

Coeditors

Corédacteurs

JONATHAN L. MEAKINS, MD
Montreal: tel 514 843-1504
fax 514 843-1503

e-mail jmeakins@is.rvh.mcgill.ca
JAMES P. WADDELL, MD
Toronto: tel 416 864-5048
fax 416 359-1601

Associate Editor

Rédactrice associée

GILLIAN PANCIROV
Ottawa

Book Review Editor

Rédacteur, critiques de livres

RAY CHU-JENG CHIU, MD
Montreal

Editorial Board

Conseil de rédaction

GILLES BEAUCHAMP, MD

Montreal

ROBERT S. BELL, MD

Toronto

RAY CHU-JENG CHIU, MD

Montreal

LUC DESCHÊNES, MD

Québec

KENNETH A. HARRIS, MD

London

CHRISTOPHER HEUGHAN, MB BChir

St. John's

RÉAL LAPOINTE, MD

Montreal

JOHN K. MACFARLANE, MD

Vancouver

ERNEST W. RAMSEY, MD

Winnipeg

CECIL H. RORABECK, MD

London

NORMAN S. SCHACHAR, MD

Calgary

JULIUS L. STOLLER, MD

Vancouver

GARTH L. WARNOCK, MD

Edmonton

Section Editors

Rédacteurs des sections

Radiology for the Surgeon

Chirurgie et radiologie

LAWRENCE A. STEIN, MD

Montreal

Surgical Images

Imagerie chirurgicale

DAVID P. GIRVAN, MD

London

NIS SCHMIDT, MD

Vancouver

Editors' View

Mot de la rédaction

SURGICAL BIOLOGY FOR THE CLINICIAN

The February 1997 Editors' View, written by my Coeditor Dr. Meakins, listed a number of initiatives that we are planning in order to improve the Journal, both in content and relevance. Several new features were mentioned, including improved self-assessment sections, the surgical images section and, a new initiative for us, a "residents' corner" section. A further new feature that I believe is of great significance is the institution in this issue (pages 169 to 174) of a regular section on surgical biology for the clinician.

As practising surgeons we are all aware that our efforts to have a positive influence on the outcome of illness or injury depend entirely on the biologic response of our patients to their illness or injury and our intervention. Biology in its broadest definition includes all responses of the organism to its environment; surgical biology narrows this focus to problems of particular interest to surgeons and surgical patients. Such fundamental processes as hemostasis, wound healing and the catabolic response to injury are better understood today because of our increasing understanding of biology. As the specialty of surgery branches out into illness and injury once considered untreatable, the appropriate intervention by surgeons and the anticipated response by the patient to surgical intervention will be predicted by basic biologic processes. A thorough understanding of the biologic principles that govern and limit our therapeutic interventions is essential for us to remain current in surgical thinking. It is therefore of tremendous importance to our readers that this regular feature on surgical biology comes to the Journal.

Dr. Meakins and I are grateful to

Dr. Ori D. Rotstein for taking charge of the section on surgical biology for the clinician, and we look forward to continued contributions from him and his colleagues. Although it should be obvious to our readers, I would add that any basic science topic of interest to surgeons is of interest to the Editors of the *Canadian Journal of Surgery*, and we invite your submissions.

BIOLOGIE CHIRURGICALE POUR LE CLINICIEN

Dans son Mot de la rédaction de février 1997, mon corédacteur, le Dr Meakins, a énuméré des initiatives que nous envisageons pour améliorer à la fois le contenu du Journal et sa pertinence. On a mentionné plusieurs chroniques nouvelles, y compris des chroniques améliorées sur l'auto-évaluation, la chronique sur l'Imagerie chirurgicale et, ce qui est nouveau pour nous, une «Chronique des résidents». Une autre caractéristique nouvelle que je trouve très importante, c'est le lancement, dans ce numéro (pages 169 à 174), d'une chronique régulière sur la biologie chirurgicale pour le clinicien.

Comme chirurgiens, nous savons tous que les efforts que nous déployons pour avoir un effet positif sur le résultat de maladies ou de traumatismes dépendent entièrement de la réaction biologique de nos patients à leur maladie ou traumatisme et de notre intervention. Dans son sens le plus large, la biologie comprend toutes les réactions de l'organisme à son environnement. La biologie chirurgicale ramène cette définition aux problèmes d'intérêt particulier pour les chirurgiens et les patients en chirurgie. Nous comprenons mieux

aujourd'hui des phénomènes aussi fondamentaux que l'hémostase, la guérison des plaies et la réaction catabolique aux traumatismes parce que nous comprenons de plus en plus la biologie. Au moment où la spécialité qu'est la chirurgie s'étend à des maladies et à des traumatismes déjà jugés impossibles à traiter, on pourra prédire l'intervention nécessaire des chirurgiens et la réaction prévue du patient à l'intervention chirurgicale en se fondant sur des phénomènes biologiques fondamentaux. Il est essentiel de comprendre à fond les principes

biologiques qui régissent et limitent nos interventions thérapeutiques si nous voulons suivre la pensée chirurgicale. Il est donc extrêmement important pour nos lecteurs que le Journal publie cette chronique régulière sur la biologie chirurgicale.

Le D^r Meakins et moi-même remercions le D^r Ori D. Rotstein de s'occuper de la chronique sur la biologie chirurgicale pour le clinicien et nous attendons avec impatience ses contributions régulières et celles de ses collègues. Même si cela devrait être évident pour nos lecteurs, j'ajoute que

tout sujet de science fondamentale qui intéresse les chirurgiens intéresse les rédacteurs du *Journal canadien de chirurgie*. Nous vous invitons à nous soumettre vos textes.



James P. Waddell, MD
Coeditor
Corédacteur

© 1997 Canadian Medical Association
© Association médicale canadienne 1997

SESAP Questions / Questions SESAP

ITEMS 59 AND 60

A patient is involved in a severe motor vehicle accident. The initial chest x-ray is shown.

ITEM 59

The quickest way to confirm the diagnosis is

- (A) barium swallow
- (B) chest computed tomography
- (C) magnetic resonance imaging
- (D) placement of a left chest tube
- (E) placement of a nasogastric tube

ITEM 60

Three hours after injury, the work-up is complete. The patient is stable without abdominal pain. The best plan now would be

- (A) thoracotomy
- (B) celiotomy
- (C) laparoscopy
- (D) extraperitoneal exploration of the left flank
- (E) observation in the ICU

For the incomplete statements above select the one completion that is BEST for each item.

For the critique of items 59 and 60 see page 208.

(Reproduced by permission from *SESAP '96-'98 Syllabus Surgical Education and Self-Assessment Program*, Volume 1, 9th edition. For enrolment in the Surgical Education and Self-Assessment Program, please apply to the American College of Surgeons, 55 East Erie St., Chicago, IL 60611, USA.)

