Tome 74 — Numéro 12 MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1945

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT
326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal
Tél.: LAncaster 9888

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

"Profondeur Six Brasses"

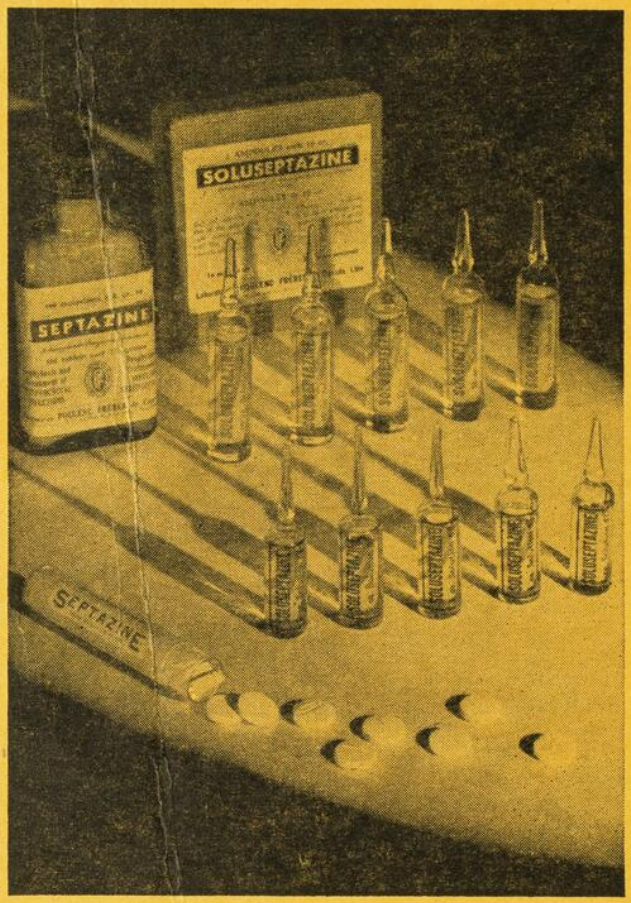
"PROFONDEUR SIX BRASSES"— eau navigable, tel est le cri de l'homme de sonde, de son poste à la proue du navire. Des sondages continuels assurent la course d'un navire à travers le brouillard et les détroits dangereux . . . dernière vérification des instruments et des calculs du navigateur.

Depuis plus de soixante-neuf ans, Eli Lilly and Company s'est toujours efforcée à sauvegarder les intérêts du médecin et de consolider son prestige, en plaçant à sa portée des produits pharmaceutiques de haute qualité. Une ordonnance spécifiant une préparation "Lilly" assure au patient un médicament de haute renommée. Ces produits peuvent être obtenus dans toutes les pharmacies d'ordonnances.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED • TORONTO, ONTARIO Lilly

CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE PAR LES DÉRIVÉS SULFAMIDÉS

"Poulenc"



Voie buccale:

- SEPTAZINE
- SEPTOPLIX
- DAGENAN
- SULFATHIAZOLE
- SULFADIAZINE

Voie injectable:

- SOLUSEPTAZINE
- SOLUDAGENAN
- SOLU-THIAZOL
- SOLUDIAZINE

AUTRES FORMES

Poudres Stérilisées: Ampoules scellées — Enveloppes "Sterifolds"
Pommades: SULFATHIAZOLE — DERMOSEPTAZINE — SOLUSEPTAZINE
Emulsion: SULFATHIAZOLE

Laboratoires Poulenc Frères
DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

Une étude d'Aristide Maillol; reproduite du livre illustré "Maillol", publié par la Hyperion Press.

Au moment de la Ménopause

Que les symptômes soient graves ou bénins, tous les cas de ménopause peuvent être traités efficacement par ces oestrogènes naturels, actifs par voie buccale—"Prémarine" (No 866) dans le traitement des troubles graves; "Prémarine" Demi-dose (No 867)*, lorsque les symptômes sont moins fortement accusés et "Emménine", dans le traitement des troubles bénins.

Ayerst

"PRÉMARINE" et "EMMÉNINE"

oestrogènes conjugués (équins) — *oestrogènes conjugués (placentaires)*

DE PROVENANCE NATURELLE • HYDRO-SOLUBLES • BIEN TOLÉRÉES
D'UNE PARFAITE INNOCUITÉ • PROCURENT UNE SENSATION D'EUPHORIE

*La "Prémarine" Demi-dose est un nouveau dosage pour les patientes dont l'état, bien que présentant des symptômes graves, ne requiert pas une médication aussi active que la "Prémarine" originale.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • **MONTRÉAL, CANADA**

278F

SOMMAIRE

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES 1667

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES 1675

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS 1678

BULLETIN

Roma AMYOT
Nos souhaits 1680

LES NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE ET CHIRURGIE

Jean SAUCIER
Les nouveautés en neuro-psychiatrie 1682

J.-C. FAVREAU
Les nouveautés en orthopédie 1687

Adrien PLOUFFE
Les nouveautés en hygiène et en médecine préventive 1694

Jean-Paul BOURQUE
Les nouveautés en urologie 1698

La COQUELUCHE... Prophylaxie et Traitement

Ayerst No 486

VACCIN-TOXOÏDE COQUELUCHEUX

Le seul vaccin qui vous aide à procurer cette *double* immunité contre la coqueluche:

(1) immunité contre les organismes H. pertussis et

(2) immunité contre l'endotoxine produite par les organismes H. pertussis.

Flacons de 6 cc. et 24 cc.

Ayerst No 489

ANTITOXINE COQUELUCHEUSE ET SÉRUM ANTIBACTÉRIEN COMBINÉS (LAPIN)

Pour le traitement au cours des phases actives et pour l'immunisation passive

Flacons de 10 cc. avec capsule de caoutchouc

Aussi: Toxine coquelucheuse pour l'Épreuve de Strean (No 497)—boîtes de 10 et 100 épreuves

Tous les produits anticoquelucheux Ayerst sont préparés et titrés sous la surveillance du Professeur E. G. D. Murray, Laboratoire de Bactériologie et d'Immunité, Université McGill.

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CANADA

330F

BES-MIN

Perfectionnement thérapeutique du

COMPLEXE VITAMINIQUE "B"

NATUREL

en association avec les

SELS MINÉRAUX ESSENTIELS

Un excellent tonique stimulant, agréable au goût.

Formule par cuillerée à soupe (15cc.)

VITAMINES	
B_1 (Chlorure de Thiamine)	1.2 milligrammes
B_2 (Riboflavine)	668 microgrammes
B_6	100 milligrammes
Acide Nicotinique	10 milligrammes
Acide Pantothenique	268 microgrammes
Filtrat (Jukes-Lepkovsky)	18 unités
MINÉRAUX	
Glycerophosphate de Calcium	12.55 milligrammes
" Manganèse	2.2 milligrammes
" Sodium	13.4 milligrammes
" Potassium	11.8 milligrammes
Phosphore	23.8 milligrammes
Véhicule stomachique et digestif Q. S.	15 c.c.

Indications

Névrites, anorexie, fonctionnement gastro-intestinal défectueux, retard de croissance chez les nourrissons chaque fois que ces troubles relèvent d'une avitaminose B. Avant et après les interventions chirurgicales, au cours de la grossesse et de la lactation, pendant la convalescence des maladies infectieuses, dans l'alcoolisme, etc., afin d'assurer dans l'organisme un taux normal du Complexe Vitaminique B.

Produit des

LABORATOIRES ANDROMACHUS

22 East 49th Street, New York City - New York, U.S.A.

Fabricants et Concessionnaires au Canada :

ROUGIER FRÈRES

350 rue Le Moyne Montréal

AVANTAGES DU BES-MIN

1. BES-MIN fournit les sels minéraux en même temps que le Complexe Vitaminique B nécessaires au métabolisme normal.
2. BES-MIN renferme le Complexe Vitaminique B NATUREL (extrait du son de riz).
3. BES-MIN est très agréable au goût et possède des propriétés apéritives remarquables.
4. BES-MIN possède également des propriétés digestives et stomachiques grâce à son véhicule spécial.
5. BES-MIN contient une faible teneur alcoolique (seulement 5%), ce qui en permet l'administration aux enfants et même aux nourrissons.
6. BES-MIN n'est présenté que sous forme liquide pour une meilleure absorption.
7. BES-MIN est un produit de prescription strictement médicale.

Présenté en flacons de 12 oz., 1/2 et 1 gallon.

SOMMAIRE

(Suite)

RECUEIL DE FAITS

Roma AMYOT

Un cas de paraplégie traumatique par hématorachis 1701

Jean AUDET-LAPOINTE

Transplantation cornéenne. Observation personnelle 1703

J.-René ROUX

Le chordome sacro-coccygien 1707

MOUVEMENT MÉDICAL

Urgel GARIÉPY, Marcel LAMOUREUX et René GRIGNON

Anesthésie par réfrigération 1711

Georges DESHAIES

Suppurations pulmonaires: lobectomie et pneumonectomie 1721

Gérard De MONTIGNY

Prothèse maxillo-faciale 1727

L. MANTHA

Traitement local du rhume de cerveau par l'huile de foie de morue . . 1735

UTILISÉE DANS LES INSTALLATIONS INDUSTRIELLES

• Stabilisée selon une pression osmotique équivalente à celle des larmes, à une alcalinité et une isotonicité précises, la Murine est recommandée dans les premiers soins comme traitement adjuvant immédiat dans les accidents causés par des étincelles provenant de machines à souder et dans les brûlures par les acides, lorsque le temps est un facteur si important pour enrayer de tels effets caustiques. On l'utilise aussi pour soulager l'irritation des yeux causée par la lumière vive, les poussières, les vapeurs chimiques, les parcelles métalliques et la fumée.

Les yeux rougis, irrités ou enflammés n'ont pas toujours pour cause l'envahissement microbien de la conjonctive. Par exemple, les peintres employant le vernis-laque souffrent souvent d'inflammation des yeux; les rayons ultra-violets projetés par les soudeurs électriques sont très irritants pour les yeux. Beaucoup d'autres éléments entrent en cause dans les installations industrielles, telles que les vapeurs chimiques et les poussières qui sont une source de malaises pour les ouvriers.

La Murine a depuis longtemps été utilisée comme moyen efficace et sûr de nettoyer la membrane muqueuse des yeux et des paupières.

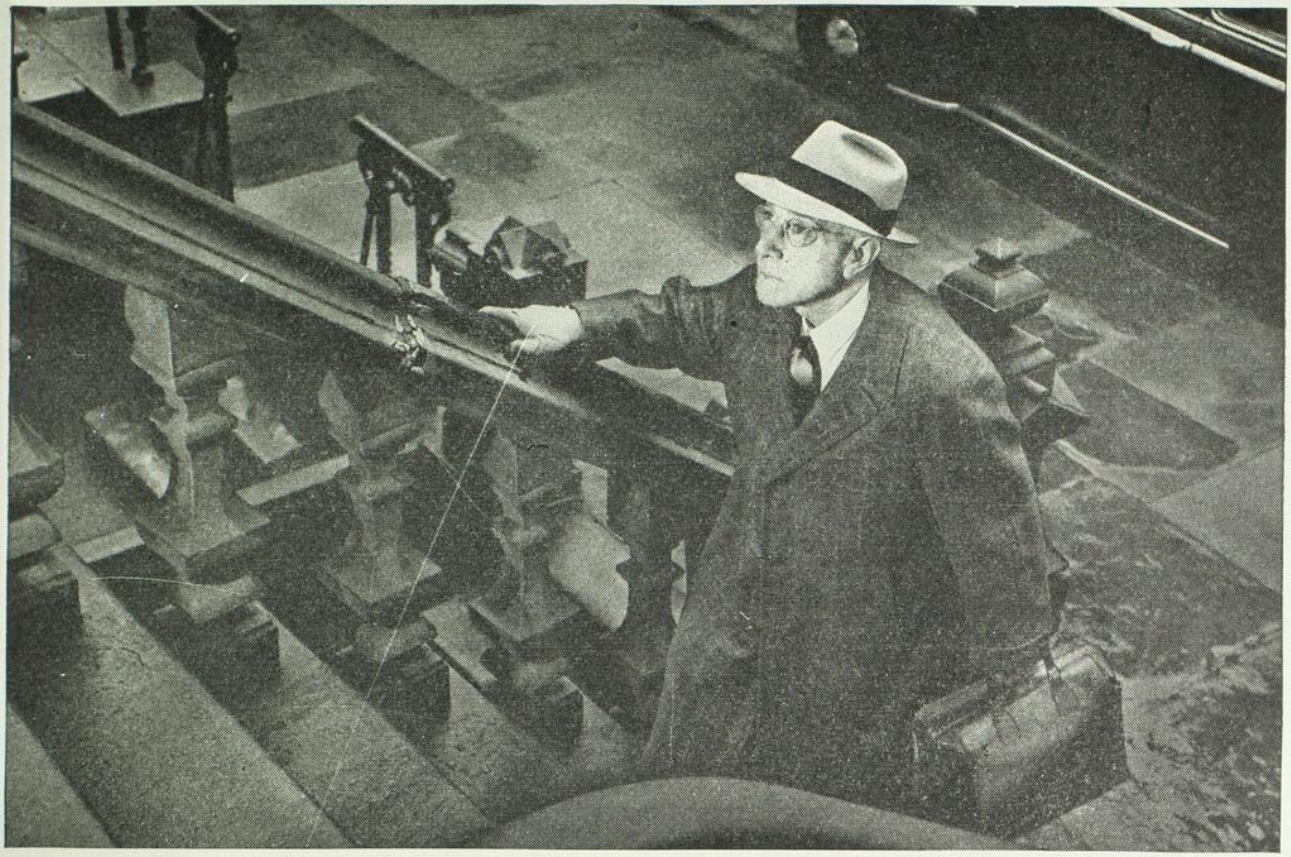
SEPT INGRÉDIENTS COMPOSENT LA MURINE

Bicarbonate de potassium
Borate de potassium:
Acide borique
Chlorhydrate de berbérine
Glycérine
Chlorhydrate d'hydrastine
Eau stérilisée

'Merthiolate' (Ethyle mercurethiosalicylate de soude, Lilly) .001%

Remarquez que l'action libre du potassium et de l'acide borique est maintenue dans la solution présentée.

THE MURINE COMPANY — TORONTO, ONTARIO



le médecin très occupé appréciera les avantages essentiels du

PYRIDIUM

- **Soulagement rapide et bienfaisant des symptômes douloureux**
- **Administration facile et avantageuse**
- **Sécurité — non toxique**

Les médecins, de plus en plus occupés, trouveront dans le Pyridium un agent thérapeutique des plus efficaces, sur lequel ils pourront compter pour un soulagement rapide, bienfaisant, des symptômes douloureux éprouvés dans la cystite, la prostatite, la pyélonéphrite et l'urétrite.

Des expériences cliniques couvrant plus d'une décade, rapportées dans la littérature publiée sur le Pyridium, démontrent la rapidité et l'efficacité de son action, et l'absence d'effets narcotiques ou irritants après son administration.

PYRIDIUM
Marque de commerce déposée
(Mono-hydrochlorure de phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

MERCK & CO. LIMITED *Fabricants chimistes* **MONTREAL - TORONTO**

SOMMAIRE
(Suite)

REVUE GÉNÉRALE

Fernand GRÉGOIRE
La tuberculose trachéo-bronchique 1736

ÉDITORIAL

Pierre SMITH
Une innovation dans la conception et l'aménagement des soins post-opératoires 1743

VARIÉTÉS

Edmond DUBÉ
Les espoirs de la Faculté de Médecine 1746

Edouard DESJARDINS
Devoirs des médecins envers les malades 1750

Emile BLAIN
Les médecins et les hôpitaux 1755

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

Roméo BOUCHER
Des têtes "croches" 1760

CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

Roger-R. DUFRESNE
Les digitales (suite) 1763

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1876 1765

ANALYSES 1767

PHTISIOLOGIE

Sur les tuberculoses miliaires chroniques. "Les épisodes miliaires autonomes" (1767). **Choc pleural et embolie cérébrale** (1767).

NEURO-PSYCHIATRIE

La polycythémie: problème neuro-chirurgical. Revue du sujet avec rapport de deux observations (1768). **Hallucinose aiguë comme complication de la benzédrinomanie. Rapport d'une observation** (1768). **Autre cas de psychose paranoïde guérie par la surrénalectomie** (1769).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Forme endobronchique de la maladie de Hodgkin (1770).

ANESTHESIE

Les risques de l'anoxie au cours de l'anesthésie par le protoxyde d'azote (1770).

NOUVELLES 1772

Et Trois pour Grandir

Seulement trois gouttes par jour — la dose moyenne de Navitol avec Viostérol — protègent un enfant normal contre le rachitisme pendant *toute* sa période de croissance. Trois gouttes fournissent 5,000 unités internationales de vitamine A et 1,000 unités internationales de vitamine D, qui sont les activités maximum d'Oléovitamine A et D concentrée spécifiées par l'U.S.P. XII. Le Navitol offre tous les avantages des petites doses: agréable au goût, facile à digérer pour les bébés, virtuellement inodore, commode pour les mamans, et économiques — trois gouttes coûtent moins qu'un demi-sou.

Pour notices descriptives, s'adresser à
E. R. Squibb & Sons of Canada Limited
36-48 Caledonia Road, Toronto

Navitol
NOM DÉPOSÉ
AVEC VIOSTÉROL

SQUIBB

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson
Professeurs E.-P. Benoît, J.-A. Leduc, D. Masson, T. Parizeau, J.-N. Roy, E. Saint-Jacques (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A. LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, L.-P. Petitclerc, Roméo Roy, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

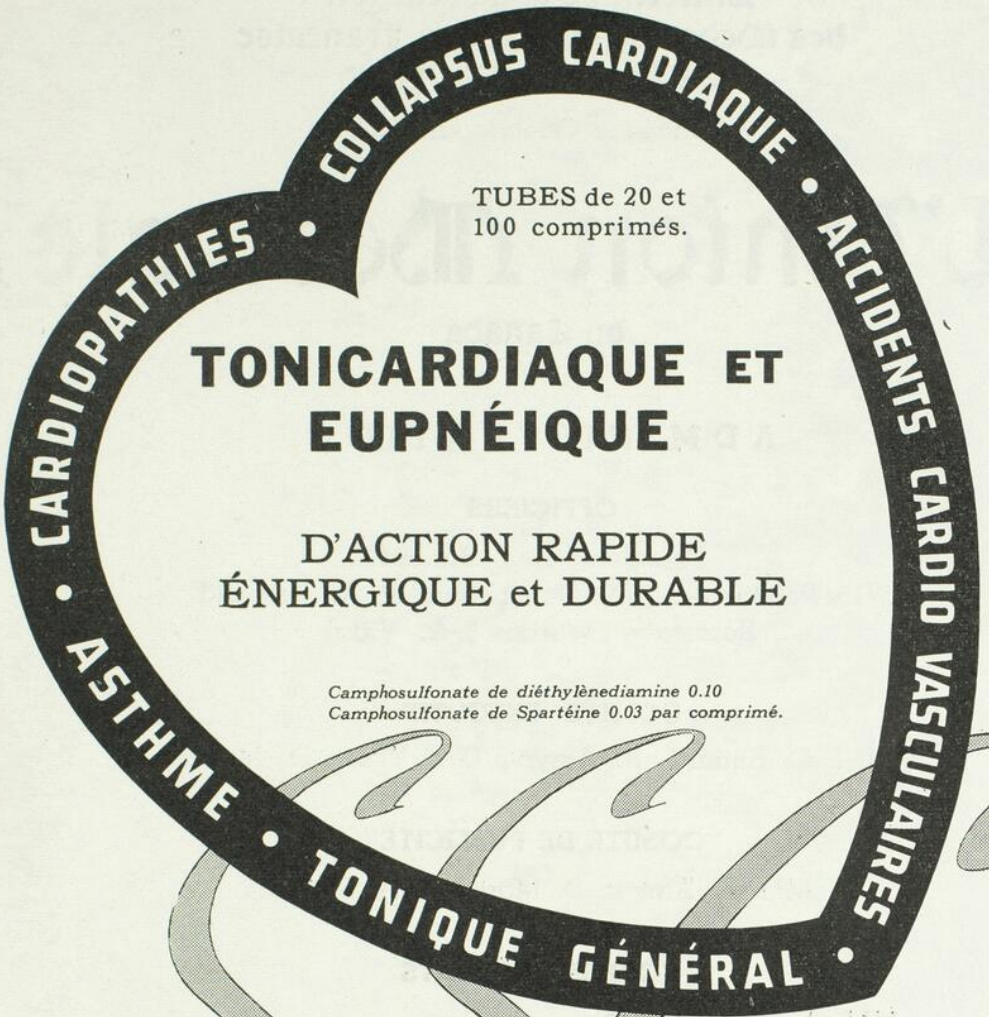
Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Montréal
Roger Dufresne
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec
Maurice Beaudry
128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, P. Bourgeois, A. Cantero, René Dandurand, R. Doré, Ed. Dorion, Guy Drouin, Paul Dumas, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, F.-X. Demers, Emile Gaumond, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, A. Jutras, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J. LeSage, Emile Maranda, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Tétu, Norbert Vézina.



TUBES de 20 et 100 comprimés.

TONICARDIAQUE ET EUPNÉIQUE

D'ACTION RAPIDE
ÉNERGIQUE et DURABLE

Camphosulfonate de diéthylènediamine 0.10
Camphosulfonate de Spartéine 0.03 par comprimé.

SOLUCAMPHRE SPARTÉINÉ COMPRIMÉS

LABORATOIRES MICHEL DELALANDE
PARIS — FRANCE

Représentants exclusifs au Canada:

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
MONTRÉAL, P.Q.

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: L.-C. Simard
Vice-Présidents: J.-A. Denoncourt et A. Bertrand
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. L.-C. Simard, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. R. Amyot, D. Marion, J.-A. Vidal.

CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet (Paris);
L.-P. Phaneuf (Boston);
Charles P. Mathé (San Francisco);
A. Fontaine (Woonsocket);
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);
L.-F. Dubé (Notre-Dame-du-Lac);
Eug. Tremblay (Chicoutimi);
P. Bertrand, R. Gaudet (Sherbrooke);
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);
D. Collin (Saint-Boniface);
L.-P. Mousseau (Edmonton).

Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, "ex officio", membres de tous les comités.

Publicité: Jacques D. Clerk, 326 est, blvd Saint-Joseph. LAncaster 9888.

HIPPOCRATE . . . refait une découverte marquante en médecine

Pour l'esprit infiniment curieux de l'homme qui fonda la théorie de la médecine, nos brillants succès au cours des vingt derniers siècles ne seraient pas plus surprenants que nos échecs. Le grand Hippocrate pourrait se demander, par exemple, comment il se fait que la malaria continue de déjouer tous les efforts de la science plus de deux mille ans après qu'il l'avait si magistralement décrite et diagnostiquée.

Imaginez celui qui fut le Père de la Médecine en l'an 445 avant Jésus-Christ rendant visite aux Laboratoires Lederle de l'an de grâce 1945 . . . ! Figurez-vous son intérêt à la vue d'une technique permettant la vivisection de la glande parotide d'un moustique anesthésié à l'éther, et son examen microscopique, soit seule ou associée aux glandes environnantes!

C'est là une des nombreuses méthodes employées au cours des recherches de Lederle sur les sulfonamides. D'une part, cette nouvelle technique de microdissection pose un jalon dans l'histoire de la recherche médicale des vingt derniers siècles. Par contre, ce n'est qu'une parmi des milliers de méthodes délicates employées régulièrement dans les laboratoires Lederle et American Cyanamid. Dans ces laboratoires, nul précédent n'est intouchable — chaque problème est un défi, chaque journée, une aventure !

Il n'est donc pas surprenant que de ces laboratoires soient sorties des découvertes aussi importantes que la SULFADIAZINE et la SULFAGUANIDINE.

Les recherches Lederle poussent toujours plus avant dans le domaine de la chimiothérapie !

Ecoutez les plus récents développements en fait de recherche et de médecine clinique, expliqués par d'éminents médecins. L'émission Lederle, "The Doctors Talk it Over", passe sur les ondes du poste CFCF. Montréal, tous les mardis soirs.

Lederle Laboratories, Inc.

1396 OUEST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL, CANADA

DÉPÔTS AU CANADA:

833, rue Howe, Vancouver, C.-B. — 10056, 100e rue, Edmonton, Alta.

64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ont.

219, rue Kennedy, Winnipeg, Man. — 181, rue Union, Saint-Jean, N.-B.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL

R.-E. VALIN,
165 est, rue Laurier,
Ottawa.

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Donatien MARION,
326 est, Blvd Saint-Joseph,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN,	Ottawa.
Donatien MARION,	Montréal.
Oscar MERCIER,	Montréal
Chs. VÉZINA,	Québec.
Eugène GAULIN,	Ottawa.
J.-B. JOBIN,	Québec.

•

COMITÉ DU XVIIIe CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

Eugène GAULIN,	1er Vice-président.	**Richard GAUDET,**	5e Vice-président.
J.-F.-A. FONTAINE,	2e "	**J.-A. DENONCOURT,**	6e "
Albert SORMANY,	3e "	**J.-B. JOBIN,**	Secrétaire.
G. LACASSE, Sén.,	4e "	**C.-A. GAUTHIER,**	Trésorier.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,	**Albert PAQUET,**	**J.-A. JARRY,**
J.-H. LAPOINTE,	**Chs-N. DeBLOIS,**	**Oscar MERCIER.**

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1946
BAUDOUIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal	1944
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1946
BELIVEAU, P., Méthégan, N. E.	1944
BIBAUD, B., Valleyfield	1944
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal	1944
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1944
BOHEMIER, C.-A., 4119, St-Denis, Montréal	1944
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec	1944
CHOLETTE, A.-M., 1451, Blvd St-Joseph Est, Montréal	1946
CLOUTIER, Victor, St-Georges, Beauce	1944
COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba	1946
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville	1946
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1944
DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal	1946
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal	1946
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac	1946
DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass.,	1946
DUMAS, F.-A., Chicoutimi	1944
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I.	1946
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal	1946
LACHARITE, V., St-Célestin	1944
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa	1946
LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1944
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1944
LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec	1944
MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan	1946
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1944
PANNETON, Auguste, Trois-Rivières	1946
PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1946
PERRAS, J.-E., Hull	1944
PERRON, Jos., Shawinigan	1946
PHENIX, G., St-Jean	1944
PIETTE, Ed., Joliette	1946
POWERS, A., Hull	1946
PROVENCHER, G., Granby	1946
RICHARD, L.-A., 168 est, Laurier, Ottawa	1946
RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi	1946
SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal	1944
TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1946
TASSE, C.-E., Worcester, Mass.	1944
VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1944
VIGER, J.-A., St-Hyacinthe	1944

LE RÔLE APAISANT DE "LA CHALEUR HUMIDE"

PLUSIEURS autorités conseillent l'emploi de la chaleur humide, sous forme de cataplasme, pour soulager les symptômes qui accompagnent souvent les affections du système respiratoire:

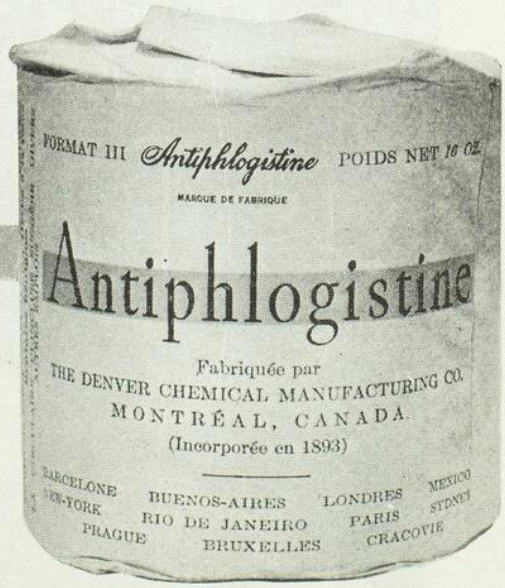
- **TOUX**
- **CONSTRICTION RÉTROSTERNALE**
- **DOULEURS MUSCULAIRES ET PLEURÉTIQUES**
- **DOULEURS DE POITRINE**

L'Antiphlogistine, comme cataplasme médicamenteux, offre un mode facile d'appliquer la chaleur humide pendant une période prolongée.

L'Antiphlogistine est précieuse comme adjuvant dans le traitement symptomatique de la bronchite, la trachéite, le rhume d'estomac, l'amygdalite, la pneumonie, la pleurésie.

L'Antiphlogistine peut être employée associée à la chimiothérapie.

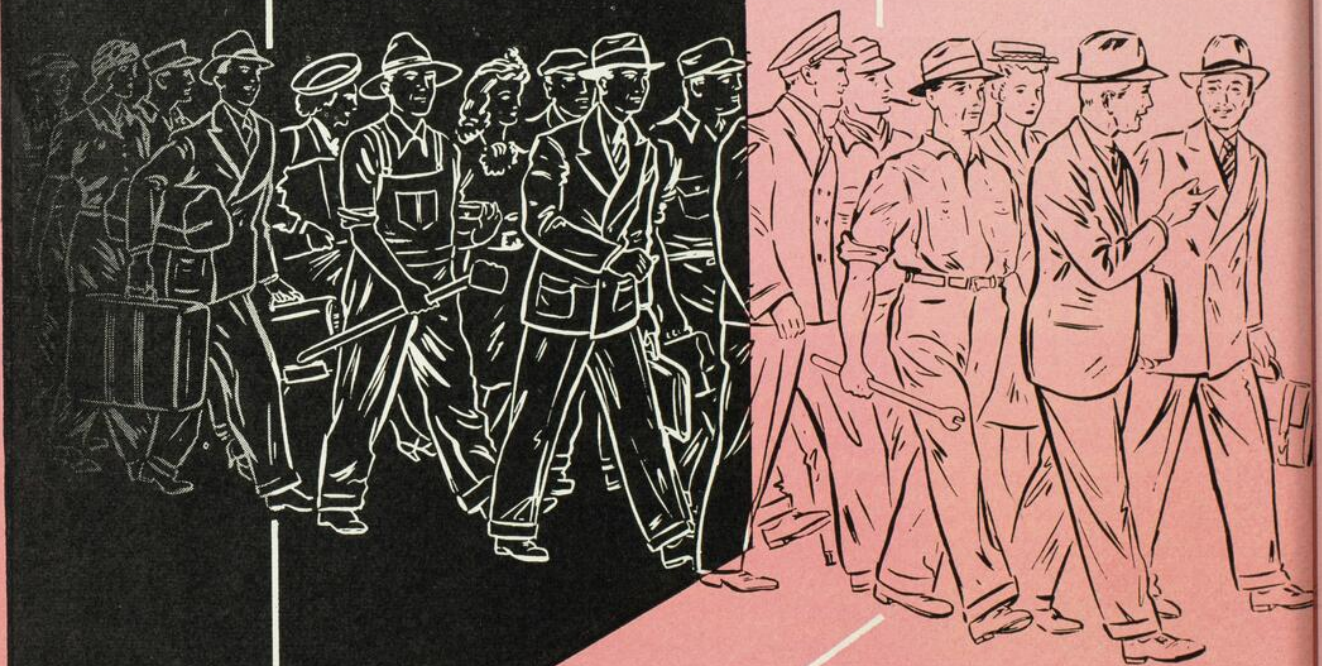
Antiphlogistine



Fabriquée au Canada.

The Denver Chemical Manufacturing Company
153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal.

AUJOURD'HUI
LEURS CHANCES
SONT MEILLEURES



Les progrès accomplis dans la thérapeutique et les soins aux arthritiques ont considérablement augmenté leurs chances de rétablissement. . . .

Beaucoup de facteurs ont contribué à cette amélioration du pronostic de l'arthrite. Les malades consultent leurs médecins plus tôt, alors qu'on peut s'attendre à une amélioration plus rapide. Les soins à donner aux arthritiques et le régime qu'ils doivent suivre sont maintenant mieux compris. L'éducation du malade permet d'en obtenir une meilleure coopération, et les problèmes de l'arthritisme sont abordés d'une façon plus scientifique.

Une des plus importantes contributions à l'amélioration du pronostic de l'arthritisme est l'Ertron — dont la valeur et l'efficacité ont été étudiées et prouvées dans des milliers de cas au cours des dix dernières années.

Les résultats de l'Ertronothérapie ont été mesurés — force musculaire, dimension des articulations, augmentation de poids, mobilité. On a classifié toutes ces mesures, ainsi que d'autres données utiles, au cours d'études approfondies qui ont établi la valeur de l'Ertron dans le tableau de l'arthritisme.

ERTRONISEZ L'ARTHRITIQUE

Pour Ertroniser, employer l'Ertron chaque jour à dose suffisante et pendant un temps assez long pour produire les résultats optima. Augmentez graduellement la dose jusqu'à la limite de tolérance, et maintenez cette dose jusqu'au maximum d'amélioration. Pour obtenir les meilleurs résultats, Etronisez tôt et à fond.

L'Ertron seul — à l'exclusion de tout autre produit — contient de l'ergostérol activé électriquement en phase vapeur (procédé Whittier).

Présenté en flacons de 50, 100 et 500 capsules.
Injectable pour administration intramusculaire complémentaire.

Publicité strictement médicale.

Ertron est un nom déposé par Nutrition Research Laboratories.

L'Ertron est fabriqué par

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES • CHICAGO, U. S. A.

et distribué au Canada par

LAURENTIAN AGENCIES REG'D • MONTREAL, P.Q.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée
PRÉSENTE

COMME SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE COMPLET

TOUS LES ACIDES AMINÉS NATURELS

(ESSENTIELS ET SECONDAIRES)

Produits de l'hydrolyse enzymatique de la Caséine

c-o-m-b-i-n-é-s

AU COMPLEXE B, A LA VITAMINE C ET AUX GLYCEROPHOSPHATES

GLYCAMIN

ELIXIR-TONIQUE

D'un arôme et d'un goût agréables, GLYCAMIN contient 3 grammes d'Acides Aminés à l'once.

GLYCAMIN vous parvient en bouteilles de 16 oz., 80 oz., 160 oz.

Echantillon sur demande
à Messieurs les Médecins seulement.

GLYCAMIN est préparé sous la surveillance et le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,
Assistant-bactériologiste
Pharmaciens, Chimistes, Analystes, Biochimistes
Diplômés de l'Université de Montréal.

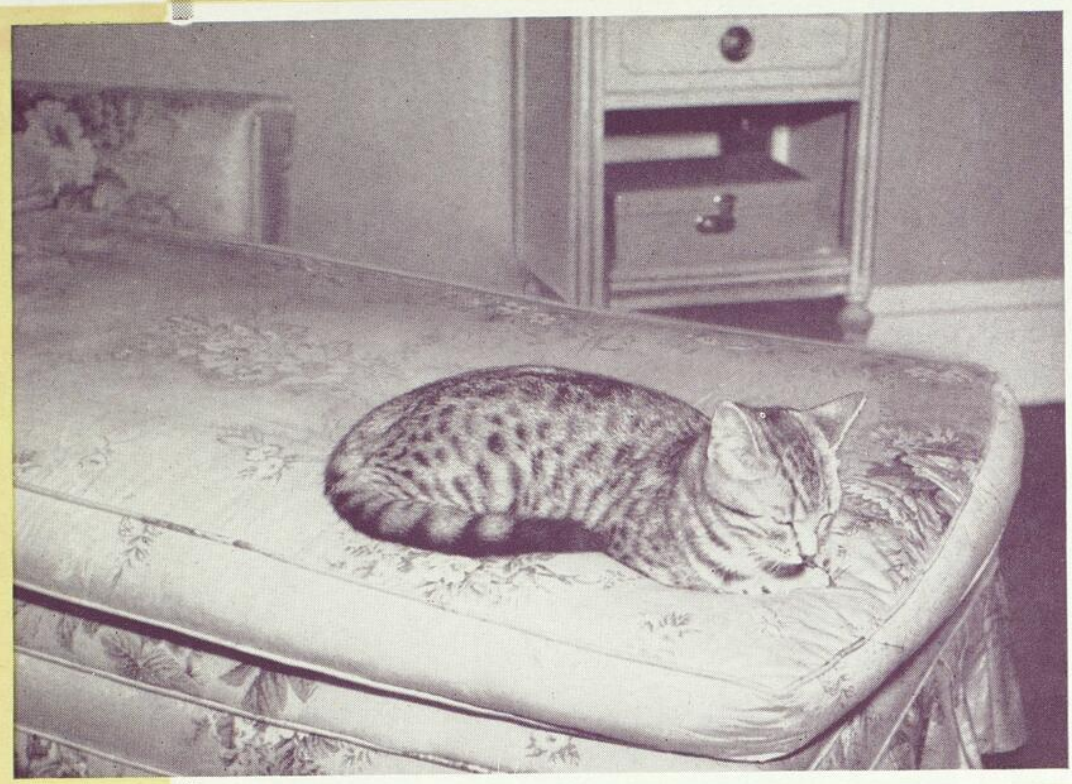
•

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL"

Pour un sommeil réparateur



"Noctinal"

(BARBITURATE DIBUTYLIQUE D'ÉTHYLE SODIQUE "Frosst")

Sédatif prompt et sans risque, dont l'ingestion n'est suivie ni de nausée ni de dépression nerveuse.

Le Noctinal est à mi-chemin, pour ainsi dire, entre les barbiturates qui agissent brièvement, comme, par exemple, le pentobarbital, et ceux dont l'effet persiste longtemps, tel le phénobarbital. Il agit en 30 minutes et cet effet dure de 4 à 6 heures. Après un sommeil profond et réparateur le sujet s'éveille sans nausée ni dépression nerveuse.

