

VOL. 4

No 9

NOVEMBRE 1939

LAVAL MÉDICAL

**BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC**

Rédaction et Administration
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

PERANDREN

Hormone orchitique de synthèse

Propionate de testostérone

« CIBA »

Le mouvement d'intérêt considérable qui a été suscité par l'introduction de cette préparation dans la thérapeutique hormonale, en a développé très vite le champ des indications. Le Perandren est indiqué dans :

Les troubles du développement sexuel.

L'insuffisance testiculaire.

Le prostatisme par hypertrophie avec formation d'un adénome.

Les affections chroniques par déficience endocrine.

Les mastopathies et certains troubles menstruels.

PRÉSENTATION

Ampoules de 1 c.c. renfermant 5 mgrms de propionate de testostérone, boîtes de 3, 6 et 50

Ampoules de 1 c.c. renfermant 10 mgrms de propionate de testostérone, boîtes de 3, 6 et 50

Ampoules de 1 c.c. renfermant 25 mgrms de propionate de testostérone, boîtes de 3, 6 et 50

IMPORTANT : *En raison de la demande toujours grandissante pour le Perandren, les prix de ce produit ont été réduits d'à peu près 20% dès le 1er janvier 1939.*



Compagnie CIBA Limitée, Montréal.



*Page(s) manquante(s)
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BANQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

LAVAL MÉDICAL

VOL. 4

N° 9

NOVEMBRE 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

ANESTHÉSIE INTRA VEINEUSE AU PENTOTHAL (1)

par

Florian TREMPE

Chef de Clinique dans le Service Chirurgical de l'Hôpital du Saint-Sacrement

et

Adrien PAQUET

Anesthésiste à l'Hôpital du Saint-Sacrement

DOSE

On objectera aussi que même si le Pentothal est éliminé rapidement au niveau du foie sain, ne connaissant que difficilement la valeur fonctionnelle du rôle antitoxique du foie il nous est difficile de savoir quel sera le comportement du foie malade en présence du barbiturique. Nous reconnaissons le bien-fondé de cette objection et nous n'avons pas l'intention de résoudre ce dur problème. Aussi nous nous empressons d'ajouter que l'insuffisance hépatique reconnue est une contre-indication formelle à l'anesthésie. Si-

(1) Fin.—Voir *Laval Médical* 4 : 8 ; 319, (octobre) 1939.

gnalons, toutefois, les paroles de Flandin, Joly, Bernard et Turiat, et nous citons textuellement :

« Chez les sujets à foie malade le fait de la prolongation du temps habituel de la narcose ou du coma, ne peut pas être interprété comme une aggravation des lésions hépatiques. » Il semble être le témoignage de la plus lente désintégration du composé barbiturique par le foie insuffisant. Puis ils ajoutent : « Le foie semble être beaucoup moins fréquemment et profondément lésé qu'on l'a dit. Les barbituriques paraissent incapables de déterminer des lésions dégénératives du foie. »

Sans vouloir discuter ces opinions, ne pouvons-nous pas reconnaître non seulement dans le domaine anesthésique, mais partout en clinique que le pouvoir antitoxique du foie, même sur le foie malade, semble poussé à l'extrême et que ses possibilités ont des limites très éloignées.

Mais il est un autre facteur de sécurité tout aussi important : c'est le fait que la dose administrée puisse être individuelle ; aussi l'anesthésie intraveineuse par des dosages réglés sur le poids du malade, son âge et son sexe a été une erreur. Il nous arrive, en effet, d'endormir une malade de 180 livres, avec 3 c.c. de la solution tandis qu'un malade de 100 livres ne dormira pas avec 10 c.c. de la même solution. Il existe donc une susceptibilité individuelle qui donne à chaque malade une réceptivité plus grande aux uns qu'aux autres. Cette sensibilité individuelle sera reconnue au moment même où l'on fait l'injection et il est impossible de dire d'avance quelle quantité d'anesthésique il faudra donner à tel malade.

Ajoutons maintenant qu'il existe entre la dose de sommeil, c'est-à-dire, la perte de la conscience, et la dose de la narcose, perte de la sensibilité et des réflexes des proportions définies.

Halterman a affirmé que la dose de narcose est proportionnelle à la dose de sommeil. C'est grâce à cette notion de proportion qu'il nous sera possible d'administrer le Pentothal en restant dans des marges de sécurité. Il suffit de chercher pour chaque malade la dose qui produira le sommeil, c'est-à-dire la perte de la conscience et de ses manifestations, le malade conservant ses réflexes et réagissant à la douleur. Nous aurons alors atteint le seuil de l'anesthésie, et pour chaque individu, la dose de narcose sera proportionnelle à la dose nécessaire pour atteindre le seuil anesthésique.

Il va de soi que le seuil anesthésique sera différent pour chaque malade, et que pour l'atteindre il faudra aussi des doses différentes, d'où son caractère individuel.

C'est sur toutes ces données antérieures que nous fondons notre technique de dosage anesthésique.

La notice envoyée avec le Pentothal nous demande de procéder comme suit : La vitesse d'injection ne doit pas dépasser 2 à 3 c.c. de la solution à 5% en 15 secondes puis arrêt de 15 secondes suivi d'une nouvelle réinjection également de 2 à 3 c.c. Dans notre pratique nous procédons un peu différemment et nous fondons notre technique sur des données que nous croyons plus rationnelles.

Le but que nous cherchons à atteindre, en administrant l'anesthésique, n'est pas d'obtenir une narcose chirurgicale mais d'atteindre le seuil anesthésique. Nous arrivons facilement à ce but en demandant au malade de faire un acte volontaire pendant que s'établit graduellement l'anesthésie; nous aurons atteint le seuil de l'anesthésie quand le malade sera incapable de faire cet acte volontaire.

Nous procédons donc de la façon suivante : l'aiguille introduite dans la veine, nous demandons au malade de compter à voix haute et forte, en répétant après nous les chiffres que nous lui dictons. L'injection commence aussitôt et nous comptons au rythme d'environ 1 chiffre par seconde, injectant 1 c.c. par 5 chiffres. Puis le malade bredouille 1 ou 2 chiffres et cesse de compter. Nous arrêtons immédiatement l'injection ; il se produit souvent un grand baillement, le malade est inconscient, réagit à la douleur, ses réflexes sont conservés, nous avons atteint le seuil anesthésique ; pour atteindre cette période, la dose variera avec chaque individu, c'est-à-dire, entre 2 à 8 c.c.

Nous pouvons, quelquefois, avec cette seule dose, obtenir un sommeil léger mais suffisant pour permettre une intervention de courte durée, mais habituellement il nous faudra procéder à de nouvelles injections, soit pour procurer un sommeil chirurgical au malade, soit pour entretenir celui-ci.

Le signe ordinaire sur lequel nous nous basons pour la réinjection de l'anesthésique est la modification respiratoire qui, petite, à dose anesthésique, deviendra plus ample à mesure que la narcose sera plus superficielle, ce sera l'indice habituel d'un début de réveil.

Thierry, à la clinique de Genève, considérant les proportions qui existent entre la dose seuil et la dose narcose, après avoir obtenu le seuil anesthésique par une première injection d'Évipan donne, en règle générale, le double de la dose nécessaire pour obtenir le seuil, et procurer ainsi à son malade une narcose complète.

Pour notre part, nous procédons à de nouvelles injections suivant trois éventualités :

Tout d'abord chez les malades très réceptifs, où le seuil sera obtenu par des doses de 2 à 3 c.c. nous cherchons à obtenir la narcose complète, par injections fractionnées dont le total sera le double de la première injection, ce total n'étant pas nécessairement atteint pour obtenir une anesthésie chirurgicale.

Dans les cas où l'intervention se prolonge, et alors que la dose de narcose, établie par ce procédé, reste inférieure à 10 c.c. nous nous croyons autorisés à injecter, avec prudence, lentement et par doses fractionnées, le 10 c.c. de la solution, sans préjudice pour le malade.

Si la dose seuil atteint 6 à 7 c.c., la dose de narcose étant de 12 à 14 c.c., nous injecterons alors, toujours par doses fractionnées, les 10 c.c. de la solution pour obtenir une anesthésie presque toujours suffisante, et dans les cas contraires, nous compléterons par un anesthésique volatil.

Dans les cas rares où 10 c.c. se montrent insuffisants, nous passons à un anesthésique volatil ; le Pentothal servira alors d'anesthésique de base, et il sera intéressant de constater la faible quantité d'anesthésique de complément qu'il faudra ajouter pour obtenir une anesthésie complète.

Nous croyons que ce dosage prudent nous met à l'abri de tout accident qu'il nous soit possible de prévoir, si l'on considère l'innocuité du produit, ses effets peu nuisibles sur l'organisme, même profondément intoxiqué, et aussi, si l'on tient compte des doses énormes qui ont été employées et bien tolérées par les malades. On relève des doses allant jusqu'à 28 et 30 c.c., administrées sans incident. Nous avons nous-mêmes employé 18 c.c. de la solution sans inconvénient sérieux. Au cours de l'anesthésie, nous observons constamment le malade, qui, dans des conditions normales, ne présentera rien autre chose que les phénomènes signalés plus haut : tachycardie, chute de la pression artérielle, vaso-dilatation, abolition des réflexes, résolution musculaire, chute de la mâchoire et dépression respiratoire.

MÉDICATION EFFICACE DE L'ARTHRITE



CAUSALIN

Aminopyrine - Sulfonate de quinoline
Un comprimé ou une capsule trois fois
par jour avant chaque repas.

AMFRE DRUG COMPANY, INC. NEW YORK



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
917, RUE CHERRIER - MONTRÉAL

Messieurs les médecins, la Laiterie
"LAVAL" est la seule laiterie à
Québec où vous pouvez obtenir
le "**Yoghourt**"

●

Laiterie "LAVAL" enr'g

pourvoyeurs de la "Goutte de lait" et de
la Crèche St-Vincent-de-Paul.

●

237, 4^{ième} Avenue, Limoilou

Téléphone 4-3551

LE RÉVEIL

Le réveil s'établit dans les quelques minutes qui suivent l'injection. Il est particulièrement agréable, se fait avec euphorie, le malade passe graduellement de l'état de narcose à un état d'ivresse véritable, pour reprendre enfin sa lucidité normale.

Il peut se produire, dans les heures qui suivent, un sommeil secondaire, toujours calme et presque physiologique.

Une des grandes caractéristiques de l'anesthésie au Pentothal, c'est l'amnésie rétrograde complète, c'est une qualité que seule, l'anesthésie par les barbituriques possède : le malade ne conserve aucun souvenir de son anesthésie.

Nous avons même observé deux cas où les malades ont refusé de croire qu'ils avaient été opérés sous anesthésie générale. Ceci nous montre bien la douceur de l'anesthésie et ses effets agréables qui la font apprécier des malades.

INCIDENTS

Disons tout d'abord, que nous n'avons aucun accident grave à déplorer avec l'usage du Pentothal, seuls quelques incidents bénins ont pu attirer notre attention, mais en aucun temps l'état du malade ne nous a paru inquiétant.

Signalons, en premier lieu, l'apnée du début de l'anesthésie, que nous avons rencontré quelques fois chez des malades présentant par contre un faciès parfaitement normal, avec un pouls des meilleurs. L'apnée du début, associée à la cyanose et à une rapidité exagérée du pouls, deviendrait un signe important et il serait prudent d'y remédier par une médication appropriée.

Puis vient la cyanose, qui peut n'être que la signature du ralentissement circulatoire. Nous l'avons constatée quelques fois; elle est toujours bénigne dans ces cas. Plus prononcée sera la cyanose par surdosage, manifestation d'une intoxication bulbaire; nous n'avons jamais constaté ce phénomène.

Signalons parmi les accidents possibles la chute de la pression, le hoquet, la toux, le vomissement, le tremblement. Les incidents du réveil seront de l'agitation, plus ou moins marquée, puis quelquefois, tenant compte

de la longueur de l'intervention et de la dose injectée, un sommeil quelque peu prolongé.

INDICATIONS

Pour éviter les ennuis des accidents par l'anesthésie au Pentothal, nous croyons qu'elle doit être employée dans les cas de bons risques anesthésiques, et pour des interventions de courte durée.

