	32	H	18	212	168	79	-	1+	+
25	38	H	23	218	172	79	-	-	-
26	34	H	19	212	170	80	-	-	+
27	48	F	15	260	174	67	-	-	-

tré un foie atrophie (1 à 3+); enfin, on a constaté une cirrhose chez 15 malades.

d) *Prothrombinémie.*

Nous avons déterminé le taux de la prothrombinémie chez 25 patients; elle était normale chez 24 d'entre eux, soit 96%. En conséquence, nous n'avons pas jugé bon de rapporter, sous forme de tableau, les résultats de cette épreuve hépatique.

e) *Urobiline dans les urines.*

L'urobiline a été dosée au cours d'analyses d'urines de routine chez les 78 patients étudiés; elle a

fait chez 46 de nos patients et s'est avéré normal chez 32 d'entre eux, soit 70% et anormal chez 14 (30%). Nous avons rapporté dans le tableau VIII les résultats anormaux obtenus chez ces derniers. On notera que 7 malades, soit 50%, ont retenu après 45 minutes, plus de 10% du colorant injecté. Parmi les patients qui ont présenté un bromesulfaléine anormal, le foie a été trouvé augmenté de volume de 2 à 10 travers de doigts chez 3 d'entre eux, et atrophie (2 à 3+) chez 3 autres. Parmi les 14 patients présentant un test anormal, 8 ont été soupçonnés de cirrhose.

TABLEAU VIII  
BROMESULFALEINE

Cas	Age	Sexe	Années alc.	45 min. = 7%	App. clin.		Cirrhose
					Vol. foie ↑	↓	
1	37	H	20	13.3	-	3+	+
2	39	H	22	12.8	-	3+	+
3	38	H	21	23.4	1+	-	+
4	38	H	20	11.4	6+	-	+
5	48	H	25	8.4	-	-	-
6	44	F	10	7.3	-	-	-
7	50	H	30	10.8	10+	-	+
8	47	H	21	8.9	-	-	-
9	30	F	12	11.9	-	2+	+
10	74	H	56	8.4	-	-	+
11	62	H	42	8.0	-	-	-
12	45	H	25	9.9	2+	-	-
13	41	F	23	8.8	-	-	-
14	48	F	15	10.8	-	-	+

h) *Transaminases.*

On attache de plus en plus d'intérêt aux transaminases. Ces enzymes s'élèvent dans le sang lorsqu'il y a nécrose musculaire ou hépatique. Nous avons cru bon de doser la teneur sanguine des transaminases chez 15 de nos patients. Le tableau IX laisse voir qu'un faible pourcentage de malades (13%) présentent une anomalie de SGP-T. Quant à la transaminase SGO-T, nous l'avons trouvée anormale dans 27% des cas, soit chez 4 malades. Nous avons constaté un foie hypertrophié chez 3 patients (1 à 6+) et atrophié chez 3 autres (1 à 2+); le clinicien a soupçonné une cirrhose chez 7 patients.

DISCUSSION

Si l'on veut apprécier à leur juste valeur les résultats donnés en regard des diverses fonctions hépatiques chez l'alcoolique, il y a lieu au préalable de faire certaines remarques. Parmi les tests de floculation, il faut se rappeler que la céphaline-cholestérol est une épreuve très sensible et que parfois des résultats fortement positifs sont obtenus en présence d'une lésion assez peu importante du parenchyme hépatique (12). A tout événement, il n'y a pas lieu de considérer cette épreuve positive, à moins que l'on ait des chiffres de 3 à 4+ après 48 heures. Le thymol n'est pas un test très sensible, mais il est tout de même le plus fidèle selon Guy

TABLEAU IX  
TRANSAMINASES

Cas	Age	Sexe	Années alc.	SGO-T 10-40	SGP-T 5-35	App. clin.		Cirrhose
						Vol. foie ↑	↓	
1	53	H	40	16	9	6+	-	+
2	38	H	20	40	24	6+	-	+
3	28	F	8	22	20	1+	-	+
4	44	F	10	26	17	-	-	-
5	48	H	20	28	25	-	-	-
6	39	H	19	24	11	-	1+	+
7	44	H	29	38	49	-	-	-
8	28	H	13	18	11	-	-	-
9	30	F	12	68	23	-	2+	+
10	62	H	42	42	31	-	-	-
11	51	H	32	26	13	-	-	-
12	32	H	18	32	9	-	1+	+
13	43	H	24	106	28	-	-	-
14	34	H	19	12	12	-	-	-
15	48	F	15	120	56	-	-	+

Albot (12). Il faut distinguer le thymol trouble du thymol floculation. Ce n'est pas véritablement un indice de la fonction hépatique (13). Le thymol trouble est un test plus rapide que celui de la floculation (13). Il peut être élevé lorsqu'il y a une hyperlipémie; par contre la céphaline-cholestérol n'est pas influencée par ce phénomène (11). Le thymol floculation est plus délicat vu qu'il est rarement positif en l'absence d'une atteinte de la cellule hépatique. Une lecture au-dessus de 2+ est considérée positive (13).

L'électrophorèse des protéines, il faut se le rappeler, n'est pas une épreuve spécifique du foie (12, 13). De plus, bien que les perturbations électrophorétiques soient assez constantes dans les cas de cirrhose franche, elles sont assez peu marquées à la phase de début de cette maladie. On note généralement dans la plupart des cirrhoses que les albumines sont nettement diminuées alors que les globulines sont augmentées et surtout aux dépens des fractions bêta et gamma (14). Les protéines totales ne sont abaissées que dans les cas de maladies hépatiques fort avancées (13).

Dans les tests dits métaboliques, les esters du cholestérol ont certes une signification assez grande dans les atteintes hépatiques graves. On sait en effet qu'une diminution des esters est beaucoup plus importante du point de vue diagnostique que les variations du cholestérol total (13). Une augmentation selon nous a peu de signification.

La prothrombine plasmatique tend à s'abaisser dans la maladie hépatique. Ce n'est cependant pas la seule protéine sanguine qui ait tendance à être réduite dans ce cas. En effet, le fibrinogène, l'accélérateur de la globuline plasmatique (facteur V, facteur labile) et la convertine (facteur VII, facteur stable) peuvent afficher elles aussi une diminution assez importante de leur teneur dans le sang (11). Pour que la prothrombinémie soit abaissée, il faut qu'il y ait une atteinte hépatique importante, malabsorption de vitamine K au niveau de la paroi intestinale ou encore carence de cette vitamine (11).

L'urobilinogène urinaire est certes un bon test lorsqu'il est déterminé quantitativement. Dans notre étude, seule une évaluation qualitative a été faite; c'est pourquoi nous accordons à cette épreuve une valeur tout à fait relative. Enfin, pour ce qui regarde les tests d'excrétion: cholestérol total, phosphatase alcaline et bromesulfaleine, il y a lieu de faire certaines distinctions. En effet, les deux premières épreuves ne sont modifiées qu'en présence d'une obstruction extra-hépatique. Quant au bro-

mesulfaleine, c'est un test qui est l'équivalent pour le foie de l'élimination de la phénol-sulfone- phtaleine pour le rein (15). Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur l'importance clinique de ce test d'excrétion. En effet, certains le placent à l'honneur, d'autres au contraire semblent l'ignorer complètement. Pour Hardy (15), il existe une perturbation importante de l'élimination du B.S.P. dans 90% des cas de cirrhose.

Quant aux transaminases, il y a eu une étude très intéressante faite récemment chez des malades atteints d'alcoolisme chronique, au cours de la phase aiguë. On a constaté que la SGO-T s'élève beaucoup plus rapidement et d'une façon plus marquée que la SGP-T. De plus, tandis que la SGO-T s'abaisse dans les 8 ou 10 jours qui suivent le début de l'abstinence, la SGP-T reste élevée dans le sang pour une période d'au moins 3 semaines (16).

A la lumière des remarques précédentes, discutons maintenant nos résultats. Si nous faisons exception du thymol trouble qui s'est avéré positif dans 81% des cas et qui à notre sens, vu les facteurs d'erreurs possibles, a peu de signification clinique, de même que la phosphatase alcaline et la prothrombine qui n'ont pas été trouvées anormales étant donné qu'aucun de nos patients ne présentaient une histoire d'obstruction extra-hépatique, nous constatons que 15 à 33% des malades ont eu des tests hépatiques anormaux avec une moyenne de 24%. Au sujet des corrélations que nous avons tenté de faire, entre l'état clinique du patient et l'instantané hépatique, nous pouvons dire, d'une façon générale, qu'il y a concordance dans environ 39% des cas avec des limites allant de 23 à 55%. Cette concordance signifie que le foie est augmenté ou diminué de volume ou encore que le clinicien a soupçonné une cirrhose. Comme on peut s'en rendre compte, par l'observation des différents tableaux, une image pathologique évidente peut s'accompagner de fonctions hépatiques sensiblement normales; parfois un examen négatif est associé à des tests biochimiques très perturbés.

#### CONCLUSIONS

Les épreuves biochimiques habituellement employées, et dont nous avons fait usage dans notre expérience chez des alcooliques, ne semblent pas servir d'indices assez sensibles de l'état fonctionnel du foie. Elles concordent dans un faible pourcentage de cas avec le tableau clinique. Il serait opportun, croyons-nous, de développer des tests beaucoup plus fiables des fonctions hépatiques qui nous permettraient de déceler au début toute perturbation

de cet organe et qui en favoriseraient peut-être la correction plus précoce. Dans ce but, nous avons l'intention de faire l'essai de nouvelles épreuves telles la tolérance à l'arginine et la tolérance à l'acide glutamique.

#### Résumé

Parmi les patients que nous avons suivis régulièrement à la Clinique d'Alcoolisme de l'Hôtel-Dieu, nous avons fait subir à 78 d'entre eux un bilan hépatique complet. Le thymol, la céphaline-cholestérol et le bromesulfaléine sont les épreuves qui ont donné les meilleures réponses. Il est assez difficile cependant d'établir une corrélation étroite entre l'examen clinique et les résultats obtenus au laboratoire. Nous croyons qu'il y aurait lieu de développer des épreuves plus sensibles qui permettraient de déceler à leur début les atteintes hépatiques.

#### Summary

Among patients regularly treated in our Alcoholic Clinic, 78 were chosen to have a complete survey of their hepatic functions. Thymol, Cephalin-cholesterol and Bromsulfalein were the tests which have given the most reliable answer.

However, it is rather difficult to establish a close relationship between clinical status and laboratory functions. We feel that more sensitive tests should be developed in order to detect hepatic failure at its very beginning.

#### REMERCIEMENTS

Ce travail a pu être réalisé grâce à une subvention du Ministère provincial de la Santé.

Nous sommes reconnaissants à plusieurs maisons pharmaceutiques qui ont consenti à fournir des médicaments à nos patients.

Nous tenons à remercier Garde Fabienne Pelletier et Mlle Béatrice Michaud pour leur excellente collaboration.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. FRANCOEUR, Marc: Technique modifiée de l'électroporèse des protéines sur papier. Communication personnelle, 1960.
2. SIMMONS, J.S., et GENTYKOWS, C.J.: *Medical and Public Health Laboratory Methods*. Lea and Febiger, Philadelphie, 1955; p. 90.
3. SIMMONS, J.S., et GENTYKOWS, C.J.: *Medical and Public Health Laboratory Methods*. Lea and Febiger, Philadelphie, 1955; p. 95.
4. BENNIE, Zak: Simple Rapid Microtechnic for Serum Total Cholesterol. *Am. J. Clin. Path.*, **27**: 583, 1957.
5. BENNIE, Zak; DICKENMAN, R.C.; WHITE, E.G.; BURNETT, H.; CHERNEY, P. J.: Rapid Estimation of Free and Total Cholesterol. *Am. J. Clin. Path.*, **24**: 1307, 1954.
6. LONG, L., et COLPRON, G.: Technique de Quick modifiée pour la prothrombinémie sur sang total. Communication personnelle, 1960.
7. SIMMONS, J.S., et GENTYKOWS, C.J.: *Medical and Public Health Laboratory Methods*. Lea and Febiger, Philadelphie, 1955; p. 25.
8. KIND, P.R.N., et KING, E.J.: Estimation of Plasma Phosphatase by Determination of Hydrolyzed Phenol with Aminoantipyrine.
9. SIMMONS, J.S.; GENTYKOWS, C.J.: *Medical and Public Health Laboratory Methods*. Lea and Febiger, Philadelphie, 1955; p. 100.
10. SIGMA CHEMICAL CO.: *Technical Bull.*, **505**: (février) 1959.
11. HARRISON, T.R.: *Principles of Internal Medicine* 3e édit., p. 740. McGraw-Hill, édit., New-York, 1958.
12. ALBOT, G., cité par M. Hardy et L. Le Bodic: *Rev. Alc.*, **5**: 294, 1959.
13. ANDERSEN, A.F.R.: *Office Gastroenterology*. Saunders Co., édit., Philadelphie, 1958; p. 474.
14. MACHEBOEUF, cité par M. Hardy et L. Le Bodic: *Rev. Alc.*, **5**: 293, 1959.
15. HARDY, M., et Le BODIC, L.: Valeur comparée des épreuves fonctionnelles hépatiques dans les cirrhoses alcooliques. *Rev. alc.*, **5**: 290, 1959.
16. RAGNAR, H.: Clinical Studies in Chronic Alcoholism. IV — Studies on Serum Transaminase. Activity in Chronic Alcoholism. *Act. Med. Scand.*, **165**: 161, 1959.

## REVUE GÉNÉRALE

### LA SIMULATION CHEZ L'ENFANT <sup>1</sup>

Jean ALBERT-WEIL,

Médecin-chef du Service de Cardio-Phtisiologie et Dermatologie de  
l'Hôpital central des Prisons de France (Fresnes),  
Lauréat de l'Institut de France et de l'Académie de Médecine.

#### MENSONGES ET PSEUDO-MENSONGES

##### *Les constitutions morbides*

« La simulation de maladies ou d'infirmités est relativement fréquente chez l'enfant, écrit Jean M. Sutter dans son intéressant livre *Le Mensonge chez l'Enfant* (1). On peut l'observer chez des sujets atteints de psychoses avérées (syndromes maniaques, schizophrénie), chez des déséquilibrés, voire chez des enfants apparemment normaux. C'est dire qu'on ne saurait la considérer comme une affection psychique bien individualisée. Elle n'est qu'un symptôme, mais ce symptôme nous intéresse en tant qu'il représente une forme de mensonge, et dans la plupart des cas de *mensonge pathologique*. La simulation est autre chose que la simple allégation d'un mal de tête ou d'un malaise. Elle comporte l'imitation des symptômes de la maladie, voire leur production par des artifices divers: L'enfant boîte, ou grimace de douleur, ou frotte le thermomètre sur son drap pour faire monter la colonne de mercure, ou encore il provoque une lésion cutanée en frictionnant sa peau avec des orties. De tels procédés ne sont guère concevables chez des sujets bien équilibrés, exempts de troubles affectifs. Aussi le médecin qui a découvert la simulation ne saurait-il se contenter de rassurer l'entourage en déclarant que « l'enfant n'a rien »; il doit au contraire utiliser sa découverte pour rechercher les causes psychologiques d'un comportement aussi anormal. Ce sera la part la plus importante de son investigation, mais aussi la plus difficile ». (Jean M. Sutter)

Chez la plupart des enfants, il existe une tendance mythomane naturelle. L'enfant, dans un premier temps, fabule. Dans un deuxième temps, d'ailleurs souvent presque simultanément avec le précédent, il ajoute foi à sa fabulation. Dans un troisième temps, si les parents lui parlent de son men-

songe, en étant persuadés qu'il s'agit d'une vérité, l'enfant lui-même témoigne une créance sans réserve en la véracité de ses allégations.

L'enfant en effet distingue très imparfaitement le mythe de la réalité. *Il arrive souvent que l'enfant fabule de bonne foi.*

Comme l'écrit F. Challaye (2) : « L'attitude de l'enfant à l'égard de la vérité ne constitue pas une preuve d'immoralité profonde ». Les psychologues nous apprennent que l'enfant ne ment pas avant l'âge de sept ans. Une telle affirmation a bien de quoi surprendre. Sans chercher loin autour de soi, chacun pourrait citer maints exemples de mensonges chez des enfants de trois à quatre ans. « En réalité, nous dit-on, ce n'est là qu'une apparence, et il ne s'agit pas de mensonges à proprement parler, mais de « pseudo-mensonges », ou de mensonges apparents ». (Jean M. Sutter)

Les « pseudo-mensonges » sont comme les mensonges authentiques des affirmations contraires à la réalité, ou du moins à l'image que se fait de la réalité l'intelligence adulte.

« Souvent ils se présentent comme des affirmations ou des négations brusques, évidemment improvisées, renversant au mépris de l'évidence les données de la situation actuelle. L'enfant qui vient en présence de toute la famille assemblée de renverser son verre sur la nappe affirme aussitôt que ce n'est pas lui qui a fait cela; parfois même il précise que c'est son frère ou sa sœur ».

Le « pseudo-mensonge » a souvent un caractère ludique: « Le tricyclé de Philippe devient une automobile dont il précise la marque. Mais Philippe, un jour au retour d'une promenade, invente un terrible accident de la circulation, dont il aurait été témoin. Renseignement pris, il ne s'est absolument rien passé ». (Jean M. Sutter).

Les « pseudo-mensonges » sont des produits spontanés et originaux de la pensée infantile. L'enfant est souvent trahi par son langage dont il discerne imparfaitement le symbolisme expressif.

« Au retour d'une promenade avec son grand-père, Nicole, qui commence à parler, paraît se

1. Extrait du livre actuellement sous presse: Jean Albert-Weil et Collaborateurs: *Simulations médicales: signes, diagnostic, pathogénie, traitement des maladies simulées*. Doin, éditeur, Paris. Préface du Professeur Piédelièvre.

plaindre avec des mots à elle que son compagnon l'ait battue; accusation mensongère suscitant quelque indignation; en réalité l'enfant voulait dire qu'elle avait vu une petite fille semblable à elle, frappée par un vieillard semblable à son grand-père ». (F. Challaye)

Parmi les « pseudo-mensonges », les uns s'expliquent donc par notre maladresse à comprendre un langage encore rudimentaire. D'autres répondent à une simple activité de jeu.

Parfois l'expression verbale d'un désir ou d'une crainte en consomme pour lui l'accomplissement.

« Le mot Non, lorsqu'on demande à l'enfant s'il a commis telle faute, a parfois pour sens précis: Non, je ne veux pas entendre parler de cela » (J. de La Vaissière) (3).

Comme l'écrit J. Piaget (4), « Une proposition a moins pour l'enfant valeur d'affirmation que valeur de souhait ».

Pour conclure, nous dirons avec Jean M. Sutter: « Chez les très jeunes sujets le Verbe est éprouvé comme un acte doué d'une puissance magique de création ou de destruction, et la plupart des « pseudo-mensonges » par « oui » ou par « non » doivent être ainsi entendus.

« Par ailleurs les jeunes enfants distinguent mal le passé du présent. S'ils évoquent le passé, le présent s'efface du même coup. Le psychisme enfantin ignore les résistances qui s'opposent pour nous à la confusion du « donné » et de « l'imaginaire ». Le frein de la référence au réel et au savoir n'a que bien peu de puissance dans un monde de connaissance en perpétuelle transformation. Quand ce que l'on imagine efface ce qui est, comment comparer l'un à l'autre? La causalité adulte est logique, la causalité infantile est *magique* ».

(Disons, entre parenthèses, que l'adulte obéit souvent « logiquement » à des slogans « illogiques », ou dont il ne comprend plus le sens. Il est souvent « conditionné » à des « mots-forces » qui le font agir sans qu'il en pénètre la substance. Nous avons développé cette notion, sur laquelle nous ne pouvons nous étendre ici, dans notre livre *De la Souffrance à la Pensée* (5), et dans une étude encore inédite: « Les mondes imaginaires et la puissance des mots ». La pensée de nombreux « adultes » a d'ailleurs souvent conservé dans beaucoup de « secteurs » de son activité un caractère infantile. La pensée de nombreux délinquants a conservé souvent pour une part qui les a amenés précisément à commettre le délit un caractère « infantile », voire parfois même « primitif »).

\* \* \*

Ainsi donc, si le très jeune enfant ne saurait *constitutionnellement* se livrer qu'à des « pseudo-mensonges », l'enfant plus âgé et l'adolescent ont appris à mentir.

La société ne se contente pas d'offrir aux enfants des modèles de mensonge; trop souvent *elle les pousse activement à mentir*.

Puisque les adultes mentent, ou bien ils sont fautifs, mais leur exemple incite à transgresser comme eux la loi morale; ou bien ils ont raison, et c'est alors que mentir n'est pas une action aussi répréhensible qu'on l'avait dit.

Durant la seconde enfance et l'adolescence, le mensonge, et surtout les mensonges répétés, deviennent des manifestations *caractérielles*. « Le mensonge typique, écrit R. Allendy (6), est inspiré par quatre ordres de motifs: sentiment d'infériorité, sentiment de culpabilité, agressivité, envie ».

A vrai dire, de nombreux mensonges enfantins se laissent difficilement ranger sous l'une de ces quatre rubriques. Il en est de purement « gratuits ».

C'est ainsi qu'intervient comme facteur de « mythopathie » la « *Constitution perverse* ».

Vivre, se reproduire, s'associer: telles sont pour Dupré les trois inclinations natives orientées vers la perpétuation dans l'individu et dans l'espèce avec les facilités qu'y apporte la vie sociale. Elles s'expriment dans trois instincts: *L'instinct de conservation*, personnel, égoïste, concernant la vie individuelle. *L'instinct de reproduction*, sexuel, génésique, se rapportant à la vie de l'espèce. *L'instinct d'association*, collectif, altruiste, relatif à la vie sociale.

Le philosophe allemand Max Stirner, personnage aigri par les difficultés de sa vie, dans son ouvrage célèbre « L'Unique et sa propriété » [*Der Einzige und sein Eigentum*: 1844 (7)], fait du « moi humain » notre Univers Unique, notre unique « propriété », et de la défense de ce « moi » notre unique principe d'action. Mais il ne tient pas compte des « mécanismes » et des « automatismes » internes qui nous sont *imposés* du fait même de notre propre nature, et des « tendances » innées, que nous a léguées notre ancestralité, et des « tendances » acquises qui se font jour en nous, et dont nous ne pouvons nous abstraire, tendances qui nous orientent « vers l'extérieur » et nous rendent solidaires, que nous le voulions ou non, du milieu ambiant et des collectivités qui nous entourent. L'homme n'est pas seulement « Un », il est aussi « multiple ». C'est parce que l'homme est *constitutionnellement* « multiple » et souvent mu par les forces irrationnelles qui naissent en lui sans cesse sans

qu'il puisse toujours les « contrôler », qu'il est parfois un « pervers », et souvent un « délinquant ».

\* \* \*

Des trois instincts majeurs qu'il sut si bien mettre en valeur, Dupré décrit les anomalies en excès, en atrophie, en inversion, en déviation.

Il n'entre pas dans notre propos de décrire ici toutes les perversions instinctives constitutionnelles type Dupré (8).

Nous dirons seulement que les trois instincts décrits par Dupré n'apparaissent pas simultanément, mais selon un ordre constant: Instinct de conservation d'abord, instinct de reproduction ensuite, enfin instinct d'association. L'individu avant l'espèce, l'espèce avant la société, et celle-ci pour celui-là et celle-là. C'est dire que l'instinct d'association est le plus récent: aussi en vertu des lois de l'Ontogénèse, est-il le plus vulnérable. Sa déficience (l'inaffectivité) ou son inversion (la malignité) *constituent vraiment le fond mental du pervers* (Léon Michaux) (9).

On sait maintenant qu'il n'existe pas seulement des perversions constitutionnelles. Il existe *des perversions acquises*. Mais il ne faut pas opposer d'une façon trop absolue les « perversions acquises » aux « perversions constitutionnelles ». Du fait que des perversions sont acquises, il ne faut pas rejeter l'existence possible en leur genèse de facteurs constitutionnels. Ceux-ci peuvent intervenir, mais ils ne sont ni évidents, ni directs: il ne s'agit que de prédispositions innées atténuées; ce ne sont pas des tendances perverses, mais des troubles caractériels autres qui ne donneront lieu à des manifestations de perversité que tardivement et sous l'influence de facteurs surajoutés.

L'Encéphalite épidémique a multiplié les cas de perversions acquises, en même temps que sous l'influence de la doctrine freudienne étaient mieux analysés les facteurs affectifs susceptibles de modifier le caractère.

Genèse organique; genèse psychologique: les deux processus si souvent intriqués en psychiatrie infantile se retrouvent ici pour conditionner les anomalies acquises des instincts.

Parmi les perversions acquises, *on peut citer les perversions post-traumatiques*. C'est un fait très important en Médecine Légale que les traumatismes crâniens (fracture ou simple commotion) sont susceptibles de modifier le caractère et de faire apparaître des perversions; celles-ci auront d'autant plus de chances d'aboutir à des réactions délictueuses que des tendances épileptiques ou épi-

leptoïdes conditionnent l'impulsivité du sujet (Léon Michaux).

Mais on doit considérer surtout quatre groupes de faits: 1) des perversions de genèse infectieuse, dont les perversions post-encéphalitiques sont de beaucoup les plus fréquentes; 2) des perversions *pré-déméntielles*, où l'affaiblissement de la moralité annonce celui de l'intelligence (adulte: démence artérioscléreuse, démence sénile, paralysie générale), (enfant: démence précoce, démence précocissime); 3) les perversions épisodiques de la psychose maniaque dépressive qui sont contemporaines des accès; 4) les perversions psychogènes, qui apparaissent comme une protestation délibérée et inconsciente contre une insatisfaction affective. (Léon Michaux)

On doit distinguer des instincts d'association plutôt qu'un instinct d'association. Car ces deux groupes de faits sont ici à distinguer: les premiers s'expriment *dans la sympathie* en bienveillance, en pitié, en dévouement et compassion, les autres *dans l'imitation*, base de la sociabilité.

*De l'instinct de sympathie, l'atrophie* est le cachet psychologique essentiel des pervers dont on sait l'inaffectivité, l'égoïsme: le pervers n'aime que lui-même. Cette atrophie de l'instinct est souvent remplacée par son inversion, l'inaffectivité par *l'anti-affectivité*: telle est *la malignité constitutionnelle*. Celle-ci s'inscrit dans une tendance plus générale, *l'instinct de destruction ou clastomanie*.

Lorsque l'on se trouvera en présence d'un enfant simulateur, ou suspect de simulation, il faudra toujours rechercher si une perversion constitutionnelle ou acquise n'est pas en cause dans la genèse des actes simulés.

#### LA SIMULATION INFANTILE

Rarement l'examen psychiatrique de l'enfant simulateur permet de découvrir les signes d'une démence précoce commençante ou d'un état hypomaniaque. Plus souvent on se trouve en présence d'une débilité mentale manifeste.

#### *Phobie scolaire*

Jean M. Sutter, dans son livre *Le Mensonge chez l'enfant*, rend compte « du cas d'un garçon de huit ans qui avait simulé un syndrome douloureux de l'abdomen de façon si convaincante qu'il fut opéré de l'appendicite; de retour chez lui, les douleurs recommencèrent de plus belle. On s'aperçut alors qu'elles survenaient toujours au moment où l'enfant devait sortir, en particulier pour aller à l'école. Il s'agissait d'un petit débile hyperémotif: il avait

été très vivement impressionné par les alertes et les bombardements de la ville; depuis, il ne se sentait en sécurité que chez lui, auprès de ses parents; sa simulation traduisait une peur panique d'affronter le monde du dehors, c'est-à-dire pour lui le danger. »

Il n'y a rien d'extraordinaire à ce qu'un enfant normal se sente parfois peu enclin à aller en classe et se plaigne de symptômes dont il espère profiter pour rester chez lui un jour ou deux. En général, ces symptômes apparaissent opportunément dans la matinée pour disparaître miraculeusement peu de temps après l'ouverture de la classe. La cause en est le plus souvent une vague appréhension envers l'école. Une attitude ferme mais rassurante des parents et du maître dissipe généralement ces craintes qui font naturellement partie du développement de l'enfant.

Néanmoins, depuis une dizaine d'années, on s'est de plus en plus préoccupé de l'enfant dont l'aversion intense et persistante pour l'école est un trouble émotionnel défini. Cette affection, connue sous le terme de « Phobie scolaire », a été définie par Eisenberg (13) : une incapacité partielle ou totale d'aller en classe résultant d'une crainte irraisonnée de certains aspects de la vie scolaire. Des troubles objectifs ou une vraie panique apparaissent à l'heure de l'école. Selon Eisenberg, les manifestations somatiques peuvent être le trait essentiel. Ce sont de l'anorexie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des syncopes, de l'asthénie, des maux de tête ou du ventre, des douleurs musculaires diffuses ou localisées, des sensations de malaise ou même des accès de fièvre discrète, inexplicables mais répétés. Dans certains cas, les enfants n'avouent pas ouvertement leur peur de l'école; on ne s'en rend compte qu'en découvrant la coïncidence de l'apparition des symptômes avec les jours de classe et de leur absence les jours de congé. La gravité des troubles s'accroît avec la contrainte. L'examen médical ne décèle aucune base physiologique aux plaintes de l'enfant, même s'il y a toutes les apparences d'une maladie ou d'un malaise. Parfois les troubles sont seulement craints plutôt que ressentis; l'enfant essaie de se soustraire à l'obligation d'aller en classe de peur de vomir ou de s'évanouir.

La phobie scolaire se manifeste le plus fréquemment entre six et dix ans (14). Un enfant capable d'exprimer sa crainte peut la rapporter à un professeur, au directeur, à des camarades, aux examens ou à l'effort de compétition. En règle générale, aucune des situations redoutées n'a une im-

portance telle qu'on puisse y voir la cause de ces terreurs paniques. Les solutions qui consistent à changer l'enfant de classe, de cours ou même d'école, sont rarement couronnées de succès, ce qui amène à la conclusion que la cause profonde des symptômes est ailleurs. En l'absence d'un traitement approprié, cet état a toutes les chances d'empirer. La répétition des absences fait s'accumuler le travail scolaire et augmenter l'hostilité de l'enfant vis-à-vis de l'école quand il se rend compte des difficultés croissantes qu'il doit surmonter pour rattraper les autres.

La phobie scolaire ne doit pas être confondue avec la tendance à l'école buissonnière. Dans ce dernier cas l'enfant déteste franchement l'école; il peut y aller le matin, y rester un moment et partir ou même ne pas y aller du tout. C'est d'habitude un mauvais élève, agressif et parfois insociable. Il devient vite expert à inventer des fables pour dissimuler son vagabondage et ne reste pas chez lui aux heures de classe, sauf si ses parents sont absents.

A l'inverse, dans les cas de phobie scolaire, l'enfant fait remarquer qu'il est incapable de quitter la maison pour aller à l'école et reste chez lui pendant les heures de cours. Ainsi qu'Eisenberg (13) l'a mis en évidence, il est très ennuyé qu'on sache qu'il n'est pas en classe. Il est presque toujours d'intelligence normale ou supérieure. Il voudrait être capable d'aller à l'école et nourrit, en général, des ambitions qui demandent des études poussées. Ses phobies peuvent également diminuer ses activités dans d'autres domaines, telles que la fréquentation de l'église, des clubs, des réunions, du cinéma, quand il n'est pas accompagné de ses parents. Le plus souvent, il a été jusqu'ici alors si bien noté en classe que ses professeurs ne s'expliquent pas son comportement nouveau. Dans la majorité des cas, le début brutal de la phobie a été précédé d'hésitation vis-à-vis de l'école se manifestant par une fréquentation irrégulière sous prétexte de « rhumes », « troubles gastro-intestinaux » ou d'autres symptômes. Westlund et McKinnon (15) décrivent les malades qu'ils ont observés comme des enfants hypersensibles aux bruits, aux critiques, soucieux des opinions des autres et très peu sûrs d'eux-mêmes. Selon la plupart des auteurs, la phobie scolaire est une angoisse de séparation ou une variante de ce trouble (13-16). Johnson (17) définit l'angoisse de séparation comme « un état émotionnel pathologique dans lequel le rapport entre enfant et parent (habituellement la mère) est caractérisé essentiellement par le besoin intense de l'un

et de l'autre de rester physiquement étroitement rapprochés ». Dans les cas typiques, la peur irraisonnée de l'école est accessoire et se rattache spécifiquement à la peur intense de quitter le foyer et la mère; cet état s'exprime fréquemment par des troubles somatiques « de conversion ». Ce rapport est illustré par le fait que, même si dans le milieu scolaire une ou plusieurs personnes représentent des objets de phobie, il arrive souvent qu'une fois l'enfant à l'école, où il sait qu'il sera privé de ses parents pour la journée, il est capable de se détendre et de prendre plaisir à ses activités scolaires. Généralement, il existe un élément déclenchant qui révèle le trouble émotionnel latent : une menace quelconque pour la sécurité de l'enfant et de la mère qui augmente leur besoin de dépendance réciproque. Ce peut être une maladie qui empêche l'enfant d'aller en classe un jour ou deux, des vacances, un déménagement, un changement d'école, une maladie d'un des parents (ici encore le plus souvent la mère), la naissance d'un frère ou d'une sœur, la mésentente entre parents, un deuil ou des difficultés matérielles. Le début des troubles phobiques chez un enfant prédisposé est un moment critique où la réaction des parents vis-à-vis de l'angoisse de l'enfant détermine dans une large mesure son comportement ultérieur. Selon Eisenberg (13), on peut généralement faire reprendre le chemin de l'école à l'enfant si les parents gardent leur calme et leur assurance et présentent la fréquentation scolaire comme une nécessité évidente. L'enfant fera alors face à ses craintes et les surmontera grâce à la présence et à l'appui de ses parents. Il en résultera une diminution des troubles, en particulier parce qu'il continuera à profiter des satisfactions d'une vie scolaire normale.

Malheureusement, cette situation relativement simple du problème n'est en général pas possible à cause de l'atteinte névrotique des parents et de leur refus de reconnaître le rôle qu'ils ont joué dans le développement des réactions phobiques chez l'enfant. Pour la mère hyperprotectrice, les plaintes de l'enfant sont un prétexte suffisant pour le garder à la maison. Ses efforts pour rassurer l'enfant risquent d'être très peu convaincants et elle peut être une alliée trop agréable contre ses frayeurs scolaires. Le père est souvent passif et se range du côté de la mère; il contribue ainsi à rejeter sur l'école la responsabilité du comportement de l'enfant. Les parents ont beau argumenter, amadouer, promettre des récompenses ou donner des ordres, l'anxiété ne fait que croître si leur comportement dément leurs paroles.

Il est évident que l'étude de chaque cas de phobie scolaire doit commencer par un examen soigneux des épisodes scolaires dont l'enfant se plaint; s'il s'avère que ses appréhensions sont justifiées, il faut d'abord s'efforcer de corriger les causes invoquées. Eisenberg (13) fait cependant remarquer qu'il est extrêmement rare que les circonstances dont l'enfant se plaint soient une cause suffisante d'apparition de phobie scolaire. Même quand un événement désagréable en classe a été le facteur déclenchant, il existe habituellement des preuves de facteur névrotique prédisposant.

Il est essentiel pour le succès du traitement de renvoyer l'enfant en classe dès qu'il est capable de supporter la séparation. Pour cela, il faut d'abord aider la mère à se rendre compte de sa propre répugnance, consciente ou non, à laisser l'enfant grandir et la quitter. Cette menace de séparation est symbolisée par le départ de l'enfant pour l'école. Il faut aussi amener les deux parents à améliorer le climat familial, à apaiser l'anxiété de l'enfant, à l'aider à grandir normalement et à développer son indépendance. Le psychothérapeute aide l'enfant à exprimer ouvertement ses craintes d'éloignement de la maison et de sa mère. Il aide également le petit malade à reprendre le chemin de l'école et peu à peu vient à bout de l'anxiété qui en résulte.

Beaucoup de parents pensent que tout est résolu dès que l'enfant retourne en classe. Ce n'est pas exact, et il y a lieu de souligner le fait qu'un traitement centré sur la famille doit être continué jusqu'à l'adaptation complète de l'enfant.<sup>2</sup>

#### SIMULATION INFANTILE ET MALAISE AFFECTIF

Parfois la simulation traduit un malaise affectif profond chez des sujets indemnes de maladie mentale et de déséquilibre évident.

##### Observation 1.

(Jean M. Sutter)

Une fillette, Odile, qui put être suivie assez longtemps, présenta à 14 ans un syndrome douloureux abdominal, accompagné d'une fièvre modérée; il s'agissait probablement d'une petite réaction appendiculaire qu'on ne crut pas nécessaire d'opérer. Alors que l'ensemble des symptômes paraissait régresser, on eut la surprise de voir la température s'élever jusqu'à 40 et même 42°, sans que ces multiples examens biologiques pussent en expliquer les

2. Le chapitre sur « La Phobie Scolaire » a été presque entièrement emprunté à une étude parue en Français d'après des travaux américains et sans signature dans la revue éditée en Français par les Laboratoires Abbott, « Abbothérapie » 1960 No 2, pp. 10 à 12.

raisons et sans que nulle thérapeutique parvint à juguler cette déroutante hyperthermie. Toutes les hypothèses furent envisagées, y compris celle d'une fièvre « d'origine diencéphalique »; en fin de compte, au bout de cinq mois, on décida une appendicectomie; la température revint brusquement à la normale la veille du jour où l'on devait pratiquer l'intervention. Quatre mois plus tard, apparaissaient des crises d'agitation nocturne d'une violence extraordinaire; l'enfant prétendait, au réveil, ne conserver d'autre souvenir que celui d'un cauchemar. C'est à cette occasion qu'elle nous fut amenée. Nous apprenions alors qu'Odile avait perdu son père sept ans plus tôt; sa mère s'était remariée; l'enfant n'avait pas accepté son parâtre et l'atmosphère familiale lui était devenue d'autant plus pénible que la mère prenait parti contre elle, pour son mari. Finalement Odile avait été confiée à ses grands-parents, situation qu'elle n'acceptait pas de bonne grâce, car son frère, de dix-huit mois plus jeune, était demeuré à la maison et elle se sentait exclue d'un bonheur familial que son départ semblait avoir rétabli. Dès lors l'hypothèse de manifestations simulées, que la clinique conduisait déjà à envisager, devenait la plus vraisemblable. La fillette fut isolée à la clinique et, une psychothérapie élémentaire aidant, ne tarda pas à confesser sa supercherie, qui ne fut pas dévoilée à la famille. Quelques mois plus tard, elle fut ramenée pour un mutisme qui « guérit » aussi facilement (Jean M. Sutter).

#### FABULATION-SIMULATION D'ATTENTATS

La fabulation-simulation d'attentats et de maladies peut être commandée par un mobile de simple gloriole. Pour attirer l'attention espérée ou la pitié, le mythomane simule une agression dont il aurait été victime, une maladie: paralysie, mutisme, épilepsie, empruntant volontiers son thème aux affections dont il a été le témoin dans son entourage. Nous avons connu une fillette simulant des migraines parce que sa mère se plaignait souvent de violents maux de tête: esprit d'imitation.

La *vanité*, le *désir d'attirer l'attention* sont manifestes dans le fait suivant relaté par L. Thoinot (10):

*Une petite fille abandonnée est adoptée par deux honorables personnes, M. et Mme X... Un jour M. X... lit à haute voix devant l'enfant, qui jouait avec sa poupée et ne paraissait faire aucune attention à la lecture, le récit d'une affaire de moeurs qui faisait scandale dans une ville du Midi, et commente ce scandale avec sa femme. Quelques jours plus tard, M. X... surprend la petite fille embrassant sa poupée avec effusion entre les jambes; il lui demande qui pouvait lui avoir appris pareille chose; l'enfant, sans hésiter, répond qu'elle faisait à sa poupée ce qu'on lui avait fait à elle-même et qu'elle avait subi, étant en nourrice, les attouchements de son frère de lait, du père nourricier, du grand-père même. L'examen médical démontra la fausseté des allégations de l'enfant qui n'avait jamais subi aucun attentat. Questionnée et vivement pressée, elle avoua son mensonge et déclara qu'elle avait simplement voulu faire « comme les dames que l'on avait mises sur le journal ». (Bourdin cité par L. Thoinot).*

Mais la simulation est souvent utilitaire. L'allégation de maladie peut être motivée, nous l'avons vu plus haut, par le désir d'éviter l'école! (phobie scolaire).

L'« attentat présumé », avec une mise en scène souvent méticuleuse peut répondre à un but dérisoire: Léon Michaux relate le cas d'une fillette de 14 ans qui s'était lié les pieds pour excuser son absence à une matinée d'enfants où elle ne voulait pas rencontrer une camarade parce que celle-ci avait été classée avant elle dans une composition.

« Souvent aussi, la simulation est imaginée dans le désir de nuire à un innocent, calomnieusement accusé de violence ou de tentative de viol ». (Léon Michaux). Il s'agit ici de *malignité mythopathique*. Bien souvent en effet la mythomanie s'allie à la malignité plus ou moins camouflée. Il s'agit là d'une coalition redoutable qu'il faut bien connaître parce qu'elle emploie des armes perfides et peut, si elle est méconnue entraîner des injustices atteignant au drame.

« Tel enfant, écrit Léon Michaux, pousse des hurlements de douleur, il se lacère le corps pour amener les habitants de l'immeuble, et il va se plaindre au Commissariat de Police des mauvais traitements qu'il a reçus chez lui! Les affaires de « bourreaux d'enfants » doivent donner lieu à des enquêtes très poussées. Tel autre — ou plus souvent telle autre — parce que la mythomanie est plus fréquente chez les filles, se ligote elle-même pour alléguer un attentat dont elle désigne l'auteur, quitte à profiter de l'incident présumé pour dissimuler des objets qu'elle dira volés! »

Telles autres se plaindront d'un outrage ou d'un attentat à la pudeur. Les médecins doivent se garder des perverses mythomanes qui les accuseront « d'attentats à la pudeur », de « tentative de viol », ou d'« avortement criminel ».

Nous rappellerons pour mémoire la célèbre affaire du Lieutenant E. de La Roncière (1834) qui est un type de la fable mensongère créée dans un but pervers et mise en scène avec un art consommé:

La fille du Général Baron de M..., commandant en Chef de l'Ecole de Saumur, Marie, âgée de 16 ans, machina contre ce malheureux jeune homme une longue histoire de séduction terminée par le récit d'un attentat direct tout aussi imaginaire que le reste: un jeune homme qu'elle avait reconnu pour être le lieutenant De la Roncière, encore qu'il fut masqué, avait pénétré dans sa chambre en brisant un carreau, l'avait terrassée et, après avoir inutilement cherché à la violer, l'avait frappée de coups de couteau dans les parties génitales. Deux jours après ses soi-disant blessures, Marie de M... dansait au bal et personne ne vit jamais les blessures « qu'elle avait reçues ». Les débats établirent que Marie M... n'en était pas à

son coup d'essai, qu'elle était atteinte d'une maladie nerveuse ou mentale, alors indéfinissable, qui la poussait à fabriquer des lettres calomnieuses, à inventer des histoires invraisemblables, à se croire et dire victime d'attentats imaginaires, à recourir aux simulations les plus compliquées pour justifier ses accusations. Le malheureux De La Roncière fut pourtant condamné à six ans de réclusion, purgea sa peine entièrement, et fut réhabilité seulement en 1849.

La mythomanie perverse est à mettre en cause dans le cas suivant dont rend compte L. Thoinot (10): (cas communiqué à L. Thoinot par le Juge d'Instruction Albanel):

Une enfant de 11 ans accusa son père d'attentats sur elle; il l'avait prise, disait-elle, pour la première fois quand elle avait 9 ans, et depuis il n'avait cessé d'avoir des rapports avec elle et d'exercer sur elle des attouchements impudiques. Et l'enfant n'accusait pas seulement par la parole, elle écrivait à une petite amie et lui racontait les horreurs dont elle avait été victime; elle écrivait au Commissaire de Police qu'elle aimerait mieux se tuer que de retourner avec son abominable père. Un certificat de médecin déclarant l'enfant contaminée appuyait l'accusation. Le Dr Vibert, commis à l'examen de l'enfant, montra qu'elle n'était pas déflorée, qu'elle n'était pas contaminée et que son père ne l'était pas davantage. L'accusation fut abandonnée, et, à quelques mois de là, l'enfant avoua que l'accusation soutenue par elle était fautive; qu'elle avait été forgée par les époux B... désireux de s'approprier une somme d'argent qu'ils devaient à son père; qu'elle avait consenti à se faire leur complice sur la promesse qu'ils lui donneraient de l'argent et qu'elle pourrait se faire *actrice* comme la fille B... qui entretenait ses parents avec l'argent reçu de ses amants.