L'emploi du Noctinal ne présente aucun risque. Même si le malade excède la dose thérapeutique indiquée, l'effet toxique exercé sur le coeur, la pression sanguine, la respiration ou le rein est à peine perceptible. Très soluble dans l'eau, il est bientôt éliminé.

Depuis 1899, notre marque est un symbole de progression dans le domaine de la pharmaceutique.

Frosst

Dosage

Comprimés Noctinal:

Station bénigne et continue—de ½ à 1 grain 2 ou 3 fois par jour.

Insomnie—1½ grain une demi-heure environ avant le coucher.

Suexcitation—de 1½ à 3 grains 2 ou 3 fois par jour.

L'administration de Noctinal suivie d'un breuvage chaud aura les meilleurs résultats.

Elixir Noctinal:

Dose moyenne—adultes: de 2 à 3 drachmes liq. (de 8 à 12 cc.) dans un verre d'eau (employer un verre à porto).

Dose maximum quotidienne—adultes 2 onces liq. (57 cc.)

Présentation:

C. T. No. 352 "Frosst"

Noctinal - - ½ gr.

C. T. No. 353 "Frosst"

Noctinal - - - 1½ gr

Flacons de 100 et 500 comprimés

Elixir de Noctinal No. 601 "Frosst"

Flacons de 16 onces liq.; bouteilles de ½ et 1 gallon imp.

Complément intégral

du REGIME ALIMENTAIRE

à tous les âges

VITAMINES et SELS MINERAUX

Frosst

Depuis 1899, notre marque est un symbole de progression dans le domaine de la pharmaceutique.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

"Tutamate"

(S.E.C. No 653 "Frosst")

INDICATIONS

Accouchement avant terme, polynévrite causée par l'avitaminose B_1, anémie dérivée d'une nutrition insuffisante, rachitisme, carie dentaire, tétanie causée par l'avitaminose D, hypoiodémie.

L'administration de Tutamate est suivie d'un rétablissement général et remarquablement prompt du fonctionnement normal des divers organes et appareils.

FORMULE

Principaux ingrédients:	Dans chaque capsule:	Dans la dose quotidienne:	Aide à—
Carbonate ferreux	1/2 grain	1 grain	prévenir l'anémie de la nutrition.
Carbonate de cuivre	1/46 grain	1/23 grain	
Vitamine A	2500 unités int.	5000 unités int.	imprimer à l'organisme de la résistance vitale.
Vitamine D	1000 unités int.	2000 unités int.	prévenir le rachitisme, la carie dentaire, la tétanie causée par l'avitaminose D.
Phosphate de calcium	2 grains	4 grains	
Iodure de sodium	1/325 grain	1/162 grain	prévenir l'hypoiodémie.
Vitamine B_1 (chlorhydrate de thiamine)	333 unités int.	666 unités int.	Protection contre les carences de vitamine B_1 et vitamine B_2; adjuvant du traitement de leurs symptômes: névrite (avitaminose B_1).
Riboflavine (vitamine B_2)	1 mg.	2 mg.	
Tocophérols mixtes (équivalence: 7 mg. de tocophéral alpha ou 60 gouttes— anglice: minim— d'huile de germe de blé dans la dose quotidienne.	6 mg.	12 mg.	Mesure préventive de l'accouchement prématuré.

DOSE: 2 capsules par jour, aux repas.

PRESENTATION: Boîtes de 50 et 100 capsules

Pour "reculer les bornes"

de l'effort sans douleur

"Theolamine"

(ETHYLENE-DIAMINE DE THEOPHYLLINE "Frosst")

Pour le Traitement de

1. la cardialgie provoquée par l'insuffisance des artères coronaires; (angine de poitrine; sclérose des artères coronaires; effets retardés de l'aortite syphillitique.)
2. l'asthme non spécifique; 3. la colique hépatique.

L'administration de Théolamine a pour effet de dilater les artères coronaires et, par là, d'accroître le cours du sang dans le muscle du coeur. La déplétion cardiaque est conséquemment enrayée et les limites de "l'effort sans douleur" sont reculées d'autant. La Théolamine est vite absorbée et ses effets persistent durant plusieurs heures.

Outre cette propriété, la Théolamine est aussi un puissant diurétique et, associée à la digitale, dans les cas de défaillance cardiaque, elle facilitera l'excrétion urinaire tout en améliorant la circulation des vaisseaux coronaires et en ménageant la dynamie myo-cardique.

La combinaison de petites quantités de digitale avec la Théolamine est apparemment plus efficace que ne le serait l'une ou l'autre employée seule.

L'addition d'une faible dose de phénobarbital aide grandement à calmer un sujet anxieux, agité, excitable.

Associée au Noctinal, la Théolamine est particulièrement utile dans les cas où l'on doit éviter l'hypersédation du malade. L'enrobage entérique prévient toute irritation gastrique.

Liste complète des Comprimés et Ampoules sur demande.
Nous nous ferons un plaisir de vous envoyer une bouteille ou boîte de votre formule de choix pour essai clinique.

COMPRIMÉS DE THEOLAMINE

C.C.T. No. 313 "Frosst"

Théolamine - - 1½ gr.

THEOLAMINE ET DIGITALE

C.C.T. No 314 "Frosst"

Théolamine - - 1½ gr.
Digitale - 1 gr. (0.65 unité int.)

THEOLAMINE ET PHENOBARBITAL

C.C.T. No. 326 "Frosst"

Théolamine - - - 1½ gr.
Phénobarbital - - ¼ gr.

THEOLAMINE ET NOCTINAL

E.C.T. No. 412 "Frosst"
(enrobage entérique)

Théolamine - - - 3 gr
*Noctinal - - - ½ gr.

*Barbiturate dibutylique d'éthyle sodique "Frosst"

DOSE: 1½ à 3 grains de Théolamine, 3 fois par jour.

Présentation: flacons de 100 et 500 comprimés

AMPOULES THEOLAMINE

Ampoule No. 541 "Frosst"

Theolamine - - 7½ grain (0.5G.)

Présentation: boîte de 6 et 25 ampoules.

Complément multi-vitaminique économique et rationnel...

MARQUE

'AVICAP'

CAPSULE MULTI-VITAMINIQUE

"L'essence du traitement des maladies d'insuffisance repose dans l'administration d'aliments riches en vitamines, additionnés d'agents thérapeutiques spécifiques. Les aliments compris dans les régimes seront en rapport avec la nature de l'insuffisance, l'âge, la race, les habitudes, le goût et l'état financier du patient en cause. Le régime peut très bien se compléter de préparations vitaminiques appropriées." (Ref. The J.A.M.A. 119: 948, 18 juillet, 1942).

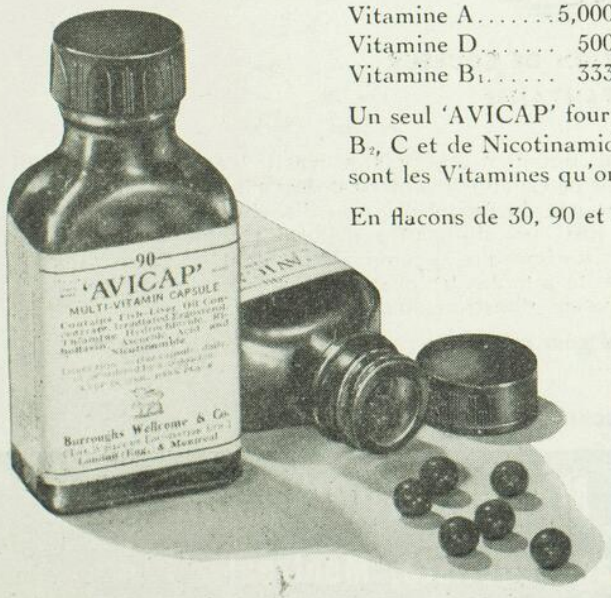
Les insuffisances vitaminiques peuvent être prévenues ou vaincues par l'administration routinière de 'AVICAP', une formule multi-vitaminique rationnelle.

Chaque 'AVICAP' renferme:—

Vitamine A	5,000 Unités Int.	Riboflavine (B_2)	2 mgm.
Vitamine D	500 Unités Int.	Vitamine C	30 mgm.
Vitamine B_1	333 Unités Int.	Nicotinamide	10 mgm.

Un seul 'AVICAP' fournit des quantités suffisantes de Vitamines A, D, B_1, B_2, C et de Nicotinamide pour satisfaire les besoins minima quotidiens. Ce sont les Vitamines qu'on a constaté être essentielles à la nutrition humaine.

En flacons de 30, 90 et 500 capsules.



BURROUGHS WELLCOME & CO.

(The Wellcome Foundation Ltd.)

MONTRÉAL

MAISONS ASSOCIÉES: LONDRES - NEW YORK
SYDNEY - CAPE TOWN - BOMBAY - SHANGHAI
BUENOS AIRES

PRATIQUÉE CHEZ SOI OU AILLEURS

L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

SIMPLIFIE LA RECHERCHE DU SUCRE ET DE L'ACÉTONE DANS LES URINES

PAS D'ÉPROUVETTES · PAS DE DOSAGE PAS D'ÉBULLITION

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Eclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

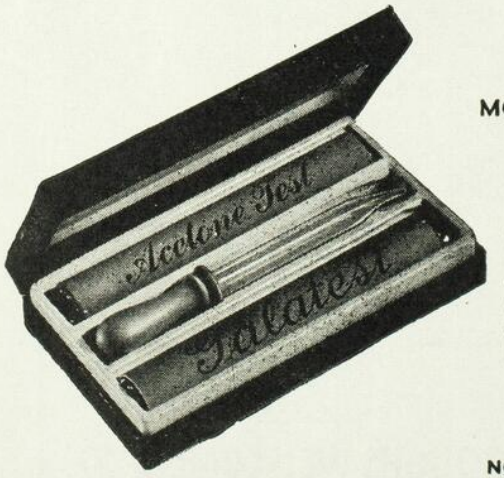
Galatest — POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS L'URINE

Réactif à l'Acétone (DENCO) — POUR LA RECHERCHE DE L'ACÉTONE DANS L'URINE

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

1. UN PEU DE POUDRE

2. UN PEU D'URINE



MODIFICATION DE COULEUR INSTANTANÉE

Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle des couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal

UNE HEUREUSE ASSOCIATION

Le Sulfathiazolate de Néo-Synéphrine est un véritable sel, formé par l'association de deux composés chimiques reconnus . . . conservant toute l'efficacité thérapeutique de ces deux constituants éprouvés par le temps. Dans cette nouvelle entité chimique, l'efficacité de la Néo-Synéphrine pour apporter un soulagement marqué dans la congestion nasale est associée à l'action bactériostatique pour limiter l'étendue de l'infection et diminuer les complications.

Sulfathiazolate de Néo-Synéphrine

DÉCONGESTIONNANT ET BACTÉRIOSTATIQUE

TOUTE L'EFFICACITÉ de la Néo-Synéphrine est maintenue et n'est pas amoindrie même par des applications répétées.

BIEN TOLÉRÉE localement, la solution isotonique est non irritante pour la muqueuse nasale et n'affecte presque pas l'activité ciliaire normale.

Présentée en solution à 0.6%, flacons de 1 once et de 16 onces liquides.

L'ABSENCE presque complète d'effets secondaires élargit son champ d'utilisation. Aucun cas d'insomnie ou autre stimulation du système nerveux central n'a été rapporté.

INDIQUÉE pour ses effets décongestifs et l'influence bactériostatique qu'elle exerce sur les germes d'invasion secondaire accompagnant le rhume ordinaire et la sinusite.

Frederick Stearns & Company

OF CANADA, LIMITED

WINDSOR, ONTARIO

ORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DETROIT, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZELAND

Pour l'Antisepsie Chirurgicale

Le Chlorure de Zephiran est un germicide d'une grande puissance bactéricide et bactériostatique. Dilué selon les indications, il n'est ni irritant ni toxique pour les tissus cellulaires.

Le Chlorure de Zephiran possède des propriétés détersives, kératolytiques et émulsives susceptibles de favoriser l'imprégnation de la surface des tissus, ce qui a pour effet de faciliter l'enlèvement de la saleté, du gras de l'épiderme et de la peau en desquamation.

INDICATIONS

Le Chlorure de Zephiran est largement employé dans l'antisepsie de la peau et des membranes muqueuses — la désinfection pré-opératoire de la peau et des membranes muqueuses dénudées, dans les instillations et les irrigations vaginales, les irrigations vésicales et urétrales, les pansements humides, en irrigations dans les infections des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, etc.

PRÉSENTATION

Le Chlorure de Zephiran est disponible sous les formes suivantes:

TEINTURE 1:1000 colorée

TEINTURE 1:1000 pure

SOLUTION AQUEUSE 1:1000 en flacons de 8 oz. et de 1 gal.

Demandez la brochure descriptive

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Succursale au service de MM. les médecins:
Immeuble "Dominion Square"
Montréal

Administration:
1010 ouest, rue Elliott.
Windsor, Ontario

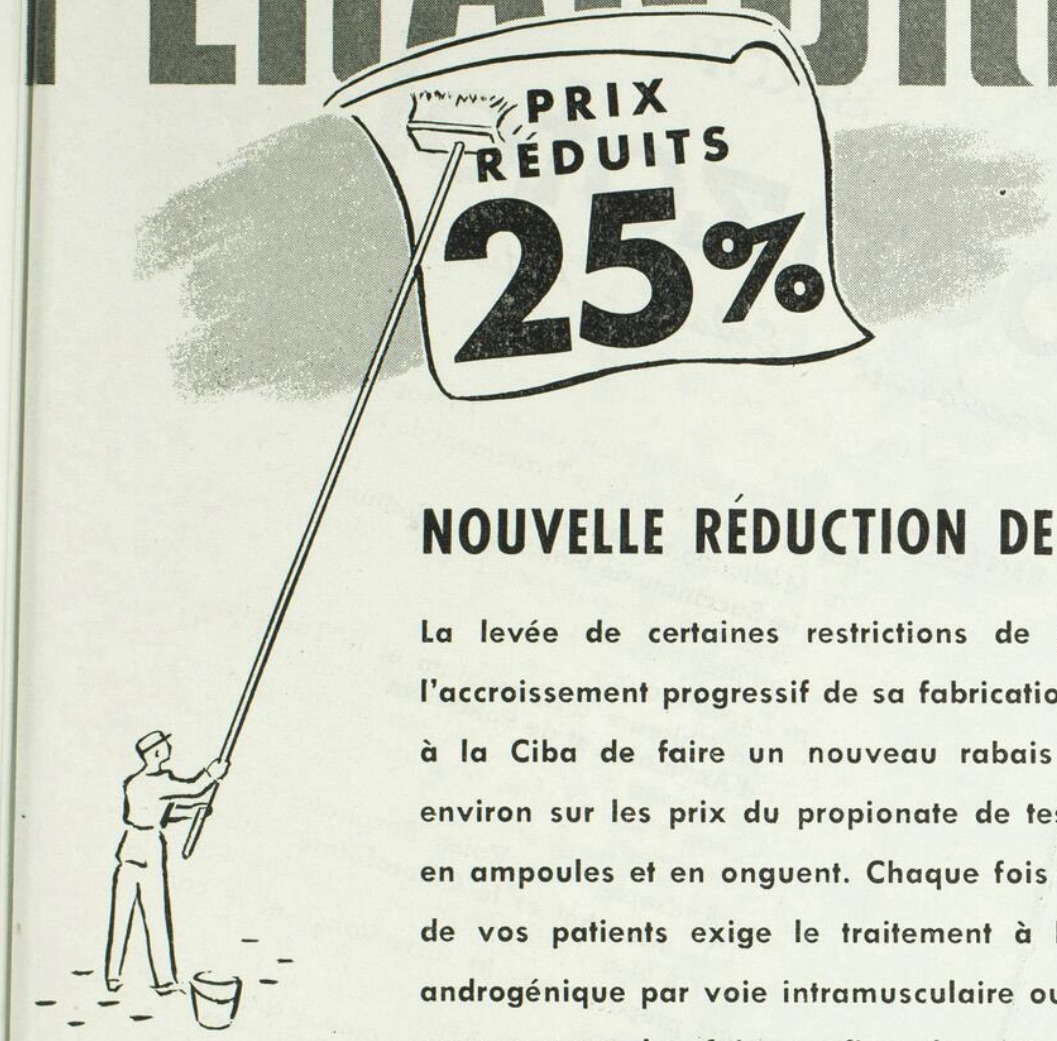
WINTHROP

ZEPHIRAN CHLORIDE

"Zephiran" Trademark Reg. U.S. Pat. Off. & Canada

Brand of BENZALKONIUM CHLORIDE REFINED

PERANDREN



NOUVELLE RÉDUCTION DE 25%

La levée de certaines restrictions de guerre et l'accroissement progressif de sa fabrication, permet à la Ciba de faire un nouveau rabais de 25% environ sur les prix du propionate de testostérone en ampoules et en onguent. Chaque fois que l'état de vos patients exige le traitement à l'hormone androgénique par voie intramusculaire ou cutanée, vous pouvez les faire profiter de cette réduction considérable en indiquant sur vos ordonnances:

AMPOULES PERANDREN
ONGUENT PERANDREN

Compagnie **CIBA** *Ltée.*
MONTRÉAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU LTÉE

présente:

SIROP

benzotol

Expectorant - Sédatif - Antiseptique

d'un arôme et d'un goût agréables

BENZOTOL rencontre la définition de la **Thérapeutique par excellence** dans le **Traitement de la Toux.**

a) *Médication sédative.*
Le Succinate de Benzyl et de Sodium, antispasmodique puissant, apporte un soulagement rapide.

b) *Expectoration.*
Le Chlorure d'Ammonium et le Tartrate d'Antimoine et de Potassium favorisent le drainage broncho-alvéolaire en amorçant une expectoration plus facile parce que fluidifiée.

c) *Antisepsie des Voies Respiratoires.*
Le **Menthol et le Chloroforme** réalisent l'antisepsie des poumons et des bronches.

BENZOTOL est préparé sous la surveillance et le contrôle de:
Charles Laurin, B.A., B.Ph.
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste.
Pharmaciens, Chimistes, Analystes-Biochimistes
Diplômés de l'Université de Montréal.

BENZOTOL vous parvient en bouteilles de 16 oz., 80 oz. et 160 oz.

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

N. B. — Dans les toux d'un caractère vraiment opiniâtre, pour obtenir un soulagement immédiat et même instantané, le médecin pourra prescrire notre BENZOTOL avec Cadéine ½ grain à l'once.

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Spécialité du Laboratoire

Minimisez les problèmes de l'alimentation avec...

MARQUE

'DEXIN'

DE FABRIQUE

RICHES EN HYDRATES DE CARBONES DEXTRINIQUES

À cause de sa teneur élevée en dextrines, le 'Dexin' minimise bien des problèmes de l'alimentation de bébé; 1) il diminue la fermentation intestinale tout en réduisant le ballonnement, le colique et la diarrhée et 2) favorise la formation de caillots mous, floconneux et de digestion facile.

Le 'Dexin' n'est pas excessivement sucré et par conséquent il n'émousse pas l'appétit. Il se dissout promptement sans former des masses gluantes difficiles à délayer — ce qui est de grande importance à la mère qui est très affairée et qui doit préparer selon des formules la nourriture de bébé.

Un essai vous persuadera que l'emploi du 'Dexin', en modificateur de lait, aura pour résultat des bébés plus contents et plus heureux.

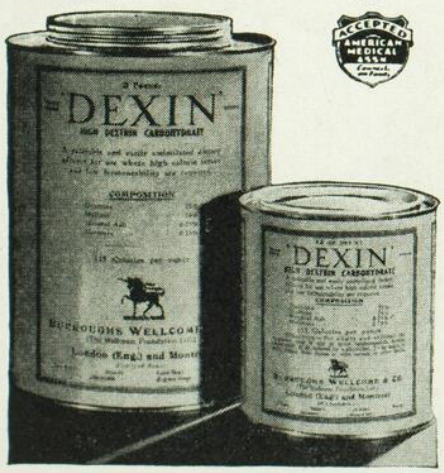
Le 'Dexin' fait effectivement une différence!

FORMULE

Dextrines	75%	Cendre minérale	0.25%
Maltose	24%	Humidité	0.75%

Six cuillerées à soupe rases (1 once) fournissent 115 calories

Récipients de 12 onces et de 3 livres



BURROUGHS WELLCOME & CO.

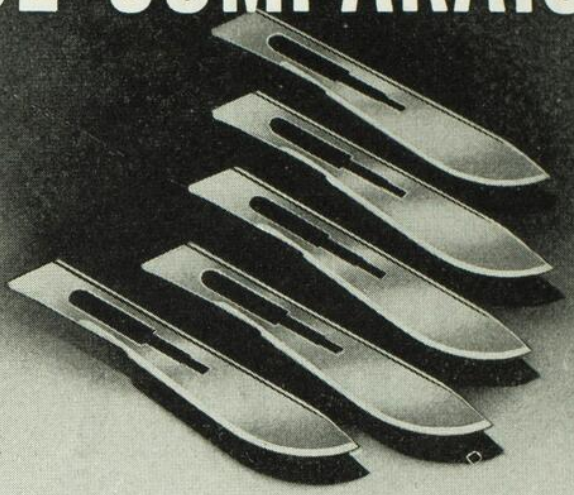
(The Wellcome Foundation Ltd.)

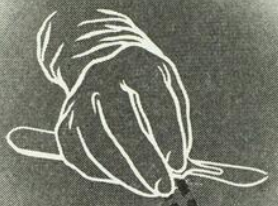
MONTRÉAL

MAISONS ASSOCIÉES: LONDRES - NEW YORK - SYDNEY
CAPE TOWN - BOMBAY - SHANGHAI - BUENOS AIRES

LA NORME DE COMPARAISON

...Les LAMES RIB-BACK





Comme fabricants de ce qui est généralement considéré comme les meilleures lames chirurgicales qui aient jamais pu être créées, nous sommes convaincus du fait que la préférence professionnelle qui existe pour ces lames est due à sa véritable efficacité, plutôt qu' à l'évaluation de ses qualités, au point de vue mécanique.

Les chirurgiens *sentent* la pointe supérieure de leurs fils tranchants inimitable.

Les chirurgiens *palpent* le degré exact de rigidité nécessaire pour résister à la pression latérale.

Les chirurgiens *savent* que la résistance sûre et la longue efficacité du pouvoir tranchant, servent à réduire au minimum la consommation des lames.

★ La qualité des lames Rib-Back n'a pas changé dû à la guerre. Uniformément précises, elles sont, en dernière analyse, les moins coûteuses en comparaison avec d'autres lames, en vue des longues périodes de service satisfaisant qu' elles rendent.

Demandez-les à votre Fournisseur

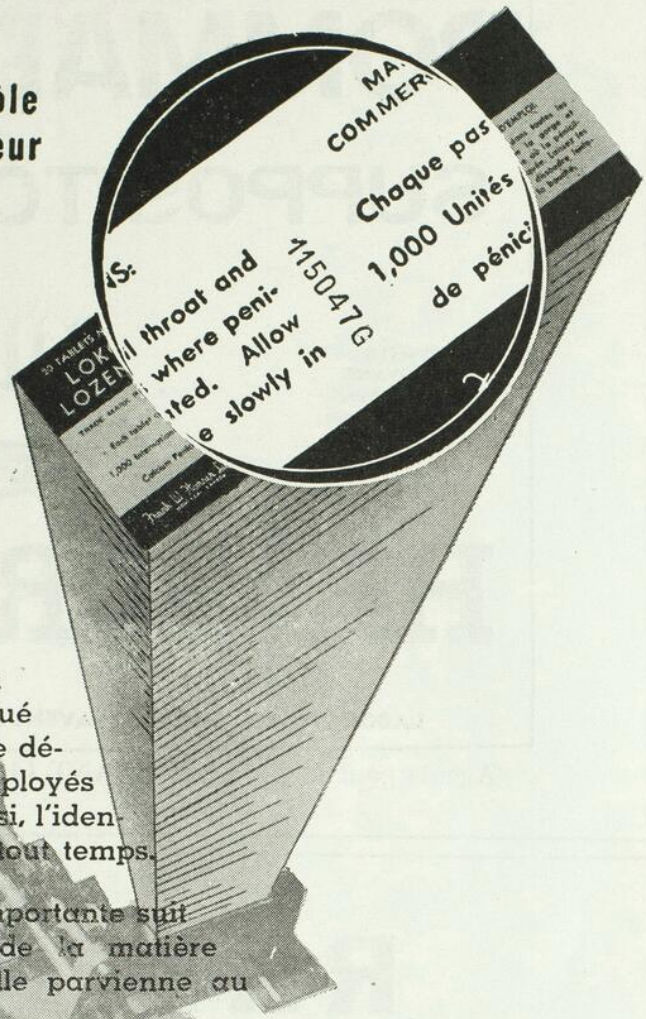
BARD-PARKER COMPANY, INC.

Danbury, Connecticut

A BARD-PARKER PRODUCT

Les Pastilles Lokol

Contrôle extérieur



Au laboratoire de fabrication, le contrôle d'un produit comporte diverses opérations plutôt compliquées. Chaque méthode de contrôle développe le caractère d'une préparation dont l'histoire se résume finalement en un chiffre imprimé sur l'étiquette. Ce numéro est le trait d'union entre le produit prêt à être distribué et le dossier contenant le moindre détail des différents procédés employés au cours de sa fabrication. Ainsi, l'identité peut en être produite en tout temps.

Cette partie du contrôle si importante suit toute spécialité Horner — de la matière première jusqu'à ce qu'elle parvienne au malade.

Une nouvelle spécialité qui a été soumise à tous les contrôles Horner est une dragée de pénicilline, les Pastilles Lokol.

Chaque Pastille Lokol contient 1000 U.I. de pénicilline calcique et sert au traitement de toutes les infections de la bouche et de la gorge lorsque la pénicilline est indiquée. En laissant la pastille se dissoudre lentement dans la bouche on obtient, pendant plus d'une heure, une action bactériostatique efficace. Les Pastilles Lokol peuvent être employées aussi fréquemment qu'on le désire — elles sont agréables au goût — elles sont stables dans des conditions normales et d'usage économique pour le malade.

Les Pastilles Lokol sont présentées en flacons de 20 pour remplir vos ordonnances.

FRANK W. HORNER LIMITED

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS - FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

Agents pour le Canada: **VINANT Limitée,** 200, rue Vallée, **MONTRÉAL.**

RHINAMIDE

Affections des Fosses Nasales du Rhino-Pharynx

Composition: Sulfanilamide — Ephédrine — Ultracaïne.

Propriétés: Solution antiseptique et décongestive des fosses nasales du Rhino-Pharynx et de leurs annexes.

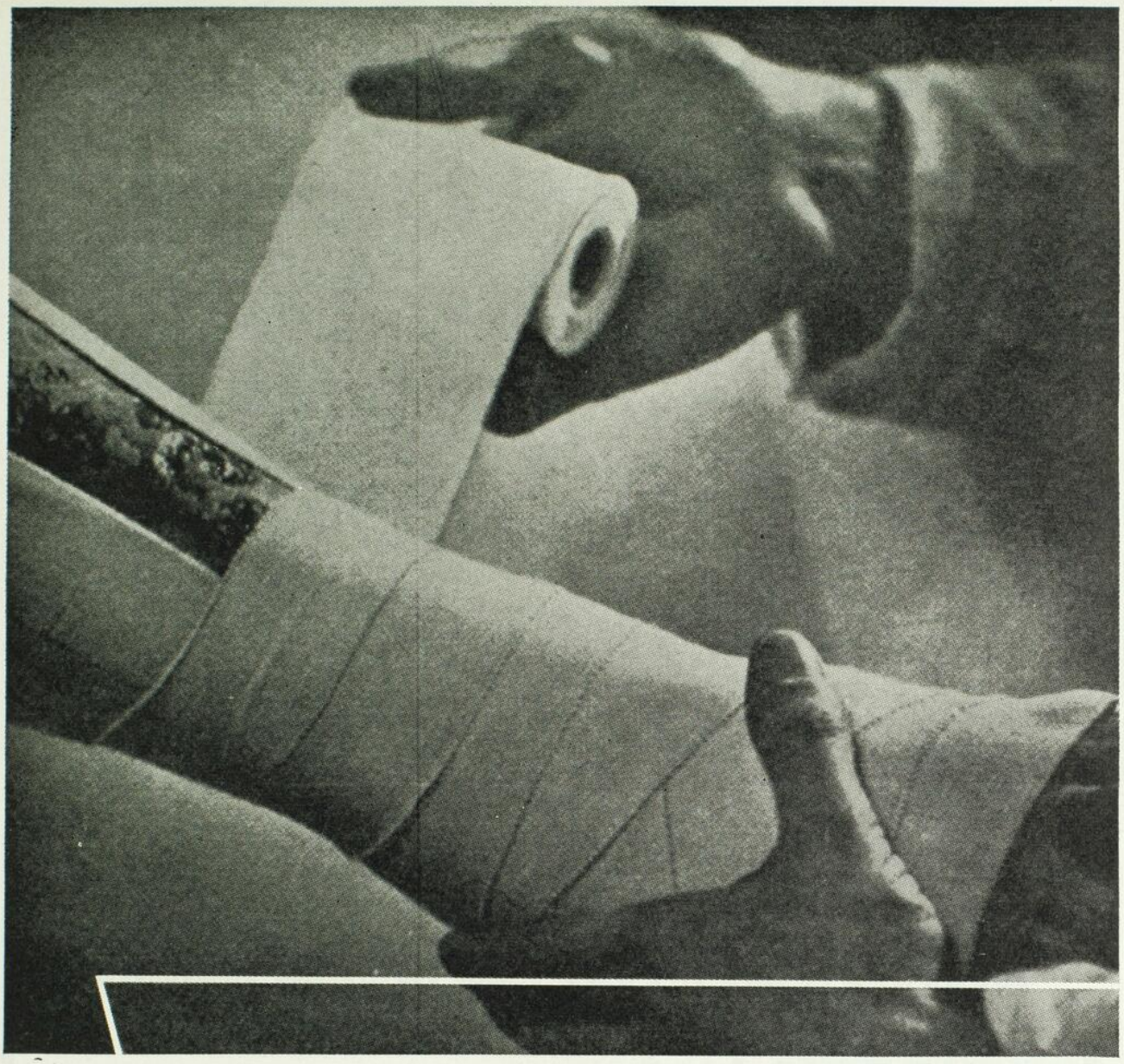
Indications: Obstruction nasale, coryzas, rhinites simples et purulentes, pharyngites, écoulements d'oreilles, otites- sinusite (maxillaire et frontale).

Mode d'emploi: Instillations avec compte-gouttes cinq à six fois par jour dans les narines, ainsi que dans le conduit auditif, suivant l'affection, à raison de 4 à 5 gouttes par instillation. Egalement en pulvérisations. Toujours suivre les indications du médecin.

Présentation: Flacon compte-gouttes de 30 cc.

Laboratoires A. BAILLY

Agents pour le Canada: **VINANT Limitée,** 200, rue Vallée, **MONTRÉAL.**



AFFECTIONS VARIQUEUSES

La Technique Elastoplast s'est développée avec les Bandages et Pansements Elastoplast. Les résultats satisfaisants décrits dans les publications médicales et reproduits dans Elastoplast Technique ont été obtenus avec les Bandages et Pansements Elastoplast.

La combinaison de l'enduit adhésif spécial employé dans la fabrication de l'Elastoplast, avec l'extensibilité, la souplesse et la reprise du tissu Elastoplast fournissent le degré précis de *compression* et d'*adhésion* que l'usage dans la clinique a démontré essentiel à la pratique avantageuse de l'application du bandage.

Pour autres renseignements, veuillez vous adresser aux:

Dépositaires:

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Fabriqués en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd, Hull.

LIPIODOL LAFAY

Huile d'œillette iodée à 40 °/₀
0 gr. 540 d'iode par c. c.

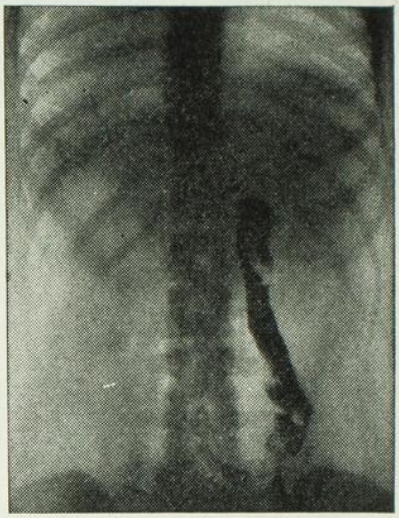
pour combattre :

ASTHME
ARTERIOSCLEROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

AMPOULES - CAPSULES

Pour explorer :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTERUS ET TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCES ET FISTULES



Abcès froid exploré au "LIPIODOL"
(Collection Sicard et Forestier)

VINANT Ltée, 200, rue Vallée, Montréal.
Agents exclusifs pour le Canada des

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie 22, Rue du Landy, 22 PARIS - SAINT - OUEN

GÉNÉSÉRINE Sédatif des troubles sympathiques

POLONOVSKI et NITZBERG.

Composition: Salicylate de Génésérine.

Indications: Hypo-acidité gastrique, Syndrome solaire, Dyspepsie atonique, Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.

Posologie: La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 20 avant chaque repas, 60 par jour. Les injections sous-cutanées sont surtout indiquées dans les cas de crises douloureuses intenses, contre l'angoisse et l'insomnie persistante des dyspeptiques. Injecter une ampoule tous les jours pendant cinq jours, puis une ampoule tous les deux jours.

Présentation: Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.
Gouttes, solution au millième, flacon de 20 cc.
Ampoules dosées à 2 mgr., boîte de 10 amp. de 1 cc.
Note: Chaque unité correspond à dix jours de traitement à dose journalière maximum.

Laboratoires AMIDO

Agents pour le Canada: **VINANT Limitée,** 200, rue Vallée, **MONTRÉAL.**

UN PROBLÈME FONDAMENTAL EN

Gériatrie

LE RÉTABLISSEMENT D'UN PÉRISTALTISME NORMAL

La diminution progressive des sécrétions digestives fait partie intégrante du tableau physiologique du cycle vital. Si le régime alimentaire n'est pas restreint en conséquence, l'indigestion et la constipation peuvent s'ensuivre. Si le malade refuse de réduire sa consommation de calories, ou s'il y consent mais devient constipé par suite d'insuffisance hépatique ou pancréatique, les COMPRIMÉS DE PANCROBILINE fournissent un précieux appoint de sels biliaires et d'enzymes pancréatiques, fortifiés avec de petites quantités d'extrait de cascara sagrada, de phénolphtaléine et de podophylline. Ce produit stimule doucement la sécrétion de la bile et des enzymes pancréatiques et constitue une précieuse source complémentaire de ces facteurs digestifs essentiels, tant en gériatrie qu'en médecine générale. L'extrait de cascara des COMPRIMÉS DE PANCROBILINE offre les advantages d'un laxatif doux sans créer d'accoutumance et sans occasionner de coliques; la phénolphtaléine exerce une action péristaltique prolongée, et la podophylline agit comme cholagogue.

FORMULE *par comprimé:*

Extrait biliaire (de boeuf).... 3/8 de grain
Pancréas desséché ..... 1/2 grain
Extrait de cascara sagrada.. 1/4 de grain
Phénolphtaléine ..... 1/8 de grain
Podophylline..... 1/16 de grain

POSOLOGIE: *1 à 3 comprimés selon les indications du médecin.*

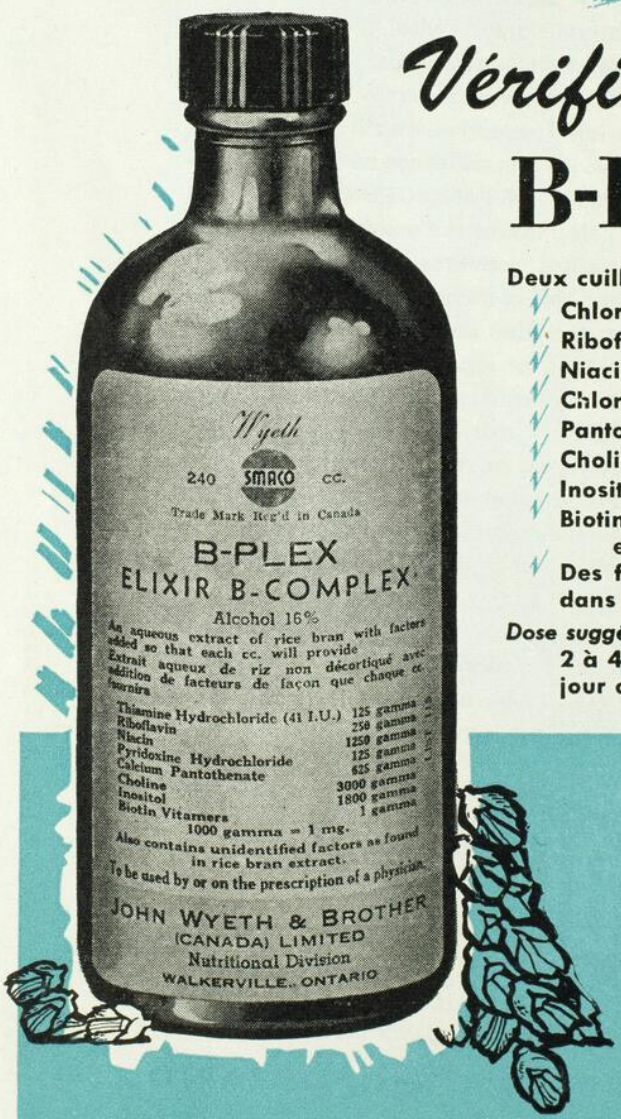
PRÉSENTATION: *Flacons de 100, 500 et 1000.*

COMPRIMÉS DE

PANCROBILIN

REED & CARNRICK
(CANADA) LTD.