Il y a aussi à considérer l'effet psychologique que l'on peut obtenir chez les malades particulièrement nerveux et qui appréhendent l'anesthésie. Chez eux, une ponction veineuse qui, en quelques instants, et sans prodrome désagréable, leur procurera le sommeil, nous paraît préférable à l'odeur désagréable et à la sensation de suffocation si pénible de l'anesthésique par inhalation. Elle sera particulièrement indiquée chez les malades souffrant de lésions pulmonaires, chez qui l'anesthésie par inhalation n'est pas sans inconvénient. De plus, ses avantages sont reconnus pour les traitements et les interventions au moyen d'appareils électriques, en éliminant toujours les dangers possibles d'explosion.

Elle facilitera aussi beaucoup le travail du chirurgien dans les interventions sur le crâne, la face, le cou, en éliminant la présence du masque anesthésique. Puis une des belles indications de l'anesthésie au Pentothal c'est son usage comme anesthésique de complément, au cours d'une intervention sous anesthésie locale, pour permettre un temps opératoire particulièrement douloureux. C'est l'anesthésie d'un temps opératoire qui permet le tiraillement inévitable d'un méso, la manipulation d'un cœcum peu mobile, la libération d'un appendice un peu adhérent ; puis l'anesthésie est aussitôt supprimée et l'intervention continue à la locale. Les résultats sont d'autant plus satisfaisants que la mise en marche de l'anesthésie se fait non seulement sans aucune période d'excitation, mais le patient passe de l'état de veille à l'état de narcose, sans faire aucun mouvement ; c'est certainement un avantage marqué du Pentothal, si l'on considère les luttes auxquelles donne souvent lieu l'administration d'un anesthésique volatil, au cours d'une anesthésie locale, alors que le malade atteint la période d'excitation, souvent les champs opératoires seront dérangés et le contrôle du malade se fera en compromettant le plupart du temps l'asepsie du champ opératoire.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications relèvent pour la plupart de l'état du malade. Tout d'abord, l'obstruction respiratoire, quelle que soit sa nature ; aussi l'usage du Pentothal dans les interventions sur le rhino-pharynx, le larynx ou sur les bronches, n'est pas recommandable. Puis l'insuffisance reconnue de certains organes, l'insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale, l'état dyspnéique principalement chez les asthmatiques. Elle sera aussi contre-indiquée dans l'hypotension artérielle, l'état de shock, les grandes intoxications et dans l'anémie profonde.

CONCLUSIONS

L'emploi de l'anesthésie intraveineuse offre un nouveau développement aux nombreuses méthodes déjà si perfectionnées de l'anesthésie générale. Elle possède des qualités toutes particulières que n'ont pas les autres anesthésiques ; c'est certainement l'anesthésie la plus simple, la plus facile, la plus agréable pour le malade, l'anesthésiste et le chirurgien. La douceur de son induction, l'absence de prodrome pénible, l'amnésie rétrograde complète, en font un anesthésique désiré des malades ; elle procure un sommeil des plus calmes et ménage au maximum l'état psychique du malade.

Les bons résultats que nous avons obtenus avec le Pentothal, sa facilité d'administration, ses avantages marqués dans certains cas sur les autres anesthésiques, nous ont fait apprécier ses grandes qualités et nous pouvons dire qu'il est appelé à nous rendre encore de grands services.

Pour notre part, le Pentothal a donné le coup de grâce à l'anesthésie au chlorure d'éthyl, et il l'a remplacé pratiquement dans toutes ses indications.

Nous croyons aussi à la possibilité d'étendre davantage les indications du Pentothal ; il existe, en effet, des méthodes d'anesthésies prolongées dont nous avons déjà une certaine expérience, mais que la prudence nous demande encore d'éloigner de notre pratique courante.

Enfin l'anesthésie intraveineuse au Pentothal a désormais fait sa preuve, et en lui gardant ses justes indications, elle doit avoir dorénavant sa large place dans le domaine de l'anesthésie générale.

Résumé statistique

Nous avons une statistique d'environ 400 cas d'anesthésie intraveineuse et les faits saillants qui se dégagent de nos observations sont les suivants :

AGE ET SEXE

Nous employons l'anesthésie intraveineuse indifféremment chez l'homme et chez la femme. La moyenne d'âge de nos malades anesthésiés est l'âge adulte ; nous l'avons donnée aussi à plusieurs enfants et plusieurs vieillards, agissant toujours avec une grande prudence dans ces cas. Le plus jeune de nos sujets est âgé de 5 ans, il a reçu 3 c.c. de Pentothal pour l'ouverture d'un hématome infecté. Le plus vieux est âgé de 80 ans, il est opéré pour prostatectomie, reçoit $1\frac{1}{2}$ gr. de Nembutal, avant son opération, nous atteignons le seuil anesthésique avec 7 c.c. de Pentothal, nous injectons la totalité des 10 c.c. et nous devons compléter l'anesthésie avec du chlorure d'éthyl ; nous avons été surpris de la résistance du sujet.

ÉTAT GÉNÉRAL DU MALADE

Nous avons toujours respecté les contre-indications de l'anesthésie et pour la presque totalité de nos anesthésiés, l'état général du malade était bon. Nous l'avons employé chez des tuberculeux pulmonaires ou rénaux, dans des cas de bronchite aiguë ou chronique, chez des cardiaques compensés, quelquefois chez des diabétiques.

Nous n'avons pas hésité à le donner dans des cas désespérés, chez des malades mourants, très intoxiqués, chez qui, une anesthésie, quelle qu'elle soit, pouvait toujours être fatale ; dans ces cas la dose administrée était toujours petite, 2 à 4 c.c. Les suites anesthésiques ont toujours été normales et l'anesthésie n'a contribué en rien à la mort du malade ; citons le cas d'une femme en état de septicémie puerpérale, avec péritonite généralisée, déjà hystérectomisée, présentant un état général désespéré et chez qui, à deux reprises différentes, avons donné 2 à 3 c.c. de Pentothal, pour permettre au chirurgien d'établir un nouveau drainage abdominal.

INTERVENTIONS

Nous avons employé l'anesthésie intraveineuse pour toutes les interventions dont la durée ne dépasse pas 15 ou 20 minutes : principalement

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY, PARIS

Agents pour le Canada : **VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, **MONTREAL**

SÉDOSINE

**PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS**

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, B° BOURDON - NEUILLY - PARIS

Agents pour le Canada : **VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, **MONTREAL**.

APPAREILS DE LABORATOIRE

●
Verrerie, quincaillerie, papier à filtrer et tous autres articles en usage dans les laboratoires d'hôpitaux.

●
Assortiment complet de lames et lamelles à microscopie, de toutes dimensions.

Demandez nos prix

FISHER SCIENTIFIC CO., Limited

904-910 rue St-Jacques,

Montréal, Qué.

AUX ABONNÉS de la REVUE "LAVAL MÉDICAL"

Vous attendez avec intérêt le retour mensuel du "Laval Médical";
C'est grâce à la collaboration de ses annonceurs que paraît votre revue;
pensez à eux de façon pratique.

Pour toutes vos installations frigorifiques, exiger "FRIGIDAIRE".

"FRIGIDAIRE" est différent et meilleur.

VANDRY INC.

155, rue St-Paul,

:

:

QUÉBEC.

dans tous les cas de chirurgie mineure, là où le chlorure d'éthyl était indiqué. Il nous a rendu d'immenses services comme complément d'une anesthésie locale pour permettre un temps opératoire douloureux ; puis pour les réductions de fracture sous écran. Signalons son usage courant pour les curetages utérins, les prostatectomies, rétrécissements urétraux, les biopsies, curetage et débridement de fistules, ouverture d'abcès, amputations mineures, etc. Nous l'avons utilisé pour des amputations majeures, des péritonites tuberculeuses, des cas de hernie et d'appendicite. Pour ces interventions déjà plus minutieuses, le chirurgien y voyait l'inconvénient d'avoir l'impression d'être obligé de se presser.

QUALITÉ DE L'ANESTHÉSIE

Dans la presque totalité des cas, l'anesthésie a été parfaite, et les résultats ont été réellement surprenants. Il se dégage d'une anesthésie au Pentothal une impression de calme reposant, on a l'impression de voir un malade dormir de son sommeil physiologique.

Rarement l'anesthésie a été imparfaite, mais elle a toujours été suffisante pour permettre facilement le travail du chirurgien. Nous pouvons relever un seul cas d'échec relatif à l'anesthésie au Pentothal, chez un malade de 44 ans, opéré pour fistule anale chez qui nous avons donné 12 c.c. de Pentothal, sans obtenir d'anesthésie chirurgicale, le malade a remué tout le temps de l'anesthésie, et il a repris conscience avant même d'arriver à sa chambre. Nous devons dire aussi que nous avons eu des résultats assez peu satisfaisants dans les interventions sur l'anus, et nous croyons que la dilatation de l'anus est tout aussi dangereuse avec le Pentothal qu'avec les autres anesthésiques.

ANESTHÉSIES RENOUVELÉES (A PLUSIEURS REPRISES)

Nous avons eu l'occasion de répéter l'anesthésie chez le même malade à des intervalles plus ou moins éloignés, nous avons renouvelé l'anesthésie 2, 3 et même 4 fois sur le même malade. Nous avons constaté que le malade présentait, à chaque fois, la même qualité d'anesthésie, avec pratiquement le même dosage. Une femme de 38 ans, particulièrement résistante, reçoit 7 c.c. de Pentothal pour obtenir une anesthésie imparfaite, peu profonde, avec réflexes conservés et résolution musculaire incomplète. Nous renou-

velons l'anesthésie à 2 reprises différentes et avec la même dose injectée 7 c.c. les résultats sont identiques au premier.

Il existe sans doute des phénomènes d'accoutumance avec le Pentothal, mais il semble que l'usage ordinaire du médicament est insuffisant pour provoquer ces phénomènes.

MÉDICATIONS PRÉLIMINAIRES

Pour les interventions de courte durée, nous ne donnions aucune médication préliminaire ; puis, nous avons employé le Nembutal et la morphine soit seuls soit associés. Nous avons remarqué que le malade qui n'avait pas reçu de médication préliminaire demandait une dose de Pentothal supérieure pour atteindre le seuil anesthésique ; nous croyons donc que la médication préliminaire a pour effet d'abaisser le seuil anesthésique et de permettre un dosage moindre de Pentothal.

DOSAGE

Pour les interventions de très courte durée, la dose nécessaire pour obtenir le seuil anesthésique était suffisante, elle variait de 2 à 6 ou 7 c.c. Dans les cas où nous faisons de nouvelles injections, la dose totale variait entre 4 à 8 c.c. et dans les interventions qui se prolongeaient, nous donnions 9 ou 10 c.c.

Pour 5 ou 6 cas nous avons été dans l'obligation de compléter l'anesthésie par du chlorure d'éthyl ou de l'éther ; mais dans ces cas, l'anesthésie au Pentothal demeurait insuffisante à cause de la prolongation de l'acte opératoire, et nous hésitions à donner des doses plus fortes que celles dictées par des règles de prudence. Ajoutons que nous avons donné quand même des doses de 12, 15 et même 18 c.c. d'anesthésie, sans inconvénient.

DURÉE DU SOMMEIL

Avec une dose nécessaire pour obtenir le seuil anesthésique, souvent le malade s'éveille dans la salle d'opération ; si la dose est plus forte, le sommeil se prolongera en proportion de la dose injectée. Habituellement, une heure ou une heure et demie, après l'anesthésie, le malade est éveillé. Nous avons observé quelques cas de sommeil prolongé de une heure ou deux, mais toujours sans inconvénient.

INCIDENTS

Les seuls incidents que nous avons constatés sont, dans 2 ou 3 cas, l'apnée du début de l'anesthésie, puis quelques cas de cyanose légère. Nous n'avons jamais eu à intervenir pour traiter des incidents. Signalons le cas d'une fille de 26 ans, tuberculeuse et syphilitique, opérée pour débriement d'une fistule à qui nous donnons 7 c.c. de Pentothal et qui déjà présente une cyanose légère des extrémités ; une petite enquête nous montre que la malade avait reçu 2 c.c. de Néo-Luatol immédiatement avant son anesthésie, ce qui pourrait peut-être expliquer la cyanose.