Krafft-Ebing dans son célèbre ouvrage (11) rend compte d'un procès caractéristique qui illustre la nécessité qu'il y a dans les cas d'attentats aux mœurs de n'accueillir les dépositions d'enfants qu'avec une certaine méfiance:

Ce procès, écrit Krafft-Ebing, avait lieu dans une petite ville de Prusse Orientale. Il s'agissait d'actes contre les bonnes mœurs commis sur des enfants âgés de moins de 14 ans. L'accusé était un instituteur de village de cette contrée; il avait manifestement beaucoup d'envieux, parce qu'il avait acquis par son travail, pour lui et pour ses enfants, des situations dépassant de beaucoup celle d'un instituteur de village. Apparemment, cette circonstance jouait un rôle essentiel, car tout ce qu'on disait contre lui était tenu pour vrai par les envieux et était propagé. Finalement, on produisit comme témoins à charge dix petites filles. Je fus entendu comme expert au sujet de l'importance des dépositions de ces enfants. Elles furent reconnues si peu dignes de foi que l'acquittement fut prononcé. La suggestion jouait ici un grand rôle. Ce procès jeta du reste un jour charmant sur ce qu'on appelle « l'innocence des campagnes ». Celui qui croirait que nos enfants des villes font plus de saletés, ou les font plus tôt que les enfants de cette contrée, commettrait une grave erreur.

Très caractéristique fut la déposition d'une fille qui fit une excellente impression, et qui avait gravement chargé l'instituteur. Comme une enquête avait été ordonnée, et

que le juge s'était rendu dans le village pour entendre les enfants, cette fille avait dit à sa mère, à la maison, que l'instituteur ne lui avait jamais rien fait. Lorsqu'elle vint à l'interrogatoire, une autre fille la menaça de le dire, elle, au juge, si elle ne déclarait pas à ce dernier que l'instituteur avait pratiqué sur elle des actes contraires aux bonnes mœurs. Or la petite fille qui fit cette menace était mauvaise, et elle avait manifestement sur les autres enfants une grande influence. Comme nous le savons, nous rencontrons très souvent de ces enfants qui exercent une grande influence sur les autres. Dans ce cas, l'exécution d'actes contre les mœurs pouvait être réfutée pour ainsi dire objectivement. La petite fille, sur laquelle ces actes auraient été pratiqués avant le commencement de la classe, était toujours à l'école une demi-heure avant le commencement de la classe, parce que les parents quittaient très tôt leur maison, et c'est à ce moment que l'acte aurait été soi-disant perpétré. Mais on put prouver que cette fille n'était pour ainsi dire jamais seule dans la classe, et qu'au moment où les prétendus actes contre les bonnes mœurs auraient été perpétrés sur elle, l'instituteur ne se trouvait point dans la classe, parce qu'il prolongeait son séjour au lit, à cause d'une ancienne grippe... (Krafft-Ebing).

Les juges en France connaissent actuellement beaucoup mieux qu'autrefois les réactions particulières aux enfants et aux adolescents et n'acceptent qu'avec la plus grande prudence et sous bénéfice d'inventaire les témoignages des enfants. Les juges des tribunaux pour enfants sont particulièrement avertis des questions intéressant la psychopathologie et la mythomanie infantiles.

Il y a plus de cinquante ans au contraire Krafft-Ebing pouvait écrire:

Les juges ne connaissent point du tout l'âme des enfants. Dans une ville de la province du Hanovre, le président du Tribunal m'interpella ainsi: « Mais l'enfant, presque immédiatement après le délit qui fait l'objet de la plainte, a donné tant de détails sur le fait, que l'on ne saurait supposer qu'il a inventé tout cela en se suçant un doigt. Est-il imaginable qu'un enfant puisse inventer, dans un temps relativement court après l'acte en question, tant de détails? » Je répondis, sans hésitation, affirmativement à la question, car il faut absolument méconnaître la vie psychique de l'enfant pour ne pas admettre qu'il puisse, en un temps très court, imaginer un tas de choses; il suffit de l'aiguillonner un peu dans ce sens. Le profane peut à peine se représenter combien vive et rapide est l'imagination des enfants; ils peuvent, en une seconde, inventer des actions très compliquées, et ensuite prétendre qu'elles sont vraies. (Krafft-Ebing).

#### SUGGESTIONS ÉTRANGÈRES DE LA FABULATION-SIMULATION DE FAUX ATTENTATS

Dans certains cas la simulation de faux attentats à la pudeur est suggérée à l'enfant par l'un des parents, soit en toute bonne foi, soit dans un but calomnieux, criminel, qui a pour mobile la vengeance ou le chantage!

A. Cooper a décrit dans une page ancienne, classique et toujours vraie, la suggestion à l'enfant d'un attentat imaginaire par des mères de bonne foi (12):

(C'est une croyance vulgaire trop répandue que les écoulements vulvo-vaginaux infantiles sont le produit certain d'un attentat). De temps à autre, il arrive qu'une femme impressionnable s'alarme à la découverte d'un tel écoulement et qu'elle soupçonne son enfant d'avoir mal agi. Elle va trouver un médecin qui, par malheur, peut ne pas connaître cette maladie, (ces lignes ont été écrites au siècle dernier), et qui déclare que l'enfant a un écoulement vénérien... Qu'arrive-t-il en une pareille circonstance? C'est que la mère demande à l'enfant: « Qui a joué avec vous? Qui vous a pris sur ses genoux récemment? » L'enfant répond dans son innocence: « Personne, mère, je vous assure ». La mère reprend alors: « Oh! ne dites pas de pareils mensonges; je vous fouetterai, si vous continuez ». Et alors l'enfant est amenée à confesser ce qui n'est jamais arrivé pour se sauver du châtiment », etc.

Astley Cooper ajoute: « J'ai vu de tels cas plus de trente fois dans ma vie, et je puis vous assurer que nombre de gens ont été pendus par suite d'une pareille erreur ».

Les cas classiques suivants, cités par L. Thoinot offrent des types nets de simulation de faux attentats organisés et provoqués par l'entourage d'un enfant:

« Une femme vint se plaindre au commissaire de police que sa petite fille âgée de trois ans avait été violée par l'un des apprentis de son mari, âgé de seize ans. Elle apportait à l'appui de sa déclaration les vêtements de l'enfant tachés de sang. Il y avait eu, à son dire, tentative d'introduction de la verge, puis frottements exercés avec un morceau de bois.

L'expert ne constata chez l'enfant, pour toute lésion des organes génitaux, qu'une insignifiante excoriation à la partie supérieure de la cuisse gauche qui n'avait pu fournir que peu de sang; il reconnut à l'examen des vêtements déposés par l'accusatrice que les taches de sang étaient disposées seulement à leur surface extérieure. La femme, dépistée, avoua qu'elle avait taché elle-même du sang de ses règles les vêtements de son enfant. Le mobile de la fausse accusation était ici le chantage (Bayard) ».

« Une enfant entre dans le service de Fournier. Elle vient d'être l'objet d'un attentat commis sur elle par un homme riche, d'un certain âge, arrêté malgré ses dénégations formelles. La vulve présente les symptômes d'une inflammation violente et suraiguë; elle est littéralement baignée d'un pus vert crémeux. Les grandes lèvres sont tuméfiées et comparables à deux tranches d'orange; elles sont rouges et présentent un semis confluent de points érosifs, purpuriques. Les petites lèvres sont rouges, volumineuses, oedématisées; il existe quelques petits ganglions dans les aînes. Mais l'hymen est intact et *en quelques jours de soins simples la vulvite cède entièrement*. Le soupçon s'éveille chez l'expert, frappé en outre du récit de l'attentat, invariablement le même, débité par l'enfant à la façon d'une leçon. Fournier arrive à capter la confiance de l'enfant: une poupée aux yeux mobiles décida de son triomphe, et l'enfant finit par avouer qu'elle n'avait pas été

touchée par un monsieur, mais que sa mère, à trois reprises, lui avait frotté les parties avec une brosse à cirage ».

#### CONCLUSIONS

On voit donc quels graves problèmes peuvent poser au médecin, et notamment au médecin légiste et au médecin-expert les cas de simulation chez l'enfant, et combien dans de tels cas le dépistage de la simulation peut avoir d'importance tant au point de vue médical, psychologique et psychiatrique, qu'au point de vue médico-légal.

Tout cas suspect de simulation chez un enfant devra faire l'objet d'une enquête approfondie. Le simulateur soupçonné devra subir non seulement un examen médical et médico-légal sérieux, mais encore un examen psychologique, psychiatrique et électroencéphalographique très poussé.

L'étude du milieu familial, l'étude des antécédents, tant sur le plan médical pur, que sur le plan psychologique et psycho-pathologique et sur le plan social, devra être faite avec le plus grand soin. Les résultats de l'enquête sur les conjonctures circonstancielles devront être portés à la connaissance du médecin.

Ainsi seront évitées des erreurs qui pourraient avoir dans beaucoup de cas sur le plan médico-légal des conséquences extrêmement graves.

Le dépistage de la simulation infantile permettra en outre souvent d'instituer chez l'enfant simulateur une thérapeutique efficace.

La connaissance de « chocs », de « refoulements », de « réactions compensatrices » chez l'enfant permettra dans beaucoup de cas d'éclairer l'entourage de l'enfant, et d'amener par la suite un changement favorable dans le comportement de l'enfant.

Dans le cas de « perversions acquises » enfin, l'étude médicale et psychiatrique de l'enfant permettra parfois d'instituer un traitement plus spécialement étiologique. (Par exemple à la suite de la notion d'une encéphalite épidémique antérieure).

#### ADDENDUM

##### Observation personnelle

##### *Simulation d'anorexie dans un but de protestation*

B.S. 12 ans, de traits plutôt ingrats, atteinte de tumeur blanche du genou droit, a séjourné de nombreux mois dans un sanatorium marin. Sa mère, veuve, femme relativement jeune, élégante et jolie, s'était remariée et avait un fils du deuxième lit âgé de cinq ans. B.S. paraissait s'entendre parfaitement avec son beau-père. Toutefois chaque fois qu'elle séjournait chez sa mère, elle affectait une inappétence presque totale et refusait à peu près tous les plats. Sa mère cependant l'a surprise, dérochant des

morceaux de pain qu'elle allait clandestinement manger dans sa chambre!

B.S. en réalité souffrait du remariage de sa mère et était jalouse de sa mère. Elle affichait sa protestation inavouée par une manifestation simulée d'anorexie!

(Travail de l'Hôpital Central des Prisons de France - Fresnes - Seine).

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) SUTTER, Jean M.: *Le Mensonge chez l'enfant*, Collection « Paideïa ». Un vol. de 170 p. Presses Universitaires de France, Paris, 1956.
- (2) CHALLAYE, F.: *L'enfant et la morale*. Presses Universitaires de France, Paris, 1941. Un vol. de 160 p.
- (3) LA VAISSIERE, J. de: *Psychologie pédagogique*, 3e édition. Beauchesne, édit., Paris, 1916.
- (4) PIAGET, J.: *Le Jugement moral chez l'enfant*. Alcan, édit., Paris, 1932.
- (5) ALBERT-WEIL, Jean: *De la souffrance à la pensée*. Un vol. de 280 p. Collection « Action et Pensée ». Les Editions du Mont-Blanc, 37, rue de Lausanne, Genève, 1949. (Couronné par l'Académie Française).
- (6) ALLENDY, R.: *L'enfance méconnue*, 4e édit. Editions du Mont-Blanc, Genève, 1946.
- (7) STIRNER, Max; J. Caspar SCHMIDT; *L'unique et sa propriété (Der Einzige und sein Eigentum)*. Traduction de Robert L. Reclaire. « Bibliothèque Sociologique ». Librairie Stock. Delamain, Boutelleau, édit., Paris, 1922. Cinquième édition. Un vol. de 449 p.
- (8) DUPRE, E.: a) Rapport au Congrès de Tunis, 1912; b) *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Payot, édit., Paris, 1936.
- (9) MICHAUX, Léon: *L'enfant pervers*. « Collection Paideïa ». Un vol. de 112 pages. Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1952.
- (10) THOINOT, L.: *Précis de médecine légale*. Deux vol. Octave Doin, édit. Paris, 1913; Tome II.
- (11) KRAFFT-EBING, R.V.: *Psychopathia sexualis*, 16e 17e édit. allemandes, refondues par le docteur Albert Moll. Traduction française de René Lobstein. Préface du Dr Pierre Janet. Un vol. de 907 p. Payot, édit., Paris, 1958.
- (12) THOINOT, L.: *Précis de médecine légale*, tome II page 88.
- (13) EISENBERG, L.: a) School Phobia: Diagnosis, Genesis and Clinical Management. *Pediat., Clin. North Amer.*, 645 (5 août) 1958; b) School Phobia: A Study in the Communication of Anxiety. *Am. J. Psychiatry*, 114: 712 (fév.) 1958.
- (14) WALLINGA, J. V.: Separation Anxiety — School Phobia. *J. Lancet*, 79: 259 (juin) 1959.
- (15) WESTLUND, N.W., et MacKINNON, A.J.: *J. Mich. State Med. Soc.*, 58: 1489 (sept.) 1959.
- (16) VAUGHAN, F.: School Phobias. Board of Public Education, Pittsburgh Schools, 27: 102, 1954.
- (17) JOHNSON, A.M., et Coll.: School Phobia. *Am. J. Orthopsychiatry*, 11: 702 (oct.) 1941; 27: 702 (avril) 1957.
- (18) ABBOTHERAPIE: *Phobie Scolaire*, pp. 10-12 (No 2) 1960.

## MOUVEMENT MÉDICAL

### POSSIBILITÉS DE TROUBLES D'ORIGINE ÉLECTROLYTIQUE DANS LES LÉSIONS INFARCTOÏDES DU MYOCARDE <sup>1</sup>

E. LAURENDEAU et J.-P. DuRUISSEAU, D.Sc.

Selye et ses Coll. ont expérimentalement provoqué des lésions infarctoïdes du myocarde sur des animaux de laboratoire par une association d'électrolytes-stéroïdes (1), les lésions aggravées par les stress, sont inhibées par des sels de potassium, mais surtout des sels de magnésium [Selye et Mishra (2)]. Mishra (3) a observé que des lésions similaires peuvent être causées par des diètes carencées en magnésium. DuRuisseau et Mori (4) ont étudié la distribution des électrolytes dans les tissus de rats souffrant de ces cardiopathies expérimentales; or, un seul de ces électrolytes: le magnésium a montré une baisse spécifique dans le cœur lésé. Les mêmes auteurs (5) ont déterminé la teneur des électrolytes dans les tissus du rat normal vieillissant. Ils ont trouvé que la concentration du magnésium baisse dans le muscle cardiaque, alors qu'elle reste constante dans le muscle squelettique. Cette dernière constatation s'applique-t-elle à l'être humain sénescence? Pour répondre à cette question, nous avons procédé dans les laboratoires de l'Institut de Gérontologie de l'hôpital Notre-Dame de la Merci à l'étude de la distribution des électrolytes dans une série de cœurs humains normaux, dont les âges variaient de 2 mois à 76 ans. (Nos remerciements au Dr Valcourt qui nous a fourni les pièces anatomiques).

Le but de cet exposé est de présenter quelques résultats constatés au cours de ces travaux et à la lumière de ces données se poser certaines questions:

1) Est-il permis de considérer chez l'être humain des lésions cardiaques dites infarctoïdes, sans évidence d'occlusion vasculaire de nature thrombotique ou sténosante?

2) Dans le cœur humain, surtout le cœur sénescence, peut-il y avoir une déficience magnésienne, déficience qui pourrait résulter: soit d'une insuffisance d'apport ou d'un abaissement du pouvoir de captation de cet ion par le tissu cardiaque, soit par une élimination rénale et intestinale augmentée?

3) Est-il logique d'envisager une thérapie à base de magnésium comme médication adjuvante soit pour prévenir l'apparition de lésions infarctoïdes, soit pour traiter le patient qui en est déjà atteint?

Avant de tenter de répondre à ces questions et pour situer nos travaux dans un contexte approprié, repassons très brièvement certaines études histopathologiques et biochimiques.

La lésion dite « infarctoïde » du cœur décrite par Selye (6) consiste en d'énormes foyers nécrotiques pouvant intéresser toute l'épaisseur du myocarde et ressemblant au véritable infarctus du myocarde; par contre on n'a pu déceler d'occlusion vasculaire, ces lésions ont été reproduites chez des primates (le singe rhésus) et ces lésions étaient accompagnées de néphrocalcinose chez certaines espèces.

Du point de vue anatomique, les pathologistes décèlent des occlusions artérielles dans 40 à 80% des cas d'infarctus du myocarde (7), alors que des méthodes plus élaborées permettent de dépister jusqu'à 80% d'occlusion. Himbert et Lenègre (8) sur une étude de 212 cas d'infarctus du myocarde n'ont pas trouvé d'occlusion artérielle sur 19 cas. Vordun di Castagni, de l'Institut de cardiologie du Mexique, rapporte une observation de 40 sujets, décédés pour des causes diverses, qui présentaient des zones de nécrose sous endocardique, sans évidence de thrombose ou de sténose artérielle. L'examen histologique révélait l'existence de foyers de nécrose des couches musculaires sous-endocardiques à des stades évolutifs différents allant jusqu'à la sclérose cicatricielle; mais l'œdème interfibrillaire dominait de beaucoup ces foyers de nécrose. Mishra (10) a fait les mêmes constatations dans les cardiopathies par carence de magnésium et cette prédominance de l'œdème interfibrillaire.

On sait que le renouvellement ou turnover (11) biologique de la cellule peut être troublé dans deux de ses processus essentiels.

1) Un trouble dans le processus de transfert actif ou passif; le transfert des constituants du milieu sérique ou interstitiel peut être perturbé v.q. par un défaut de la membrane cellulaire ou par un déséquilibre acide-base de ce milieu.

1. Communication des Laboratoires de l'Institut de Gérontologie de l'hôpital Notre-Dame de la Merci, présentée au 31<sup>e</sup> Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, 6 juin 1961.

2) Un trouble métabolique: la synthèse biochimique intracellulaire peut être modifiée par des perturbations enzymatiques.

3) Le magnésium circule dans le sang sous forme liée aux protéines et non liée. On sait que cet élément sert de coenzyme à plusieurs systèmes enzymatiques d'une importance capitale dans les processus d'échange énergétique comme la synthèse de l'A.T.P. de l'A.D.P. et sert aussi de coenzyme à un grand nombre d'enzymes, essentiels au bon fonctionnement du cycle de Krebs, cycle qui assure l'oxydation cellulaire.

Le taux de magnésium sérique ne semble pas subir de grandes variations, *mais cependant beaucoup de nos patients présentent de telles variations.*

A l'hôpital Notre-Dame de la Merci, sur une série de 500 malades chroniques, nous avons procédé, par la méthode de Masson au jaune titan, à la détermination du magnésium total sérique. Nous avons trouvé que 35% de nos patients étaient anormaux de ce point de vue; 20% présentaient une hypermagnésémie et 15% une hypomagnésémie. Les variations extrêmes parmi ces malades: 1.30 à 2.30 mEq/li. Cependant certains malades en phase aiguë ont donné des variations de 0.60 à 3.2 mEq/li. Notre taux normal déterminé chez 39 hommes dont l'âge variait de 20 à 40 ans: 1.65 à 1.93 mEq/li avec une moyenne de 1.79 mEq/li. *Par contre, il se peut que des variations sériques discrètes de magnésium possèdent une signification* (12). Bernsohn et Oelofse rapportent que chez les Bantus, où le taux de cholestérol est bas, avec une incidence d'athérosclérose faible, le taux de magnésium sérique est de l'ordre de 2.11 mEq/li, alors que chez l'Européen de l'Afrique du Sud, ce taux est de 1.90 mEq/li.

D'autre part, la teneur totale du magnésium peut être normale alors que le rapport entre ses formes liée et non liée, varie. *Nous essayons d'établir ces variations dans notre Institut à l'aide du magnésium marqué.*

On a signalé la déperdition des ions K et Mg au cours de stress, due à un excès d'hormones corticostéroïdes surtout à action minéralotrope et plus particulièrement l'aldostérone et d'après Hollbrook (14) un excès de corticostérone peut être converti en aldostérone. *D'après Maurat (15) un des principaux effets de la déficience magnésienne semble être un trouble du métabolisme calcique. Quel que soit le type de carence expérimentale employé, la précipitation de calcium dans les tissus mous est constante.* Nous avons vu la néphrocalcinose accompagner les cardiopathies expérimentales de

Selye. Mishra (16) dans des cardiopathies similaires a signalé *des dépôts de Ca dans les artérioles et l'aorte.* La néphrocalcinose dans ces lésions, a été vérifiée biochimiquement par Mori et DuRuisseau *qui ont constaté dans le rein lésé des augmentations de  $PO_4$  et Ca de l'ordre du triple de la teneur normale de cet organe.*

Après ces considérations, revenons à notre première question: La lésion cardiaque infarctoïde peut-elle se produire chez l'être humain? Plusieurs faits semblent le suggérer. Nous avons constaté que les pathologistes reconnaissent l'existence de nécrose du myocarde sans occlusion artérielle dans 20% des cas. Himbert et Lenègre, et Vordun di Castagni, déjà cités ont corroboré ces faits. Il faut avouer, sans doute, que l'hypothèse de l'anoxie prolongée reste classique comme facteur pathogène; mais nous devons reconnaître le fait: il y a des lésions cardiaques chez l'être humain, inexplicables par thrombose ou sténose artérielle. *Ces lésions peuvent-elles être d'origine électrolytique?* L'hypothèse est possible à la lumière des faits biochimiques suivants:

1) nous avons successivement constaté le rôle important du magnésium dans le fonctionnement cellulaire et l'apparition de troubles du *métabolisme calcique* lors de l'abaissement du magnésium;

2) on peut causer expérimentalement, comme il a été dit, chez le rat, des lésions cardiaques infarctoïdes, un foyer de nécrose étendu, soit par des diètes carencées en magnésium, soit par l'association phosphate/stéroïdes; lésions aggravées par le stress surtout neuro-musculaire. *Mais fait important à signaler: d'une part, ces lésions sont toujours accompagnées d'une baisse de magnésium dans le muscle cardiaque; d'autre part, ces lésions sont inhibées, presque totalement par l'apport de magnésium.*

Chez l'être humain peut-il exister des états de carence de magnésium, soit par mal absorption ou défaut de captation par le tissu cardiaque? Ici des faits constatés expérimentalement sur des animaux du laboratoire demandent à être vérifiés chez l'être humain.

1) Dans l'épisode coronarien aigu y a-t-il une baisse du magnésium cardiaque?

2) Dans les nombreux cas de stress d'ordre émotif ou neuro-musculaire surtout à action prolongée auxquels l'homme est soumis, y a-t-il élimination du magnésium?

Quelques aspects de ces problèmes nous sont déjà acquis. *La concentration du magnésium dans le cœur humain normal diminue avec l'âge.* DuRuis-

seau et Mori avaient déjà constaté que la teneur en magnésium du muscle cardiaque du rat vieillissant diminue, alors qu'elle reste constante dans le muscle squelettique du même animal.

*Des résultats similaires ont été obtenus dans nos laboratoires sur une série de cœurs humains normaux dont l'âge variait de 2 mois à 76 ans.* Sans entrer dans le détail, car nos résultats complets seront publiés prochainement ailleurs, mentionnons quelques faits intéressants:

La concentration des électrolytes: Na, Cl,  $PO_4$ , K, Mg et Ca a été établie, à la fois dans les tissus cardiaque et musculaire, mais nous ne considérerons ici que le comportement du Mg et Ca dans ces tissus.

1) Le magnésium cardiaque est significativement plus élevé chez les moins de 37 ans que chez les plus de 37 ans. Cette diminution du magnésium avec l'âge est de l'ordre de 20% et ne semble pas s'appliquer au muscle squelettique où la concentration en magnésium n'est pas une fonction de l'âge.

2) La concentration du calcium dans le muscle squelettique montre une constance remarquable. Elle ne semble pas fonction de l'âge de l'individu. Par contre le taux du calcium cardiaque montre une tendance à augmenter vers les 50 ans mais le petit nombre de cas entre 50 et 76 ans (2) que nous avons étudiés, ne nous permet pas de conclure.

Il semble donc que la diminution de la concentration du magnésium cardiaque constatée chez le rat vieillissant s'applique aux humains sénescents.

Nous en arrivons à la dernière question posée. Est-il logique d'envisager un apport accru de magnésium afin de prévenir ou traiter la lésion infarctoïde? Plusieurs faits le suggèrent:

1) Nous avons déjà rapporté dans cet exposé comment la lésion infarctoïde expérimentale peut être prévenue par un apport de magnésium.

2) Le taux de magnésium élevé chez les Bantus laisse-t-il supposer un taux trop bas chez les Occidentaux, suffisant pour répondre aux besoins usuels, mais qui peut être inadéquat dans certains états de stress. En effet, Muehrche et Coll. ont constaté une déperdition accrue de magnésium dans quelques cas d'aldostéronisme chez l'être humain (18, 19) et d'après les mêmes auteurs, le stress, avec son augmentation de cortistéroïdes, favorise la déperdition de magnésium chez l'homme.

3) Malkiel, Shapiro et Coll., dans une étude d'environ 200 cas de troubles coronariens récents ou chroniques, ont constaté une diminution dans l'intensité et la fréquence des crises d'angor, à l'aide d'une thérapie au magnésium (17).

*Pour résumer, on constate donc que des troubles du magnésium sont souvent associés à des lésions infarctoïdes du cœur. Sans établir une relation de cause à effet, nous avons vérifié quelques aspects du problème, et, nous nous proposons de rechercher la solution des autres. Mais seule une longue expérimentation clinique et métabolique nous permettra de solutionner les problèmes qui nous intéressent, soit:*

1) Quel est le rôle étiologique du magnésium dans la lésion infarctoïde?

2) La thérapie au magnésium peut-elle aider à prévenir ou guérir certaines lésions cardiaques?

#### Résumé

La lésion dite infarctoïde du myocarde provoquée sur les animaux de laboratoire, peut-elle exister chez l'être humain? Ces lésions expérimentales portent une signature biochimique spécifique:

1) seul le magnésium présente une baisse marquée dans le cœur lésé;

2) l'apport de magnésium empêche ces lésions de nécrose du myocarde.

Les baisses de magnésium cardiaque constatées sur le rat vieillissant ont été confirmées chez l'être humain sénescent. L'excès de cortistéroïdes, surtout l'aldostérone, provoque une baisse de magnésium sérique.

Sommes-nous justifiés après avoir constaté la possibilité de ces lésions infarctoïdes, d'instituer une médication d'apport de magnésium?

#### Summary

The experimental infarctoid lesion of the myocardium might be a pathological process of the human heart. Such lesions present a lowering of the Magnesium concentration in the myocardial tissue, and are prevented by addition of Magnesium. The deficiency of Magnesium, detected in the hearts of aging rats was confirmed in the human senescent heart. After such findings is it logical to consider Magnesium medication as a preventive measure against infarctoid lesion?

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) SELYE, H., et RENAUD, S.: Humoral Conditioning for the Production of Acute, Massive Myocardial Necroses by Neuromuscular Exertion. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **96**: 512, 1957.
- (2) SELYE, H.; MISHRA, R. K.: Prevention of the Phosphate-Steroid Cardiopathy by Various Electrolytes. *Am. Heart J.*, **55**: No 2, 1958.
- (3) MISHRA, R. K.: Functional and Morphologic Changes Associated with Low Intakes of Mg. *Revue Can. de Biol.*, **19**: 122, 1960.
- (4) DURUISSEAU, J. P., et MORI, K.: Biochemical Studies on Experimental Cardiopathy: Electrolytes in Rat Tissues. *Brit. J. of Exp. Path.*, **40**: 250, 1959.

- (5) DURUISSEAU, J. P., et MORI, K.: Water and Electrolytes Changes in Aging Process with Special Reference to Calcium and Magnesium in Cardiac Muscle. *Can. J. Biochem. Physiol.*, **38**: 919, 1960.
- (6) SELYE, H., et RENAUD: Prévention par le chlorure de potassium d'une myocardite purulente expérimentale. *Presse Médicale*, **66**: 6, 1958.
- (7) BLUINGART, H. L., et Coll.: Studies on the Relation of the Clinical Manifestations of Angina Pectoris, Coronary Thrombosis and Myocardial Infarction. *Am. Heart J.*, **19**: 1, 1940.
- (8) HIMBERT, J., et LENEGRE, J.: Les occlusions artérielles des coronaires et leurs conséquences myocardiques dans les cardiopathies par athéro-sclérose coronaire. *Arch. des Mal. du Cœur et des Vaisseaux*, 441 (mai) 1958.
- (9) di CASTAGNI, Vordun, et Coll.: Isquemia Subendocardia and Insufficiencia Coronaria Generalizada. *Arch. Del. Inst. de Cardio di Mexico*, **25**: 65, 1959.
- (10) MISHRA, R. K.: Studies on Experimental Magnesium Deficiency in the Albino Rats. *Revue Can. de Biol.*, **19**: 126, 1960.
- (11) CHEVALIER, T.: Dynamique biologique — Introduction à l'Étude du renouvellement cellulaire. *Rev. Can. de Biol.*, **19**: 96, 1960.
- (12) BERNSHON et OELOFSE: *The Lancet*, **1**: 1020 (18 mai) 1957.
- (13) MISHRA, R. K.: The Influence of Magnesium Deficient Regime on Steroid-phosphate Cardiopathy. *Rev. Can. de Biol.*, **19**: 161, 1960.
- (14) HOLLBROOK, S., et Coll.: *Proc. Soc. Exper. Biol. and Medicine*, **98**: 675, 1958.
- (15) MAURAT, T. P.: *Le magnésium en pathologie*. Expansion Scientifique Française, édit., 1958.
- (16) MISHRA, R. K.: The Influence of P.H.T. on Certain Manifestation Associated with Mg. Deficient Regime. *Revue Can. Biol.*, **19**: 169, 1960.
- (17) MALKIEL, SHAPIRO et Coll.: *Medical Proceedings*, (1 septembre) 1956.
- (18) MUEHRCHÉ, R. C., et MILNE: *Proc. Central Soc. Clin. Rev.*, **29**: 64, 1956.
- (19) MILNE, MUEHRCHÉ, R. C., et AIRD: *Quart. J. Med.*, **26**: 317, 1957.
-

## L'UNION MÉDICALE DU CANADA

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

(Fondée à Québec en 1902)

Tome 90, No 12 — Montréal, décembre 1961

#### LES PÉRICARDITES AIGÜES NON SPÉCIFIQUES: PROBLÈME NOSOLOGIQUE

Dans sa première édition, *Diseases of the Heart* Friedberg considérait la péricardite rhumatismale comme la plus répandue: suivaient les péricardites bactériennes et tuberculeuses. Quant à la péricardite aiguë dite bénigne, il l'incluait dans un sous-groupe comprenant vraisemblablement des types plus rares sans apporter de précision sur son incidence véritable. En 1956, lors de la publication de sa deuxième édition, Friedberg classait cette même péricardite aiguë, qu'il appelait désormais non spécifique, au troisième rang et évaluait son incidence, d'après les 96 cas de Reeves, à environ 10%. White, dans son édition de 1951 *Heart Diseases*, plaçait déjà la « péricardite idiopathique non spécifique » au premier rang en se basant sur le travail de Griffith & Wallace, publié en 1949. Enfin, sur 64 cas, Krook, de Suède, rapportait 33% de péricardites idiopathiques. C'est donc dire jusqu'à quel point le tableau nosologique des péricardites aiguës s'est modifié depuis les dix ou quinze dernières années. La notion de péricardite aiguë bénigne appelée aussi: primitive, idiopathique, et non spécifique remonterait à 1854 alors que Hodges aurait parlé, pour la première fois, de péricardite idiopathique. Oubliée et retrouvée périodiquement, c'est surtout grâce à Barnes et Burchell qu'en 1942 notre attention fut de nouveau attirée sur ce type particulier de péricardite aiguë bénigne.

Comme toute entité idiopathique cependant, elle devait subir très tôt un démantèlement progressif et susciter des polémiques

quant à son étiopathogénie. Robbins<sup>1</sup> note pour sa part un parallélisme entre l'augmentation de l'incidence de la péricardite aiguë non spécifique surtout depuis 1945 et la diminution plus ou moins proportionnelle des péricardites bactériennes. Il y voit l'action stérilisante sur les épanchements péricardiques, des antibiotiques dont l'emploi s'est particulièrement généralisé depuis 1945. Sans vouloir expliquer ainsi la pathogénie de toutes les péricardites idiopathiques, il en arrive à les subdiviser en deux sous-groupes: *la forme bénigne classique* de Barnes & Burchell, d'étiologie le plus souvent virale, et *la forme dite septique grave* d'origine bactérienne. Cette dernière aurait une évolution plus virulente avec hyperthermie et leucocytose plus marquées. L'emploi d'antibiotiques au début de l'infection bien que suffisante pour rendre l'épanchement péricardique éventuellement stérile, ne pourrait prévenir l'accumulation dans le sac péricardique de produits bactériens ou nécrotiques. Ces derniers, agissant comme corps étrangers ou comme agents sensibilisants, entretiendraient une inflammation abactérienne qui passerait pour une véritable péricardite non spécifique. La guérison de ces cas par le drainage ou l'emploi de stéroïdes souvent associés à des doses plus fortes d'antibiotiques prouverait le bien-fondé de son hypothèse. D'autres comme Mouquin et Coll.<sup>2</sup> déclarent sans hésiter: « On n'a jamais cru très sérieusement aux hypothèses proposées soit d'une origine pyogène, soit d'une origine allergique; au contraire c'est l'origine virale qui demeure la plus vraisemblable ». Il faut bien avouer, en effet, que le nombre et la variété de virus mis en cause dans les péricardites aiguës augmentent sans cesse en raison du perfectionnement de nos techniques de laboratoire. Et nous devons ajouter à cela d'autres agents pathogènes récemment associés à la péricardite aiguë tels certaines rickettsies, des fungi et un nouveau microorganisme mésophile du groupe des actinomycétales:

1. J. J. Robbins: *Amer. Practit.*, **11**: 939, 1960.

2. M. Mouquin, Hatt, Sauvan et Godeau: *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, **75**: 249, 1959.

la Waksmania-Rosea.<sup>3</sup> Ce dernier aurait été isolé par des médecins newyorkais chez un jeune travailleur poignardé à la poitrine et au dos. Il aurait présenté quelque temps après une péricardite du type bénin idiopathique avec rechutes multiples. Inutile de souligner le travail épuisant qu'a nécessité l'isolement de ce nouvel organisme situé entre le règne bactérien et mycotique.

Ainsi n'est-il pas à prévoir que l'on en vienne à découvrir dans la plupart des cas de péricardites considérées jusqu'ici comme non spécifiques un agent pathogène bien individualisé. Un tel optimisme n'est certes pas déraisonnable mais seul le recul du temps nous permettra d'établir de façon plus certaine une relation de cause à effet entre ces nouveaux agents pathogènes et les péricardites aiguës qu'ils sont censés engendrer. Pour le moment une telle relation n'est inférée très souvent que par des méthodes indirectes: culture des sécrétions pharyngées, des selles et titrage d'anticorps dans le sérum. Jusqu'en 1959, n'auraient été rapportés dans la littérature que deux cas de péricardite où le virus aurait été identifié au sein même de l'épanchement.<sup>4</sup> Quoi qu'il en soit, on doit bien admettre qu'actuellement la plupart des péricardites aiguës surtout du type bénin demeurent sans étiologie et méritent qu'on les qualifie de non spécifiques. De son côté, Swan semble s'être fait le porte-parole des tenants de la théorie allergique: « *It is hard however to accept a virus infection as the explanation of repeated attacks of pericarditis over many years and it is likely that A.N.S.P. has more than one cause* ». Ainsi s'exprimait-il lors du troisième congrès européen de cardiologie tenu récemment. Et poursuivant, il rappelait les théories relativement nouvelles expliquant les péricardites aiguës attribuées au traumatisme cardiaque, chirurgical ou accidentel ainsi qu'à l'infarctus du myocarde. De conclure Swan: « La possibilité qu'un mécanisme d'auto-immunisation puisse expliquer, tout comme dans la thy-

roïdite d'Hashimoto, bon nombre de péricardites non spécifiques doit être envisagée et explorée davantage.

Ce problème nosologique que présente la péricardite aiguë idiopathique loin d'être résolu n'est pas pour autant que d'un intérêt académique; bien au contraire il comporte des conséquences pratiques déjà fort importantes; en raison de ce double phénomène qu'il nous fait constater à savoir d'une part l'augmentation absolue du nombre de péricardites idiopathiques et d'autre part la diminution relative du nombre de péricardites aiguës qui encore hier auraient été considérées comme idiopathiques. Il est bien évident en effet que nous sommes tous appelés à rencontrer de plus en plus des péricardites aiguës du type idiopathique, mais que ce diagnostic ne pourra être posé qu'après des recherches de plus en plus poussées en vue d'éliminer justement toute spécificité possible. Malheureusement très peu de laboratoires d'hôpitaux peuvent à l'heure actuelle entreprendre ces nouvelles recherches microbiologiques qui demandent un personnel hautement spécialisé et consomment un temps précieux. Il existe tout de même quelques centres, chez nous, comme l'Institut de Microbiologie de l'Université de Montréal, qui peuvent se charger des bilans virologiques dans les cas de péricardites ou myocardites du type idiopathique.

Terminons en rappelant que la péricardite aiguë en général ne présente pas qu'un problème de laboratoire puisque sur le plan clinique bon nombre d'affections connues viennent s'ajouter à la liste déjà imposante des causes de péricardites. Ainsi en est-il de la mononucléose infectieuse, du lupus érythémateux dissimulé pour ne citer que quelques-uns dont il a été assez souvent question dans la littérature récente. Raynaud & Bernasconi mentionnent également la possibilité que des affections de voisinage, surtout des néoplasies juxtapéricardiques puissent « développer une atteinte du péricarde prenant la marque d'une péricardite aiguë à rechutes ».<sup>5</sup> Ces mêmes auteurs nous

3. Louria et Gordon: *Am. Rev. Resp. Dis.*, **81**: 83, 1960.

4. Brodie et Marchessault: *The New Eng. J. Med.*, **262**: 1278, 1960.

5. Raynaud et Bernasconi: *Sem. des Hôp.*, **35**: 129, 1959.

rappellent cette grande difficulté toujours existante d'éliminer avec certitude la tuberculose du péricarde dans bon nombre de péricardites aiguës.

Le clinicien est donc appelé plus que jamais à se montrer des plus astucieux dans l'art du diagnostic différentiel en face d'une péricardite aiguë. Il lui faudra procéder méthodiquement, faire appel à toutes les ressources possibles du laboratoire de son hôpital et s'assurer les services des quelques centres encore plus spécialisés. Malgré l'excellence des techniques de laboratoire qui pourront être mises à sa disposition, le délai qui devra nécessairement s'écouler avant que ne lui parviennent les résultats définitifs obligera encore pour longtemps le clinicien à recourir à une thérapie d'attaque multiple comprenant: agents anti-inflammatoires dont parfois les stéroïdes, antibiotiques à large spectre auxquels viendront souvent s'ajouter les anti-bacillaires.

Léandre DÉCARIE

---

•••

#### RÉANIMATION CARDIAQUE EXTRATHORACIQUE

En deça de 4 minutes d'arrêt cardiaque, on doit ouvrir rapidement le thorax et effectuer sans retard un massage rythmique du cœur. Autrement, c'est la mort ou une survie végétative, ce en quoi tout chirurgien est instruit et à quoi il doit être habilité, afin

de procéder vivement et efficacement. Mais une nouvelle méthode de réanimation, beaucoup plus simple et paraît-il aussi efficace vient d'être proposée et même plus, serait exclusivement utilisée au « Johns Hopkins Hospital ».

Cette méthode est due aux expériences de Kouwenhoven et Knickerbocker chez les animaux et à son application chez l'homme par Jude. Elle consiste à effectuer des pressions énergiques et rythmées (60 à la minute) sur le sternum immédiatement au-dessus de son appendice xyphoïde. Le cœur coincé entre le sternum et le rachis, est ainsi comprimé par la dépression thoracique qui en résulte et le sang en est chassé à chaque coup de pompe thoracique.

Le sujet doit reposer sur le dos et sur une surface résistante. On doit pouvoir sentir le pouls fémoral, carotidien et brachial. La pression sur le thorax très dépressible du sujet inconscient ou anesthésié doit être forte et brusque. Simultanément, il est nécessaire de ventiler les poumons du sujet par une insufflation de bouche à bouche ou d'efficacité équivalente.

Méthode simple, d'application quasi instantanée et qui contribuerait à procurer, justement par sa simplicité d'exécution et la rapidité de sa mise en opération, des résultats encore plus systématiquement efficace que le massage intrathoracique.

Roma AMYOT

---

## HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

### MON EXPÉRIENCE AVEC LES ALCOOLIQUES<sup>1</sup>

J.-C. BOURQUE,  
Directeur de la Clinique d'Hygiène mentale (Edmundston, N.-B.).

Psychiatre attaché à une consultation externe d'hygiène mentale, je viens vous faire part de mon expérience de trois années dans le traitement des alcooliques.

D'août 1958 à mars 1961, sur 445 consultations à la clinique, 5 seulement ont concerné des alcooliques. Les chiffres des quatre cliniques externes d'hygiène mentale du Nouveau-Brunswick se lisent pour l'année 1959 comme suit dans le tableau ci-dessous:

Clinique	Alcooliques	Consultations
Frédéricton . . . . .	4	305
Saint-Jean . . . . .	4	238
Moncton . . . . .	0	240
Edmundston . . . . .	2	128
<i>Total</i> . . . . .	10	911

Il importe donc de savoir pourquoi si peu d'alcooliques consultent un psychiatre, même lorsque le service est entièrement gratuit. Avant de répondre à cette question, je vais vous présenter brièvement les cinq cas qui nous ont consultés.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme marié de 35 ans qui nous consulte parce qu'il vient de perdre sa position. Sa femme doit travailler et elle a placé son enfant à l'orphelinat. Il boit depuis l'âge de 17 ans et il a perdu beaucoup de temps au travail. Il n'est pas resté à la maison Domremy l'an dernier. Il vient à la Clinique parce qu'un prêtre et le chef de police le lui ont conseillé. Il ne croit pas être alcoolique, n'est pas prêt à se faire traiter ni à l'hôpital ni à la clinique. Il vient tout simplement pour que nous lui trouvions du travail.

Le second est un homme marié de 31 ans qui a déjà fait un séjour à Domrémy et à l'Hôpital Provincial de Campbellton. Il est père de six enfants. Son père était alcoolique et son frère l'est également. Son histoire vocationnelle est un tissu d'instabilité et de changements. Il n'a que 4 années de scolarité. Il consulte pour être soulagé de ses tremblements qui rendent son travail difficile. Au début, il est très hostile envers sa femme à qui il

reproche de ne plus vouloir d'enfants. Il est cependant coulé de dettes. Je l'ai vu 5 fois en tout. Durant les autres entrevues, il blâme son patron qu'il accuse d'être injuste, raconte qu'il a parfois des *black-outs* et qu'il fut halluciné dans le passé. Il est irritable et se demande si sa femme va le tolérer longtemps à ne pas boire. De toute façon, il change de localité, mais apporte ses comprimés tranquilisants. Sa femme a consenti à venir pour une entrevue; elle ajoute cependant qu'elle n'aurait pas vraiment eu le temps de venir, mais qu'elle a réussi à le faire, parce qu'elle a habitué son mari à garder les enfants. Elle semble accepter sa situation avec complaisance. Les gens sont très bons pour elle. Elle ne veut plus d'enfants. Leur mariage n'a jamais fonctionné depuis le début.