64-66 EST, RUE GERRARD, TORONTO, ONTARIO



Vérifiez la formule

B-PLEX

Wyeth

Deux cuillerées à thé (8 c.c.) fournissent:

Chlorhydrate de thiamine...	1	mgm
Riboflavine.....	2	mgm
Niacine.....	10	mgm
Chlorhydrate de pyridoxine..	1	mgm
Pantothénate de calcium....	5	mgm
Choline.....	24	mgm
Inositol.....	14.4	mgm
Biotin Vitamers	0.008	mgm

et

Des facteurs non identifiés que l'on trouve dans l'extrait de riz non décortiqué.

Dose suggérée:

2 à 4 cuillerées à thé (8 c. c. à 16 c. c.) par jour ou selon l'ordonnance.

B-Plex Wyeth est un extrait aqueux de riz non décortiqué additionné de facteurs B — une des plus riches sources naturelles du B-Complexe.

LA PLUS ANCIENNE MAISON PHARMACEUTIQUE

FONDÉE EN 1883

Des parcelles de vie

Les parcelles de Vie à des centaines de millions d'êtres humains à travers le monde, le riz . . . est probablement consommé plus que toute autre nourriture. Son enveloppe est une des plus riches sources naturelles de la vitamine B complexe totale. B-Plex dérivé de l'extrait de riz non décortiqué fournit tous les facteurs de la vitamine B complexe totale, connus et inconnus . . . en plus la certitude d'une addition de chlorhydrate de thiamine, de riboflavine, niacine, pyridoxine et pantothénate de calcium. B-Plex est très agréable au goût et pour les enfants et pour les adultes. Préparation bien tolérée pour la prophylaxie et le traitement des carences en vitamine B.

B-PLEX

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED

WALKERVILLE *(Nutritional Division)* **ONTARIO**

MERVEILLE DE
CONFORT
De même qu'une digue moderne canalise un torrent et en prévient les débordements... harnache les forces de la nature et les transforme en énergie productive... ainsi la thérapeutique moderne de l'épilepsie au moyen du DILANTIN SODIUM aide l'organisme à maîtriser les décharges nerveuses et les surexcitations cérébrales, réduit le nombre ou la sévérité des crises, permet enfin à l'individu de jouir d'une vie plus normale et productive.
Le DILANTIN SODIUM (diphénylhydantoine sodique) représente un apport moderne à la thérapeutique de l'épilepsie... un antispasmodique excellent dénué des propriétés indésirables des bromures et des barbituriques; c'est un produit relativement dépourvu d'action hypnotique et qui s'avère efficace dans bien des cas où d'autres antispasmodiques sont sans effet. Grâce au DILANTIN SODIUM, le médecin peut exercer un contrôle parfait sur les crises d'épilepsie dans un nombre substantiel de cas. Dans d'autres, la fréquence des crises est diminuée.
DILANTIN SODIUM
Parke, Davis & Compagnie, Ltée
MONTRÉAL, QUÉBEC.
100 No. 362
KAPSEALS
DILANTIN
SODIUM
0.1 Gram
PARKE, DAVIS & CO

3 formes

ABBOCILLIN

(Penicilline Calcique, Abbott)

POMMADE ABBOCILLINE Contient 1000 unités internationales de Pénicilline calcique par gramme. Recommandée pour le traitement des conditions de la peau là où la Pénicilline semblerait indiquée. S'obtient en tubes de 1 once.

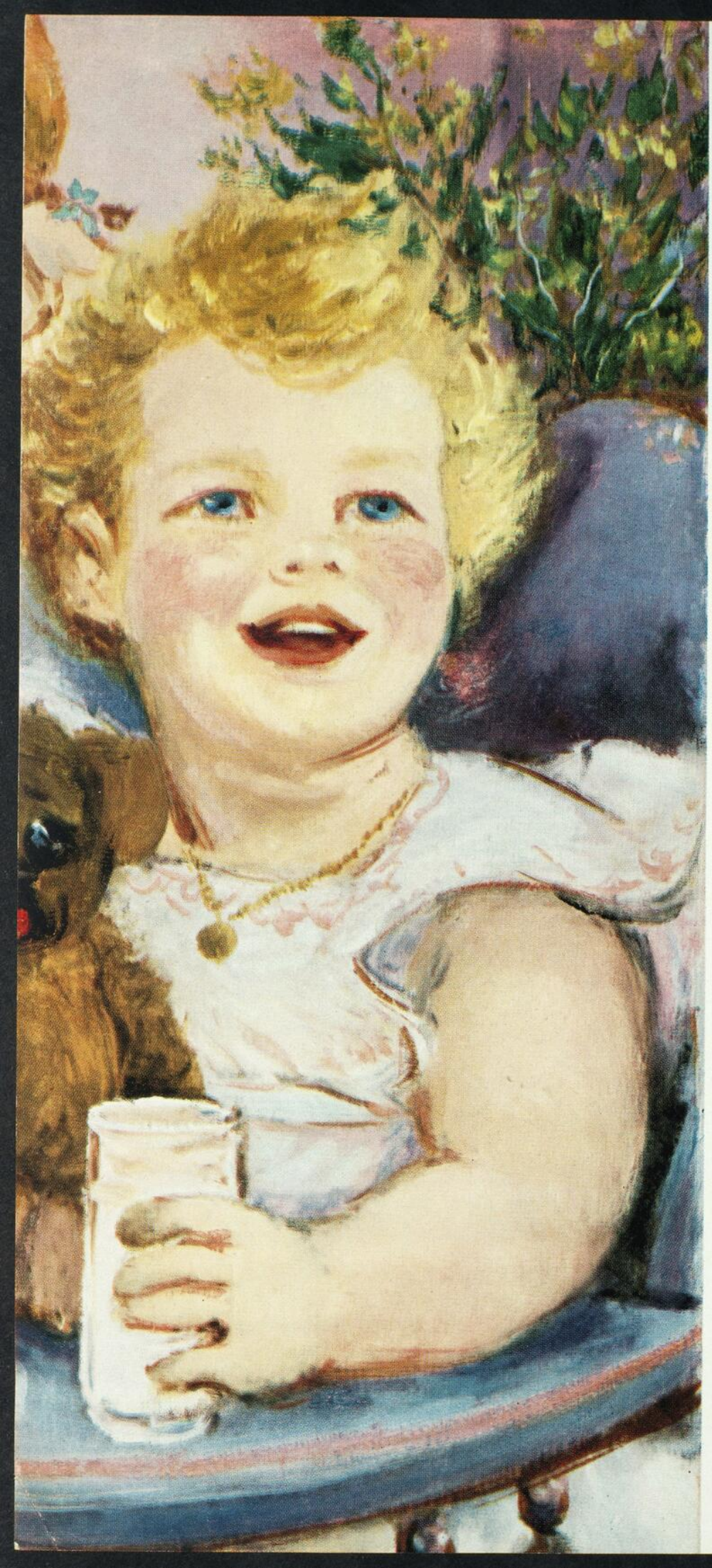
POMMADE OPHTALMIQUE ABBOCILLINE Une pommade qui contient aussi 1000 unités internationales de Pénicilline calcique par gramme. Elle est présentée en tubes de 1/8 d'once munis d'un dispositif d'application.

PASTILLES ABBOCILLINE Chaque pastille représente 1000 unités internationales de Pénicilline calcique. Cette préparation d'Abbocilline est particulièrement désignée pour le traitement oral des infections. En flacons de 24 pastilles.

• • •

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE

20 CHEMIN BATES • MONTREAL • CANADA



Pour les Hommes

CONVAINCUS

LES enfants sont très décidés en matière de nourriture: *il faut que ça goûte bon.* Et si—comme il arrive souvent—cette conviction les conduit à prendre moins que la quantité optimum de vitamines, un appoint de vitamines est nettement indiqué. *Mais ici encore il faut que ça goûte bon.*

Le Vi-Daylin est un produit polyvitaminique possédant un goût d'aurantiacés exceptionnellement agréable. En outre, c'est un liquide virtuellement limpide, sans odeur désagréable et ne contenant que des traces d'alcool. Pris à la cuillère ou dans du lait ou autre liquide, avec lesquels il se mélange facilement, le Vi-Daylin fournit un excellent moyen d'ajouter à l'alimentation de l'enfant l'appoint nécessaire de vitamines A, D, B_1, B_2, C et de nicotinamide. Une cuillerée à thé ordinaire de Vi-Daylin contient:

Vitamine A (PROVENANT D'HUILES DE FOIE DE POISSON)	5000 Unités Intn'les
Vitamine D (VIOSTEROL)	1000 Unités Intn'les
Chlorhydrate de Thiamine (VITAMINE B_1, 444 UNITES INTN'LES)	1.3 mg.
Riboflavine (VITAMINE B_2)	1.5 mg.
Acide Ascorbique (VITAMINE C, 1600 UNITES INTN'LES)	80 mg.
Nicotinamide	5. mg.

On peut facilement se procurer le Vi-Daylin, en flacons de 90 cc., dans toutes les bonnes pharmacies.

Vi-Daylin

VITAMINES A, B_1, C, D, RIBOFLAVINE ET NICOTINAMIDE SOUS FORME LIQUIDE.

LABORATOIRES ABBOTT LTEE
20, CHEMIN BATES • MONTREAL

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amerique du Nord

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 74:

MM. Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Audet-Lapointe (Jean) ; Beaudry (Maurice) ; Beauregard (J.-M.) ; Bégin (B.-G.) ; Bélanger (J.-E.) ; Bélisle (Philippe) ; Benoît (René) ; Bertrand (Albert) ; Bertrand (Claude) ; Blain (Emile) ; Boucher (Roméo) ; Bourque (J.-P.) ; Bruno (Jacques) ; Cantero (A.) ; Casgrain (Gérard) ; Cauchon (Roland) ; Champagne (Jacques) ; Charest (Fernand) ; Chenevert (Robert) ; Cholette (A.-M.) ; Clermont (Moïse) ; Cloutier (Roland) ; Côté (Chs-E.) ; Côté (J.-Chs) ; Coutu (A.) ; Cruchet (René) ; David (Paul) ; Debidour-Monrad (H.) ; De-Guise (Albert) ; Deshaies (Georges) ; Demers (F.-X.) ; De Montigny (Gérard) ; Desjardins (Edouard) ; Doré (Réal) ; Dubé (Edmond) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dumas (Paul) ; Durel (P.) ; Duvalier (François) ; Fauteux (Mercier) ; Favreau (J.-C.) ; Ferron (Marcel) ; Fisher (John) ; Foisy (René) ; Fortier (De la Broquerie) ; Fortier (Maurice) ; Frappier (Armand) ; Frénette (Ulric) ; Gagnon (Jacques) ; Gariépy (J.-U.) ; Gariépy (Roger) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Grégoire (Fernand) ; Grignon (René) ; Groleau (Lionel) ; Groulx (Adélard) ; Guilbeault (A.) ; Houot (A.) ; Jobin (Joachim) ; Jobin (Pierre) ; Julien (Lucien) ; Ladouceur (Léo) ; Lamoureux (Marcel) ; Laperrière (Vincent) ; Larivière (Paul-M.) ; Lassner (J.) ; Latraverse (Valmore) ; Laurier (Yvon) ; Leblond (Wilfrid) ; Léger (Jacques) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; Létienne (Louis) ; Letondal (Paul) ; Longtin (Léon) ; Mantha (L.) ; Maranda (Emilien) ; Marin (Albéric) ; McCormick (W. J.) ; Means (J. H.) ; Mercier (Oscar) ; Meunier (Pierre) ; Nadeau (Gabriel) ; Nairn (George A. S.) ; Noël (Victor) ; Pager (Antonio) ; Painchaud (Chs-Auguste) ; Panaccio (Victor) ; Panneton (Philippe) ; Papineau (Marc) ; Paquette (J.-P.) ; Pettigrew (Ant.) ; Pinsonneault (G.) ; Plichet (André) ; Plouffe (Adrien) ; Poirier (Paul) ; Potvin (Paul) ; Prévost (Jules) ; Riopelle (J.-L.) ; Robillard (Eugène) ; Rochette (Paul) ; Roussel (J.-M.) ; Roux (J.-René) ; Saint-Onge (Gérard) ; Samson (J.-Ed.) ; Saucier (Jean) ; Savy (Paul) ; Simard (L.-C.) ; Simon (E.) ; Sirois (Jean) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Sterlin (André) ; Swenson (Orvar) ; Sylvestre (L.) ; Trudeau (Charles-H.) ; Vézina (Norbert).

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

Abcès de la région ano-rectale. Les (Edouard Desjardins) 802
Abcès. Les (Edouard Desjardins) 190
Accidents du travail et syphilis récente. (Albéric Marin) 18
Accoucheur. Cauchemars de l' (F.-X. Demers) 336
Acné. Traitement hormonal de l' (E. Simon) 37
Alcoolisme. Aspect neuro-psychiatrique de l' (Roma Amyot) 1237
Alcoolisme chronique. L' (Jean-Marie Roussel) 1232
Alcoolisme. Du traitement de l'a. chronique et de l'alcoolomanie. (Roma Amyot) 319
Alimentation de l'enfant. L' (René Benoît) . . 313
Allergie cutanée. (Albéric Marin) 432
Allergique. A propos de trois cas de dermite médicamenteuse (Henri Smith) 1377
Americ Vespuce. Les notes médicales dans les écrits d' (Philippe Panneton) 1388
Amibiase intestinale. Considérations sur un cas d' (Victor Noël) 1381
Anale. La fissure (Edouard Desjardins) 977
Analgésie et d'anesthésie en obstétrique. Note préliminaire sur une nouvelle technique d' (Moïse Clermont et Jacques Gagnon) 897
Anesthésie en obstétrique. Note préliminaire sur une nouvelle technique d'analgésie et d' (Moïse Clermont et Jacques Gagnon) 897
Anesthésie par réfrigération (U. Gariépy, M. Lamoureux et R. Grignon 1711
Angine de Ludwig. Un cas d' (V. Latraverse) . . 28
Ano-rectale. Les abcès de la région. (Edouard Desjardins) 802
Anorexie chez l'enfant. L' (Norbert Vézina) . . 140
Anthrax. L' — Le furoncle. (Edouard Desjardins) 488
Anticancéreux de l'hôpital Notre-Dame. Rapport sur les trois premières années du centre. (L.-C. Simard) 906
Apophysaire. Arthrite chronique (J.-Ed. Samson) 1117
"Association Médicale Canadienne". Réunion annuelle de l' (Léon Gérin-Lajoie) 576
Assurance-maladie. A propos d' (Lionel Groleau) 960
Assurance-santé. La profession médicale vs l' (A.-M. Cholette) 323
Atélectasie postopératoire ou post-traumatique. Bronchoscopie et oxygénothérapie. (V. Latraverse) 1373

B

Bronchopneumonie traitée par le drainage bronchoscopique. Un cas de (V. Latraverse et A. Guilbeault) 597
Bronchoscopie au lit du malade. La (V. Latraverse) 448
Brucellose humaine. (Chs-Auguste Painchaud) . 1581
Brûlés. L'action de la cortine chez les (A. Houot) 289

Bulletins:

"Canadian Medical Association" (Albert LeSage) 1043
Ce que le temps nous apporte. (Roma Amyot) 421
Ce que le temps nous apporte. (Roma Amyot) 721
Ce que le temps nous apporte. Sir Alexander Fleming à Montréal. (Roma Amyot) . . . 1193
Ce que le temps nous apporte. De Georges Duhamel et des "Journées Médicales" de la Société Médicale de Montréal. (Roma Amyot) 1514
Ce que le temps nous apporte. Journaux français — Le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris en Québec — Le Congrès de la "Canadian Medical Association" (Roma Amyot) 877
Congrès médicaux en 1945. (Léon Gérin-Lajoie) 1
La croisée des chemins. (Albert LeSage) . . . 573
La croisée des chemins. (Albert LeSage) . . . 1047
Les "Journées Médicales" de la Société Médicale de Montréal. (Albert LeSage) 1356
L'Institut Pasteur de Paris durant l'occupation allemande. (Albert LeSage) 129
Nos souhaits (Roma Amyot) 1680
Réunion annuelle de l'"Association Médicale Canadienne". (Léon Gérin-Lajoie) 576
Propos d'un nouveau rédacteur en chef. (Roma Amyot) 274

C

"Canadian Medical Association". (Albert LeSage) 1043
Canaux ostéo-fibreux du membre supérieur. Les (Albert Coutu) 638
Calcium. Aspect endocrinien du métabolisme du (Eugène Robillard) 132
Cancer du larynx. (Chs-E. Côté) 932
Cancer gastrique à début fébrile. Le (Antonio Cantero) 148
Caouette, le docteur. In memoriam. (Paul Rochette) 275
Cardiaque. Essais cliniques d'une hormone c. dans les affections cardiovasculaires en pratique générale. (J.-E. Bélanger) 1213
Chirurgie de la douleur. (Urgel Gariépy) . . . 764
Chirurgie. L'âge d'or de la (Pierre Smith) . . . 464
Cholécystite aiguë et ses modalités. Le traitement chirurgical de la (Edouard Desjardins) . . . 771
Chordome sacro-coccygien. Le (J.-R. Roux) . . . 1707
Chronique thérapeutique. (Roger-R. Dufresne) . 491
Côlite ulcéreuse non spécifique. Evolution d'un cas. (Jean LeSage) 593
Côlite ulcéreuse non spécifique. Observation et réflexions sur la thérapeutique. (Jean LeSage) 297

Côlite ulcéreuse. Un cas de (Joachim Jobin) . 923
Cornéenne. Transplantation. Observation personnelle (J. Audet-Lapointe) 1703
Coronaire. La neurectomie péricoronarienne associée à la ligature de la grande veine c. dans le traitement de certaines formes de la maladie coronarienne. (Mercier Fauteux) 424
Coronarienne. Considérations sur l'étiologie de la thrombose (W. J. McCormick) 1205
Coronarienne? La neurectomie péricoronarienne peut-elle abolir les douleurs angineuses de la maladie (Mercier Fauteux et Orvar Swenson) . 1518
Coronarienne. Le traitement de la thrombose (Roger-R. Dufresne) 799
Cortine chez les brûlés. L'action de la (A. Houot) 289
Cours postscolaires. L'apport universitaire au mouvement du "retour à la vie civile" et aux (Edouard Desjardins) 163
Croisée des chemins. La (Albert LeSage) . 573, 1046

D

De Georges Duhamel et des "Journées Médicales" de la Société Médicale de Montréal (Roma Amyot) 1514
Dentier mis en place instantanément après l'extraction des dents. (Robert Chenevert) . . . 954
Dermatoses printanières et estivales. (Henri Smith) 756
Dermite médicamenteuse allergique. A propos de trois cas de (Henri Smith) 1377
Diagnostic différentiel du syndrome lombo-sacré. (J.-Ed. Samson) 1136
Digitales. Les (Roger-R. Dufresne) . 1407, 1598, 1763
Disque intervertébral. Le (J.-Ed. Samson) . . . 1127
Disques intervertébraux. Physio-pathologie et notions cliniques actuelles. Les (Claude Bertrand) 1196
Douleur. Chirurgie de la (J.-U. Gariépy) 764
Dupuytren vu par Henri Mondor. (Pierre Smith) 1397

E

Ecthyma térébrant des scrofuleux. (Paul Poirier) 32
Endométriose. L' (Léon Gérin-Lajoie) 13
Enseignement de la médecine au Canada français. L' (Oscar Mercier) 969
Estrogènes. L'emploi thérapeutique des (E. Simon) 1564
Excitabilité. L' (G. Pinsonneault) 936

Editoriaux:

A propos de radiologie digestive. (Roger-R. Dufresne) 611
Des douleurs lombo-sacrées à la sciatique. (Roma Amyot) 1139
Du traitement de l'alcoolisme chronique et de l'alcoolomanie (Roma Amyot) 319
Frank B. Lahey à la Société de Chirurgie. (Roger-R. Dufresne) 41
La chirurgie du larynx. (V. Latraverse) . . . 1588
L'âge d'or de la chirurgie. (Pierre Smith) . . 464
L'apport universitaire au mouvement du "retour à la vie civile" et aux cours postscolaires. (Edouard Desjardins) 163
Le cinquantenaire de la mort de Pasteur. (Pierre Smith) 1253
Le règlement de la vente des produits hormonaux. (Paul Dumas) 1386
Le traitement chirurgical de la cholécystite aiguë et ses modalités. (Edouard Desjardins) . . 771
L'ostéosclérose. Réhabilitation chirurgicale de l'ouïe. (V. Latraverse) 957
Une innovation dans la conception et l'aménagement des soins postopératoires (P. Smith) 1743

F

Facteur "Rh" (origine, recherche, signification) (Albert Bertrand) 1360
Faculté de Médecine. Les espoirs de la (Edmond Dubé) 1746
Fissure anale. La (Edouard Desjardins) 977
Fistules vésico-vaginales. Trois cas de (F.-X. Demers et John Fisher) 753
Fleming, Sir Alexander (Roma Amyot) 1193
Foie. Les moyens de fixité du (A. Coutu) . . . 486
France . . . et nous. La (Albert LeSage) 180
Franco-américaine par le docteur Paul Dufault. Notes sur la médecine (Roma Amyot) . . . 185
Furoncle. Le — L'anthrax. (Edouard Desjardins) 488

G

Goitre et psychose. (Réal Doré) 749
Gastrectomie totale. (Jacques Bruneau) 741
Goitre. Une nouvelle forme de: la scléro-lympholipomatose thyroïdienne. (L.-C. Simard) . . 884
Granulie. Un cas atypique de (Yvon Laurier) . 452

H

Helvétius dans la Nouvelle France. Les remèdes (Gabriel Nadeau) 621
Hématémèses sans participation ulcéreuse ou cancéreuse de la muqueuse gastro-duodénale. Les (Roméo Boucher) 2
Hématorachis. Un cas de paralysie traumatique par (Roma Amyot) 1701
Hépatites aiguës bénignes. Traitement des (Roger-R. Dufresne) 974
Herbe à la puce. L' (Charles-H. Trudeau) . . . 605
Hernie transmésentérique étranglée. Une cause rare d'occlusion intestinale aiguë. (Edouard Desjardins) 734
Histoire. Une once d' (Philippe Panneton) . . 331
Hodgkin. La maladie de (Paul David) 1542
Hôpital Notre-Dame. Rapport sur les trois premières années du centre anticancéreux de l' (L.-C. Simard) 906
Hormone cardiaque dans les affections cardio-vasculaires en pratique générale. Essais cliniques d'une (J.-E. Bélanger) 1213

Hormonaux. Le règlement de la vente des produits (Paul Dumas) 1386
Hygiène et en médecine préventive. Les nouveautés en (Adrien Plouffe) 1694
"Hypernéphrome vrai du rein". Considérations sur la nature et sur la provenance du prétendu (J.-L. Riopelle) 889

I

Incontinence des urines chez la femme. L' (J.-P. Bourque) 1569
Infarctus du myocarde. Considérations sur un cas d' (Antonio Pager et Marc Papineau) . . . 34
Instabilité des chefs. De l' (Roméo Boucher) . . 1404
Institut Pasteur de Paris durant l'occupation allemande. L' (Albert LeSage) 129
Introduction. Syndrome lombo-sacré. (J.-Ed. Samson) 1050

J

Journaux français. (Roma Amyot) 877
"Journées médicales" de la Société Médicale de Montréal. Les (Albert LeSage) 1356

L

Lahey à la Société de Chirurgie. Frank B. (Roger-R. Dufresne 41
Larynx. La chirurgie du (V. Latraverse) 1588
Larynx. Le cancer du (Charles-E. Côté) 932
Lettre de France. (André Plichet) 1592
Lobectomie et pneumonectomie. Suppurations pulmonaires (G. Deshaies) 1721
Lombalgie. Lésions des tissus mous dans la (Paul Potvin) 1088
Lombo-sacrées à la sciatique. Des douleurs (Roma Amyot) 1139
Lombo-sacrée. Anatomie de la région (Edgar Lépine) 1051
Lombo-sacrées. Les anomalies congénitales (Ulric Frenette) 1091
Lombo-sacrées. Les déformations mécaniques et statiques (Paul Potvin) 1082
Lombo-sacrées. Lésions infectieuses vertébrales (Maurice Fortier) 1099
Lombo-sacré. Les traumatismes du rachis (Roger Gariépy) 1077
Lombo-sacré. Physiologie mécanique du segment (André Sterlin) 1063
Lombo-sacrés. Séméiologie des syndromes douloureux (Roger Gariépy) 1069
Lombo-sacré. Syndrome l.-s. par tumeurs vertébrales. (Louis Létienne) 1112
"Low-back pain". Accident de travail et (J.-Ed. Samson) 1133

M

Médecine et paradoxes. (Pierre Smith) 1272
Médecine franco-américaine. Notes sur la... par le docteur Paul Dufault. (Roma Amyot) . . 185
Médecine industrielle. Notes de (Wilfrid Leblond) 325, 617
Médecine. La méthode en (René Cruchet) . . . 1255
Médecins. Devoirs des . . . envers les malades. (Edouard Desjardins) 1750
Médecins et les hôpitaux. Les (Emile Blain) . . 1755
Méningite à pneumocoque guérie par la pénicilline. (Roma Amyot) 21
Méningite à staphylocoque traitée et guérie par la pénicilline. (Roma Amyot) 909
Mentales. La chirurgie dans le traitement des affections (Fernand Charest) 1526
Mercier. La mort du professeur Oscar (Roma Amyot) 1355
Mercier, le docteur Oscar. In Memoriam. (Edouard Desjardins) 1505
Myocarde. Considérations sur un cas d'infarctus du (Antonio Pager et Marc Papineau) . . . 34
Médecine et chirurgie pratiques, formulaires et notes d'anatomie:
Abcès. Les (Edouard Desjardins) 190
Anthrax. L' (Edouard Desjardins) 488
Cauchemars de l'accoucheur. (F.-X. Demers) 336
La fissure ano-rectale. (Edouard Desjardins) 977
Le rôle de l'oxygène dans l'organisme humain. (Albert LeSage) 1409
Les abcès de la région ano-rectale (Edouard Desjardins) 802
Les canaux ostéo-fibreux du membre supérieur. (Albert Coutu) 638
Le sinus pilonidal. (Edouard Desjardins) . . . 643
Moyens de fixité du foie. Les (A. Coutu) . . 486
Phlegmon. Le (Edouard Desjardins) 338
Traitement de la rougeole. (Paul Savy) . . . 639

N

Numéro de novembre. Au sujet du (Albert LeSage) 471
Neurectomie péricoronarienne associée à la ligature de la grande veine coronaire dans le traitement de certaines formes de la maladie coronarienne. (Mercier Fauteux) 424
Neurectomie péricoronarienne peut-elle abolir les douleurs angineuses de la maladie coronarienne? La (Mercier Fauteux et Orvar Swenson) . . . 1518
Neuro-psychiatrie. Nouveautés en (Jean Saucier) 1682
Nooth. Le Dr John Mervin — Un savant anglais à Québec à la fin du XVIIIe siècle. (Gabriel Nadeau) 49
Nutrition dans un service municipal de santé. L'enseignement de la (Adélard Groulx) . . . 174

Nécrologies:

A

Achard, le professeur Charles (Albert LeSage) 1145

B

Bélisle, le docteur Joseph-Raymond 986
Birtz, le docteur L.-J. Ernest 1296

Bonnier, le docteur Benjamin 88
Boudrias, le docteur Wilfrid 1445
Bousquet, le docteur Gaspard 221

C

Caouette, le docteur Joseph. In Memoriam. (Paul Rochette) 275
Caouette, le docteur Joseph 221
" " (Pierre Jobin) 516
Chagnon, le docteur D.-T. 368
Couture, le docteur J.-A. 88

D

Dagenais, le docteur E.-G. 1445
Deguire, le docteur Armand 1613
Denis, le docteur Paul 1445
Désorcy, le docteur Charles-Arthur 516
Dion, le docteur Thomas-Joseph 368
Dussault, le docteur Fabien-Pierre 368

F

Fournelle, le docteur Jérôme 1150

G

Gauthier, le docteur Antonio 221
Gélinas, le docteur J.-Albert 221
Godard, le docteur J.-Oscar 88
Gravel, le docteur L.-J. 1613

H

Horteja, Rio del Rio 1613

L

Laquerrière, le docteur A. 819
" " (Philippe Bélisle) 1295
Lecavalier, le docteur Eugène (Roma Amyot) 1150
Lefebvre, le docteur Zacharie 88
Léger, le docteur Anselme (Albert De Guise) 87
Lemire, le docteur Lucien 819
Longpré, le docteur J.-E. 819

M

Mercier, le docteur Oscar. In Memoriam. (Edouard Desjardins) 1505

N

Normandin, le docteur Armand 986

P

Paquet, le docteur Armand 1297

R

Ricard, le docteur Arthur (Roma Amyot) . . 1150
Richard, le docteur Armand 1150
Rioux, le docteur Eugène-B. 1613

S

Saint-Onge, le docteur Emile 1297
Saint-Pierre, le docteur J.-Alexandre (Edouard Desjardins) 516
Sirois, le docteur (Albert LeSage) 986

Nouvelles:

A

Académie de Médecine à Londres. Une 686
Agrégation. Université de Montréal, Faculté de Médecine, concours d'a. 370
Agrégés à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Dix-sept nouveaux 368
Aide du Gouvernement aux futurs médecins 678
Alcoolisme chronique. Symposium sur l'a. c. à la Société Médicale de Montréal 524
Alcoolisme. Vœu de la Société Médicale de Montréal dans le but d'intensifier la lutte contre l' 524
Anesthésie et analgésie en obstétrique. Sur une nouvelle technique d' 1154
Anesthésistes. Nouveau Président chez les . . 682
Association des Médecins de l'Est. Elections de l' 1154
Association Médicale Canadienne. Journées Médicales annuelles de la division du Québec de l' 92
Association Médicale Canadienne. Prise de fonctions du nouveau Président de l' . . . 1154
Association Médicale Canadienne. Programme préliminaire du soixante-quinzième congrès annuel de l'. Hôtel Mont-Royal, Montréal, 11, 12, 13, 14, 15 juin 1945 688
Association Nationale des Universités Canadiennes. L' 1616

B

B. C. G. Anniversaire de la clinique 1616
Berger. Le Prof. Louis 1772
Boursiers de la province de Québec. Médecins 1616

C

Caron, W. M. Au Collège Royal des Chirurgiens 1772
Canadian Orthopaedic Association 676
Causerie au Cercle Universitaire 832
Centre Médical à notre Université. Un . . . 838
Cercle Universitaire de Montréal. Nominations au 1618
Cholette, J.-P. Au Collège Royal des Chirurgiens 1776
Conférence chez les gardes-malades . . . 994
Conférences du doyen de Paris 1156
Conférence du Dr Paul Dudley White (de Boston) au "Jewish General Hospital" . . 1304
Certification des spécialités médico-chirurgicales au Canada 1298
Conseil médical du Canada. Diplômes 1774
Cliniques de dermato-syphiligraphie de l'Université de Montréal, 1945 90
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Assemblée annuelle du 1300

Comité national de recherches d'hygiène scolaire 1776
Comité de Survivance. Le 1614
Comité Provincial de la Défense contre la Tuberculose 522
Congrès annuel de l'Association Médicale Canadienne. Programme préliminaire du soixante-quinzième 668
Congrès (XVIIIe) de l'A. M. L. F. A. N. . . . 518
Cours postscolaires à l'Université Columbia . . 530
Cruchet, le professeur René à Montréal . . . 518

D

Dandurand, René. Nouveau traitement du diabète présenté à la Soc. de Biologie . . . 1776
Déjeuner à un collègue du Mexique 840
"Dimanche du Praticien" de la Société Médicale de Montréal, à l'Hôtel-Dieu. Premier . . . 370
Directeur du Service de Santé d'Outremont . 1156
Doctorat honorifiques 838
Duhamel, Georges, au banquet de clôture des "Journées médicales" de Montréal 1614

E

Ecole de Médecine inaugurée le 30 octobre . 1614
Emard, le docteur L.-M. Nomination 1452
Enseignement théorique à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal 998
Ewing. En hommage à James 530

F

Faculté des Sciences. Nominations à la . . . 1616
Faure. Décès du professeur Jean-Louis . . . 684
Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec 994
Fleming, Sir Alexander et deux collaborateurs reçoivent le Prix Nobel de Physiologie . . . 1614

G

Garant, le docteur Oscar. Nomination 832
Gauthier, le docteur C.-A. Nomination . . . 1614
Genest, Jacques. Nomination au Collège Royal des Médecins 1774
Gérin-Lajoie, le docteur Léon, Vice-Doyen à la Faculté de Médecine de l'Univ. de Montréal 1772

H

Hôpital à Sorel. Un nouvel 1156
Hôpital de Granby. L' 1452
Hôpital de Verdun. Nominations à l' 1618
Hôpital du Sacré-Coeur, Cartierville. — Symposium sur les pneumoconioses spécifiques 1302
Hôpital Notre-Dame. Elections au bureau médical 678, 832
Hôpital Notre-Dame. Service d'électro-radiologie 1774
Hôpital St-Joseph des Trois-Rivières. Nomination à l' 1618
Hôpital Sainte-Justine. Elections 224
Hôpital Sainte-Justine. Séance d'étude 834
Hôpital St-Luc. Elections 1774
Hôtel-Dieu de Québec. Bureau médical de l' . . 1772
Hôtel-Dieu de Montréal. Elections 372
Hôtel-Dieu de Montréal. Nominations à l' . . 1616
Hôtel-Dieu de Québec. Nouveaux chefs de service à l' 526
Hôtel-Dieu. Réunion scientifique de l' . . . 836

I

Institut Bruchesi. Activité 1944 de l' 836
Institut Bruchesi. Elections à l' 838
Institut de Psychologie. Nominations à l' . . 1616
Institut d'hygiène à l'Université Laval de Québec. Un 1452

J

Journaux médicaux microfilmés 530

L

Laennec. Le Prix 680
Laryngectomisés forment un club. Les . . . 836
Lauréat du concours de photographie 1156
Lauréats des concours littéraires et scientifiques de 1945 1616
Le professeur J.-P. Lamarque (de Montpellier, France) hôte de la Société Médicale de Montréal 1452
Ligue pacifiste chez les médecins. Une 996

M

Malartic, Un hôpital à 682
Marion, le docteur Donatien à l'Université de Montréal 94
Médecin jubilaire. (le docteur Lortie) 840
Médecin jubilaire (le Dr Rodolphe Chevrier) 682
Médecins jubilaires (les docteurs J.-A. Lortie, L.-P.-N. Rodrigue, A. Desgroseilliers, Pierre Roux, P.-Arthur L'Ecuyer, Birs-Desmarteau, J.-A. St-Denis, E. Brunelle 996
Médecins par province. La répartition des . . 684
Médecine et les Arts. La 1618
Médecine française sous l'occupation allemande. La 684
Mérieux, le docteur C., de passage à Montréal 680
Monument Pasteur à Chicago. Le 836

N

Nominations (les docteurs Paul de Varennes, Philippe Panneton et François Badeaux) . 1302
Nouvelles de France . . . 990, 1152, 1304, 1452
Nouvelles de France 990, 1152, 1304, 1452, 1774

O

Overholt. Le docteur O. parlera à Montréal le 22 mai sous les auspices du comité de défense contre la tuberculose 686, 994

P

Pape parle aux médecins. Le 530

Paquette, l'Honorable J.-H.-A., président honoraire de la Société Médicale de Montréal 222
Permutation à la Faculté des Sciences. Le docteur Georges-H. Baril 682
Pouliot, P.-E., au Collège Royal des Chirurgiens 1776
Président des Sociétés Mutuelles 996
Prix Casgrain et Charbonneau à la Faculté Laval de Québec 1772
Prix Nobel de médecine et de physiologie . . 532

R

Radio américaine apporte son concours à la médecine. La 684
Radiologiste canadien en Chine reçoit un cadeau de $1,000,000. Un 994
Recherche scientifique 682
Recherche scientifique est impossible sans aide financière. La 684
Rectorat de Paris 838

S

Salon de Photographie des Médecins Canadiens 692
Sanatorium de Saint-François. Le 680
Science au service de l'homme d'affaires. La 680
Selye. Le docteur Hans S. à Moscou 1156
Selye, le docteur Hans à l'Univ. de Montréal 1774
Siderey, décès du professeur Armand 684
Sir Alexander Fleming à Montréal 1156
Société de Biologie. Election du Président . . 682
Société de Chirurgie de Montréal. Elections . . 92
Société de Chirurgie de Montréal. La 838
Société de Gastro-Entérologie 834
Société de Phtisiologie de Montréal. Elections 224
Société des infirmières visiteuses 374
Société Médicale de Drummondville 1618
Société Médicale de Joliette 832
Société Médicale de Montréal. A la 990
Société Médicale de Montréal. "Journées médicales annuelles" 832, 990, 1152, 1300, 1446
Société Médicale de Montréal. Officiers du nouveau bureau à la 92
Société Médicale de Montréal. Prix de la 372, 990
Société Médicale de Montréal — Session 1945 524
Société Médicale de Montréal. Vœu de la, dans le but d'intensifier la lutte contre l'alcoolisme 524
Société Médicale de Montréal. Vœu de la S. M. pour la création d'un Institut du rhumatisme 830
Société Médicale de Montréal. Vœu de la, pour l'établissement d'une clinique anti-alcoolique 1154
Société Médicale de Québec 838
Société Médicale des Trois-Rivières . . . 832, 1776
Société Médicale de Valleyfield 530, 838
Société St-Jean-Baptiste de Montréal. Nominations 1618
St-Onge. Hommage rendu au Dr J.-E. 1618