Enfin, nous devons signaler un seul cas de surdosage anesthésique chez un malade devant subir une cautérisation pour un lupus étendu de la face. Nous avons appliqué dans ce cas la méthode des réinjections au moyen d'un appareil à sérum dont le but est de garder la perméabilité de l'aiguille en empêchant la formation de caillots dans la lumière. La réinjection se fait alors au travers du tube de caoutchouc. Aux premiers signes de réveil, nous avons fait notre deuxième injection et nous avons eu la surprise de voir le malade résister au médicament en dépit d'un dosage que nous jugions déjà important. Il est arrivé que le débit du sérum était insuffisant, notre Pentothal injecté s'est accumulé dans le tube, pour passer, petit à petit, dans le courant sanguin, et provoquer un surdosage qui s'est manifesté par de la cyanose et un sommeil prolongé.

De ceci nous concluons que les méthodes les plus simples sont souvent les meilleures.

IMPRESSIONS DES MALADES

La réaction première des malades qui n'ont pas encore été mis au courant de cette méthode d'anesthésie et chez qui nous annonçons une anesthésie intraveineuse c'est une réaction d'incrédulité, ceci leur semble impossible, et ils insistent presque toujours pour être bien endormis pour leur intervention. Les impressions ne sont plus les mêmes quand, dans une salle, un malade a déjà reçu du Pentothal. Le malade anesthésié au Pentothal, surtout celui qui a l'expérience des autres méthodes, devient un propagateur ardent de la méthode, et les malades insistent d'eux-mêmes pour qu'on leur donne du Pentothal. A notre connaissance, nous n'avons pas vu un seul

malade qui ne soit pas parfaitement satisfait de son anesthésie, aussi la peur de l'anesthésie a-t-elle tendance à disparaître chez les malades. Nous relevons des impressions de malade qui sont fort intéressantes.

Une urétrotomie interne, intervention très courte, anesthésie d'un moment, le malade cesse de compter à 22, l'intervention a lieu, puis le malade continue à compter 23, 24, enfin devenu plus conscient, il nous dit : « C'est supposé m'endormir cette piqûre-là et vous ne m'avez pas endormi. » Plus intéressante encore nous paraît l'observation suivante : Opéré pour prostatectomie, le malade assiste à tous les préparatifs opératoires, on lui enlève même une sonde vésicale. Puis l'anesthésie a lieu et le malade est opéré, il s'éveille dans la salle d'opération. Il nous reproche dans la suite de l'avoir opéré sans anesthésie, il est convaincu qu'il n'a pas dormi, mais tout de même il affirme n'avoir pas souffert. C'est avec peine que nous l'avons convaincu du contraire, et c'est de bonne foi qu'il nous dit que si nous n'avions pas cessé de compter, lui, pour sa part, aurait pu compter encore longtemps.

En définitive, l'anesthésie au Pentothal est devenue une anesthésie journalière à l'hôpital du Saint-Sacrement, et nous avons raison de croire que ses résultats seront toujours aussi bons.



Chimiothérapie des affections bactériennes
ASTREPTINE "MEURICE"

(SULFANILAMIDE)

COMPRIMES — AMPOULES INJECTABLES (POUR LE MUSCLE ET LA VEINE)
ONGUENT

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PATEAU 7005

ASTREPTINE

*N'oubliez pas dans votre
trousse d'urgence le...*



DYNACORYL

"Meurice"

(ACIDE DIETHYLAMIDE PYRIDINE β CARBONIQUE)

STIMULANT CARDIO-RESPIRATOIRE EN AMPOULES INJECTABLES ET EN GOUTTES

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.

DIVISION PRODUITS

PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA :

G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES

MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGUË

par

François ROY

Assistant à l'Hôtel-Dieu

Au cours de l'année 1938, il a été opéré dans les services de Messieurs les professeurs Vézina et Petitclerc, 216 cas d'appendicite aiguë avec ou sans péritonite. De ce nombre, 202 malades nous venaient de la campagne et 14 seulement de la ville de Québec. Aussi la proportion de cas compliqués de péritonite et d'abcès est-il assez élevé.

Voici ce que nous a donné l'examen des dossiers de ces 216 patients. La classification est basée sur les lésions appendiculaires trouvées par le pathologiste.

	CAS	DÉCÈS	MORTALITÉ
Appendicite aiguë catarrhale	22	0	0
" " ulcéro-phlegmoneuse	30	0	0
" " nécrosante	16	0	0
" " " avec abcès	50	0	0
" " " " péritonite localisée	62	2	3.2
" " " " péritonite généralisée	36	3	8.4
Total	216	5	2.3

Le nombre de cas que nous rapportons n'est certes pas assez considérable pour avoir une grande valeur statistique. Mais de ce nombre il y a quelques cas qui présentent un certain intérêt pratique.

1er cas. Adalbert D., 22 ans. Appendicite aiguë nécrosante avec péritonite localisée. Appendicectomie avec ligature de la base de l'appen-

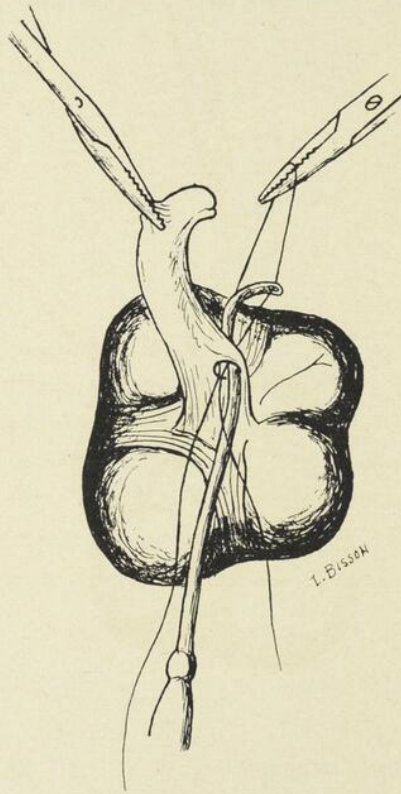


FIG. 1.— Ligature du méso appendiculaire.

dice au gros catgut et enfouissement au catgut chromique n°0. Drainage avec un tube de caoutchouc et deux gazes. Tout va bien. Le malade laisse l'hôpital le neuvième jour après son opération. Il nous revient 6 jours plus tard, moribond, le ventre modérément distendu, en péritonite généralisée. On ne parvient pas à remonter son état général, malgré l'admi-

nistration de grandes quantités de sérum salé et glucosé et le siphonage duodéal. Laparatomie 24 heures après son admission. Intestin modérément distendu, pus dans tout le ventre. Iléostomie et drainage. Le malade meurt deux jours après l'intervention avec 106° de température. Une autopsie nous montre que la bourse d'enfouissement et la ligature du moignon appendiculaire avaient lâché.

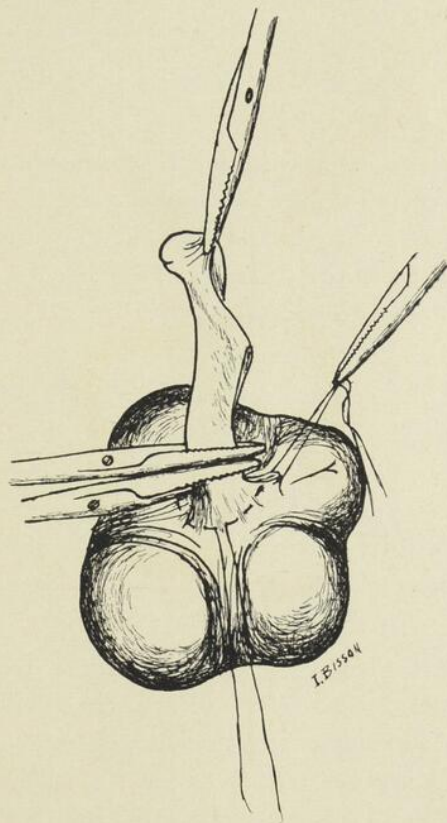


FIG. 2.—Écrasement de la base de l'appendice. Le premier catgut d'enfouissement a été placé.

2^e cas. Marquis T., 15 ans. Péritonite appendiculaire généralisée. Appendicectomie avec ligature de la base de l'appendice au gros catgut et enfouissement au catgut chromique n° 0. Le malade va bien jusqu'au cinquième jour. Il s'alimente ; son intestin fonctionne ; le pouls et la

température baissent. Soudainement il se met à vomir, devient mal ; son ventre est douloureux ; le pouls et la température s'élèvent et l'état général devient rapidement mauvais malgré le siphonage duodénal et l'administration de grandes quantités de sérum. Réintervention le septième jour. Péritonite généralisée. Pus et liquide ressemblant à de l'eau dans tout le ventre. Iléostomie et drainage. Le malade meurt 4 jours plus tard. Un examen sommaire du ventre nous montre que le moignon appendiculaire est largement ouvert.

Nous pensons que ces deux cas valent la peine d'être rapportés pour l'enseignement pratique que l'on en peut tirer.

Le procédé classique d'appendicectomie qui consiste à ligaturer la base de l'appendice et à l'enfouir par une bourse n'est certainement pas le meilleur. « H. E. Robertson de la clinique Mayo a attiré l'attention sur le fait que dans chaque cas où l'appendice a été enlevé à l'occasion d'une autre opération et que le patient est mort d'autres causes en dedans de 21 jours, il a trouvé une pochette de pus où l'appendice avait été enfoui. »

Cette suppuration est facile à concevoir. Même quand l'appendice est normal la muqueuse du moignon appendiculaire contient toujours des microbes pathogènes qu'on ne parvient pas à détruire complètement par les moyens usuels. Le moignon appendiculaire ainsi ligaturé reste un tissu sans vitalité qui sert alors de milieu de culture aux microbes. La suppuration est certainement plus fréquente et plus grande quand l'appendice est infecté.

Il y a un procédé d'appendicectomie qui semble donner le maximum de sécurité. Il consiste à écraser avec une forte pince la base de l'appendice à 5 mm. du cœcum et à l'enfouir sans ligature par deux bourses superposées ou par une bourse et une plicature du cœcum. Il ne faut jamais faire de traction sur l'appendice avant d'en écraser la base, parce qu'on s'expose ainsi à prendre une partie du cœcum, ce qui n'est pas à recommander. La ligature du méso-appendiculaire sur la deuxième bourse d'enfouissement ou la plicature est aussi un bon procédé.

Dans les cas plutôt rares de gangrène du cœcum où l'enfouissement est impossible, il faut drainer de manière à ce que le contenu intestinal ne se déverse pas dans le péritoine, s'il vient à se produire une fistule.

TÉNÉBRYL GUERBET

Di-iodométhane sulfonate de sodium

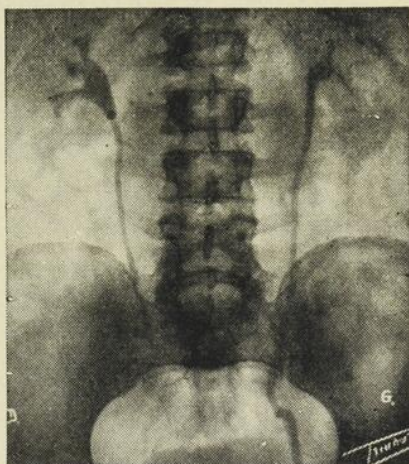
•
Urographie intraveineuse

—
Ampoules de 20 cc. titrés à 40%

•
Pyélographie instrumentale
Explorations diverses

•
A concentration égale, le TÉNÉBRYL est
le plus opaque, le moins hypertonique des
moyens de contraste organiques solubles

•
Vinant Ltée, 533, rue Bonsecours, Montréal
Agents exclusifs pour le Canada des



Urographie intraveineuse au "TÉNÉBRYL"
(Clinique d'Urologie de Necker)

LABORATOIRES A. GUERBET & C^{ie} 22, Rue du Landy, 22
PARIS - SAINT-OUEN

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques
et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — ÉPUISEMENT — NEURASTHÉNIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un efficace agent d'équilibration du système génital
NEURO-ENDOCRINIEN.

SPLÉNARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANÉMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et SIROP)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS

Agents pour le Canada : VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL

L'HORMONE GONADOTROPHIQUE DU CHORION

"A. P. L."

EST STANDARDISÉE MAINTENANT EN

UNITÉS INTERNATIONALES

L'A. P. L. est la préparation hormonale de choix
parce que —

(1) **Sa teneur est stable** — la méthode de titrage
biologique suivie est exceptionnellement juste.
Endocrinology, 22:583, mai 1938.

(2) **Son mérite thérapeutique est reconnu** — de
nombreuses observations cliniques ont prouvé sa
valeur dans le traitement de la méno-métrorragie,
de l'ectopie testiculaire et de l'hypogénitalisme.