Le troisième cas est un maniaco-dépressif de 46 ans qui nous est référé par l'Hôpital Provincial. Il boit depuis 15 ans et fut hospitalisé pour crise dépressive avec intention et danger réel de suicide, crise précipitée par la naissance d'un nouvel enfant qui n'était pas attendu. Lui et sa femme insistent pour nier toute maladie mentale. Le patient lui-même est très fier d'être un alcoolique anonyme. Il ne s'est jamais considéré comme alcoolique avant son entrée à l'hôpital. Sa femme le talonne en l'envoyant régulièrement à ses réunions d'A.A. comme on envoie un enfant au catéchisme. Il fait une deuxième réaction dépressive sérieuse avec danger de suicide (son père s'est suicidé selon toute apparence en se noyant et le patient lui-même pense à le faire). Nous devons pratiquement nous quereller avec sa femme pour qu'elle le fasse réhospitaliser.

Le quatrième cas est un homme marié de 38 ans qui arrive à la clinique sans rendez-vous; en salopette de travail et en état de panique, nous implorant de lui aider à mettre un frein aux escapades de sa femme. Il se dit prêt à tout faire pour obtenir son affection. Après l'avoir calmé, il revient pour une entrevue. Sa femme consent à venir sur insistance d'un prêtre, mais elle avoue son désintéressement, elle ne nie ni n'admet les accusations de son mari, alcoolique abstinant depuis 4 ans. Nous ne les avons jamais revus.

1. Travail présenté à la septième conférence du Clergé Canadien sur l'Alcoolisme, tenue à Moncton, N.-B., le 27 juillet 1961.

Le dernier cas est celui d'un alcoolique reconnu qui a cessé de boire depuis six mois. Il nous amène sa femme à la Clinique, parce qu'elle fait une réaction psychotique aiguë. Elle s'adaptait assez bien d'une façon masochiste lorsque son mari buvait. Cette patiente fut hospitalisée et traitée. Nous avons continué de voir les deux conjoints à la Clinique régulièrement. Leur adaptation actuelle est très satisfaisante bien que la patiente soit encore névrosée.

\* \* \*

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces consultations?

1. Il est évident que les alcooliques, plus que tous autres, se tiennent à distance des psychiatres (près de 10 cas sur 1,000 consultations aux cliniques en 3 ans). Il serait intéressant de connaître l'attitude des alcooliques qui vivent dans les grands centres métropolitains à cet égard.

2. L'étiquette « alcoolique » ne doit pas être colée sans discernement à tous les buveurs immodérés, à moins d'y ajouter l'épithète « symptomatique ». On sait que le schéma de Jellinek ne s'applique guère aux pays latins et qu'en France, il se reconnaît surtout chez les névrosés voués à l'alcoolomanie primaire.

3. L'étude d'un alcoolique ne devrait jamais se limiter à être purement descriptive. L'aspect social et interpersonnel est capital comme l'indique notre cinquième cas. Une étude dynamique peut fournir des renseignements précieux à ceux qui se dévouent à la réhabilitation de l'alcoolique, car l'alcoolisme peut être intensifié par un travailleur bien intentionné qui se dévoue à aider son épouse si le patient souffre de jalousie. L'aspect transférentiel du problème n'est pas négligeable dans les cas individuels. La psychothérapie de groupe pour les épouses d'alcooliques serait à mon avis un pas de l'avant. Il

existe à Toronto des groupes de ce genre appelés *Family Groups*.

4. Une clinique externe de psychiatrie telle que constituée au Nouveau-Brunswick peut offrir des consultations psychiatriques aux alcooliques et avec leur consentement, le résultat de la consultation peut être communiqué au prêtre, au médecin et à l'assistant social qui travaillent à l'aider.

5. Pour ce qui regarde la psychothérapie individuelle, les cas doivent être judicieusement sélectionnés et j'endors cette affirmation de R. J. Starrels de San Francisco qui écrivait en octobre 1960 dans l'*American Journal of Psychotherapy*:

« As everyone knows who has tried any kind of psychotherapy with alcoholics, the main problem is the alcoholics' reluctance toward treatment. The majority of alcoholics will not enter psychotherapy, and those who do, do so mostly with one foot in and one foot out ».

#### Résumé

Ce court article souligne l'abstention des alcooliques à fréquenter les cliniques externes de psychiatrie dans un petit centre urbain. L'auteur rapporte sommairement les observations de cinq malades et une statistique couvrant l'année 1959. En conclusion, il appuie sur l'importance d'évaluer la personnalité du sujet, de préciser le diagnostic et de connaître le climat conjugal. Il formule des suggestions à ces différents égards.

#### Summary

This short article stresses the resistance of alcoholics in attending out-patients psychiatric clinics in a small urban center. Five cases are presented summarily as well as statistics covering the year 1959. Concluding remarks also emphasize the importance of total personality evaluation, diagnosis, the reaction of the marital partners, and offers suggestion in this regard.

## VARIÉTÉS

### À PROPOS D'UNE CAMPAGNE INJUSTIFIÉE CONTRE NOS HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Paul DUMAS,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu. Consultant à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Le jeune médecin qui revient au pays natal après un séjour d'études complémentaires à l'étranger se livre fréquemment à des comparaisons sévères et peu nuancées entre les institutions médicales de son milieu et celles des lieux où il est allé se perfectionner. Les critiques qu'il formule alors lui sont dictées par des sentiments sans doute légitimes, sentiments mêlés où entre un dosage variable d'idéalisme, d'esprit civique et d'ambition personnelle; elles lui inspirent parfois aussi des projets de réformes radicales qu'il ne manque pas de communiquer sur un ton catégorique à son entourage et dont la réalisation exigerait habituellement, entre autres conditions, le déplacement de personnages en place qu'il estime, à tort ou à raison, imperméables à toute idée de progrès. S'il n'a pas le bonheur d'être encadré dans sa spécialité par des aînés nombreux dont l'autorité lui en impose et sache mettre une sourdine à ses impulsions verbales, ses débordements de langage et ses attitudes agressives pourront compromettre pour un temps les bons offices qu'il n'aurait pas manqué de rendre à la communauté en s'intégrant de bonne grâce à l'équipe, avant d'accéder à son tour, un jour, une fois mûri, aux postes de commande. Par bonheur, ces manifestations d'intransigeance, d'impatience et d'impétuosité juvéniles se produisent habituellement en petit comité, en famille, dans les fumoirs ou les cantines des hôpitaux et, si impitoyables que soient parfois les jugements portés sur les aînés, personne ne s'en porte plus mal. Plus tard, quand il aura apporté pendant quelques années son concours à l'œuvre commune, le jeune médecin sera le premier à en sourire et à espérer qu'on ne lui en garde pas trop rigueur.

Par contre, si ces récriminations, si ces dénonciations empruntent la voix de la grande presse et la plume pas toujours mesurée, ni suffisamment avertie de journalistes profanes, les autres médecins ont le droit de crier holà! et d'aller y regarder d'un peu plus près.

Les journalistes exercent une profession difficile. Ils doivent tous les jours entretenir leurs lecteurs

de mille et un sujets dissemblables, suivant le caprice de l'actualité. Comme ils ne prétendent pas à l'omniscience, ils puisent leur information dans les communiqués des agences de presse, dans les répertoires biographiques, statistiques, techniques ou autres, ils se renseignent aussi auprès d'informateurs spéciaux touchant certains problèmes particuliers d'ordre récent et de caractère inédit, sur lesquels il n'existe pas encore de documentation écrite disponible. Si ces informateurs sont partiaux ou mal informés eux-mêmes, la qualité des reportages sera faussée d'autant et, avec la meilleure volonté au monde, le journaliste égarera son public au lieu de le guider et de l'instruire.

Voilà exactement ce qui s'est passé cet automne quand nos journaux quotidiens, sous l'inspiration à peine voilée de quelques jeunes médecins, ont mené une campagne virulente contre nos grands hôpitaux psychiatriques. Les affirmations gratuites et les erreurs flagrantes dont étaient parsemés tous ces articles trahissaient de la part de ceux qui les avaient inspirés une méconnaissance évidente de la situation réelle qui est faite au malade dans ces hôpitaux à l'heure actuelle et des progrès considérables qui y ont été opérés depuis bientôt dix ans, aussi bien que des conditions historiques dans lesquelles ils ont dû poursuivre leur développement. Quant aux accusations malveillantes portées contre le personnel religieux et laïque de ces institutions, elles déshonorent beaucoup plus ceux qui les ont formulées qu'elles ne touchent vraiment ceux qu'elles prétendaient stigmatiser.

En prêtant leur concours, si obliquement que ce soit, à cette campagne, ces jeunes médecins ont dérogé à un principe fondamental de la déontologie médicale, à savoir le devoir de respect, de justice et de charité que tout médecin doit observer envers ses confrères.

Que le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, impressionné par tout ce tapage de presse et saisi d'une ardeur soudaine, ait cru devoir prier le gouvernement provincial de faire enquête sans prendre

la peine d'aller vérifier sur place le bien-fondé de toutes ces accusations portées contre nos hôpitaux psychiatriques, que l'Honorable Ministre de la Santé, non moins importuné par toute cette agitation, à la veille de son départ pour Paris où il allait assister à l'ouverture du Congrès de Médecins de Langue française du Canada et à l'inauguration de la Maison du Québec, ait cru devoir nommer un comité pour étudier la situation des services psychiatriques à travers notre Province, cela ne change rien à l'affaire. L'on a porté atteinte, publiquement, à un principe inviolable de la déontologie médicale et le geste demeure absolument indéfendable.

Quels qu'aient été les mobiles véritables, avoués ou non, de cette campagne, que l'on ait eu vraiment en vue l'amélioration du sort du malade mental ou que l'on ait été animé par la passion ou par des intentions tactiques, il n'importe, le procédé reste de toutes façons condamnable. Les promoteurs de cette campagne se réclament de Machiavel, les uns avec emphase, les autres avec humeur. Ne leur en déplaise, la fin ne justifie jamais les moyens, du moins pas dans une société chrétienne. L'on ne se grandit pas quand on prétend s'élever en abaissant les autres et l'on ne saurait faire œuvre propre en dénigrant autrui.

On se défendra sans doute en alléguant qu'on avait des intentions pures, « qu'on n'a pas voulu cela », qu'on n'est pas responsable des excès de langage des journalistes. L'apprenti-sorcier se défendait, lui aussi, d'avoir mis en branle la machine infernale et d'ailleurs quand les journalistes ont erré ou exagéré, on s'est bien gardé, que je sache, de les démentir.

A la vérité, il n'existe aucun état d'urgence dans le domaine de la psychiatrie chez nous actuellement. Bien au contraire, à la faveur du regain de vie que les conquêtes de la thérapeutique psychiatrique ont insufflé à cette spécialité depuis dix ans, nos hôpitaux psychiatriques connaissent aujourd'hui un essor accéléré: ils ont multiplié leurs effectifs et, secondés par des équipes dévouées de jeunes psychiatres de bonne volonté, ils présentent un visage tout à fait renouvelé et rendent à la société des services de plus en plus importants. Certes il y a encore beaucoup à faire, tout est loin d'y être parfait et nul ne le sait mieux que les dirigeants de ces hôpitaux. D'ailleurs il y a beaucoup à faire aussi et tout est loin d'être parfait dans d'autres secteurs de notre vie médicale, par exemple dans l'enseignement de la médecine et dans l'organisation de nos cadres professionnels.

On a crié au scandale de la psychiatrie. Je crains que le véritable scandale n'ait été dans l'imagination de ceux-là même qui ont poussé les clameurs. Il s'agit là, comme chacun sait, d'un phénomène de projection bien connu en psychiatrie.

Quand les jeunes médecins responsables de ce regrettable pas de clerc auront retrouvé le sens de la mesure, quand l'expérience de la vie leur aura fait acquérir une meilleure prise de contact avec le réel et que le succès professionnel que nous leur souhaitons malgré tout aura ramené la sérénité dans leur cœur, ils pourront alors apporter à notre médecine la contribution importante qu'elle est en droit d'attendre d'eux.

---

#### RECTIFICATIONS

1. — Dans l'article « Nouvelles techniques de biopsie à l'aiguille transectanée » paru en novembre 1961, lire au bas de la première colonne de la page 1230: « 70 mm » au lieu de « 700 mm »; et dans la légende de la fig. 3, « pour perforer » au lieu de « pour protéger ».

2. — A la fin de l'article intitulé « Les hôpitaux au tribunal de l'opinion publique », à la page 1266 du numéro de novembre 1961, à la colonne de droite à la dernière page, lire: « Que parmi les hôpitaux qui présentent des faiblesses ou des lacunes, il s'en trouve qui soient dirigés par des communautés religieuses, cela n'est qu'affaire d'accident. Les mêmes critiques vaudraient contre un hôpital dirigé par une corporation laïque et de fait il en existe. Les véritables circonstances atténuantes ne sont pas à rechercher dans le caractère religieux ou non des institutions en cause ».

3. — Dans l'éditorial du même numéro: « Enfin une nouvelle Faculté de médecine », au bas de la deuxième colonne de la page 1261 et avant le dernier paragraphe, lire: « 1853 » au lieu de « 1953 ».

XXXIII<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE ET  
XXXI<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE  
FRANÇAISE DU CANADA

PARIS, SEPTEMBRE 1961

I — SÉANCE D'OUVERTURE

DISCOURS DU PROFESSEUR PASTEUR VALLERY-RADOT  
Président conjoint.

LE MÉDECIN DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Que mes premiers mots soient pour remercier Monsieur le Ministre de la Santé publique et de la Population qui nous fait l'honneur de présider la séance inaugurale de ce Congrès, et tous ceux qui nous ont aidés soit en nous consacrant beaucoup de leur temps, soit en nous accordant généreusement des subventions afin de donner à ce XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de Médecine tout l'éclat qu'il doit avoir.

La présence de nos amis canadiens, qui ont voulu que le XXXI<sup>e</sup> Congrès de l'Association des Médecins de langue française du Canada soit associé à notre Congrès, donne à ces Journées un lustre particulier. Je leur souhaite la plus cordiale bienvenue.

\* \* \*

Mes éminents prédécesseurs à la présidence des Congrès de Médecine de langue française, MM. Loeper, René Moreau, Vannotti, dans leurs discours inauguraux, ont évoqué les progrès sensationnels de la découverte en Médecine pendant ces dernières années. A leurs belles pages, je ne saurais rien ajouter. Aussi voudrais-je traiter un tout autre sujet, qui vous étonnera peut-être: celui de *la mauvaise orientation de la pratique médicale*.

Je n'hésite pas à dire que, *dans son exercice quotidien, la Médecine fait fausse route*.

Pourquoi?

Parce qu'elle néglige *le médecin de Médecine générale* et ne s'intéresse plus qu'aux spécialistes.

Nos contemporains, stupéfaits des découvertes qui se succèdent sans interruption dans les domaines de l'investigation et du traitement des maladies, commettent l'erreur de considérer la Médecine comme une Science, à l'égal de la Physique et de la Chimie. Or la Médecine n'est pas une Science, elle utilise les Sciences. Elle n'a pas pour but de résoudre des problèmes abstraits, elle traite de problèmes humains, qui sont essentiellement variables selon les cas, car chaque individu a sa personnalité, avec son hérédité, son passé, son comportement physiologique qui n'est identique à aucun autre,

sa particulière sensibilité psychique, son mode individuel de réactions. Le médecin n'a pas en face de lui *une machine* humaine, il a *un être humain*.

L'ère technicienne dans laquelle nous vivons résout tout en équations. Le robot est roi. Même l'art n'est plus conçu par beaucoup que sous l'aspect des nombres, des lignes et des volumes, il est considéré suivant des abstractions.

La technique, pénétrant toutes les activités humaines, s'est imposée à la Médecine. Les découvertes se développant avec une rapidité surprenante, les spécialistes se sont multipliés. Il le fallait. On ne saurait le regretter, et même il faut souhaiter que les spécialistes étendent leurs champs d'action. Sans eux, il n'y aurait guère de progrès possible. Mais, dans cette invasion des spécialistes, qu'est devenue la Médecine générale? Les médecins qui la pratiquent de plus en plus disparaissent. Ceux qui restent encore sont négligés ou considérés comme les parents pauvres de la Médecine.

C'est pourtant le médecin de Médecine générale qui devrait indiquer au malade à quel spécialiste il faut qu'il s'adresse. C'est lui qui devrait mettre en parallèle les renseignements fournis par l'examen clinique et ceux apportés par les techniques du spécialiste. C'est lui qui devrait faire les synthèses quand plusieurs spécialistes ont été consultés. Que de fautes d'interprétation seraient ainsi évitées, car les spécialistes, qui parfois connaissent peu la Médecine générale, sont capables, si éminents soient-ils, de commettre des erreurs préjudiciables aux malades.

On oublie que tout homme a besoin de se sentir plaint, compris, aimé. En chaque être, même le plus fruste ou le plus secret, il y a un fond sentimental qui a tendance à remonter à la surface. Le malade pourra-t-il s'épancher s'il ne peut se confier à un médecin de Médecine générale qui sera, le plus souvent, un médecin de famille?

Pourquoi avoir à peu près éliminé ce qui constituait, depuis les origines de l'homme, le bienfait inégalable de la Médecine, c'est-à-dire l'appui que donne à l'être humain un autre être qui peut

l'aider, aussi bien sur le plan moral que sur le plan physique? Le principal ressort vital des hommes étant l'espoir, il ne faut tuer ni leurs dieux ni leurs rêves: en abolissant le médecin de famille, c'est ce que l'on accomplit.

Voyez dans quelle déchéance est tombé en France le médecin exerçant la Médecine générale, en comparaison du spécialiste.

Avant la dernière guerre, la plupart des internes des Hôpitaux de Paris retenaient des places dans des services de Médecine générale. Aujourd'hui la plupart recherchent des services de chirurgie ou de spécialités. On se demande avec effroi combien, dans quelques années, il restera d'internes s'adonnant à la Médecine générale.

D'ailleurs, que deviennent nos services hospitaliers de Paris? Ils sont presque tous consacrés à des spécialités. Aux services de spécialités, les belles installations, les luxueux équipements! Que les services de Médecine générale se contentent de locaux vétustes, que leurs salles soient encombrées de vieillards et de chroniques, que leur matériel soit réduit au strict nécessaire, que leurs besoins ne soient pas satisfaits, peu importe! L'Assistance publique fait un louable effort, sous l'impulsion de son très admiré et aimé directeur général, le Dr Xavier Leclainche; mais presque tout cet effort se concentre sur les services de spécialités. Je supplie l'Assistance publique de ne pas négliger ces services et ces cliniques de Médecine générale qui doivent être les foyers où se forme l'élite de la Médecine française.

Le titre d'interne des Hôpitaux s'efface devant celui de spécialiste, qui est beaucoup plus considéré par la Sécurité sociale. C'est ce titre de spécialiste que recherchent les jeunes car ils sont à peu près sûrs, dès leur installation, d'avoir une clientèle, alors que le médecin de Médecine générale aura bien des difficultés à se faire une place. D'ailleurs dans le public, il est bien peu considéré; on ignore même qu'il peut encore exister. La question posée presque toujours par l'homme inculte ou cultivé qui rencontre dans la société un médecin n'est-elle pas toujours la même: « En quoi, docteur, êtes-vous spécialiste? » A une telle question, j'ai envie de répondre: « Dans le diagnostic de la bêtise humaine. »

La France, qui est aujourd'hui, comme tout au long de son histoire, en avance d'une génération dans les domaines de l'art et de la littérature, est en retard d'une génération dans la conception de la pratique médicale. Elle a servilement suivi les Etats-Unis qui, dans leur passion pour la technique,

ont petit à petit exclu les médecins de Médecine générale au profit des spécialistes. Et voici que les mêmes Etats-Unis reconnaissent très loyalement qu'ils ont fait fausse route: on décerne maintenant dans les Universités américaines des diplômes d'internistes, c'est-à-dire de médecins de Médecine générale. Bien plus, tout candidat à ce diplôme doit faire preuve d'une connaissance approfondie des diverses branches de la Médecine, tant sur le plan pratique que sur le plan théorique, avant de se spécialiser.

Dans d'autres pays la spécialisation en Médecine générale est reconnue officiellement. En Suisse, cette spécialisation est la plus difficile à obtenir: il est exigé des stages hospitaliers plus longs que pour les autres.

On voudrait espérer que nos réformateurs s'inspireront de ces exemples. Si j'avais l'honneur d'être consulté par eux, je leur rappellerais que la clinique a une importance primordiale, que son enseignement ne doit pas être donné tardivement à l'étudiant. Je leur demanderais de créer un certificat de Médecine générale, disons d'*interniste*, puisqu'on ne veut plus utiliser que des mots anglais. Je leur conseillerais de faire des efforts pour revaloriser aux yeux du public le médecin exerçant la Médecine générale. Qu'ils n'oublient pas que ce sont les grands consultants de Médecine, à Paris et en province, qui ont fait la renommée de la Médecine française. Qu'ils établissent, comme aux Etats-Unis, un véritable enseignement post-scolaire, obligatoire, avec la possibilité de stages dans les cliniques médicales.

Je ne méconnais pas que la vie d'un médecin exerçant la Médecine générale est beaucoup plus dure que celle d'un spécialiste, mais quelle satisfaction elle donne quand on a conscience d'avoir sauvé, ou simplement guéri, un homme qui s'est confié à vous!

Je sais bien aussi que, pour exercer la Médecine générale, il faut, en plus d'une instruction médicale longue à acquérir, des qualités exceptionnelles.

Ce sont ces qualités que je voudrais exposer.

\* \* \*

Une des premières est l'*esprit d'observation*.

Si le médecin ne sait pas observer son malade, il passera à côté de symptômes qui seuls peuvent donner la clé du diagnostic.

Ce qu'on appelle en Médecine la séméiologie a pour fondement l'esprit d'observation. On apprend à l'étudiant à reconnaître tel signe, en lui en indiquant la valeur. S'il est incapable de bien observer, la séméiologie restera pour lui lettre morte.

La seconde qualité du médecin doit être *le bon sens*. On s'étonnera sans doute de cette affirmation, mais j'avoue que ce qui me stupéfie, chez certains médecins, c'est le manque de bon sens. Ils ont une foi aveugle en certaines techniques et oublient qu'il faut les interpréter en les comparant aux résultats fournis par la clinique. Ils demandent tels examens de laboratoire sans discernement ou interprètent mal ceux qui leur sont fournis.

Le bon sens comporte l'esprit critique, c'est-à-dire un sens particulier qui fait que l'on raisonne juste, autrement dit, un jugement sain.

Le médecin doit avoir cet esprit critique, non seulement en face du malade, mais encore dans la conception qu'il se fait de la Médecine. Qu'il ne se laisse pas éblouir par les théories nouvelles; qu'il se souvienne que la plupart des pathogénies médicales sont caduques. Pour s'en convaincre, il suffit d'ouvrir un livre de pathologie datant de quelques années: des interprétations qu'on y trouve, il reste bien peu de chose, parfois même tout est à rayer. Y eut-il conception plus généralement admise il y a un demi-siècle que celle de l'arthritisme ou celle des maladies par ralentissement de la nutrition? Elles sont tombées en désuétude. Ouvrez le *Dictionnaire Dechambre* qui, vers 1885, faisait la loi: si aujourd'hui un candidat à l'internat expliquait les maladies selon les mécanismes invoqués dans les chapitres de ce dictionnaire, qui ne compte pas moins de 100 volumes, ses juges se demanderaient s'il a quelque bon sens.

Bien des médecins, en édifiant de fragiles pathogénies, étayées sur la chimie ou la physique, s'imaginent qu'ils font ainsi figures de savants. Ce jeu est dangereux, on y trébuche et parfois on s'y casse les reins.

Le scepticisme, qui est une des formes de l'esprit critique, est indispensable au médecin, pourvu qu'il ne soit pas poussé jusqu'à la négation de ce qui est établi sur des bases solides. Le médecin doit le pratiquer à la manière de ces maîtres qui s'appelaient Vidal, Vaquez, Laubry: c'est le scepticisme de Montaigne, qui est tout en nuances.

Ce scepticisme, il faut l'appliquer aux thérapeutiques. Nous les voyons apparaître et disparaître avec une rapidité déconcertante. Beaucoup de celles qui semblaient un progrès il y a quelque vingt ans ne sont plus utilisées aujourd'hui, on a reconnu leur insuffisance, parfois même leur nocivité. Que le médecin n'emploie donc pas inconsidérément un traitement nouveau qui n'a pas fait suffisamment ses preuves! On sait la boutade qui court dans les armées: « Ne jamais exécuter un ordre avant d'avoir

reçu le contre-ordre ». On serait tenté de dire: « Ne jamais employer un médicament avant que l'usage en ait révélé les contre-indications ».

Si le médecin doit avoir l'esprit d'observation et l'esprit critique, il faut aussi qu'il ait *le sens de l'humain*.

Comme l'a écrit Jean Delay: « Le médecin devrait avoir tout senti, tout compris, avoir aimé beaucoup avec son corps et avec son âme, avoir gardé au fond du cœur une pitié infinie. »

La profession médicale est faite de psychologie. Le médecin ne doit pas seulement plaindre son patient qui souffre, il doit comprendre ses douleurs morales, essayer de les apaiser. Ce qu'il a devant lui, ce n'est pas seulement un corps fait d'organes divers, c'est *un individu*, avec un esprit et ce je ne sais quoi d'indéfinissable que depuis Platon on appelle l'âme. Le médecin dépourvu de sensibilité, c'est-à-dire incapable de sentir ce qu'éprouve au plus profond de son être moral le malade, n'est pas un vrai médecin.

Qu'il fasse bien attention! Ce qu'on ne lui pardonne pas, c'est de n'avoir pas de tact vis-à-vis du malade ou de sa famille. Le tact, mot difficile à définir, n'est en réalité que la sensibilité en action, c'est-à-dire la sensibilité qui commande la façon de réagir, de se comporter en paroles ou en gestes.

Esprit d'observation, bon sens, compréhension humaine, cela ne suffit pas pour que le médecin tienne dans la société la place qui lui revient. Il doit avoir *une conscience professionnelle* ou, pour mieux dire, *une conscience* tout court.

C'est, sans doute, parce que quelques rares médecins ont manqué de conscience que la Médecine a perdu auprès de certains de nos contemporains beaucoup du prestige qu'elle avait dans ma jeunesse. Le médecin était alors l'oracle, on suivait aveuglément ses prescriptions. Je me souviens du professeur Dieulafoy descendant l'escalier d'un petit hôtel particulier où l'on venait de lui montrer une jeune fille, convalescente de fièvre typhoïde. La mère appelle Dieulafoy: « Maître, puis-je donner une poire à ma fille? » Et Dieulafoy, soulevant son chapeau haut-de-forme, de s'exclamer: « Madame, voulez-vous donc la tuer? J'ai dit: une pomme ». La mère ne songea pas un instant à transgresser la prescription du Maître.

La conscience professionnelle, voilà ce que le médecin doit, à tout prix, préserver s'il veut que la Médecine garde sa dignité et soit respectée.

On a institué dans certaines Facultés des cours de déontologie, c'est-à-dire des cours destinés à expliquer aux étudiants comment le médecin doit se

comporter vis-à-vis de ses malades et de ses confrères. Ces cours m'ont toujours semblé superflus. Ce n'est pas la lecture de textes, ou l'audition de conférences, qui apprendront aux jeunes comment ils doivent se conduire vis-à-vis des malades. C'est la propre conscience du médecin qui lui trace la voie à suivre en toutes circonstances, qui lui fait *sentir* ce qu'il doit faire, de même que tout homme, dans la vie de chaque jour, sait où est son devoir.

La conduite à tenir vis-à-vis des confrères est non moins facile; mais les médecins, de nos jours, bien souvent n'observent pas les règles qui étaient, pour leurs anciens, des impératifs de la profession. Ne jamais dire du mal d'un confrère, ne pas critiquer son diagnostic ou son traitement, ne pas marcher sur ses brisées, ne pas s'introduire dans une famille en secret alors qu'on sait qu'un autre médecin vous y a précédé: ces règles, qui étaient autrefois sacrées, doivent demeurer à la base de la déontologie médicale.

Un autre impératif doit être le secret professionnel. Il s'impose à tout médecin. Dans aucun cas le médecin ne doit révéler la nature du mal dont souffre un de ses patients. Et le public devrait comprendre que jamais ne doit être posée à un médecin une question sur l'affection d'un de ses malades. Hélas! combien cette nécessité du secret est peu respectée de nos jours! « Silence quand même et toujours » était l'excellente formule adoptée il y a quelque soixante ans par un célèbre médecin légiste, le professeur Brouardel.

Le médecin doit-il avouer à son malade la nature du mal dont celui-ci souffre, quand il s'agit d'une affection mortelle? A mon avis, non. Même les êtres les plus stoïques qui, bien portants, demandent à leur médecin de les prévenir le jour où ils auront un mal incurable, sauf de très rares exceptions, ne peuvent supporter la vérité quand ils sont aux approches de la mort. Il faut donc, me semble-t-il, toujours cacher une issue mortelle. C'est une question d'humanité.

Il y a quelques années, j'étais consulté par un médecin venant d'Orient. On lui avait dit qu'il avait une leucémie; il en savait le funeste pronostic et il vivait dans l'angoisse d'une mort prochaine. Je lui affirmai qu'il n'avait pas cette maladie, je lui montrai des lames de sang à peu près normales en lui faisant croire que c'était les siennes. Il reprit goût à la vie. Mais, quelques semaines plus tard, il alla en Suède. Dans ce pays, comme aux Etats-Unis, on a pour règle de dire toute

la vérité aux malades. « Quel est l'imbécile de médecin français qui vous a affirmé que vous n'aviez pas la leucémie? » lui dit le médecin de Stockholm consulté. Le lendemain, mon malade se suicidait.

Je ne sais rien de plus affreusement cruel que cette histoire récente d'un homme d'Etat étranger, atteint d'un cancer, auquel la presse de son pays révélait jour par jour l'évolution de son mal incurable et spécifiait même le nombre de semaines qu'il avait encore à vivre. Puissent de telles moeurs être à jamais abolies!

\* \* \*

Il est enfin souhaitable que le futur médecin voulant exercer la Médecine générale ait reçu cette solide culture, qui est la culture humaniste.

On a beau répéter que ni le latin, ni le grec, ni la connaissance des grands écrivains français ne sont utiles aux futurs médecins, c'est une erreur. Le commerce des classiques, les commentaires de leurs textes apprennent aux jeunes à penser sainement, à mettre de l'ordre dans leurs idées, à rédiger avec aisance. Le Doyen Paul Montel a dit fort justement: « Avec une culture scientifique vous ferez d'excellents techniciens, mais vous ne ferez des hommes qu'avec la culture humaniste. »

Il n'est pas un des grands cliniciens du passé qui n'ait eu une culture humaniste. Ne renonçons pas à ce mode d'enseignement qui a fait notre supériorité intellectuelle; il inculque la logique, il montre la façon de s'élever des détails à la généralisation, il donne des ouvertures sur tout ce qui est du domaine de l'homme.

\* \* \*

Telle qu'elle a été conçue depuis les temps les plus reculés, la profession médicale est une des plus admirables qui soient. N'est-il pas émouvant d'entendre un homme, que parfois on ne connaissait pas la veille, vous dire: « J'ai confiance en vous, je ferai tout ce que vous me direz! » Avoir le sentiment de soutenir physiquement et moralement un être humain est la plus noble des joies.

La profession médicale est belle entre toutes car elle consiste à allier la Science, le jugement et les élans du coeur. N'est-ce pas dans l'exercice de la *Médecine générale* que cette union se réalise le mieux? Redonnons donc à cette Médecine la place qui lui revient.

## II — BANQUET DE CLÔTURE

## DISCOURS DU DOCTEUR ÉMILE BLAIN

Directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Je vous apporte un message d'amitié de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Plus de trois cents de ses membres ont franchi l'Atlantique pour venir témoigner, une fois de plus, de leur attachement à la pensée et à la médecine françaises.

En 1934, à l'occasion du quatrième centenaire de l'arrivée au Canada de Jacques Cartier, une nombreuse délégation de médecins français s'était rendue à Québec pour participer au premier congrès jumelé de nos deux associations.

Vingt-sept ans plus tard, nous vous rendons votre visite, et c'est avec joie que nous nous sommes retrouvés parmi vous.

En mettant le pied sur la terre de France, nos voyageurs canadiens ont eu l'impression très émouvante de se sentir chez eux. N'est-ce pas là le signe d'une communauté d'origine et la preuve évidente que nous sommes tous issus de la même souche?

Si l'histoire veut que nos allégeances politiques soient différentes, elle n'a pas encore réussi, après deux siècles, à empêcher nos âmes d'être soeurs, et notre idéal de demeurer sensiblement le même.

Les 5,000 kilomètres qui nous séparent géographiquement ne peuvent rien contre l'affinité et la ressemblance de nos deux groupes, et leur tendance naturelle à penser et à agir de la même façon. Et c'est probablement cette loi de l'hérédité qui joue quand vous, Français, descendez sur la terre canadienne, et quand nous Canadiens d'expression française foulons le sol de France.

\* \* \*

Les quelques jours agréables et fructueux que nous venons de passer ensemble nous laisseront des souvenirs ineffaçables. Les contacts scientifiques et culturels que nous avons ainsi renoués sont d'importance, et resserrent davantage les liens si chers qui nous unissaient déjà.

Nous avons apprécié votre hospitalité et nous partirons d'ici avec la conviction d'avoir élargi considérablement notre cercle d'amis précieux.

Votre charmant accueil nous a, en même temps, créé des dettes, mais nous espérons pouvoir acquitter ces dettes, un jour ou l'autre, à l'occasion de votre visite collective au Canada (et pourquoi pas dans le cadre d'un autre congrès jumelé, cette fois-là, chez nous?)

Vingt-sept ans sans se revoir, c'est vraiment trop long pour des gens qui s'aiment bien. Et, au nom de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, je vous invite dès maintenant à vous joindre à nous, lors d'un de nos prochains congrès.

\* \* \*

Mesdames, messieurs, je tiens à remercier, ce soir, tous ceux qui ont rendu possible cette magnifique aventure. La réalisation d'un projet de cette envergure suppose l'existence de bien des dévouements, connus ou anonymes.

Comme nous étions forcément limités par le temps, nous avons dû décliner à regret plusieurs invitations alléchantes. La prudence la plus élémentaire exige que je m'abstienne de citer des noms; mais que tous ceux qui nous ont ouvert leurs portes en même temps que leurs coeurs soient assurés de notre reconnaissance. Et je dis un cordial merci aux responsables de ces belles manifestations d'amitié, médecins et autres à Paris et ailleurs...

La province la plus française du Canada a comme devise « Je me souviens ». Nous entendons la vivre cette devise. Si c'est en français que nous pouvons vous dire, ce soir, notre gratitude et notre affection, c'est parce que nous n'avons jamais cessé de nous souvenir. Et pour la même raison, vous aurez toujours une place de choix dans nos foyers canadiens et dans nos coeurs...

Bon sang ne saurait mentir!

Vive la France!

Vive le Canada!

DISCOURS DU DOCTEUR PIERRE JOBIN  
Président conjoint.

Il est dans la vie des circonstances exceptionnelles auxquelles on aurait mauvaise grâce à se soustraire. C'est ainsi que la présidence conjointe qui m'est offerte aux côtés du Professeur Pasteur Vallery-Radot et à la tête de la plus grande migration spécialisée de Canadiens que l'on ait jamais vu en temps de paix, m'attribue une singulière vedette que bien d'autres auraient également méritée. Mais noblesse oblige, et je dois rendre ici un témoignage ému de reconnaissance à celui qui, en Europe, a pris l'initiative de cette conjonction de nos congrès, le regretté Pierre Delore, qui n'est malheureusement plus là pour jouir de la réalisation de son oeuvre et de sa foi, témoin de sa juste et claire vision.

Par ailleurs, il m'est extrêmement agréable d'établir avec mon conjoint à la présidence un échange de courtoisie et de bons procédés. Monsieur le Professeur Vallery-Radot, en juin dernier vous m'avez aimablement accordé votre magistrale association à la présidence, mais vos obligations ne vous ont pas permis de venir présider avec moi le congrès que nous avons tenu au Château Frontenac à Québec; vous y auriez retrouvé des élèves, des amis, des admirateurs qui ont conservé le souvenir vivant de votre brillante personnalité. Mes collaborateurs, clairvoyants et dynamiques, Jacques Turcot et Wilfrid Caron, ont mis en oeuvre les moyens qui ressortissent aux réalités culturelles de chez nous. Vous auriez beaucoup aimé leur dynamisme et leur sens aigu de l'actualité. La France nous a délégué, comme à l'accoutumée, un de ses brillants professeurs de médecine, et nous avons eu la joie d'accueillir le grand et sympathique Professeur André Lambling avec madame Lambling; ils ont largement répondu à notre attente (et nous sommes exigeants) tant sur le plan scientifique que social. Je vous remercie encore chaleureusement, monsieur et madame Lambling, d'être venus chez nous maintenir si brillamment cette noble tradition française.

Il est cependant un point du congrès de Québec que je tiens à rappeler devant vous, messieurs, car vous connaissez la position difficile des Canadiens Français au sein d'une nation en majorité anglaise. Dès la première séance de télévision, le Professeur François Roy faisait une gastrectomie que commentaient quatre spécialistes; deux étaient des Québécois, et les deux autres figuraient ce parallélisme culturel qui nous est cher, le Professeur Lam-

bling, de Paris, et le Professeur Robertson de l'Université McGill: donc un anglais et un français qui étaient la projection réelle du parallélisme que nous pratiquons en Canada, et pour ainsi dire la concrétisation vivante d'une pensée lentement mûrie, d'un désir longtemps caressé.

Car, soyez-en convaincus, mesdames et messieurs, si nous voulons survivre en Canada, si nous voulons conserver notre patrimoine national, nous devons nous exprimer en français. Il ne faut pas cependant confondre la science avec l'expression de cette science. La médecine, il est vrai, est un bien commun à tous les hommes de la même profession, mais son expression varie d'un groupe ethnique à l'autre. Pour nous, c'est tout naturellement en français que nous aimons et que nous devons nous exprimer. Par ailleurs, n'allez surtout pas croire que nous sommes contre les Anglais au Canada. Dieu m'en garde! car c'est l'histoire qui a voulu que les descendants de deux grandes races cohabitent et oeuvrent ensemble au bénéfice de leur pays commun. Chacun de nous a le droit de développer ses qualités natives, morales et intellectuelles, dans sa langue, sa foi et ses traditions. Même si nous sommes en minorité, nous avons le droit, officiel et sacré, de nous exprimer en français. Et nous défendrons ce droit toute notre vie contre ses détracteurs. « Point n'est besoin d'éteindre la lumière de votre voisin pour que la vôtre brille de tout son éclat ». A Québec nous pouvons, tout en nous promenant sur la terrasse Dufferin, méditer sur la dédicace du monument Wolfe et Montcalm pour nous imprégner de ce parallélisme:

*Mortem virtus communem*

*Famam historia*

*Monumentum posteritas dedit.*

Monsieur le Président, honorables invités,

Ces 300 médecins Canadiens, qui ont traversé l'océan pour venir assister à ce congrès, témoignent de l'importance qu'ils attachent à votre science et à votre culture. L'élément touristique mis à part, si nous sommes venus si nombreux, c'est pour vous donner un témoignage vivant de notre attachement à la culture française. Mais c'est aussi l'aveu d'un impérieux besoin de contacts fréquents et profonds.

Ces contacts, nous les avons d'abord dans les postes que vous avez créés parmi vos internes pour nos jeunes médecins Canadiens. Grâce à Dieu, et avec l'aide des Kourilsky, des Milliez, des Jean-

Baptiste Jobin, des Bonin et des dirigeants de notre Association des Médecins de Langue Française du Canada, les plus méritants parmi nos résidents sont méticuleusement choisis pour venir en France parfaire leur formation médicale.

Ces contacts, nous les établissons en second lieu par vos professeurs, invités ou délégués, qui viennent en Canada, soit pour assister à nos congrès, soit encore pour faire un stage prolongé en clinique ou dans nos laboratoires; ils y impriment une impulsion brillante et y laissent une marque profonde.

Ces contacts, nous pouvons enfin les établir par les livres. Vous savez sans doute que nous avons fait venir en Canada une exposition du livre médical français qui a eu beaucoup de succès. Cette collection de 1,000 volumes a fait l'admiration des médecins et des étudiants de Montréal, de Sherbrooke, d'Ottawa et de Québec. Je puis même vous confier avec un plaisir certain que nous l'avons fait revenir à Québec pour notre congrès de juin dernier, et ce fut le pavillon le plus fréquenté.

Le problème du livre français est grave et mérite bien des attentions. Quand on songe que chez nous, à la suite d'un enseignement oral qui se donne tout en français, nos étudiants lisent, dans la grande majorité des cas, des références écrites en langue anglaise, l'illogisme est frappant, pour ne pas dire plus. C'est que, voyez-vous, la guerre de 40 a coupé la route vers la France, et le courant s'est tout naturellement établi vers les Etats-Unis; alors nos jeunes enseignants d'aujourd'hui prolongent dans leurs élèves l'effet de cette coupure. Nous pourrions, il est vrai, écrire nos propres ouvrages ou traduire les livres américains, mais le marché canadien n'est pas rentable en lui-même. La meilleure solution réside dans le livre édité en France. De plus, cette même enquête menée auprès de nos étudiants a révélé que le livre médical français coûte plus cher que le livre américain, et qu'il ne répond pas toujours aux exigences locales, surtout pour les manuels. Je crois de mon devoir d'avertir la Société des Editeurs de France qu'elle doit prendre les moyens nécessaires pour obvier à ces inconvénients, sans compter que les livres français sont mal distribués ou insuffisamment présentés chez nous. Cette Société des Editeurs Français a donc un rôle important à jouer dans la pénétration du livre médical français en terre canadienne, et ainsi dans le maintien des relations culturelles. Elle pourrait faire sa devise de cette pensée d'Ens-

tein: « La vie vaut la peine d'être vécue à la condition d'être au service des autres ».

Puisque nous faisons tous partie d'une de ces professions « où la grandeur est liée à la servitude » (Isay), je veux, en terminant, attirer votre attention sur une classe particulière du corps médical, celle des professeurs, celle des enseignants de la médecine, sans pour cela faire un plaidoyer *pro domo*. Le grand problème du professeur, vous le savez, est l'efficacité de son enseignement. Il donne sans cesse aux autres, et il finit par sentir une déperdition, un épuisement de ses ressources: il sent alors naître en lui un désir intense et souvent irréalisé hélas, de s'enrichir de nouveau par des études et des travaux personnels de recherche. On conçoit mal, du reste, un professeur qui n'aurait pas au moins le goût de se cultiver, même en dehors de sa spécialité, et qui ignorerait « l'honneur du travail » (Péguy).

Mais, pour parvenir à cet état parfait du professeur-chercheur, il faut déjà une conscience rigoureuse et une capacité de travail assez rare. Il faut de plus une sécurité extérieure, je dirais sympathique et même matérielle, qui permette à l'homme de l'art de se donner avec ardeur, car, en plus de l'autorité et de la bienveillance, il lui faut la générosité, l'élan que rien ne remplace; pour s'accomplir il lui faut un climat de sécurité.

Voyez plutôt l'exemple du grand Pasteur, que vous citez, mon cher Maître, dans votre « Pasteur Inconnu » — « Ses cours étaient remarquables par la clarté d'exposition, la perfection de la langue, l'ardeur à susciter l'amour de la science. Pour communiquer le feu sacré, il faut en être plein soi-même ». « Je souhaiterais, disait encore Pasteur, que tout professeur, en franchissant le seuil de sa classe, se dit avec recueillement: comment élèverai-je aujourd'hui plus haut qu'hier l'intelligence et le cœur de mes élèves? »

Voilà, il me semble, comment, en choyant déceimment cette classe exceptionnelle des professeurs, on protégera la brillante tradition française en médecine; elle s'est assurée dans le passé une place de premier choix, et elle continue à se maintenir en vedette tout en s'adaptant aux exigences de l'heure présente.