T

Tétreault, le docteur Adélard, des Trois-Rivières, Commandeur de l'Ordre St-Sylvestre . 372
Titre honorifique (le docteur J.-B. Prince) . 994
Tuberculose. Comité Provincial de la Défense contre la 522

U

Union Médicale du Canada. Assemblée annuelle des directeurs de l'. Elections 222
Université Columbia. Cours postscolaires à l' 530
Universités. Belle contribution de nos universités. L'admirable effort de guerre de nos U. illustré dans une récente production de l'Office National du Film 376
Université de Montréal. — Faculté de Médecine. Avis de nomination de titulaire 987
Université de Montréal — Faculté de Médecine. Concours d'agrégation — Avis de nomination de titulaires 678
Université de Montréal — Faculté de Médecine — Nouveaux professeurs agrégés 1450
Université de Montréal — Faculté de Médecine. Règlements 824
Université Laval de Québec — Faculté de Médecine. Résultat du concours d'agrégation 987
Université d'Ottawa. Une Faculté de Médecine à l' 1156
Université Laval. Nominations à la Faculté de Médecine de l' (les docteurs Marcel Langlois, François Roy, Fernando Hudon) 520

V

Vidal, le docteur J.-A. Nomination 832
Voyage au Mexique 834

Z

Zilboorg, le docteur Gregory, de New-York, à la Société Médicale de Montréal 224

O

Obstruction bronchique par une tumeur bénigne. Un cas d' (B.-G. Bégin) 156
Occlusion intestinale aiguë. Une cause rare d': la hernie transmésentérique étranglée. (Edouard Desjardins) 734
Oeil au beurre noir. Un (Roméo Boucher) . . . 1277
Opératoires. Une innovation dans la conception et l'aménagement des soins postopératoires (P. Smith) 1743
Orthopédie. Les nouveautés en (J.-C. Favreau) 1687
Ostéo-fibreux du membre supérieur. Les canaux (Albert Coutu) 638
Ostéo-synthèse. Procédé simplifié d' (Gérard St-Onge) 599
Otosclérose. L' — Réhabilitation chirurgicale de l'ouïe. (V. Latraverse) 957
Oxalique. Observations cliniques sur le traitement des plaies par l'acide o. et découverte de son action sur le développement du système pileux. (H. Debidour-Monrad et J. Lassner) 589
Oxygène dans l'organisme humain. Le rôle de l' (Albert LeSage) 1409

P

Pancoast. Syndrome clinico-radiologique de (Jules Prévost et Jacques Léger) 152
Pancréatite œdémateuse. Un cas de (Lucien Julien) 1576
Parias de la société. Les (J.-U. Gariépy) 473
Pasteur. Le cinquantenaire de la mort de (Pierre Smith) 1253
Paternité douteuse par l'étude comparée des groupes sanguins. Exclusion de (Albert Bertrand) . 315
Pénicilline dans le traitement des maladies vénériennes. La (Jules Archambault) 946
Pénicilline dans les maladies vénériennes. La (L. Sylvestre et J.-M. Beauregard) 950
Pénicilline. La (Armand Frappier) 726
Pénicilline. Méningite à pneumocoque guérie par la (Roma Amyot) 21
Pénicilline. Méningite à staphylocoque traitée et guérie par la (Roma Amyot) 909
Phlegmon. Le (Edouard Desjardins) 338
Physiologie nerveuse. (Vincent Laperrière) . . 1057
Pian en Haïti. Contribution à l'étude du (François Duvalier) 781
Placenta prævia. Considérations sur un cas de (Marcel Ferron) 1383
Plaies. Observations cliniques sur le traitement des p. par l'acide oxalique et découverte de son action sur le développement du système pileux. (H. Debidour-Monrad et J. Lassner) . . 589
Pneumothorax spontané. Notes sur le (J.-P. Paquette) 909
Polyarthrite chronique. Le traitement chirurgical de la (J.-Ed. Samson) 578
Portrait de malade. (Roméo Boucher) 1595
Postscolaires. L'apport universitaire au mouvement du "retour à la vie civile" et aux cours (Edouard Desjardins) 163
Prolapsus utérins. Traitement chirurgical des (Pierre Meunier) 1249
Prothèse maxillo-faciale (Gérard De Montigny) 1727
Psychose. Goitre et (Réal Doré) 749
Pylore chez le nouveau-né. Sténose hypertrophique du (J.-Chs Côté) 471
Pylore. Sténose hypertrophique du (Antoine Pettigrew) 458

R

Radiologie digestive. A propos de (Roger-R. Dufresne) 611
Recherche thérapeutique en France pendant l'occupation. La (P. Durel) 1400
Rédacteur en chef. Propos d'un nouveau (Roma Amyot) 274
Résection transurétrale chez nous. La (Roland Cauchon) 1370
Résidence en chirurgie à l'hôpital Notre-Dame (J.-U. Gariépy) 1268
Rétiniennes. Les hémorragies (Emilien Maranda) 1243
Rhinorrhée cérébro-spinale. (Jean Sirois) . . . 1561
Rhume de cerveau par l'huile de foie de morue. Traitement local du (L. Mantha) 1735
Roentgenthérapie au contact dans les lésions malignes de la bouche. La (G. Pinsonneault) . 1368
Roentgenthérapie dans le traitement des lésions inflammatoires. La (Origène Dufresne) . . 439
Rougeole. Rapport sur une épidémie de (Paul David) 1542
Rougeole. Traitement de la (Paul Savy) . . . 639

Revue des livres:

Fraser B. Gurd et F. Douglas Ackman. — Technique in trauma. Planned timina in the treatment of wounds, including burns. J. B. Lippincott, Montréal, 1944. (Edouard Desjardins) 821
Dr Adélard Groulx, M.P.H., F.R.S.I. (E), F.A.P.H.A., directeur. — Rapport du Service de Santé de la Ville de Montréal. (Roma Amyot) 1442
Dr Paul Letondal. — Annuaire 1945 de la Société Médicale de Montréal. — Avant-propos de l'honorable Albini Paquette . . . 1443
Noël Bernard et Léopold Nègre. — Albert Calmette — sa vie et son œuvre scientifique. Editions Masson et Cie. Paris, 1939. (Armand Frappier) 984
Jacques Rousseau. — L'hérédité et l'homme. Collection "France Forever", Edition de l'Arbre. Montréal, 1945. (Roma Amyot) . 1441
H. Selye, M.D., Ph. D. (Prague), D.Sc. (McGill), F.R.C.S. (Canada), Faculté de Médecine de l'Université McGill. — Encyclopedia of Endocrinology Ovarian Tumors. Richardson, Bond & Wright, édit., 410 rue Saint-Nicolas, Montréal, 1945. (Edouard Desjardins) 820

S

Sacro-iliaque. Affections de la (Marcel Fortier) . 1107
Salicylothérapie. La (Roger-R. Dufresne) . . . 636
Santé à Montréal en 1944. La (Adélard Groulx) 965
Santé. La s. de l'ouvrier. (George A. S. Nairn) 43
Sciatique. Des douleurs lombo-sacrées à la (Roma Amyot) 1139
Scléro-lympho-lipomatose thyroïdienne. Une nouvelle forme de goitre (L.-C. Simard) . . . 884
Sinus pilonidal. Le (Edouard Desjardins) . . . 643
Société de Chirurgie de Montréal. Allocution lors de l'assemblée annuelle de la (Pierre Smith) 333
Société Médicale de Montréal. Allocution du nouveau président de la — "Le Dimanche du Praticien". (Paul Letondal) 188
Solutés intraveineux. Les (Roger-R. Dufresne) . 1274
Souhaits. Nos (Roma Amyot) 1680
Syphilis. Considérations médico-sociales sur la (Henri Smith) 165
Syphilis méconnue. (Victor Panaccio) 305
Syphilis récente. Accidents du travail et (Albéric Marin) 18

Sociétés:

Association Canadienne d'orthopédie: premier rapport général (J.-C. Favreau) 1428

Association Médicale Canadienne, division de Québec:
Réunion annuelle 351
La Société de Chirurgie de Montréal:
Séance du 29 novembre 1944 212
Séance du 14 décembre 1944 212
Rapport du secrétaire annuel pour l'année 1944. 349
Séance du 25 janvier 1945 350
Séance du 21 février 1945 815
Séance du 21 mars 1945 816
Séance du 18 avril 1945 817
Séance du 16 mai 1945 1293

La Société Médicale de Montréal:
Rapport annuel du sec.-général pour l'année 1944 198
Séance du 17 octobre 1944 201
Séance du 7 novembre 1944 204
Séance du 21 novembre 1944 207
Séance du 16 janvier 1945 653
Séance du 4 février 1945 654
Séance du 20 février 1945 1432
Séance du 23 février 1945 1434
Séance du 6 mars 1945 (Dimanche du praticien) 1435
Séance du 20 mars 1945 1438
Séance du 23 mars 1945 1440

Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame:
Séance du 19 octobre 1944 213
Séance du 16 novembre 1944 354
Séance du 14 décembre 1944 509
Séance du 18 janvier 1945 659

Société Canadienne d'Endocrinologie:
Notes sur la Société Canadienne d'Endocrinologie 1290

Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec:
Séance du 3 novembre 1944 210
Séance du 17 novembre 1944 211
Séance du 6 décembre 1944 347
Séance du 15 décembre 1944 348
Séance du 2 février 1945 507
Séance du 16 février 1945 508
Séance du 2 mars 1945 657
Séance du 16 mars 1945 658
Séance du 6 avril 1945 814
Séance du 20 avril 1945 1292

T

Têtes "croches". Des (Roméo Boucher) . . . 1760
Thyroïde normale et pathologique. Les facteurs qui influencent le fonctionnement de la (J.-H. Means) 278
Travail et "Low-back Pain". Accident de (J.-Ed. Samson) 1133
Tuberculose à Montréal. La lutte contre la (Léo Ladouceur) 466
Tuberculose rénale. Importance de l'examen radiologique dans le diagnostic de la (J.-P. Bourque) 1228
Tuberculose trachéo-bronchique. La (Fernand Grégoire) 1736

U

Urologie. Les nouveautés en (J.-P. Bourque) . . 1698

V

Vénérien. Notre problème (Albéric Marin) . . 773
Vénériennes. La pénicilline dans le traitement des maladies (Jules Archambault) 946
Vénériennes. La pénicilline dans les maladies (L. Sylvestre et J.-M. Beauregard) 950
Vénériennes. Mémoire à la Commission d'Hygiène concernant les maladies (Adélard Groulx) . . 613
Vertige. Le (Jean Saucier) 308

W

Waterhouse-Frederichsen. Syndrome de W.-F. chez un nourrisson de cinq mois. (Norbert Vézina) 919

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

A

Abcès épidural aigu comme complication d'une ponction lombaire 1606
Acides aminés. Issue fatale coïncidant avec l'injection d' 1423
Addison. Le traitement de la maladie d'A. par la méthode d'implantation 807
Adénite cervicale tuberculeuse avec un onguent contenant de la vitamine A et D. Le traitement d'une 343
Adénome des îlots de Langerhans avec hypoglycémie 647
Agranulocytose traitée avec succès par l'injection intraveineuse de pyridoxine. L' 812
Albright. Syndrome d'A. 1415
Allergie endocrinienne 499
Allergique. Douleurs abdominales d'origine a. chez l'enfant 650
Alopécie circonscrite due à une déficience en vitamine A 504
Amylose à localisations atypiques (valves cardiaques, larynx) 1289
Amylose systémique et primitive du tube digestif 1416
Anesthésie générale. L'apparition de convulsions durant l' 981
Anesthésie obstétricale. Etat actuel de l' . . . 85
Anesthésie. Rapport annuel de la section d'a. pour l'année 1942 1611
Angine de Vincent. Traitement de l' 1425
Anoxie au cours de l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Les risques de l' 1770
Asphyxie mécanique accidentelle chez le nourrisson 80
Arnold-Chiari chez un adulte sans cause évidente. Malformation d' 1422

B

Bactéries de la peau: leur localisation par rapport à la stérilisation de la peau 501
Bronchectasies. La prévention des 807
Brûlures de l'oeil par agents chimiques. Amélioration du traitement des 1424

C

Calculs biliaires chez les femmes. La prépondérance des 501
Cancer gastrique. Gastrite chronique et 648
Cardiaques. Lésions c. inhabituelles associées à la polyarthrite chronique rhumatoïde 651
Cirrhose du foie. Le traitement moderne de la 806
Choc opératoire. Pathogénie et traitement du . . 809
Choc pleural et embolie cérébrale 1767
Côlite régionale segmentaire 1281
Côlite ulcéreuse idiopathique et perforation intestinale 648
Collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire bilatérale. La 78
Croissance osseuse pour égaliser la longueur des membres inférieurs. Arrêt provoqué de la . . . 196

D

Diabète bronzé. Etude statistique de 70 cas de . . 1416
Démence paralytique et réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien 1425
Dermatite de la déshydratation des patates . . . 1427
Dermatite exfoliative due au sulfathiazole 983
Dermatophytoses dans l'industrie. Les 84
Développement défectueux des yeux chez les enfants nés très prématurément 1424
Disque intervertébral. Le rôle de la radiographie dans le diagnostic de la hernie postérieure du 810

E

Eczémateuses. Le traitement des dermites e. par contact avec des injections intraveineuses de thiosulfate de sodium 83
Electro-choc: convulsion unilatérale suivie d'une hémiplégie passagère. Réaction inusitée au traitement par l' 981
Electro-choc. Le traitement de l'épilepsie par l'. Rapport préliminaire 1284
Enclouage centro-médullaire des os longs. L' . . 1283
Endocardite bactérienne. Observations sur les lieux d'élimination des bactéries présentes dans le sang de patients souffrant d' 506
Endocardite subaiguë bactérienne par la pénicilline. Le traitement de l' 343
Enurésie chez les adultes jeunes. L' 1610
Epidermolyse bulleuse 83
Epilepsie par l'électro-choc. Le traitement de l' — Rapport préliminaire 1284
Eruptions médicamenteuses, spécialement celles dues aux sulfas. Les 1609
Eruption varicelliforme de Kaposi 346
Eruption vésiculeuse, récidivante et résistante des mains 1425
Erythème multiforme 505
Erythème polymorphe 1608

F

Fièvre des foins. Vitamine C et — Traitement et taux sanguin 1282
Fractures du col du fémur. Un commentaire rétrospectif sur la campagne pour l'établissement d'un standard positif de traitement pour les . 1421
Fractures du col fémoral. Interprétation radiographique des éléments de réduction des 196

G

Gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal . . 648
Gastrite chronique et cancer gastrique 648
Gastrite chronique. La 78
"Gastrite corrosive". Le traitement chirurgical de la 195
Gastroscopie. La valeur diagnostique de la g. dans les maladies gastriques 648

H

Hallucinose aiguë comme complication de la benzédrinomanie 1768
Hernie des disques intervertébraux de la région lombaire. Le diagnostic de la 1287
Herpès zoster généralisé associé à une leucémie lymphoïde chronique 813
Herpétiforme. Traitement de la dermatite h. par la pénicilline 813
Hodgkin. Forme endobronchique de la maladie de 1770
Hydrocéphalie latente de l'adulte. La grande . . 1288
Hydrochlorure d'oxophénarsine. Lupus érythémateux. Traitement avec l' 1608
Hyperparathyroïdie. Diagnostic précoce de l' . . 1604
Hypertension. Les symptômes gastro-intestinaux dans l'h. et la pathologie rénale 78

L

Larynx. Traumatisme du 504
"Lever précoce" à la suite d'opérations majeures 1419
Lobotomie préfrontale dans le traitement des psychoses chroniques. La — Rapport spécial sur la section des quadrants orbitaux seulement . . 1286
Lombaire. Cause de la douleur l. basse: la hernie du tissu adipeux doublant le fascia. Soulagement obtenu dans six cas au moyen de la chirurgie 1605
Lupus érythémateux. Traitement avec l'hydrochlorure d'oxophénarsine 1608

M

Maduromycose de la main 652
Membre-fantôme. Le syndrome du — Discussion sur le rôle des névromes des gros troncs nerveux 1286
Méningite pneumococcique par la pénicilline. Le traitement de la 345
Méningite syphilitique aiguë traitée avec la pénicilline 1423
Mononucléose infectieuse: une étude de 96 cas . 806
Muqueuse nasale et suggestions thérapeutiques. Histopathologie de la 81
Myélographie au pantopaque. Résultats. Comparaison avec les autres substances radio-opaques et réaction liquidienne 1285
Myocardite diphtérique 1416
Myocardite évolutive. Symptômes gastro-intestinaux d'une 1281

N

Nymphomanie, conséquence d'une décharge corticale épileptiforme 980

O

Ostéomyélite aiguë hématogène. Diagnostic clinique, pronostic et traitement de l' 345
Ovaire. Hyperplasie des cellules sympathicotropes de l' 344

P

Pancréatectomie subtotale. Hyperinsulinisme traité par la 344
Paranoïde guérie par la surrénalectomie. Autres cas de psychose 1769
Pénicilline d'agar. Pastilles de 811
Pénicilline dans le traitement des infections simultanées syphilitiques et gonorrhéiques. La 83
Pénicilline. L'emploi efficace de la p. dans des infections oto-rhinologiques 982
Pénicilline dans le traitement de la syphilis récente résistante à l'arsenic et au bismuth. La 505
Pénicilline. Le traitement de l'endocardite subaiguë bactérienne par la 343
Pénicilline. Le traitement de la méningite pneumococcique par la 345
Pénicilline. Traitement de la dermatite herpétiforme par la 813
Pénicilline. Le traitement rapide de la syphilis récente par de petites doses de 812
Pénicilline. Traitement de la vaginite gonococcique chez l'enfant par une dose unique de 1284
Pénicilline. Méningite syphilitique aiguë traitée avec la 1423
Perforations abdominales post-traumatiques par l'usage des transfusions et des sulfamidés. Réduction du taux de mortalité dans les 79
Péritonéoscopie. L'avantage économique de la . . 808
pH intra-nasal. Détermination du 651
"Pneumonie atypique d'étiologie indéterminée". Anatomie pathologique de la 1289
Pneumonie. Le traitement de la p. par les sulfamidés 344
Polyarthrite chronique rhumatoïde. Lésions cardiaques inhabituelles associées à la 651
Polycythémie: problème neuro-chirurgical . . . 1768
Prostatectomie sus-pubienne. Simplification de la 810
Pseudodoxie en pédiatrie 503
Pyodermites du nouveau-né. De la prévention et du traitement des p... par un onguent sulfathiazolé 1605
Pyridoxine. L'agranulocytose traitée avec succès par l'injection intraveineuse de 812

R

Résection initiale (anastomose fermée) de l'ampoule rectale pour tumeur maligne avec conservation de la fonction sphinctérienne 1419

S

Scalène antérieur avec ou sans côte cervicale. Le syndrome du 649
Silico-tuberculose. La 647
Sinusites. L'orientation actuelle du traitement des 1607
Spondylolisthésis. Le traitement du 502
Sulfamidés. Le traitement de la pneumonie par les 344
Sulfamidés. Les dangers de l'usage externe des 197
Sulfas. Les éruptions médicamenteuses, spécialement celles dues aux 1609
Sulfathiazolé. De la prévention et du traitement des pyodermites du nouveau-né par un onguent 1605
Syphilis de l'estomac: observation d'un cas . . 1281
Syphilis récente. Le traitement rapide de la s. r. par de petites doses de pénicilline 812

T

Thiosulfate de sodium. Le traitement des dermites eczémateuses par contact avec des injections intraveineuses de 83
Thiouracil dans le traitement préopératoire des goitres toxiques. Le 498
Thrombose veineuse et embolie pulmonaire . . . 1418
Toux. Syndrome de la t. par irritation du nerf d'Arnold 1424
Trachéo-bronchite hémorragique et tuberculose ganglio-pulmonaire 1417
Trychophytoses. Traitement des t. avec le chlorure d'éthyle 82
Tuberculoses miliaires chroniques. Sur les. "Les épisodes miliaires autonomes" 1767
Tuberculose pulmonaire bilatérale. La collapsothérapie dans la 78
Tuberculose pulmonaire. Evolution du traitement de la cure dans la 195
Tuberculose pulmonaire. Le traitement chirurgical des cavités sous tension, dans la 497
Tuberculose pulmonaire mise en évidence accidentellement. La 980
Tuberculose. Sur la résistance à la t. Tuberculose spécifique innée 1417

U

Ulcère duodénal adhérent aux canaux biliaires. L'introduction dans le cholédoque d'un tube en "T" facilement identifiable, au cours des résections gastriques pour 500
Ulcère gastro-duodénal perforé. Résection gastrique immédiate pour 195
Ulcères. Traitement médical ou chirurgical dans les 1420
Urticaire due au parfum 1426

V

Vaginite gonococcique chronique chez l'enfant par une dose unique de pénicilline. Traitement de la 1284
Vésicule biliaire. Du choix de l'incision dans la chirurgie de la v. b. en tant que facteur de prévention d'éventration, d'éviscération et de hernie 345
Vincent. Maladie de V. de la peau 1608

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A

ALLARD, Eugène 80, 1611
AMYOT, Roma, **21, 185, 319, 274,** 342, 345, **421,** 649, **721,** 810, **877, 909, 1139, 1150, 1193, 1237, 1355,** 1441, **1514, 1680, 1701.**
ARCHAMBAULT, Jules **946**
ARCHAMBAULT, Paul-René, 78, 343, 344, 647, **807,** 980, 1417, 1418, 1767.
AUDET-LAPOINTE, Jean **1703**

B

BEAUDRY, Maurice 1609
BEAUREGARD, J.-M. **950**
BEGIN, B.-G. **156**
BELANGER, J.-E. **1213**
BELISLE, Philippe **1295**
BENOIT, René **313**
BERTRAND, Albert **315,** 506, **1360**
BERTRAND, Claude **1196**
BLAIN, Emile **1755**
BOUCHER, Roméo **2, 1277, 1404, 1595, 1760**
BOURQUE, J.-P. **1228, 1569, 1698**
BRUNEAU, Jacques **741**

C

CANTERO, A. 78, 79, **148,** 648, 1281
CASGRAIN, Gérard 499, 1282
CAUCHON, Roland 810, 1610
CHAMPAGNE, Jacques 807
CHAREST, Fernand, 980, 981, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1422, 1423, **1526,** 1605, 1606, 1768, 1769
CHENEVERT, Robert **954**
CHOLETTE, A.-M. **323**
CLERMONT, Moïse **897**
CLOUTIER, Roland 811, 812, **1370,** 1425
COTE, Chs-E. **932**
COTE, J.-Chs **461**
COUTU, A. **486, 638**
CRUCHET, René **1255**

D

DAVID, Paul, 647, 806, 1281, 1415, 1416, 1417, **1542**
DEBIDOUR-MONRAD, H. **589**
DE GUISE, Albert **87**
DEMERS, F.-X. **336, 753**
De MONTIGNY, Gérard **1727**
DESHAIES, Georges **1721**
DESJARDINS, Edouard, 163, 190, 338, 488, 516, 643, 734, 771, 802, 977, 1505, 1750.
DORE, Réal 749, 1605
DUBE, Edmond **1746**
DUFRESNE, Origène **439**
DUFRESNE, Roger-R. 41, 491, 611, 636, 799, 974, 1274, 1407, 1598, 1763.
DUMAS, Paul **1386**
DUREL, P. **1400**
DUVALIER, François **781**

F

FAUTEUX, Mercier **424, 1518**
FAVREAU, J.-C. **1687**
FERRON, Marcel **1383**
FISHER, John **753**
FOISY, René **1535**
FORTIER, De la Broquerie 1605
FORTIER, Marcel **1107**
FORTIER, Maurice **1099**
FRAPPIER, Armand **726**
FRENETTE, Ulric **1091**

G

GAGNON, Jacques **897**
GARIEPY, J.-U. **473, 764, 1268, 1711**
GARIEPY, Roger, 196, 345, 809 **1069, 1077,** 1419
GERIN-LAJOIE, Léon **1, 13, 576**
GREGOIRE, Fernand **1736**
GRIGNON, René **1711**
GROLEAU, Lionel **960**
GROULX, Adélard **174, 613, 965**
GUILBEAULT, A. **597**

H

HOUOT, A. **289**

J

JOBIN, Joachim **923**
JOBIN, Pierre **516**
JULIEN, Lucien **1576**

L

LADOUCEUR, Léo **466**
LAMOUREUX, Marcel **1711**
LAPERRIERE, Vincent **1057**
LARIVIERE, Paul-M. **1535**
LASSNER, J. **589**
LATRAVERSE, Valmore **28,** 81, **448,** 504, **597,** 651, **957,** 982, **1373,** 1424, 1425, **1588,** 1607, 1770
LAURIER, Yvon **452**
LEBLOND, Wilfrid **325, 617**
LEGER, Jacques **152**
LEPINE, Edgar 502, **1051,** 1283, 1421
LeSAGE, Albert 129, 180, **471, 573,** 986, **1043, 1046,** 1145, 1356, 1409.
LeSAGE, Jean **297, 593**
LETIENNE, Louis **1112**
LETONDAL, Paul **188**
LONGTIN, Léon 1770

M

MANTHA, L. **1735**
MARANDA, Emilien **1243**
MARIN, Albéric **18, 432, 773**

McCORMICK, W. J. 1205
MEANS, J. H. 278
MERCIER, Oscar 969
MEUNIER, Pierre 1249

N

NADEAU, Gabriel 49, 621
NAIRN, George A. S. 43
NOEL, Victor 1381

P

PAGER, Antonio 34
PAINCHAUD, Chs-Auguste 1581
PANACCIO, Victor 305
PANNETON, Philippe 331, 1388
PAPINEAU, Marc 34
PAQUETTE, J.-P. 195, 497, 912, 1767
PETTIGREW, Ant. 79, 458, 498, 808
PINSONNEAULT, G. 936, 1368
PLICHET, André 1592
PLOUFFE, Adrien 1694
POIRIER, Paul 32
POTVIN, Paul 1082, 1088
PREVOST, Jules 152

R

RIOPELLE, J.-L. 651, 652, 889, 1289
ROBILLARD, Eugène 132
ROCHETTE, Paul 273
ROUSSEL, J.-M. 1232
ROUX, J.-René 1707

S

SAINT-ONGE, Gérard 599
SAMSON, J.-Ed. 578, 1050, 1117, 1127, 1133, 1136
SAUCIER, Jean 308, 1682
SAVY, Paul 639
SIMARD, L.-C. 884, 906
SIMON, E. 37, 1564
SIROIS, Jean 1561
SMITH, Henri 82, 83, 84, 165, 197, 346, 504, 505, 756, 812, 813, 983, 1377, 1425, 1426, 1427, 1608, 1609.
SMITH, Pierre 195, 333, 344, 345, 464, 500, 501, 1253, 1272, 1397, 1419, 1420, 1743.
STERLIN, André 1063
SWENSON, Orvar 1518
SYLVESTRE, L. 950

T

TRUDEAU, Charles-H. 605

V

VEZINA, Norbert 80, 140, 503, 650, 919, 1284, 1424

BULLETIN

NOS SOUHAITS

Une année se termine et, dans l'histoire du monde, elle sera un jalon, un « carrefour » de très importantes conjonctures, la fin et le début de coutumes et de formules sociales radicalement opposées. La science, le machinisme, l'opposition des classes, des régimes économiques et de nationalismes farouches, à l'issue d'une guerre apocalyptique, rendent imprévisible la tournure des événements de l'avenir même le plus immédiat.

Parmi les hommes douloureusement perplexes, la médecine poursuit avec sérénité son oeuvre de soulagement et d'équilibre.

Ici, aucune secousse, aucune crainte d'un choc en retour; on est sans répit à la recherche de moyens, toujours plus efficaces, qui pourront vaincre la maladie, le mal des corps et des esprits. Ici aucune découverte ne servira, par un jeu réversible, à détruire, à causer le malheur de l'homme, quand elle est réalisée pour assurer son bonheur. Les sulfamidés, la pénicilline, les sérums et les vaccins, des techniques chirurgicales ingénieuses et délicates, des méthodes d'investigation diagnostique et bien d'autres découvertes ou innovations, ont valu la gratitude unanime de l'humanité aux découvreurs ou aux protagonistes, et n'auront jamais d'autres fins que la survie de l'homme et sa joie.

Et à l'orée d'une nouvelle année, en plus des souhaits traditionnels de bonheur et de bonne santé qu'ils formulent aux collaborateurs bénévoles, aux lecteurs du Journal, à ses annonceurs et à tous ses amis, les membres de tous les comités de *L'Union Médicale du Canada* voudraient que la médecine en général et plus particulièrement celle de chez-nous, au sein de notre groupe canadien-français, pût réaliser les plus chères de ses aspirations.

La présente édition contient l'allocution du doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, prononcée à la dernière collation des diplômes de la Faculté. Cette allocution est riche en projets d'une valeur et d'un intérêt primordiaux. Nous souhaitons que le doyen et son conseil reçoivent une collaboration unanime au sein de la Faculté et l'appui entier de l'Université, du public et des gouvernants, pour organiser, en temps propice, ce qu'ils projettent aujourd'hui.

Déjà, on a constitué une chaire de médecine et de chirurgie expérimentales dont le titulaire est Hans Selye, bio-endocrinologiste de grande réputation.

On vient de créer une Ecole d'Hygiène dont le rôle sera de former, à l'Université de Montréal et par un cours postscolaire, des hygiénistes dont on aura besoin dans la Province. L'Institut d'hygiène et de microbiologie, organisme déjà formé, aura la charge de cette Ecole et le docteur A. Frappier en sera le directeur; ainsi nos aspirants hygiénistes pourront se former dorénavant dans nos cadres d'enseignement universitaire.

L'Université Laval de Québec a aussi ses légitimes ambitions. Son Ecole de médecine désire sortir de ses immeubles actuels trop exigus et du centre de la Cité, pour habiter de vastes et modernes locaux dans un emplacement plus favorable.

Un Institut d'hygiène et de biologie humaine a été tout récemment créé à Laval, à la tête duquel on a nommé M. Brouha, favorablement connu en Amérique et particulièrement apprécié dans notre Province.

On vient de créer une Faculté de Médecine à Ottawa. Il semble bien qu'elle réponde à d'impérieux besoins, puisqu'on y a consenti à affronter les réelles difficultés d'une telle organisation.

Ainsi, des événements de stabilité, de sécurité et de santé, se poursuivent sans arrêt au sein des organismes médicaux du monde entier. Les caractères de ces événements font contraste avec ceux qui, par ailleurs, assaillent l'humanité.

Nous, médecins, en sommes fiers et nos aspirations comme nos accomplissements contre-balancent, en quelque sorte, les oeuvres de guerre, de dissensions et de dissolution morale.

Aussi, nos souhaits pour la réalisation intégrale des besoins et des désirs de nos Facultés, sont-ils formulés avec enthousiasme.

Roma AMYOT.

LES NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE ET CHIRURGIE

LES NOUVEAUTÉS EN NEURO-PSYCHIATRIE*

Par **Jean SAUCIER** (Montréal).

Qu'il me soit permis, en commençant, de remercier la Société Médicale de Montréal de m'avoir invité à rappeler à ses membres les principales nouveautés thérapeutiques de la neuro-psychiatrie au cours des 6 ou 8 dernières années. En France, des résumés analogues étaient rédigés tous les ans, du moins jusqu'en 1939, et paraissaient dans les pages du *Monde Médical*. Je me souviens que nous lisions ces mises au point avec intérêt et que cette lecture était toujours profitable. Toutes les spécialités médicales et chirurgicales y passaient; incidemment, la neuro-psychiatrie fut souvent confiée au docteur J.-A. Beaudoin, doyen actuel de la faculté de médecine de Paris. Celui-ci réussissait à présenter au public médical, en 3 ou 4 pages, l'essence des bonnes médications neuro-psychiatriques. Le docteur Beaudoin avait un certain mérite à rédiger ces sèches nomenclatures annuelles, car la neuro-psychiatrie n'est pas une science où la thérapeutique se renouvelle très rapidement. Depuis une dizaine d'années, en effet, il n'est pas survenu dans ce domaine de méthodes curatives nouvelles qui soient vraiment sensationnelles, si l'on excepte, toutefois, les électro-chocs dans les états maniaco-dépressifs et la Kenny-thérapie de la poliomyélite.

Je vous parlerai de ces deux traitements avec quelques détails, et je mentionnerai, en terminant, quelques autres procédés curatifs d'importance moins considérable.

* * *

L'électro-choc, ou électro-coma, fut appliqué à la thérapeutique psychiatrique en 1938 par deux médecins italiens, Cerletti et Bini. Un courant alternatif de 90 à 125 volts est appliqué sur deux électrodes fixées sur la tête du malade pendant 2 à 7 dixièmes de seconde avec un ampérage variant de 200 à 600 milli-ampères. Ce courant détermine une perte de connaissance immédiate et des convulsions tonico-cloniques; il réalise, en somme, une crise épileptique caractéristique.

Une instrumentation maintenant standardisée permet d'appliquer l'électro-choc au lit du malade, et dans certains cas, de faire le traitement au cabinet de consultation du médecin; je m'empresse d'ajouter que cette dernière alternative ne me paraît pas entièrement recommandable, et, dans les conditions actuelles, cette thérapeutique s'applique beaucoup plus aisément en milieu hospitalier.

Les avantages principaux de l'électro-choc sur les autres thérapies convulsivantes sont les suivants [1]: *a)* le malade n'éprouve ni douleur ni appréhension ni aura; *b)* aucune substance étrangère n'est introduite dans la circulation; *c)* la crise est suivie de moins de phénomènes excito-moteurs qu'avec les autres procédés convulsivants.

L'électro-choc a indubitablement rendu des services énormes en clientèle en évitant le séjour asilaire à de nombreux malades, en écourtant notablement la durée des accès maniaco-dépressifs et en permettant aux hôpitaux psychiatriques de traiter un nombre plus considérable de malades.

Cette thérapeutique n'est cependant pas une panacée universelle et son action ne s'étend pas à toutes les maladies mentales.

---

* Communication aux « Journées médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal,* octobre 1945.

1. A. E. Bennett: « Present Status of convulsive Shock Therapy ». *J. Nerv. and Ment. Dis.,* **98**: 23-30 (juillet) 1943.

Un assez grand nombre de celles-ci peuvent en tirer quelque profit partiel ou momentané, mais ce sont surtout les états maniaco-dépressifs et plus particulièrement la mélancolie d'involution qui ont le plus bénéficié de l'électro-coma [2].

Les statistiques de tous les auteurs qui ont traité ainsi les manifestations maniaco-dépressives sont excellentes: les guérisons figurent dans des pourcentages qui varient entre 65 et 90%. Ma propre expérience de l'électro-choc chez de tels malades s'établirait vers 85%.

Il s'agit d'une méthode thérapeutique qui est évidemment empirique. On ne peut déterminer avec exactitude le mécanisme physio-pathologique de son action, mais déjà des hypothèses nombreuses sont discutées et diversement appréciées. Il est probable que l'amnésie transitoire que produisent les chocs joue un rôle de premier plan dans l'évolution ultérieure d'un délire à thème douloureux et aide la personnalité affective à réintégrer l'atmosphère psycho-affective normale qui a précédé l'épisode morbide. C'est pourquoi, utilisant cette amnésie passagère, une psychothérapie bien conduite doit accompagner les électro-chocs [3].

Cette amnésie qui suit l'électro-choc laisse entendre qu'il se produit quelque altération organique du cerveau. Myerson [4] rapporte que chez certains malades, il a fallu pour obtenir les résultats recherchés appliquer l'électro-choc jusqu'à ce que survienne un véritable état amentiel (*amentia*); cet état, du reste, disparaît avec la cessation des chocs. Cette observation nous amène à croire qu'une des conditions de la guérison est peut-être l'altération temporaire du cortex cérébral, probablement par un œdème passager ou encore par des hémorragies punctiformes.

Tous les auteurs s'entendent pour exprimer leur désappointement de cette thérapeutique dans la schizophrénie, et dans les états démentiels en général. Dans les manifestations délirantes de la psychasthénie, l'électro-choc agira parfois de façon remarquable sur la composante affective du délire. Tout récemment, Jean Delay [5] a rapporté un cas de délire de possession diabolique guéri par l'électro-choc. « L'électro-choc, dit-il, a fait disparaître les idées délirantes et la mélancolie, il a laissé persister les obsessions et la psychasthénie. » L'électro-choc devient ainsi un analyseur de grande importance permettant de dissocier dans un syndrome délirant les éléments de la série maniaco-dépressive et ceux qui ressortissent à d'autres états.

Les chocs sont habituellement donnés 2 ou 3 fois par semaine. Le malade doit être à jeun depuis 5 ou 6 heures. Le nombre des chocs variera selon les résultats observés; les moyennes établies sont de 6 à 18 chocs.

Exceptionnellement, chez une schizophrène, j'ai dû donner plus de 50 chocs pour faire disparaître les éléments, tantôt maniaques, tantôt mélancoliques qui accompagnaient le tableau de discordance psychique. Aujourd'hui cette malade se retranche de plus en plus dans son autisme, mais elle vit des jours paisibles dans la monotonie d'une démence qui évolue sans soubresauts affectifs dans un milieu qui n'est pas l'asile.

L'électro-choc ne constitue pas un danger sérieux. Les statistiques des hôpitaux américains [6] donnent une mortalité de 0.05%.