(3) **Les injections sont indolores** — un point im-
portant dans le traitement des enfants et des con-
ditions nécessitant des doses élevées.

(4) **Son coût est modique** — le traitement n'en-
traîne pas des déboursés onéreux au patient.

"A.P.L." No 488 —

100 unités internationales au c.c.

Présentation : Flacons de 10 c.c.

AYERST, McKENNA & HARRISON Limitée

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

Ces deux cas démontrent en plus l'importance de la nécropsie pour éclairer le chirurgien sur la valeur de sa technique opératoire.

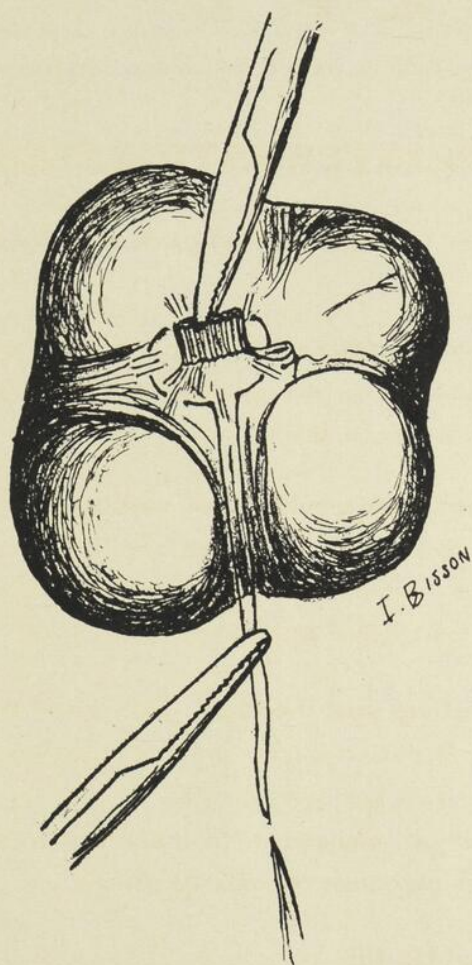


FIG. 3.— Avec une petite pince on invagine dans le cœcum le moignon appendiculaire pendant qu'on tire sur le catgut servant à l'enfouissement.

3^e cas. Alphonse D., 41 ans. Entre à l'hôpital moribond en péritonite généralisée. Il est très déshydraté. Il reçoit 2000 c.c. de sérum salé et on l'opère 12 heures après son admission.

Nous nous demandons s'il n'aurait pas été mieux de différer un peu plus l'intervention pour permettre au malade de se désintoxiquer sous l'effet de grandes quantités de sérum et du siphonage duodénal. La ponction du Douglas par le rectum était aussi à considérer. Dans des cas semblables nous avons eu l'occasion de voir de véritables résurrections.

4e cas. Mme Joseph D., 50 ans. Opérée pour péritonite appendiculaire généralisée. Après l'opération son état reste grave. Sa famille ne voulant pas qu'elle meure à l'hôpital la fit transporter chez elle. Nous n'en avons pas eu de nouvelles, mais nous sommes bien certains qu'elle est morte.

5e cas. Mme Alphonse L., 16 ans, enceinte de 4 mois. Appendicite gangréneuse rétro-cœcale dont le début remonte à 3 jours. Appendicectomie laborieuse avec double enfouissement. Drainage du Douglass par un tube et 3 gazes. Tout se passe bien les 5 premiers jours. La température et le pouls baissent, la malade s'alimente quoique son ventre soit légèrement ballonné et que son intestin n'ait pas encore fonctionné. Le drainage a cessé depuis deux jours. La sixième journée, la malade a des vomissements bilieux abondants, se sent mal et angoissée ; le pouls monte à 160 et la température à 103°. Il semble s'être produit soudainement une diffusion de pus dans tout l'abdomen. La malade avorte deux jours plus tard. On lui installe en permanence le drainage duodénal qu'elle devra garder pendant 23 jours. On la maintient en vie pendant tout ce temps au moyen d'injections quotidiennes de 3500 à 4000 c.c. de sérum salé et glucosé et de quatre petites transfusions. Tout semble gagné, la malade n'a plus besoin de sérum ni de siphon ; elle a faim, s'alimente et son intestin fonctionne seul, quand tout à coup elle est emportée dans l'espace d'un quart d'heure par une hémorragie foudroyante à la suite de l'ulcération de l'artère épigastrique.

Ce qui doit surtout attirer notre attention dans cette observation, c'est : 1° le drainage, 2° le traitement que l'on a fait subir à la malade.

La cavité abdominale a été drainée par un tube et trois gazes qu'on a placés dans le petit bassin. Vraisemblablement le drainage n'a pas été suffisant puisque la malade a fait, à un moment donné, une péritonite généralisée.

Le drainage à la gaze pour être efficace doit être très large. Il faut de plus que les gazes ne soient pas tamponnées dans la cavité péritonéale ni

trop serrées à leur sortie de l'incision abdominale. Le pus et la sérosité sont ainsi très rapidement drainés par capillarité et n'ont pas tendance à s'accumuler en arrière des gazes pour fuser ensuite dans l'abdomen. Quand il ne semble pas nécessaire de drainer largement, deux ou trois drains cigarettes qu'on enlève assez précocement sont supérieurs à la gaze qui s'agglutine rapidement et ne laisse plus rien passer.

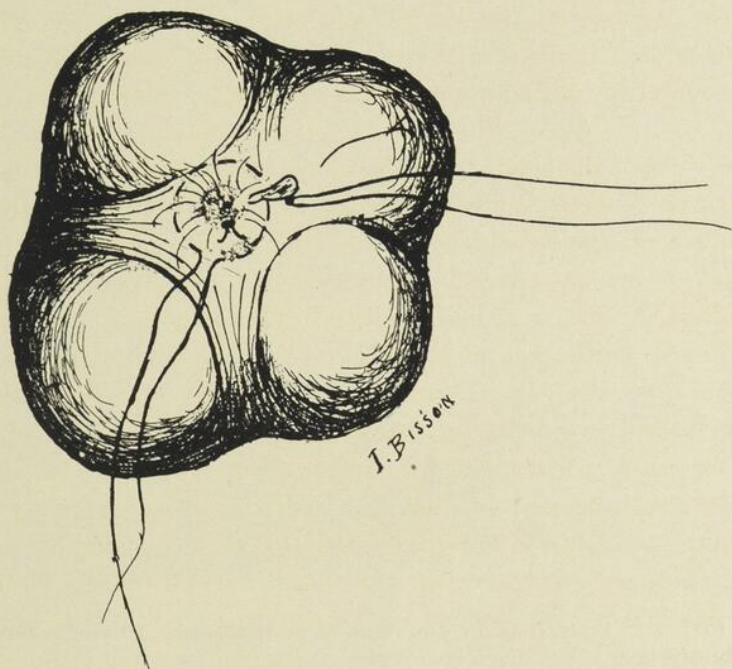


FIG. 4.— Formation d'une deuxième bourse d'enfouissement et mésoplastie.

Nous n'avons pas cru devoir intervenir quand la malade a manifesté des signes de péritonite généralisée et nous pensons avoir eu raison. D'abord l'état de la malade était trop mauvais pour risquer l'intervention. De plus, il est bien prouvé aujourd'hui que le traitement conservateur donne souvent dans ces cas de meilleurs résultats que l'opération précoce. La malade a reçu quotidiennement 3000 à 4000 c.c. de sérum salé et glucosé pendant 23 jours. La quantité de glucose variait entre 125 et 250 grammes par jour et le chlorure de sodium entre 8 et 14 grammes. Il est important de donner assez de glucose pour nourrir le patient et pas trop de sel pour prévenir la production des

œdèmes. Les quatre transfusions ont également eu un bon effet et ont contribué à aider la malade.

L'hémorragie fatale a été aussi imprévue qu'incontrôlable.

6e cas. Anne-Marie K., 17 ans. Péritonite généralisée. Est opérée mais reste en occlusion. Réopérée le 10e jour. Abscès dans les espaces

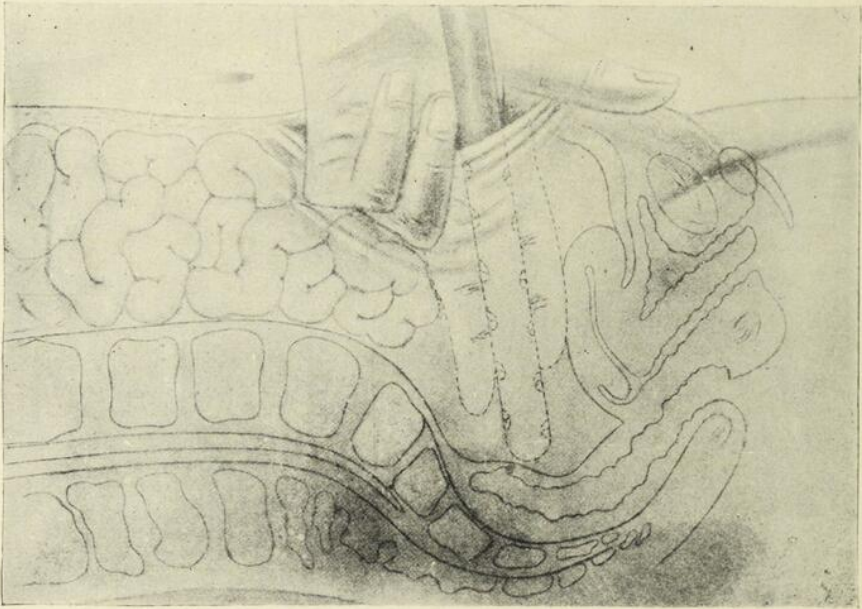


FIG. 5.—Aspiration du pus dans le petit bassin. (D'après James W. Kennedy.)

mésentéro-coliques droit et gauche et dans le petit bassin. Iléostomie et drainage. La malade quitte l'hôpital guérie.

7e cas. Adrienne G., 23 ans. Abscès appendiculaire. Appendicectomie et drainage. La malade reste en occlusion. Laparotomie le 11e jour. Adhérences bridant l'iléon terminal. 10 jours plus tard, la malade part guérie.

8e cas. Roland M., 17 ans. Péritonite généralisée. Reste en occlusion après l'opération. Laparotomie le 9e jour. Iléostomie. Le malade sort 10 jours après, guéri.

DANS L'INSUFFISANCE HORMONALE MASCULINE

ORETON (Propionate de testostérone)

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE BÉNIGNE. Les malades éprouvent un soulagement des symptômes accompagnés de mictions difficiles et de rétention, ainsi qu'une amélioration remarquable de l'état émotif et mental.

VIEILLARDS. "Oreton" a prouvé son efficacité d'action en fournissant une sensation de bien-être et un renouveau de vigueur. Les symptômes vaso-moteurs et mentaux tels que : nervosité, dyspnée, excitabilité, fatigabilité et mélancolie disparaissent généralement. Les mêmes résultats furent obtenus dans les cas de castration chirurgicale où l'on rencontrait les mêmes troubles.

IMPUISSANCE. L'impuissance chez les vieillards, aussi bien que chez les individus plus jeunes, est généralement améliorée par l'emploi de l'"Oreton".

HYPOGONADISME. "Oreton" a produit des effets objectifs et subjectifs remarquables chez des individus ayant dépassé l'âge de la puberté. Le développement des organes génitaux, la croissance des poils au pubis et à la région axillaire ainsi que l'augmentation du nombre et de la puissance des érections furent constatés.

ORETON est le propionate de testostérone cristallisé dans une solution d'huile de sésame. Il se vend en ampoules de 1 c. c. contenant 5, 10 et 25 mg. par c. c.

Usage externe

L'ONGUENT d'"ORETON-F" s'absorbe facilement par la peau. Il est utile pour la continuation de la thérapeutique après les injections d'"Oreton" lorsqu'il est nécessaire de donner des doses modérées d'hormone sexuelle masculine. Cet onguent se vend en tube de 50 grammes, chaque gramme contenant 2 mg. de testostérone cristallisée.

ÉCRIVEZ-NOUS POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS.



SCHERING (CANADA) LIMITED

BOITE POSTALE 358, PLACE D'ARMES, MONTRÉAL, P. Q.

ACTIVITÉ POLYVALENTE

TOXICITÉ MINIME

IDADAGENAN

2 — Sulfanilyl - amino - pyridine (Sulfapyridine)

Comprimés à 0.50

Tubes de 20

Flacons de 100

SOLUDAGENAN

Forme injectable par
voie intramusculaire
profonde.