Aussi est-ce avec une joie indicible que je lève mon verre à la santé de la médecine, notre merveilleuse profession, et tout particulièrement de celle qui s'exprime dans cette « langue qui a la sonorité du métal et la fluidité de l'eau » (Rivarol), la médecine française.

# MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

## L'EXPLORATION RÉNALE CHEZ L'ENFANT

J.-L. PICARD<sup>1</sup>

La fréquence des néphropathies chez l'enfant et l'importance d'un diagnostic précoce commandent à la pédiatrie moderne d'employer tous les moyens offerts par la clinique, les laboratoires de chimie, de bactériologie et de radiologie ainsi que par la consultation urologique pour en arriver à une thérapeutique efficace. Ce faisant, beaucoup d'enfants qui étaient voués à l'infirmité urologique ou à la mort par une maladie urologique curable sont aujourd'hui aidés ou guéris à cause d'un diagnostic rapide et précis. Si les cliniciens, au contact des maladies métaboliques, ont pu aider les chercheurs à mieux comprendre la physiologie rénale, par contre, les physiologistes et les biochimistes ont enrichi la clinique de nombreuses épreuves fonctionnelles qui deviennent graduellement importantes et nécessaires chez le sujet où l'on suspecte une néphropathie.

Dans un cours de perfectionnement sur les maladies rénales de l'enfant, le professeur Pierre Royer, de Paris, nous a tracé le plan du travail que nous présentons.

A — *Exploration clinique:*

- 1) anamnèse,
- 2) examen,
- 3) génétique;

B — *Exploration fonctionnelle:*

- 1) examen des urines,
- 2) examen du sang,
- 3) épreuves fonctionnelles: glomérulaires, vasculaire, tubulaire,
- 4) étude de la valeur séparée des deux reins;

C — *Exploration radiologique.*

D — *Autres méthodes:*

- 1) méthodes bactériologiques,
- 2) méthodes endoscopiques,
- 3) ponction-biopsie et biopsie du rein.

En pensant aux conséquences que peut avoir une lésion obstructive ou une infection de l'arbre urinaire, chacune d'elles pouvant aboutir à une complication rénale grave irréversible ou à une diminution de fonction importante bilatérale, nous demeurons convaincu que le médecin de pratique générale tout comme le pédiatre doivent avoir l'œil ouvert sur toute manifestation clinique ou

toute analyse de routine laissant suspecter un trouble de l'appareil urinaire. Une albuminurie peut être banale, mais elle peut être aussi le seul symptôme d'une pathologie rénale importante. Souvent, les parents des enfants se montrent plus coopératifs que plusieurs médecins s'il s'agit de pousser une investigation. Il n'est plus question de faire entrer le problème de la dépense que peut occasionner une investigation complète devant la possibilité de passage à la chronicité ou à l'irréversibilité de lésions actuellement curables et qui deviendront malheureusement plus coûteuses et causes d'incapacité ou de mortalité. Attendre une urée sanguine élevée, une hypertension artérielle, une albuminurie constante serait aussi illogique qu'attendre un coma acido-cétosique pour s'occuper du problème du diabète. Nous savons que l'exploration rénale décourage souvent le médecin devant la difficulté de recueil des urines et du sang, surtout chez le nouveau-né et le jeune enfant. Les techniques modernes ont amélioré les méthodes de prélèvement et avec un peu de persévérance et d'encouragement du personnel, nous parvenons maintenant à faire chez les tout petits les mêmes épreuves que chez l'adulte.

A peu près 90% des problèmes urologiques importants chez l'enfant sont dus soit à une obstruction, soit à une infection ou aux deux à la fois. 12%, ou un nouveau-né sur huit, présentent une anomalie quelconque de développement du tractus urogénital. Si cette grande incidence est connue des pathologistes, elle devrait toujours nous revenir en mémoire. S'occuper à temps de la maladie urologique veut souvent dire protéger le rein dont la fonction vitale n'a pas à être mise en preuve ici.

Nous dressons une liste des symptômes urologiques ou des manifestations cliniques qui devraient nous diriger vers une exploration urologique adéquate à cause du retentissement rénal qu'elles peuvent avoir:

- 1) Pyurie;
- 2) Protéinurie;
- 3) Hématurie;
- 4) Troubles de la miction;
- 5) Douleurs abdominales;
- 6) Tumeurs abdominales;

1. Service de pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

- 7) Anomalie des organes génitaux externes;
- 8) Traumatisme uro-génital;
- 9) Traumatisme ou maladie de la moelle;
- 10) Enurésie;
- 11) Retard de croissance;
- 12) Maladie hypertensive vasculaire.

Convaincus de l'importance du dépistage précoce de toute pathologie de l'appareil urinaire, nous en arrivons à l'exploration rénale proprement dite chez l'enfant.

#### A — EXPLORATION CLINIQUE

##### 1) Anamnèse.

*Date d'apparition des symptômes.* Cette question est importante pour l'appréciation de la maladie, son pronostic ou sa thérapeutique. Ainsi, un enfant qui a eu une glomérulo-néphrite aiguë il y a trois mois et qui présente une hématurie microscopique ne demande pas les mêmes examens qu'un sujet se présentant avec une hématurie nouvelle avec symptômes douloureux à la miction. Chez le premier, on doit penser à la guérison lente des glomérules ou au passage à la chronicité. Chez le second, toutes les causes d'hématurie doivent nous revenir en mémoire.

*Soif.* Elle demeure un symptôme majeur de pathologie rénale. N'oublions pas dans cette appréciation de la soif de nous informer si l'enfant demande à boire la nuit. Cette soif nous amènera à demander un dosage des liquides ingérés pour nous situer exactement sur ce renseignement fourni par les parents. Si le dosage est facile chez le nourrisson qui est au biberon, par contre l'enfant qui n'attire pas l'attention de sa mère en buvant beaucoup le jour, le fait en se levant la nuit pour boire. Si le bébé dépend absolument de sa mère pour l'apport liquidien et que la soif ne soit pas satisfaite en présence d'une pathologie rénale nous en arrivons vite à la déshydratation, aux élévations de température traitées sans succès par les antibiotiques quand un apport liquidien supplémentaire vient à bout de cette fièvre.

*Douleurs abdominales.* Nous n'attirons jamais trop l'attention sur le fait que les douleurs abdominales ont souvent une origine urologique et sont souvent accompagnées de troubles gastro-intestinaux. Plus de la moitié des enfants avec une obstruction chronique ou une infection de l'arbre urinaire accusent des douleurs abdominales périombilicales ou des douleurs lombaires. Inappétence, indigestions, flatulence, constipation, le tout accompagné de douleurs abdominales ont fait prescrire

digestifs, vitamines, « toniques », sans éveiller l'idée de pathologie urinaire.

*Hématurie.* La mère nous dit que son enfant a uriné du sang. Eliminons d'abord très facilement par le questionnaire, l'ingestion de betteraves, de certains vermifuges ou colorants qui nous empêchent de nous lancer inutilement dans une investigation urologique. Pensons à toutes les causes d'hématuries: infections urinaires aiguës, glomérulonéphrites, ulcération du méat uréthral, obstructions non visibles à l'œil parce qu'internes, lithiases, tumeurs, hydronéphroses, sans oublier la possibilité d'introduction de corps étrangers. L'hématurie, à l'exception de celle qui accompagne la glomérulo-néphrite évidente, demande une investigation urologique immédiate et complète, de préférence quand le malade saigne encore. D'autres causes systémiques, allergiques ou toxiques doivent aussi entrer en ligne de compte.

*Pyurie.* Le pus dans l'urine signifie presque toujours infection de l'appareil urinaire. A part les rares cas de pyurie amicrobienne résultant de congestion non bactérienne, d'obstruction, de maladie calculeuse, de trauma ou d'infection virale, ce symptôme commande un examen urologique. Campbell mentionne que la majorité des médecins ne veulent pas reconnaître qu'un spécimen d'urine chez la fille est sans valeur s'il ne s'agit pas d'une prise directe, pour apprécier une pyurie, pour une identification microbienne. Malgré toute précaution dans le lavage des organes génitaux chez la fille on ne pourra jamais être certain si le pus ou le microbe en cause ne provient d'une contamination. Cet auteur mentionne qu'en 35 ans de pratique urologique, il n'a jamais envoyé au laboratoire aucun spécimen d'émission spontanée d'urine de jeune fille. Quant à nous, si, avec toutes les précautions d'asepsie et de lavage, nous avons un rapport de pyurie, nous recourons alors à la prise directe. Pour le mâle, les soins d'asepsie et de rétraction du prépuce nous donnent des résultats plus sûrs.

*Troubles de la miction.* Dysurie, pollakiurie, ténesme sont souvent dus à une inflammation aiguë ou à une obstruction. Il faut aussi penser aux corps étrangers que les enfants s'introduisent dans la vessie.

##### 2) Examen.

*Palpation des fosses lombaires.* La palpation des fosses lombaires peut mettre en évidence un point douloureux et la palpation bimanuelle des fosses lombaires et de l'abdomen peut nous permettre une palpation du rein et nous faire découvrir une hydro-

néphrose, un rein tumoral, ou encore un gros rein lisse, douloureux, comme dans la thrombose de la veine rénale.

*Organes génitaux externes.* Un examen complet nous fait découvrir une malformation, une vulvo-vaginite, une méatite ou une stricture.

*Oedèmes, T.A., et F.O.* La recherche des œdèmes et la vérification quotidienne du poids doivent être faits chez tout sujet suspecté de néphropathie. La prise systématique de la tension artérielle est souvent oubliée au cours de l'examen physique, en particulier celui du nourrisson et du jeune enfant. Combien de glomérulo-néphrites à début convulsif auraient pu être décelées avec la prise de la tension artérielle. Une examen du fond d'œil s'impose aussi.

*Taille.* La taille et le poids de l'enfant doivent être évalués en comparaison des courbes normales d'enfants du même âge. Le facteur familial doit aussi être apprécié en regard de la taille de l'enfant.

### 3) Génétique.

*Hérédité de la néphropathie.* Si l'enquête génétique comporte un intérêt scientifique de plus en plus marqué, il faut penser que les parents d'un enfant présentant une néphropathie sont très anxieux de connaître la possibilité d'une telle éventualité pour les naissances subséquentes. A ce sujet nous référons le lecteur à un livre récent de Lamy, Royer, Frézal, intitulé: *Maladies héréditaires du métabolisme chez l'enfant.*

## B — EXPLORATION FONCTIONNELLE

### 1) Examens des urines.

a) *Taux de la diurèse.* Nous sommes au courant des difficultés techniques qui se présentent dans la collection des urines des 24 heures, surtout chez la fille. Des collecteurs sont aujourd'hui sur le marché qui peuvent s'adapter aux contours des organes génitaux. Une surveillance continue de l'enfant au moment de la collection évite souvent la perte d'un spécimen, le bris d'un jeûne, permet de contrôler l'activité de l'enfant et aussi un minutage parfait de l'épreuve. L'idéal consiste à grouper quelques lits dits « métaboliques » surveillés par un personnel entraîné et intéressé aux techniques employées et fonctionnant un nombre de jours limité, selon les besoins du centre. La conservation des urines doit toujours être faite suivant les exigences du laboratoire.

### DIURESE AUX DIFFERENTS AGES

	Volume/24 h. en cc/kg.	Volume/24 h.
1 semaine . . . . .	75	250
1 mois . . . . .	80	320
1 à 2 ans . . . . .	45	450
2 à 5 ans . . . . .	40	520
5 à 8 ans . . . . .	36	700
8 à 11 ans . . . . .	34	850
11 à 15 ans . . . . .	30	1100
15 à 18 ans . . . . .	20	1200

b) *Protéinurie.* Il faut étudier le rythme de la protéinurie en même temps qu'un dosage de l'albumine des 24 heures. Il est important de différencier les albumines vraies des pseudo-albumines. Une étude électrophorétique des protéines urinaires peut aussi être pratiquée.

Une albuminurie demeure toujours troublante pour le médecin. S'agit-il d'un symptôme bénin, sans atteinte rénale organique ou est-ce le signe révélateur d'une néphrite chronique ou d'une autre pathologie rénale. Les épreuves de laboratoire étudiant en détail le fonctionnement rénal aident à établir un diagnostic, un pronostic, un régime de vie, une diète et un traitement.

Les protéinuries solitaires pourront être classées comme suit:

a) chroniques permanentes (à pronostic assez réservé);

b) occasionnelles, irrégulières, non orthostatiques se produisant après exercices violents, bains froids, crises émotives, migraine, etc., ou sans cause actuellement connue;

c) orthostatiques: 1) essentielles lordosiques, de pronostic excellent; 2) des albuminuries néphritiques de pronostic moins bon.

Il faut se garder de prendre à la légère une albuminurie, facile à taxer de banale, quand toutes les études récentes tendent à démontrer le contraire chez des sujets âgés, souffrant de néphropathie hypertensive et qui montrent pour la plupart un dossier du bas-âge présentant comme seule caractéristique une albuminurie « banale ».

c) *Éléments figurés.* Il n'est pas rare de trouver dans une urine normale quelques hématies, leucocytes et cylindres granuleux. Pour apprécier la limite entre le normal et le pathologique, un examen proposé par Addis a pour but d'établir le taux d'élimination quotidien des hématies, leucocytes et cylindres des urines. Hamburger a repris l'emploi de cette méthode en la modifiant légèrement sur un nombre d'heures moins long. Elle mesure le débit-minute des éléments. Nous détaillons la technique de l'épreuve car nous la croyons utile pour

suivre l'évolution des glomérulo-néphrites et des néphroses-néphrites. Elle permet de suspecter une lésion glomérulaire néphritique chez une néphrose lipéidique idiopathique. Cependant, au stade terminal d'une néphrite chronique, la sclérose glomérulaire fait souvent disparaître les hématies.

*Epreuve d'Addis.* Maintenir l'enfant à la diète hydrique depuis la veille au soir et rejeter la première urine émise au réveil. Laisser l'enfant alité et recueillir la miction suivante en faisant uriner l'enfant en position debout. Noter le délai exact qui sépare cette miction de la précédente... (environ trois heures). Mesurer le volume de l'urine émise et faire effectuer aussitôt la numération, car la lyse des éléments est très rapide.

Résultats normaux:

Globules rouges:	10 à 1000 par minute
Leucocytes:	10 à 500 par minute
Cylindres hyalins:	1 à 2 par minute.

Selon Bernheim et François, il faut être plus large et considérer comme anormaux les débits-minute supérieurs à 2,000 et même 3,000 globules rouges.

d) *Glucose.* En plus du dosage quantitatif, il y a aussi la caractérisation d'un sucre dans l'urine. Cette glucosurie sera associée ou non à une hyperglycémie. S'il s'agit d'une glucosurie sans hyperglycémie il peut s'agir d'un diabète rénal (trouble de réabsorption tubulaire de glucose) isolé ou associé, comme dans le syndrome de de Toni-Fanconi Debré ou encore dans la cystinose.

e) *Substance azotées.* Urée: L'excrétion uréique est fonction de la ration protéique et du degré de positivité du bilan azoté. L'élimination augmente dans toutes les poussées de catabolisme protidique endogène. Elle diminue dans les néphrites. L'élimination journalière, faible dans la première année, augmente avec l'âge.

Amino-acides: Il s'agira d'un dosage quantitatif et qualitatif. Chez le grand enfant l'acido-urée varie entre 50 et 200 mgr. par jour. Dans les cas pathologiques, elle sera de 3 à 10 fois supérieure à la normale. La chromatographie nous aide à l'identification de ces acides aminés. Chez l'enfant normal, on trouve de 6 à 7 taches. Les anomalies peuvent être de deux ordres: taches plus nombreuses v.g. Debré — de Toni-Fanconi, maladie de Wilson, etc.; taches très larges mais peu nombreuses v.g. cystinurie.

Azote ammoniacal: Il est augmenté dans les états d'acidose, dans le syndrome de de Toni-Fanconi Debré et dans la cystinose.

Azote ammoniacal: Il est diminué dans toutes les néphrites chroniques du nourrisson et de l'enfant et dans l'acidose idiopathique rénale.

f) *Electrolytes* (concentration par litre, par 24 heures). Comme les quantités éliminées sont fonction de l'âge, de la diète, de l'état d'hydratation et des sécrétions hormonales, ce dosage présente un intérêt, si incorporé dans un bilan.

g) *pH et acidité titrable.* Il faut toujours prendre le pH urinaire, dès l'émission d'urine. Une période d'attente pourrait le fausser. Il faut se garder d'établir un parallèle constant entre pH urinaire et pH sanguin, car parfois on peut avoir dissociation v.g. dans l'acidose rénale primitive le pH sanguin est normal ou diminué et le pH urinaire est élevé. Quant à l'acidité titrable, elle est augmentée dans les acidoses, chez le prématuré et encore plus dans la cystinose, dans le syndrome de de Toni-Fanconi Debré et dans la maladie de Lowe.

h) *Densité urinaire.* Examen facile et qui nous donnera des renseignements importants sur le pouvoir de dilution ou de concentration du rein. Le rein normal possède une flexibilité remarquable dans son pouvoir de concentration. Ainsi la densité varie considérablement au cours du nyctémère par rapport à l'ingestion de liquides, de solides, et par rapport à l'activité métabolique des tissus.

2) *Examens du sang.*

a) *Rétention azotée.* Urée sanguine; N.P.N.; créatinine.

Nous employons surtout le taux d'urée sanguine. Le N.P.N. dose tous les dérivés azotés non protéiques du sang. Le dosage de la créatinine sanguine a son intérêt dans les néphrites chroniques comme élément de pronostic.

Urée sanguine: Résultats normaux:

Nourrisson et jeune enfant:	0,10 à 0,25 g/L
Grand enfant:	0,15 à 0,35 g/L
Adulte:	0,15 à 0,50 g/L

Chez l'enfant, l'élévation de l'urée sanguine se voit dans toutes les insuffisances rénales aiguës ou chroniques. De plus, un excès de désintégration des protéines tissulaires ou un trouble fonctionnel rénal d'origine vasculaire peuvent donner une azotémie passagèrement élevée. Une restriction trop absolue de chlorure de sodium chez les néphrotiques ou les néphritiques peut élever l'azotémie par manque de sel. Chez le nourrisson, les hyperazotémies dites fonctionnelles sont fréquentes: troubles de la vascularisation rénale, hypercatabolisme protidique, états toxiques, diarrhées sévères, etc. Il ne faut pas les confondre et négliger de reconnaître une né-

phrite, associée ou non à une pyélonéphrite, une malformation de l'appareil urinaire ou encore une nécrose corticale, les thromboses artérielles ou veineuses, ce qui, souvent, n'est pas facile.

*Clearance* de l'urée. Faisons entrer ici la notion de *clearance* si souvent mentionnée maintenant dans la littérature néphrologique.

La *clearance* est le rapport entre le débit urinaire d'une substance et la concentration plasmatique de cette substance.

$$C = \frac{UV}{P}$$

C = *Clearance* (exprimée en cc. par minute);

U = Concentration urinaire de la substance (en mg/cc.);

V = Volume d'urine émise (en cc. par minute);

P = Concentration plasmatique de la substance (en mg/cc.).

Ce terme de *clearance* (traduit par coefficient d'épuration) devient clair si l'on admet que C représente un volume de plasma débarrassé en une minute de la substance étudiée. La notion de *clearance* fut appliquée d'abord à l'urée et par la suite à tout ce que le rein pouvait excréter.

D'où, *clearance* à la créatinine puis à des substances étrangères, (inuline, acide para-amino-hippurique, etc.). Certaines substances, dont l'inuline et la mannitol, ne se fixent pas sur les protéines, ne sont pas métabolisées dans l'organisme et ne sont ni réabsorbées ni sécrétées par le tube. Leur *clearance* correspond donc à la filtration glomérulaire: 130 cc./min.

D'autres substances, comme l'acide para-amino-hippurique (PAH ou le diodrast) sont en faible partie filtrées par le glomérule et en presque totalité excrétées par le tube, elles sont utilisées pour explorer le tubule. Elles sont de l'ordre de 650 cc./minute.

Pour ce qui est de la *clearance* de l'urée, cette dernière n'a aucune valeur pronostique si l'urée dépasse 0,80 g/L. L'élimination de l'urée est perturbée chaque fois qu'il y a insuffisance rénale fonctionnelle ou lésionnelle. Dans les azotémies extra-rénales, si fréquentes en pédiatrie, l'étude de l'élimination uréique suggère souvent l'intégrité du fonctionnement rénal en montrant une concentration urinaire élevée. Il faut se rappeler que la *clearance* varie énormément tant qu'on n'a pas atteint une diurèse de 1.8 cc./minute et que son interprétation est souvent très difficile chez l'enfant jeune.

b) *Perturbation lipido-protidique du plasma.* Cette perturbation est d'appréciation facile par le dosage des protéines et des lipides totaux ou du cholestérol sanguin. L'électrophorèse des protéines se fait maintenant de façon courante, de même que celle des lipoprotéines.

c) *pH et équilibre électrolytique extracellulaire.* Ces examens sont faits dans tout laboratoire et nous n'avons pas besoin d'appuyer sur les renseignements qu'ils nous fournissent.

3) *Epreuves fonctionnelles:* glomérulaire — vasculaire — tubulaire.

Glomérulaire. La *clearance* de la créatinine endogène peut être utilisée comme moyen d'appréciation de la filtration glomérulaire. Elle est préférable, chez l'enfant, aux *clearances* à l'inuline ou au mannitol lesquelles nécessitent des perfusions prolongées. La technique pour la *clearance* de la créatinine endogène est simple et une étude sur un temps court ou prolongé peut être effectuée sans aucune perfusion et avec une seule prise de sang. Il faut tout de même s'assurer de l'absence de chromogènes indésirables, comme dans les cétooses et les glycémies importantes, et s'en débarrasser au préalable. On évitera encore des erreurs en dosant la créatinine vraie au lieu de la créatinine endogène totale.

Résultats: 125cc./minute pour l'enfant au dessus de deux ans; 55 à 64 cc./minute pour le nouveau-né; 33 à 62 cc./minute pour le prématuré.

Vasculaire. Mesure du flux plasmatique rénal. L'acide para-aminohippurique est le plus souvent utilisé à cet effet. Lorsque les concentrations de PAH plasmatiques se situent entre 5 et 50 mgr./L, on obtient un chiffre qui, calculé comme une *clearance* habituelle donne approximativement la valeur du flux plasmatique rénal soit environ 650 cc./minute/1.73 mètre carré de surface. Les résultats ne valent que pour un rein dont les tubes fonctionnent parfaitement. Si nous avons une altération tubulaire, cette *clearance* perd toute signification.

Tubulaire. Les épreuves sont multiples (glucose, électrolytes, etc.) mais nous nous limiterons à quatre.

a) *Epreuve de dilution-concentration de Volhard.* Elle est l'une des plus faciles et nous renseigne très bien sur la valeur fonctionnelle des reins en appréciant leur souplesse. Les seules restrictions demeurent chez les sujets atteints d'affection hépatique ou cardio-vasculaire. La proscrire chez les sujets hypertendus et fébriles. Tout laboratoire en donne la technique.

b) *Epreuve d'acidification au chlorure d'ammonium.* Cette acidification provoquée au chlorure d'ammonium a pour but essentiel d'étudier le rôle du tubule dans sa fonction de régulation acido-basique i.e. dans l'épargne des bases fixes de l'organisme. Technique très longue s'étendant sur au

moins 9 jours mais qui peut se faire de façon plus simplifiée en 2 jours.

c) *Tm para-aminohippurate ou PSP*. Il s'agit de la mesure de l'excrétion tubulaire maxima de l'acide para-aminohippurique ou Tm. Elle est de 72 mg./minute/1.73m<sup>2</sup>. Celle de la PSP est de 22 mg./minute/1.73m<sup>2</sup>.

d) *Coefficient de réabsorption tubulaire des phosphates*. La réabsorption du phosphore paraît se faire au niveau du tubule proximal. Son intensité est essentiellement réglée par l'hormone parathyroïdienne. Il faut se rappeler que quelle que soit la façon dont on étudie l'excrétion phosphorée, il existe tellement de facteurs extra-rénaux, comme l'acidose, la vitamine D, l'activité parathyroïdienne, hypophysaire, œstrogénique, la réabsorption concomitante de glucose et d'acides-amino, qu'elle ne peut être un bon test d'exploration tubulaire rénale.

4) *Etude de la valeur séparée des deux reins*. L'urographie intraveineuse nous donne des renseignements précieux non seulement en ce qui concerne la mise en évidence de malformations de l'arbre urinaire, mais encore pour ce qui est du fonctionnement tubulaire lui-même: la majeure partie du produit opaque est excrétée activement par le tubule. Les délais d'opacification représentent une épreuve fonctionnelle très valable.

La séparation d'urines permet d'apprécier le débit et les concentrations des substances émises par chaque rein.

Enfin, le néphrogramme isotopique du diodraste 1131 permet le repérage de son passage au niveau du rein.

#### C — EXPLORATION RADIOLOGIQUE

Nous ne ferons que mentionner cet élément important de diagnostic dans l'exploration rénale chez l'enfant. La radiographie simple nous permettra d'apprécier les contours du rein, la présence de calcifications. La pyélographie intraveineuse ou rétrograde nous visualisera l'appareil urinaire et mettra le doigt sur toute anomalie. La cystographie mictionnelle et l'uréthrographie viendront apporter des éléments nouveaux de diagnostic en mettant en évidence un reflux urétéral, une maladie du col postérieur, une hypertrophie du veru montanum.

L'artériographie rénale permet aujourd'hui un diagnostic de certitude sur des anomalies vasculaires autrefois repérables uniquement en chirurgie.

#### D — AUTRES MÉTHODES

La bactériologie est indispensable devant la fréquence des infections de l'appareil urinaire.

Les méthodes endoscopiques, qu'il s'agisse de cystoscopie, d'urétéro ou d'uréthroscopie viendront aussi à notre aide dans la recherche d'un diagnostic rapide.

La ponction-biopsie du rein et la biopsie chirurgicale du rein, utiles au chercheur le sont aussi au clinicien dans l'évaluation d'une néphropathie.

Il est impossible, dans un travail limité, de couvrir à fond le sujet de l'exploration rénale chez l'enfant. Il est facile de retrouver dans un manuel le détail de telle technique d'exploration rénale. Nous avons voulu surtout convaincre le médecin de la nécessité de l'exploration rénale et de la possibilité d'une investigation complète même chez le tout petit enfant et je dirais surtout chez l'enfant qui profitera mieux que quiconque d'un diagnostic précoce. Nous saurons ainsi, ou le guérir, ou améliorer son état ou être fixés sur le pronostic.

#### Résumé

Nous avons exposé le sujet de l'exploration rénale chez l'enfant. Cette exploration doit être d'abord clinique par l'anamnèse, l'examen objectif et l'étude de l'hérédité de la néphropathie.

L'exploration fonctionnelle comprenait les examens des urines, les examens du sang, les épreuves fonctionnelles glomérulaire, vasculaire et tubulaire puis l'étude de la valeur séparée des deux reins.

La valeur de l'exploration radiologique a été soulignée.

Enfin les autres méthodes: bactériologiques, endoscopiques, biopsiques ont été mentionnées.

#### Summary

Renal exploration in children permits to give benefit to thousands of pediatric patients, if doctors are aware of the necessity to investigate the urinary tract as well in infants and children as in adults.

History taking and thorough physical examination must be completed by urinalysis, bacteriologic study, radiologic investigation and estimation of the renal function by various tests.

If necessary, a uropediatric consultant should be asked.

Many children are urologic cripples or are dying of a curable disease because of the ignorance of their medical advisors.

A tender age should never be accepted as a contraindication to adequate urologic study.

This means: 1) A good clinical appraisal; 2) A study of the renal function; 3) A radiologic study; 4) Other diagnostic procedures with the help of bacteriology, biochemistry, biopsy, genetics.

BIBLIOGRAPHIE

1. CAMPBELL, M.: Indications for urologic examination in children. *Pediatric Clinics of North America (Pediatric Urology)*, 653 (août) 1955.
2. LESTRADET, H.: *Rapport du XVI<sup>e</sup> Congrès des Pédiatres de langue française*: les insuffisances congénitales du tubule rénal chez l'enfant. *Exploration du tubule rénal*. 1: 224 (juillet) 1957.
3. POLONOVSKI, C.: *Rapport du XVI<sup>e</sup> Congrès des Pédiatres de langue française*: Les insuffisances congénitales du tubule rénal chez l'enfant. *Physiologie générale*. 1: 30 (juillet) 1957.
4. POLONOVSKI, C., et COLLIN, J.: *Les explorations biologiques en pédiatrie*. Expansion Sc. Fr., édit., p. 317, 1955.
5. ROYER, P.: Cours de perfectionnement sur les maladies du rein. Hôpital Saint-Luc, sept.-oct., 1959.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINS OEDÈMES

C. PAPAGEORGES

Depuis 11 mois, nous avons traité à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, dans le département de Médecine physique et de Réhabilitation, 51 cas d'œdème se répartissant de la façon suivante:

- 35 cas: lymphœdème membre supérieur post-mastectomie;
- 8 cas: lymphœdème membre inférieur post évidemment ganglionnaire pelvien;
- 6 cas: insuffisance veineuse, membres inférieurs;
- 1 cas: cellulite des membres inférieurs.

Parmi ces cas, il y avait des lymphœdèmes énormes où le membre supérieur avait un volume 6 fois supérieur à celui du membre normal. Par contre, d'autres présentaient une augmentation de volume beaucoup moins considérable. Les âges variaient entre 59 et 23 ans et la durée de l'œdème entre 3 ans et 2 semaines.

Malgré l'étiologie différente de ces œdèmes, tous ont répondu de façon admirable à la compression mécanique entretenue ultérieurement par la compression élastique.

La compression mécanique se fait au moyen d'un appareil qui se compose d'un manchon pour le membre supérieur et d'une botte pour les membres inférieurs. Le manchon ou la botte est gonflable de manière intermittente c'est-à-dire toutes les 60 secondes et la période de compression peut varier. Contrairement aux appareils qui laissaient des espaces non comprimés, ce manchon est gonflé de façon uniforme et presque concomitante. La pression est transmise au manchon par une pompe dont on peut régler la force et le temps d'opération.

Les malades sont placés en compression au moins 6 heures et demie par jour et pour le reste de la journée on entoure le membre traité par un ban-

dage élastique et en plus on garde le malade alité. De façon générale ce régime dure environ une semaine. Dès que les mensurations quotidiennes du membre ne varient plus, nous le mesurons pour une gaine élastique que nous installons après avoir cessé la compression.

Ce gant ou ce bas élastique a ceci de particulier: c'est ce qui fait sa valeur — la pression qu'il fournit décroît progressivement de la partie distale à la partie proximale et c'est une des raisons pour lesquelles les mesures doivent être prises par le médecin traitant, responsable du cas, qui est le seul à savoir où les pressions doivent être augmentées ou diminuées; ici réside le secret du traitement.

Il est entendu que les pressions en mm de Hg appliquées à chaque malade avec la pompe varient avec chacun d'eux, mais les mesures qui détermineront les pressions de l'appareil élastique sont la partie la plus importante du traitement. En effet, le gant ou le bas élastique continuera à comprimer le membre pendant des mois et si les pressions ne sont pas adéquates, il ne faudra pas se surprendre des résultats.

Nos connaissances actuelles ne nous donnent pas d'explications certaines sur le mécanisme de la disparition de l'œdème après mastectomie radicale. Certains, comme Wakim, Martin et Krusen pensent que l'amélioration se produit par régénération des conduits lymphatiques et par augmentation de la circulation collatérale.

Sur les 51 cas traités, tous ont vu leur œdème diminuer de façon considérable, ceux dont le membre était douloureux ont également vu disparaître leur douleur. Il est donc consolant de voir que nous pouvons maintenant soulager ces malades souffrant d'œdème dont le plus fréquent est celui qui survient

après les mastectomies suivies ou non de radiothérapie.

## BIBLIOGRAPHIE

WAKIN, K.G.; MARTIN, G. M., et KRUSEN, F. H.: Influence of centripetal Rhythmic Compression on Localized Edema of on Extremity. *Arch. Phys. Med.*, **36**: 98 (fév.) 1955.

BENINSON, J.: Pressure Gradient Therapy in Patients with Various Disorders of the Extremities. *Arch. of Derm.*, **81**: 146 (janv.) 1960.

BRUSH, B. E.; WYLIE, John H.; BENINSON, J.; BLOCK, Melvin A.; HELDT, Thomas J.: The Treatment of Post-Mastectomy Lymphedema. *A. M. A. Arch. of Surgery*, **77**: 561 (octobre) 1958.

## CORRESPONDANCE

## LETTRE DES ÉTATS-UNIS

Il est généralement admis que les émotions influent sur l'état général de la santé et ceci peut expliquer la persistance des symptômes chez certains malades qui ont présenté une infection aiguë. Les observations faites par J.B. Imboden et ses collaborateurs tendent à confirmer cette théorie. Ils ont constaté qu'à la suite d'une grippe les personnes ayant une tendance à la dépression récupèrent plus lentement que celles ayant un bon moral. Le résultat de leurs observations est publié dans le numéro de septembre des « *Archives of Internal Medicine* » (108:393, 1961). En août 1957, 600 employés pour la plupart du sexe masculin, furent soumis à certains tests psychologiques. Au cours de l'hiver suivant, 26 employés contractèrent la grippe. Quatorze d'entre eux guérèrent en 3 à 4 jours, alors que les 12 autres continuèrent à se plaindre d'une sensation de fatigue et de faiblesse pendant trois semaines ou plus. La sévérité de la grippe fut pratiquement la même chez tous les malades et ne permettait pas d'expliquer la différence de vitesse de récupération; cependant, dans le groupe plus lent à se remettre, il y avait un plus grand nombre de personnes présentant des troubles émotifs. Le fait que ces tests psychologiques ont été pratiqués avant l'apparition de la maladie permet de prouver que les troubles émotifs n'ont pas été causés par la maladie elle-même.

\* \* \*

L'emploi d'un antibiotique à large spectre est des plus utiles en médecine générale lorsqu'il n'est pas possible de pratiquer les tests permettant de déterminer l'agent pathogène en cause ni sa répon-

se aux médicaments. W. Tils et A. Schuppius soulignent dans le « *Med. Welt* », no 20, 1960, combien la Chloromycétine (chloramphénicol) est d'une grande utilité dans ces cas. Leurs articles, résumés dans le « *Journal of the American Medical Association* » (177:273, 1961) du 29 juillet, rapportent les cas de 190 malades présentant des infections variées et auxquels la chloromycétine fut administrée à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes. L'examen bactériologique montre que pratiquement tous les microorganismes pathogènes étaient en cause. Seuls 13 malades ne réagirent pas au produit et il n'y eut aucun cas de réaction allergique ou hématopoïétique secondaires.

\* \* \*

D.M. Spain et D.J. Nathan ont rapporté dans le « *Journal of the American Medical Association* » (177:683, 1961) du 9 septembre l'existence d'une relation statistique entre la coronarite et le tabagisme des grands fumeurs de cigarettes. Ils basent leurs conclusions sur l'étude de 3,000 hommes, pris dans un même milieu, et habitant depuis longtemps la métropole new-yorkaise. L'étude a tenu compte de différents facteurs tels que l'activité physique professionnelle, le taux du cholestérol sanguin, la tension artérielle, le poids et la taille. Les sujets furent divisés en cinq groupes: ceux qui n'avaient jamais fumé; ceux qui fumaient moins de 40 cigarettes par jour; ceux qui fumaient plus de 40 cigarettes par jour; ceux qui fumaient la pipe ou le cigare ou les deux, et ceux qui avaient cessé de fumer la cigarette depuis au moins six mois. Parmi ceux qui fumaient plus de 40 cigarettes par jour,

12.5% avaient une maladie cardiaque par artériosclérose coronarienne, alors que la proportion n'était que de 8 à 9.5% pour les autres groupes. Cette relation statistique était encore plus frappante chez les hommes de moins de 51 ans. De plus, une grande proportion d'hommes forts ou athlétiques figuraient dans le groupe des fumeurs de plus de 40 cigarettes par jour. Les auteurs concluent que cette étude donne lieu à penser que la fumée d'une grande quantité de cigarettes peut provoquer l'apparition d'une crise cardiaque chez les personnes qui présentent un durcissement notable des artères coronaires.

\* \* \*

Il est généralement admis que la dyshydrose tropicale est causée par l'obstruction des pores cutanés par lesquels s'échappe la sueur. L.J.A. Lowen-

thal offre une nouvelle théorie dans le numéro de juillet des «Archives of Dermatology» (84:2, 1961). L'auteur a appliqué sur les bras de volontaires en bonne santé des compresses imprégnées d'une solution saline hypertonique ainsi que des compresses humides sans sel. Au bout de 3 à 5 jours, la biopsie montra que 8 des 12 zones traitées par des compresses salées présentaient des modifications similaires à celles constatées au début de la dyshydrose tropicale, alors que les zones de contrôle ne présentaient qu'un ramollissement de la peau. Au bout de 9 à 14 jours trois hommes présentèrent l'aspect de l'exanthème classique de la dyshydrose. L'auteur, se basant sur cette étude pense que plus une personne transpire, plus le dépôt de sel sur la peau est abondant, et que certaines personnes semblent réagir à la présence d'un excès de sel sur leur peau.

## 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

R. KUSS, M. LEGRAIN, M. CAMAY et Coll.: **Homotransplantation rénale chez l'homme.** "Mém. Acad. de Chirurgie", 87: 183 (15 février) 1961.

Trois cas d'homotransplantation rénale sont rapportés, effectuées après irradiation totale du receveur.

Quelques remarques s'imposent: ce qui domine la transplantation aux différentes étapes de sa réalisation, c'est la vascularisation idéale à assurer au rein. Les échecs constatés dans les premières semaines après l'intervention relèvent d'un accident de la transplantation elle-même, et non à des facteurs immunologiques, comme on l'a prétendu.

Suivent toute une série de conseils et de techniques opératoires, où il est recommandé de prélever le transplant sur le vivant, de choisir le pédicule récepteur qui conditionne l'emplacement à donner au rein.

C'est immédiatement après le déclampage que se juge la qualité de la vascularisation, par la recoloration franche du rein, son augmentation de volume et la reprise d'une consistance ferme.

Les suites opératoires immédiates se caractérisent par une sécrétion immédiate du rein transplanté, avec polyurie, excrétion uréique importante, baisse de l'urée sanguine et fuite sodique. Quelquefois, toutefois, survient une anurie secondaire précoce justifiant préventivement une décapulation comme temps complémentaire de toute transplantation. Il faut dire que le problème du rétablissement de la voie excrétrice paraît relativement simple comparativement à celui qui est présenté par l'irrigation circulatoire. En résumé, dans l'état actuel des choses, l'objectif des recherches en matière d'homotransplantation rénale chez l'homme est d'obtenir par les moyens les moins dangereux une néphrite du transplant non évolutive ou d'évolution très lente.

M. KALUDI.

J. P. NAETZ: **Le rein dans l'érythroïèse.** "Acta Clin. Belg.", 15: 361 (sept.-oct.) 1960.

On a beaucoup parlé de l'anémie constatée chez les malades atteints de néphropathie, sans arriver à en donner une explication plausible. Il semble qu'à la faveur des travaux de Naetz, on puisse en fournir une. En effet la conception classique selon laquelle l'anémie de l'insuffisance rénale est secondaire à l'altération de la moelle par des produits toxiques, n'est plus guère défendable.

Voici les constatations de l'auteur: 1.) Les saignées répétées pratiquées chez des animaux néphrectomisés n'entraînent nullement une stimulation de l'érythroïèse. Donc, le rein est non seulement indispensable pour maintenir l'érythroïèse normale de base, mais encore l'organisme est incapable de répondre à une anémie provoquée en l'absence du rein. 2.) La néphrectomie bilatérale chez le chien entraîne la disparition des érythroblastes de la moelle, la disparition des réticulocytes du sang et parallèlement une altération de la ferrokinèse. 3.) On n'observe pas de suppression de l'érythroïèse chez les animaux qui ont subi une ligature des uretères. 4.) L'activité érythroïétique du plasma de chiens saignés s'accroît brusquement à un hématoците au-dessous de 15%. La néphrectomie bilatérale entraîne la suppression de cette activité érythroïétique du plasma.

Donc, l'activité de la moelle est abolie par la néphrectomie bilatérale parce que la stimulation humorale de l'érythroïèse est supprimée par cette intervention. Mieux encore, chez l'homme on observe de même une érythroblastopénie très accusée dans tous les cas d'anurie et un à un degré moindre dans les néphropathies chroniques.

M. KALUDI.

H. SARLES, R. MURATORE et J. C. SARLES: **Ictère, suppuration, stéatorrhée et tolérance glucique au cours des pancréatites chroniques. Avec des documents anatomiques pour servir au démembrement des pancréatites chroniques.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 36 (janv.-fév.) 1959.

A propos de 39 observations personnelles de diagnostic certain (24 pancréatites calcifiantes, 12 scléroses chroniques du pancréas sans calcification, 3 faux kystes non traumatiques à évolution extrapancréatique, les pancréatites secondaires à des papilles primitives étant éliminées), les auteurs ont essayé de préciser les points suivants:

1° Sur 24 pancréatites calcifiantes, ils ont trouvé 8 cas d'ictère incomplet, généralement fugace, apyrétique, accompagnant la crise et disparaissant après elle. Sur 12 cas de sclérose pancréatique sans calcification radiologique, 4 cas d'ictère apyrétique définitif jusqu'à la dérivation biliaire dont 3 ictères complets (acholie intestinale). Les ictères avec clocher fébrile et frisson répondent aux pancréatites des pipillites primitives (oddites scléreuses).

2° A propos de deux observations, ils décrivent une forme particulière de sclérose pancréatique sans calcification traduite par la dilatation considérable du canal de Wirsung et de ses branches qui sont remplies d'un pus aseptique. L'évolution se fait vers la cachexie malgré la dérivation biliaire et pancréatique qui supprime les douleurs.

3° La fréquence des perturbations de la tolérance glucidique, le manque de parallélisme de ces perturbations et de celles du tubage rendent cette méthode essentielle quoique peu spécifique. La recherche chimique d'une stéatorrhée ne mérite d'être faite qu'au cas où les autres méthodes n'ont pas assuré le diagnostic.

4° L'étude anatomique de pièces d'exérèse est en faveur d'un démembrement des pancréatites chroniques:

— Pancréatites calcifiantes (lithiase du Wirsung ou des fins canaux): sclérose et aplasie des acini importante, inflammation modérée, dilatation modérée et inconstante des fins canaux, aspects pseudo-adénomateux.

— Scléroses pancréatiques sans calcifications: sclérose et aplasie des acini très importante, inflammation nette, dilatation constante des fins canaux (même si le Wirsung est normal), pas d'aspects pseudo-adénomateux. Les scléroses avec dilatation d'amont du Wirsung, des voies biliaires, de la veine splénique, paraissent dues au hasard de la localisation des foyers de lésion maxima.

— Enfin, une observation fait peut être la transition avec les pancréatites aiguës.

Ces faits s'opposent à la conception uniciste des « pancréatites chroniques récurrentes ».

HILLEMAND.

Emile ARON, Lucien LEGER et François FEKETE: **Ulcère digestif et tumeur langerhansienne (syndrome Zollinger et Ellison).** "La Presse Médicale", 69: 143 (25 janvier) 1961.

Observation d'une femme de 59 ans, chez qui la découverte d'une lésion indurée du corps du pancréas, évoquant plus la pancréatite que le cancer, fait pratiquer une gastro-entérostomie.