L'âge des malades n'a à peu près pas d'importance. J'ai actuellement sous mes soins un mélancolique de 76 ans qui en est à son huitième choc. La précarité des vaisseaux, l'asystolie, l'hyposystolie et la tuberculose,

2. Kurt Nussbaum: « Observations on Electro-Shock Treatment ». *Psychiatric Quarterly*, **17**: 327-336 (avril) 1943.

3. H. Selinski: « The selective use of Electric Shock Treatment as an adjuvant to Psychotherapy ». *Bull. N. Y. Acad. Med.*, **19**: 245-53 (avril) 1943.

4. A. Myerson: « Further experiences with Electric Shock Treatment ». *New Engl. J. Med.*, **227**: 403-407 (sept.) 1942.

5. J. Delay: « Délire de possession diabolique; guérison par l'électro-choc ». *Presse Médicale*, **11**: p. 143, (17 mars) 1945.

6. V. L. Evans: « Convulsive Shock Treatment ». *Ill. M. J.*, **84**: 267-269 (oct.) 1943.

préexistante ou concomitante, sont probablement les seules contre-indications. Le danger le plus redoutable est constitué par les fractures diverses, notamment la fracture des vertèbres dorsales, mais ces ennuis sont facilement évités lorsqu'on soigne les détails techniques de l'application du traitement.

Plusieurs médecins ont recours à l'injection intraveineuse préalable de curare qui a pour effet de réduire considérablement la violence des convulsions et d'empêcher les fractures. Le procédé est recommandable chez les jeunes adultes vigoureux, et je sais qu'on l'emploie souvent dans les services d'asile. Je n'ai pas utilisé le curare et je n'ai pas cru cette précaution utile; avec un personnel infirmier vigilant et bien entraîné l'assistance de deux personnes est suffisante.

L'électro-choc est certainement la grande découverte du siècle en thérapeutique psychiatrique. Grâce à ce traitement les malades guérissent dans une très grande proportion et ils guérissent vite. Au point de vue économique, l'électro-choc économise aux familles et aux industries des millions d'heures de travail utile dans tous les domaines.

* * *

La deuxième thérapeutique sensationnelle de ces dernières années est le traitement Kenny de la poliomyélite. On sait que depuis 30 ans l'infirmière australienne Elizabeth Kenny traitait les poliomyélitiques selon une méthode très différente par sa conception et par ses moyens des méthodes officielles et orthodoxes. Elle publia en 1937, à Sydney, un livre intitulé *Infantile Paralysis and Cerebral Diplegia* où ses méthodes étaient décrites dans le détail. Depuis 1940 Miss Kenny est aux Etats-Unis. D'abord acclamée comme le sauveur des poliomyélitiques, elle vit peu à peu son succès fléchir puis décroître très nettement. Le rapport du comité des sept désigné par l'*American Medical Association*[7] semble avoir porté à son système et à ses théories un rude coup.

Les quatre points cardinaux de la conception nouvelle de la poliomyélite, selon Miss Kenny, sont les suivants:

1) Le spasme musculaire est la lésion primordiale de la maladie et est à la base des difformités futures.

2) Les muscles flasques sont normaux. L'absence de contraction est due à une dissociation fonctionnelle appelée par elle *aliénation* du système nerveux.

3) Les muscles des malades non traités deviennent incoordonnés.

4) Les paralysies dues à la mort de la cellule nerveuse sont rares. La plupart du temps les paralysies et parésies sont la conséquence de la négligence apportée dans le traitement du spasme et de la mauvaise utilisation des muscles atteints, elle dit: des muscles « dissociés ».

Cette conception est combattue ardemment par les sept membres du comité. Ceux-ci admettent que le spasme musculaire existe au début de la maladie, mais ils sont d'avis qu'il disparaît habituellement spontanément. Il peut exister un certain degré de spasme résiduel qui conduira aux difformités, mais le spasme ne cause pas la paralysie résiduelle. On reconnaît d'ailleurs depuis longtemps la raideur et la douleur musculaires comme des signes initiaux de la maladie. Il est faux que la flaccidité musculaire soit un phénomène normal. La dissociation fonctionnelle ou aliénation dont parle Miss Kenny s'appelait avant elle: paralysie temporaire, paralysie due à l'étirement musculaire, ou encore, dissociation physiologique. Le vocable *incoordination* est une autre façon de désigner l'état réalisé par la substitution musculaire et n'a rien de nouveau. Aux explications de Miss Kenny à propos des paralysies, le comité répond que, si les difformités sont empêchées, la paralysie flasque causée par la destruction des éléments cellulaires est la cause la plus

7. R. K. Ghormley et al: « Evaluation of the Kenny Treatment of Infantile Paralysis ». *J. A. M. A.*, **125**: 466-469 (17 juin) 1944.

importante de l'impotence et des infirmités subséquentes.

La conception Kenny de la poliomyélite paraît plus que mise en brèche: elle est littéralement démolie.

Voyons maintenant en quoi consiste la thérapeutique de Miss Kenny. Le comité des sept a vu très justement, semble-t-il, les particularités suivantes: le traitement doit commencer aussitôt que possible. Le malade doit prendre dans le lit l'attitude normale de l'homme debout. Les spasmes et les douleurs sont traités par les fomentations chaudes régulièrement renouvelées jusqu'à disparition des spasmes. Les mouvements passifs sont exécutés plusieurs fois par jour avec la plus grande amplitude possible. La rééducation musculaire est entreprise très tôt. Aucun appareil de contention n'est utilisé. Le respirateur est prohibé. La balnéothérapie est un adjuvant important.

Le même comité a fait les commentaires résumés suivants: l'institution précoce du traitement est admise en principe, mais les modalités de ce traitement doivent être laissées au jugement du médecin qui appréciera l'utilité ou la nocivité des manœuvres précoces intempestives. La position du malade dans son lit que recommande Sister Kenny a toujours été recommandée par les médecins. Les applications de chaleur sont de date assez ancienne dans la thérapeutique de la poliomyélite et la technique rigide de Miss Kenny n'est ni importante ni essentielle. Les mouvements passifs ont toujours été conseillés à condition de ne pas dépasser la limite d'excursion d'un membre ou segment de membre endolori. La rééducation musculaire se pratique depuis Heine et Medin. Les appareils de contention peuvent être utiles dans certains cas. Le respirateur a sauvé de nombreuses vies et il faut continuer de l'employer lorsque la paralysie frappe les muscles de la respiration. Rien ne prouve que la Kenny-thérapie empêche ou diminue le degré des paralysies. Il ne faut pas oublier que les rémissions spontanées de la poliomyélite s'observent dans une proportion qui varie, selon les épidémies, de 50 à 80%. La balnéation, enfin, a toujours été utilisée, et bien avant que Miss Kenny en parle.

En somme, le traitement Kenny n'est pas la contribution originale que l'on croyait en 1940. Un médecin, peut-être un peu réaliste, est allé jusqu'à dire que « ce qu'il y avait de bon dans ce traitement n'était pas nouveau, mais que ce qu'il y avait de nouveau n'était pas bon. » [8]

Les boutades de ce genre ont parfois une part de vérité, mais elles comportent aussi une certaine part d'exagération. Il reste à retenir, de toutes les polémiques qui sont survenues à propos de Miss Kenny, qu'il en est résulté cet immense avantage d'imposer à la profession médicale une révision des techniques de traitement de la poliomyélite. Miss Kenny est indubitablement une bonne physiothérapeute. Son insistance à propos de l'application précoce de la chaleur humide n'a pas été entièrement vaine. Il est manifeste que l'on s'occupe davantage des petits poliomyélitiques et que ceux-ci sont plus réconfortés, à tous points de vue, qu'avant 1940.

Miss Kenny a dû lutter contre une association médicale extrêmement puissante, l'*A.M.A.;* elle n'a pas encore le dernier mot et elle ne l'aura certainement pas. Ses réactions, parfois acerbes, ses commentaires, souvent entachés de partialité, s'expliquent assez bien. Quoi qu'il en soit, elle a eu le mérite d'avoir donné un nouvel essor à la physiothérapie de la poliomyélite, et à ce titre, son nom restera dans l'histoire de la médecine.

* * *

L'électro-choc et la Kenny-thérapie de la poliomyélite sont les deux « sensations » thérapeutiques de ces dernières années. Je mentionnerai maintenant très rapidement quelques apports thérapeutiques d'importance mineure dont la connaissance ou le rappel peuvent rendre quelque service.

8. Ph. Dally: « Le traitement Kenny devant ses juges ». *Presse Médicale,* **11**: 145 (17 mars) 1945.

L'application des sulfamidés aux méningites purulentes est trop connue pour insister. Quant à la pénicilline, elle a déjà fait l'objet d'un rapport antérieur. Je ne vous présenterai que deux ou trois nouveautés de quelque intérêt.

La vitamine B_1 a donné de bons effets dans le traitement du tabes [9], notamment contre les douleurs fulgurantes: une à 6 injections intraspinales de 10 à 50 mgms de thiamine suffisent apparemment à amener une amélioration importante des symptômes. Le complexe B et l'huile de germe de blé supplément cette thérapeutique. Mon expérience de cette méthode se résume à un seul cas qui s'est amélioré momentanément.

Le vertige de Ménière [10, 11], subdivisé par Atkinson en vertige survenant chez des individus sensibles à l'histamine et insensibles à cette substance, a été traité avec succès, dans le premier cas par l'histamine, et dans le second par l'acide nicotinique. L'élément vertigineux disparaît assez rapidement, la surdité s'améliore parfois, mais les bourdonnements persistent longtemps. En général, les ménériques insensibles à l'histamine sont beaucoup plus nombreux et c'est vraiment avec l'acide nicotinique que les longues rémissions et les guérisons ont été observées.

Le tétanos se traite maintenant avec succès par la combinaison d'injections intracisternales et parentérales de sérum. 15,000 unités sont injectées par ponction sous-occipitale, directement dans les ventricules cérébraux, et 50,000 unités par voie intraveineuse ou intramusculaire. Cette procédure est répétée tant que l'état l'exige, mais habituellement les symptômes s'amendent notablement après 24 heures [12].

Les résultats de la lobotomie et des gyrectomies sont trop récents pour faire l'objet de commentaires définitifs.

Le Demerol [13] est un agent analgésique intéressant qui est peut-être appelé à remplacer la morphine, mais il n'est pas absolument démontré qu'il ne crée pas l'accoutumance. Le produit ne paraît pas toxique. On l'emploie surtout dans les douleurs du tube digestif, dans les coliques hépatiques ou rénales, dans la céphalée et les diverses névralgies. Le Demerol se prend par la bouche ou en injection intramusculaire.

Je pourrais allonger la liste des petites nouveautés, mais une telle nomenclature me paraît d'un intérêt assez restreint. Ceux qui voudront lire une liste plus complète de ces traitements neuro-psychiatriques de dernière heure pourront le faire en feuilletant *L'Union Médicale* des prochains mois; d'autres y auront ajouté ce qui risquerait de devenir aujourd'hui une lecture de catalogue.

En terminant, je signale à votre attention la thérapeutique neuro-psychiatrique très compliquée qui doit être appliquée dans cet ensemble nosographique momentanément appelé par les auteurs anglo-saxons « Psychosomatic Disease ». Une étude d'ensemble vient d'être publiée dans les *Medical Clinics of North America* l'an dernier. Il faut lire attentivement cet ouvrage, qui analyse bien les cas particuliers et qui présente une synthèse intéressante de l'ensemble au point où nous en sommes. En résumé, il s'agit d'une thérapeutique qui vise à étudier les malades et les maladies dans leurs aspects complets, accordant leur juste part aux éléments somatiques et aux éléments psychiques, et faisant la part des uns et des autres dans leurs répercussions mutuelles.

J'aurai fait œuvre utile si j'ai réussi à vous convaincre du bienfait des électro-chocs et si vous avez retiré de la polémique Kenny les enseignements pratiques qui résultent toujours du choc des idées.

---

9. S. Stone: « Vitamin B and E Therapy in Tabes Dorsalis ». *J. Nerv. and Ment. Dis.*, **95**: 156-175 (fév.) 1942.

10. M. Atkinson: « Histamine in Treatment of Ménière's Syndrome ». *J. A. M. A.*, **119**: 4-7 (2 mai) 1942.

11. M. Atkinson: « Ménière's Syndrome ». *Arch. of Otolaryng.*, **40**: 101-107 (août) 1944.

12. L. S. Stern: « New methods of treating Tetanus ». *Am. Rev. Soviet Med.*, **1**: 540-43 (août) 1944.

13. P. H. Noth et al: « Demerol: New synthetic analgetic, spasmolytic and sedative ». *Ann. Int. Med.*, **21**: 17-34 (juillet) 1944.

LES NOUVEAUTÉS EN ORTHOPÉDIE[1]

Par **J.-C. FAVREAU,**
Chirurgien orthopédiste de l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Je remercie vivement les organisateurs de ce programme de l'opportunité qu'ils auront fournie aux membres de notre *Société Médicale* de se renseigner sur les nouveautés que l'orthopédie a récemment ajoutées à la liste déjà longue des traitements efficaces qu'elle propose pour soulager ou guérir des malades, des blessés et des infirmes.

Cet événement est heureux parce qu'il coïncide avec le baptême de l'orthopédie canadienne. En effet, cette même année 1945 a vu naître et s'établir, sur des bases apparemment solides, l'« Association Canadienne d'Orthopédie ». Il s'agit d'une association qui groupe tous les orthopédistes canadiens de Vancouver à Halifax. Elle a tenu ses premières assises à Montréal au cours du mois de juin dernier. Après le retour des confrères de l'armée, elle comptera une centaine de membres actifs. Il est important et réconfortant de signaler, dans une assemblée comme celle-ci, que cette association d'orthopédie est le prolongement et l'épanouissement d'une petite société locale où, malgré les apparences, les membres du groupe français ont joué un rôle de premier plan. Cet événement coïncide également avec la récente décision du « Collège Royal du Canada » d'émettre des certificats de spécialistes en orthopédie à ceux qui ont les qualifications requises.

A mon sens, il convenait d'inscrire cette nouvelle au tout début d'un rapport sur les nouveautés en orthopédie. Une spécialité médicale vaut par la qualité des spécialistes qui la pratiquent, mais elle vaut aussi par la qualité et la solidité de son organisation générale. Les services qu'elle rend à la société sont grandement stimulés et accrus par les travaux scientifiques que les réunions suscitent et diffusent. Or, la préparation et la diffusion des travaux scientifiques trouvent leur point de départ et leur réalisation dans les assemblées spéciales d'abord. Les immenses progrès que la médecine a réalisés chez nos voisins s'expliquent de cette façon. Et il faut admettre que le médecin praticien ne s'en porte pas moins bien. Au contraire, l'apparition des spécialistes de plus en plus nombreux et de plus en plus compétents a grandement amélioré la qualité des praticiens. Si l'on admet, et l'on est bien forcé de l'admettre, que le meilleur médecin praticien est celui qui se frotte au plus grand nombre de spécialistes compétents, il se trouve donc que la médecine moderne, malgré l'élargissement effarant de son domaine, constitue encore un art où il est possible de se mouvoir à l'aise et de faire bonne figure à la condition de coudoyer les spécialistes honnêtes et compétents. A leur contact vous apprendrez en quelques minutes ce que le hasard des lectures et de la clinique aurait mis des mois et des années à vous apprendre, c'est-à-dire une conception claire, précise et dégagée sur une entité morbide déjà connue et classée en spécialité.

Les nouveautés en orthopédie sont nombreuses et variées. Notre spécialité a réalisé des progrès immenses depuis quelques années et il a fallu marcher vite et travailler ferme pour suivre le mouvement. Je serai donc forcé de faire un choix dans les nouveautés et de vous présenter surtout celles qui ont acquis un droit de cité incontestable et qui sont d'un intérêt pratique au regard du malade qui vous demande un conseil et qui attend de vous avec confiance le meilleur renseignement.

* * *

A tout seigneur, tout honneur! Voilà pourquoi je désire commencer par les nouveautés dont l'intérêt tient à l'existence même de la pénicilline. La pénicilline a-t-elle eu des répercussions sur notre spécialité ? A-t-elle rendu

1. Communication aux « Journées médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal,* octobre 1945.

possibles certains traitements nouveaux ? A-t-elle changé certaines de nos conceptions ?

Oui, la pénicilline, encore plus que les sulfamidés, a eu des répercussions profondes sur notre spécialité. La lutte contre l'infection existante ou possible a toujours constitué le principal problème de la chirurgie générale, surtout de la chirurgie orthopédique. En effet, vous connaissez tous la réceptivité du tissu osseux, des cavités articulaires et du tissu musculaire aux infections en général. Vous connaissez également les conséquences terribles que l'infection entraîne lorsque, par malheur, elle se développe dans un os ou dans une cavité articulaire. Les chirurgiens orthopédistes ont toujours lutté contre cette menace particulière en redoublant de vigilance et de minutie dans l'application des lois de l'asepsie et de l'antisepsie. Grâce à la préparation minutieuse du champ opératoire, grâce à certaines exigences très poussées, ils étaient arrivés, avant l'ère des sulfamidés et de la pénicilline, à une grande sécurité d'action opératoire, une sécurité qui provoquait l'étonnement dans certains milieux et semait la confusion dans d'autres milieux plus ou moins sceptiques à l'égard de certaines de nos hardiesses opératoires. Cependant, il faut bien admettre que le spectre de l'infection nous hantait toujours un peu; nous n'avions pas souvent de suppurations postopératoires, mais nous en avions une de temps en temps et il arrivait parfois que notre sommeil était gêné par une fièvre montante, que notre réputation tombait de plusieurs crans à la suite de certains échecs, que nous vieillissions de six mois en une journée quand nous avions une mortalité. Ce sont des temps héroïques que bien peu de chirurgiens orthopédistes voudraient revivre. Les sulfamidés sont venus, nous en avons usé largement à titre préventif et curatif par voie interne et localement; et ce fut une amélioration considérable apportée à notre sort. Les infections postopératoires étaient devenues une complication très rare. Plus récemment, la pénicilline est venue compléter notre armature de défense contre le risque de l'infection postopératoire. Elle a presque toujours raison de l'infection qui par hasard a réussi à franchir les barrières qu'on lui oppose avant et pendant l'acte opératoire. Il n'est pas exagéré de dire qu'elle nous a apporté une sécurité opératoire si grande que l'infection postopératoire est une complication qu'on est en train d'oublier.

Il n'y a pas une spécialité où cette sécurité soit un plus grand bienfait. En effet, puisque nous opérons habituellement sur des sujets en bonne santé où le point de vue fonctionnel tient toujours la plus large place, il est évident que l'infection constitue pour nous l'ennemi n° 1.

L'action préventive de la pénicilline n'est pas la seule exploitée. Son action curative a aussi fortement influencé et même changé le pronostic de certaines affections orthopédiques à très mauvaises réputations comme les arthrites suppurées à microbes banaux, les ostéites post-traumatiques, l'ostéomyélite de croissance et particulièrement l'ostéomyélite du nourrisson.

Les arthrites aiguës suppurées à microbes banaux sont rapidement contrôlées par le drainage et la pénicilline. Certains médecins prétendent même que la pénicilline sans le drainage a souvent raison de ces mêmes arthrites. C'est possible, mais cette façon de voir ne nous apparaît pas comme la plus sûre. L'arthrotomie faite dans de bonnes conditions d'asepsie soulage le malade en décomprimant la cavité articulaire, permet l'évacuation rapide et massive des déchets inflammatoires et prépare un terrain plus propice à la pénicilline. De cette façon, l'on constate, fort heureusement, que l'arthrite n'a pas souvent le temps d'atteindre le stade d'ostéo-arthrite destructive et ankylosante comme c'était le cas autrefois. Quel bonheur pour les blennorragiques de notre époque ! Et par contre, que de blennorragiques ankylosés qui doivent regretter l'apparition trop tardive de cet ange protecteur !

Les tuberculeux n'ont cependant pas la même chance puisque les arthrites suppurées à bacille de Koch n'ont pas encore bénéficié de la même protection. En effet, il est généralement admis que la pénicilline n'apporte aucun changement par exemple dans l'évolution d'une coxalgie.

Les ostéites post-traumatiques sont facilement prévenues et même guéries lorsque la pénicilline arrive à temps. Et c'est à nous de voir à ce qu'elle arrive à temps. Les fractures ouvertes, les grandes lacérations ne portent plus dans leurs profonds replis ces menaces graves que l'on avait l'habitude de craindre. Les chirurgiens militaires qui ont fait du service sur les lignes de combat pourraient vous en dire long sur cette question, surtout ceux qui ont travaillé dans les mêmes centres de traitements avant et après l'usage de la pénicilline.

L'ostéomyélite aiguë de croissance, qui a fait tant d'infirmes et de malheureux, est-elle favorablement influencée par la pénicilline ? La discussion est en cours et je crois que les opinions sont encore partagées. Cependant, à la lumière de ma petite expérience, voici l'opinion que je désire vous transmettre. D'abord, une distinction s'impose. Le cas d'ostéomyélite qui requiert nos soins est-il au stade aigu ou chronique ? Au stade aigu, la pénicilline ajoutée au drainage de l'abcès sous-périosté et parfois du canal médullaire avec plombage des cavités avec des cristaux de sulfamidés influence très favorablement l'évolution de l'ostéomyélite; j'en suis personnellement convaincu.

Avant l'arrivée de la pénicilline dans notre arsenal thérapeutique, nous avions pris comme habitude d'user largement des sulfamidés localement et *per os*. Déjà les résultats obtenus marquaient une certaine amélioration sur les résultats précédents. L'usage de la pénicilline a eu deux résultats évidents: une amélioration beaucoup plus rapide de l'état général; une diminution importante de la durée de la phase destructive et de la quantité de la destruction. Cette opinion est basée sur une récente série de dix cas typiques d'ostéomyélite aiguë que j'ai observés depuis un an.

En comparant ces résultats à ceux que nous obtenions avant l'emploi de la pénicilline, je crois que nous sommes forcés d'admettre une amélioration dans l'évolution des cas d'ostéomyélite aiguë. Malheureusement, nous ne sommes pas en mesure de vous annoncer une aussi bonne nouvelle en ce qui concerne les cas d'ostéomyélite chronique. Ma propre petite expérience s'accorde avec celle des autres orthopédistes pour constater que les cas d'ostéomyélite chronique sont peu ou pas influencés par la pénicilline. A mon avis, cette différence s'explique par un simple phénomène de physio-pathologie. En effet, puisque nous savons que la pénicilline agit par le milieu sanguin, il est logique de penser qu'elle n'a pas de prise sur les tissus morts non vascularisés. Or, dans l'ostéomyélite chronique, l'os malade est séquestré et mortifié tandis que, dans l'ostéomyélite aiguë, l'os est encore congestionné et vascularisé. Dans un cas le contact de la pénicilline est donc encore possible; dans l'autre, il ne l'est plus.

Mais l'action triomphale de la pénicilline me paraît encore plus grande dans cette terrible affection que nous appelons l'ostéomyélite du nourrisson. Les pédiatres, les chirurgiens des hôpitaux d'enfants, beaucoup de praticiens connaissent les méfaits incalculables de ces ostéo-arthrites aiguës du nourrisson qui en quelques jours ont déjà détruit une épiphyse et son cartilage fertile, produit une luxation pathologique et gravement compromis la croissance du membre intéressé. Avec une arthrotomie précoce nous réussissions autrefois à sauver la vie de ces nourrissons, mais nous assistions impuissants à l'évolution des complications et nous suivions leur croissance troublée qui les acheminait lentement vers des infirmités monstrueuses. Les compensations que la chirurgie et l'orthopédie leur apportaient étaient bien peu consolantes.

Aujourd'hui, grâce à la pénicilline, ce tableau est complètement changé pourvu que l'on arrive à temps. Pour ma part, je connais actuellement trois nourrissons qui ne sont pas devenus des victimes de leur maladie. Cliniquement et radiologiquement, ces nourrissons ne montrent aucune trace de leur affection si ce n'est la petite cicatrice cutanée qui constitue un vestige de l'arthrotomie avec drainage. A mon point de vue, c'est un triomphe, car je n'ai jamais vu pareille guérison. L'ostéomyélite du nourrisson est-elle en train de devenir une maladie sans conséquences fonctionnelles ? Nous sommes portés à le penser. Il est vrai que trois cas ne sont pas suffisants pour justifier une telle espérance.

Cette arme que constitue la pénicilline a suscité certaines audaces de technique opératoire qui auraient été de la folie pure avant l'ère pénicillienne. Ainsi on s'est rendu compte qu'il était possible de combler et d'obtenir la cicatrisation de certains vieux foyers d'ostéite cavitaire avec perte de substance et nécrose osseuse. En se servant de copaux de tissus osseux spongieux pris sur les crêtes iliaques, des chirurgiens ont bourré des cavités infectées, comblé des foyers de pseudarthrose par perte de substance et ostéite secondaire, et ont ainsi obtenu une guérison rapide, souvent par première intention, de certaines lésions qui auraient entraîné sinon des amputations, du moins des suppurations très prolongées et des conséquences fonctionnelles très sérieuses. Grâce à la pénicilline, les greffons de tissus osseux spongieux introduits dans ces cavités nettoyées mais septiques ont été tolérés et ont amené une régénération osseuse de bonne qualité. Cette expérience a été tentée et réalisée avec succès par les chirurgiens orthopédistes militaires du « Christ Hospital » de Toronto. Leur technique et leurs observations ont fait le sujet d'une importante communication au premier congrès de l'« Association Canadienne d'Orthopédie » en juin dernier.

La pénicilline apporte donc aux chirurgiens orthopédistes une arme efficace dans la prévention et le traitement d'un grand nombre d'affections osseuses. Le jour où la science médicale aura ajouté une médication efficace contre les affections ostéo-articulaires d'origine tuberculeuse, ce jour-là nos salles d'orthopédie se videront de ces pauvres allongés qui connaissent bien peu la joie de vivre.

* * *

Mais j'ai hâte de changer de chapitre et de vous dire que les nouveautés en orthopédie ne sont pas limitées au rayonnement de la pénicilline et des sulfamidés. En effet, l'orthopédie a des nouveautés propres qui prouvent qu'elle est en plein progrès et en pleine évolution.

Il convient de rendre hommage à tous ceux qui de près ou de loin ont récemment mis de l'ordre dans cette vaste et passionnante question des lombalgies. En effet, il n'y a pas bien longtemps que l'on a appris à classer et à traiter comme il convient les algies lombo-sacrées. On n'a pas encore éclairci tout le mystère des affections douloureuses de la base du dos et des fausses sciatiques, mais il est consolant de songer qu'il est très souvent possible d'établir un diagnostic précis. Il est vrai que les moyens que nous sommes forcés d'employer sont parfois compliqués et onéreux, mais ils ne sont plus hors de notre portée.

Dernièrement, on vous a beaucoup entretenus de la question des hernies des disques intervertébraux, de la sacralisation douloureuse, de la lombalisation douloureuse, des spondylolisthésis, des arthrites chroniques ostéophytiques, des arthrites des facettes articulaires, etc. Depuis plusieurs années, mais plus spécialement depuis quelques mois, les journaux médicaux ont publié de nombreux articles. Un groupe de jeunes médecins de l'Hôtel-Dieu (les docteurs Desrochers, Longtin et Parenteau) ont présenté devant les membres de la *Société Médicale* une communication fort bien documentée sur l'anatomie, sur la physio-pa-

thologie, sur le diagnostic et sur le traitement des névralgies en rapport avec une compression radiculaire par un disque intervertébral hernié. A mon avis, leur travail constitue un document classique que tout praticien et tout interne se doivent de lire. L'intérêt qu'ils ont manifesté en face de cette question les a amenés à établir chez eux un centre de radiodiagnostic où les myélogrammes sont exécutés avec une rapidité et une précision scientifique qui n'ont pas été dépassées ailleurs.

Récemment, les syndromes douloureux de la base du dos ont fait l'objet d'un long rapport qui a d'abord été présenté à notre Congrès de l'« Association Canadienne d'Orthopédie » en juin dernier par les membres du service d'orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur. *L'Union Médicale du Canada* du mois d'août a publié tous ces rapports. L'ensemble forme une vaste revue de la question avec une documentation personnelle fort impressionnante.

Tous ces syndromes douloureux de la base du dos ne sont évidemment pas des maladies nouvelles. Ce qui est nouveau, c'est la façon de les classer et de les traiter. L'ère du lombago et du rhumatisme sciatique est passée; l'ère de la Pipérazine et des pointes de feu est également passée. En face d'un individu qui vient nous consulter parce qu'il a mal à la base du dos, nous savons ou du moins nous devrions savoir mieux interpréter les signes subjectifs qu'il énumère, mieux rechercher les signes objectifs qu'il présente et mieux interpréter l'image radiologique de son rachis lombo-sacré. Après cela, ce pauvre malheureux aura des chances qu'on lui applique le meilleur traitement connu. Le repos, la révulsion, les salicylates, le corset orthopédique, le verrouillage lombo-sacré, la résection d'un ligament jaune, l'énucléation d'un disque intervertébral sont des armes thérapeutiques que l'on ne choisit plus au hasard et qui ont fait leurs preuves.

De ces progrès, il ne faut pas déduire que nous avons atteint la perfection et l'infaillibilité dans le diagnostic et le traitement des affections douloureuses de la base du dos. Bien au contraire, nous avons tout au plus appris à errer moins souvent et à soulager un grand nombre d'individus malheureux. Mais il faut admettre que c'est déjà quelque chose qui mérite votre attention.

Quelques médecins plus malins insinuent que cette catégorie de malades a toujours existé et qu'ils ne se portaient pas plus mal avant que les orthopédistes aient décidé d'améliorer leur sort. Il est évidemment très scabreux de raisonner ainsi. D'abord, le mal de l'un n'a jamais soulagé le mal de l'autre. Ensuite, on peut leur demander ce que devenaient les prostatiques avant l'ère de la prostatectomie.

* * *

Le sort qui, à l'heure actuelle, est réservé aux scoliotiques de croissance constitue une autre nouveauté dont je désire maintenant vous entretenir.

A mon avis, les déviés de la colonne vertébrale par les scolioses de croissance sont aujourd'hui moins nombreux. C'est un fait qui est de constatation courante; à quoi cela tient-il ? A mon sens, cela vient de ce que les enfants, étant mieux surveillés à la maison et à l'école, sont conduits à temps vers les centres de traitement. Le traitement préventif ou précoce des scolioses de croissance n'est évidemment pas une nouveauté orthopédique. Dans les pays d'Europe en particulier, il y a longtemps que les orthopédistes ont créé et développé des centres de traitements pour les enfants qui se tiennent mal, qui ont une musculature déficiente et qui sont des candidats tout désignés aux scolioses vraies. A cause de certaines circonstances que vous connaissez mieux que moi, nous avons été lents à nous organiser; mais enfin cette organisation est venue et nous y avons apporté beaucoup d'attention et beaucoup de perfectionnement.

Des gymnases bien garnis et bien dirigés, des piscines de dimensions suffisantes, des équipes de masseuses, des postes d'électrothérapie

scientifiquement établis, des ateliers d'appareillages orthopédiques ont été mis à la disposition des orthopédistes dans les hôpitaux et même dans certaines écoles spéciales pour le plus grand bien de cette catégorie particulière d'enfants qui sont menacés de déviation vertébrale ou qui luttent contre une déviation établie. Ce travail exige beaucoup de patience et beaucoup de persévérance; aussi, quand on voit les résultats obtenus, on ne peut retenir sa satisfaction et surtout son admiration pour ces belles équipes d'infirmières spécialisées qui accomplissent avec passion une tâche si désintéressée, où les résultats n'apparaissent qu'après des mois et des années. En contemplant cette œuvre et ses résultats, on se sent un peu honteux quand on songe qu'il y a encore des membres de notre profession qui se contentent de prescrire une bouteille de sirop iodo-tonique ou des vitamines pour venir en aide à ces malheureux enfants qui sont déjà menacés d'une déviation de la colonne vertébrale. Il est encore plus triste de songer qu'il y a des orthopédistes qui tiennent encore à ce mauvais instrument de traitement qui s'appelle le corset plâtré supposé correcteur. Alors que tous les moyens mis en œuvre pour aider les scoliotiques visent à tenir leur musculature dans le meilleur état possible, à ne pas trop entraver les échanges sous la dépendance de la fonction respiratoire et circulatoire, il est illogique de s'imaginer qu'on peut venir en aide à un scoliotique avec une bouteille de tonique et encore moins avec un simple corset plâtré inamovible. L'orthopédie moderne a mis à la disposition des scoliotiques une méthode de traitement qui a le mérite d'être logique et rationnelle. Elle est peut-être parfois difficile à adapter aux exigences de ceux qui habitent en dehors des grands centres, mais il est presque toujours possible, à l'aide de quelques leçons particulières, d'apprendre à l'enfant à se traiter lui-même sous la surveillance d'une personne de son entourage. C'est pourquoi, je reste convaincu que les infirmières de nos gymnases spécialisés ont empêché bien des petits bossus de devenir des grands bossus.

Il est une autre catégorie de travailleurs acharnés et obscurs qui ont droit à la reconnaissance des scoliotiques d'abord et de la profession médicale ensuite. Ce sont ces mécaniciens artistes qui, tous les jours, pendant de longues heures, forgent des armatures, capitonnent des carapaces, réalisent d'ingénieuses combinaisons de cuir, de cellulo, d'acier, de matière plastique et de feutre. Songe-t-on assez au mérite de ces ouvriers aussi habiles que consciencieux? Le chirurgien orthopédiste qui tire vanité du succès qu'il a obtenu quand il annonce aux parents d'un scoliotique que la zone de danger a été franchie avec succès, ce chirurgien rend-il toujours justice à ses deux collaborateurs les plus précieux: la masseuse et le mécanicien orthopédiste? Depuis que le corset orthopédique scientifiquement établi d'après un moulage précis et réalisé d'après les données de la physio-pathologie est devenu un instrument de traitement indispensable dans la prévention des scolioses graves, on conçoit l'importance de celui qui réalise cet instrument individuel. Selon la qualité de ce mécanicien artiste, le corset sera plus ou moins efficace, plus ou moins tolérable. Ceux qui parmi vous, et ils sont assez nombreux, ont eu des enfants menacés de cette sournoise affection qui s'appelle la scoliose de croissance et qui ont été obligés de faire appel au traitement de choix savent fort bien que je n'ai rien exagéré dans les remarques qui précèdent; ils réalisent fort bien l'importance de ce travail de collaboration intime qui s'est établi entre le professeur de gymnastique, le mécanicien orthopédiste et le chirurgien orthopédiste. Les centres de traitement qui ont à leur disposition l'organisation qui réalise cette collaboration intime ont certainement droit à une mention spéciale. A mon avis, il y a plus de satisfaction à empêcher un seul petit scoliotique de devenir un grand scoliotique que de tenter d'améliorer dix grands scoliotiques. Tout ce que je

viens de vous dire ne constitue pas une nouveauté orthopédique, mais une conception nouvelle destinée à remplacer la vieille qui, peut-être, traîne encore dans vos esprits.

Les grands scoliotiques sont donc de plus en plus rares et je crois vous avoir expliqué pourquoi. Mais il nous arrive encore assez souvent de nous trouver en face de grands scoliotiques où le traitement préventif serait du temps perdu. Existe-t-il un traitement de choix pour ces infirmes désemparés qui font le désespoir de leur entourage ? Oui, plusieurs d'entre eux peuvent bénéficier de cette méthode chirurgicale de traitement qui consiste à corriger d'abord au maximum et à fixer ensuite la correction. Il y a environ un an, j'ai longuement développé les indications, la technique et les résultats que l'on pouvait attendre de cette nouvelle méthode de traitement des scolioses graves par le redressement forcé en corset à charnières et la greffe vertébrale en position d'hyper-correction. Je veux résumer ma pensée sur cette question en vous citant la conclusion d'un travail que j'ai présenté devant cette même *Société Médicale de Montréal* il y a un an: la méthode de traitement des scoliotiques par le redressement en corsets à charnières et la greffe vertébrale n'est pas seulement une méthode nouvelle et ingénieuse, c'est actuellement la seule méthode qui corrige des scolioses graves et maintient la correction obtenue.

* * *

Il y a aussi du nouveau à signaler dans la technique des sutures des nerfs périphériques. Les chirurgiens-orthopédistes du « Christ Hospital » de Toronto travaillent actuellement à la mise au point d'un procédé qui utilise le plasma sanguin comme gaine protectrice et isolante de certaines sutures nerveuses. La coaptation et la suture des bouts sont d'abord réalisées avec toute la minutie et la délicatesse possibles; puis la jointure est isolée des tissus avoisinants par une gaine de plasma sanguin. Le plasma liquide est retenu par des petits moules en caoutchouc qui sont retirés dès que le plasma est solidifié. La solidification arrive en quelques minutes. Ainsi la suture nerveuse est protégée par une gaine de tissu vivant qui empêche les adhérences et favorise une bonne régénération anatomique. Voilà une technique ingénieuse qui ouvre un nouveau chapitre dans le domaine des sutures des nerfs périphériques.