De nombreux travaux ont consacré d'une manière indiscutable sa puissante action à l'égard du

PNEUMOCOQUE

(dans la pneumonie, mortalité diminuée des $\frac{2}{3}$)

GONOCOQUE

MENINGOCOQUE

STAPHYLOCOQUE

Laboratoires POULENC FRÈRES du CANADA, Ltée

204, Place Youville

MONTREAL

9^e cas. Marie-Paule F., 11 ans. Opérée pour péritonite localisée; reste en occlusion. Réopérée le 6^e jour. Débridement d'adhérences. La malade laisse l'hôpital guérie.

Ces quatre cas nous démontrent la nécessité d'intervenir à temps dans l'occlusion intestinale à la suite de péritonite et les bienfaits du siphon et du sérum salé glucosé à hautes doses. Tous ces malades ont supporté la deuxième intervention tout aussi bien qu'un malade ordinaire qu'on opère

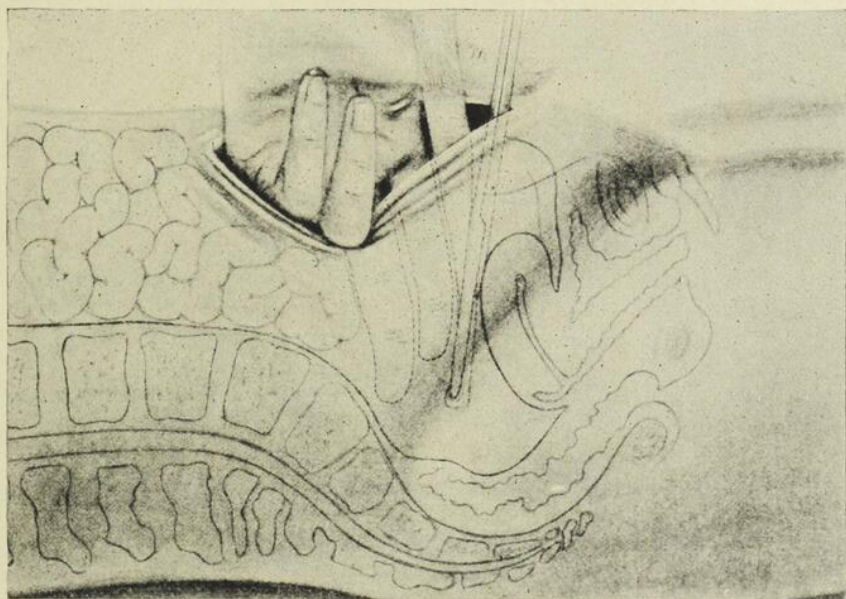


FIG. 6.— Introduction de gaze dans le petit bassin. Deux doigts de la main gauche empêchent le petit intestin de descendre dans le bassin pendant qu'on le remplit de gaze. (D'après James W. Kennedy.)

pour appendicite chronique. Nous nous demandons si l'administration systématique de pitressin n'aurait pas contribué dans une certaine mesure à prévenir ces complications.

10^e cas. Napoléon P., 16 ans. Opéré pour péritonite localisée. Drainage un tube et une gaze. Il se forme un abcès dans le mésentère. Ouverture le 7^e jour et drainage. Le malade guérit rapidement.

Nous lui avons probablement sauvé la vie par une intervention précoce. Il ne faut pas trop compter sur la guérison spontanée des collections purulentes et il est aussi prudent de ne pas trop temporiser.

11e cas. Mélianna B., 16 ans. Opérée pour emphysème appendiculaire sans drainage. Il se forme dans les jours suivants un abcès dans le bassin. Laparatomie le 13e jour et drainage. Le malade guérit rapidement.

12e cas. Mme Célestin B., 54 ans. Péritonite appendiculaire localisée. Appendicectomie et drainage par un tube et 6 gazes. La malade reste mal

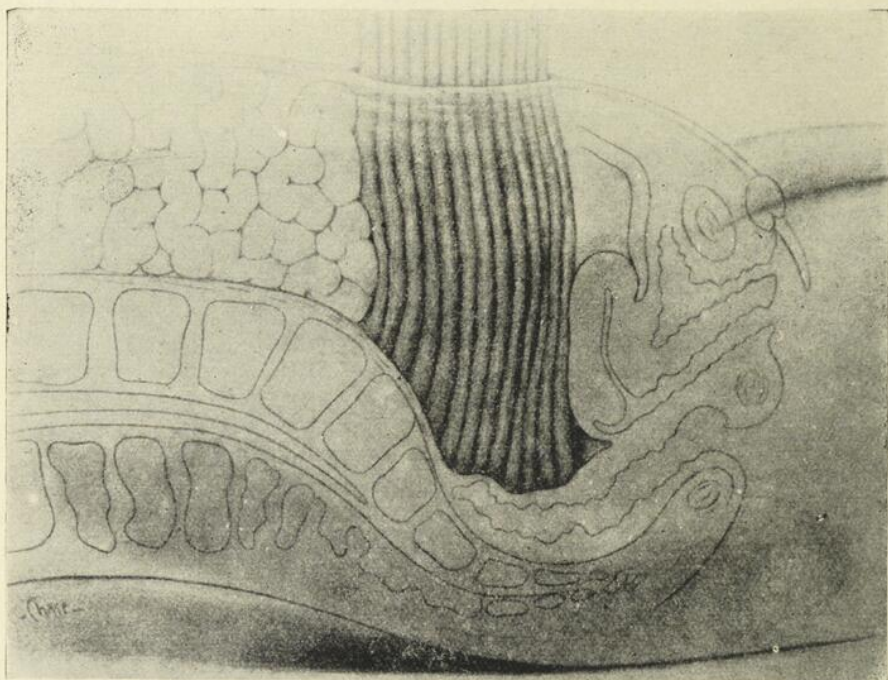


FIG. 7.— Il est à remarquer que la gaze n'est pas tamponnée dans le bassin, mais aussi épaisse à la sortie du ventre que dans le fond du bassin. La fosse iliaque droite est aussi drainée de la même manière. (D'après James W. Kennedy.)

après l'opération, fait une éviscération. On lui fait au thermo une fistule iléo-cœcale qui la soulage d'abord mais qui la déshydrate ensuite et menace de l'emporter. Au 52e jour nous fermons les fistules iléale et cœcale en abouchant la fistule iléale à la fistule cœcale. L'intervention est longue et difficile, mais la malade n'est pas fatiguée, va bien et quitte l'hôpital guérie.

Les fistules cœcale ou iléale qui laissent échapper tout le contenu intestinal sont toujours très graves et semblent donner une mortalité élevée spécialement chez les sujets âgés.

Il faut d'abord donner à ces malades une quantité de liquide égale à la perte qu'ils font. Cela peut être réalisé au moyen d'un tube placé dans l'intestin en bas de la fistule ou par de grandes quantités de sérum salé et glucosé intra-veineux. Il est à conseiller, quand on a fait une entérostomie, de réinjecter le liquide qui s'écoule par la fistule dans le tube d'entérostomie pour empêcher la déshydratation et la dénutrition du malade. La fermeture précoce est aussi indiquée.

Des 108 malades opérés pour appendicite aiguë, nous avons cru instructif de rapporter avec quelques détails les cas de mort et ceux qui ont présenté des complications graves après l'opération.

Nous nous proposons de revenir plus tard pour étudier certaines particularités du traitement de l'appendicite aiguë.

NETTOYAGES RADIOLOGIQUES AU COURS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

par

Louis ROUSSEAU

Chef de Clinique à l'Hôpital Laval

Après de trop nombreuses années d'hésitation, de méfiance vis-à-vis les traitements modernes de la tuberculose pulmonaire, la vulgarisation des méthodes collapsothérapeutiques prend un essor qui risque d'entraîner des abus contraires si ces traitements sont ordonnés en l'absence de connaissances suffisantes de la phtisiologie. Nos opinions se modifient avec les années et nous serions probablement gênés de soutenir ce qui nous paraissait autrefois la vérité et que nous interprétons maintenant de façon différente.

La compréhension de la pathologie pulmonaire n'est pas innée ; elle pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques pour les plus avertis.

C'est ainsi qu'avec raison, pour les besoins d'une lutte anti-tuberculeuse, on affirme qu'une tuberculose diagnostiquée et traitée au début guérit. Cette affirmation peut être vraie, en général, mais nous savons tous par expérience que des malades présentant un terrain défavorable n'ont pu enrayer l'action d'un bacille de Koch trop virulent. Par contre, des lésions pulmonaires importantes ont pu guérir même traitées tardivement.

Si nous ignorons ces faits, il nous arrivera de ne pouvoir cacher un sourire incrédule lorsque, après examen, un malade nous soutient qu'il a eu une cavité, le cliché nous montrant une plage pulmonaire intacte. Si dans bien des cas ces affirmations font partie d'un système d'exploitation, il arrive aussi qu'elles correspondent à des faits réels.

L'évolution d'un processus tuberculeux est sous la dépendance de nombreux facteurs dont nous n'apprécions que les plus évidents et c'est souvent après une observation prolongée que nous comprenons l'état anatomo-pathologique des lésions que nous avons à combattre.

CARENES
PARTIELLES
OU TOTALES
DE L'OVAIRE



DI-FOLLICULINE "MEURICE"

(BENZOATE D'ŒSTRADIOL)

AMPOULES INJECTABLES — AMPOULES COMPTE-GOUTTES — DRAGEES
ONGUENT (GYNONGUENT)

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

DI-FOLLICULINE



CALCITHÉRAPIE
GLUCOCHAUX "MEURICE"
(GLUCONATE CALCIQUE)

TABLETTES — GRANULES SUCRES

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

Glucochaux

Une connaissance aussi exacte que possible de la forme évolutive de la tuberculose pulmonaire est indispensable pour le choix du traitement à instituer. Des pneumothorax, thoracoplasties, etc., ont indiscutablement abrégé la vie de certains malades, mais il en est de plus nombreux qui seraient aujourd'hui vivants s'ils avaient pu bénéficier de ces mêmes traitements.

La radiographie a ses grandeurs et misères ; elle facilite les localisations, nous permet d'envisager avec plus de sécurité un traitement où l'intégrité d'un parenchyme est nécessaire, mais elle ne nous dit pas infailliblement s'il s'agit d'un processus caséeux, ulcéro-caséeux ou fibreux. Il s'ensuit que ce procédé d'investigation devient une arme dangereuse s'il n'est pas le serviteur de l'anatomo-clinique.

Après un coup d'œil rapide sur un cliché pulmonaire, on a trop tendance à se prononcer sur l'état anatomique des poumons, à engager l'avenir de l'affection en cause. La lecture d'un cliché offre de sérieuses difficultés ; telle image peut invoquer l'idée d'une granulie, d'une broncho-pneumonie, d'une caverne, mais les dessins micro-nodulaires, en mie de pain ou annulaires, ne correspondent pas nécessairement à ces états anatomiques.

Les interprétations radiologiques isolées et hâtives entraînent de graves inconvénients ; elles mettent en jeu la réputation de leur auteur et, ce qui est beaucoup plus grave, elles peuvent être préjudiciables au malade.

Nous demeurons convaincu que la tuberculose est encore la plus curable des maladies chroniques. Seulement, pour se faire une idée juste, il ne faut pas considérer seuls les bacillaires qui viennent mourir dans nos hôpitaux, mais au même titre tous ceux qui, le sachant ou non, ont été touchés dans le passé par le bacille de Koch. S'il nous était permis de prendre des radiographies pulmonaires chez tous les enfants entre 5 et 12 ans, à l'occasion d'accès fébriles soutenus, nous serions surpris de la fréquence des localisations pulmonaires qui sont sans doute passagères et curables même sans traitement approprié, mais qui n'en sont pas moins de nature tuberculeuse.

Lorsque l'on a assisté à ces nettoyages pulmonaires rapides (de nature tuberculeuse), on est en droit de se demander si certaines écoles où l'on applique systématiquement le pneumothorax ne sont pas dans l'erreur. Ces formes congestives, exsudatives ne paraissent pas justifiables de collapsothérapie.

Les formes de tuberculose de l'adulte nous sont mieux connues ou plutôt leurs évolutions défavorables. En toute justice, il est de notre devoir d'insister davantage sur les évolutions heureuses de la tuberculose pulmonaire.