La diarrhée qui avait constitué la manifestation essentielle et avait conduit à l'intervention persiste; s'y ajoutent des douleurs péri-ombilicales très violentes. La constatation d'une tuméfaction para-ombilicale gauche du volume d'une orange, jointe à l'intensité des douleurs, conduit à une nouvelle intervention, qui découvre un ulcère peptique gastro-jéjunal, en imminence de perforation dans le colon. Au niveau du crochet du pancréas, un nodule de la taille d'une cerise, dont on pratique l'exérèse. L'examen extemporané montre l'existence d'un adénome probablement endocrine.

Résection du segment jéjunal porteur de l'ulcère peptique. Gastrectomie Polya. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'un nesidioblastome malin.

Il s'agit là d'une nouvelle observation du syndrome de Zollinger et Ellison. Les auteurs rappellent la symptomatologie clinique habituelle et discutent la pathogénie. Tout plaide en faveur d'une action hormonale, dont on doit se demander si elle relève de la sécrétion anormale de l'insuline, du glucagon, de la sérotonine, de l'histamine, de la vagotonine ou de la gastrine.

Sous l'angle thérapeutique, l'idéal serait de s'en tenir à l'exérèse de la tumeur insulaire, sans toucher à l'ulcère. Il semble que seule l'observation de Rawson fasse état de ce geste isolé, qui d'ailleurs fut tout-à-fait actif.

Guy ALBOT.

J. LAIDLAW, A. E. READ, S. SHERLOCK: **Intolérance à la morphine et cirrhose du foie.** (*Morphine tolerance in hepatic cirrhosis.*) "Gastroenterology", 40: 389 (3) 1961.

La morphine est métabolisée par le foie, d'où la recommandation de n'utiliser ce médicament qu'avec beaucoup de précautions chez les sujets atteints d'une affection hépatique. Jusqu'à présent, aucune base scientifique n'a permis de justifier cette attitude thérapeutique. Il s'agit pourtant d'un problème important pour les malades en coma hépatique ayant besoin de sédatifs puissants.

Les auteurs ont administré de la morphine à la fois chez des patients sans tare aucune et chez des sujets ayant une affection hépatique, puis ils ont fait des vérifications électroencéphalographiques. Chez 32 sujets, ils ont pu faire 36 vérifications électriques avant l'administration de 16 mg. de morphine par voie sous-cutanée et trois heures après celle-ci. Dans sept cas (sujets normaux ou cirrhotiques sans encéphalopathie), l'administration de 8 mg. de morphine n'a produit aucune altération de l'électroencéphalogramme. Au contraire, des modifications évidentes ont été constatées au cours de 14 examens chez des patients avec coma hépatique évident ou imminent: ces sujets avaient d'ailleurs souvent une jaunisse et de l'ascite.

Un effet encore plus net était obtenu avec 16 mg. de morphine mais, même chez les sujets normaux, cette dose entraînait de discrètes modifications sur le tracé. On peut admettre que la dose de 8 mg. permet une meilleure appréciation. Les auteurs ont vérifié que les modifications de l'électroencéphalogramme se produisaient indépendamment des variations de l'ammonium et du potassium artériel, des variations de pH, du volume urinaire, des électrolytes. Le mécanisme de ces altérations n'est pas encore expliqué.

La morphine est donc contre-indiquée chez les patients ayant une atteinte hépatique avec encéphalopathie prouvée, ou encore avec jaunisse ou ascite. Une dose de 8 mg. de morphine peut être utilisée à titre de test permettant de préciser la tendance à développer un coma hépatique, notion ayant une importance considérable pour déceler les candidats à l'anastomose porto-cave.

Cecil GENDREAU.

J.-J. WELTI, J. DUHAMEL, R. CRISTOL, J. CAVAILLES, C.-H. SAVIER et J. FACQUET: **Deux cas de cardiopathie carcinoides, avec ponction-biopsie du foie et étude hémodynamique.** "Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris", 77: 70 (1-2) 1961.

Les tumeurs carcinoides donnent souvent naissance à des métastases à évolution lente qui peuvent, comme la tumeur même, sécréter de la sérotonine. Celle-ci paraît responsable de manifestations définies sous le nom de syndrome carcinoides: diarrhée, bouffées de chaleur qui finissent par entraîner un aspect érythrosique du visage, parfois asthme et troubles psychiques. Souvent, des lésions cardiaques particulières atteignent électivement les valvules du coeur droit.

Les auteurs rapportent deux observations de patientes ayant de la diarrhée, des bouffées vaso-motrices, un faciès évocateur et des signes cardiaques. Une ponction hépatique prouva qu'il s'agissait bien d'une tumeur carcinoides: le caractère sécrétant de cette dernière fut vérifié par le dosage de la sérotonine dans le sang. L'atteinte des valvules tricuspide et pulmonaire fut affirmée par un cathétérisme des cavités droites. Les lésions consistent en un dépôt de fibrilles collagènes se fixant électivement sur les orifices valvulaires: le coeur gauche est pratiquement intact. Tous les syndromes carcinoides ne s'accompagnent pas d'atteinte cardiaque; celle-ci semble se limiter aux formes où existent des bouffées vaso-motrices, et qui évoluent depuis longtemps.

Pour expliquer cette atteinte cardiaque, on pense à un produit sécrété par la tumeur. On s'est demandé si ce n'était pas la sérotonine elle-même: celle-ci est bien dé-

truite par le poumon, mais le barrage pulmonaire est largement débordé dans les syndromes carcinoïdes. La structure chimique de la sérotonine est peut-être modifiée par sa traversée pulmonaire.

La thérapeutique du carcinoïde n'est pas encore bien définie. La chlorpromazine est actuellement le seul médicament qui puisse atténuer les manifestations vasomotrices et la diarrhée; mais elle n'empêche pas la lente progression des métastases. On sait que le tryptophane ingéré se concentre dans les métastases; on peut se demander si le développement de celles-ci ne serait pas stoppé par l'utilisation d'un tryptophane radioactif.

Cecil GENDREAU.

#### GASTRO-ENTEROLOGIE

M. LEVRAT, R. BRETTE et P. GRANDMOTTET: **Les cirrhoses par cholestase extra-hépatique.** "La Revue Int. d'Hépatologie", 10: 909 (No 6) 1960.

Les auteurs analysent les 15 observations de cirrhose par cholestase extrahépatique recueillies au cours des huit dernières années.

Cette étude confirme certaines notions classiques concernant l'étiologie et la sémiologie des cirrhoses cholestatiques. Elle souligne le rôle aggravant de l'alcoolisme associé et l'importance de certaines formes cliniques dans lesquelles l'infection persistante de la voie biliaire principale paraît essentielle.

Par contre elle montre que la radiologie non opératoire est dans de nombreux cas utile pour le diagnostic et que les lésions anatomiques ne sont pas toujours spécifiques et peuvent réaliser tous les types de cirrhose jusqu'à la cirrhose atrophique.

Les auteurs présentent leurs résultats du traitement chirurgical et du traitement médical des cirrhoses cholestatiques et soulignent que si l'intervention radicale constitue l'idéal thérapeutique, un traitement médical préopératoire intense et suffisamment prolongé s'impose d'autant plus que la cholestase est plus ancienne, plus infectée et a entraîné une insuffisance hépatique plus marquée.

L'amélioration du pronostic opératoire actuel leur paraît dépendre avant tout de la plus grande précocité du diagnostic clinique et paraclinique de cette affection.

Guy ALBOT.

P. KISSEL, L. COLLESSON, J.-B. DUREUX, G. RAUBER et D. ANTHOINE: **Le mégacôlon Saturnin.** "La Presse Médicale", 26: 1739 (octobre) 1960.

La colique de plomb est attribuée classiquement à un spasme colique. Mais les documents radiologiques publiés sur ce sujet restent relativement rares et contradictoires.

Les travaux récents de Levrat et de ses élèves (thèse d'Anjou) ont montré que cette conception méritait d'être révisée: assez souvent, au contraire, la colique de plomb s'accompagne d'une image radiologique de mégacôlon segmentaire ou global.

Les deux observations rapportées par les auteurs confirment ces données. La première concerne un cas de mégacôlon ascendant strictement superposable aux observations de Levrat. La seconde observation apporte quelques notions complémentaires: les anomalies radiologiques se sont manifestées sous l'aspect d'un mégacôlon

global qui a persisté plusieurs mois, même entre les crises douloureuses, et n'a disparu qu'après plusieurs semaines de traitement et de soustraction au toxique. Cette observation montre que le mégacôlon constaté au cours du saturnisme peut déborder, dans le temps, la durée de la colique de plomb et prendre parfois le masque d'un mégacôlon idiopathique; mais, si durable qu'il soit, ce mégacôlon peut disparaître en quelques mois lorsque l'intoxication saturnine est traitée et le patient soustrait au toxique.

Le mégacôlon saturnin doit donc être intégré dans le cadre des mégacôlons fonctionnels d'origine toxique, à côté du mégacôlon morphinique.

Guy ALBOT.

A. RUBENS-DUVAL, J. VILLIAUMEY et J. LEYMARIOS: **La sténose intestinale d'origine ischémique.** "La Sem. des Hôpitaux", 36: 3251 (déc.) 1960.

Plusieurs publications, pour la plupart récentes, ont été consacrées aux sténoses intestinales d'origine ischémique. Les auteurs en rapprochent l'observation d'un malade ayant présenté un syndrome caractéristique de sténose intestinale haute, quelques semaines après un épisode douloureux abdominal très violent mais s'étant apaisé spontanément. L'intervention chirurgicale amena la découverte d'un rétrécissement jéjunal très serré. L'examen microscopique de la pièce d'exérèse mit en évidence des altérations vasculaires et en particulier des lésions d'endartérite oblitérante au sein d'une sclérose dense.

L'analyse histologique de ces altérations permet d'éliminer une iléite segmentaire de Crohn et fit évoquer un processus ischémique.

Des faits antamo-cliniques de cet ordre peuvent être interprétés comme un des aspects de l'ischémie intestinale non nécrosante.

Guy ALBOT.

LEVRAT et R. LAMBERT: **Ulcères expérimentaux obtenus par modification de l'environnement chez le rat.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 591 (juin) 1959.

Nous avons soumis des rats blancs à une agression à composante psychologique importante: les animaux étaient placés dans une cage subissant une agitation mécanique, avec mouvement de va-et-vient entraîné par un moteur électrique. Ils subissaient également une stimulation lumineuse intermittente à l'aide d'un projecteur éblouissant. L'expérience était conduite durant plusieurs jours avec une période d'excitation de 23 heures sur 24. Avec une première série de 20 animaux, soumis à une agitation d'une fréquence de 120 à 130 c./minute, pendant 4 à 17 jours, nous avons obtenu 16 ulcères, soit 80%. Les 4 animaux, soit 20% des cas, présentaient une gastrite congestive. La létalité spontanée était de 50%. Une deuxième série d'animaux, soumis durant 34 jours à une agitation à la fréquence de 80 à 90 c./minute, n'a présenté aucun ulcère: la fréquence n'était plus ulcérogène. Les animaux ont présenté des troubles du comportement importants avec une surexcitation, hallucinations, polydypsie évoquant la souffrance hypothalamique, et tardivement rigidité en extension. Les ulcères siègeaient exclusivement sur la partie glandulaire de l'estomac du rat. Nous discutons la part des facteurs physiques et psychologiques dans l'agression

subie par les animaux et nous envisageons les différentes méthodes permettant d'obtenir l'ulcère chez l'animal par un conflit psychologique. Tous ces faits illustrent le rôle de plaque tournante de la région hypothalamique, réfléchissant les incitations ulcérogènes sur l'estomac.

HILLEMAND.

S. BONFILS, G. LIEFOOGHE, G. ROSSI et A. LAMBLING:  
**L'ulcère expérimental de contrainte du rat blanc. Analyse des principaux facteurs déterminant.** "Arch. Mal. App. Dig.", 48: 449 (mai) 1959.

Une étude sur plus de 1,000 rats permet de définir un certain nombre de facteurs déterminants de l'ulcère de contrainte.

1<sup>e</sup> Le stimulus que représente la contrainte est théoriquement double.

a) La réaction de libération, étudiée par l'enregistrement de l'activité motrice du rat, ne paraît jouer aucun rôle.

b) La restriction imposée est explorée par des cages de volume de plus en plus réduit: il existe une relation mathématique précise entre la fréquence des ulcérations et ce volume de restriction.

c) La répétition de la contrainte s'accompagne d'une réduction de la fréquence lésionnelle, d'autant plus intense que le nombre d'essais est plus élevé.

2<sup>e</sup> L'action locale de la contrainte s'exerce sur deux plans.

a) Action sécrétoire:

le débit chlorhydrique est plus élevé chez les animaux présentant des ulcérations que chez ceux n'en présentant pas;

la vagotomie réduit de manière statistiquement significative la fréquence des ulcérations.

b) Facteur vasculaire:

la contrainte s'accompagne d'images histologiques de perturbations motrices importantes de la muqueuse gastrique;

la néphrectomie bilatérale réduit de manière statistiquement significative le pourcentage lésionnel.

HILLEMAND.

#### CARDIOLOGIE

Frederick KELLOG, Chi Kon SIN, W. FISHMAN et R. CARSON: **Embolies systémiques et pulmonaires avant et après commissurotomie mitrale.** (*Systemic and Pulmonary Emboli before and after Mitral Commissurotomy.*) "Circulation", 24: 263 (août) 1961.

Les auteurs étudient les dossiers de 149 malades ayant subi une commissurotomie mitrale de 1950 à 1959, afin d'observer les rapports de la commissurotomie mitrale avec les embolies post-opératoires.

Ils ont été amenés à cette étude, à cause de la fréquence des phénomènes emboliques qu'ils ont observés après commissurotomie, alors que plusieurs auteurs affirmaient que la survenue d'embolies systémiques chez un porteur d'une sténose mitrale était une indication à la commissurotomie et que la chirurgie était considérée alors comme un moyen d'urgence pour éviter d'autres embolies.

Les auteurs sont arrivés à la conclusion que la commissurotomie mitrale ne prévient pas les embolies systémiques et ne diminue pas l'incidence de ces embolies.

Sylvio DESAUTELS.

#### NEUROLOGIE

Charles M. WYLIE: **Etude du délai en vue d'une réhabilitation après accident cérébro-vasculaire.** (*Delay in seeking rehabilitation after cerebro-vascular accidents.*) "J. of Chronic Diseases", 14: 442 (octobre) 1961.

L'exposé de l'auteur peut se diviser en 2 chapitres. Dans le premier, il nous situe les accidents vasculaires cérébraux dans la classification des maladies selon leur taux de morbidité et de mortalité.

En effet, aux Etats-Unis, en 1959, 191,000 personnes sont décédées des suites d'un accident vasculaire cérébral, soit 12% de tous les décès, plaçant ainsi l'accident vasculaire cérébral comme 3<sup>ème</sup> cause de décès, après les maladies cardio-vasculaires et les néoplasmes.

Cependant, ce chiffre de 191,000 décès ne représente qu'un minimum pourcentage des cas d'accident vasculaire cérébral, car on sait que 79% des patients survivent à la 1<sup>ère</sup> attaque, et 50% de ceux-ci ont 4 ans et plus de survie.

Il est donc important que ces patients bénéficient le plus tôt possible après leur accident vasculaire, des techniques modernes de réhabilitation, avant que ne s'installent des complications telles que les contractures, les ulcères de décubitus et les infections urinaires.

Or, on sait qu'un nombre apparent de patients ne bénéficient jamais de réhabilitation ou ils ne sont dirigés vers des centres de réhabilitation qu'après un trop long délai.

L'auteur a donc cherché à expliquer ce délai et il nous donne les résultats d'une étude conduite par son équipe au « Montebello Chronic Diseases Hospital », sur les porteurs pouvant déterminer ce délai entre l'accident vasculaire cérébral et le début de la réhabilitation du patient.

L'étude fut conduite auprès de 612 patients et échelonnée sur une période de 3 ans.

On n'a pu évaluer le pourcentage de ceux qui se présentent un jour ou l'autre à un centre de réhabilitation comparativement à ceux qui n'y viennent jamais.

Mais parmi ceux qui se sont présentés au centre de réhabilitation du « Montebello Chronic Diseases Hospital », soit 612 patients, 45% avaient attendu plus de six mois après leur accident vasculaire cérébral et 24% plus d'un an.

On a remarqué que les patients situés aux deux limites de l'échelle d'âge, c'est-à-dire les patients de moins de 55 ans et ceux de plus de 65 ans, sont venus plus vite consulter le physiatre, alors que ceux âgés de 55 à 65 ans ont attendu plus longtemps.

L'auteur croit que ceci est dû à deux facteurs: le manque de motivation et le pessimisme. Ainsi, les plus jeunes veulent être réhabilités parce qu'ils sont plus facilement portés à croire que leur condition peut s'améliorer.

Quant aux patients âgés de plus de 65 ans, ils sont souvent seuls, ou bien leur conjoint ne peut leur donner des soins adéquats. Alors, ils sont dirigés vers des centres de réhabilitation.

Chez les patients de la catégorie 55-65 ans, on retarderait plus, parce que le conjoint peut plus facilement s'occuper du malade.

En second lieu, l'auteur croit que ce retard à prendre des traitements de réhabilitation, est imputable au pessi-

misme du public et aussi du corps médical, devant ces maladies.

Il faudrait que les physiatres parlent plus de leurs résultats que de leurs techniques, car dans l'ensemble, les résultats obtenus sont très encourageants, même s'ils sont moins dramatiques qu'en chirurgie, par exemple, parce que s'échelonnant sur une plus longue période.

Il faut aborder le problème d'une façon active et optimiste, de façon à offrir à ces patients une réhabilitation active plutôt que de les laisser croupir dans des maisons dites de convalescence.

Michel DUPUIS.

#### GERONTOLOGIE

E. N. BICK: **Quelques considérations cliniques sur le vieillissement du tissu conjonctif.** (*Clinical Aspects of Aging of Connective Tissues.*) "Bull. Acad. N. Y. of Med.", 35: 547 (septembre) 1959.

Le tissu conjonctif, qui fait partie de toutes les structures du corps humain, a été étudié quant à ses localisations anatomiques et ses composantes chimiques. On connaît de plus les changements survenant avec le vieillissement dans le système musculo-squelettique, dans les fibres élastiques des vaisseaux et dans les fibres conjonctives de la peau. Mais on ne s'est pas encore arrêté à regarder une pièce de tissu conjonctif pur pour y chercher les altérations que peut y produire l'avancement en âge.

A l'oeil nu, pendant une opération, quand on regarde le tissu conjonctif de l'appareil locomoteur d'un sujet, quel que soit l'âge de ce dernier les fascia, les capsules, les aponeuroses, sont toujours aussi fermes, luisants et intacts. Des tests de résistance *in situ* qu'il serait intéressant de faire sont très difficiles à réaliser.

Cependant, dans le but d'étudier la structure histologique du tissu conjonctif musculo-squelettique, l'auteur a obtenu une pièce de l'aponévrose fémorale d'un groupe de patients dont l'âge variait de 13 à 89 ans. Ces pièces furent traitées de diverses façons afin d'y chercher des altérations significatives. A la coloration de Verhoef seule, on voit les fibres élastiques se fragmenter et apparaître plus grossières à mesure que le sujet vieillit pour donner une image identique chez presque tous ceux qui ont dépassé 60 ans.

Comme application pratique de cette observation, on sait que tout traumatisme de l'appareil locomoteur implique du tissu conjonctif. Lors de la guérison, ce tissu peut s'accoler aux structures voisines, qu'il soit incorporé dans un cal osseux, ou simplement par suite de l'irritation locale, qu'il se fasse des adhérences, et alors l'extensibilité que l'on peut atteindre repose entièrement sur l'élasticité du tissu conjonctif qui l'entoure.

Or, pour les vieillards chez qui toute atteinte du tissu conjonctif (entorse, tendinite, sub-luxation, etc.) prend plus de temps à guérir que chez les jeunes et souvent avec une perte plus ou moins grande de la mobilité, on pourra parler de troubles nerveux, endocriniens, métaboliques ou même émotionnels, l'auteur croit qu'il ne faut pas mésestimer la sénescence du tissu conjonctif.

Il semble en effet que le tissu conjonctif ne puisse se régénérer.

Dans un traumatisme où le tissu conjonctif est touché, il va se faire une fibrose cicatricielle de tissu collagène aux dépens, le plus souvent, des fibres élastiques. Et alors, des exercices de résistance passive chez les vieillards deviennent

à peu près inutiles s'ils sont trop intempestifs. En effet, le tissu conjonctif vieilli ayant très peu d'élasticité, il se fait un spasme musculaire autour du point lésé et à ce moment se crée un cercle vicieux de spasme pour empêcher la douleur réveillée par la mobilisation et de douleur due au spasme.

Le but à atteindre étant la restauration du mouvement, il faut surtout encourager des exercices simples de mobilisation qui même s'ils laissent un champ de mobilité diminué, permettent le plus souvent une utilisation fonctionnelle non douloureuse pour le patient et ce dans un temps relativement court.

R. FARMER.

#### ANESTHESIE

Leonard C. JENKINS et H. B. GRAVES: **L'anesthésie et l'embolie pulmonaire.** (*Anaesthesia and pulmonary embolism.*) "Anaesth. Soc. Journ.", 8: 143 (mars) 1961.

Les auteurs ont étudié 105 cas d'embolie pulmonaire, prouvée à l'autopsie, survenus à l'Hôpital Général de Vancouver durant les quatre années s'écoulant du 1er juillet 1955 au 30 juin 1959. Chez 103 des 105 malades, l'embolie a été méconnue. On ne peut obtenir la preuve d'une embolie pulmonaire qu'à l'autopsie.

Dans les poumons, l'embolus peut être de l'air, de la graisse, du liquide amniotique, de la moelle osseuse, des débris de néoplasme ou des objets de l'extérieur comme des balles. Cependant, ce qu'on trouve le plus fréquemment et qui, du point de vue clinique, prend le plus d'importance comme embolus: ce sont les caillots (101 malades dans cette série). Les sites habituels des thrombi veineux qui se dirigent vers les poumons sont les veines des extrémités inférieures, les cavités droites du cœur et les veines du bassin.

Les facteurs prédisposant à la thrombose et à l'embolie pulmonaire sont (1) la stase veineuse, (2) la blessure des parois vasculaires et (3) les modifications physico-chimiques des constituants du sang.

Il n'existe pas de signes physiques spécifiques qui nous permettent de différencier un infarctus pulmonaire des autres maladies qui entraînent la consolidation du parenchyme. Après une opération, un infarctus pulmonaire peut devenir impossible à différencier d'une pneumonie, d'une atelectasie, d'un épanchement pleural, d'un infarctus du myocarde, d'une angine de poitrine ou d'une congestion par défaillance cardiaque.

Alors, la question se pose, quelle est la part de responsabilité, s'il en existe, qui revient aux agents et aux techniques anesthésiques? L'on sait qu'au cours des suites opératoires il survient une augmentation de la viscosité et du nombre des plaquettes et une plus grande activité du fibrinogène et de la prothrombine. On a émis l'opinion que cela était une réponse à l'agression que causaient l'anesthésie et la chirurgie.

On est d'avis que la fréquence de l'embolie pulmonaire post-opératoire peut être modifiée selon l'attention que l'on porte aux facteurs qui peuvent engendrer des thromboses intravasculaires. Il faut examiner le malade pour dépister précocement les signes de thrombophlébite. Des traitements aux anticoagulants peuvent être indiqués. Au

cours de l'anesthésie, il faut insister pour que l'induction soit rapide, douce, que la ventilation soit toujours adéquate, que le volume sanguin et la tension artérielle soient maintenus, qu'on ne fasse usage que des agents les moins toxiques, qu'on dépiste et qu'on traite précocement les arythmies et les décompensations cardiaques et, enfin, qu'on surveille la position sur la table. S'il est possible de le faire, éviter d'administrer les fluides intraveineux dans les veines des membres inférieurs et éviter toute compression sur les veines.

Au cours des suites opératoires, la prévention des embolies peut se faire en pratiquant la mobilisation précoce des extrémités, une hydratation adéquate et un usage judicieux des anticoagulants. Il peut devenir nécessaire de pratiquer la ligature chirurgicale de la veine cave ou de la veine fémorale.

Lorsque l'embolie pulmonaire est survenue, il devient salutaire de prendre des mesures adéquates de traitement et, cela, promptement. Ce traitement doit inclure d'abord l'usage de l'oxygène pour prévenir l'hypoxie, des vasopresseurs pour lutter contre le choc, des sédatifs pour traiter la douleur et toute autre médication de support. Ensuite, il faut songer au traitement des causes de l'embolie.

Léon LONGTIN.

P. B. PERCHESON, J. J. CARROLL et G. SCREECH: **La ritaline (methylphenidate): expériences cliniques.** (*Ritalin (Methylphenidate): Clinical experiences.*) "The Can. Anaest. S. J.", 6: 277 (juillet) 1959.

La ritaline est efficace pour lutter contre l'action des barbituriques. L'action ne semble pas consister en un antagonisme spécifique, mais en une stimulation indépendante du système nerveux central qui élève le niveau de la vigilance et du réveil. A doses réduites, elle a peu d'effets sur la tension artérielle, le pouls et la respiration. A doses plus considérables, il semblerait qu'elle augmente la tension artérielle sans changer le pouls ni la respiration. Dans un cas de dépression grave par empoisonnement barbiturique, elle a ramené rapidement les trois à la normale.

L'observation fréquente d'euphorie, d'agitation physique et mentale, de céphalée à la suite de son administration à doses réduites, plaiderait en faveur de son usage routinier pour accélérer le réveil après l'anesthésie aux barbituriques. Toutefois, dans les cas de dépression grave par ces médicaments, le traitement à la ritaline nous semble efficace, de toute sécurité, et ses effets secondaires deviennent négligeables.

Léon LONGTIN.

---

## SOCIÉTÉS

---

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 13 juin 1961

Tenue à l'hôpital Notre-Dame

Présidence des docteurs Gérard Morin et A. Cantero

#### Les acquisitions nouvelles en gastro-entérologie.

Professeur ANDRE LAMBLING,

Délégué officiel de la France au 31<sup>ème</sup> congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Les troubles de la fonction digestive peuvent être, ou très simples, ou très compliqués, suivant qu'il existe une lésion organique ou qu'il s'agisse de troubles fonctionnels. La gastrite, par reflux, représente une de ces unités dites fonctionnelles, où la radiographie peut être négative; cependant, les symptômes présentés par le patient peuvent revêtir un caractère important. En effet, le malade consultera pour des douleurs, des sensations de brûlures, une atteinte marquée de l'état général, et, pourtant, le R X restera négatif.

Il ne faut pas conclure, dans un tel cas, qu'il s'agit de sinestrose. En effet, un tubage gastrique peut montrer un reflux du liquide biliaire.

Les patients atteints de gastrite par reflux accuseront de l'amaigrissement, de l'anorexie, du pyrosis, de la constipation, de la diarrhée, des nausées, des régurgitations, des vomissements, mais les deux symptômes les plus souvent rencontrés sont les vomissements et les nausées.

Un reflux présent dans trois échantillons, après injection d'histamine, peut être considéré comme pathologique.

S'il s'agit d'un petit reflux, il n'y a pas de reperçussion sur l'estomac, mais si le reflux est considérable, il se produit une inhibition de la sécrétion acide et le milieu devient alcalin; ceci produit une gastrite.

La dyskinésie produite engendre un antipéristaltisme avec incontinence du pylore. Ceci est surtout visible en fluoroscopie, où l'on peut voir surgir la

giclée barytée. La gêne à l'évacuation produit une hypersecrétion gastrique.

Dans tous ces cas, évidemment, il faut éliminer la sténose du pylore. La gastrite par reflux peut provenir d'une lésion organique, tel qu'un néoplasme de l'estomac, d'une lithiase biliaire ou d'une pancréatite. Parfois, il s'agira d'une dyskinésie des voies biliaires, ou encore de troubles neuro-végétatifs.

L'évolution clinique dépend de la maladie causale. Ainsi, dans la cirrhose, l'amélioration de l'état hépatique pourra faire disparaître le reflux. Dans la lithiase biliaire, il y a très souvent persistance de la gastrite et parfois intolérance exceptionnelle de l'estomac à la bile et production de pyrosis.

Le reflux est donc un phénomène pathologique. Son mécanisme d'action réside dans une neutralisation qui provoque une réaction acide réactionnelle allant jusqu'à l'épuisement, et ensuite une gastrite avec inhibition de la sécrétion de substance antiseécrétoire.

Le traitement de la gastrite par reflux est ordinairement très difficile. La diète de la dyspepsie hypersthénique devra être employée. L'usage de cholargol et de sirop de phénergan donnera parfois d'excellents résultats.

Un traitement de psychothérapie devra être employé s'il existe des troubles psychosomatiques. L'usage des neuroleptiques, tel que le Tofranil, s'avèrera parfois très utile.

La gastrite par reflux représente donc un chaînon entre l'organique et le fonctionnel. Le danger de cette affection réside dans la production d'une gastrite atrophique, source toujours possible d'un néoplasme de l'estomac.

Voici un exemple où, sur le plan affectif et émotionnel, la présence de tracas et de soucis peuvent engendrer une dyskinésie duodénale avec gastrite par reflux, pour conduire, finalement, à une gastrite atrophique et possiblement un cancer de l'estomac.

Le secrétaire des séances,  
Gilles LEDUC.

---

## NÉCROLOGIE

---

### LE DOCTEUR J.-ÉMILE BARRETTE

Le docteur J.-Emile Barrette est décédé le 6 novembre 1961 à l'âge de 65 ans.

Le docteur Barrette était né à St-Raymond de Portneuf et il avait étudié la médecine à l'Université de Montréal, où il acquit son doctorat en 1923.

Le docteur Barrette a toujours exercé sa profession à Montréal.

### LE DOCTEUR JOSEPH GAGNON

Subitement à l'âge de 47 ans, le docteur Joseph Gagnon est décédé le 20 octobre 1961, à St-Denis-sur-Richelieu, où il pratiquait sa profession depuis l'obtention en 1942 de son doctorat à l'Université de Montréal.

### LE DOCTEUR ALBERT M. HAMEL

A Montréal, à l'âge de 56 ans, est décédé le docteur Albert M. Hamel.

Le docteur Albert Hamel était né à Woonsocket, R.I. Après ses études classiques faites au Séminaire

de St-Hyacinthe, il avait poursuivi ses études de médecine à l'Université Laval de Québec, où il obtenait son diplôme en 1933.

Le docteur Albert M. Hamel, naturalisé canadien depuis 1937, était attaché au Ministère de la Santé Nationale, division des Affaires indiennes. Il était, au moment de son décès, surintendant médical de l'hôpital Kateri Tekakwita de Caughnawaga.

### LE DOCTEUR ARTHUR LAWLER

Le docteur Arthur Lawler est décédé le 12 novembre 1961 à Montréal. Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal.

Depuis l'obtention de son doctorat en médecine en 1918, il avait toujours pratiqué sa profession dans la partie nord de Montréal.

### LE DOCTEUR PIERRE-PAUL RENAUD

Le 31 octobre 1961, est décédé à Sherbrooke à l'âge de 82 ans le docteur Pierre-Paul Renaud.

Le docteur Pierre-Paul Renaud avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal qu'il termina en 1905.

Il exerça sa profession à La Patrie, comté de Compton, à Stukely-Sud, comté de Shefford et à Montréal.

Il avait pris sa retraite, il y a quelques années.

#### LE DOCTEUR J.-DAVID ROBITAILLE

Le docteur J. David Robitaille est décédé à Standon, comté de Dorchester, le 11 octobre 1961.

Le docteur J. David Robitaille avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec et il obtint son doctorat en 1922.

---

## NOUVELLES

---

### JOURNÉES MÉDICALES 1961

Les « Journées Médicales 1961 », de la Société Médicale de Montréal ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu de Montréal les 3 et 4 novembre 1961 sous la présidence d'honneur de l'honorable ministre de la Santé, le docteur Alphonse Couturier et la présidence active du docteur Gérard Morin. De nombreux exhibits scientifiques ont été présentés par les médecins de l'Hôtel-Dieu.

A l'issue de ces Journées Médicales, lors d'un vin d'honneur donné aux membres et à leurs épouses, une médaille souvenir de reconnaissance a été décernée aux anciens présidents de la Société Médicale de Montréal.

Les récipiendaires de cette médaille sont les docteurs Hector Sanche (1941), G.-L. Prud'homme (1942), Adélar Groulx (1943), Paul Letondal (1945), Armand Frappier (1946), Edouard Desjardins (1947), L.-Henri Gariépy (1948), Albert Jutras (1949), Origène Dufresne (1950), Paul-René Archambault (1951), Paul Robert (1952), J.-Henri Charbonneau (1953), Paul Dumas (1955), Georges Hébert (1956), Jean-Marie Roussel (1957), Louis-Philippe Bélisle (1958) et Jean-Paul Legault (1959).

---

### REVISION PROCHAINE DE LA CHARTE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le vice-recteur de l'Université de Montréal, M. Lucien Piché, a laissé récemment entrevoir la possibilité d'une modification de la charte de son institution.

Un comité spécial, chargé de présenter un projet de révision de la charte civile a été choisi et il comprend Mgr I. Lussier, le juge André Montpetit, M. Maurice Chartré, M. Robert Gaudry, Me Jean Beetz et M. Eugène Therrien.

---

### CONTRAT D'AFFILIATION DE L'HÔPITAL MAISONNEUVE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Un contrat d'affiliation entre l'Hôpital Maisonneuve et l'Université de Montréal a été signé, il y a quelques jours, dans le salon des gouverneurs de l'Université.

En vertu de ce contrat, l'hôpital Maisonneuve devient un centre d'enseignement et de recherche en plein accord avec la Faculté de Médecine.

---

### OCTROI DE \$120,000 POUR LA RECHERCHE CLINIQUE À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le département de recherches cliniques de l'Hôtel-Dieu dirigé par le docteur Jacques Genest vient de recevoir un octroi de \$120,000. des National Institutes of Health pour ses travaux sur le mécanisme de l'hypertension et en particulier sur l'angiotension.

---

### RÉPERCUSSIONS DE L'ASSURANCE-HOSPITALISATION SUR LA FORMATION CHIRURGICALE

Une discussion très intéressante a eu lieu à l'assemblée du 18 novembre 1961 de l'Association des Chirurgiens de la province de Québec sur les répercussions possibles que la loi d'assurance-hospitalisation peut avoir sur la formation des jeunes chirurgiens.

Le forum était dirigé par le docteur Edouard Gagnon et les participants étaient les docteurs Jean-Jacques Lussier, doyen de la Faculté de Médecine d'Ottawa, Roche Robertson, Marcel Lamoureux, Jules Gilbert, G. Turner et Maître Paul-A. Crépeau, professeur de droit à l'Université McGill.

---

### NOUVEAUX "FELLOWS" DE L'AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

1,103 chirurgiens ont été admis comme membres associés ou « fellows » de l'American College of Surgeons lors de son 47e Congrès annuel tenu à Chicago les 2, 3, 4, 5 et 6 octobre 1961.

56 chirurgiens canadiens ont obtenu le droit à faire suivre leur nom des lettres:F.A.C.S. Parmi ceux-ci, on remarque les docteurs François Archambault, Sacha I. Dimitrov,

David Elkin, John W. Gerrie, Lawrence Hampson, Leon Heller, Luc Lafortune, Louis Laporte, D. Munro et E. G. O'Brien de Montréal, Georges A. Daigle de Lévis, André B. Marquis, Roland Scherrer et J. C. Wilson, de Québec, Léon Demers de Sherbrooke, ainsi que Maurice Duhaim et André Martel des Trois-Rivières.

---

#### PREMIÈRE RÉUNION À QUÉBEC DE L'ASSOCIATION DES AUMÔNIERS ET PSYCHIATRES DU QUÉBEC

L'Association des Aumôniers et psychiatres de la province de Québec a tenu sa première réunion officielle au début de novembre 1961 à l'hôpital St-Michel-Archange pour discuter des relations entre la psychiatrie et la religion. L'Association veut réunir les aumôniers et les psychiatres de toutes les institutions consacrées à la santé mentale.

Le R.P. Fernandeu Michaud, c.s.sp., curé de St-Jean-de-Dieu a été élu président de l'Association. Le docteur Jules Lambert a été choisi comme président pour la région de Québec et le docteur Marcel Berthiaume pour celle de Montréal. Le R.P. J.-G. Perreault a été élu secrétaire-trésorier et les abbés E. Nicole et E. Daigneault ont été désignés comme secrétaires archivistes.

---

#### RÉUNION SCIENTIFIQUE DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le 18 novembre 1961 s'est tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal l'assemblée générale annuelle de l'Association des Chirurgiens de la province de Québec. A cette occasion, le docteur Jacques Bruneau avait préparé un programme scientifique divisé en deux parties. La première consistait en un forum, dirigé par le docteur Jacques Genest. Il était composé des docteurs André Lanthier, Georges-Etienne Cartier et Gérard Mignault; le sujet mis en cause était: la surrénale en chirurgie.

La seconde partie du programme était une application, nouvelle chez nous, de la formule connue sous le titre: «*How I do it*» et qui s'intitulait: «*A mon avis*». Sept rapporteurs, membres du service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, ont donné leur opinion sur des points de technique sujets à discussion. Le docteur Jacques Bruneau agissait comme modérateur.

---

#### RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES, SECTION DU QUÉBEC

Une réunion scientifique de la Société Canadienne des Anesthésistes, section du Québec a été tenue à l'hôpital Notre-Dame de Montréal le 21 octobre 1961.

Le docteur Louis Lamoureux a présidé la séance scientifique qui comprenait deux travaux: l'un par M. Emile Gagnan, co-inventeur de l'«*Aqua-lung*» et conseiller technique de la Compagnie Canadienne d'Air liquide sur «*l'Évolution et les progrès de la nage sous-marine*», l'autre par le directeur technique de la Compagnie Thomas A. Edison sur «*l'absorption de l'acide carbonique*».

#### CONFÉRENCES À MONTRÉAL DU DOCTEUR PAUL WOOD, DE LONDRES

Le docteur Paul Wood, directeur de l'Institut de Cardiologie de Londres était le conférencier d'honneur à l'hôpital St-Mary de Montréal, le 13 novembre 1961.

Jeudi, le 16 novembre 1961, il a parlé à 9 heures a.m. à l'Hôtel-Dieu de Montréal, de l'hypertension pulmonaire; à 11.30 h. a.m. à l'hôpital Général du Christ-Roi de Verdun de péricardite et il a présenté à 2 h. p.m. à l'Institut de Cardiologie de Montréal, une conférence anatomo-clinique.

Vendredi, le 17 novembre 1961, il a fait à l'hôpital Notre-Dame des observations sur l'ischémie cardiaque.

La conférence de l'hôpital St-Mary était à la «*Mémoire de Donald H. Kingston*», et était intitulée «*Physiology at the bedside*».

---

#### À PROPOS DES MANUELS MÉDICAUX EN LANGUE FRANÇAISE

Le professeur Pierre Jobin, président conjoint du Congrès Français de Médecine de Paris, vient dès son retour à Québec de laisser entendre qu'une coopération de plus en plus étroite entre médecins canadiens et français est à l'horizon.

Il serait même question que de nouveaux manuels médicaux soient rédigés en collaboration par des médecins français, canadiens et autres ressortissants de langue française.

---

#### LE DOCTEUR ALBERT SOBEL, CONFÉRENCIER "CLAUDE BERNARD"

Le docteur Albert E. Sobel, chef du département de biochimie du *Jewish Hospital* de Brooklyn, N.Y. et le docteur Frank C. McLean de l'Université de Chicago étaient les invités d'honneur aux Conférences «*Claude Bernard*» qui viennent d'être données à l'Université de Montréal sous les auspices de l'Institut de Médecine et de Chirurgie Expérimentales.

---

#### ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Samedi, le 18 novembre 1961, l'Association des Chirurgiens de la province de Québec, *Association of Surgeons of the Province of Quebec* a tenu sa 9e assemblée générale annuelle à l'Hôtel-Dieu de Montréal sous la présidence du docteur Gérard Gagnon. A l'issue de cette réunion, les membres ont procédé à l'élection des directeurs de l'Association. Ce sont: les docteurs Gérard Gagnon (Chicoutimi), président; Fraser N. Gurd (Montréal) et Edouard-D. Gagnon (Montréal), vice-présidents; Jean-Paul Legault (Montréal), secrétaire-trésorier; Edouard Desjardins (Montréal), administrateur; Guy Bertrand (Sherbrooke), Germain Bigué (Val d'Or), Wilfrid Caron (Québec), Roland Cauchon (Québec), Alphonse Couturier (Rivière-du-Loup), Marcel Lamoureux (Montréal) et J. C. Luke (Montréal), directeurs.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR JACQUES GENEST, À MIAMI

Le docteur Jacques Genest, directeur du Département de Recherches Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a été conférencier invité de l'*American Heart Association* à son Congrès Annuel tenu à Miami, le 21 octobre 1961. Le docteur Jacques Genest a parlé de l'angiotensinémie et de sa relation avec l'hypertension artérielle et la régulation du sodium dans l'organisme.

NOMINATION DU DOCTEUR GILLES MARION

Les autorités de l'hôpital St-Louis-Marie-de-Montfort d'Eastview, Ottawa, annoncent que le docteur Gilles Marion a été nommé chef du département de pédiatrie de leur institution.

SYMPOSIUM À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE DE MONTRÉAL

Le Collège International des Chirurgiens a organisé un symposium sur le tractus gastro-intestinal supérieur qui s'est tenu le 9 novembre 1961 à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal sous la présidence du docteur J.-P. Legault, F.A.C.S., F.I.C.S., de Montréal, président de la Section canadienne du Collège International des Chirurgiens.

Le docteur Warner F. Bowers, M.D., Ph.D. (surg.), F.A.C.S., F.I.C.S., Chicago, Ill.: Ass.-Exec. Directeur International College of Surgeons; Former Professor of Surgery, Baylor Univ. Graduate School; Former Chief Surgical Consultant, U.S.A. Army; Former Chief Surgery Dept., Tripler Army Hosp., Honolulu a été le coordonnateur.

Les conférenciers étaient les docteurs Léon Longtin, F.R.C.P. (C), Montréal, P.Q., professeur d'anesthésiologie à l'Université de Montréal; anesthésiologiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal; Albert Jutras, F.R.C.P. (C), Montréal, P.Q., directeur de la section de radiologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, professeur de radiologie à l'Université de Montréal; Earl Halligan, M.D., F.A.C.S., F.I.C.S., Jersey City, N. J.: Vice-President, International College of Surgeons; Chairman, Surgical Section, Amer. Medical Association; Former Director of Surgery, Jersey City Medical Center et Arthur Alvarez, M.D., F.R.C.S. (Eng.) F.I.C.S., Trail, B.C.: Head of Surgical Dept., C.S. Williams Clinic, Trail, B.C., Chief of Medical Staff, Tadamae Hospital, Trail, B.C.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR PAUL ROY À NEW-YORK

Le docteur Paul Roy, radiologiste spécialement affecté à la section cardio-vasculaire du Service de Radiodiagnostic de l'Hôtel-Dieu de Montréal, était conférencier invité au Post-Graduate Medical School of the New York University Medical Center. La conférence eut lieu le 1er novembre 1961. Il y a exposé les résultats de ses travaux sur l'angiographie à très Large Champ.

Au cours de son séjour à New-York, le docteur Roy a aussi fait un cours d'initiation à ses nouvelles techniques d'angiographie au Columbia-Presbyterian Medical Center.

LE DOCTEUR JACQUES SYLVESTRE ET LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

La Société Canadienne du Cancer vient de faire connaître les noms des présidents-conjoints de son comité médical.

Ce sont les docteurs Jacques Sylvestre de l'hôpital St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke et M. Loughheed du Montreal General Hospital.

RECHERCHES SUR LA CHORÉE ET REGISTRE CENTRAL

Le département des sciences neurologiques de l'Université de Montréal s'intéresse particulièrement à l'étude de la chorée. Un registre spécial à cet effet a été créé et celui qui en a la direction demande la collaboration de tous les médecins pour l'aider à retracer l'histoire familiale des patients atteints de chorée.

Les recherches poursuivies aux Etats-Unis ont montré que dans une même famille, des centaines de cas ont été retracés, se transmettant de parent à enfant sur une période de 30 ans.