* * *

Le domaine des fractures n'a pas échappé aux nouveautés. La sécurité opératoire réalisée par les sulfamidés et la pénicilline a rendu les orthopédistes plus audacieux et plus exigeants dans la qualité de la réduction des fractures. Partout où la réduction anatomique parfaite est nécessaire pour sauvegarder l'esthétique et la fonction, le chirurgien orthopédiste n'hésite plus à écarter les tissus mous pour aborder des fragments osseux et à les forcer à réintégrer la meilleure position. Je n'insisterai pas sur les moyens que nous employons pour assurer la permanence d'une bonne réduction ainsi obtenue: plaques vissées, greffons osseux, agraffes, clous de Steinman inclus dans les plâtres, bandes de Parham, fils d'encerclage sont des moyens de contention que vous connaissez. Vous avez peut-être entendu parler du fameux appareil Stader. On a fait beaucoup de réclame pour cet appareil de contention qui passe en pont en dehors du foyer de fracture. Par le jeu de quatre clous dont deux sont fixés au fragment proximal et deux au fragment distal et reliés entre eux par une tige rigide montée sur des jointures universelles, on arrive à réduire et à contenir les fragments. En principe, cet appareil est ingénieux et séduisant: il réalise un perfectionnement très important du vieil appareil Ombrédanne et Mercier. En pratique, il est compliqué et difficile à contrôler. Les orthopédistes en général ne lui accordent pas beaucoup de faveur; et j'ai l'impression qu'on s'en servira de moins en moins sauf peut-être pour les fractures du maxillaire inférieur où il cons-

titue un appareillage de choix parce qu'il répond aux exigences de la plupart des fractures compliquées du maxillaire inférieur.

A mon avis, il faut réserver une mention toute spéciale à cette merveilleuse trouvaille qui a été réalisée par l'emploi de la broche de Kirchner comme moyen de contention intra-médullaire dans les fractures de l'avant-bras, de la clavicule, des métatarsiens et métacarpiens. A mon avis, les problèmes difficiles que posaient parfois ces fractures n'existent plus. En effet, leur contention par une broche de Kirchner glissée dans le canal médullaire des deux fragments est une manœuvre de technique simple, facile et toujours efficace. Cette technique d'abord appliquée à la clavicule a été simultanément employée à l'avant-bras par le docteur Antonio Samson et moi-même. Tous deux, nous la considérons comme la plus merveilleuse des trouvailles. Nous croyons qu'elle est destinée à se généraliser et à vivre longtemps parce qu'elle constitue une technique simple, facile et efficace.

* * *

Voilà les nouveautés orthopédiques sur lesquelles j'ai cru devoir insister en tenant compte du but pratique et utilitaire que la *Société Médicale* avait en vue. J'ai certainement omis de vous signaler des nouveautés importantes, mais il fallait faire un choix. Je laisse à d'autres le soin de compléter cet exposé qui n'a aucune prétention scientifique.

LES NOUVEAUTÉS EN HYGIÈNE ET EN MÉDECINE PRÉVENTIVE[1]

Par **Adrien PLOUFFE,**
Directeur adjoint du Service de santé de Montréal.

Si l'on s'en tient au sens strict du mot *nouveautés,* il n'y a guère de nouveautés en hygiène et en médecine préventive. Cependant, il y aurait le vaccin combiné contre la diphtérie et contre la coqueluche; le vaccin contre la scarlatine; l'administration de petites doses de sulfamidés pour la prévention des affections des voies respiratoires supérieures; l'emploi d'une huile antiseptique dans les abris souterrains et le D.D.T., le plus puissant insecticide connu.

* * *

1° La vaccination ou l'immunisation combinée contre la diphtérie et contre la coqueluche a donné lieu à des discussions. L'anatoxine de Ramon est efficace dans presque la totalité des cas. Le vaccin contre la coqueluche n'a sûrement pas la même efficacité. Des partisans enthousiastes ont accordé généreusement au vaccin contre la coqueluche un caractère d'efficacité dans quatre-vingt pour cent des cas ! La vérité, qui doit toujours tenir compte des faits basés sur l'expérience, est tout autre, et je crois qu'on se rapproche de la vérité scientifique en disant que le vaccin contre la coqueluche est efficace dans cinquante pour cent des cas.

Ainsi, nous nous trouvions à combiner un vaccin efficace dans presque cent pour cent des cas et un vaccin efficace dans la moitié des cas. De là venait la discussion. Or, après des études pratiquées aux Etats-Unis et au Canada, on a décidé d'injecter le vaccin combiné et, à l'heure actuelle, la méthode se répand de plus en plus. Dans notre province, le ministère de la Santé et du Bien-être social et le Service de santé de Montréal ont adopté le vaccin combiné contre la diphtérie et contre la coqueluche.

Nous n'avons plus qu'à attendre les résultats. Il y a tout lieu d'espérer que les statistiques nous apprendront bientôt que la mé-

1. Communication aux « Journées médicales » de la *Société Médicale de Montréal,* le 24 octobre 1945.

thode relativement récente a donné d'excellents résultats. Elle simplifie l'administration d'une thérapeutique préventive.

A tout événement, le médecin praticien reste toujours libre d'injecter l'anatoxine de Ramon et un peu plus tard le vaccin contre la coqueluche, mais on peut sans inconvénient injecter les deux vaccins ensemble.

2° Le vaccin contre la scarlatine est plus discuté. Cependant, les Américains l'emploient et, au Service de santé de la ville de Montréal, notamment, on en fournit aux médecins qui désirent l'injecter à leurs petits clients. Et le docteur Adélard Groulx, notre directeur, écrivait récemment dans le *Bulletin d'Hygiène*: « L'immunisation par la toxine Dick apporte une protection considérable et peut être pratiquée chez les enfants susceptibles. »

Maintenant je vais vous dire un mot de trois *nouveautés* qui jusqu'à ces temps derniers étaient des secrets de guerre.

a) On a administré des faibles doses de sulfamidés aux membres de nos forces armées, dans le but de prévenir les coryzas et les angines. On prétend avoir obtenu d'excellents résultats et, incidemment, on va jusqu'à prétendre que ces faibles doses de sulfamidés auraient eu le don de prévenir des cas de blennorragie ! Un médecin qui a été longtemps attaché aux services d'hygiène de l'armée m'affirmait — et il avait l'air convaincu — qu'il y avait moins de cas de blennorragie chez les membres de tel groupe ayant reçu un traitement préventif, que chez un autre groupe n'ayant pas subi ce traitement !

J'ai souri comme vous souriez vous-mêmes. Ici encore il faut attendre les résultats que nous fourniront les revues un peu plus tard. Quant à la prévention des coryzas et des rhumes, elle serait très nette. Attendons ! Nous avons cru à la toute-puissance des vitamines pour prévenir les rhumes ! Pourquoi ne pas croire à la toute-puissance des sulfamidés ? Avec le temps, nous pourrions avoir des surprises agréables... ou des déconvenues !

Le savant a toujours la sagesse d'attendre de se trouver devant des faits bien démontrés, avant de conclure à l'efficacité de telle ou telle nouvelle méthode. Attendons !

b) On s'est souvent demandé durant la guerre pourquoi il n'y avait pas eu plus de contagion dans les abris souterrains à Londres, par exemple. Eh bien ! l'explication se trouve, paraît-il, dans l'emploi d'une huile antiseptique que l'on vaporisait dans les abris et sur tous les articles de literie. C'est grâce à l'emploi de cette huile que l'on aurait prévenu la contagion. Le médecin qui m'a fourni ce renseignement m'a affirmé que c'était absolument exact.

En tout cas, ce qui est exact, c'est que nous avons appris que, sous les bombardements, il n'y a pas eu plus de contagion dans les abris souterrains, pas plus que dans les circonstances normales. L'avenir nous apportera des précisions à ce sujet.

c) Enfin il y a, comme *nouveauté*, le D.D.T. (dichloro-diphenyl-trichloretane), le plus puissant insecticide connu. Cette préparation a sauvé des milliers de vies en détruisant des milliards et des milliards de moustiques. Le D.D.T. est à présent sur le marché, il est inoffensif, à condition toutefois qu'on l'emploie comme il faut. Or, la rumeur veut qu'on ait procédé à des expériences désastreuses dans la province d'Ontario. Employé sans discernement, le D.D.T. pourrait détruire non seulement les moustiques mais les animaux. Encore ici, il faut attendre d'avoir tous les renseignements pour porter un jugement.

La nouveauté par excellence, dans mon domaine, ce n'est pas un sérum, ni un vaccin, ni un remède préventif, c'est un *fait*: si la médecine contemporaine s'oriente vers la prévention, il y a en hygiène et en médecine préventive un courant très net, une *orientation bien marquée vers l'éducation. Voilà la nouveauté.*

Le savant d'hier restait dans sa tour d'ivoire. Il daignait de temps à autre parler d'hygiène, mais il attachait peu ou pas d'importance à

l'enseignement des notions d'hygiène et de médecine préventive. C'était avant tout un thérapeute et on le voit toujours, comme dans le tableau célèbre, assis près d'une petite malade, le front pensif, ayant l'air de ramasser toute son énergie et de mobiliser toutes ses réserves de science et d'expérience, pour tenter d'arracher sa mignonne patiente à la mort.

Cet homme, ce médecin d'une époque qui n'est pas éloignée de la nôtre était un homme admirable, d'une grande dignité professionnelle, mais la médecine, comme tout ce qui est humain, a subi une évolution et les traités de médecine dans l'avenir seront inspirés par l'idée de l'éducation ou, du moins, ils concéderont une grande place à l'enseignement au peuple de tous les principes, notions et mesures propres à conserver la santé.

Il y a plus de vingt-cinq ans, le regretté professeur Léon Bernard disait: « Il faut enseigner au public qu'il est possible de conserver sa santé. »

A ce moment-là, en France et par tout le monde, les paroles de Léon Bernard retentirent comme celles d'un apôtre, d'un précurseur, et quand il ajoutait que l'hygiéniste doit descendre dans la rue, ses confrères de l'Académie de médecine n'étaient pas loin de se voiler la face !

Et cependant, l'idée presque révolutionnaire, lancée encore une fois par un cerveau français, allait devenir le point de départ d'un système destiné à transformer tout médecin en un apôtre de l'hygiène et de la médecine préventive, tout hygiéniste en un enseigneur en hygiène publique et sociale.

Certes, la thérapeutique reste et restera toujours un havre de secours pour la souffrance humaine, tant que le génie de la science n'aura pas découvert l'art d'éviter toutes les maladies à l'homme.

Mais nous sommes à une ère de renouveau et, du plus grand jusqu'au plus petit, du plus auguste pontife de la science jusqu'au plus humble médecin du coin, jusqu'au plus humble médecin de village, nous devons tous bon gré mal gré devenir des éducateurs. Nous devons enseigner au peuple qu'il peut et qu'il doit conserver sa santé, lui inculquer tous les moyens utiles à cette sauvegarde qui s'impose.

Le médecin d'aujourd'hui et le médecin de demain devront, avec leur diplôme de bachelier et de docteur en médecine ou avec leur diplôme en hygiène publique, se transformer en apôtres de la prévention des maladies. Et ils devront agir en conséquence.

Qu'on me permette de rappeler ici un mot du regretté Oscar Mercier, à qui j'exposais ces idées, il y a un an: « Mon vieux, je crois avoir réussi dans ma spécialité, mais n'empêche que j'estime que tu as choisi un sacré beau rôle ! »

Messieurs, c'est un beau rôle et un rôle sacré que nous aurons à jouer, demain, sur la scène de la comédie humaine !

Nous devrons nous occuper de l'homme dès avant sa venue en ce monde. Nous verrons à éduquer la future maman à la goutte de lait, à la consultation de nourrissons, au bureau, ou à domicile. Nous devrons déployer tous nos efforts pour combattre la mortalité maternelle et la mortalité infantile. Nous devrons voir à la conservation de la santé, à la prévention de la maladie chez l'enfant avant son entrée à l'école. Nous devrons le suivre de la prime enfance à l'enfance, de l'enfance à l'adolescence, de la jeunesse à l'âge adulte, de l'âge adulte jusqu'à la vieillesse !

Ne nous faisons pas d'illusions, nous aurons à lutter encore contre l'ignorance, la négligence, l'inconscience, contre tous les préjugés morbides qui sont une pierre d'achoppement au règne de l'intelligence de la santé; mais il faudra que nous travaillions à l'éducation des masses par tous les moyens possibles: courtes conférences à l'école, dans les assemblées populaires, dans tous les milieux; articles dans les journaux; nous devrons utiliser les postes de radio; nous devrons utiliser le théâtre, le cinéma, bref, recourir à tous les moyens de parler au peuple, de descendre

dans la rue, ce qui ne sera pas s'abaisser, mais, au contraire, s'élever à une conception réaliste de la nouvelle orientation donnée à la médecine.

Jadis on fabriquait un médecin en quatre ans; aujourd'hui, il faut six ans. Demain, il faudra beaucoup plus de temps pour former des médecins qui seront à la hauteur de leur tâche gigantesque, surtout quand ils se destineront à l'enseignement de l'hygiène au public. Et il faudra les former, leur donner la chance de devenir des hommes vraiment compétents.

Pour être un éducateur dans toute la force du mot, le médecin de l'avenir devra avoir une solide culture et bien se mettre en tête qu'il doit continuer d'étudier, de lire, de travailler, afin d'être au courant des différents progrès de l'hygiène et de la médecine préventive. Il devra avoir un cœur d'apôtre, un esprit meublé de toutes les connaissances utiles et nécessaires. Il devra posséder une âme intrépide, capable de résister au découragement qui s'accrochera à lui devant la bêtise humaine.

Pour former les hygiénistes, l'Etat, que ce soit le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial, ou une grande ville comme Montréal, ne devra reculer devant aucune dépense. Le médecin hygiéniste de demain devra être en état de procéder à son œuvre de propagande d'une façon efficace.

De cette manière, nous pourrons, d'ici quelques années, trouver tous les éléments d'un enseignement de l'hygiène au public, sans avoir recours à l'étranger. Nous pourrons organiser nous-mêmes nos séances de propagande sans nous adresser aux Etats-Unis ou ailleurs.

Pourquoi notre province ne ferait-elle pas en sorte de préparer des hommes compétents dans ce domaine spécial ? J'ai assez travaillé dans ce secteur pour avoir le droit de demander de ne pas rester un des rares spécimens qui ont vraiment compris l'enseignement de l'hygiène au public.

En passant, disons que l'ère est révolue des longs articles sur l'hygiène et la médecine préventive. Quand nous avons organisé à Montréal notre campagne antituberculeuse, nous avons adopté le plan suivant: une conférence d'un quart d'heure, des sketches et du cinéma. Grâce à cette méthode d'éduquer avec le sourire, nous avons eu des salles combles — parfois jusqu'à 1,300 personnes ! Je regrette d'avoir à rappeler qu'avec de grandes vedettes de la science, nous n'avons réussi qu'à obtenir un auditoire de 400 personnes, quelque temps auparavant ! N'insistons pas, la preuve est faite.

Pour terminer, je formule le vœu que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, d'Ottawa, le ministère de la Santé et du Bien-être social, de Québec, et le Service de santé de Montréal aient, un jour, tous les crédits disponibles pour former des hygiénistes qui, dans le domaine particulier de l'enseignement de l'hygiène au public, seront des as.

On n'arrivera à former ces étoiles de première grandeur qu'en procédant à un choix judicieux parmi des diplômés en hygiène publique, parmi les jeunes qui auront manifesté des qualités réelles dont l'existence leur donnera droit à des études complémentaires. A la brunante d'une carrière que j'ai consacrée depuis des années à l'enseignement de l'hygiène au public, je me permets d'émettre ce vœu, avec l'espoir qu'il sera réalisé.

LES NOUVEAUTÉS EN UROLOGIE[1]

Par **Jean-Paul BOURQUE,**
Professeur agrégé d'Urologie à la Faculté de Médecine,
Chargé du Service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu.

Depuis les quelques dernières années, l'urologie, comme toutes les branches de la chirurgie, a grandement évolué. Cette évolution est surtout marquée dans le domaine de la thérapeutique.

Etudions d'abord les améliorations apportées à la thérapeutique des infections de l'arbre urinaire. Tous connaissent, pour les avoir rencontrées souvent, les infections à colibacilles, qu'il s'agisse de pyélonéphrite, de pyélite ou de cystite. Aujourd'hui, grâce à l'avènement des sulfamidés nous pouvons, relativement facilement, guérir ces malades; seulement, il nous faut d'abord choisir le médicament indiqué et ensuite être prudent dans son administration. En effet, tous les sulfamidés n'agissent pas sur le colibacille. A notre avis, il n'y en a que deux qui soient vraiment efficaces: le sulamyd et la sulfadiazine. On peut se servir indifféremment de l'un ou de l'autre produit à des doses qui varient selon les cas. Il est rarement nécescaire de dépasser la dose de quatre grammes par vingt-quatre heures pour obtenir de bons résultats et il est à conseiller d'administrer en même temps du bicarbonate de soude, ce qui augmente la tolérance gastrique vis-à-vis du produit et diminue la toxicité de celui-ci. Il est très important, en plus, de faire absorber de grandes quantités de liquides, sous forme d'eau ou de jus de fruit, à ces malades, de façon à augmenter la diurèse et à empêcher la stagnation du colibacille au niveau de l'arbre urinaire. Malheureusement, la pénicilline n'agit aucunement sur le colibacille.

Je ne m'arrêterai qu'un instant sur les infections à streptocoques, à staphylocoques et à gonocoques pour vous dire que, dans ces cas, le médicament de choix, c'est la pénicilline. Le médicament fait des merveilles vis-à-vis de ces agents pathogènes, à condition, et ceci est très important, qu'il soit administré à des doses suffisantes, ce qui veut dire qu'il ne faut jamais donner moins que 300,000 unités pour obtenir une guérison sûre et stable et mettre le malade à l'abri des récidives.

La dernière et non la moindre des infections de l'arbre urinaire, c'est la tuberculose. Malheureusement, au point de vue pratique, nous en sommes encore réduits à la chirurgie, mais avec l'avènement de l'antigène méthylique de Nègre, dont nous avons malheureusement été privés par la guerre, et le Promin et la Streptomycin, qui sont encore au stade expérimental, il nous est permis d'espérer que le jour où nous pourrons traiter médicalement la tuberculose urinaire, commence à poindre à l'horizon.

* * *

Passons maintenant à la lithiase urinaire. Dans ce domaine, surtout en ce qui a trait aux calculs de phosphates de chaux, il nous est permis d'espérer pouvoir un jour réussir à dissoudre ces concrétions calcaires à l'aide d'une solution qui s'appelle la solution G. Cette solution est à base d'acide citrique et fut expérimentée d'abord par Suby de Boston en 1941 et 1942 et depuis modifiée et mise à l'épreuve par un grand nombre d'urologues américains. Le principe du traitement est celui-ci: on introduit dans le bassinet ou dans la vessie, selon le cas, une sonde, par l'intermédiaire de laquelle on injecte en goutte-à-goutte continue cette solution qui commence par éroder le calcul pour ensuite le dissoudre. Malheureusement, à date, les succès ne sont pas encore brillants, non pas à cause de la technique du traitement lui-même, mais parce que nous n'avons pas encore mis au point une solution qui, tout en étant assez concentrée, ne sera pas irritante pour les muqueuses du

1. Communication aux « Journées médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal,* en octobre 1945.

bassinet, de l'uretère ou de la vessie. Il nous est tout de même permis d'espérer que la mise au point de cette solution ne tardera pas et que, dans un avenir rapproché, il nous sera possible de débarrasser les malades porteurs de calculs sans intervenir chirurgicalement.

* * *

J'en arrive maintenant aux points les plus importants de cet exposé. Il s'agit du problème de l'hypertrophie et du cancer de la prostate, et du problème du cancer de la vessie.

Le traitement de l'hypertrophie de la prostate est une des questions les plus discutées aujourd'hui par les urologues, surtout en ce qui a trait aux divers procédés chirurgicaux utilisés pour guérir les malades atteints de cette affection.

Un mot seulement du traitement médical de l'hypertrophie de la prostate. Celui-ci ne peut être appliqué que dans les cas pris au début, car, quand l'hypertrophie est bien établie, il faut recourir au traitement chirurgical. Vous êtes tous au courant de l'usage que l'on fait des sels halogénés de magnésie, des décongestifs pelviens, soit sous forme de petits lavements à garder ou de suppositoires, et des produits hormonaux, qu'il s'agisse d'extraits testiculaires complets ou de l'hormone mâle elle-même sous forme de propionate ou d'acétate de testostérone. Cette hormone mâle peut faire plus de mal que de bien si elle n'est pas utilisée à bon escient. En effet, il faut être très prudent dans le maniement de ce médicament et ce n'est qu'après avoir fait un examen attentif et soigné de la prostate du malade qui se présente à la consultation qu'on doit le prescrire. Il faut donc se rendre compte par le toucher rectal qu'il s'agit bien d'une hypertrophie simple et non pas d'un cancer de la prostate, car dans ce dernier cas le testostérone va alimenter le processus néoplasique et augmenter la rapidité de son évolution; sachant qu'au moins 75% des cancers de la prostate sont d'origine hormonale, il ne faut pas, par conséquent, aller fournir à ce cancer ce dont il a besoin pour se développer plus rapidement.

Passons maintenant au traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. Actuellement, trois genres d'opérations sont pratiquées: la prostatectomie sus-pubienne en un ou deux temps, la prostatectomie périnéale et la résection transurétrale de la prostate, connue dans le public sous le nom de forage de la prostate. Ces trois procédés sont bons et ont chacun leurs indications, mais, personnellement, je crois que deux seules interventions doivent être pratiquées; ce sont la résection transurétrale et la prostatectomie sus-pubienne, la prostatectomie périnéale donnant trop souvent, hélas, naissance à des fistules urinaires vésico-urétro-périnéales qui sont très lentes à se tarir et qui dans plusieurs cas ne se tarissent jamais. Il est donc de beaucoup préférable de pratiquer la résection transurétrale ou la prostatectomie sus-pubienne. Personnellement, je résèque toutes les prostates grade I, II et III, c'est-à-dire du volume d'une petite prune à celui d'un orange, et je pratique la prostatectomie dans le cas des prostates IV, ou du volume d'un pamplemousse ou d'un petit melon. J'en arrive donc ainsi à pratiquer la résection dans à peu près 90% des cas et la prostatectomie dans les autres 10%.

Je n'insisterai pas sur la prostatectomie sus-pubienne, que tous connaissent parfaitement, mais je veux préciser ce qu'est, en réalité, ce qu'on appelle le forage ou la résection transurétrale de la prostate. D'abord, il ne s'agit ni d'un forage, ni d'une résection: les deux termes sont faux. En effet, ce n'est pas seulement un sillon que l'on creuse dans la prostate, ni une résection partielle de la prostate qu'on réalise à l'aide de l'appareil à résection, mais bien une prostatectomie complète et totale, exactement comme dans la prostatectomie sus-pubienne. Il ne faudrait donc plus parler de forage ou de la résection transurétrale de la prostate, mais bien de la « prostatectomie transurétrale », qui est un

terme beaucoup plus juste et surtout plus exact.

* * *

J'en arrive maintenant au traitement du cancer de la prostate. Depuis 1942, par les travaux de Huggins, de Chicago, nous savons qu'au moins 75% des cancers de la prostate sont d'origine hormonale et favorisés par une hypersécrétion du testostérone par les testicules. C'est donc à la suite de ces recherches que les urologues ont pu s'attaquer de front au problème du cancer de la prostate et obtenir des résultats qui, tout en n'étant pas assez éloignés encore pour permettre de conclure à la guérison, nous permettent d'espérer beaucoup. Il y a deux moyens de traiter le cancer de la prostate: soit médicalement, par l'administration de l'hormone féminine, le diéthylstilbestrol, à la dose de 5 mgrs deux ou trois fois par jour, pour neutraliser l'hormone mâle; soit chirurgicalement, par la castration bilatérale. Toutefois, comme le testostérone n'est pas sécrété uniquement par le testicule mais aussi par l'hypophyse et la surrénale, le traitement de choix c'est la castration suivie de l'administration de diéthylstilbestrol pour neutraliser le testostérone sécrété au niveau de l'hypophyse et de la surrénale. Bien entendu, si ces malades ne peuvent évacuer leur vessie, il faut avoir recours à la résection transurétrale pour empêcher la rétention.

* * *

Pour terminer, je vais vous dire quelques mots sur le traitement radical du cancer de la vessie. Il y a quelques années, le cancer de la vessie était la honte de la chirurgie urinaire, car nous ne pouvions faire mieux que de pratiquer une résection partielle de la vessie, là où était implantée la tumeur, ou encore détruire ces tumeurs par l'électro-coagulation, mais dans aucun cas nous ne pouvions être assurés d'une guérison et la récidive était de règle. Aujourd'hui, grâce à l'amélioration des techniques chirurgicales mises au point par l'école américaine et en particulier par Hinman, il nous est possible de pratiquer une dérivation des urines par la transplantation des uretères dans le sigmoïde et dans un deuxième temps enlever la vessie en totalité en pratiquant une cystectomie totale.

* * *

Je m'excuse de la brièveté de cet exposé, mais, comme mon temps est limité, je n'ai pu faire qu'une revue générale bien superficielle des nouveautés en urologie. J'espère tout de même que dans ces quelques minutes j'ai pu vous remettre en mémoire quelques notions que vous connaissiez sans aucun doute, et que vous pourrez mettre en pratique à bon escient.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE PARAPLÉGIE TRAUMATIQUE PAR HÉMATORACHIS

Par **Roma AMYOT,**
Chef du service de Neurologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Il s'agit d'un employé dans une usine de munitions qui fut l'objet d'un curieux accident le 14 septembre 1944.

Voici les faits. On signala la fin du travail et on se rua vers la sortie. Cette ruée dut être frénétique, car le malade fut littéralement aplati, par ses compagnons, sur les bords des deux vantaux de la porte de sortie qui s'ouvre vers la pièce où travaillent les ouvriers. Le sujet fut ainsi comprimé pendant peut-être deux minutes. Il se débattit du mieux qu'il put, se dégagea de l'emprise et il se rendit chez lui comme d'habitude.

Le lendemain, un vendredi, il ressentit des douleurs au thorax. Le samedi, les douleurs étaient répandues sur tout le tronc. Durant la journée du dimanche, il remarqua de la faiblesse aux membres inférieurs. Le lundi, il entra à l'hôpital, marchant difficilement. La faiblesse des membres inférieurs s'accrut, le blessé souffrit de douleurs au cou, au rachis et aux membres inférieurs. Il ne put uriner.

J'examinai le malade le 23 septembre, soit 9 jours après l'accident, à la demande des chirurgiens.

Voici ce que je trouvai:

Paraplégie complète. Abolition des réflexes crémastériens et abdominaux. Réflexes tendineux peu modifiés aux membres inférieurs. Le réflexe plantaire à droite était douteux; à gauche, il était en flexion. Raideur du cou — hypoesthésie cutanée de bas en haut remontant jusqu'à D^{11} — D^{12}.

La ponction lombaire permit de retirer un liquide xanthochromique et la compression des jugulaires montra *un blocage complet;* le liquide se coagula immédiatement et contenait plus d'un gramme d'albumine au litre.

Cinq jours plus tard, une seconde ponction lombaire révéla les mêmes signes.

Le 29 septembre, je procédai à une ponction sous-occipitale: le liquide était limpide et incolore, son albuminose était normale et il contenait 12 lymphocytes; j'injectai 1 c.c. de lipiodol lourd pour fin de myélographie au cas où il serait nécessaire de recourir à une laminectomie.

Le lipiodol descendit, le malade maintenu en position verticale, en s'accrochant et en se bifurquant, jusqu'à D^6; rien ne put le faire descendre plus bas.

Une radiographie de la colonne vertébrale, faite à l'entrée, n'avait fait voir aucune lésion rachidienne.

Le 2 octobre, le malade pouvait remuer un peu ses membres inférieurs, les douleurs étaient moins pénibles et le cou était moins raide.

Et surtout, une troisième ponction lombaire, effectuée à cette date du 2 octobre, me fournit un liquide céphalo-rachidien d'aspect absolument normal et *le blocage était complètement levé.*

Depuis, le malade s'améliora graduellement. Il marcha avec des béquilles. Maintenant, il est chez lui, il marche normalement; il contrôle sa miction parfaitement, après avoir présenté des troubles urinaires pendant au moins un mois. Les sensibilités sont normales partout. Les réflexes sont demeurés vifs aux membres inférieurs. Les réflexes plantaires, après une phase de quasi-indifférence au début, sont devenus franchement pathologiques par l'apparition du signe de Babinski.

En résumé:

1) Le sujet eut son accident le 14 septembre.

2) Le 17 septembre, il constata de la faiblesse aux membres inférieurs.
3) Une paraplégie complète s'installa avec blocage sous-arachnoïdien et syndrome de Froin du liquide.

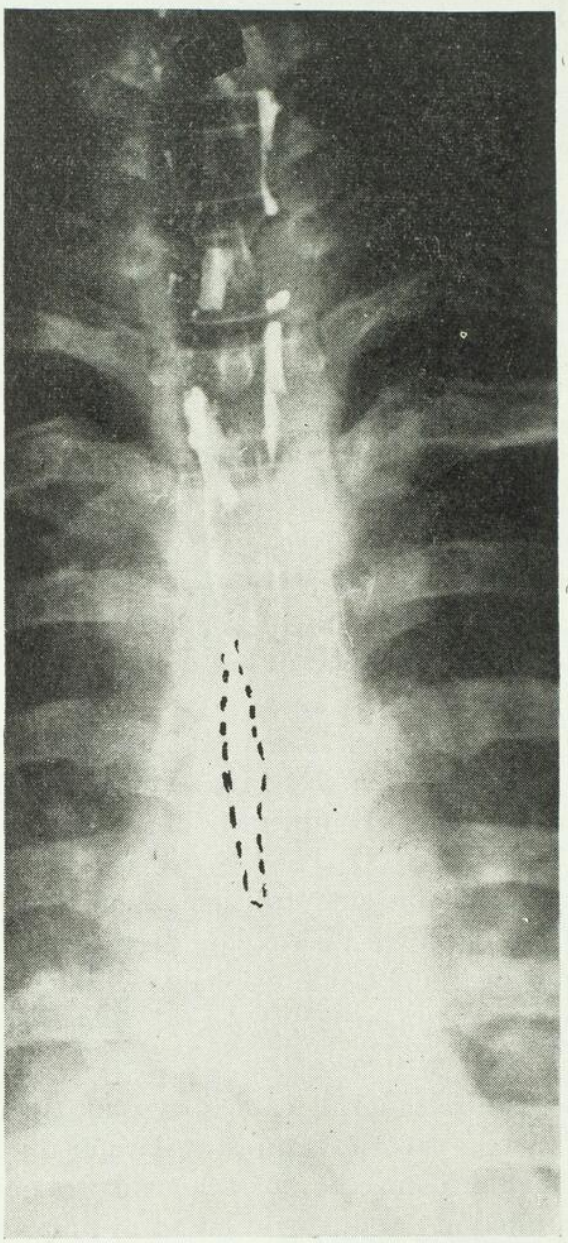


Fig. 1. — Nous avons circonscrit en pointillé les contours de la colonne lipiodolée qui, ayant progressé jusqu'à la 6e vertèbre dorsale, ne veut plus descendre.

4) Le blocage, trouvé le 23 septembre, disparut entre le 30 septembre et le 2 octobre.

Commentaires

J'eus affaire incontestablement à une paraplégie par compression médullaire. Cette paraplégie s'installa avec un blocage sous-arachnoïdien; elle s'améliora dès que le blocage disparut. Cette coïncidence permet de conclure que la cause du blocage exerçait une compression sur la moelle et, par là, provoquait la paraplégie.

Je crois aussi que l'agent de compression était un hématome intrarachidien situé, soit entre la dure-mère et l'arachnoïde, c'est-à-dire un hématome sous-dural, soit dans l'espace épidural, c'est-à-dire un hématome extradural ou un hématorachis. Cet hématome fut sans doute assez considérable, s'étendant probablement de D^6 ou D^7 jusqu'à D^9, comprimant la moelle. Pour ma part, je crois plutôt qu'il y avait hématorachis.

Le sang, en plus de comprimer la moelle, irritait les racines rachidiennes, provoquant ces douleurs intolérables qui firent souffrir le malade pendant plusieurs jours.

La résorption du sang permit la reprise progressive des fonctions sensitivo-motrices aux membres inférieurs par disparition de la compression.

Un problème assez troublant dans le cas présent se trouve dans le mécanisme de l'hémorragie intrarachidienne, sous-durale ou épidurale. Rappelons-nous qu'il n'y eut pas de lésion vertébrale. Rappelons-nous aussi que le tronc du malade fut aplati, écrasé, comprimé sur les bords de deux vantaux ouverts vers la pièce d'où venait le flot humain. Ce ne fut pas une effraction osseuse qui fit saigner. Je crois plutôt que la compression brusque et forte, s'exerçant sur le thorax et l'abdomen du sujet, détermina une chasse vigoureuse du sang veineux de ces deux cavités vers des territoires avoisinants, dont l'espace épidural. Il s'ensuivit instantanément une hypertension marquée dans les veines de ce territoire et une rupture d'un de ces vaisseaux et l'hématome. Cet hématome s'est constitué graduellement. Quand il fut suffisamment volumineux pour comprimer la moelle qu'il entoura en partie ou en totalité, la paraplégie s'opéra. Cette installation tar-

dive, après un intervalle libre entre l'accident et la paraplégie, est analogue à l'évolution des accidents neurologiques qui se montrent à la suite d'un traumatisme crânien qui a produit un hématome extra-dural, même un hématome sous-dural. L'intervalle libre est de quelques heures habituellement dans l'hématome extra-dural; il peut être de plusieurs jours dans l'hématome sous-dural intracrânien.

Le cas que je rapporte est assez simple dans le mécanisme des symptômes et dans l'évolution des événements. Il constitue cependant un fait très rare dans la pathologie neurologique.

L'hématorachis est mentionné dans les manuels de neurologie ou les traités; on en parle peu. Et quand on en décrit la symptomatologie, on mentionne des signes moteurs et sensitifs moins sévères que ceux de notre malade.

D'autre part, on n'y parle pas de l'hématome sous-dural spinal.

Les circonstances particulières de l'accident survenu, la lésion causée, son mécanisme, celui de la paraplégie déclenchée et l'évolution de ce syndrome, font l'intérêt de cette communication.

TRANSPLANTATION CORNÉENNE. OBSERVATION PERSONNELLE

Par **Jean AUDET-LAPOINTE**,
"Fellow" de la "American Academy of Ophtalmology and Oto-laryngology"
Hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Ce n'est pas l'occasion, et le temps ne me permet pas à cette réunion, de vous présenter une étude complète de cette question actuellement si intéressante et si importante. Cependant celle-ci demande toute votre attention et votre collaboration pour pouvoir la compléter et vous apporter dans un avenir prochain des résultats définitifs et des statistiques plus complètes.

Vous avez été à même de constater l'an dernier (avril 1944: réunion de l'Association Can.-française des Ophtalmologistes et Oto-Laryngologistes de la Province de Québec), à pareille date, des chances de succès que l'on pouvait obtenir en kératoplastie d'après de nombreuses expériences que j'avais pratiquées depuis plusieurs années. Je vous signalais la difficulté d'obtenir du matériel humain, patients et yeux de cadavres, et qu'il fallait démontrer l'efficacité d'une telle opération avant de pouvoir obtenir une collaboration suffisante. Mon ambition s'est réalisée et j'ai pu opérer avec succès trois patients dont l'un vous a déjà été présenté en décembre dernier lors d'une séance du Bureau Médical de l'hôpital Sainte-Justine avec présentation d'un film de Castroviejo et le même jour à une réunion de la « Montreal Ophthalmological Society » tenue au « Montreal General Hospital ». L'absence de photographie avant l'opération et l'échec du photographe après l'opération, pour des raisons d'ordre administratif, ne me permettent pas de vous faire voir cette patiente, qui d'ailleurs demeure dans une région très éloignée, à Gaspé-Nord, Québec. Cette patiente m'a fait parvenir de ses nouvelles qui sont satisfaisantes, et j'espère la voir en octobre et vous la présenter si l'occasion me le permet.

Voici un deuxième patient que vous pourrez examiner dans quelques instants et dont je vous présente aujourd'hui l'observation après six mois de traitement et deux opérations. Enfin, deux autres patients sont actuellement sous traitement et j'espère pouvoir vous les présenter prochainement.

Observation.

R. L., 14 ans, est admis dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Sainte-Justine (Salle St-Louis, no dos. 95,125) le 19 juin

pour une infection récente de l'oeil droit. Il sortit guéri le 4 août 1944 avec complications de leucome total de la cornée. Le patient et sa famille sont bien avertis que c'est une lésion définitive considérée comme incurable jusqu'à ces dernières années et malheureusement encore actuellement malgré les progrès réalisés dans ce domaine. L'opération de greffe oculaire, qui se pratique avec succès depuis six ans aux Etats-Unis et que j'étudie particulièrement et expérimentalement depuis cette période, lui est proposée et elle est acceptée.

Antécédents personnels.

Mère: 44 ans; bonne santé; 8 grossesses.

Père: 42 ans; bonne santé.

Enfants: 7; bonne santé.

Antécédents héréditaires.

Naissance normale. Bonne santé depuis la naissance. Rougeole et scarlatine. Vacciné pour variole et diphtérie.

L'affection actuelle a débuté par rougeur et oedème avec gonflement considérable des paupières, il y a cinq jours. Les renseignements quant à l'origine de cette infection sont incomplets et ne sont pas absolument nécessaires pour le cas actuel.

Examen ophtalmologique.

On note tous les signes d'une conjonctivite aiguë: injection conjonctivale intense, sécrétions abondantes et purulentes, oedème palpébral, larmoiement, photophobie et douleur. L'infiltration cornéenne et la perte de la vision démontrent bien la participation du segment antérieur (uvéite) et précise le diagnostic d'ophtalmie purulente.

Examen clinique général.

Système cardio-vasculaire: normal.

Système respiratoire: rien à noter.