Nous ferons défiler quelques clichés illustrant des nettoyages radiologiques : les uns se sont effectués sans traitement spécial, les autres au cours de collapsothérapies.

L'étude des nettoyages radiologiques inattendus est intéressante à faire de façon rétrospective à la lumière des faits cliniques. On s'aperçoit souvent que des résultats inespérés n'en eussent pas été si une interprétation plus conforme à l'état anatomo-pathologique eut été la résultante d'une meilleure observation clinique.

PREMIÈRE OBSERVATION

L. P. Le premier cliché que je vous présente appartient à une enfant de 12 ans, qui fut admise à l'hôpital, en avril 1935, pour une toux persistante depuis quelques mois et un état fébrile. Sur la radiographie, il y a une ombre annulaire au lobe supérieur droit ; il existe en plus une opacité homogène dont la limite inférieure est très nette à l'endroit de la scissure. Un dessin semblable peut en imposer pour une cavité, si l'on ne tient compte des faits cliniques seuls capables d'expliquer cette anomalie radiologique. En effet, il n'existait aucun signe cavitaire et l'enfant ne crachait pas. La recherche du bacille de Koch, faite en série, fut toujours négative et une inoculation au cobaye du liquide retiré de l'estomac ne tuberculisa pas l'animal. Cette ombre annulaire n'était vraisemblablement pas l'expression d'une cavité mais plutôt le résultat d'une réaction pleurale. Sur une seconde radiographie, tirée 50 jours après la première, il n'existe aucune trace de l'image pathologique constatée antérieurement.

Heureusement pour cette malade, aucun traitement en dehors de la cure hygiéno-diététique ne fut institué.

DEUXIÈME OBSERVATION

E. R. Une deuxième observation est celle d'une jeune fille de 14 ans, admise en novembre 1936, avec une fistule stercorale consécutive à une appendicectomie. Elle présentait en plus une localisation pulmonaire à la région inférieure du poumon droit. Comme on peut le voir sur une radiographie

tirée en février 1937, il existe une ombre annulaire ayant environ $2\frac{1}{2}$ centimètres de diamètre à la région inférieure du poumon droit. Comme il y avait des bacilles dans les expectorations et que la simple cure hygiéno-diététique ne paraissait pas favoriser la disparition de cette cavité, nous tentâmes à plusieurs reprises un pneumothorax artificiel qui fut impossible à réaliser. En mars 1938, un an plus tard, les dimensions de la cavité sont très réduites mais nous y voyons une petite ligne horizontale correspondant à des sécrétions. Le 11 juillet 1938, elle eut une phrénicectomie et sur une dernière radiographie, nous ne trouvons plus l'ombre annulaire. Nous nous demandons quelle a été la part de la phrénicectomie dans le résultat obtenu. Cette intervention, qui eut une vogue exagérée durant plusieurs années, a été en général appliquée à tort et à travers ; il est indiscutable, qu'elle a donné des résultats heureux souvent où on en attendait peu. Dans ce cas particulier, il faut retenir que déjà les dimensions de la cavité étaient moindres lorsque nous sommes intervenus et par suite il pourrait s'agir d'une simple coïncidence.

TROISIÈME OBSERVATION

M. L. est admis à l'hôpital le 12 janvier 1936. D'un niveau intellectuel inférieur à tout ce qu'on peut imaginer, il est impossible de situer dans le temps les premières manifestations de sa tuberculose. Il ignore d'ailleurs son âge que nous évaluons approximativement à 30 ans.

Une première radiographie pulmonaire montre une cavité au sommet droit dont le plus grand diamètre atteint $1\frac{1}{2}$ pouce. A la région moyenne, au sein d'une zone opaque, se trouvent trois petits dessins circulaires affectant la forme d'une feuille de trèfle. Le parenchyme pulmonaire gauche est tacheté.

Soumis à une cure sanatoriale, l'orientation de cette bacillose vers la guérison s'établit rapidement. Au mois d'août 1938, le résultat était à peu près complet. Son poids de 119 livres était passé à 157 livres, des séries d'exams de crachats donnaient un résultat négatif depuis au delà de un an et sur une nouvelle radiographie, il y a disparition des ombres annulaires visibles sur le cliché initial.

Il est assez singulier d'observer la rapidité de récupération qu'offre les pauvres d'esprits. Il existe, sans doute, une concentration de tous leurs

efforts vers un seul objectif, tous les soucis d'ordre moral étant au-dessus de leur compréhension.

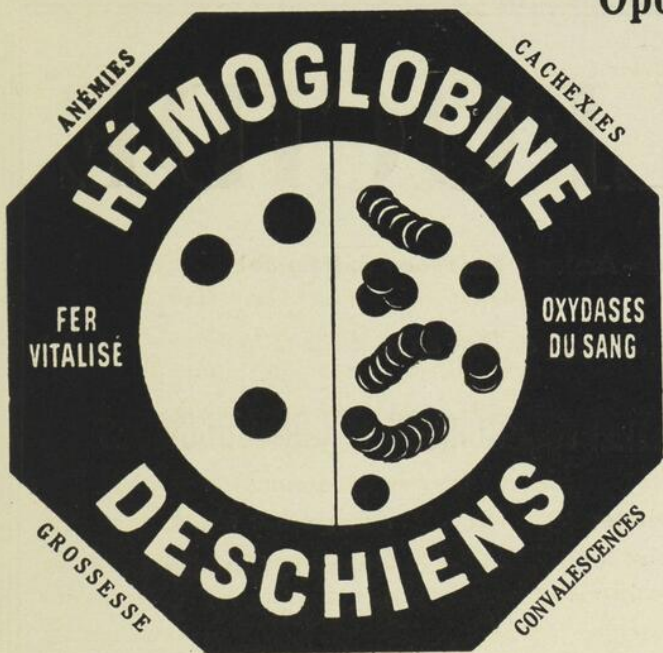
QUATRIÈME OBSERVATION

H. F. Un autre nettoyage, résultat d'une cure persévérante, nous est fourni par un homme de 38 ans, commis dans une taverne. H. F. est admis à l'hôpital le 18 octobre 1933. Depuis deux mois, il tousse et crache, a une température élevée. La sédimentation est à 131 mm., chiffre qui accompagne généralement des formes graves de tuberculose pulmonaire. Sur la radiographie pulmonaire le poumon droit est tacheté dans ses deux tiers supérieurs avec ici et là des zones plus claires. L'ensemble des signes cliniques et radiologiques nous fait porter le diagnostic de tuberculose ulcéro-caséuse grave. Comme le côté opposé était aussi le siège de localisations bacillaires, il ne nous vint pas à l'idée d'instituer un traitement par collapsus pulmonaire. Après quelques semaines, contrairement à nos prévisions, la fièvre tomba, la toux et les expectorations diminuèrent et le processus ulcéro-caséux fit place à un processus de fibrose. En l'espace de deux ans, les plages pulmonaires se sont nettoyées à peu près complètement. Sur un cliché tiré en 1938, on trouve des calcifications, un sommet droit moins transparent et quelques dessins assez denses correspondant à de la fibrose. Depuis plus de 4 ans, il n'y a plus de bacilles dans les crachats, la guérison se maintient.

CINQUIÈME OBSERVATION

G. C. Un autre nettoyage radiologique prouve la valeur de la cure hygiéno-diététique indépendamment de la collapsothérapie. Il s'agit d'un médecin qui fit, en 1933-34, un stage de un an comme interne dans notre hôpital. Une radiographie, prise alors, ne montrait aucune localisation pulmonaire. A la fin de janvier 1937, il fit une pneumopathie aiguë qui se prolongea outre mesure pour se révéler dans la suite de nature bacillaire. Moins d'un mois après le début des premières manifestations, il était soumis à une cure sanatoriale.

Sur la radiographie, il y avait une ombre annulaire à la région moyenne et externe du poumon gauche. Le poumon droit était le siège de locali-



Opothérapie

Hématique

SIROP de
DESCHIENS

à l'Hémoglobine

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et de
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, D^r en Ph^a, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e). — Agents Généraux: ROUGIER Frères, 350, Rue Le Moyne, Montréal.

au cours
de la **Grippe**
le **SIROP
FAMEL**
à base de Lactocréosote soluble
est une sauvegarde contre les
**COMPLICATIONS
PULMONAIRES**

Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
Laboratoires P. Famel, 16-22, rue des Orteaux, Paris-20^e

Distributeurs au Canada :
ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne — MONTRÉAL

SULFOCIDE

(Para - Amino - Benzene - Sulfamide)

à l'usage exclusif du médecin.

INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections Puerpérales	Amygdalite aiguë
Scarlatine	Impetigo Chronique
Septicémie	Méningite
Erysipèle	Otite moyenne
Arthrites suppurées	Gonorrhée

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

CONDITIONNEMENT :

En bouteilles de	25	tabs. de 5 grs.	—	doz.	\$	3.60
" " "	100	" " " "		ch.		.75
" " "	500	" " " "		ch.		3.25
" " "	1000	" " " "		ch.		6.00



Casgrain & Charbonneau, Limitée

MONTREAL

sations moins importantes à la région apicale. L'auscultation ne donnait aucun râle alvéolaire mais quelques crépitations sèches. Ce malade fit un an et demi de cure et sur un dernier cliché, nous ne trouvons plus que de petites taches denses, une opacité linéaire au sommet droit.

En supposant que le côté droit eut été intact, je me demande si nous aurions résisté à la tentation d'établir un pneumothorax pour ensuite conclure à l'efficacité de cette thérapeutique. Le hasard nous fournit parfois des leçons très instructives que nous ne devons pas oublier de mettre à profit.

SIXIÈME OBSERVATION

Nous avons présenté jusqu'ici des résultats pour la plupart attribuables à la cure hygiéno-diététique. Nous ne voudrions pas laisser croire que nous nous abstenons de recourir à la collapsothérapie. Le pneumothorax, la thoracoplastie, etc., ont à maintes reprises sauvé la vie des malades, mais ils ne peuvent être appliqués indifféremment à toutes les formes de tuberculose. La dernière observation que nous vous présentons démontre les services que peut rendre cette thérapeutique.

B. R., âgée de 21 ans, entre à l'Hôpital Laval, le 1er mai 1931, pour une tuberculose dont les premiers symptômes apparurent quatre mois auparavant. A l'examen physique, on trouvait tous les signes d'une lobite supérieure droite excavée. Sur une radiographie, ces signes correspondaient à un aspect floconneux de la région apicale, au sein duquel se trouvait une ombre annulaire. Cette image anormale avait une démarcation scissurale assez nette. Un pneumothorax fut institué peu de temps après son admission et, après quelques insufflations, un nouvel examen radiographique mit en évidence deux cavités ayant chacune un diamètre approximatif de un pouce. Trois mois plus tard, les dimensions de ces cavités étaient très réduites, la température était normale, il n'y avait que peu d'expectorations. Au mois de juin 1932, il n'y avait plus trace des cavités pulmonaires, aucun signe objectif ou subjectif d'activité. Ce pneumothorax a toujours été entretenu depuis, non pas que nous le considérions nécessaire mais pour satisfaire aux exigences de cette personne qui craint une reprise de sa bacillose après l'abandon du traitement.

Nous n'oserions tirer des conclusions de faits isolés, spécialement choisis à l'appui de certaines prétentions. Cependant, des exemples de cet ordre incitent à la prudence en face d'un cliché radiographique.

Nous devons utiliser sans emballement, avec un sens critique, les procédés nouveaux de traitement. L'axiome de Forlanini « Supprimer, sans vouloir tout prévoir, le foyer qui constitue un danger pour la vie » reste vrai, mais il ne doit pas servir à abriter des erreurs grossières.

La phrénicectomie, le pneumothorax, la thoracoplastie sont de nouveaux états pathologiques qui réclament des indications précises, qui s'accompagnent souvent d'accidents graves. Aussi, avant de décider des opérations aussi importantes, nous ne saurions être trop prudents.

Les connaissances en phtisiologie s'acquièrent petit à petit avec les années et, à défaut de cette expérience, nous pouvons utiliser avec profit celle de nos maîtres.

Le professeur Sergent, dont personne ne saurait mettre en doute la haute compétence en pathologie pulmonaire, après une étude approfondie, tant clinique que radiologique, n'institue jamais un pneumothorax avant une période d'observation de quelques semaines. Cette sage pratique permet de diminuer le nombre des interventions inutiles.