LE DOCTEUR JULES HARDY, BOURSIER McLAUGHLIN

On nous fait connaître que les directeurs de la Fondation S. McLaughlin ont décerné une bourse d'études en neuro-chirurgie au docteur Jules Hardy, diplômé de l'Université de Montréal et ancien résident de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital Notre-Dame et de l'Institut Neurologique de Montréal.

NOMINATION DU DOCTEUR ANDRÉ POTHIER

L'administration de l'hôpital LaFlèche de Grand'Mère fait connaître que le docteur André Pothier a été choisi comme directeur médical.

LE DOCTEUR ROGER GARIÉPY, RAPPORTEUR À PARIS

Le docteur Roger Gariépy, chef de la section d'orthopédie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, était au nombre des rapporteurs qui se sont fait entendre au Congrès de l'Association Française d'Orthopédie qui a eu lieu à Paris du 6 au 10 novembre 1961. Le docteur Roger Gariépy était au programme d'un symposium sur la tuberculose vertébrale.

CONFÉRENCE À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL DU DOCTEUR D. EWEN CAMERON

Le docteur D. Ewen Cameron, professeur titulaire de Psychiatrie à l'Université Mc Gill et directeur du « *Allan Memorial Institute* » a exposé ses « Conceptions de la psychiatrie » à titre d'invité d'honneur lors d'une séance le 27 octobre 1961 de la section de neuro-psychiatrie de l'Hôtel-Dieu.

COLLOQUES SUR LES RÉCLAMATIONS À LA SUITE DE  
BLESSURES CORPORELLES

Sous la présidence d'honneur de l'Honorable Juge Lucien Tremblay, juge en chef de la Cour du Banc de la Reine de la province de Québec, des colloques sur les réclamations à la suite de blessures corporelles ont été tenus les 17, 19, 24 et 26 octobre 1961 à l'Université de Montréal.

Quatre panels ont été constitués:

*Premier panel:* « Préparation de la preuve ». Le président: l'Honorable Juge André Montpetit; le secrétaire: Me James A. Robb; les participants: Me Sydney S. Fels, Me Jules Deschênes, Monsieur V. O. (Buddy) Walsh, Monsieur René Cliche.

*Deuxième panel:* « La preuve médicale ». Le président: Me L.-P. de Grandpré, c.r.; le secrétaire: Me Melvin Rothman; les participants: Docteur Paul-H. Crevier, Docteur James Shannon, Me John A. Nolan, c.r., Me Paul A. Crépeau.

*Troisième panel:* « Les réclamations à la suite de blessures corporelles proprement dites ». Le président: l'Honorable Juge George S. Challies; le secrétaire: Me Marc Beaugard; les participants: Me André Nadeau, c.r., Me François Mercier, c.r., Me Jules Beaugard, c.r., Me William A. Grant.

*Quatrième panel:* « Les réclamations à la suite du décès de la victime ». Le président: Me John L. O'Brien, c.r.; le secrétaire: Me Jean Tardif; les participants: Me Alastair M. Watt, c.r., Me J. Gibb Stewart, c.r., Me Georges Emery, Me André Savoie.

---

**CARREFOURS BIOLOGIQUES**

La Société de biologie de Montréal a tenu une séance, mardi, le 7 novembre 1961, à l'Université de Montréal qui traitait de la fonction respiratoire.

Les conférenciers furent les docteurs Eugène Robillard, chef du Département de Physiologie de la Faculté de Médecine, Université de Montréal qui a parlé de la « Capture de particules étrangères et réaction première du poumon »; Fernand Grégoire de l'Institut Lavoisier de Montréal, qui a traité de la « Physiopathologie pulmonaire consécutive à l'inhalation de certaines poussières »; Victorien Fredette de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, qui a consacré son étude à la « Pollution bactérienne de l'air » et Joseph Sternberg de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, qui a fait une communication sur « Particules radioactives dans l'air ».

La séance fut présidée par le docteur R.-F. Tourangeau, du Laboratoire Provincial d'Hygiène Industrielle, Montréal.

Les prochains carrefours biologiques de la Société de biologie de Montréal organisés par le docteur Gaétan Jasmin du département d'anatomie pathologiques de l'Université de Montréal, auront lieu les 28 novembre 1961 (thème: cytogénétique), 19 décembre (thème: immunologie et microbiologie) 30 janvier 1962 (thème: sciences neurologiques et psychologiques), 20 février 1962 (thème: anthropologie) et 13 mars 1962 (thème: cytologie).

SOUTENANCE DE THÈSE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La soutenance de thèse de M. Yves Binette a eu lieu le 3 novembre 1961; cette thèse, présentée en vue de l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en biochimie, s'intitulait: Contribution à l'étude du métabolisme de l'acide  $\gamma$ -Hydroxy-glutamique.

---

**SOIXANTE-DOUZIÈME RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES ÉCOLES DE MÉDECINE AMÉRICAINES**

Cette réunion s'est tenue à l'Hôtel Reine-Elisabeth de Montréal, les 11, 12 et 13 novembre 1961.

Le programme portait le 11 novembre sur l'organisation et les fonctions de l'Association des écoles américaines de médecine; la pédagogie de l'éducation médicale; la sélection des étudiants dans les écoles de médecine des États-Unis; les responsabilités du personnel dans un hôpital enseignant; le rôle du Centre médical dans les soins médicaux.

Le programme du 12 novembre 1961 se lisait comme suit:

Relation administrative entre les écoles de médecine et les hôpitaux enseignants. Organisation administrative du centre médical; et, coopération dans le domaine de l'éducation médicale dans l'hémisphère occidental; recherche et entraînement à la recherche dans les écoles de médecine des États-Unis; discussion sur l'organisation administrative des écoles de médecine aux États-Unis.

L'agenda du 13 novembre 1961 comportait l'étude:

des buts du gouvernement fédéral dans l'éducation médicale; une enquête sur l'enseignement de la médecine; des conférences sur l'enseignement de la médecine; le programme d'un Curriculum intégré de quatre ans en radiologie; le progrès dans l'enseignement de la biologie dans les écoles supérieures et ses applications en éducation médicale; l'éducation médicale à l'Université Western Reserve: rapport récent.

Les congressistes étaient au nombre de près d'un millier et venaient de plusieurs pays, en sus des États-Unis et du Canada.

---

**FONDATION MEDIC-ALERT**

La Fondation Medic-Alert est due à l'initiative d'un médecin canadien dont la fillette a failli, il y a 6 ans, mourir après qu'on lui eut fait une injection antitétanique alors qu'elle y était allergique.

L'Association Medic-Alert fournit des médailles et des bracelets protecteurs aux diabétiques, aux épileptiques, aux hémophiliques, aux cardiaques et aux allergiques. Cette médaille, indiquant la maladie, permet d'éviter toute médication urgente nocive.

---

**LABORATOIRE DES SCIENCES NEUROLOGIQUES  
CONGRÈS DES STAGIAIRES D'ÉTÉ**

Samedi, le 11 novembre 1961, à 1 heure p.m. dans le  
"Salon des Messieurs" du Centre Social.

Voici la liste des travaux qui furent présentés lors de cette réunion.

*J.-G. Dufour* et docteur *C.-L. Richer*. Obésité hypothalamique chez le rat.

*T. Handfield, G. Plante* et docteur *C.-L. Richer*. Fonction thyroïdienne et thermorégulation après lésions hypothalamiques chez le rat.

*P. Letarte, D. Raymond-Tremblay, M.-L. Brisson-De-Champlain* et docteur *J.-L. Poirier*. Réactivité périphérique chez le schizophrène aigu.

*J. Lapierre* et docteur *J.-P. Cordeau*. Systèmes réticulaires ascendants et potentiels évoqués visuels.

*L.-C. Pelletier, A. Moreau* et docteur *J.-P. Cordeau*. Effets de micro-injections de drogues dans la formation réticulée du tronc cérébral sur l'activité électrocorticale et sur le comportement.

*J.-A. De Groot* et docteur *A. Barbeau*. Cytogénétique des maladies extrapyramidales.

*M. Lapointe* et docteur *A. Barbeau*. Distribution et incidence de la chorée de Huntington dans la province de Québec.

*J.-P. Déry* et docteur *A. Barbeau*. Evaluation d'une technique simple pour mesurer le tremblement et la rigidité.

*J. Desmarchais, A. Gascon* et docteur *P. Bois*. Electrolytes et histamines chez différentes espèces animales en déficiences de magnésium.

*A. Lebrun* et docteur *P. Bois*. Etude de la distribution de la leucine-amino-peptidase dans la dystrophie musculaire expérimentale.

*H. Sasseville* et docteur *A. Beaulnes*. Influences de différentes drogues sur le muscle dystrophique.

## LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Assemblée du 25 novembre 1961

### PROGRAMME

Docteur *W. E. Wilson*. Fractures sous-trochantériennes du fémur.

Docteurs *H. A. Baxter* et *A. A. Butler*. Présentation de cas: 1) Reconstruction d'avant-bras. 2) Ostéo-myélite du bassin et hémipelvectomie. 3) Spondylolisthésis double avec protusion discale aiguë.

Docteur *J. B. R. Cosgrove*. Traitement de la spasticité par injection intrathécale de Phénol.

Docteur *J. G. Petrie*. Présentation de cas: 1) Synostose calcanéum-scaphoïdienne. 2) Luxation acromion — clavivulaire.

Docteur *W. Mason Couper*. Paralyse du nerf médian secondaire à la luxation du sémilunaire (mécanisme).

Docteurs *H. F. Moseley, R. G. Townsend, J. Handelsman*. Fracture — luxations de l'articulation de la hanche.

Docteur *I. S. Bitenc*. Enchondrome intra-articulaire de l'articulation du genou.

Docteur *S. G. Baxter*. Traitement de la rupture du diaphragme.

Professeur *G. C. McMillan*. Expérience dans les tumeurs bénignes et malignes des os.

---

## REVUE DES LIVRES

---

**Précis de toxicologie.** Par René FABRE et René TRUHAUT.  
En deux volumes (vol. I: 311 pages; vol. II: 400 pages).  
Société d'Édition d'Enseignement Supérieur, 8 Place de la Sorbonne, Paris (8), 1960.

Les auteurs ont écrit un Précis de quelque 700 pages en deux volumes sur la toxicologie. Cet ouvrage est destiné aux étudiants en pharmacie et en médecine.

Dans ce Précis l'étudiant trouvera sous une forme condensée des données essentielles sur l'étiologie des intoxications pour chaque substance toxique qui y est discutée, sur les propriétés physiques et chimiques de ces substances, leur rapide détection dans l'air lorsque la chose est possible, leur détermination quantitative, les symptômes auxquels ils peuvent donner lieu et leur traitement de même

que sur la prophylaxie collective et individuelle des intoxications par ces substances.

Les auteurs attirent l'attention sur le fait que leur Précis fournit en de nombreux cas à l'étudiant plus d'information que nécessaire pour la préparation de sa matière en vue de l'examen. Cette information supplémentaire porte sur la symptomatologie, le traitement, les lésions anatomo-pathologiques, les mesures prophylactiques collectives et individuelles, le mode d'action des substances discutées et sur la législation relative à la prévention des maladies professionnelles.

Dans ce Précis on trouve des généralités sur les intoxications, sur la toxicité, les modes de pénétration dans l'organisme, le métabolisme des principales substances toxiques et sur les diverses formes

d'intoxication selon leur mode d'occurrence (origine criminelle, accidentelle, suicide). Les intoxications d'origine accidentelle sont subdivisées en intoxications médicamenteuses, professionnelles alimentaires et d'origine diverses. On trouve aussi dans ce Précis un chapitre qui traite des divers types d'antidotes.

La facture technique de ce Précis, c'est-à-dire, la description et la discussion de l'ensemble des méthodes d'investigation employées pour dépister ou contrôler les risques inhérents à l'utilisation des substances toxiques sont très bien présentées.

On y trouve un excellent exposé de méthodes d'analyse modernes et la description d'un certain nombre de réactions chimiques de moindre importance. Les auteurs décrivent et discutent en détail les méthodes d'analyse du type classique qui dépendent généralement de la chimie par voie humide et traitent brièvement des méthodes physiques d'analyse.

Ce Précis contient pour l'étudiant en pharmacie et en médecine une masse considérable d'informations qui devrait faciliter grandement leurs études en vue de l'examen et élargir leurs horizons. Il y aurait peut-être lieu, dans une édition future, d'indiquer plus nettement les méthodes d'ordre pratique et les plus communément appliquées à la détection et au dosage des substances toxiques discutées, en y incluant une brève classification de ces méthodes d'analyse.

En résumé, ces deux volumes tiennent une place intermédiaire entre un Précis et un Traité. Il y a lieu pour l'étudiant de noter que les auteurs ont indiqué par un astérisque les parties du texte qu'il peut mettre de côté lors de la préparation de l'examen.

Comme ce Précis contient des informations très utiles sur la symptomatologie, les effets physiologiques, le traitement, la métabolisation, les divers modes de pénétration dans l'organisme des substances toxiques, les divers types d'antidotes, l'analyse de l'air, les effets chroniques, et sur les mesures prophylactiques et collectives pour un nombre important de substances toxiques que l'on rencontre dans l'industrie, il constitue un excellent livre de référence pour les hygiénistes et les médecins d'industrie.

Jean-P. PARÉ

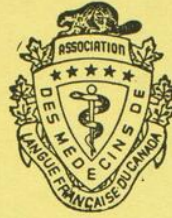
**Symposium — Le système extra-pyramidal et les neuroleptiques.** *Revue Canadienne de Biologie*, 20: juin 1961.

Nous nous plaisons à signaler la livraison de juin de *La Revue Canadienne de Biologie*. Il s'agit d'une livraison exceptionnelle, d'un volume également inusité par son ampleur, consacrée en totalité aux exposés d'un colloque organisé sous les auspices du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal et qui eut lieu en novembre 1960. Il portait sur le système extra-pyramidal et les neuroleptiques. Cette livraison de 664 pages prend littéralement l'allure d'un ouvrage abondant, à plusieurs auteurs qui traitent selon des perspectives personnelles et des expériences individuelles, des syndromes mis en lumière, sinon en vedette, ces dernières années par l'usage des neuroleptiques et par l'étude des syndromes parkinsoniens déclenchés par eux, ou d'installation pathologique et traités par des mesures neuro-chirurgicales. Ce traitement chirurgical appliqué sur des régions de l'encéphale sélectivement repérées par des procédés stéréotaxiques a, au surplus, conduit à repenser fondamentalement toute la physiologie des noyaux gris centraux de la base du cerveau. Des rapporteurs français, américains, canadiens parmi lesquels plusieurs de nos collègues des hôpitaux et des facultés de médecine, sont venus verser au dossier de cette question, sous des angles psychiatriques, neuro-chirurgicaux, neuro-physiologiques et pharmacologiques, le produit de leurs connaissances. Cent-neuf participants dont un nombre imposant de notoriété internationale, ont pris part à 66 exposés et discussions.

Tous ces textes sont à lire et à confronter les uns aux autres, afin d'en tirer une synthèse qui forme une mise au point actuelle sur les syndromes extra-pyramidaux. Le dernier mot, la conclusion définitive sont loin d'être offerts. Toutefois nous devons des félicitations aux responsables de ce vaste colloque dont l'organisation et la réalisation impressionnantes nous ont valu un enseignement profitable et de qualité.

Nous félicitons également *La Revue Canadienne de Biologie* qui nous permet maintenant de lire et de méditer à tête reposée les subtilités, les complexités et les intrications techniques qu'entraîne l'étude approfondie des processus extra-pyramidaux telle qu'elle fut poursuivie durant les séances de ce colloque.

Roma AMYOT



Fondée en 1902

## Association des Médecins de Langue Française du Canada

### BULLETIN D'ADHÉSION

Je, soussigné, vous prie de m'inscrire comme membre de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Je vous inclus mon chèque au montant de **vingt dollars (\$20.00)**, ce qui me donne droit aux privilèges de l'Association durant une année (de juin à juin).

Date:..... Nom:.....

Bureau:.....

Domicile:.....

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme et de quelle Université?.....

.....

N.B. — Cotisation privilégiée pour médecins internes, résidents ou aux études: **\$5.00** par année (juin à juin).

Signature:.....

(S.V.P. RETOURNER CE BULLETIN À: 326 EST, BOULEVARD SAINT-JOSEPH, MONTRÉAL 14, P.Q.)

СЛУЖБЕНИ ДОКУМЕНТ

Службени документ

ИЗДАНО У Београду, 1954. године, 15. септембра, бр. 15.000.000. Издање од 15. септембра 1954. године.

У овом документу садржана је информација о раду у области...

Датум:

Место:

Датум:

Овај документ је издат у складу са...

У овом документу садржана је информација о раду у области...

У овом документу садржана је информација о раду у области...

ИЗДАНО У Београду

Датум:

ИЗДАНО У Београду

Датум:



pour enrayer l'asthme et les toux asthmatiques

# Dainite-KI

produit

**Composition :**

Chaque comprimé tricolore renferme :

Iodure de potassium.....	5 gr.
Aminophylline.....	3 gr.
Phénobarbital.....	1/4 gr.
Ephédrine HCl.....	1/4 gr.
Aminobenzoate d'éthyle.....	1/4 gr.
Hydroxyde d'alumine.....	2 1/2 gr.



effets essentiels  
à une thérapeutique  
antiasthmatique  
supérieure

**Indications :**

Pour une meilleure protection contre les crises d'asthme et pour le soulagement des toux asthmatiques sèches et sibilantes.

**Présentation :**

Flacons de 50 et de 500 comprimés.

et, chaque fois que l'iodure de potassium seul est indiqué,

Rx

# KI-N

- fluidifie les sécrétions muqueuses
- favorise le drainage des voies respiratoires supérieures
- fluidifie les crachats épais et visqueux dans la bronchite, la bronchiectasie, l'emphysème pulmonaire et certaines manifestations allergiques
- fournit une prophylaxie utile dans certaines formes de goitre et d'hyperthyroïdie

Chaque comprimé KI-N renferme : Iodure de potassium, 10 grains.

Chaque comprimé KI-N correspond à 10 gouttes de solution saturée de KI.

Préparé par :

Irwin, Neisler & Co. — Decatur, Illinois

Représentants exclusifs dans la province de Québec  
et la cité d'Ottawa

## Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

## COMMUNIQUÉS

### LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

#### Trente-troisième Réunion Annuelle

Hôtel Royal York, Toronto — 18 - 20 janvier 1962.

#### PROGRAMME

##### Jendi 18 janvier:

8 h. 30 a.m.: Inscription.

10 h. a.m.: Ouverture officielle et allocution(s) de bienvenue.

10 h. 15 a.m.: Réunion d'affaires annuelle.

2 h. à 5 h. p.m.: *Séances scientifiques*:

Division de la médecine — Problèmes de médecine d'ordre général.

Division de la chirurgie — Forum sur la recherche chirurgicale — Problèmes de chirurgie d'ordre général.

Section d'obstétrique et de gynécologie.

8 h. p.m.: Collation annuelle des diplômés.

9 h. 30 p.m.: Réception en l'honneur des nouveaux Associés.

##### Vendredi 19 janvier:

9 h. à 11 h. a.m.: Colloque: « *Clinical applications of radioactive isotopes* ». Président: le docteur K. J. R. Wightman.

11 h. 30 a.m.: Conférence annuelle portant sur la chirurgie: « *Hormones effecting gastric secretion* ». Le docteur Robert M. Zollinger, professeur et président, département de la chirurgie, Université de l'Etat d'Ohio, et Président de l'*American College of Surgeons*.

2 h. à 5 h. p.m.: *Séances scientifiques*:

Séance mixte des divisions de la médecine et de la chirurgie — Maladies cardiovasculaires.

Division de la médecine — Endocrinologie et maladies du métabolisme — Gastro-entérologie.

Division de la chirurgie — Chirurgie de l'appareil digestif — Chirurgie traumatique.

Section d'obstétrique et de gynécologie.

##### Samedi 20 janvier:

9 h. à 11 h. a.m.: Colloque: « *Recent developments in basic science that relate to the Cancer Problem* » (présenté par des membres du personnel de la Division de la recherche biologique de l'*Ontario Cancer Institute*). Président: le docteur F. G. Kergin.

11 h. 30 a.m.: Conférence annuelle portant sur la médecine: « *Urinary stone* ». Le docteur John Eager Howard, professeur de médecine à l'Université Johns Hopkins et chef du service de médecine de l'hôpital Union Memorial, Baltimore (Maryland).

2 h. p.m.: Titulaire de la médaille de médecine: « *Familial hyperproteinemia* ». Le docteur Charles R. Scriver, département de la pédiatrie de l'Université McGill.

2 h. 45 à 5 h. p.m.: *Séances scientifiques*:

Séance mixte des divisions de la médecine et de la chirurgie — Maladies cardio-vasculaires.

Division de la médecine — Endocrinologie et maladies du métabolisme — Hématologie et maladies rénales.

Division de la chirurgie — Problèmes de chirurgie d'ordre général.

Section d'obstétrique et de gynécologie.

7 h. 30 p.m.: Réception donnée par le président.

8 h. 30 p.m.: Banquet annuel. Conférencier invité: le docteur Murray Ross, président de l'Université York de Toronto.

##### Pour les Dames

En plus de la collation annuelle des diplômés et le Banquet annuel auxquels les épouses des Associés sont invitées, le Comité des Dames, sous la présidence de Mme Ralph Will, a organisé un programme d'activités intéressantes pour le vendredi, 19 janvier. Ceci comprendra une tournée et un goûter au nouveau Centre O'Keefe et dans l'après-midi les dames visiteront la Galerie d'art de Toronto où se tiendra alors une exposition de sculptures britanniques contemporaines, et y prendront le thé.

Le programme pour les dames sera envoyé avec le programme de la réunion annuelle aux Associés et spécialistes certifiés qui se seront inscrits. Les épouses des Associés qui accompagneront leurs maris à la réunion sont priées de compléter et de retourner le feuillet qui sera attaché au programme pour les dames afin de laisser savoir au Comité à quelles activités elles participeront.

#### PROGRAMME DES COURS DE RADIODIAGNOSTIC

Le professeur Albert Jutras a organisé toute une série de cours post-scolaires en radiodiagnostic. En voici le programme:

25 septembre 1961, docteur D. McRae: Principes généraux techniques et photographiques.

2 octobre, docteur D. McRae: Le crâne normal chez le nourrisson, l'enfant, l'adulte et le vieillard. Les anomalies de développement.

4 octobre, docteur A. Jutras: Principes généraux. Techniques.

6 octobre, docteur A. Jutras: Estomac — Ulcus.

11 octobre, docteur P. Perras: Anatomie radiologique et technique d'examen du crâne.

13 octobre, docteur A. Jutras: Estomac — Tumeurs bénignes et malignes.

16 octobre, docteur D. McRae: Les signes de lésions intra-crâniennes.

18 octobre, docteur P. Perras: Anatomie radiologique et technique d'examen du crâne (suite).

20 octobre, docteur A. Jutras: Carrefour œsophago-gastrique — Anatomie normale — Hernie hiatale — Achalasie — Varices — Sclérodémie — etc.

23 octobre, docteur D. McRae: L'artériographie.

25 octobre, docteur A. Sansregret: Etude des substances de contraste.

27 octobre, docteur P. Jutras: Oro et hypo-pharynx — Déglutition normale et pathologique — Lésions communes.

30 octobre, docteur D. McRae: L'artériographie.

3 novembre, docteur S. Dunbar: Oesophage thoracique — Anomalies congénitales — Lésions particulières à l'enfance — Corps étrangers.

6 novembre, docteur D. McRae: Etudes encéphalographiques.

# MARRO-DAUSSE

MAINTENANT PRÉSENTÉ SOUS FORME DE DRAGÉES



LA PRÉPARATION LA PLUS  
RICHE EN VITAMINES  
"P" NATIVE

**11,000**  $\gamma$

DE VITAMINE P PAR CC. DE  
SOLUTION OU PAR DRAGÉE

## HÉMORROÏDES

4 FORMES



DRAGÉES



POMMADE



SUPPOSITOIRE



SOLUTION

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
VARICES • PHLÉBITES

ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX  
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Posologie: 1 ou 2 dragées deux ou trois fois par jour, aux repas.

Présentation : Solution : Flacons de 1 oz. et 4 oz.

Pommade : Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.

Suppositoires : Boîte de 10 suppositoires.

Dragées : Flacons de 50, 100 et 500 dragées.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France

Représentants exclusifs au Canada :

**Herdt & Charton Inc.**

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

- 8 novembre, docteur R. Maltais: Le système nerveux central. Anatomie et techniques d'examen. Encéphalographies et ventriculographies.
- 10 novembre, docteur P. Roy: Oesophage thoracique normal — Déformations par causes extrinsèques.
- 13 novembre, docteur D. McRae: Etudes encéphalographiques.
- 15 novembre, docteur R. Maltais: Techniques d'examen (suite).
- 17 novembre, docteur A. Trépanier: Oesophage thoracique — Tumeurs bénignes et malignes — Ulcus peptique — Oesophagite — Diverticules — Fistules — etc.
- 20 novembre, docteur D. McRae: Etudes encéphalographiques.
- 22 novembre, docteur R. Maltais: L'angiographie cérébrale normale.
- 24 novembre, docteur G. Duckett: Estomac — Gastrites — Granulomes — Syphilis — Tuberculose — Amyloïdose.
- 27 novembre, docteur D. McRae: La colonne vertébrale chez le nourrisson, l'enfant, l'adulte et le vieillard — Anomalies de développement.
- 29 novembre, docteur A. Sansregret: Les citernes de la base et l'encéphalographie fractionnée.
- 1 décembre, docteur Saltiel: Estomac post-opératoire — Variétés — Pathologie.
- 4 décembre, docteur D. McRae: La colonne vertébrale anormale.
- 6 décembre, docteur F. Robert-Robillard: Pathologie du système nerveux central.
- 11 décembre, docteur D. McRae: La myélographie.
- 13 décembre, docteur F. Robert-Robillard: Pathologie du système nerveux central (suite).
- 15 décembre, docteur M. Favreau: Estomac et duodénum pathologiques de l'enfant — Hypertrophie du pylore — Ulcus — Duplication — Atrésie — Sténose par torsion, bandes congénitales, etc. Corps étrangers.
- 18 décembre, docteur J.-L. Léger: Les traumatismes crâniens.
- 20 décembre, docteur M. Longtin: Duodénum normal et pathologique de l'adulte — Variations anatomiques et fonctionnelles — Ulcus — Diverticules — Tumeurs duodénales et ampullaires — etc.
- 8 janvier 1962, docteur R. Ethier: Les lésions sus-tentorielles.
- 10 janvier, docteur R. Ethier: Les lésions sus-tentorielles.
- 12 janvier, docteur H.-P. Lévesque: Intestin grêle — Anatomie et physiologie normale — Technique d'examen — Troubles fonctionnels.
- 15 janvier, docteur P. Fauteux: Les lésions hypophysaires et crânio-pharyngiomes.
- 17 janvier, docteur R. Ethier: Les lésions de la fosse postérieure.
- 19 janvier, docteur Hébert: Intestin grêle — Lésions inflammatoires.
- 22 janvier, docteur R. Ethier: L'épilepsie.
- 24 janvier, docteur A. Sansregret: Les mastoïdes et les rochers.
- 26 janvier, docteur Y. Vallée: Intestin grêle — Occlusion — Tumeurs — Invaginations — Iléus méconial — Bandes péritonéales — Diverticule de Meckel — Pneumatose — Ascarie, etc.
- 29 janvier, docteur O. Raymond: Côlon — Technique d'examen — Anatomie et physiologie normales — Anomalies de l'adulte.
- 31 janvier, docteur A. Sansregret: Les orbites.
- 2 février, docteur M. Dufresne: Côlon de l'enfant — Anatomie et anomalies chez l'enfant — Hirschprung — Atrésie — Imperforation — Prolapsus — Polypes — etc.
- 5 février, docteur P. Fauteux: Les sinus.
- 7 février, docteur J.-L. Léger: Les lésions vasculaires.
- 9 février, docteur A. Vallée: Côlon — Côlite ulcéro-hémorragique — Tuberculose — Granulomes — Actinomycose — Côlite amibienne — Volvulus.
- 12 février, docteur N. Brown: Les dents.
- 14 février, docteur P. Perras: Le larynx.
- 16 février, docteur M. Longtin: Côlon — Diverticulose et diverticulite — Tumeurs bénignes et malignes — Invaginations — Perforations.
- 19 février, docteur J. Laberge: Carrefour iléo-cœcal — Appendice.
- 21 février, docteur A. Jutras: Voies biliaires — Techniques — Lithiase.
- 23 février, docteur H.-P. Lévesque: Voies biliaires — Lésions pariétales.
- 26 février, docteur P. Roy: Foie — Rate — Pancréas — Pneumo-péritoine — Spléno-portographie
- Les cours de radiodiagnostic en gastro-entérologie seront donnés à la salle de cours du Service de Radiologie de l'hôpital Notre-Dame l'après-midi à 4.30 h., sauf: la première conférence du docteur Jutras qui aura lieu à l'Hôtel-Dieu, et celle du docteur Dunbar qui aura lieu au Montreal Children's Hospital.
- Les cours du docteur McRae seront donnés à l'Institut Neurologique à 4.30 h.

**COURS DE BIOLOGIE, MÉDECINE ET HYGIÈNE NUCLÉAIRES  
ORGANISÉ PAR L'ÉCOLE D'HYGIÈNE ET L'EXTENSION DE  
L'ENSEIGNEMENT: PROF. JOSEPH STERNBERG**

Ce cours s'adresse aux médecins et biologistes intéressés aux applications de l'énergie nucléaire et des radiations en médecine et en santé publique. Le cours est divisé en deux parties, chacune pouvant être suivie séparément, au cours de la même année ou au cours de deux années successives.

**PROGRAMME DES COURS**

*1ère partie (Cours No 44): Notions fondamentales de biologie et d'hygiène nucléaires.*

Notions fondamentales de physique et de chimie nucléaires appliquées à la médecine et la biologie. Théorie et applications des instruments basiques de mesure de la radioactivité; organisation du laboratoire des radioisotopes et de la radiation. Normes de protection contre la radiation; protection du travailleur dans le domaine de la radiation.

Revue des applications des radioisotopes et de la radiation en médecine et en biologie: biochimie, physiologie, pharmacologie, toxicologie, nutrition, endocrinologie, etc.

Action de la radiation sur la matière: maladie de la radiation, radiation et cancer, génétique et radiation. Radiation et santé publique: contamination du milieu environnant par les substances radioactives; déchets radioactifs. Application de l'énergie nucléaire en temps de paix; la guerre atomique, rôle du médecin et de l'hygiéniste.

# ALGÉSAL

SALICYLOTHÉRAPIE  
PERCUTANÉE  
CONFIRMÉE  
SCIENTIFIQUEMENT

DRAGÉES ET POMMADE

RHUMATISME

CONCENTRATION MASSIVE  
"LOCO-DOLENTI" EN ACIDE  
SALICYLIQUE NAISSANT

SOULAGEMENT  
IMMÉDIAT

DÉCONGESTION  
PROGRESSIVE

PÉNÉTRATION  
ULTRA-RAPIDE



PRÉSENTATION :

- Pommade —  
Tube de 40 grammes
- Dragées —  
Étuis de 50 et 300

BAUME ANALGÉSIQUE  
ANTIPHLOGISTIQUE  
DERMOPHILE INODORE

POSOLOGIE:

Baume: En frictions plusieurs fois  
par jour.

Dragées: Prendre 6 à 10 dragées  
par jour selon le cas.

PRÉPARÉ PAR  
**LATÉMA**  
LABORATOIRES DE  
THÉRAPEUTIQUE  
MODERNE

Littérature et échantillon à messieurs les médecins sur demande.

**Herdt & Charton Inc.**  
2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

Nombre de cours: 35 (75 heures, dont 16 démonstrations ou travaux pratiques au cours du 2<sup>ème</sup> semestre). Les cours seront donnés mardi soir entre 7.30 et 9.30 p.m., débutant le 3 octobre. Frais de scolarité: \$75.00.

2<sup>ème</sup> partie (Cours No 45): *Applications médicales des radioisotopes et de la radiation.*

Professeurs: docteur Joseph Sternberg et conférenciers invités.

Application des radioisotopes au diagnostic clinique: le radioiode et le diagnostic des affections thyroïdiennes; les radioisotopes dans les maladies du sang et de la circulation; procédés de médecine nucléaire en médecine interne, chirurgie, neuro-chirurgie, oncologie, orthopédie, microbiologie, et immunologie, recherche clinique, pédiatrie, gynécologie et obstétrique, etc.

Thérapie par les substances radioactives: théorie et applications.

Hygiène nucléaire: études épidémiologiques, génie sanitaire, etc., faites avec des substances marquées. Stérilisation des aliments et des médicaments par la radiation.

Des conférences spéciales seront faites suivant l'orientation des étudiants; des visites pourront être organisées aux laboratoires et institutions appliquant des techniques de médecine et de biologie nucléaires.

Les médecins intéressés pourront obtenir une attestation nécessaire pour la demande de l'autorisation gouvernementale en vue de l'utilisation des radioisotopes en clinique.

Nombre de cours: 25 (50 heures, dont 25 heures de travaux pratiques ou de démonstrations cliniques). Les cours théoriques seront faits jeudi soir de 7.30 à 9.30; les travaux pratiques ou cliniques seront faits à des places et dates fixées ultérieurement.

Frais de scolarité: \$60.00.

Pour obtenir des informations supplémentaires, s'adresser à l'Extension de l'Enseignement, Université de Montréal, C.P. 6128 (tél.: RE. 3-9951, local 246) ou directement au docteur Joseph Sternberg, Institut de Microbiologie et d'Hygiène, C.P. 6128, tél.: RE. 3-5394.

#### LE PREMIER HÔPITAL DE SEPT-ÎLES (P.Q.) REÇOIT UNE AIDE FÉDÉRALE

Sept-Îles (P.Q.), sur la rive nord, terminera la construction de son premier hôpital à la fin de cette année avec l'aide d'une subvention fédérale s'élevant à \$620,250. C'est ce qu'a annoncé l'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Cette somme a été attribuée pour aider à la construction d'un nouvel hôpital de 210 lits. Elle servira aussi à construire les locaux nécessaires à 38 berceaux et les logements de 88 infirmières et 3 internes. Tous les lits se trouveront aux trois étages supérieurs, le rez-de-chaussée étant réservé à la médecine, le premier étage à l'obstétrique et le second à la chirurgie. L'argent servira également à construire les locaux d'une unité sanitaire pour desservir cette région en rapide expansion.

Terminé, cet hôpital sera l'un des quelques établissements situés sur les 1,000 milles de la côte nord qu'on

peut atteindre seulement par avion. L'hôpital desservira une population comprenant de quarante à cinquante mille personnes selon les estimations et qui atteindra vraisemblablement soixante-dix mille au cours des dix prochaines années.

#### SUBVENTION À L'HYGIÈNE POUR UNE ENQUÊTE SUR LA MALADIE MENTALE

Une aide fédérale de \$19,800 au titre des subventions fédérales à l'hygiène mentale a été attribuée au ministère de la Santé du Québec vient d'annoncer le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

La subvention doit servir à couvrir une partie des frais d'une enquête provinciale sur la maladie mentale qui comprendra une étude des services hospitaliers pour les malades mentaux, une évaluation du personnel hospitalier disponible et du traitement des malades.

Le projet, déjà en cours et qui doit prendre quatre mois, est confié aux docteurs Dominique Bédard, Denis Lazure et C. A. Roberts.

#### L'HÔPITAL DE GRAND'MÈRE REÇOIT UNE SUBVENTION FÉDÉRALE À L'HYGIÈNE

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé l'attribution d'une subvention fédérale à l'hygiène de \$9,300 à l'hôpital Laflèche, de Grand'Mère (P.Q.), pour aider à couvrir des frais de réfection.

Cet argent aidera à construire une salle de repos dans le bloc chirurgical, une salle de travail, et un agrandissement pour six lits de pédiatrie. Les autres améliorations comprendront des cloisons à soufflets, le remplacement de la plomberie et du chauffage, une installation électrique, l'aménagement d'un étage non meublé et des travaux de toiture. La plupart de ces travaux sont en cours et doivent être bientôt achevés.

#### ASSOCIATION CANADIENNE POUR LES ENFANTS ARRIÉRÉS

L'Association Canadienne des Enfants Arriérés annonce la vacance d'un poste de secrétaire en recherches. Les candidats doivent posséder suffisamment de connaissances en médecine, en psychologie, en éducation spéciale ou en service social. Il serait préférable que les postulants aient une expérience antérieure en recherches et portent un intérêt particulier aux questions de l'arriération mentale.

Le candidat élu fera partie du bureau principal de l'Association Canadienne pour les enfants arriérés à Toronto. Le salaire sera fixé d'après l'expérience et les titres académiques. Une nomination à temps partiel à l'Université de Toronto pourrait être offerte au candidat qualifié.

Il s'agit d'un poste supérieur qui présente des avantages enviables dans le domaine de l'arriération mentale. Les personnes intéressées devront communiquer avec le Secrétaire de l'Association Canadienne des Enfants Arriérés, 317, avenue Road, Toronto 7, Ont.

# REVERIN<sup>®</sup>

antibiotique semi-synthétique nouveau, à large spectre, **pour injection intraveineuse**

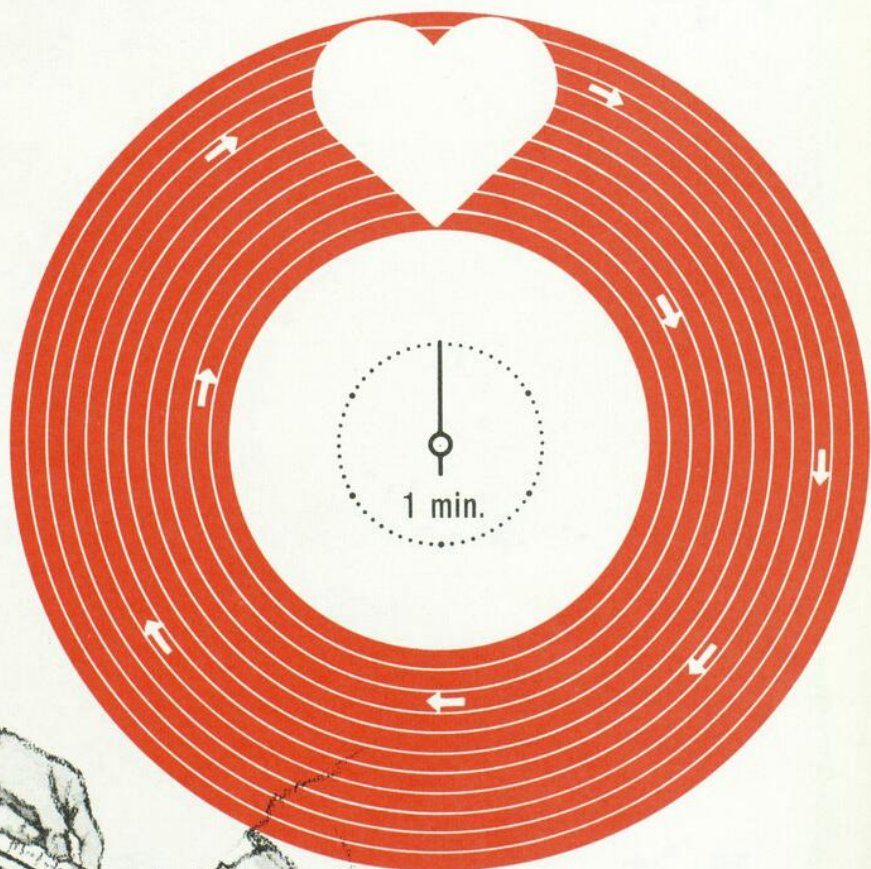
La solubilité de Reverin\* est très élevée (2500 fois plus soluble dans l'eau que le chlorhydrate de tétracycline); c'est pourquoi l'on peut, sans douleur, injecter directement dans la veine 275 mg. en une minute.

Ce mode d'administration particulier entraîne immédiatement des taux sanguins bactéricides et des niveaux tissulaires plus élevés assurant ainsi de plus grandes concentrations d'antibiotique au foyer de l'infection.



HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED

Documentation sur demande.



\*Reverin: pyrrolidinométhyl tétracycline

# ORINASE®

tolbutamide, Hoechst

Fruit des recherches qui, pendant plus de 50 ans, furent effectuées sur le diabète.

## l'innocuité

### une nécessité première

"Les résultats, dans l'ensemble satisfaisants, obtenus avec le tolbutamide, font désormais de ce produit le modèle sur quoi tous les autres dérivés de la formule sulfonylurée initiale, ainsi que les composés dissimilaires, peuvent être mesurés." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 82, Art. 2: 531-536 (25 sept.) 1959.*

"Seulement trois malades sur 314, ressentirent des effets secondaires, soit une occurrence de 0.9 pour cent. Du point de vue clinique, on n'a constaté, jusqu'à présent, aucune complication grave chez les sujets traités au tolbutamide."

*Marble, Alexander et Camerini Davalos: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71, Art. 1: 239-248 (10 juillet) 1957.*

"Il est rare qu'avec le tolbutamide l'hypoglycémie soit caractérisée et symptomatique; c'est pourquoi on peut obtenir un niveau glycémique normal sans craindre une chute intempestive de la glycémie." *Mehnert, H., et coll.: J.A.M.A. 167: 818-827 (14 juin) 1958.*

"Sur tout le contingent (500 patients) il n'y eut pas un seul cas de manifestation toxique impliquant l'hématopoïèse, le foie ou le système cardiovasculaire." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71: 275-279 (10 juillet) 1957.*

"Tolbutamide, remarquablement atoxique, peut, grâce à cette propriété, être considéré comme unique en son genre parmi les thérapeutiques de valeur." *O'Donovan, C. J.: Third Congress International Federation of Diabetes, (23-28 juillet) 1958.*

## tolérance

### le premier souci du malade

"Si l'on compare les effets secondaires et la toxicité provoqués par les plus récentes préparations orales... il apparaîtra que le tolbutamide présente à la fois le maximum d'efficacité et le maximum d'innocuité." *Dolger, H.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 82, Art. 2: 531-536 (25 sept.) 1959.*

"... l'un des avantages exceptionnels du tolbutamide fut la faible occurrence des complications." *Marble, A.: Med. Clinics North Am. 5: 1163-1177 (sept.) 1958.*

"L'absence remarquable d'hypoglycémie chez les malades recevant une cure d'entretien au tolbutamide revêt une telle importance pratique que le tolbutamide serait bien mieux défini par l'adjectif "euglycémique" que par celui d'hypoglycémique." *O'Donovan, C. J.: Third Congress International Federation of Diabetes, (23-28 juillet) 1958.*

## efficacité

### le premier souci du médecin

"Une étude portant sur 143 diabétiques révéla que 76 pour cent obtinrent des résultats satisfaisants avec le tolbutamide." *Sugar, Samuel, J. N.: Ann. of the N.Y. Acad. of Sc., Vol. 71, Art. 1: 256 (10 juillet) 1957.*

Faisant allusion à un contingent de 772 malades, Marble déclara que la dose d'entretien habituelle était de 0.5 à 1.0 Gm. d'Orinase par jour (1 ou 2 comprimés). *Marble, A.: Med. Clinic North Am. 5: 1163-1177 (sept.) 1958.*



HOECHST PHARMACEUTICALS OF CANADA LIMITED • MONTREAL



METHODE DE ZONDEK  
(Curetage Médical)

AMENORRHEE  
OU  
GROSSESSE ?

*pour une réponse rapide*

# AMENORONE FORTE

Chaque comprimé contient 50 mg. d'éthistérone plus 0.05 mg. d'éthinyloestradiol

**1 comprimé par jour pendant 3 jours**

L'Aménorone Forte agit directement sur l'endomètre. L'interruption de la cure produit le "curetage médical" décrit par Fuller Albright qui est une menstruation "physiologique normale". L'Aménorone Forte n'a pas d'action si la patiente est enceinte.