Système digestif: normal.

Systèmes nerveux; appareils neuro-musculaire, osseux et articulaire: rien de particulier.

Examens de laboratoire.

Analyse d'urine: absence d'albumine, glycosurie.

Formule sanguine: glob. rouges 4,500,000, glob. blancs 15,000, hémoglobine 77%, polynucléaires 73%, lymphocytes 20%.

Bordet-Wassermann: nég. le 27 juin 1944.

Prélèvement des sécrétions oculaires.

Le 28 juin: diplocoques Gram-négatif intracellulaires.

Le 3 juillet: pus; diplocoques Gram-négatif intracellulaires.

Le 19 juillet: pus à polynucléaires; diplocoques Gram-négatif intra et extracellulaires nombreux; gonocoques.

Le 26 juillet: examen direct négatif; culture négative.

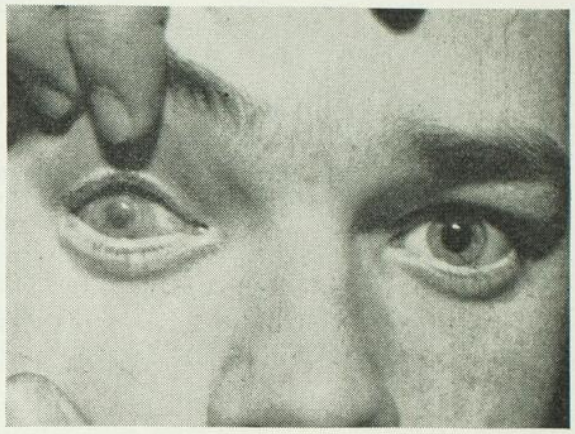


FIG. 1. — Malade No 2. — Opéré pour transplantation cornéenne. Œil droit. V. 1/60.

Diagnostic.

Conjonctivite purulente gonococcique et ophtalmie purulente secondaire compliquée de kératite ulcéreuse à hypopion et leucome total.

Traitement.

Grand lavage oculaire à l'oxicyanure de Hg. 1/10,000. Poudre de Dagenan en vaporisation. Atropine à 1/200 et pilocarpine selon indication. Pansement froid. Vaccin antityphique. Lait stérilisé intramusculaire.

Ce patient, dont le dossier médical précède le traitement chirurgical qui fait le sujet de cette communication, nous est donc dirigé trois mois plus tard, soit le 23 octobre 1944, pour un leucome de la cornée de l'œil droit en vue de subir une transplantation cornéenne, opération acceptée à ses propres risques

et dégageant toute responsabilité de notre part et de l'hôpital.

Traitement opératoire

Première phase.

Une première opération, soit une kératectomie, est pratiquée le 26 octobre 1944, au cours de laquelle une petite perforation cornéenne nous oblige à faire une iridectomie et un recouvrement conjonctival.

Anesthésie générale (« Forregger » intratrachéal) commencée à 10.20 heures et terminée à 11.30 heures, soit une heure et dix minutes. Le patient quitte l'hôpital le 30 nov. 1944 en voie de guérison et est prié de se rapporter à la clinique pour pansements et visites subséquentes. L'évolution est satisfaisante, le patient guérit complètement et rapidement à la suite de cette intervention avec une amélioration appréciable de sa lésion oculaire.

FIG. 2. — Malade No 3. — Opéré pour transplantation cornéenne. Œil droit. V. 1/20

Nous revoyons le malade en décembre 1944. L'œil est guéri. Le leucome a diminué considérablement. La cornée s'est éclaircie dans toute sa périphérie. On peut distinguer une cataracte secondaire. Aucune vision.

Deuxième phase.

Le 15 janv. 1945, une deuxième kératectomie avec « Skin Graft » est pratiquée. Opération commencée à 9.45 a.m. sous anesthésie générale au cyclo-propane et terminée à 11 heures, soit une heure et 15 min. Le patient est prié de revenir pour une kératoplastie définitive. Evolution normale et nouvelle amélioration.

Troisième phase.

Le 20 avril 1945, ayant pu obtenir un oeil humain vers 5 heures p.m., le malade est prévenu et admis d'urgence dans la soirée et subit une troisième opération, soit une transplantation cornéenne vers 11 heures 40 sous anesthésie générale au cyclo-propane. Durée: 1 heure. Les suites opératoires sont normales. Les points sont enlevés vers le huitième jour. Guérison en 15 jours avec une cornée transparente. Vision 1/60. (Fig. 1)

Commentaires

La transplantation cornéenne est possible.

L'opération se pratique avec succès depuis six ans aux Etats-Unis, particulièrement par Castroviejo, de l'Institut Ophtalmique de New-York, dont nous suivons la technique.

Dans les cas bien indiqués, et favorables par conséquent, on peut obtenir 75% de succès et dans les cas moins favorables, 20%.

Nous avons étudié la question au point de vue expérimental depuis 1939 et nous croyons devoir continuer maintenant au point de vue clinique si nous pouvons obtenir la collaboration suffisante.

Nous croyons avoir fait oeuvre utile à l'hôpital Sainte-Justine, d'avoir envisagé cette question scientifique du plus haut intérêt, tant au point de vue médical que social, et de pouvoir la recommander comme réalisable à tous ceux qui sont intéressés.

Il a fallu plusieurs années pour convaincre les médecins américains au sujet de la greffe oculaire et, depuis, des centaines d'opérations ont été pratiquées avec succès; nous devrions bénéficier de leur expérience et nous laisser convaincre plus tôt et plus facilement pour ne pas perdre un temps précieux et faire profiter des milliers de malades, qui pourraient recouvrer la vue, de l'occasion exceptionnelle d'une opération qui se pratique de façon courante actuellement à l'étranger.

Il existe une association de protection ou de prévention de la cécité, de même des sociétés de réhabilitation ou d'entretien des aveugles; il devrait également, et nous l'espérons, exister une commission d'enquête

pour rechercher tout cas de cécité qui pourrait être susceptible d'amélioration et particulièrement pourrait bénéficier de cette nouvelle thérapeutique ou kératoplastie; car un grand nombre de cas ont été déclarés incurables avant les progrès réalisés depuis ces dernières années et malheureusement encore malgré l'évidence. Une étude complète de la question est en préparation; nous voulons seulement aujourd'hui présenter officiellement nos premières observations, même si elles ne sont pas très nombreuses, sur demande de quelques confrères sympathiques, et convaincu du succès possible de cette tâche que nous avons entreprise et que nous espérons mener à bonne fin avec la collaboration de tous.

L'insuffisance des patients est difficilement compréhensible alors que dans tous les domaines de la médecine sociale et préventive on éclaire le public et on lui donne tous les moyens pour préserver et conserver sa santé; il semble toutefois que, dans le domaine de la cécité, il y aurait plus d'indifférence ou moins d'enthousiasme malgré les immenses progrès réalisés et que nous aurions pu réaliser ici plus tôt dans l'intérêt de tous. Quant à l'approvisionnement du matériel humain, il existe aux Etats-Unis une organisation de dix-neuf hôpitaux de la Métropole et des environs qui ont décidé de collaborer pour un « entrepôt de tissu oculaire » qui a été établi au « New York Hospital ». Un communiqué conjoint a été publié; il est signé par M. Stanley Roser, président du « Manhattan Eye and Ear Hospital » et par M. Langdon P. Maryin, du « New-York Hospital ».

Il semble impossible de se désintéresser de cette question plus longtemps chez nous, et c'est pour la recommander, l'encourager, l'étudier davantage et la réaliser que nous présentons cette communication.

Ces patients ont été opérés et présentés dans l'année actuelle; nous ne pouvons garantir les résultats d'une façon définitive et permanente quant au pronostic, mais c'est surtout au point de vue technique opératoire que nous les présentons et nous croyons fermement qu'en opérant sur une grande quantité de malades, nous pourrons obtenir des résultats appréciables et satisfaisants.

En résumé, sur cinq cas opérés depuis l'année dernière, deux n'ont pas réussi. Sur les trois autres, l'un, présenté à la « Montreal Ophthalmological Society », est satisfaisant; l'autre est médiocre avec une cornée semi-transparente; quant au troisième, malgré une cornée parfaitement transparente et par conséquent réussie au point de vue kératoplastique, il existe des exsudats et du sang dans la chambre antérieure qui compromettent toute vision. (Fig. 2)

Il y a bien des facteurs à considérer avant d'entreprendre une transplantation cornéenne et, même si l'opération réussit au point de vue esthétique, elle ne l'est pas toujours au point de vue optique ou physiologique.

Cinq patients composent donc toute notre expérience par conséquent assez restreinte, bien que nous ayions attiré l'attention déjà à plusieurs reprises au cours d'assemblées médicales et auprès de personnes autorisées et que nous espérions voir s'agrandir le champ de nos observations. C'est un début, nous espérons être compris, nous ne désespérons pas.

LE CHORDOME SACRO-COCCYGIEN

Par **J.-René ROUX,**
Hôtel-Dieu de Montréal.

Il existe en médecine des entités cliniques si rares que le nombre de ceux qui ont l'occasion de les observer est assez restreint.

Le chordome sacro-coccygien appartient à cette catégorie. En effet, depuis la description des cellules physaliphores faite par Virchow en 1857 et l'énoncé de l'hypothèse de Müller, l'année suivante, soutenant que les vestiges de la notochorde peuvent dégénérer en tumeur bien caractéristique, tumeur plus tard dénommée chordome par Ribbert, quelque 160 cas seulement ont été rapportés dans la littérature médicale du monde entier.

La rareté de cette affection m'incite à présenter un cas que j'ai observé et traité. Sans prétendre apporter de notions nouvelles sur cette maladie, je désire simplement attirer l'attention sur cette tumeur maligne qui, le plus souvent, n'est reconnue que grâce à la biopsie ou à l'examen anatomo-pathologique de la pièce elle-même.

Observation.

M. R., camionneur, âgé de 66 ans, est admis à l'hôpital le 4 décembre 1944. Il accuse de très vives douleurs causées par une tuméfaction de la fesse droite. Ces troubles seraient secondaires à une chute que le patient a faite la semaine précédant son admission. Passagères et minimes au début, ces douleurs sont devenues incessantes et intolérables au point que le patient réclame sans cesse des calmants.

Histoire de la maladie. Il y a cinq ou six ans, le malade a remarqué une petite masse dure à la région coccygienne, de la grosseur d'une bille à jouer mais ne lui causant aucun malaise. Il en rattache l'apparition à une première chute alors qu'il était dompteur de chevaux; cette chute est survenue peu de temps avant qu'il remarquât cette excroissance. A mesure que le volume de celle-ci augmentait ainsi que la sensibilité, il n'était plus permis au malade de s'asseoir comme tout le monde, il ne devait s'appuyer que sur une cuisse de façon à n'exercer aucune pression sur la tumeur. La position couchée sur le dos devenait de même très incommodante et le patient se voyait obligé de se coucher sur le ventre ou sur les côtés.

Dans les derniers six mois est apparue une seconde tuméfaction sise à deux ou trois pouces en dehors de la première; celle-ci augmente progressivement mais à une allure accélérée de sorte que son volume a déjà doublé celui de la tumeur primitive.

Les troubles subjectifs accusés par le patient ne sont survenus qu'avec l'accroissement de la néoformation secondaire et se manifestent sous forme de constipation, de difficulté à la défécation, de troubles vésicaux traduits par la pollakiurie et un amaigrissement de douze livres durant la dernière année.

L'examen général ne révèle rien sauf une artério-sclérose généralisée et une tension artérielle de 180/120.

Localement, nous voyons et palpons une tuméfaction à la fesse droite, présentant une zone de fluctuation à son centre. La peau à ce niveau est lisse, chaude, d'un rouge vif. La moindre manipulation réveille des douleurs intolérables et arrache des plaintes au patient.

Sur le coccyx nous notons une seconde tumeur lisse, dure, très fixe, qui semble indépendante de la première. Le toucher rectal, quoique douloureux, permet de constater que l'espace présacré est occupé par le développement de la tumeur centrale, ce qui comprime le rectum et le repousse en avant. La limite supérieure remonte presque au tiers supérieur du sacrum et les limites latérales se confondent avec les parois du petit bassin.

Les examens de laboratoire n'offrent rien d'extraordinaire: l'analyse des urines est normale ainsi que la cytologie sanguine, la gly-

cémie à 1 gm. 34, l'urée sanguine à 0 gm. 318, la phosphatémie à 3 gms 90 et la phosphatase de 1.40 unité.

« La radiographie montre une décalcification diffuse de tous les os de la région pelvienne. Le sacrum se montre tout particulièrement déminéralisé à son extrémité mais sans altération appréciable de sa conformation ». (Dr Albert Jutras.)

Le lendemain de l'admission du patient, nous vidons un vaste hématome de la fesse droite et faisons une biopsie de la tumeur médiane. L'anatomo-pathologiste fait le diagnostic de chordome typique. (Dr J.-L. Riopelle.)

Le 21 décembre 1944, après une longue hésitation, mais suivant l'avis des auteurs, le patient est opéré. Une longue incision curviligne découvre les deux masses simultanément, mais à la fesse droite la peau est adhérente et il faut en enlever un lambeau. Nous apercevons une néoformation bleuâtre, bien encapsulée, mais présentant des prolongements à la fesse gauche et surtout à la fesse droite. Le coccyx et les dernières vertèbres sacrées sont inclus dans la néoformation et semblent remplacés par celle-ci. L'encapsulation de la masse nous permet de la décoller de la paroi postérieure du rectum, après quoi nous réséquons le coccyx et les deux dernières vertèbres sacrées; en plus, nous devons sacrifier une grande partie des muscles grands fessiers afin d'arriver à dégager les ramifications de cette tumeur.

Anatomie pathologique. « Pièce pesant 680 grammes et mesurant 15 x 12 x 6 centimètres. En surface, petit lambeau de peau centré par une dépression linéaire d'environ un centimètre de longueur. Le lambeau, de forme losangique, a environ 5 cms de longueur.

Le spécimen est constitué par une tumeur lobée, de consistance assez molle, présentant, en surface de section, un aspect poisseux et semi-transparent avec de multiples foyers hémorragiques.

A la tumeur adhèrent de gros lambeaux de muscle strié.

Dans sa masse on trouve des débris osseux dont certains semblent assez gros.

Au microscope, le spécimen chirurgical, comme le prélèvement biopsique, est absolument typique d'un chordome. » (Dr J.-L. Riopelle, pathologiste.)

Commentaires

Le chordome est un néoplasme originant des restes de la notochorde ou corde dorsale primitive. Cette formation embryonnaire, située en avant du canal neural, est formée d'une colonne de cellules autour desquelles se développe le mésoblaste de la colonne vertébrale. Elle persiste, dans le nucléus pulposus, sous forme de vestiges qui peuvent acquérir la propriété cancéreuse et proliférer en constituant une tumeur.

Ces néoformations malignes se rencontrent partout où on trouve des vestiges de cette notochorde, c'est-à-dire de la base du crâne jusqu'au coccyx inclusivement. Nous pourrons donc rencontrer, d'après leur localisation, des chordomes crâniens, vertébraux et sacro-coccygiens.

Les auteurs citent le traumatisme comme le facteur étiologique le plus important et semblent le rechercher dans tous les cas. Notre sujet avait aussi été victime d'un traumatisme de la région sacro-coccygienne peu de temps avant l'apparition de son nodule primitif, mais, à mon sens, il ne faut pas attacher une trop grande importance à ce facteur dont sont victimes un trop grand nombre d'individus. La fréquence des traumatismes de cette région nous incite à reporter ce facteur étiologique au second plan et à ne lui reconnaître qu'un rôle déclenchant. Toutefois, les travaux de Schmorl ont démontré que le traumatisme de la colonne vertébrale peut provoquer une hernie du vestige notochordal du disque dans le tissu spongieux du corps vertébral.

Cependant il serait préférable d'attacher une importance plus grande aux inclusions

résiduelles hétérotopiques de la notochorde que l'on trouve au coccyx et à la base du crâne, comme l'ont démontré Harvey et Dawson. Ces résidus peuvent, par développement, former des chordomes. Ribbert a réussi, par ponction des disques intervertébraux d'un lapin, à obtenir ces vestiges de la notochorde et, secondairement, le tissu ainsi hernié a reproduit des chordomes grâce à la conservation de son pouvoir reproductif embryonnaire.

Ces chordomes se rencontrent trois fois plus souvent chez l'homme que chez la femme et surviennent surtout entre la quatrième et la sixième décade.

Ils sont composés d'une substance mucoïde intercellulaire, plus ou moins homogène, avec des amas ou des masses de cellules vacuolées, séparées les unes des autres par un espace assez considérable.

Les caractéristiques anatomo-pathologiques énoncées par Fletcher sont les suivantes: 1° la formation de mucus intracellulaire; 2° la présence de cellules physaliphores, c'est-à-dire de cellules larges, vacuolées, contenant du mucus; 3° la disposition lobulaire des cellules de la tumeur qui poussent habituellement sous forme de cordon; 4° l'apparence occcasionnelle de vacuolisation du noyau; 5° la grande ressemblance au tissu de la notochorde comme on le rencontre dans le nucléus pulposus des disques intervertébraux.

Le chordome a tendance à rester encapsulé, récidive localement et métastase très tardivement. Malgré la lenteur de son évolution, la tumeur envahit les os et cause leur destruction par envahissement de proche en proche. La radiographie de la région s'impose donc lorsqu'on suspecte une telle lésion.

Quels troubles accuseront les victimes d'une telle tumeur?

Tout d'abord, et comme seul symptôme principal, une tumeur de la région sacro-coccygienne s'accroissant très lentement et ne causant pas de tracas pendant un assez long laps de temps.

Les symptômes secondaires, dus à la compression des organes voisins par la tumeur qui se développe, se traduisent par de la douleur à la station assise ou couchée sur le dos, cette douleur pouvant irradier le long du sciatique ou vers la région ano-rectale, se traduisant encore par des troubles de la défécation occasionnés par la compression du rectum et se manifestant tantôt simplement par de la constipation, tantôt par des douleurs à la défécation, se traduisant enfin par des troubles vésicaux: dysurie et pollakiurie.

Il ne faudra pas confondre le chordome avec les autres lésions qui peuvent intéresser la région sacro-coccygienne comme l'ostéome, le sarcome, l'épithélioma du rectum avec envahissement du sacrum, la métastase d'un cancer des organes génitaux et enfin le kyste congénital sacro-coccygien.

Traitement

L'expérience des différents auteurs a établi que la radiothérapie ou la radiumthérapie amènent un ramollissement, une diminution du volume de la tumeur et même une régression des douleurs, mais elles ne détruisent pas celle-ci; en plus, ces tumeurs sont peu sensibles aux radiations.

Par ailleurs, la chirurgie ne guérit pas la tumeur, mais la littérature médicale rapporte une évolution très lente et des récidives très tardives, 5, 7, et même jusqu'à 14 ans après l'intervention. D'après Bacon, Bruce et Mekie, l'extirpation doit être tentée; même si l'extirpation de la tumeur est incomplète, elle amène une amélioration des symptômes et permet de prolonger la vie du sujet.

Les échecs peuvent être dus à une opération trop peu radicale. Sénèque insiste sur le fait que « la seule intervention logique comporte l'ablation en masse de la tumeur, avec, le cas échéant, une partie de la peau sus-jacente ainsi que la résection du sacrum au-dessous de la troisième vertèbre sacrée, donc ablation

des deux dernières vertèbres sacrées et du coccyx en même temps que les insertions correspondantes du muscle grand fessier. »

Cependant, si la localisation ou l'extension de la néoformation rend son ablation hasardeuse ou impossible, nous devons recourir à la radiothérapie ou à la radiumthérapie de façon à soulager du moins le patient si nous ne pouvons compter sur sa guérison.

BIBLIOGRAPHIE

A. ADASSO: « Le chordome sacro-coccygien. » *Archivio Italiano di Chir.*, **37**: fasc. 4, 505-532.

ALBERT: « Chordome malin. » *Surg. Gyn. and Obst.*, **21**: 766, 1915.

ARGAUD et LESTRADE: « La précocité de certain chordome sacro-coccygien. » *Bull. Académie de Méd. Paris*, **95**: 375, 1926.

J. BRUCE et E. MEKIE: « Chordome. » *Surg. Gyn. and Obst.*, **65**: 40-48, 1937.

CAPELL: « Chordoma of vertebral column. » *J. Path. and Bact.*, **31**: 797, 1928.

B. L. COLEY: « Chordome sacré. » *Annals of surgery*, **105**: 463-466, 1937.

CURTIS et LEFORT: « Tumeur de la région sacro-coccygienne. » *Revue de Chir.*, **44**: 1, 1911.

DANDY: *Arch. of Surg.*, **29**: 660, 1929.

E. M. DOLAND: *Boston Med. and Surg. J.*, **180**: 571, 1919.

E. F. HIRSCH et INGALS: *J. A. M. A.* **80**: 1369, (12 mai) 1923.

E. M. FLETCHER, H. W. VOLTMANN, A. W. ADSON: *Arch. Neur. and Psych.*, **33**: 283, 1935.

W. F. HARVEY, E. K. DAWSON: *Edinburgh M. J.*, **48**: 713-730, 1941.

HUTTON et YOUNG: *Surg. Gyn. and Obst.*, **48**: 333, 1929.

OSMANN et LEV: *Am. J. Surg.*, **60**: 118, 1943.

H. RIBBERT: *Ztsch, f., rat., Med.*, **5**: 457, 1894.

V. RICHARDS, King DON: *Surgery*, **8**: 409-423, 1940.

STEWART: *J. Path. and Bact.*, **25**: 40, 1922.

YOUNG: *Surg. Gyn. and Obst.*, **49**: 333, 1929.

MOUVEMENT MÉDICAL

ANESTHÉSIE PAR RÉFRIGÉRATION

Urgel GARIÉPY,
Chef du service de Chirurgie,

Marcel LAMOUREUX,
Résident en Chirurgie,

René GRIGNON,
Résident en Chirurgie,

Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Lorsqu'ils étaient acculés à une amputation, les diabétiques, jusqu'à ces dernières années, payaient un lourd tribut à la mort. La déficience de leur foie s'agrémentait mal de l'anesthésie, quelle qu'elle fût! Leur système tombait dans un déséquilibre complet par suite de l'infection concomitante qui annulait l'efficacité de l'insulinothérapie. C'étaient, en général, des patients obèses dont le mal avait été peu ou pas jugulé. Leur résistance amoindrie ou presque nulle les rendait parfois particulièrement réceptibles au choc opératoire ou postopératoire. Antérieurement, l'indifférence de leur état leur faisait délaisser ou oublier les prescriptions de leur médecin. Ou encore, comme aucun accident, jusque là, n'était venu extérioriser leur maladie, ils se confinaient béatement dans une sécurité trompeuse. Quelques-uns ignoraient totalement être porteurs d'un trouble de la nutrition dont le premier signal était l'apparition d'une gangrène partielle ou complète d'une extrémité. Les uns arrivaient à l'hôpital dans une condition infectieuse inquiétante. Heureux ceux qui pouvaient attendre les résultats d'une médication bienfaisante et dont l'intoxication n'était pas trop avancée pour contrecarrer l'application de la thérapeutique appropriée.

D'autres fois, les événements se précipitaient. L'infection bloquait l'action de l'insuline. On proposait une opération rapide, on bourrait ces malades du médicament anti-diabétique, et, malgré tout, les opérés mouraient. C'est qu'à l'infection venait se surajouter les effets de l'anesthésie qui sabotait un foie en hypofonction. Nos regrets montaient en proportion du nombre des décès. L'on faisait face à des cas qu'il fallait amputer, en leur déclarant que c'était l'unique chance de salut, sans pouvoir leur faire aucune promesse, sans être capable de les rassurer. On faisait foi à la fatalité. Il fallait rester impassible devant les résultats négatifs. L'on se sentait désarmé. Il nous restait plus qu'un doute que nous ne remplissions pas notre mission, celle du moins de soulager les malades, sinon de les guérir.

On a essayé de toutes les anesthésies. Aucune ne répondait aux desiderata qu'on avait en l'esprit.

En 1938-1939, Frederick M. Allen commença ses expériences de la réfrigération sur les troubles vaso-moteurs, lesquelles furent tellement concluantes qu'elles furent transposées à une application plus pratique encore. Il en vint à proposer la réfrigération comme agent analgésique dans les amputations. Des collaborateurs-chirurgiens mirent ses données à exécution, avec les magnifiques réussites que l'on a constatées. Les suites heureuses s'accentuèrent quand, avec l'appui du garrot, on précisa la technique qui était la clé du succès. Depuis l'anesthésie par réfrigération, les statistiques ont changé d'aspect. Le patient, avec une préparation bien définie, subit son intervention sans choc. Il peut s'alimenter immédiatement après sa sortie de la salle d'opération. Il ne fait aucun vomissement et ne ressent aucune défaillance cardiaque. Il est dans un état d'euphorie encourageant. Les suites opératoires sont sans heurts et sans soubresauts. La cicatrisation de la plaie est retardée légèrement, mais c'est une question de quelques jours seulement. Je vais même proposer quelque modification. Je crois qu'il serait avantageux de ne pas fer-

mer immédiatement la plaie opératoire. Ne serait-il pas opportun, dans certains cas, i. e., dans les cas de gangrène prononcée, après ablation en tissu sain, de poser des catguts d'attente sur les tranches de section musculaire et aponévrotique, des crins d'attente sur la peau et quand, après quelques jours, la crainte du sphacèle secondaire du moignon serait éliminée, de resserrer et attacher tous ces fils. La douleur qu'entraîne ce procédé serait supprimée par une prise de 3 grains de nembuthal et une injection de morphine de ¼ à ½ grain, donnés à une heure d'intervalle avant de pratiquer cette manoeuvre. Cette méthode est d'autant plus justifiée, il me semble, que dans les jours postopératoires, sous la pression des fils qui enserrent les tissus mous en état d'équilibre instable circulatoire, l'ischémie, qui existait auparavant, est encore augmentée par la striction des sutures et surjets, amorce et accélère la dévitalisation des parties molles, ce que l'on éviterait en reculant de plusieurs jours l'occlusion de la plaie.

Nous avons adopté ce mode d'anesthésie il y a déjà plus de deux ans. Devant les conséquences parfaites que nous obtenons, nous avons l'intention de continuer, car aucun procédé ne peut lui être comparable. Il est extrêmement utile aussi dans les accidents où, après avoir posé le garrot au-dessus des lésions, nous pouvons choisir l'heure de l'intervention, intervalle qui nous permet de remonter les forces du blessé, de faire des transfusions sanguines nécessaires, de sortir le malade de son état de choc, de pratiquer les examens d'urgence. Nous ne sommes plus commandés ou pressés par la condition du patient.

Dans les infections, le patient gagnera à être régrigéré pendant plusieurs jours et même durant quelques semaines, ce qui aura pour effet d'abaisser le métabolisme des tissus, de les priver de l'oxygène comburant et de prévenir la résorption des toxines et des protéines intoxicantes. Ainsi, une malade, préalablement amputée d'un membre inférieur, arrive à l'hôpital dans un état alarmant, avec une azotémie élevée et des phénomènes de toxémie profonde. L'amputation est refusée par la famille; aussi, cette patiente, après hibernation de son membre affecté durant trois semaines, sort de son coma urémique et présente une amélioration telle que l'amputation peut être faite sans inconvénients ultérieurs. La réfrigération a certainement sauvé sa vie.

Dans l'exposé qui va suivre, nous présenterons les appréciations expérimentales de la réfrigération, la physiologie du procédé, ainsi que la technique pour provoquer une anesthésie qui préviendra entièrement la résorption des toxines et des protéines dénaturées, supprimera la douleur opératoire et le choc postopératoire.

Tout le monde sait que le froid exerce une action anesthésique sur les tissus, pour s'être gelé les oreilles, le nez ou les extrémités; de même, certaines de ses actions thérapeutiques sont reconnues depuis longtemps, à preuve l'usage du sac de glace dans les cas d'appendicite, bien que cet usage ne soit pas sans danger, parce que, *n'ayant pas d'action en profondeur,* il peut masquer les symptômes.

On sait, de plus, que des organismes vivants peuvent survivre à des températures excessivement basses, ou qu'on a conservé des bactéries vivantes à 450° F. dans l'hélium liquide, dans la levure, à 300°. On a même retrouvé des bactéries vivantes dans des fossiles gelés. Certains poissons vivent dans la glace et, chez les animaux vivants, nous avons les animaux hibernants. Bien que chez l'animal à sang chaud, le froid puisse amener la mort par vaso-constriction, frissons, choc et autres réactions, Fay a démontré que l'homme peut endurer pendant assez longtemps des températures rectales aussi basses que 74° F. sans grand danger. Chez le chien, la mort survient vers 22° C.; le rat vers 13-14° C.

La réfrigération, telle qu'employée en chirurgie, consiste à abaisser la température des tissus près du point de congélation, sans cepen-

dant l'atteindre. Selon Allen, l'anesthésie à la réfrigération repose sur un principe nouveau: tandis que l'anesthésie générale, intrarachidienne, intraveineuse ou par inhalation, bloque le réflexe douloureux au niveau des centres cérébraux, que l'anesthésie locale le fait au niveau des centres périphériques, la réfrigération abolit la sensibilité au niveau de la cellule elle-même en inhibant son métabolisme; elle agirait sur le protoplasme cellulaire et il l'a appelée, pour cette raison, anesthésie protoplasmique. Cependant, il est bon de se rappeler que le nerf ne conduit pas l'influx nerveux à des températures plus basses que 25° C. Fay, dans ses expériences de l'action du froid sur le cancer, a prouvé que l'abaissement de la température entraîne une diminution du métabolisme conduisant à un état d'hibernation semblable à celui de certains animaux. Il a réussi à abaisser le métabolisme à des niveaux paraissant incroyables jusqu'ici. S'il n'a pu établir l'efficacité de la réfrigération dans le traitement du cancer, il a, du moins, démontré la possibilité de son application dans le traitement d'autres affections.

Depuis les travaux d'Allen, de multiples articles contradictoires ont paru dans la littérature médicale. Les chercheurs ont multiplié les expériences en vue de contrôler l'effet de la réfrigération sur les tissus. Les expériences ont surtout porté sur l'action du froid, sur la survie des tissus ischémiés, le contrôle de l'infection, le contrôle du « shock », la guérison des plaies et les applications cliniques.

Comme l'usage de la réfrigération se fait fréquemment avec le garrot, il est bon d'en connaître les effets.

Wilson et Room, en 1936, étudièrent les effets de l'asphyxie sur les tissus et l'état général de l'animal. L'application d'un tourniquet sur la racine d'un membre postérieur du chien pendant plus de six heures entraîne la mort par choc et toxémie; pendant moins de trois heures, il ne cause cependant pas la mort. Localement, le tissu nerveux est le plus sensible et l'on note des paralysies et contractures dues à la pression locale du garrot et à l'asphyxie. La mort de l'animal est expliquée par le choc et l'absorption de produits toxiques. Le poids du membre augmente de 3.5% du poids du corps par diffusion du plasma et Blalock a démontré que la perte de 2.4% du poids du corps en plasma, sur une période de 28.5 heures, suffit à entraîner la mort. L'administration de plasma prolonge la survie de l'animal, mais ne prévient pas la mort, de même l'amputation tardive; l'animal ne survit qu'avec le plasma et l'amputation hâtive.

Allen, en 1938-39, a étudié les effets du tourniquet et de la température. Il conclut que les tissus les plus sensibles sont les tissus nerveux; la peau peut endurer 8 heures sans nécrose. La paralysie est due à l'asphyxie et à la pression locale. Cependant, les tissus résistent à l'asphyxie plus longtemps qu'on ne pense; les pattes de rats pendant 13 heures, de chiens pendant 15 heures; il existe aussi des cas isolés dans la littérature, montrant des membres humains ayant résisté à l'asphyxie complète pendant longtemps. La complication la plus importante, après l'asphyxie, est le choc.

Le choc léger peut être contrôlé par les liquides, *le choc grave*, non. L'augmentation de la température augmente la gangrène, le choc. L'abaissement les diminue. Les membres des animaux supportent le tourniquet pendant 24 à 30 heures sans choc et sans gangrène; ils ne souffrent que de paralysie passagère, disparaissant après quelques jours.

Travaillant aussi sur des anses intestinales rendues ischémiques par la ligature du mésentère, il a montré qu'à la température ordinaire, la gangrène survient après 3 à 3½ heures, tandis qu'elle ne survient pas même après 16 heures si on refroidit l'anse entre 0° et 1° C.

Brooks et Duncan imaginèrent un appareil permettant d'appliquer des pressions varia-

bles sur la queue des rats et d'amener ainsi un état d'asphyxie complète sans garrot. Ils étudièrent ainsi les effets de l'asphyxie en relation avec la température.

A température ordinaire, des queues de rat soumises à une pression de 130 mm. de mercure se gangrènent infailliblement après 18 heures; à 40° F. elles se gangrènent après 4 heures; à 1° C, la gangrène ne survient pas même après 96 heures. L'examen histologique a montré la fibrose des muscles et du tissu nerveux dans les membres qui ont survécu.

Dans une autre série d'expériences, ils soumirent des queues de rats à la pression de 130 mm. Hg. à 30 F pendant 16 heures; ensuite après avoir enlevé la pression pour un certain groupe, ils ramenèrent la T° à 40° C. La gangrène apparut après 2 heures. Pour l'autre groupe, ils abaissèrent la T° à 1° F. La queue reste normale après 24 heures, mais la gangrène survient 24 heures après que la température est ramenée à la normale. Ils émettent l'idée que la gangrène est un phénomène survenant après la mort des tissus et qu'elle est influencée par le froid; mais, ils émettent des doutes de l'action du froid sur la nécrose tissulaire précédant la gangrène.

A la suite de ces expériences, Freeman a émis l'idée que la gangrène résulte de la différence entre les besoins d'oxygène des tissus et le volume de la circulation. La réfrigération, en abaissant considérablement les besoins d'oxygène de la cellule, lui permet de vivre pendant des périodes prolongées à l'état d'asphyxie complète.

L'injection de doses mortelles de strychnine dans le membre postérieur du lapin n'entraîne pas la mort si on applique un garrot et refroidit le membre. Par relâchement et réapplication successifs du garrot, l'animal réussit à absorber et éliminer la dose sans périr.

Après ces expériences, Allen a suggéré la réfrigération dans les cas de morsure de serpents.

La plupart des observateurs au cours du traitement de la gangrène sénile ont été frappés par l'arrêt des phénomènes inflammatoires sous l'effet de la réfrigération. Ils ont été portés à croire que le froid arrêtait, ou du moins diminuait sensiblement l'infection. De multiples expériences entreprises dans le but de contrôler l'effet de la réfrigération sur l'infection démontrent que le froid ralentit les phénomènes inflammatoires par inhibition du métabolisme et de l'activité cellulaire, mais qu'il nuit, en même temps, à la cellule et qu'après sa disparition l'infection reprend de façon plus intense.

Allen a montré que l'abaissement de la transpiration diminue l'activité microbienne et que l'application du tourniquet arrête l'absorption des toxines. Le danger, cependant, réside dans le fait que le relâchement du tourniquet amène une décharge massive de toxines. Il injecta des matières fécales dans les membres du rat, puis appliqua la réfrigération. Appliquée pendant 2 à 5 heures, *elle n'exerce* pas d'effet; pendant 24 à 48 heures, elle est suivie d'une grande amélioration tant que le tourniquet est laissé en place, mais, le tourniquet enlevé, elle est suivie de gangrène extensive et de mort rapide de l'animal, même si l'amputation haute est faite rapidement.

Dans une dernière série d'expériences, il injecta du streptocoque. La réfrigération modéra l'infection jusqu'à relâchement du tourniquet, mais elle fut sans effet par la suite. Il conclut que, cliniquement, on ne doit pas appliquer la réfrigération *avec tourniquet* sur les membres infectés, à moins de faire l'amputation avec relâchement du tourniquet.

Brooks et Duncan étudièrent les effets de la réfrigération sans tourniquet sur l'infection. Ils injectèrent du staphylocoque et de la térébenthine de façon à produire un abcès dans les membres de petits animaux. A 40° C, il se produit une réaction inflammatoire, après 24 heures, suivie de nécrose centrale après 48 heures; à 10° C, il existe une petite réaction après 24 heures, pas de grosse inflammation après 48 heures; à 37° C, la réaction

est moins marquée qu'à 40°. Cependant, si après 48 heures la partie refroidie est remise à la température normale, on note qu'après 96 heures, la lésion ressemble à celle du premier groupe après 24 heures, ensuite la nécrose devient plus prononcée que dans le premier groupe. Ils conclurent que la réfrigération irrite les tissus.

Bruneau et Heinbecker ont montré que les tissus réfrigérés ne montrent pas de réaction inflammatoire à l'injection du streptocoque hémolytique tant que dure la réfrigération, mais quand la température est revenue à la normale la réaction est beaucoup plus intense que chez les animaux de contrôle, démontrant par là que le froid exerce une action nocive dans l'infection et ne doit pas être employé dans ces cas. Bien que le froid diminue l'activité des microbes, il ne les détruit pas, tandis qu'il lèse la cellule et diminue son pouvoir de résistance. De plus, on a noté en clinique que les cas de gangrène gazeuse postopératoire paraissent plus fréquents chez les patients opérés sous anesthésie à la réfrigération: la complication peut être due au fait de s'être servi de glace non stérilisée, mais peut être aussi due à la diminution de la résistance des tissus à l'infection.

On a remarqué, en clinique, que l'amputation faite sous anesthésie à la réfrigération n'était pas accompagnée de choc opératoire. Plusieurs expérimentateurs ont étudié, par là, seuls les effets de la température sur le choc.