Des résultats remarquables ont été attribués à la collapsothérapie ; des guérisons complètes de lésions anatomiques identiques ont aussi été observées à la suite de cure sanatoriale simple.

Les conditions qui favorisent ces processus de guérison ne nous sont pas parfaitement connues et la rigueur scientifique nous force à constater objectivement des faits pouvant être attribuables à des facteurs variés.

TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES ET DES RETARDS DE CONSOLIDATION PAR LA MÉTHODE DE BECK

par

Charles VÉZINA

Chef de Service à l'Hôtel-Dieu

et

L.-P. ROY

Assistant à l'Hôtel-Dieu

Le traitement chirurgical des retards de consolidation et des pseudarthroses constitue un chapitre difficile de la chirurgie osseuse. Les indications opératoires sont délicates à poser, les interventions nécessitent une minutie extrême et leurs résultats sont assez souvent décevants écrivaient Lecène et Huet en 1929.

Nous savons tous que le nombre des accidentés de l'automobilisme et du travail va sans cesse grandissant, qu'il comporte souvent des fractures. Et, d'après Hey-Groves, l'absence de consolidation osseuse surviendrait dans 4 à 5% de toutes les fractures, 3% selon Scudder. Il faut tenir compte, dans la formation des pseudarthroses, des fractures diaphysaires ou intra-articulaires des os fracturés. L'humérus, le fémur, le tibia, selon les statistiques générales, apportent surtout des pseudarthroses.

Les causes générales invoquées : tuberculose, diabète, rachitisme, ralentissent certes la formation du cal mais ne l'empêchent pas, et, Bohler fait remarquer justement que, toute proportion gardée, la pseudarthrose est plus fréquente chez l'homme sain adulte que chez la femme.

La pseudarthrose relève le plus souvent de causes mécaniques :

- a) Perte de substance osseuse ;
- b) Interposition interfragmentaire ;
- c) Mauvaise réduction.

Le plus souvent selon Bohler, il s'agit d'un traitement défectueux, mal conduit, en particulier d'une immobilisation trop courte et souvent interrompue.

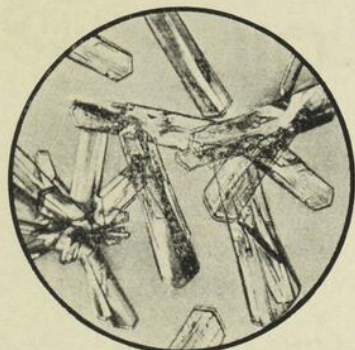
La durée de consolidation varie avec les os, mais pour un même os, elle dépend de la variété de fracture, de sa situation, de l'âge du blessé et de son état général. Ainsi nous savons tous que les fractures transversales du tibia au tiers inférieur, celles du radius au tiers moyen, consolident lentement; celles du col fémoral, du scaphoïde carpien aboutissent très souvent à la pseudarthrose.

Selon le chirurgien viennois, l'ostéosynthèse primitive des fractures avec corps étrangers volumineux est encore une cause de non consolidation. Henderson de la Clinique Mayo, sur 211 pseudarthroses trouve dans 66% une ostéosynthèse faite avec des plaques volumineuses. Il ressort donc que le plus souvent la pseudarthrose résulte du traitement.

Nous passons ici sous silence la pathogénie et les formes cliniques de pseudarthrose, ces considérations dépassent l'objet du travail.

Avant d'exposer les modalités de ce traitement, rappelons qu'il y a une prophylaxie des pseudarthroses. Elle consiste à réduire aussi exactement que possible les fragments osseux ; à les maintenir constamment en bonne position jusqu'à consolidation ; à éviter dans les fractures ouvertes, l'ablation d'esquilles larges et l'emploi de volumineuses prothèses métalliques ; à proscrire le massage et la mobilisation intempestive du foyer de fracture durant la formation du cal.

Quel traitement convient-il d'appliquer aux retards de consolidation ? Il importe surtout de vérifier la bonne réduction et le bon maintien du foyer de fracture. S'il y a lieu, voir aussi à l'état général. Les remèdes locaux ou internes les plus divers : préparations calciques, préparations thyroïdiennes n'ont jamais rien donné selon Bohler. Ce chirurgien, sur plus de 15,000 cas, n'a jamais rien donné et toujours il a obtenu une consolidation, à moins d'une perte de substance osseuse marquée. Le meilleur moyen d'aider la formation du cal est l'utilisation du membre fracturé. Les pres-



Vitamine E
dite de fertilité

LA PREMIERE

Vitamine E pure

(acétate de dl-alpha-tocophérol)

EPHYNAL

"ROCHE"

pour une grossesse
normale

**LORS DE TENDANCE À L'AVORTEMENT SPONTANÉ
ET À L'ACCOUCHEMENT DE PRÉMATURÉS**

Flacon de 30 comprimés
à 3 mgm.

Un à deux comprimés
par jour.

MEMENTO MEDICE!

Toutes les affections
pulmonaires
bronchites, grippe

SIROP "ROCHE" au thiocol

orexique, eupeptique

HOFFMANN-LA ROCHE
LIMITÉE
Montréal





BIS-KAM-OIL



TRAITEMENT RATIONNEL
des affections gastro-intestinales
par le poudrage

Indications :

DYSPEPSIES ● HYPERCHLORHYDRIE
AÉROPHAGIE ● AIGREURS
OXYURASE ● CONSTIPATION

Pour les lésions du côlon, de l'ampoule rectale et de la région ano-sphinctérienne :
le **BIS-KA-MA** suppositoire
et le **BIS-KA-MA** pansement recto-colique
complètent l'action du BIS-KAM-OIL

Agent Général :
J. EDDÉ, LIÉ MONTRÉAL

Laboratoires
du D^r Pierre ROLLAND et DURET & RÉMY réunis
ASNIÈRES près PARIS

Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES

IODOGÉNOL

PÉPIN.

Pas d'Iodisme

LABORATOIRES PÉPIN et LÉBOUCQ, PARIS.
J. EDDÉ Limitée, Montréal, Agent général.

sions intermittentes, dans l'axe longitudinal de l'os, excitent la formation du cal. La sympathectomie péri-artérielle de Leriche a souvent été utilisée. La méthode de Beck agit très bien dans les retards de consolidation ; nous verrons bientôt en quoi elle consiste.

La pseudarthrose constituée que faut-il faire ?

Certains principes généraux sont très importants à noter.

1° N'intervenir que sur un foyer de pseudarthrose absolument aseptique. Le microbisme latent est connu et vouloir opérer trop tôt peut amener des désastres.

2° Corriger d'abord les difformations qu'aura pu amener la pseudarthrose.

3° Réparer d'abord les lésions nerveuses, s'il y en a.

4° Enlever le tissu cicatriciel: c'est indispensable si on veut faire une greffe.

Dès que la préparation du terrain est faite, il faut intervenir.

Nous disposons à l'heure actuelle de plusieurs procédés :

1. *La Résection* des extrémités osseuses sclérosées sans ostéosynthèse, procédé très simple, souvent insuffisant, qui comprend l'ablation du tissu fibreux interposé, l'avivement en os sain et l'immobilisation en contact. Ce procédé n'assure pas la contention et Leriche disait, en 1928, qu'il avait donné 50% d'insuccès.

2. *L'Ostéosynthèse* surtout applicable si les extrémités osseuses sont peu éloignées, peu éburnées, bien vascularisées et avec perte de substance peu étendue. Le premier temps de ce procédé sera la méthode précédente. Le métal employé sera le moins toxique pour l'os. D'après les travaux d'Odiette et de Ménégaux, ceux de Pouyane et de Crétin, ce sera le nicral D ou le Stainless. Si on emploie des lames, il est bien important de donner juste la tension nécessaire sur l'os ; les vis devront bien fixer la lame en mordant bien dans la corticale. Si l'on se sert de lames de Parham, de fil de fer, dans les fractures obliques par exemple, il est plus prudent d'en mettre deux.

3. *La greffe osseuse* pédiculée ou non s'emploie de plus en plus maintenant pour traiter les pseudarthroses. Parler de la biologie des greffes osseuses, des multiples théories émises à ce sujet n'est indiqué ici. Nous nous sommes servis pour nos pseudarthroses tantôt de greffons massifs prélevés sur le tibia, tantôt de greffons ostéo-périostiques de *Delageinere*. Nous

n'avons aucune expérience de l'os purum ou de l'os norum. Il va sans dire que la mise en place du greffon est précédée de l'avivement des fragments osseux, de l'ouverture du canal médullaire.

4. La perforation des extrémités osseuses proposée par Beck en 1929. Cette méthode consiste à faire, à travers la peau ou après son excision, à l'aide d'une fine mèche, de 20 à 40 perforations obliques, traversant un des fragments puis l'autre. Ce forage fait communiquer les espaces médullaires des deux fragments, y amène du sang et de la poussière d'os susceptible de favoriser l'ostéogénèse. L'un de nous a eu l'occasion de voir Bohler et Felsenreich faire ces perforations, à ciel ouvert, à l'aide de mèches de 4 à 5 millimètres. Plusieurs chirurgiens se servent même de fraises de 8 à 10 millimètres. Pour une pseudarthrose, il faut faire la découverte chirurgicale du foyer ; s'il s'agit simplement d'un retard de consolidation, la perforation à travers la peau et les autres tissus mous peut se faire sans inconvénient.

Dans les quelques cas que nous rapportons, nous avons procédé ainsi :
Découverte du foyer de fracture.

Excision du tissu fibreux interfragmentaire et ablation du tissu osseux éburné, jusqu'à ce que nous soyons sur un os saignant et sain d'apparence.

Perforations multiples, de 20 à 30, convergeant vers le foyer de fracture.

Prélèvement de greffons ostéo-périostiques mis au contact de la pseudarthrose.

Maintien en place des extrémités fracturées par un double fil d'acier inoxydable. Deux fois, nous avons dû tailler les extrémités en « marche d'escalier » pour obtenir une bonne fixation. Nous n'avons pas eu recours aux plaques avec vis.

Il va sans dire que le tout se termine par une immobilisation plâtrée très longue, prenant les articulations voisines : sus et sous-jacentes. Pour une pseudarthrose du radius, nous avons immobilisé l'avant-bras 85 jours ; pour le tibia en moyenne 102 jours, pour le fémur, 4 mois. Toujours une consolidation osseuse parfaite a été obtenue. Il est très important, croyons-nous, d'ouvrir le canal médullaire et d'amener au niveau de la pseudarthrose beaucoup de poussière d'os et de sang. Trois fois, nous avons dû nous servir d'un greffon libre, par suite de grosse perte de substance osseuse ; une fois, il a été placé dans le canal médullaire même, les deux autres fois sur la face interne du tibia préparée pour recevoir le greffon. Le greffon est

conservé dans une éponge inhibée de sang venant de la plaie opératoire ; on doit le manipuler avec douceur et n'y pas toucher avec nos gants. Voici quelques observations de pseudarthrose. Toutes portent sur des cas opérés depuis au moins un an.

PREMIÈRE OBSERVATION

M. Y. T., 26 ans. Fracture ouverte des deux os de l'avant-bras droit au tiers inférieur. Cubitus bien consolidé. Aucune trace de cal sur le radius après 10 mois. *Opéré le 28 avril 1937.* Excision du tissu scléreux, avivement des extrémités fracturées. Perforations multiples et greffons ostéo-périostiques. Plâtre montant au-dessus du coude laissé en place 85 jours. Le patient revu en octobre 1938, pour une autre affection, montre un radius tout à fait solide.

DEUXIÈME OBSERVATION

M. V. F., 23 ans. Fracture des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur datant de 7 mois. Aucune trace de cal. *Opéré le 23 janvier 1937.* Ablation du tissu fibreux interfragmentaire et avivement des extrémités fracturées. Taille en marche d'escalier des fragments. Perforations multiples des extrémités et greffons ostéo-périostiques. Plâtre bivalve laissé 90 jours. Une radio montre alors un cal encore incomplet. Nouveau plâtre pour un mois et demi et marche. Quatre mois et demi après l'intervention, jambe très solide.

TROISIÈME OBSERVATION

J. C. R., 25 ans. Retard de consolidation du tibia gauche au tiers inférieur datant de 5 mois. *Opéré le 20 octobre 1937.* Même intervention que ci-haut décrite. Il y avait ici un chevauchement de trois centimètres. Plâtre nouveau après 65 jours. Le dernier examen avec radiographie date du 27 mars 1938 ; alors la consolidation est à peu près complète. Le patient n'a pas été revu depuis.