*Boîte de 3 comprimés pour une cure de 3 jours.*



**ROUSSEL (CANADA) LTÉE**

209 EST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL 18, P. Q.

## LIVRES RECUS

### **Röntgenthérapie et électrothérapie des affections de la peau.**

**Indications et techniques.** Par F. LEPENNETIER et H. RABEAU. Un vol. de 524 pages, avec 109 figures. Broché: 62 NF; cartonné toile: 72 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

Les auteurs ont voulu rédiger un livre essentiellement pratique, sans idées préconçues, où chacune des modalités d'agents physiques puisse trouver la place qui lui revient, mais dans lequel, étant donné son importance dans ce genre de traitement, la röntgenthérapie méritait des exposés particulièrement détaillés.

Pour cela l'ouvrage est divisé en deux parties:

La première partie est consacrée aux *exposés techniques* selon le choix de l'agent physiothérapeutique: röntgenthérapie superficielle ou de contact, buckythérapie, röntgenthérapie modérément pénétrante ou pénétrante, courant continu (ionisation, électrolyse), courants de haute fréquence (diathermie, ondes courtes, électrocoagulation, effluvation et étincelage) ultra violets et infra-rouges, cryothérapie, azote liquide, radium, isotopes radio-actifs... Les auteurs insistent longuement sur maints détails pratiques: mise en place du malade, localisation, choix des champs (unique, multiples, juxtaposés, opposés, etc.) dosage, rythme et nombre des applications, doses maxima de rayons X, etc., car il leur a semblé que c'est à l'imprécision habituelle de leur exposé didactique ou à leur oubli que peuvent être souvent attribués les incidents ou les accidents reprochés à tort, à la röntgenthérapie en particulier.

La seconde partie se présente sous la forme d'un *index alphabétique* de 407 pages. Beaucoup de dermatoses n'étant pas du domaine de la physiothérapie, les classifications habituelles ont dû être en effet écartées. L'ordre alphabétique permet de trouver rapidement les renseignements cliniques et les indications thérapeutiques utiles. De brèves notes de dermatologie, jugées nécessaires, ont été données pour chaque affection, pour rappeler au physiothérapeute les caractères des dermatoses courantes, leur aspect, leurs variétés, leurs types évolutifs, et aussi pour indiquer les signes principaux des affections rares. Les auteurs se sont efforcés de préciser autant que possible ce que l'on doit faire pour obtenir habituellement, dans chaque cas, de bons résultats, mais aussi ce qui peut être tenté, avec précaution, sans danger, et enfin ce qui ne doit jamais être fait ni tenté. Leur expérience porte sur plusieurs milliers de malades traités au cours de leur long séjour à l'Hôpital Saint-Louis. Pour chaque dermatose envisagée, après la description clinique, des « indications physiothérapeutiques » énumèrent dans l'ordre préférentiel les modalités thérapeutiques de choix, leur opportunité, qui peut être variable selon le stade de la maladie, leurs modalités d'application (éventuellement les contre-indications formelles), les résultats, les dates de reprise autorisée, etc. Le radiologiste devait aussi être averti que depuis quelques années on a trouvé pour certaines dermatoses des thérapeutiques nouvelles (chimiothérapie, antibiotiques, vitamines...), agents de guérison plus appropriés et plus efficaces que l'électroröntgenthérapie dont autrefois l'action était plus ou moins heureusement utilisée. Cependant ces nouvelles médications, si actives qu'elles soient, n'empêchent pas que le recours

aux agents physiques soit toujours fréquent. Parmi ceux-ci la röntgenthérapie reste le modificateur le plus actif mais aussi celui dont l'emploi requiert la connaissance la plus approfondie de ses indications réelles, de sa technique et de ses possibilités, ce que l'on ne saurait oublier ou méconnaître impunément.

Le dermatologiste pourra trouver dans cet ouvrage ce que l'on peut attendre des méthodes exposées, en connaître l'évolution actuelle et les perfectionnements techniques, savoir à l'occasion que si certaines d'entre elles n'apportent pas toujours la guérison, elles n'en peuvent pas moins procurer aux malades de grands soulagements. Il sera aussi convaincu que la röntgenthérapie pratiquée opportunément et correctement est un agent d'une indiscutable efficacité, et maintenant encore la meilleure thérapeutique de beaucoup de dermatoses bénignes et malignes.

**Agression et réanimation en médecine interne.** Par P. MICHON et A. LARCAN, avec la collaboration de P. Sadoul, et de O. Guerci, C. Huriet, C. Kling, J.-M. Picard, E. Remigy, F. Streiff et P. Vert. Un vol. de 552 pages, avec 66 figures. 72 NF. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.

La réanimation vise à maintenir l'ensemble des fonctions vitales d'un organisme agressé. Son domaine, venu de la chirurgie, s'étend désormais à toutes les disciplines, tout spécialement en médecine interne. Il faut en définir l'objet et les limites, et préciser les techniques qu'emploie cette nouvelle branche de l'activité médicale.

Ce troisième volume de la collection Agressologie, Réanimation, Hibernothérapie, n'est ni un traité des urgences, ni un manuel de transfusion, ni un précis de diététique. Il n'est pas non plus un livre des affections métaboliques. Il emprunte cependant beaucoup à toutes ces disciplines; l'action du réanimateur appartient souvent à l'urgence, elle fait appel aux techniques transfusionnelles, elle exige des connaissances diététiques précises; enfin, elle s'adresse dans la règle à des affections métaboliques.

Le réanimateur, pour faire œuvre utile, devra connaître les grandes modalités réactionnelles de l'organisme vis-à-vis de différentes agressions. Les désordres physiopathologiques très variés nécessitent une parfaite connaissance des grands métabolismes, de l'équilibre acido-basique, de l'équilibre hydro-électrolytique, et leurs principales perturbations. Certains syndromes communs à différentes agressions méritent une étude séparée. Tels sont le collapsus et le choc, la thrombose, l'hyperthermie, l'hémorragie, l'infection, la douleur. C'est l'objet de la première partie.

La recherche des phénomènes réactionnels généraux, ainsi que d'une attitude thérapeutique précise et raisonnée, conduit à envisager de très nombreux chapitres de la pathologie. Il s'agit soit d'affections métaboliques aiguës, soit de véritables urgences, soit plus volontiers des modalités viscérales variées de la réaction de l'organisme à l'agression.

Les chapitres conduisent le lecteur de l'infarctus du myocarde à la noyade en passant par l'anurie, les comas diabétique et hépatique, l'ictus apoplectique et le delirium tremens.

# Novahistex n'a jamais guéri un rhume

— cependant, les préparations de Novahistex ont été prescrites à des milliers de gens pour le soulagement rapide des symptômes du rhume. Le Novahistex associe le phényléphrine, un vasoconstricteur efficace par voie orale, au diphénylpyraline, un antihistaminique très efficace et peu toxique. Cette association procure un plus grand soulagement que si l'un ou l'autre médicament était employé seul.



Les comprimés **Novahistex**, en une seule dose, apportent un soulagement qui dure pendant 8 à 12 heures. Chaque comprimé à action soutenue renferme 40.0 mg. de chlorhydrate de phényléphrine et 4.0 mg. de chlorhydrate de diphénylpyraline, pour un soulagement prolongé de la congestion respiratoire dans le rhume ordinaire, la sinusite et la rhinite. **Posologie:** Adultes et enfants au-dessus de 12 ans: 1 comprimé toutes les 8 à 12 heures.

Pour les patients qui préfèrent une médication liquide, l'**Elixir Novahistex** offre le phényléphrine et le diphénylpyraline sous une forme très agréable au goût. Une seule dose soulage les symptômes du rhume pendant environ 4 heures. Chaque cuillerée à thé de 5 cc. contient 20.0 mg. de chlorhydrate de phényléphrine et 2.0 mg. de chlorhydrate de diphénylpyraline. **Posologie:** Adultes et enfants au-dessus de 12 ans: 1 cuillerée à thé toutes les 4 heures.



PITMAN-MOORE OF CANADA, LIMITED

DON MILLS, ONTARIO

Une explication physiopathologique sert de base à l'exposé des troubles rythmiques, des désordres respiratoires, des néphropathies fonctionnelles. A tout moment, on cherche à éviter les « recettes » et à « raisonner » une thérapeutique fondée sur des considérations physiopathologiques et pharmacodynamiques précises.

Le dynamisme de la réaction post-agressive, les difficultés de sa surveillance sont mis en évidence.

Tel est l'objet de la deuxième partie.

Chaque discipline possède sa technique. Ici, le domaine des techniques est très important, et nécessite une mise au point très précise. La pratique de la transfusion, l'usage des différents solutés, les problèmes de l'alimentation du grand malade, l'emploi de certains médicaments, enfin l'utilisation des méthodes modernes de réanimation respiratoire ou rénale sont précisés dans les chapitres de la troisième partie. La nécessité de « centres de Réanimation » s'impose alors, et leurs besoins sont précisés.

Si la réanimation médicale touche à de nombreux domaines et fait appel à de nombreuses disciplines, elle possède néanmoins une réelle autonomie. Dans ce livre sont définis les fondements, les applications et les méthodes d'une branche nouvelle de l'activité médicale, qui nécessite plus que toute autre un état d'esprit de « synthéticien ».

**Les ostéo-arthropathies nerveuses.** Par A. M. RECORDIER, P. MOUREN et G. SERRATRICE. Préface de Ludo Van Bogaert. Un vol. de 172 pages, avec 50 figures. 28 NF. Franco: 29,10 NF. L'Expansion, édit., Paris, 1961.

Dans une étude très complète, les auteurs s'attachent à la description des ostéo-arthropathies d'origine nerveuse prises dans leur sens le plus large. Ce chapitre pathologique, en effet, s'il se limitait classiquement aux ostéo-arthropathies tabétiques et syringomyéliques, s'est enrichi actuellement de nombreuses variétés: acropathies ulcéro-mutilantes, ostéo-arthropathies observées au cours du diabète ou de la lèpre, para-ostéo-arthropathies neurogènes, rhumatismes neurotrophiques du membre supérieur, ostéoporose post-traumatique, ostéo-arthropathies du zona, notamment.

Sont repris ici et classés, 8 chapitres comprenant chacun, après un rappel historique, un tableau séméiologique, une étude anatomique et pathogénique et le traitement. Une bibliographie très abondante suit chacun de ces chapitres, ce qui augmente la clarté de l'ouvrage et permet de retrouver avec facilité les références correspondant à chaque sujet.

La division de l'ouvrage est la suivante:

I. — *La légitimation du concept d'ostéo-arthropathie nerveuse:*

Une justification de la notion d'ostéo-arthropathie nerveuse est la raison de ce chapitre initial. Le problème de l'influence du système nerveux sur les os et les articulations repose sur des bases physiologiques et expérimentales précises.

Puis, sont abordés les caractères cliniques et évolutifs communs aux ostéo-arthropathies nerveuses. Enfin, les faits sont repris sous l'angle pathogénique et diverses interprétations sont proposées.

II. — *Les ostéo-arthropathies tabétiques:*

Ce chapitre, abondamment illustré par une riche iconographie, est modernisé par la mise en valeur de la fré-

quence des atteintes vertébrales connues ou méconnues. De ce fait, sont isolées les ostéo-arthropathies rachidiennes au même titre que les ostéo-arthropathies des membres.

III. — *Les ostéo-arthropathies syringomyéliques:*

Limitée de façon restrictive aux atteintes ostéo-articulaires de la syringomyélie classique, cette étude est illustrée par des cas personnels dont les radiographies sont présentées. Les tirages ou Logétron mettent bien en évidence l'anarchie lésionnelle caractéristique.

IV. — *Les acropathies ulcéro-mutilantes:*

Les problèmes posés par les acropathies ulcéro-mutilantes sont multiples, et loin d'être résolus; la maladie de Thévenard, d'abord, est étudiée, qui reste la plus typique des acropathies ulcéro-mutilantes. Les formes sporadiques ont fait l'objet de nombreuses études récentes qui sont reprises et analysées. Enfin, le concept de syringomyélie lombo-sacrée, qui semblait jadis être bien individualisé, ne doit sans doute être considéré qu'avec une grande prudence et nombre de cas publiés restent d'authenticité discutable.

V. — *Les ostéo-arthropathies du diabète et de la lèpre:*

A juste titre, les ostéo-arthropathies du diabète et de la lèpre font l'objet d'un chapitre séparé. D'aspect assez proche des acropathies ulcéro-mutilantes elles en réalisent des formes secondaires. Les ostéo-arthropathies du diabète sont de connaissance récente et l'apparition de telles manifestations est d'un grand intérêt théorique et pratique.

A propos des ostéo-arthropathies de la lèpre, sont analysés de façon complète les travaux actuels les concernant; en effet, bien que rares sous nos climats, ces lésions ostéo-articulaires sont à l'ordre du jour en pathologie tropicale.

VI. — *Les para-ostéo-arthropathies neurogènes:*

Les para-ostéo-arthropathies neurogènes occupent une place à part dans le cadre des ostéo-arthropathies nerveuses. Se basant sur les mises au point récentes et sur leur expérience personnelle, les auteurs présentent un étude complète de cette affection, l'illustrant de radiographies très caractéristiques.

VII. — *Les rhumatismes neurotrophiques et les syndromes apparentés:*

Ce chapitre réunit, à juste titre, trois groupes de lésions articulaires différentes par leur étiologie, mais atteignant de façon assez semblable la main et le membre supérieur.

Le rhumatisme neurotrophique ou syndrome épaule-main est le plus typique, de par son évolution et sa séméiologie, mais a beaucoup de points communs avec l'ostéoporose post-traumatique, les ostéo-arthropathies du zona.

VIII. — *Les ostéo-arthropathies des hémiplegies et des syndromes extra-pyramidaux. Les formes rares et les formes frontières:*

A côté de notions classiques concernant les lésions ostéo-articulaires des hémiplegiques et des parkinsoniens, sont passées en revue ici les descriptions récentes des ostéo-arthropathies secondaires à la dégénérescence hépato-lentillaire, aux syndromes de la queue de cheval et à d'autres affections nerveuses plus rares, telle l'indifférence congénitale à la douleur.

# STELAZINE\*

## un tranquillisant qui assure la détente et non pas la somnolence

La 'Stelazine' se distingue des autres tranquillisants parce qu'elle soulage l'anxiété—que celle-ci se manifeste par de l'apathie, de la nonchalance et de l'asthénie émotive ou par de l'agitation et de la tension. Après plus de deux ans d'expérience clinique, les avantages suivants du traitement à la 'Stelazine' n'ont cessé de s'affirmer.

1. Souvent efficace où les autres agents ont échoué—les sujets réfractaires réagissent en général avec promptitude.
2. Enthousiasme des malades—qui se sentent d'aplomb et dorment mieux.
3. Effet thérapeutique rapide—avec de très faibles doses orales.
4. Administration bi-quotidienne commode—grâce à son action prolongée inhérente il suffit de deux prises par jour.
5. Effets secondaires légers et transitoires—influençant rarement le cours de la thérapeutique.

**Présentation: Comprimés, suppositoires, ampoules et fioles multidoses.**

**Pour tous renseignements concernant la posologie, les effets secondaires et les précautions à prendre veuillez consulter la documentation appropriée ou vous adresser à votre représentant SK&F.**

 **Smith Kline & French • Montréal 9**

« La grande valeur de cet ouvrage provient de ce que les auteurs ont réuni et juxtaposé une masse de faits et d'observation qui étaient restés dispersés.

Ils ont précisé — avec la clarté admirable de la clinique française — la séméiologie de ces arthropathies neurogènes et ils ont indiqué pour certaines d'entre elles la voie dans laquelle il fallait en pousser l'étude. Ce service qu'ils rendent à tous les neurologistes est de situer l'acropathie ulcéromutilante dans son cadre authentique: celui de la patho-

logie hérédo-familiale de l'étagé neuro-ganglionnaire, et de leur rappeler l'énorme lacune qui existe encore dans nos connaissances à propos des autres ostéopathies neurogènes.

Leur livre n'a pas d'équivalent dans la littérature d'expression française. Dans les littératures étrangères, nous n'en connaissons aucune récente qui éclaire un aussi large spectre de désordres. Nous lui souhaitons l'accueil enthousiaste qu'il mérite auprès de tous les neurologistes et internistes » L. Van Bogaert.

---

LIVRES REÇUS DEPUIS LE 24 OCTOBRE 1961

- Vaccins et sérums**, par P. CHASSAGNE. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1961.
- Traitement chirurgical des affections oculaires**, par L. GUILLAUMAT, L. PAUFIQUE, R. DE SAINT-MARTIN, S. SCHIFF-WERTHEIMER et G. SOURDILLE. Tome III — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1961.
- Nouvelle pratique chirurgicale illustrée** — fascicule XVII — par Jean QUENU. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1961.
- La maladie de Quincke**, par Pierre BLAMOUTIER. L'Expansion, édit., Paris, 1961.
- Traité de thérapeutique chirurgicale, tome III** — abdomen: parois et tube digestif par J.-P. BINET, Ch. CHATELAIN, Cl. DUBOST et Coll. Masson et Cie, édit. Paris, 1961.
- Précis d'obstétrique**, par Robert MERGER, Jean LEVY et Jean MELCHIOR. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- The art of thinking**, par Dagobert D. RUNES. Philosophical Library, édit., New-York, 1961.
- La réanimation**, par P. MOLLARET, V. DUPONT, M. GOULON et Coll. Rapports prés. au 33e Congrès Français de Médecine, Paris 1961 — Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- Le rein des diabétiques**, par M. DEROT, M. LEGRAIN, G. TCHOBROUTSKY et Coll. Rapports prés. au 33e Congrès Français de Médecine, Paris 1961 — Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- L'athérosclérose**, par A. JOUVE, J. TORRESANT, R. RAYNAUD et Coll. Rapports prés. au 33e Congrès Français de Médecine, Paris, 1961 — Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- Rayonnements ionisants et santé**, par Bo LINDELL et R. Lowry DOBSON. Organisation Mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.
- Réunion scientifique sur la réadaptation des lépreux** — Rapport. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.
- Evaluation de la cancérogénicité des additifs alimentaires** — 5e rapport. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.
- Virus transmis par les arthropodes** — rapport d'un groupe d'étude. Organisation mondiale de la Santé, édit., Genève, 1961.
- Techniques modernes d'investigation en ophtalmologie**, par Jean SEDAN et Georges FARNARIER. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- Les affections de la macula**, par Jean-Pierre BAILLIART. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- Le petit cancer de l'estomac**, par J. MASSA. Masson et Cie, édit., Paris, 1951.
- Vascularisation et circulation cérébrales**, par G. LAZORTHES. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- Anatomie et pathologie artérielles de la moelle**, par Jean-Louis CORBIN. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- Phonocardiographie — Auscultation collective**, par C. LIAN. Masson et Cie, édit., Paris, 1961.
- Epreuves d'effort et d'hypoxie**, par G. FAIVRE et J. M. GILGENKRANTZ. Masson et Cie, édit., Paris 1960.
-

# Équilibre vitamino-minéral parfait jusqu'à terme grâce à "TUTAMATE"

(TUTAMINA MATRIS = PROTECTION DE LA MÈRE)

MARQUE DÉPOSÉE

*Protège la mère et le bébé des carences nutritionnelles, durant la grossesse et l'allaitement.*

CHAQUE TABSULE PROCURE DES RÉSERVES DE:

Vitamine B<sub>12</sub> ..... 2 mcgm.  
Acide folique ..... 1 mg.  
Fumarate de fer (fer à l'état ferreux, 30 mg.).... 100 mg. (1½ gr.)  
Sulfate de cuivre ..... 2.5 mg.  
Stéarate de magnésium ..... 8 mg.  
Carbonate de manganèse ..... 0.3 mg.

*pour favoriser une hématopoïèse optimale et aider à prévenir l'anémie microcytique et macrocytaire.\**

Vitamine C — Acide ascorbique ..... 25 mg.  
*pour accroître la résistance des capillaires, diminuer le risque d'hémorragie et protéger la mère contre le scorbut.*

Vitamine D ..... 1000 U.I.  
Farine d'os ..... 130 mg. (2 gr.)  
(teneur moyenne: 44 mg. de calcium, 20 mg. de phosphore et 0.065 mg. de fluor.)

*pour aider à maintenir l'équilibre calcium-phosphore.*

Vitamine A ..... 2500 U.I.  
*pour aider à maintenir l'intégrité du tissu épithélial.*

Vitamine B<sub>1</sub> ..... 1 mg.  
Vitamine B<sub>2</sub> — riboflavine ..... 1.5 mg.  
Vitamine B<sub>6</sub> — pyridoxine ..... 1 mg.  
Niacinamide ..... 6 mg.  
Succinate acide de d-alpha-tocophérol (anti-oxygène) .... 2 mg.

*pour seconder le métabolisme au cours de cette période de stress physiologique.*

Iodure de potassium ..... 0.2 mg.  
*pour aider à prévenir le goitre provenant d'une hypoioméie.*

\*Grâce à l'appoint nutritionnel fourni par Tutamate durant la grossesse "on ne décela aucun cas d'anémie mégaloblastique gravidique ou puerpérale malgré les constantes analyses hématologiques pratiquées" chez les patientes de la clinique et des salles d'une grande maternité.

(Lowenstein L., Pick, C. et Philpott, N.W.:  
Am. J. Obst. and Gynec. 70:1309, 1955)

**POSOLOGIE:**

En supplément: 1 tabsule par jour;  
en thérapeutique:  
2 tabsules par jour ou plus,  
selon le besoin.

Flacons de 50, 100 et 250  
tabsules.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ

**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA

Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899

## L'Union Médicale du Canada en 1892

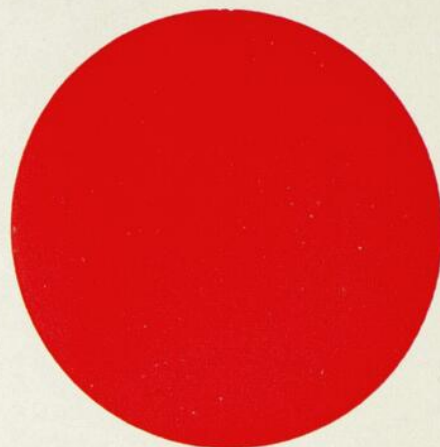
## L'ALCOOLISME CHEZ LA FEMME

Décembre 1892

Le *British Medical Journal* a publié dernièrement une série d'articles fort intéressants au sujet de la fréquence de l'alcoolisme chronique chez la femme. Nous disons alcoolisme; le mot dipsomanie serait peut-être préférable. Aux yeux de notre confrère, les habitudes d'alcoolisme tendent à se répandre de plus en plus, et il n'hésite pas à dire que tous les pays pris ensemble sont encore bien en arrière de l'Angleterre sous ce rapport. « Il y a vingt ans, dit-il, il était rare de voir une femme vider son verre au comptoir du marchand de vin; aujourd'hui, surtout dans notre métropole et les autres grandes villes, il arrive très souvent que le nombre des femmes fréquentant les tavernes est plus considérable que celui des hommes ». Londres et Glasgow seraient les villes où les abus alcooliques sont les plus fréquents, et l'Irlande est peut-être le pays où les cas d'alcoolisme chez la femme atteignent le chiffre le plus élevé.

A quoi faut-il attribuer cette extrême fréquence des habitudes alcooliques chez les femmes? Adoptant sur ce point les idées du *Daily Telegraph*, notre confrère du *British Medical Journal* établit deux variétés de causes: physiques et morales. Aux troubles fonctionnels de l'organisme, si fréquents chez la femme durant la vie sexuelle, doivent peut-être être rapportés le plus grand nombre des cas. L'hérédité, qu'il s'agisse de parents alcooliques ou simplement nerveux, entre aussi en ligne de compte, de même que la transmission, des parents aux enfants, d'une névrose quelconque ou même d'une simple instabilité ou déséquilibration de l'esprit. Le surmenage physique et mental, les soucis et tracas du ménage, la neurasthénie produite par d'autres maladies, les couches et les avortements trop fréquemment répétés, tout cela doit exercer une grande influence sur la production des accidents. La paresse, le manque d'occupations sérieuses sont plus d'une fois le point de départ des abus alcooliques. La vanité, un désir immodéré de satisfaire ses goûts au gré de son caprice livrent enfin très souvent la femme à la passion de l'alcool et contribuent à détruire en elle l'énergie et la volonté, seules sauvegardes d'une vertu qui chancelle et qui va s'effondrer.

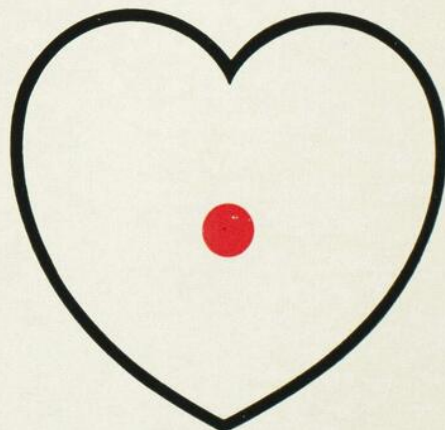
Il n'y a pas toujours, ajoute en terminant l'auteur de l'article en question, de véritable dipsomanie; il n'y a pas toujours un désir irrésistible de boire. Beaucoup de femmes ont l'alcool en horreur, encore qu'elles ne puissent s'en priver. Elles détestent l'alcool et n'aiment que l'effet qu'il produit. Elles éprouvent la plupart du temps une impulsion, elles subissent l'influence d'une force majeure plus énergique que leur propre volonté et qui ne se peut ni décrire ni définir, et cette soif ne s'apaise — momentanément toujours — que dans le sommeil de l'ivresse.




**SIGNAL**



**SILENCIEUX**



## UN TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTÉROL SÉRIQUE EST LE SIGNAL SILENCIEUX DE LA MENACE D'UNE MALADIE CARDIAQUE ARTÉRIOSCLÉROTIQUE...

Le rapport Framingham contient cet AVERTISSEMENT: "Il existe un risque croissant de maladie cardiaque artériosclérotique chez les personnes ayant un taux élevé de cholestérol sérique..."<sup>1</sup>

### UN SIGNAL SILENCIEUX ET MÊME PLUS!

Des recherches appliquées à des sujets humains font apparaître "... que l'élévation prolongée du taux sérique des lipoprotéines de faible densité (particulièrement celles qui sont riches en cholestérol) est associée à une morbidité et une mortalité accrues dues à l'athérosclérose... des expériences faites sur des animaux ont démontré que lorsqu'une augmentation de la concentration de cholestérol sérique est obtenue par un régime alimentaire ou d'autres moyens, il en résulte généralement des changements vasculaires analogues au début de l'athérosclérose chez l'être humain."<sup>2</sup>

### LA MENACE EST ÉVIDENTE — LE TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTÉROL SÉRIQUE DOIT ÊTRE RÉDUIT ET MAINTENU AU NIVEAU NORMAL

#### POURVOIR A CETTE NÉCESSITÉ AVEC

# choloXin

(sodium dextro-thyroxine)



une dose de 4,0 mg par jour

une seule dose quotidienne de 4,0 mg, administrée par voie orale, fera revenir le taux de cholestérol à la normale, chez la plupart des malades.

#### continuité de l'efficacité

le taux élevé de cholestérol sérique se trouve abaissé et maintenu dans les limites normales pendant de longues périodes (plus d'un an).<sup>3,4</sup>

#### le cholestérol est physiologiquement "contrôlé"

la réduction du cholestérol s'effectue par des voies physiologiques sans entraver sa synthèse — pas d'accumulation anormale de précurseurs — accélère le taux d'excrétion de cholestérol dans les fèces.<sup>5</sup>

#### chez plus de 2000 malades

des recherches cliniques approfondies, effectuées sur plus de 2000 malades, ont démontré une réduction du cholestérol chez la grande majorité des malades atteints d'hypercholestérolémie.<sup>6-15</sup>

#### pratiquement non-calorigène d-isomère hypocholestérolémique puissant

en doses thérapeutiques, agent sélectif et puissant de l'hypocholestérolémie, attribuable à l'action du dextro-isomère de la thyroxine.

#### la réduction du cholestérol est en moyenne de 25 pour cent

l'abaissement moyen du niveau de cholestérol sérique atteint 25 pour cent, les taux de réduction individuels variant de 16,9 à 75 pour cent.<sup>16</sup>

#### ample marge de sécurité

possède une marge de sécurité ample, lorsqu'il est utilisé conformément aux doses recommandées.

#### contre-indications

ne doit pas être administré aux malades souffrant d'infarctus aigu du myocarde, de fibrillation auriculaire ou d'angine de poitrine réfractaire.

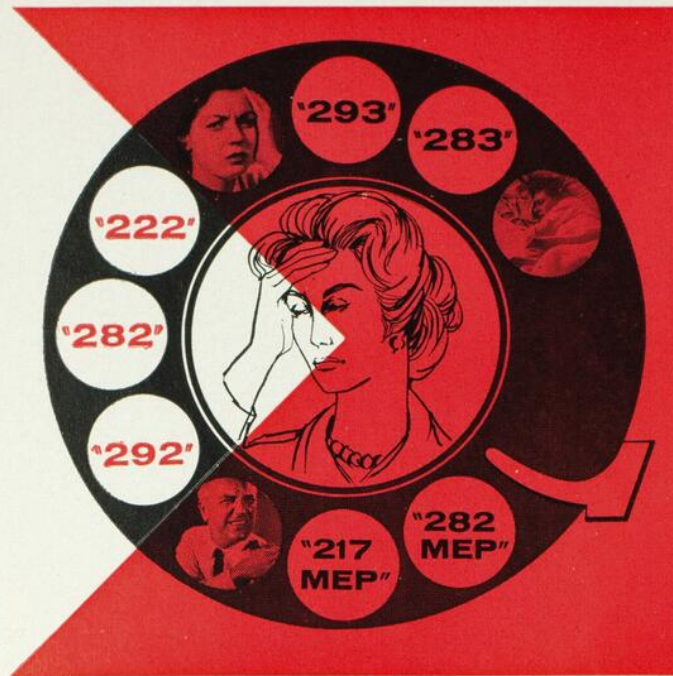
#### présentation

disponible en boîtes de 30 comprimés blancs, sécables, de 4 mg.

#### RÉFÉRENCES

1. Dawber, T. K., Moore, F. E. et Mann, G. V.: Am. J. Pub. Health 47:4 (avril) 1957.
2. Van Itallie, T. B. et Felch, W. C.: New England J. Med. 263:1243 (15 déc.) 1960.
3. Recherches cliniques sur CHOLOXIN, documentation des Laboratoires Baxter, division médicale.
4. Cohen, B. M. et Bindelglass, I. L.: communication personnelle.
5. Hoobler, S., Colwell, C. et Beierwaltes, W. H.: Sodium D-Thyroxine Symposium, Chicago, 1959, p. 43.
6. Boyd, G. S. et Oliver, M. F.: Brit. M. Bull. 16:138, 1960.
7. Boyd, G. S. et Oliver, M. F.: J. Endocrinol. 21:33, 1960.
8. Starr, P., Roen, P., Freibrun, J. L. et Schleissner, L. A.: A.M.A. Arch. Int. Med. 105:530, 1960.
9. Best, M. M. et Duncan, C. H.: (à être publié dans Circulation).
10. Starr, P.: Clinical Pharmacology & Therapeutics 1:716, 1960.
11. Cohen, B. M. et Bindelglass, I. L.: Clinical Med. 7:1781, 1960.
12. Best, M. M. et Duncan, C. H.: Clinical Med. Research 8:81, 1960.
13. Owen, W. R.: Scientific Exhibit, The Clinical Meeting, Am. Med. Assn., Washington, D.C. (28 nov.-1 déc.) 1960.
14. Jones, R. J.: Sodium D-Thyroxine Symposium, Chicago, 1959, p. 71.
15. Oliver, M. F. et Boyd, G. S.: The Lancet 1:783 (15 avril) 1961.
16. Anonyme: S. Dakota Med. & Pharmacy J. 14:207 (mai) 1961.

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LTD., Alliston, Ontario.



## NUMÉROS ESSENTIELS POUR LE CONTRÔLE SPÉCIFIQUE DES DOULEURS

La codéine, combinée à l'acide acétylsalicylique, à la phénacétine et à la caféine, conserve la faveur générale pour le soulagement des douleurs. En variant la quantité de codéine de cette combinaison, on peut commodément ajuster la posologie aux besoins individuels et aux circonstances particulières.

COMPRIMÉ "222" (blanc)	} Acide acétyl-salicylique .. 3½ gr.
Phosphate de codéine ... ⅛ gr.	
COMPRIMÉ "282" (jaune)	
Phosphate de codéine ... ¼ gr.	COMPRIMÉ "282 MEP"
COMPRIMÉ "292" (rose)	} Citrate de caféine ... ½ gr.
Phosphate de codéine ... ½ gr.	

et quand la codéine n'est pas requise

### COMPRIMÉ "217"

la formule synergique qui est la base de tous les produits analgésiques Frosst.

Posologie: Un ou deux comprimés au besoin.

Prescription de narcotique permise par téléphone.

Comme question pratique, on se demande: Quel serait le meilleur moyen de combattre chez la femme la passion de l'alcool. Les mesures de rigueur, l'emprisonnement, etc., n'ont donné aucun bon résultat. C'est dans un hôpital que doivent être internées ces malheureuses; elles sont malades plus encore que coupables. Que l'autorité civile, saisie de ces cas, les confie aux soins de la profession médicale, et l'on pourra peut-être constater d'étonnants résultats.

Le Séminaire de St-Sulpice vient de faire don à la Succursale de l'Université Laval de Montréal, d'un spacieux terrain sis sur la rue St-Denis et valant environ trente mille dollars, ainsi que d'une somme de soixante-quatorze mille dollars, le tout à être affecté exclusivement à l'usage des facultés de médecine et de droit. Sous le plus court délai des bâtisses vont être érigées, aussi spacieuses que possible, de façon à ce que la Faculté de médecine y installe commodément ses salles de cours, ses musées, laboratoires, bibliothèques, etc.

L'importance de ce don généreux n'échappera à personne. Tous y verront la sanction véritablement pratique d'une union à laquelle le Séminaire a travaillé dans toutes les limites du possible. Pour notre part, nous nous permettons d'espérer que le don du Séminaire ne sera que le prélude d'autres secours qui permettront à la succursale de l'Université de s'asseoir sur des bases véritablement solides, et de prendre rang près de sa sœur du McGill.

### LA CASTRATION... AVANT LE MARIAGE ET LES LAPAROTOMISTES ANGLAIS

— Nous empruntons à *The Medical Press* l'histoire suivante:

Le tribunal de Birmingham s'est occupé d'une affaire très curieuse.

Un médecin anglais, le docteur Malins, avait fait une laparotomie exploratrice chez une jeune fille souffrant des ovaires, et comme il n'avait rien trouvé d'anormal, il avait laissé les ovaires en place. L'année suivante, la malade souffrant toujours, s'adressa au célèbre Lawson-Tait, qui, ayant ouvert le ventre, constata que l'ovaire gauche était absent, et par suite ne put enlever que le droit. La malade porta une plainte contre le docteur Malins, l'accusant de lui avoir enlevé un ovaire sans son consentement; le docteur Lawson-Tait appuyait l'accusation. Le docteur Malins affirmait qu'il n'avait rien extirpé. La situation était embarrassante: Salomon aurait vraisemblablement proposé de recouper en deux le ventre litigieux; mais les juges, qui n'étaient point Salomon, étaient fort perplexes. Sur ces entrefaits, la jeune personne, qui s'était mariée, devint enceinte, à la grande satisfaction du docteur Malins, à la grande confusion du docteur Lawson-Tait. L'histoire ne dit pas si ce dernier a promis de se montrer plus réservé une autre fois.



## NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

### COMPRIMÉS CÉFRACYCLINE

Chaque comprimé quadrisécable renferme 250 mgr. de chlorhydrate de tétracycline tamponné.

Traitement des infections causées par les micro-organismes sensibles à la tétracycline.

Adultes: un comprimé quatre fois par jour. Cette posologie peut être légèrement dépassée dans des circonstances particulières.

Enfants: 8 mgr. par livre de poids, par jour et répartis en doses fractionnées. (*Charles E. Frosst & Co.*)

### SUSPENSION CÉFRACYCLINE

Chaque cuillerée à thé (5 cc.) de suspension renferme de la tétracycline tamponnée équivalant à 125 mgr. de chlorhydrate de tétracycline.

Traitement des infections causées par les micro-organismes sensibles à la tétracycline.

Adultes: deux cuillerées à thé quatre fois par jour. Cette posologie peut être légèrement dépassée dans des circonstances particulières.

Enfants: 8 mgr. par livre de poids par jour et répartis en doses fractionnées. (*Charles E. Frosst & Co.*)



## NOUVEAUX NUMÉROS POUR LE SOULAGEMENT DES DOULEURS ASSOCIÉES À LA TENSION NERVEUSE

Ces produits Frosst vous permettent de prescrire les formules analgésiques "217" sûres et synergiques, *plus* le méprobamate qui soulage la tension nerveuse—à la dose habituelle des "217"—sans excéder la *dose sûre* du méprobamate.

Les bienfaits de la codéine sont ajoutés au "282 MEP" pour soulager les douleurs en présence d'anxiété et/ou de spasme musculaire.

### Pr COMPRIMÉ "217 MEP"

Acide acétylsalicylique. 200 mg.	} PLUS Méprobamate.. 200 mg.
Phénacétine ..... 150 mg.	
Citrate de caféine .... 30 mg.	

### Pr COMPRIMÉ "282 MEP"

Acide acétylsalicylique. 200 mg.	} PLUS	Phosphate
Phénacétine ..... 150 mg.		de codéine ... 15 mg.
Citrate de caféine ... 30 mg.		Méprobamate.. 200 mg.

Posologie: "217 MEP" et "282 MEP"—Un ou deux comprimés toutes les quatre à six heures selon le besoin.

Flacons de 12 et 100 comprimés

Pr Prescription permise par téléphone.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ  
 **Charles E. Frosst & Co.**  
 MONTRÉAL CANADA  
 Maison entièrement canadienne · Fondée en 1899

**STEROÏDES**

*(The letters of 'STEROÏDES' are filled with calendar grids for January, February, and March 1961. The 'Ï' has two dots above it.)*

**À LONG**

*(The letters of 'À LONG' are filled with calendar grids for June and July 1961. The 'À' has a circumflex accent above it.)*



THÉRAPIE

TERMES

La stéroïdothérapie à long terme est souvent restreinte ou réduite à cause des effets secondaires stéroïdiques. L'ARISTOCORT fournit au malade une activité glucocorticoïde intense, mais il est rare qu'il dérange son équilibre minéral ou stimule son appétit, sa tension artérielle ou son psychisme.

Avertissements: Bien que les effets secondaires soient considérablement diminués avec l'ARISTOCORT, il faut observer les contre-indications formelles de la stéroïdothérapie, telles que la tuberculose évolutive et les infections virales. Dans le traitement à long terme il faut éviter la discontinuation soudaine de la médication.

**Aristocort\***

*Stéroïde plus sûr à Long Terme*

Triamcinolone Lederle

\* Marque Déposée



CYANAMID OF CANADA LIMITED Montreal

# nouveauté!

# Robanul<sup>Pr</sup>

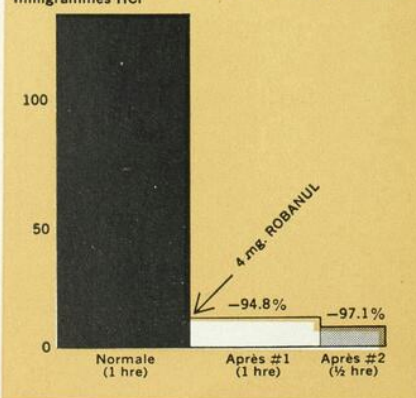
glycopyrrolate\*, Robins

le premier anticholinergique  
à noyau rigide et en voie  
de devenir le "médicament de choix"  
dans l'ulcère duodénal

A. H. Robins Company of Canada est heureuse de présenter **Robanul**, le nouvel agent anticholinergique de synthèse de valeur incontestable. Les résultats des études pharmacologiques, effectuées sur l'animal et sur l'homme, ont révélé un champ d'action que les anticholinergiques n'avaient pas laissé soupçonner jusqu'ici. En clinique, les deux produits, **Robanul** et **Robanul-PH** (avec phénobarbital) ont démontré qu'ils pouvaient assurer en 90 minutes... puis maintenir pendant 6 à 10 heures — des conditions presque parfaites de cicatrisation qui, du point de vue pharmacologique, conduisent à un soulagement rapide des douleurs ulcéreuses et à la guérison de vos patients.

**diminue à la fois le volume et la concentration de l'acidité:** Les partisans de l'aphorisme

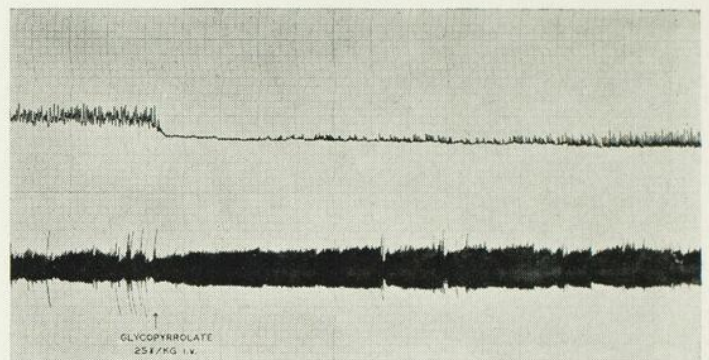
**EFFET DU ROBANUL SUR LA SÉCRÉTION GASTRIQUE**  
milligrammes HCl



"pas d'acide, pas d'ulcère" noteront non sans plaisir qu'au cours d'études sur l'inhibition de l'acide<sup>1</sup> une dose de 4 mg de Robanul diminua le taux d'acidité des sécrétions gastriques de 94.8% en moins d'une heure. Le volume des sécrétions di-

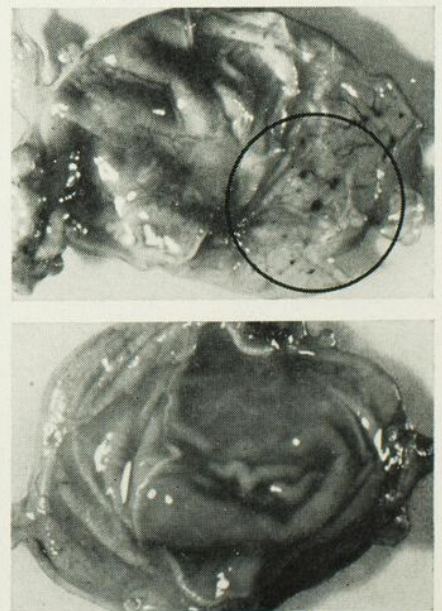
minua d'abord de 30% dans les premières 30 minutes puis de 30% dans les 15 minutes qui suivirent. Comparativement au bromure de propanthéline, Robanul fit preuve d'une efficacité quatre fois supérieure dans l'élimination de la sécrétion acide chez le rat présentant l'ulcère de Shay<sup>3</sup> (illustration de droite).

**antispasmodique efficace:** Robanul assura la suppression des spasmes avec une puissance et une sélectivité remarquables. Comme l'indique le graphique ci-dessus indiquant les résultats obtenus lors



d'une étude sur les chiens, Robanul diminue le tonus intestinal sans supprimer le péristaltisme. Chez l'homme, Robanul exerça le plus constant effet dans un domaine où ses bienfaits étaient le plus souhaitable. Au cours d'une étude clinique, la fréquence des contractions de l'antrum gastrique, qui étaient de 2 à 2½ par minute, diminua jusqu'à 0.4 par minute en moins de 40 minutes après l'administration de 2 mg. de Robanul.<sup>4</sup>

**action indiscutable contre l'ulcère:** Au cours de l'expérience de Shay sur le rat, Robanul démontra sans équivoque son effet contre l'ulcère. L'expérience de Shay consiste à provoquer un état ulcéreux en ligaturant le pylore du rat, laissant ainsi s'accumuler le suc gastrique pendant 17 heures. On peut comparer l'animal témoin (ci-dessus) qui n'a pas reçu de Robanul et qui présente de nombreux ulcères, avec l'animal (ci-dessous) traité par Robanul.



# Robanul<sup>Pr</sup>

le glycopyrrolate, Robins

**joue un rôle primordial dans  
le traitement de l'ulcère: il supprime  
la douleur et amorce la guérison**

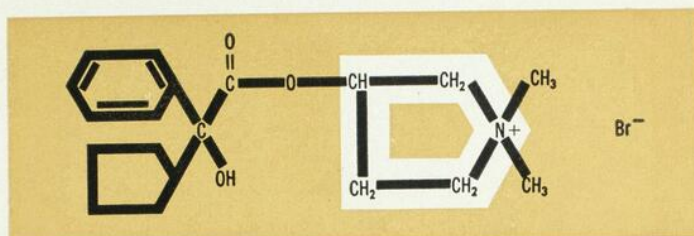
Quoique les données pharmacologiques soient impressionnantes, les résultats cliniques constituent en définitive la preuve de la supériorité du Robanul. Voici un résumé des résultats consignés par 42 investigateurs sur 1009 sujets traités par Robanul: Dans l'ulcère duodénal, 321 malades sur 391 ont obtenu des résultats bons ou excellents. Dans l'ulcère de l'estomac, on a pu observer des résultats bons ou excellents chez 38 sur 42. Dans l'ensemble, 92% des sujets souffrant d'ulcère gastrique — indication par excellence du Robanul — réagirent de façon positive au traitement.

## **dans les autres troubles gastro-intestinaux:**

Robanul et Robanul-PH se révélèrent aussi efficaces. Des résultats excellents ou bons ont été notés dans 68 cas de gastrite sur 80, dans 17 cas de duodénite sur 24, dans 26 cas de cholécystite sur 33, dans 78 cas de spasme du côlon sur 92, dans 49 cas de colite sur 63, dans 14 cas de diarrhée sur 14. Ces cas représentent une partie seulement des affections gastro-intestinales où le traitement par Robanul et par Robanul-PH s'est montré efficace.

Quant aux effets secondaires, Robanul prouve qu'un anticholinergique de synthèse peut fort bien donner des résultats pharmacologiques efficaces sans pour cela entraîner les effets désagréables inhérents aux anticholinergiques habituels. La xérostomie, modérée ou grave, n'a été observée que dans 3.3% des 1009 cas — ce qui constitue une proportion remarquable si l'on considère que plusieurs chercheurs ont employé des doses cinq fois plus élevées que les quantités recommandées.

Robanul seul ne saurait être substitué au traitement médical d'ensemble de l'ulcéreux, mais il n'est pas douteux que son action pharmacodynamique puisse contribuer à soulager rapidement la douleur et à diminuer l'acidité ainsi que la motilité, contribuant par le fait même à la guérison. Une phrase suffit à résumer la documentation sur Robanul; "Ulçère en voie de guérison, Robanul en action." En essayant Robanul vous pourrez constater que c'est le médicament de choix contre l'ulcère duodénal.



**dose moyenne:** 1 comprimé trois fois par jour (matin, début d'après-midi et soir). On peut prescrire, si nécessaire, un comprimé additionnel au coucher. Dans les cas graves, on peut administrer jusqu'à deux comprimés 3 fois par jour. Après disparition des symptômes, revenir à la posologie recommandée.

**principales indications:** ulcères du duodénum et de l'estomac. Robanul est également indiqué pour diminuer les sécrétions gastriques, enrayer l'hypermotilité et autres troubles où une thérapeutique anticholinergique peut être salutaire. On prescrit Robanul-PH dans les cas où se manifestent une tension psychique ou une anxiété légère.

**effets secondaires:** Trente-trois (3.3%) des 1009 patients qui reçurent quotidiennement de 1 à 32 mg de Robanul ou de Robanul-PH se plaignirent de xérostomie modérée ou prononcée mais, dans 11 cas seulement, la cure dut être interrompue par suite de ces effets. On dut suspendre le traitement chez 11 autres malades à cause des effets suivants: éruptions (3 cas), dysurie (2 cas), nausée (2 cas), goût amer, nervosité, constipation et crampes abdominales (1 cas dans chaque catégorie). Cinq patients seulement ressentirent des troubles visuels notables.

**contre-indications:** obstruction du col de la vessie, obstruction du pylore et ulcères causant une sténose et une rétention gastrique considérables. Comme dans tous traitements aux anticholinergiques, on devra prescrire avec prudence dans les cas de glaucome avéré ou soupçonné. Robanul-PH est contre-indiqué dans les cas d'hyper-sensibilité aux barbituriques.

**présentation:** Robanul — Chaque comprimé rose sécable renferme 1.0 mg de glycopyrrolate (flacons de 100 et de 500). Robanul-PH — Chaque comprimé bleu sécable renferme 1.0 mg de glycopyrrolate et 16.2 mg de phénobarbital (flacons de 100 et de 500).

**référence:** 1. Moeller, H. C., "Physiological Effect and Clinical Evaluation of Glycopyrrolate in Peptic Ulcer Disease," présenté au N. Y. Acad. Sc., 1961. 2. Rapports cliniques de 42 investigateurs, A. H. Robins Co. 3. Ward, J. W., et coll., Pharmacodynamic Evaluation of Glycopyrrolate in Animals, présenté au N. Y. Acad. Sc., octobre 1961. 4. Breidenbach, W. C., compte-rendu de recherches cliniques, mars 1961.

**bibliographie:** Abott, W. E., Kriegler, H., et Sourial, A.: "Physiological and Clinical Evaluation of Gastric Acidity with Glycopyrrolate, Histamine and Insulin Stimulation," présenté au N. Y. Acad. Sc., octobre 1961. Epstein, J. H.: "Clinical Observations with a New Anticholinergic, Glycopyrrolate," Amer. J. of Gastroenterol. (sous presse). Buffin, J., et Cayer, D.: "The Role of Anticholinergic Drugs in the Treatment of Peptic Ulcer Disease," présenté à N. Y. Acad. Sc., octobre 1961. Sun, David C. N.: "Comparative Pharmacological and Physiological Effects of Glycopyrrolate and Propenthexine," *ibid.* Young, R.: "Action of Glycopyrrolate on Gastro-intestinal Motility," *ibid.*

A. H. Robins Co. of Canada, Ltd.  
MONTRÉAL 9, QUÉBEC



# “melicone”

tout spécialement indiqué en flatulence

L'un des malaises les plus fréquemment observés par le médecin est la flatulence laquelle est causée principalement (70%) par l'aérophagie. Pour la première fois au Canada un médicament est mis à votre disposition, MELICONE, qui aidera à surmonter ce malaise dans 75% des cas.

**MELICONE** (marque de méthylpolysiloxane 40 mg.) est un comprimé contenant un silicone utilisé dans l'industrie alimentaire depuis plusieurs années. Cette substance est inerte et non-toxique. L'action de **MELICONE** consiste à diminuer la tension superficielle du liquide contenu dans le tube digestif et spécialement du mucus tout en éliminant la formation des petites bulles d'air difficiles à évacuer.

Nous vous invitons à faire l'essai de **MELICONE**.  
Des échantillons vous seront fournis sur demande.

Cordialement,  
ELLIOTT-MARION COMPAGNIE LTÉE

*L. C. Marion*  
L. C. Marion  
Président

**La posologie de** MELICONE est une comprimé aux repas et au coucher.

**Présentation:** Flacons de 100 comprimés blancs rainurés.  
(40 mg. chacun) \$2.90.

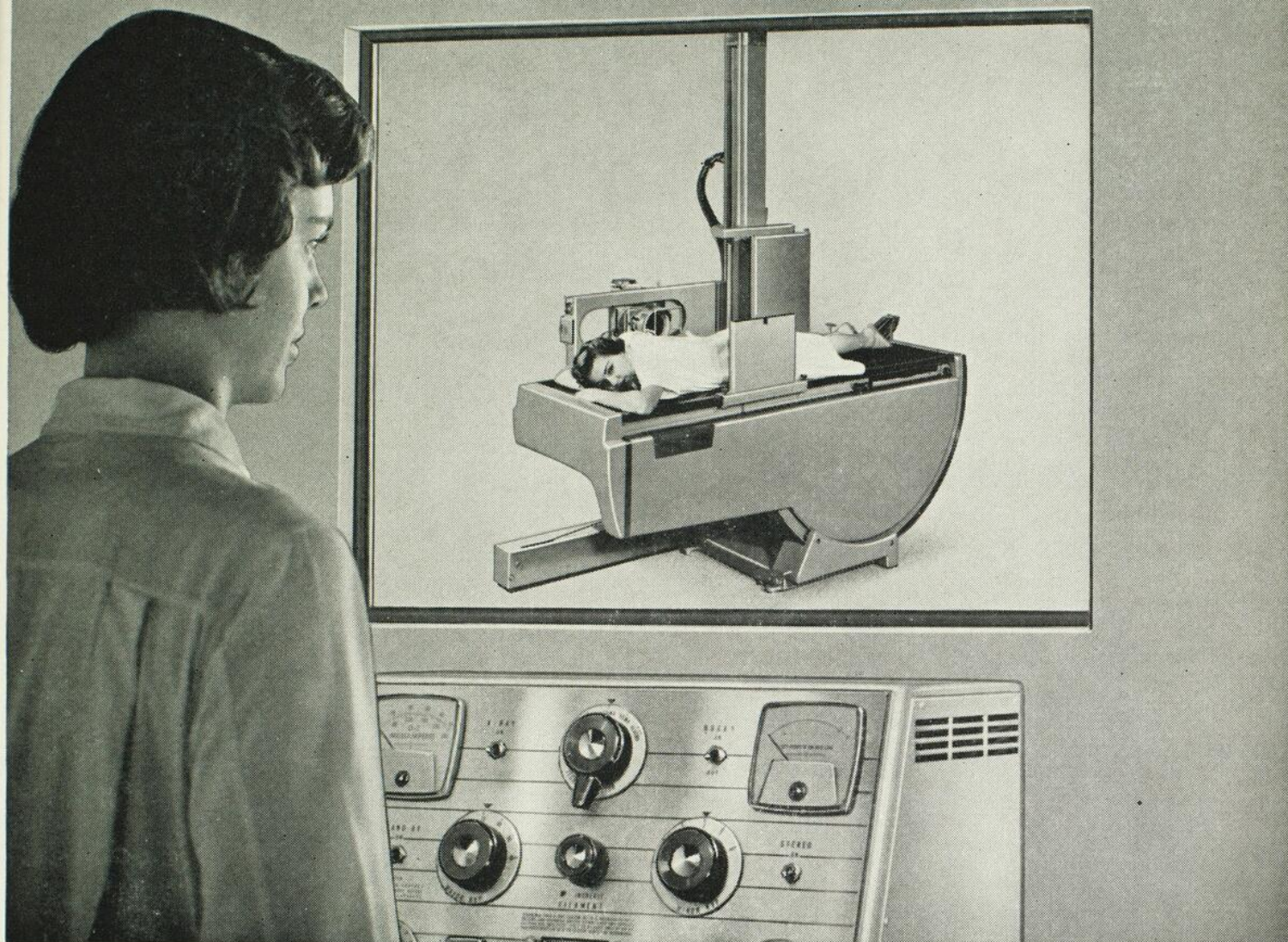
*Références:* American Practitioner and Digest of  
Treatment, janv. 1960.  
Journal American Medical  
Association, déc. 17, 1960.



ELLIOTT-MARION COMPAGNIE LTÉE.

5975, AVE MONKLAND, MONTREAL 28, CANADA

# POWERFUL DIFFERENCE



## chaque appareil "Patrician 200" vous assure une vitesse radiographique qui "arrête" tout mouvement

Avec l'appareil de diagnostic à rayons X "Patrician 200" G-E, vous pouvez réaliser une économie sans pour cela sacrifier le *pouvoir* nécessaire, ce qui est très important. En effet, seul un appareil à rayons X de puissant débit peut vous assurer une vitesse d'exposition suffisante pour éviter le problème bien connu des mouvements anatomiques qui brouillent l'image. L'équipement Patrician vous permet cela *et plus encore* dans chacun des détails de la radiographie et de la fluoroscopie. Par exemple: table à bascule de pleine taille humaine (81 pouces) ... tube de suspension indépendant ... écran fluoroscopique équilibré par contrepoids ou dispositif pour prendre le film sur place ... lampe de rayons X à lentille très sensible ... obturateur fluoroscopique

limitatif confinant la radiation à la surface de l'écran ... protection automatique contre la surcharge des lampes ...

**Informez-vous au sujet de la location:** Le plan Maxiservice G-E comprend l'équipement complet "Patrician 200", plus l'entretien, les pièces, les lampes, l'assurance, les taxes locales, le tout pour un modique paiement mensuel. Renseignez-vous auprès du représentant G-E de votre localité ou envoyez-nous le coupon ci-dessous.

*Le Progrès est le plus Important de nos Produits*

**GENERAL  ELECTRIC**

General Electric X-Ray Department  
Milwaukee 1, Wisconsin, Room FF-121

S.v.p. m'envoyer:

- le bulletin Patrician  
 le bulletin Maxiservice

NOM .....

ADRESSE .....

# ON ANNONCE

## DES BOURSES DE MÉDECINE

### par les Compagnies d'Assurance-Vie au Canada

Depuis 1949, les compagnies d'assurance-vie au Canada accordent un certain nombre de bourses dans le but de développer et d'accroître les programmes de recherche médicale, dans les diverses universités du Canada. Ces bourses sont octroyées par l'intermédiaire de la Commission Permanente de la Santé Publique de l'Association canadienne des Directeurs des Compagnies d'Assurance-Vie.

D'après le projet maintenant établi, il est prévu que des bourses d'un montant total de 60,000 dollars seront distribuées chaque année, et que chacune des douze facultés ou écoles de médecine du Canada n'aura droit qu'à une seule bourse. Cependant, si certaines facultés ou écoles de médecine n'étaient pas en mesure de présenter des candidats, ou soumettaient des demandes ne remplissant pas les conditions exigées par le Comité Médical Consultatif, il se pourrait qu'alors, une deuxième, ou même une troisième demande, provenant de la même faculté ou école, soit prise en considération.

#### *Qualifications*

Les candidats doivent posséder un doctorat en médecine, ou dans une des sciences de base de la médecine, ou l'équivalent. Ils devront manifester des aptitudes spéciales et un intérêt marqué pour la recherche ou l'enseignement, et être considérés par les autorités de leur institution, comme des candidats possibles pour l'enseignement ou la recherche dans une faculté de médecine. De plus, au cours de leur travail comme boursiers, ils devront, à un titre quelconque, être chargés d'enseignement ou participer à des recherches, dans l'école ou la faculté de médecine où ils séjourneront.

#### *Octrois*

Le montant de la bourse de médecine offerte par les Compagnies d'Assurance-Vie au Canada est de 5,000 dollars.

#### *Durée*

Les bourses sont octroyées sur une base annuelle, mais peuvent être renouvelées pour une période de deux ans, selon les rapports fournis sur la marche des travaux. Les bourses couvriront la période s'étendant du 1er juillet au 30 juin, chaque année (exception pourra être faite dans les cas spéciaux).

#### *Rapports*

Il sera exigé des rapports réguliers sur la marche des travaux entrepris. La longueur de ces rapports ne devra cependant pas dépasser deux pages, et les renseignements donnés devront être limités au travail subventionné. Tableaux détaillés, figures, photographies et manuscrits dactylographiés d'articles ne sont pas nécessaires.

#### *Demandes*

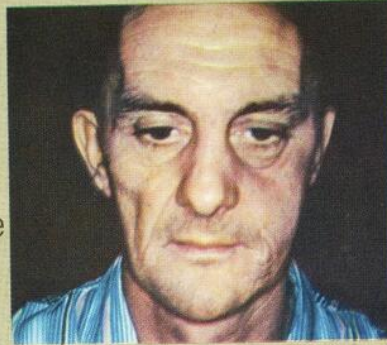
Des formules de demande et des renseignements sur les règles à suivre pour obtenir une bourse de médecine des Compagnies d'Assurance-Vie au Canada, peuvent être obtenus auprès des doyens des différentes facultés ou écoles de médecine. Les candidats devront soumettre leur demande au doyen qui, à son tour, les recommandera. Les demandes doivent nous parvenir au plus tard le 14 février, chaque année, et être adressées comme suit:

*Monsieur le Secrétaire  
Commission Permanente de la Santé Publique  
Association canadienne des Directeurs des Compagnies d'Assurance-Vie  
302 Bay Street, Toronto, Ont.*

**ASSOCIATION CANADIENNE DES DIRECTEURS  
DES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE**



2 jours  
après le  
traumatisme



**Hématome  
sévère**  
VARIDASE  
pendant 4 jours



Commencé  
traitement  
à la  
VARIDASE  
q. 2. h.



**Thrombo-phlébite**  
après 4 jours  
(malade ambulant)

## RENDEZ LA CONVALESCENCE CONFORTABLE — HÂTEZ LE RÉTABLISSEMENT

Un rétablissement "normal" ne suffit pas. Maintenant, en associant la VARIDASE à votre traitement, vous pouvez délivrer votre malade du stress et de la douleur d'un rétablissement "normal"— rendre la convalescence confortable, abrégé le cycle du rétablissement, et être récompensé par la reconnaissance de votre malade.

Dans le traitement des affections chroniques rebelles, la VARIDASE accélère le rétablissement. Dans les affections autolimitatives ordinaires, la VARIDASE facilite la convalescence et permet de reprendre plus rapidement une vie constructive. Cela peut avoir une importance considérable, même pour le malade atteint d'une affection "mineure".

Les Comprimés Buccaux de VARIDASE sont indiqués pour enrayer l'inflammation à la suite d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale, et dans le cas de lésions purulentes ou inflammatoires des tissus sous-cutanés ou profonds.

# VARIDASE\*

Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS  
**Buccaux**

\*MARQUE DÉPOSÉE

**Précautions:** La VARIDASE n'a aucun effet défavorable sur la coagulation du sang normal. Il faut user de prudence dans le cas de malades en traitement par les anticoagulants, ou dont le mécanisme coagulant est défectueux. En présence d'infection, les Comprimés Buccaux de VARIDASE devraient être associés aux antibiotiques.

**Dose:** Un comprimé buccal quatre fois par jour ordinairement pendant cinq jours. Pour faciliter l'absorption, le malade devrait retarder d'avaler sa salive.

**Présentation:** Chaque comprimé renferme 10,000 unités de Streptokinase, 2,500 unités de Streptodornase. Boîtes de 12 et de 100 Comprimés.



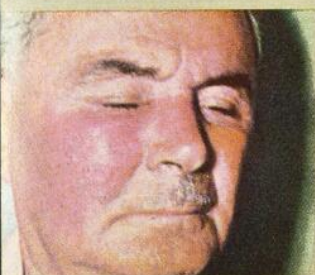
CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

# VARIDASE\*

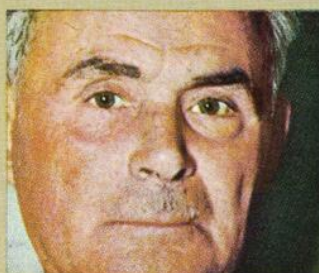
Streptokinase-Streptodornase Lederle

COMPRIMÉS  
**Buccaux**

POUR L'INFLAMMATION  
AIGÜE RÉSULTANT D'UNE  
INFECTION OU D'UN  
TRAUMATISME



Commencé  
traitement  
à la  
VARIDASE



**Cellulite**

VARIDASE pendant  
un jour et demi



remontant  
à 15 ans

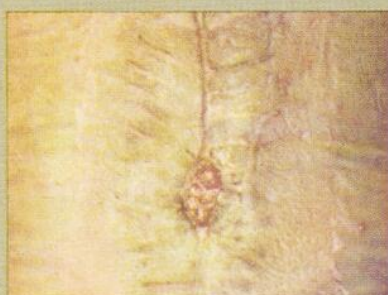


**Ulcère variqueux  
chronique**

après  
VARIDASE  
pendant 3 mois



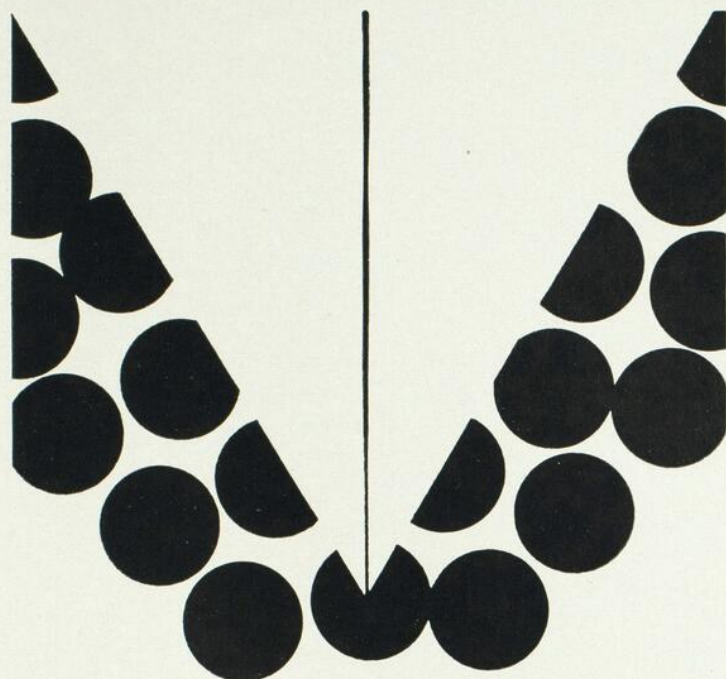
après  
3 semaines  
de traitement  
conventionnel



**Abcès de  
suture**

à la suite de  
la gastrectomie  
VARIDASE  
pendant 4 jours

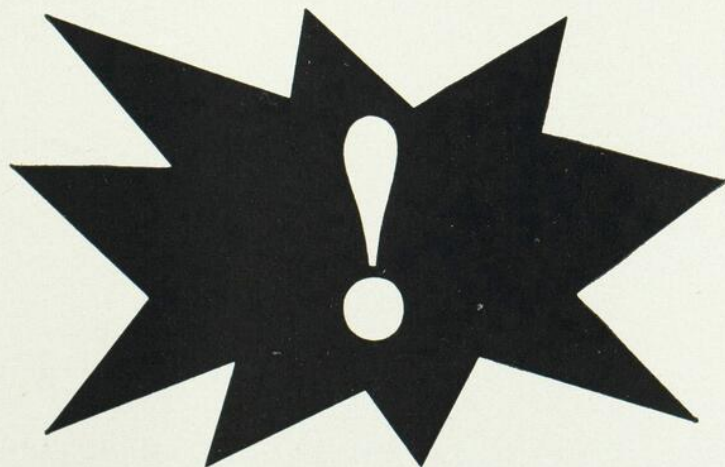
# GELBENINE



## BACTÉRICIDE DE TOUS LES STAPHYLOCOQUES RÉSISTANTS

- Indiquée dans les infections où le staphylocoque est l'agent étiologique probable.
- Plus efficace que tout autre antibiotique connu contre les staphylocoques résistants.
- Ne provoque pas de résistance croisée avec les autres antibiotiques.
- La résistance à la Celbenine ne risque pas de se produire.

## LA PREMIÈRE MÉTHICILLINE EFFICACE CONTRE LES STAPHYLOCOQUES RÉSISTANTS



# GELBENINE

AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE • MONTRÉAL  
selon accord avec Les Laboratoires de Recherche Beecham

## LES SPÉCIALISTES CERTIFIÉS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA SONT INVITÉS À LA RÉUNION ANNUELLE DE 1962 DU COLLÈGE

En 1959, le Collège, voulant assurer aux Associés et aux spécialistes certifiés des occasions plus nombreuses de s'instruire des choses de la médecine, s'est lancé dans un programme de réunions régionales d'ordre scientifique auxquelles les Associés et les spécialistes certifiés habitant la région en cause ont été invités à assister.

A la réunion annuelle de 1961 du Collège tenue à Ottawa, les spécialistes certifiés demeurant dans la région locale immédiate ont été invités à assister aux séances du programme scientifique.

Comme les locaux de réunion sont plus grands à Toronto, le Conseil du Collège a décidé d'inviter tous les spécialistes certifiés du Collège royal à assister aux séances scientifiques de la réunion annuelle de 1962 qui doit se tenir à l'hôtel Royal York de Toronto, du 18 au 20 janvier.

Les spécialistes certifiés qui désirent assister à la réunion doivent remplir la demande d'inscription ci-jointe et la retourner au Secrétaire, Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 74, avenue Stanley, Ottawa 2 (Ontario), et y joindre un chèque (ou mandat-poste) en paiement du droit d'inscription de \$15 fait à l'ordre du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

Le Secrétaire  
Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada  
74, avenue Stanley  
Ottawa 2 (Ontario)

Je désire m'inscrire aux Séances scientifiques de la réunion annuelle du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada qui aura lieu à l'hôtel Royal York de Toronto, les 18, 19 et 20 janvier 1962.

Je joins un chèque (mandat-poste) au montant de \$15 en paiement du droit d'inscription.

Nom du spécialiste certifié: .....

Adresse: .....

Nom de la spécialité: .....

*(s.v.p. écrire en lettres moulées)*



*Traitement  
symptomatique rapide  
des malaises de "la grippe"  
grâce aux*

**NOUVEAUX**  
COMPRIMÉS

**PERIACTIN-APC\***

(Chlorhydrate de cyproheptadine - acide acétylsalicylique - phénacétine - caféine)

L'histamine et la sérotonine étant souvent en cause dans le coryza, la rhinite et la céphalée, l'on a associé à la triade thérapeutique classique: acide acétylsalicylique, phénacétine et caféine, un puissant antagoniste tant de l'histamine que de la sérotonine: PERIACTIN\* (chlorhydrate de cyproheptadine), afin de s'attaquer sur un triple front aux malaises et aux symptômes de "la grippe" et du "rhume banal".

L'association de divers ingrédients exerçant une action spécifique sur des symptômes particuliers fait de PERIACTIN-APC\* un médicament des plus utiles aux victimes des multiples malaises de "la grippe" ou du "rhume banal". Les malaise, fièvre, céphalée, sinusite, laryngite, pharyngite, myalgies, coryza, rhinorrhée et conjonctivite, qui comptent parmi les symptômes les plus sensibles à l'action efficace et lénitive de PERIACTIN-APC, sont en effet vite soulagés.

Les comprimés PERIACTIN-APC sont présentés en flacons de 100. Chaque comprimé renferme 2 mg. de chlorhydrate de cyproheptadine, 177 mg. d'acide acétylsalicylique, 118 mg. de phénacétine et 30 mg. de caféine.

Documentation complémentaire fournie sur demande aux médecins.

\*Marques de commerce



MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED

MONTRÉAL 30, QUÉ.

*Prophylaxie et soulagement de la* **CONSTIPATION**  
**KONDRÉMUL**

ÉMULSION DE CHONDRUS ET D'HUILE MINÉRALE



Le Kondrémul est une émulsion d'huile minérale exceptionnelle à cause de sa grande stabilité, de l'uniformité de ses globules d'huile et de leur faible volume. Il s'infiltré dans les matières fécales, les amollit, et permet le passage, sans efforts, d'une selle molle et bien formée. Le suintement anal, toujours embarrassant, est extrêmement rare.

Le Kondrémul est agréablement aromatisé; non oléagineux, il se verse facilement du flacon et se

mêle intimement à l'eau, au lait ou au chocolat, chauds ou froids. Etant libre de sucre et d'alcool, il peut être pris par les diabétiques.

**POSOLOGIE.** Adultes: Une cuillerée à soupe soir et matin; diminuer la dose à une cuillerée à soupe le soir à mesure que l'intestin se régularise. Enfants: D'une à deux cuillerées à thé le soir suffit généralement.

"KONDRÉMUL" — étiquette bleue

"KONDRÉMUL" au CASCARA —  
étiquette verte

"KONDRÉMUL" à la PHÉNOLPHTALÉINE —  
étiquette rouge



Charles E. Frosst & Co.  
MONTRÉAL CANADA

# BETAGENE

**FACTEURS DE LA VITAMINE "B"  
AVEC ASSOCIATIONS DIVERSES**

*elixirs:* BETAGENE

BETAGENE FER ET FOIE

BETAGENE ET B<sub>12</sub>

*comprimés:* BETAGENE ET FOIE

BETAGENE FER ET FOIE

BETAGENE SUPER

*injectables:* BETAGENE (10cc.)

BETAGENE ET B<sub>12</sub> (10cc.)

**CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL**

## “À l'enseigne de l'ange”

C'EST EN 1668 que Frederic Jacob Merck suspendit son enseigne: “La pharmacie à l'enseigne de l'ange”. Depuis ce temps-là, le nom de Merck s'est répandu aux Etats-Unis et au Canada, et finalement dans le monde entier, où il occupe maintenant une place importante dans le domaine des produits chimiques et pharmaceutiques.

Cette année, Merck célèbre le 50e anniversaire de son établissement au Canada où, durant ces cinquante années, Merck a produit et distribué une vaste gamme de produits d'usage professionnel et industriel.

La fusion récente des services de recherche et de fabrication de Merck et d'une autre compagnie importante a donné naissance à la société MERCK SHARP & DOHME OF CANADA LIMITED.

Nous espérons que durant notre second demi-siècle d'existence, il nous sera possible de continuer à servir, au Canada, les professions médicale, pharmaceutique et vétérinaire ainsi que les meuneries, les boulangeries, l'industrie de la transformation des denrées et les salaisons.



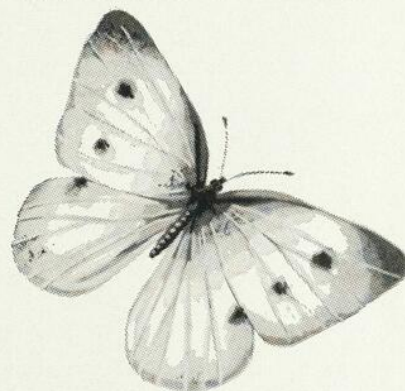
**MERCK SHARP & DOHME**  
OF CANADA LIMITED  
MONTRÉAL 30, QUÉ.



**DÉTENTE AISÉE**



**SOMMEIL RÉPARATEUR**



**RÉVEIL ALLÈGRE**

**PLEXONAL FORTE**

VOUS FAIT DORMIR  
SUR VOS DEUX OREILLES

Plexonal Forte agit rapidement et uniformément sans provoquer d'effets secondaires immédiats ou tardifs. Il peut être employé quotidiennement pendant longtemps sans que son efficacité ne s'atténue.

**Indication:** Toute surexcitation du système central sauf lorsqu'il s'agit soit d'un état aigu justifiant un traitement par voie parentérale, soit d'un état psychotique nécessitant du Mellaril.

**Posologie habituelle:**  
1 comprimé au coucher.

Conditionnement:  
Dragées: flacons de 50, 250 et 1,000  
Suppositoires: boîtes de 6 et de 30



SANDOZ PHARMACEUTICALS

SANDOZ

DORVAL, P.Q.

# ancatropine gel

Le médicament  
complet du  
syndrome de  
l'ulcère peptique  
présenté sous  
forme de suspension  
colloïdale unique

Aucun danger de surdosage barbiturique—  
même en cas de traitement prolongé

La suspension colloïdale unique de l'Ancatropine Gel empêche tout dépôt ou agglomération et élimine le danger de concentration sédatrice dans les dernières doses. Une simple secousse à la bouteille répartit uniformément les ingrédients dans la suspension et assure un dosage précis et efficace de la préparation jusqu'à la dernière cuillerée. L'Ancatropine Gel est le médicament antiacide et antispasmodique complet, ne produisant qu'un minimum d'effets secondaires. Contenant un léger sédatif, non cumulatif, il peut être administré fréquemment en toute sécurité.

Présentation: En flacons de 12 onces.

Eprouvé pendant plus de 10 ans de pratique  
quotidienne. Documentation sur demande.

Flacon de 4 onces disponible pour observation clinique sur  
réception d'une commande signée (cédule G).



# comprimés ancagel

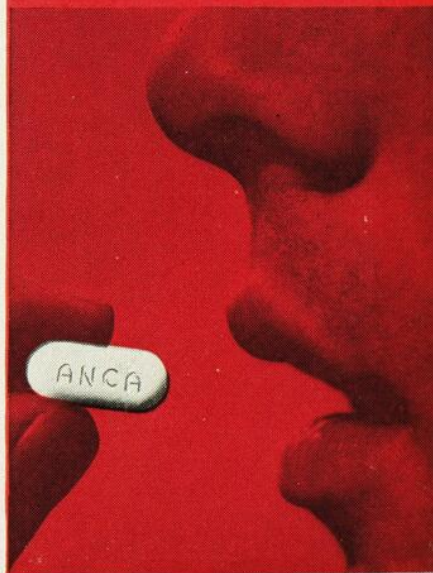
Commodes... efficaces...  
le médicament complet du syndrome  
de l'ulcère peptique, présenté  
sous forme de comprimés.

## PAS DE RÉPUGNANCE GUSTATIVE

Les comprimés Ancagel sont d'un goût  
pratiquement neutre—ni amer, ni parti-  
culièrement doux. L'absence d'arrière  
goût désagréable, susceptible de cau-  
ser une répugnance gustative, facilite  
le traitement prolongé.

- Neutralisation supérieure — résultant  
du procédé spécial de codessication  
employé pour la fabrication.
- Action antispasmodique spécifique  
et sûre.

- Légère sédation non cumulative.
  - Non constipants, non laxatifs.
- Présentation: En flacons de 100 comprimés.  
Résultats d'observations cliniques  
sur demande.



**ANCA Laboratories** Toronto, Ont. • Une division de THE WANDER COMPANY of Canada, Ltd.

Produits connexes pour le traitement complet de l'hyperacidité et de l'ulcère

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories Ltd. (Primitabs) .....	42	Frosst, Chas. E. & Co. (Alamino) .....	4
Ames Co. of Canada Ltd. (Decholin-BB) .....	18	Frosst, Chas. E. & Co. (Trulifa) .....	9
Ames Co. of Canada Ltd. (Combustix) .....	24	Frosst, Chas. E. & Co. (Thyrototoxicose) .....	25
Ames Co. of Canada Ltd. (Albustix) .....	30	Frosst, Chas. E. & Co. (Cérutin) .....	39
Anca Laboratories (Ancagel) .....	92	Frosst, Chas. E. & Co. (Zéphadon) .....	43
Arlington-Funk Laboratories (DBI-TD) .....	94	Frosst, Chas. E. & Co. (Falapen) .....	49
Association Canadienne des Directeurs des Compagnies d'Assurance-Vie (Bourses de médecine) .....	84	Frosst, Chas. E. & Co. (Danilone) .....	51
Astra Pharmaceuticals (Canada) Ltd. (Xylocaine) .....	14	Frosst, Chas. E. & Co. (Tutamate) .....	73
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Fluothane) .....	27 - 28	Frosst, Chas. E. & Co. (Comprimés 222, 282, 292, 217) .....	76
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée (Celbenine) .....	87	Frosst, Chas. E. & Co. (Comprimés 217, 282) .....	77
Baxter Laboratories of Canada Ltd. (Choloxin) .....	74 - 75	Frosst, Chas. E. & Co. (Kondremul) .....	90
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Prostaphline) 53 - 54 - 55 - 56		General Electric (Patrician 200) .....	83
Canada Drug Limited (Betagène) .....	90	Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) .....	2
Canada Drug Limited (Paveral) .....	93	Herdt & Charton, Inc. (KI-N) .....	59
Ciba Limitée (SER-AP-ES) .....	Deuxième page de la couv.	Herdt & Charton, Inc. (Marro-Dausse) .....	61
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Réunion annuelle 1962) .....	88	Herdt & Charton, Inc. (Algésal) .....	63
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens) .....	93	Hoechst Pharmaceuticals of Canada Ltd. (Reverin- (Orinase) .....	65 - 66
Cyanamid of Canada Limited (Surgilope SP.) .....	46 - 47	Hoffman-La Roche Limitée (Romilar) .....	20
Eddé, J., Limitée (Neurinase) .....	32	Hoffmann-La Roche Limitée (Librax) .....	40 - 41
Elliott-Marion Compagnie Ltée (Mélicone) .....	82	Horner, Frank W., Limited (Infantol) .....	17
		Institut Albert-Prévost (Hôpital psychiatrique) .....	6
		Lederle Laboratories (Aristoderm) .....	1
		Lederle Laboratories (Pathibamate) .....	11
		Lederle Laboratories (Achrocidin) .....	21
		Lederle Laboratories (Géviral) .....	31
		Lederle Laboratories (Trépidone) .....	33
		Lederle Laboratories (Aristocort) .....	78 - 79
		Lederle Laboratories (Varidase) .....	85 - 86
		Lederle Laboratories (Declomycine) .....	4ième page de la couv.
		Lilly, Eli, and Company (Canada) Ltd. (Haldrone) .....	16
		Lilly, Eli, & Company (Canada) Ltd. (Ferrocébrin) .....	36
		Lilly, Eli, & Company (Canada) Ltd. (Atasorb) .....	38
		Merck, Sharp & Dohme (Décadron) .....	3
		Merck, Sharp & Dohme (Périactin-APC) .....	89
		Merck, Sharp & Dohme (50ième Anniversaire) .....	91
		Ministère de la Santé du Québec (Au temps des Fêtes) .....	50
		Parke, Davis & Co. Ltd. (Buscopan) .....	34 - 35
		Pfizer Canada Ltd. (Antivert) .....	19
		Pfizer Canada Ltd. (Terramycine) .....	29
		Pitman-Moore of Canada, Ltd. (Novahistex) .....	69
		Poulenc Limitée (Flagyl) .....	7 - 8
		Robins Co. of Canada Ltd., A. M. (Donnazyme) .....	12
		Robins Co. of Canada Ltd., A. M. (Robanul) .....	80 - 81
		Rougier Inc. (Prosédyl) .....	Première page de la couv.
		Rougier Inc. (Rougoxin) .....	26
		Roussel (Canada) Ltée (Aménorone) .....	67
		Sandoz Pharmaceuticals (Plexonal Forte) .....	91
		Schering Corporation Ltd. (Célestone) .....	15
		Searle Co. of Canada Ltd., G. D. (Lomotil) .....	22
		Sherman Laboratories (Protamide) .....	44
		Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Stélazine) .....	71
		Smith & Nephew Limited (Gypsona) .....	48
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Wyanoids) .....	5
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Bicillin) .....	13
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (B-Plex) .....	23
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Oxaine M) .....	37
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Pen-Vee) .....	45
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Equanil) .....	52
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Zactirin) .....	3è page couv.

### AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

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

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

### Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

74, avenue Stanley, Ottawa 2, Ontario

# PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

## • • COQUELUCHE • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complications.

*Littérature sur demande.*

**CANADA DRUG LTÉE LTD., MONTRÉAL**





voici le premier  
et l'unique  
hypoglycémiant  
par  
voie buccale

**À DÉSINTÉGRATION  
RÉGLÉE**

**DBI-TD**  
en CAPSULES

la réduction du sucre  
sanguin se maintient  
pendant 12 à 14 heures  
chez les cas

**de diabète  
stable de l'adulte  
d'échecs des sulfonlurées  
de diabète labile**

■ pratique: une dose quotidienne—deux au plus—chez la plupart des diabétiques ■ diminution progressive et sans à-coups du taux de la glycémie ■ bonne tolérance...effets secondaires minimes sur l'appareil digestif ■ échecs secondaires presque absents chez le diabétique adulte stable ■ aucune toxicité hépatique ou autre atteinte clinique après une administration quotidienne allant jusqu'à 2½ ans (près de cinq ans avec celle des comprimés de DBI)

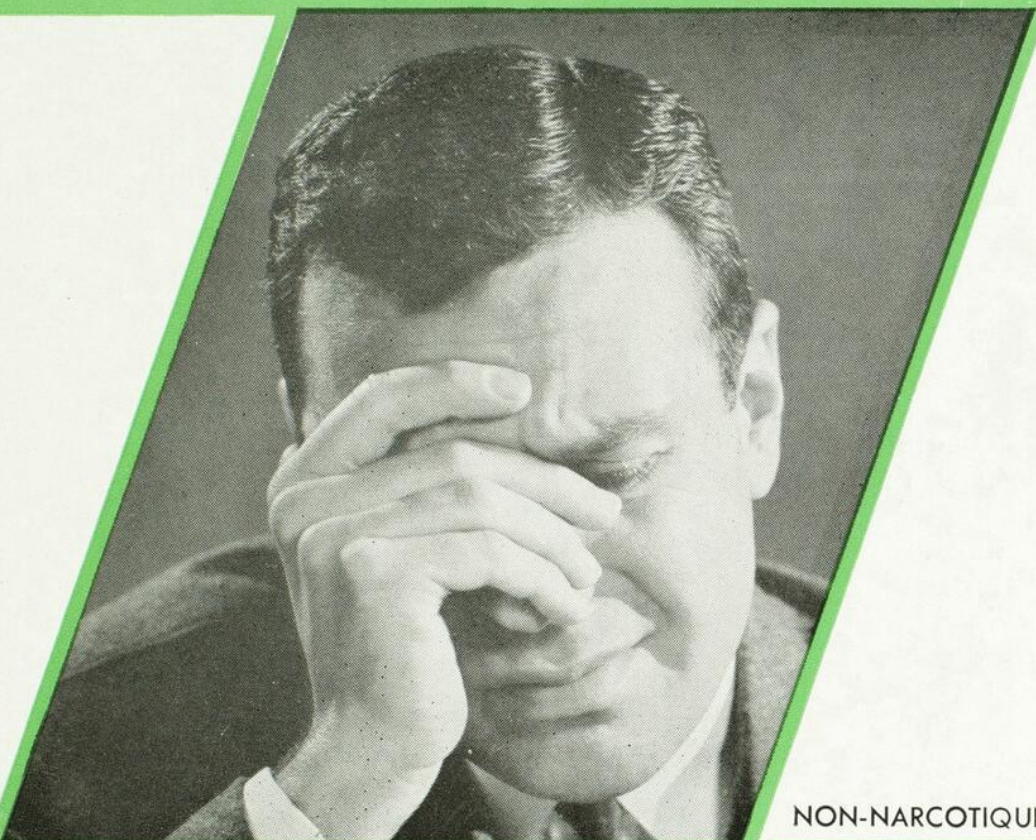
Le DBI-TD est le traitement interne presque idéal pour le plus grand nombre de cas de diabète sucré. Cette présentation nouvelle du DBI, universellement prescrit, apparaît sous la forme de capsules à désintégration réglée. Cette capsule renferme une combinaison pharmaceutique conçue de telle manière que chaque dose réduise le taux du sucre sanguin pendant 12 à 14 heures par la libération et l'absorption progressives au niveau du tube digestif.

Le DBI-TD (chlorhydrate de phenformine-de HCl de N<sup>1</sup>-β-phénéthylbiguanide) est offert en flacons de 30, 100 et 500 capsules de 50 mg, à désintégration réglée. En outre, le DBI est disponible en flacons de 100 et 500 comprimés de 25 mg.

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

Casier postal 779, Montréal 3, Québec.

*pour votre malade*  
**qui SOUFFRE...**



NON-NARCOTIQUE

# Zactirin\*

Citrate d'éthoheptazine et acide acétylsalicylique

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



POSOLOGIE : De 1 à 2 comprimés, 3 à 4 fois par jour, selon l'intensité de la douleur

PRESENTATION : En flacons de 100 et de 1000 comprimés



Marque déposée  
WALKERVILLE, ONTARIO

\*Marque déposée

**DIAGNOSTIC: Amygdalite Aiguë**  
**ÉTIOLOGIE: Bactérienne**  
(ordinairement streptococcique)



**BESOINS THÉRAPEUTIQUES:** Attaque prompt et énergique contre les germes étiologiques, plus une thérapeutique palliative - repos au lit - attention à l'apport de liquides . . .

**ANTIBIOTIQUE DE CHOIX: DÉCLOMYCINE\*** parce qu'elle fournit des taux d'activité élevés soutenus, même lorsque le besoin de repos fait retarder une dose de temps à autre.

\*DÉMÉTHYLCHLORTÉTRACYCLINE



CYANAMID OF CANADA LIMITED

YAVIER