QUATRIÈME OBSERVATION

M. G. D., 25 ans. Fracture du fémur droit, amené à l'hôpital 45 jours après l'accident. Pose d'une broche de Kirshner. Douze jours plus tard,

les fragments sont en place, on continue l'immobilisation durant deux mois ; alors une radio ne montre aucune trace de cal.

Intervention le 16 décembre 1937. L'ablation du tissu scléreux faite, taille des extrémités en marche d'escalier, catgut chromique pour les maintenir en place et plâtre. Deux mois plus tard, l'aspect radiographique est le même. Deuxième intervention le 4 mars 1938. Perforations multiples et greffons périostiques suivi d'un grand plâtre.

Trente-sept jours plus tard, début de cal qui est complet sur une radiographie prise le 2 juillet. Depuis août 1938, marche reprise.

CINQUIÈME OBSERVATION

M. J. D., 58 ans. Pseudarthrose de l'extrémité inférieure du tibia droit datant de 10 mois. *Opéré le 19 septembre 1935.*

Multiplés perforations dans le foyer découvert et avivé. Greffons ostéo-périostiques. Plâtre pour trois mois. Le 30 janvier, la radiographie montre une consolidation très avancée. Ce malade, revu plusieurs fois depuis, a une jambe très solide.

Nous avons aussi actuellement quelques malades qui ont été traités de la sorte mais chez qui le recul du temps ne nous permet pas encore de juger du résultat.

VOLUMES CONSULTÉS

- CORNIOLEY, C. E. *L'ostéosynthèse des os longs.*
 DANIS, R. *Technique de l'ostéosynthèse.*
 LEVEUF, GIRODE et MONOD. *Traitement des fractures et des luxations des membres.*
 COUVELAIRE, LEMIERRE et LENORMANT. *Pratique médico-chirurgicale*, t. VII, 3e édition.
 POLICARD, A. *Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique.*
 MAGNUSON. *Fractures.*
 WILSON. *Management of fracture and dislocations.*
 BEGOUIN. *Précis de Pathologie chirurgicale*, t. VI.
 BOHLER. *Traitement des fractures, la technique.*
 LERICHE et LECENE. *Thérapeutique chirurgicale*, vol. 1.
 OMBREDANNE et MATHIEU. *Traité de Chirurgie orthopédique*, t. I.

UROPAZINE

GOUTTE, RHUMATISME, SCIATIQUE



CONTIENT
DU SOUFRE
COLLOÏDAL

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT



PIPERAZINE

HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE

SOUFRE COLLOÏDAL

FORMIATE DE LITHINE



INDICATIONS :

RHUMATISME GOUTTE SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL

34, rue Godot de Mauroy

-

PARIS, France

Représentants exclusifs pour le Canada et les Etats-Unis:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, avenue McGill College - MONTREAL

ANALYSES

André CHALIER (Lyon). **La prévention et le traitement abortif des phlébites post-opératoires.** *Presse Médicale*, 10: 1345, (sept.) 1938.

Toutes les opérations abdominales sont susceptibles de donner des phlébites. Les malades les plus exposés sont les femmes ayant dépassé la quarantaine, grosses, présentant des troubles glandulaires et cardio-rénaux avec une tension artérielle basse. Chez elles, on trouve une augmentation de la viscosité et de la coagulation sanguines.

Prévention : Pas d'immobilisation inutile au lit *avant l'intervention* ; surveiller la tension, le temps de coagulation et l'infection. *Pendant l'intervention*, éviter de traumatiser les gros vaisseaux. *Après l'opération*, il faut surtout compter sur le *lever précoce*, qui peut s'effectuer 9 fois sur 10 à partir de la 48^e heure. Surveiller le pouls, la tension et le temps de coagulation.

Traitement abortif : Si l'on constate une accélération du pouls, une élévation de la température, une douleur au mollet, du gonflement au pied et à la jambe, il faut aussitôt appliquer le traitement suivant :

- 1.— Appliquer une bande Velpeau et intensifier la marche.
- 2.— Pendant le repos, mettre des pansements humides chauds.
- 3.— Lever le pied du lit, pour favoriser la circulation de retour.
- 4.— Donner des toni-cardiaques pour activer la circulation.
- 5.— Donner des anti-coagulants : citrate de soude, 4 à 6 gr. par jour ; appliquer tous les jours 3 sangsues à la racine de la cuisse.

La température baisse et le pouls se calme en 2 ou 3 jours et le gonflement disparaît en 6 à 8 jours.

L'auteur constate que, dans les dix dernières années, parmi les 2000 opérations abdominales où il a pratiqué le lever précoce, pas une seule des 50 menaces de phlébites qu'il a observées ne s'est rendue à maturité complète.

Il n'applique ce traitement qu'aux justiciables du lever précoce, il ne s'adresse donc pas aux malades qui sont restés couchés ni à ceux dont la phlébite est étendue à tout le membre.

Il n'a pas observé une seule embolie mortelle.

Pierre JOBIN.

M. H. MULLER, LALIGNIÈRE, GLAND (Suisse). **La Vitamine B¹ dans la ration alimentaire et la question du pain.** *Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nut.* 28 ; 5 : 475, (mai) 1938.

De nombreuses observations ont permis de mettre en évidence l'importance de la Vitamine B¹ dans l'alimentation. Cette vitamine doit toujours se trouver en proportion notable dans la ration. La Vitamine B¹ joue un rôle de premier plan dans le métabolisme des glucides ; elle intervient encore dans le métabolisme des protides et des lipides dans la mesure où ceux-ci se transforment en glucides dans l'organisme. C'est la difficulté d'utiliser ces derniers qui est à la base des manifestations béribériques. La carence en Vitamine B¹ se fait particulièrement sentir au niveau du tube digestif ; les troubles digestifs frustes peuvent être la conséquence de cette carence et, par leur chronicité, être à leur tour la cause de carences plus étendues et plus variées.

Des expériences très précises ont montré que la richesse de la ration alimentaire en vitamine B¹ doit être en rapport direct avec sa teneur plus ou moins grande en hydrates de carbone.

La Vitamine B¹ se retrouve principalement dans les légumes, surtout les légumes verts, les céréales dont le germe en est très riche, dans la levure de bière qui en contient des quantités notables ; les aliments d'origine animale n'en sont point dépourvus.

Une ration de 3,000 calories doit contenir une moyenne de 500 à 1,000 unités internationales de Vitamine B¹. Cette vitamine est souvent en quantité insuffisante dans l'alimentation moderne, grâce à l'abus de sucres divers, de céréales et de farineux trop purifiés, et surtout grâce à la consommation excessive de pain blanc, de pâtisseries légères fabriqués à partir de farine hautement blutées, presque totalement dépourvues de Vitamine B¹ ; ce qui fait que les avitaminoses B¹ frustes se manifestent par de troubles digestifs légers, sont beaucoup plus fréquentes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient autrefois.

CADMINE

Le Nouveau Tonique Nutritif
pour Convalescents
et Enfants dans la Croissance



Conditionné en boîtes
métalliques non lithographiées.
Contenance 225 grammes.

- possède un potentiel vitaminique A et D quatre fois plus élevé que l'huile de foie de morue de bonne qualité.
- renferme du phosphore et du calcium.
- granulé, friable, chocolaté.
- assimilation sans l'intolérance que provoquent souvent les concentrés d'huile de poissons.

●
Formule par cuillerée à thé :

Provitamine A	10,000 u.i.
Vitamine D	1,700 u.i.
Phospho-gluconate de cal.	3 gram.
Saccharose et chocolat	2 gram.

LE LABORATOIRE DU BISMOL

945, rue Côté, MONTRÉAL



L'hormonothérapie

femelle

**CIBA PRÉSENTE SES NOUVELLES PRÉPARATIONS HORMONALES
FEMELLES, APPRÉCIABLES QUANTITATIVEMENT ET DOSABLES
PONDÉRALEMENT**

L'oestradiol (et ses esters) ainsi que la progestérone, corps chimiquement purs, sont maintenant offerts à la profession médicale par la Ciba. Des investigations cliniques approfondies ont montré d'une façon concluante l'efficacité thérapeutique de ces substances.

Substances œstrogènes

OVOCYLINE (*oestradiol*)

Comprimés — Suppositoires — Onguent

BEN-OVOCYLINE (*benzoate d'oestradiol*)

Ampoules pour injections intramusculaires

DI-OVOCYLINE (*dipropionate d'oestradiol*)

Ampoules pour injections intramusculaires

Hormone du corps jaune

LUTOCYLINE (*progestérone*)

Ampoules pour injections intramusculaires

Des données concernant les effets physiologiques, les indications et le schéma de posologie de ces nouveaux produits "CIBA" ont été réunies en un opuscule dont une copie sera volontiers envoyée sur demande à MM. les Médecins.

COMPAGNIE CIBA LTÉE. - MONTRÉAL

Pour remédier à cette carence l'auteur conseille l'usage des légumes verts, des germes de blé, de la levure de bière. Mais pour des raisons économiques ou autres, il est préférable d'élever le taux d'extraction de la farine panifiable à 85% — sinon à 95% — en récupérant également les germes. L'usage de ce pain intégral permet d'enrichir la ration journalière en Vitamine B¹ (150 à 200 unités internationales) et ainsi d'éviter l'apparition du bérébéri ou des avitaminoses B¹ frustes. En Suisse, l'usage de ce pain intégral, pratiqué sur une haute échelle, semble avoir donné d'excellents résultats.

H. NADEAU.

Pr. RINA-SIMONETTI-CUIZZA (Turin). **Études étiopathogéniques sur la chorée de Sydenham et son traitement par la liqueur de Boudin.** *Archives de Médecine des Enfants* 41 : 7 : (juillet) 1938.

Ce travail est inspiré par l'observation de 139 cas de chorée sur une période de 37 ans. Tous ces cas ont été hospitalisés. L'âge comme facteur étiologique est situé entre 8 et 11 ans, soit 37.4%.

Le facteur saison divisé en semestres afin de pouvoir comparer les chiffres avec ceux d'autres auteurs a révélé une incidence étiologique à peu près semblable à celle déjà obtenue soit 53.4% de novembre à avril, et 46.4% de mai à octobre.

Un autre facteur étiologique a été analysé, c'est l'ensemble du terrain constitutionnel. A la lumière des antécédents familiaux et personnels névropathiques, ou par la présence de signes somatiques et psychiques de dégénérescence qui témoigneraient de « l'abaissement du seuil de l'excitabilité des voies sensitives cérébrales vis-à-vis des causes extérieures » toxiques ou infectieuses, l'auteur constate là un facteur largement représenté.

Le rôle de l'infection rhumatismale est plus largement développé surtout dans ses relations avec la chorée. L'auteur insiste sur cette conception que l'on doit avoir du rhumatisme en le considérant non plus comme une infection à localisations objectives ou subjectives, mais bien comme une entité morbide autonome dont l'anatomie pathologique serait le criterium. La possibilité d'une telle dualité explique la discordance statistique dans la relation rhumatisme et chorée. L'auteur signale la coexistence des deux

maladies dans ses cas, dans la proportion de 61%. Les autres infections ont paru jouer un rôle mais déjà plus restreint, 6 cas seulement, parce qu'elles sont éliminées comme causes prédisposantes, si elles ont existé un mois avant le début de la chorée, et Cuizza conseille de vérifier toute statistique à ce point de vue.

La nature syphilitique ou tuberculeuse de la chorée est à mettre de côté.

Le trauma psychique, y compris l'amygdalectomie envisagée sous cet angle a pu être invoqué dans 22% des cas.

Le seul traitement employé, depuis 35 ans a été l'arsenic sous forme de liqueur de Boudin, et l'auteur s'est servi de la formule établie par J. Comby, cinq grammes par jour en augmentant de 5 grammes par jour jusqu'à 25 ou 30 grammes par jour suivant l'âge, et en décroissant de même. Il suffit de délayer la dose journalière dans 200 grammes d'eau et de l'administrer en en donnant une partie dans 200 grammes d'eau ou de lait aux 2 ou 3 heures.

C'est cette méthode qui est la plus sûre et qui offre le moins de danger car tous les malades guéris (94 sur 139) ont présenté une évolution n'excédant pas 3 semaines. Tous les autres traitements sont rapidement analysés, et ne paraissent pas devoir supplanter la liqueur de Boudin.

Marcel LANGLOIS



*Page(s) manquante(s)
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BAnQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 