Allen a noté que l'application d'un tourniquet sur un membre était une façon simple de produire et étudier le choc. La mort est due, selon lui, à l'hémoconcentration, à la perte de sels, d'eau et de plasma et aussi à la production par les tissus d'une histotoxine. La perte de plasma peut être corrigée facilement, mais il est beaucoup plus difficile de lutter contre l'histotoxine. Allen prouva que les effets de l'asphyxie locale sont aggravés par la chaleur et améliorés par le froid. Chez le rat, l'asphyxie d'un membre postérieur peut être tolérée pendant 5 heures à la température de la chambre, pendant moins d'une heure à 40° C et pendant plus de 8 heures à 2° C.

Blalock et Mason ont comparé les effets de la chaleur et du froid sur le choc par hémorragie ou traumatisme. Ils saignèrent des chiens de 3% du poids de leur corps sur une période de 30 minutes. A température ordinaire, cinq animaux sur 14 survivent. Les autres meurent avec période de survie moyenne de 3.30 heures. Si on élève la température rectale de 3.7° C, tous les animaux meurent. avec période de survie de 5.5 heures. Si on refroidit l'animal de 12.3° C, tous les animaux meurent, mais la période de survie est plus longue, soit de 11.5 heures. Ils obtinrent des résultats analogues avec des animaux qu'ils saignèrent de façon à abaisser la tension artérielle à 75 centimètres. Ils concluent que l'abaissement de la température n'augmente pas les chances de vie chez l'animal, mais prolonge sa survie. L'élévation de la température a des effets désastreux.

Duncan et Blalock produisirent le choc chez le chien en écrasant ses membres postérieurs; ensuite, ils étudièrent les effets de l'administration du plasma et application du froid. Ils notent que les effets nocifs des blessures par écrasement sont attribuables à l'hémoconcentration et à la présence d'une toxine. L'administration du plasma prolonge la vie en combattant l'hémoconcentration. La réfrigération faite simultanément avec la blessure protège considérablement l'animal contre le choc. La réfrigération appliquée après le traumatisme protège peu ou pas l'animal contre le choc.

Dans une autre série d'expériences, Blalock et Duncan insistent sur les dangers d'appliquer un garrot sur un membre traumatisé. La mise en place du garrot pendant cinq heures sur le membre traumatisé entraîne toujours la mort de l'animal. Ils conseillent, s'il devient nécessaire d'appliquer le tourniquet, de réfrigérer le membre. Cependant, le tourniquet ne doit pas être laissé longtemps en place, si on a en vue de sauver le membre.

Il semble, d'après ces expériences, que la chaleur soit contre-indiquée dans le choc, *que le froid n'augmente pas les chances de vie. Quant à l'application de la réfrigération sur un membre traumatisé, sans garrot, elle a peu d'effet sur le choc;* cependant, si le membre doit être sacrifié, l'application du froid avec garrot prévient le choc en arrêtant la diffusion du plasma dans le membre et l'absorption des toxines.

Plusieurs chirurgiens ont inscrit que la guérison des moignons était plus lente chez les patients amputés sous anesthésie par la réfrigération; d'un autre côté, l'arrêt des phénomènes inflammatoires dans les plaies infectées réfrigérées semble montrer l'effet bienfaisant de la réfrigération sur la guérison des plaies. Ces constatations ont amené des chercheurs à étudier son influence sur la guérison des plaies. On a noté qu'après réfrigération prolongée il se produisait des phénomènes de dégénérescence dans les nerfs et les muscles, suivis d'œdème et de paralysie, phénomènes semblables à ceux du « pied de tranchée », et l'on s'est demandé si la réfrigération ne pouvait pas nuire à la guérison des plaies. Dans une étude sur les plaies expérimentales, Heinbecker a montré que chez les animaux réfrigérés, la guérison est plus lente, que plus la réfrigération est prolongée, plus la guérison est lente; de plus, le pourcentage de contamination grossière est de beaucoup plus élevé chez les animaux réfrigérés. Ils concluent que la réfrigération, loin d'aider la guérison des plaies, lui est au contraire dommageable. Le froid, en diminuant le métabolisme cellulaire, permet aux cellules de vivre plus longtemps avec des quantités restreintes d'oxygène; par cette action, il exerce un effet bienfaisant sur les plaies, la gangrène des diabétiques et artério-scléreux; cependant, son action se trouve *limitée* par l'effet nocif qu'il exerce sur le contrôle de l'infection et la cellule elle-même, de sorte qu'on ne peut l'appliquer dans l'espoir de guérir les plaies.

En clinique, les applications de la réfrigération ont été diverses et nombreuses. Conservation des greffes cutanées et cartilagineuses, contrôle de la douleur postopératoire, traitement de l'« immersion foot » et des engelures, traitement de l'infection, bien que les expériences récentes sur les animaux semblent en montrer la nocivité. On s'en est servi aussi chez les traumatisés comme prévention du choc, bien qu'elle ne doive pas être appliquée pendant longtemps sur un membre traumatisé si le chirurgien n'envisage pas l'amputation.

Mais là où la réfrigération a certainement été un progrès en chirurgie, c'est dans le traitement des membres gangrénés infectés chez les diabétiques, artério-scléreux, les cas désespérés où l'amputation du membre était autrefois jugée impossible ou accompagnée d'une mortalité prohibitive.

L'application du froid et du tourniquet permet d'isoler le membre du malade. La réfrigération équivaut alors à une amputation physiologique; il y a arrêt d'absorption des toxines, les phénomènes inflammatoires sont momentanément arrêtés. La douleur disparaît. Dans un grand pourcentage des cas, l'état général du malade s'améliore rapidement et l'amputation devient possible. Celle-ci se fait sans douleur et sans choc, le malade modifiant peu sa routine journalière à l'hôpital. La plupart des chirurgiens réfrigèrent le membre jusqu'à sa racine et amputent sans autre anesthésie, opération qui se réalise facilement et sans douleur. Cependant, à cause des effets nocifs de la réfrigération sur la guérison des plaies et le contrôle de l'infection après que le membre est revenu à la température normale, certains chirurgiens ont proposé de réfrigérer le membre jusqu'à un niveau situé plus bas que celui choisi pour l'amputation; de remonter ainsi l'état général du malade et, aussitôt que celui-ci le permet, d'amputer au lieu d'élection sous anesthésie intrarachidienne. De cette façon, ils

prétendent profiter des avantages de la réfrigération et en éliminer les inconvénients.

Technique de l'anesthésie par la réfrigération

La technique est essentiellement la même pour tous les cas tant au point de vue chirurgical que thérapeutique. Il s'agit de réfrigérer un membre après l'avoir, ou non, privé de sa circulation et de l'amputer au besoin sans autre mode d'anesthésie. Il y a donc deux facteurs importants: l'agent réfrigérant et l'arrêt de la circulation. L'agent réfrigérant peut être de l'eau froide, des sacs de glace, de la glace concassée ou bien le réfrigérateur. Les deux premiers n'ont pas satisfait complètement les vues des expérimentateurs, les deux derniers ont donné de meilleurs résultats; l'appareil est plus propre, plus facile à appliquer et maintient exactement la température désirée, mais il a le désavantage de permettre au technicien d'oublier son patient. A l'hôpital Notre-Dame, nous utilisions, au début, la glace concassée; actuellement, nous nous servons du réfrigérateur.

Avec ces moyens, nous maintenons les tissus entre 32° et 34° F., température permettant une amputation sans douleur. Les tissus sont ainsi mis au repos, les métabolismes cellulaires suspendus, il y a abolition de l'impulsion nerveuse, arrêt de l'irritabilité protoplasmique, la cellule ne répond plus aux stimuli.

L'arrêt de toute circulation artérielle permet d'engourdir le membre de part et d'autre plus facilement, élimine toute résorption d'histotoxine à la partie distale du tourniquet, donne un champ opératoire exsangue et empêche l'hypothermie généralisée: c'est la section physiologique du membre, le complément du froid. Ici surgit la vieille querelle des garrots prévue et réglée par Allen, le pionnier du procédé. Après ses nombreuses expériences chez les animaux et chez l'homme, il en déduisit que l'application d'un lien bien élastique, d'une largeur d'environ 1.5 centimètre pour le membre inférieur, avec une tension nécessaire pour arrêter toute circulation artérielle, complétée par la réfrigération, ne nuit en rien aux tissus et ceci, chez l'homme, jusqu'à une période de six heures. Ses travaux furent confirmés par des examens histopathologiques.

Les sujets soumis à ce genre d'anesthésie sont en général souffrants, nerveux et inquiets, car il nous faut déplacer leurs membres. Pour faciliter l'opération, environ 30 minutes avant les manipulations, nous leur donnons un sédatif barbiturique, opiacé ou simplement de l'alcool. Le patient calmé, le lien est mis en place.

Nous pouvons y arriver de deux manières: soit en ensevelissant d'emblée le membre dans la glace, soit en entourant le point d'élection, sur une largeur d'un pied, d'une couche de glace concassée maintenue en place par une serviette ou une alèze de coton. Cette manœuvre dure environ 30 minutes, après quoi le tourniquet est appliqué à double tour dont un par-dessus l'autre et maintenu en place par une pince. Avant la mise en place, nous vidons, s'il y a lieu, le membre, de son sang, en le soulevant du plan du lit durant une minute. Le garrot en position, le siège est soulevé d'environ 3 ou 4 pouces au moyen d'un coussinet simple ou pneumatique et nous procédons à la réfrigération proprement dite.

Nous plaçons sous le membre une toile caoutchoutée contenant une alèze de coton; le membre est soulevé et une couche de glace est disposée de façon à faire lit. L'alèze de coton est fermée de manière à former un sac circulaire autour lu membre, lequel sac est alors rempli de glace. La toile de caoutchouc est refermée sur le tout en laissant l'extrémité inférieure ouverte pour permettre à l'eau de fonte de s'écouler dans un récipient. Dans le même but, nous donnons au lit un plan incliné; au bout de 2 ou 3 heures, selon le volume des tissus, l'anesthésie est complète. Le sujet est alors transporté à la salle d'opération. Avec le réfrigérateur, la technique est la même, mais le patient est maintenu à sec.

D'une part nous évitons les complications dues au froid, d'autre part, nous ménageons le travail des gardes-malades et la lingerie.

Quant à la réfrigération thérapeutique, le lien n'est utilisé qu'en vue de l'amputation. être mince et court: mince, afin de permettre l'application de 3 ou 4 sacs de glace que nous enlevons à raison d'un par 24 heures; court, afin de faciliter l'attache d'une traction sur le moignon.

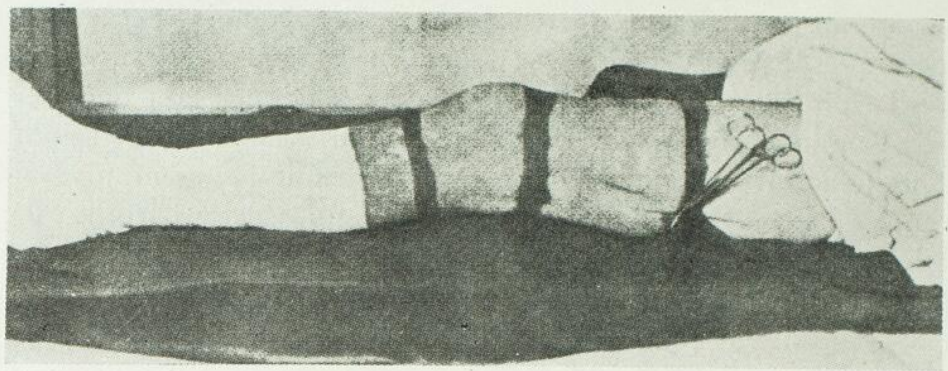


FIG. 1. — Le tourniquet a été appliqué.

La salle d'opération ne doit pas être surchauffée, le sérum employé ainsi que les instruments utilisés doivent être froids, la lampe ne doit être allumée qu'au moment opératoire. Lorsque tout est prêt, le patient est transporté sur la table, l'agent réfrigérant enlevé, le champ opératoire préparé comme d'habitude, la lampe est allumé et l'on procède.

De cette manière, l'anesthésie est parfaite. Les échecs viennent soit de l'application du lien, en général trop peu serré, soit de la disposition de la glace. Avec un peu d'entraînement, ce procédé est simple, facile à appliquer, évite le choc et donne un champ exsangue. Il favorise la conservation des tissus peu nourris, fait disparaître l'œdème et la mauvaise odeur,

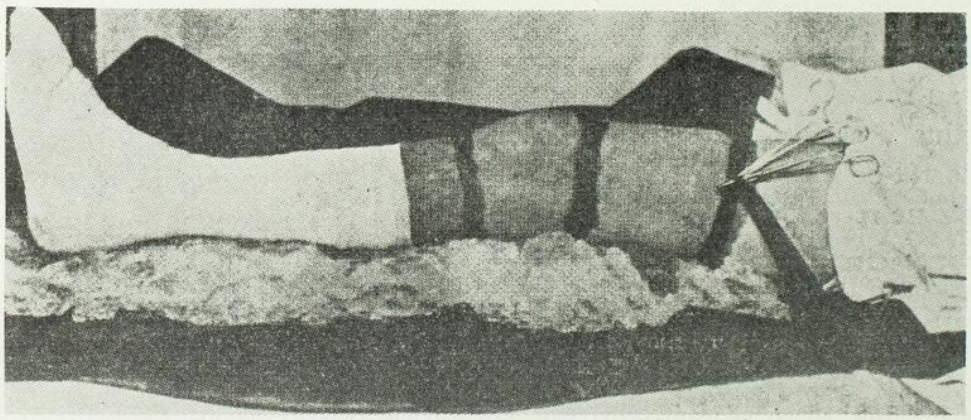


FIG. 2. — La glace est posée sur l'alèse de caoutchouc. Le membre est déposé sur la glace pour assurer la réfrigération de sa face postérieure.

A la section, la peau est blanche, les muscles sont rouges, les aponévroses nacrées, les vaisseaux ouverts. Les gros troncs sont ligaturés puis le lien est levé. L'hémostase complétée, le moignon est fermé plus ou moins complètement selon le cas, après y avoir laissé des cristaux de sulfanilamide. Le pansement doit réduit la fréquence des thromboses et des embolies, permet au diabétique de suivre son régime, évite les calmants, abaisse le taux de mortalité opératoire de façon probante. Ainsi, à l'hôpital Notre-Dame, en 1941, sur un total de 44 amputés, en 1942, sur un total de 14, en 1943, sur un total de 23 cas, nous avions res-

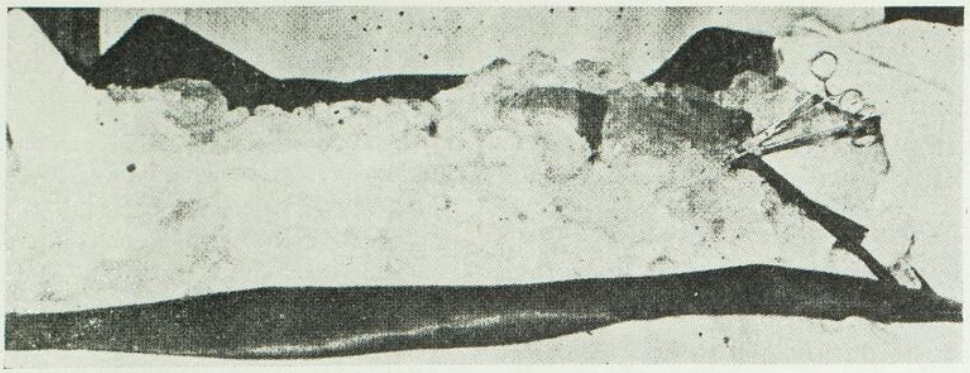


FIG. 3. — La partie a été recouverte de glace. Le pied n'apparaît que pour les besoins de la démonstration.

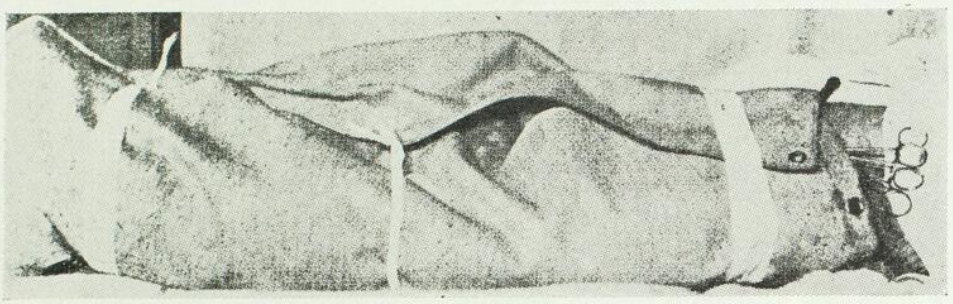


FIG. 4. — La toile caoutchoutée entoure la glace pilée pour permettre à la réfrigération de produire son plein effet.

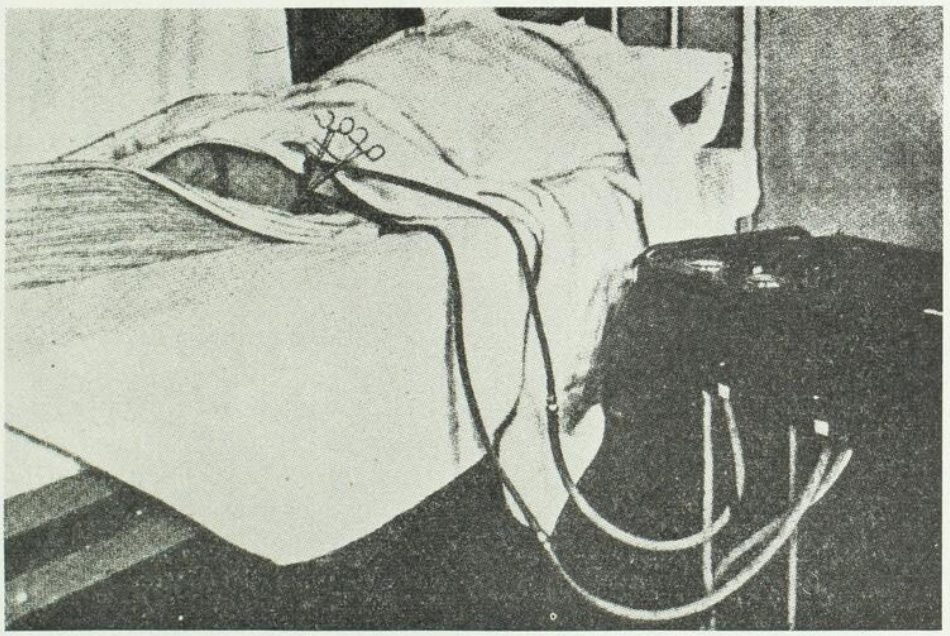


FIG. 5. — Un réfrigérateur électrique, avec thermostat, s'applique facilement au moyen d'une couverture qui contient les tubes du liquide réfrigérant.

pectivement 30%, 27%, 43% de mortalité. En 1944, sur 30 cas, nous n'avons pas eu de décès dû au choc opératoire. Chez ces derniers, la majorité avaient un état général qui contre-indiquait tout mode d'anesthésie générale. Allen, du « N. Y. City Hospital », en arriva à 15% et note bien que ses mortalités étaient dues à des maladies concomitantes; Mock et

Mock, Chicago, abaissèrent le leur à 11%; Segerberg, Ludwig (Denver, Colorado), de 46% en 1938-39, de 20% en 1940-41, à 0% en 1942; Francis Massie (Lexington), dans deux de ses hôpitaux, diminua le sien de 75% à 28.5%.

Le seul désavantage du procédé est un léger retard de guérison de la plaie opératoire; aussi il ne faut jamais enlever les points avant le 12e ou 14e jour postopératoire.

Jusqu'à maintenant, nous avons étudié le point de vue chirurgical; d'ici quelques mois, nous nous occuperons du point de vue thérapeutique et nous vous présenterons les résultats plus tard.

BIBLIOGRAPHIE:

ADOLPH, Paul E., Major: « Pre-operative measures used in war surgery in China », *Ann. of Surg.*, **119**: 246; 1944.

ALLEN, Frederick: « Theory & Therapy of Shock »:
1. « Reduced Temperature in Shock Treatment », *Amer. J. of Surg.*, **60**: 335; 1943.
2. « Excessive Fluid Administration », *Amer. J. of Surg.*, **61**: 79; 1943.
3. « Varied Fluid Injections », *Amer. J. of Surg.*, **62**: 80; 1943.

ALLEN, F.: « Theoretical & Experimental Aspects of Surgical Refrigeration », *Can. M. Ass. J.*, **51**: 220; 1944.

ALLEN, F.: « Resistance of Peripheral Tissues to Asphyxia at Various Temperatures » *Surg. Gynec. and Obst.*, **67**: 746; 1938.

ALLEN, F.: « Experiments Concerning Ligation and Refrigeration in Relation to Local Intoxication and Infection », *Surg. Gynec. and Obst.*, **68**: 1017, 1939.

ALLEN, F.: « The Tourniquet and Local Asphyxia », *Amer. J. Surg.*, **41**: 192; 1938.

ALLEN, F.: « Physical and Toxic Factors in Shock », *Arch. of Surg.*, **38**: 155; 1939.

ALLEN, F.: « Reduced Temperatures in Surgery Experiments on Pelvic and Abdominal Refrigeration with Especial Reference to traumatic and Military Surgery », *Amer. J. of Surg.*, **55**: 451; 1942.

BANCROFT et collaborateurs: « Improved methods in extremity amputations for diabetic gangrene », *Annals of Surg.*, **115**: 621; 1942.

BLAKEMORE et collaborateurs: « Restoration of blood flow in damage arteries. Further studies on a non-suture method of blood vessel anastomosis », *Ann. of Surg.*, **117**. 481; 1943.

BLALOCK, A.: « Comparison of effects of local application of heat and of cold in prevention and treatment of experimental traumatic shock », *Surg.*, **11**: 356; 1942.

BLALOCK et MASON: « Comparison of effects of heat and those of cold in prevention and treatment of shock », *Arch. of Surg.*, **42**: 1054, 1941.

BROOKS et DUNCAN, G.: « Effects of temperature on survival of anemic tissue: an experimental study ». *Ann. Surg.*, **112**: 130; 1940.

BROOKS et DUNCAN: « Influence of Temperature on wounds », *Ann. of Surg.*, **114**: 1069; 1941.

BRUNEAU, J. et HEINBECKER, P.: « Effects of cooling on experimentally infected tissues », *Ann. of Surg.*, **120**: 716; 1944.

CROSSMAN, L. W. et HURLEY, V.: « Embolism of femoral artery » (case report), *J. Internat., Coll. Surg.*, **5**: 171; 1942.

DAVIS, Loyal: « High altitude frostbite », *Surg. Gynec. and Obst.*, **77**: 561; 1943.

FAY, T. J.: « Cooling in Shock », *J. A. M. A.*, **121**: 1109; 1943.

FAY, T. J., et HENRY, G.: « Symposium on Cancer: Clinical Observations and Response to Methods of Refrigeration », *Surg. Gynec. and Obst.*, **66**: 512; 1938.

FREEMAN, N. E.: « Influence of Temperature on the Development of Gangrene in Peripheral Vascular Disease », *Arch. Surg.*, **40**: 326; 1940.

GORDON, D.: « Refrigeration box for amputation ». *Amer. J. of Surg.*, **58**: 453; 1942.

GREENE, Raymond: « Cold in treatment of damage due to cold », *Lancet*, **2**: 695; 1942.

HALEY, Edgar: « Arteriosclérotic gangrene. A report on refrigeration prior to amputation », *Arch. of Surg.*, **46**: 518; 1943.

JOHNSTON, C. G.: « Refrigeration in Surgery », *Amer. J. of the Med. Sc.*, **209**: 253; 1945.

LARGE, Alf. et HEINBECKER, P.: « The effect of cooling on wound healding », *Annals of Surg.*, **120**: 727; 1944.

LARGE, Alf. et HEINBECKER, Peter: « Refrigeration in Clinical Surgery », *Annals of Surg.*, **120**: 707; 1944.

McELVENNY, Robert: « The effect of cooling traumatized and potentially infected limbs », *Surg. Gynec. and Obst.*, **73**: 263; 1941.

McELVENNY, Robert: « The present status of cooling limbs in preparation for surgical procedures », *Amer. J. of Surg.*, **58**: 110; 1942.

MOCK, Harry: « Refrigeration Anaesthesia in skin grafting. » *J. A. M. A.* **122**: 597; 1943.

MOCK, Harry et MOCK, Harry Jr.: « Refrigeration anaesthesia in amputation », *J. A. M. A.*, **123**: 13; 1943.

RICHARDS: « Refrigeration Anaesthesia in Surgery », *Ann. of Sur.*, **119**: 178; 1944.

SMITH, Lawrence W.: « The use of cold in medicine », *Ann. of Int. Med.*, **17**: 618; 1942.

SMITH, Lawrence, et FAY, T.: « Temperature factors in Cancer and embryonal cell growth », *J. A. M. A.*, **113**: 653; 1939.

SNELL, George, et CLOUDMAN: « The effect of rate of freezing on the survival of 14 transplantable tumors of mice », *Cancer Research*, **3**: 396; 1943.

WEBSTER, D. R., et WOOLSOUSE: « Immersion foot », *J. of Bone and Joint Surg.*, **24**: 785; 1942.

WHITE, James C.: « Vascular and neurological lesions in survivors of shipwreck », *Rew Eng. J. of Med.*, **228**: 211; 1943.

SUPPURATIONS PULMONAIRES: LOBECTOMIE ET PNEUMONECTOMIE[1]

Par **Georges DESHAIES**,
Chirurgien à l'hôpital du Sacré-Cœur (Cartierville, Montréal).

Nous ferons abstraction dans ce travail de la suppuration pulmonaire circonstrite, c'est-à-dire de l'abcès unique, et nous entendrons par suppurations pulmonaires: la bronchectasie et l'abcès multiple soit d'un lobe ou de plusieurs lobes.

Considérations générales

C'est en 1881 que les premiers travaux expérimentaux sur la lobectomie et la pneumonectomie furent faits. A cette époque, Gluck, chirurgien allemand, publia ses expériences de pneumonectomie pratiquée sur six chiens et 14 lapins. Tous les chiens moururent ainsi que la plupart des lapins puisque deux seulement vécurent trois mois après l'opération.

La mort de ces animaux était causée, soit par une pleurésie septique ou péricardite, soit par pneumothorax. Cependant, chez les animaux qui survécurent, il remarqua que le moignon hilaire était guéri, et il constata qu'avec une technique améliorée cette opération deviendrait possible.

Rapporter tout le travail expérimental effectué entre 1881 et 1930, soit pendant une période de 50 ans, serait long et fastidieux. Cependant, on ne peut s'empêcher de mentionner les noms de ceux qui ont le plus travaillé à cette question: Cove, Dunn, Halman, Rienhoff, Audness, Heuer, Bethune, Archibald, de Montréal et Shenstone, de Toronto.

Ces pionniers ont clarifié plusieurs aspects de la question: notamment la ligature des structures hilaires, les effets observés sur la respiration après ligature de la bronche souche de même que les effets sur la circulation après ligature des vaisseaux pulmonaires, enfin la façon dont s'oblitère la cavité pleurale après l'ablation d'un poumon. En résumé, la technique opératoire, de même que les diverses modifications physiologiques observées au cours de ces interventions, ont été étudiées et mises au point par le travail de ces auteurs.

Quoiqu'il soit fait mention dans la littérature de quelques cas de lobectomie et de pneumonectomie avant 1930, il est certain que, jusqu'à il y a 15 ans, aucun malade n'avait survécu à l'ablation d'un poumon, et que même les dangers d'une lobectomie étaient si grands que l'opération n'était pas pratiquée, la mortalité étant de 50% et au delà.

Depuis une douzaine d'années, cependant, les chiffres sont beaucoup plus encourageants, puisque la mortalité reste autour de 10 à 15%.

Cet abaissement dans le taux de la mortalité est dû à une meilleure technique opératoire, à une connaissance de la physiologie pathologique de l'appareil cardio-respiratoire plus approfondie et aussi à un choix plus judicieux des cas, grâce aux méthodes diagnostiques plus précises. Cette opération restera sans doute un procédé de traitement dangereux, mais aussi il faut considérer la nature de la maladie qui l'impose. Certains cas de

1. Communication à la *Société de Chirurgie de Montréal*, le 28 mars 1945.

bronchectasie, laissés à eux-mêmes, sont aussi incurables qu'un cancer.

INDICATIONS

La lobectomie ou la pneumonectomie est indiquée dans les maladies suivantes:

1. Cancer du poumon ou de l'arbre bronchique.
2. Kyste pulmonaire.
3. Certains cas de tuberculose.
4. Les suppurations: bronchectasie; abcès multiples du poumon.

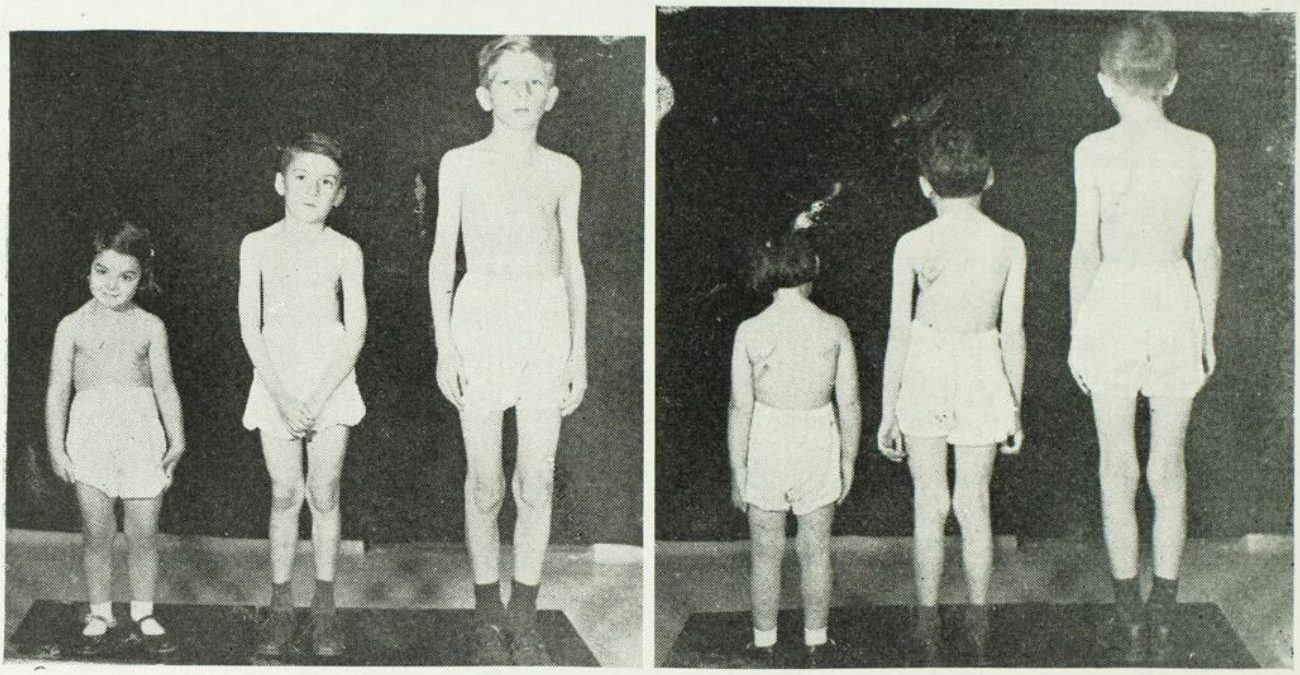
Il ne sera pas question des trois premières indications et nous étudierons brièvement les suppurations. Cependant, en ce qui regarde le cancer, afin d'enlever la tumeur en entier, la dissection des structures du hile doit être portée jusque dans le médiastin: cette manoeuvre est excessivement laborieuse.

Quant aux lésions tuberculeuses, les divers procédés de collapsothérapie restent encore les meilleurs; mais dans certains cas d'hémorragie abondante et répétée, ou encore lorsqu'il existe une suppuration compliquant la tuberculose ou dans les cavités géantes, la lobectomie et la pneumonectomie sont actuellement pratiquées avec succès dans les cliniques de chirurgie thoracique.

Si nous considérons maintenant la bronchectasie et les abcès multiples du poumon, on peut diviser les malades en trois catégories.

1. Dans le premier groupe viennent les malades dont les symptômes cliniques font penser à une forme aggravée de bronchite chronique avec une infection catarrhale suppurante. Le lipiodol montre bien quelques dilatations cylindriques, sans évidence d'abcès bronchectasiants. Ces malades souffrent de toux et d'expectoration parfois assez considérable, cette dernière étant muqueuse ou même mucopurulente; ils sont apyrétiques et ne présentent aucun signe de toxicité: bref, ce sont des malades, dont le seul malaise consiste à tousser et à expectorer. Les malades de cette catégorie ne sont pas candidats à l'opération.

2. Dans le second groupe, au contraire, nous plaçons les malades qui souffrent d'une façon définie d'une sepsie chronique: la température parfois monte jusqu'à 101, 102°, la toux est fréquente et l'expectoration abondante et souvent odorante; on remarque en outre la déformation hippocratique des doigts.



Trois enfants ayant subi une pneumonectomie droite depuis six ans.
FIG. 1. — Va à l'école et joue comme tous les autres enfants.
FIG. 2. — Va très bien.
FIG. 3 — Décédé de T.B. pulm. deux ans après son opération.

Les clichés radiologiques tirés après inondations de lipiodol montrent des dilatations cylindriques, fusiformes ou sacculaires accompagnées souvent de collections purulentes petites ou grandes.

Le poumon dans ces cas présente, selon l'heureuse expression du docteur Archibald, la forme d'un marais (Marshy lung). Le drainage par expectoration est insuffisant, et la rétention purulente amène une absorption septique chronique. Les hémoptysies sont fréquentes et, au point de vue général, ces patients perdent du poids et des forces. La vie est intolérable pour les malades eux-mêmes ainsi que pour leur entourage. D'ailleurs, laissés à eux-mêmes, ces malades sont incurables et la mort survient dans une période d'une à cinq années.

3. Enfin, dans la troisième catégorie viennent les patients qui peuvent être placés entre les deux formes ci-haut décrites. Quoique fort incommodés par la toux et l'expectoration, laquelle peut être occasionnellement odorante, ils peuvent circuler et même faire parfois une assez bonne somme de travail. Les clichés radiologiques montrent des dilatations cylindriques, fusiformes et sacculaires, mais jamais d'abcès bien délimités.

Cette catégorie de malades a été bien observée au « Brompton Hospital » par Wall et Hoyle, pendant 6 ans. Cette observation a montré que ces formes bénignes de bronchectasie tendent au cours de quelques années à devenir septiques et fétides et qu'alors l'opération devrait être pratiquée précocement.

Diagnostic

Il est inutile d'insister sur le diagnostic clinique, car il s'agit de parler cinq minutes avec un bronchectasique pour que nous ayions une forte présomption de sa maladie par la simple odeur de son haleine. Il est un symptôme clinique, cependant, qui apparaît relativement précocément et c'est la déformation

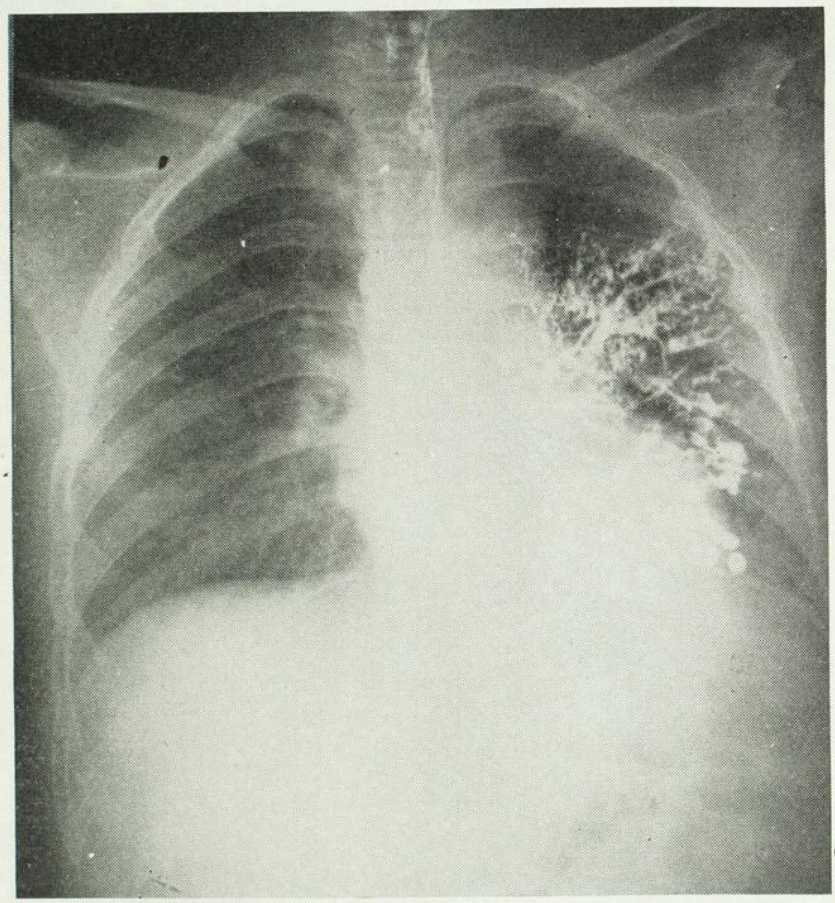


Fig. I. — Dilatations sacculaires du lobe inférieur gauche.

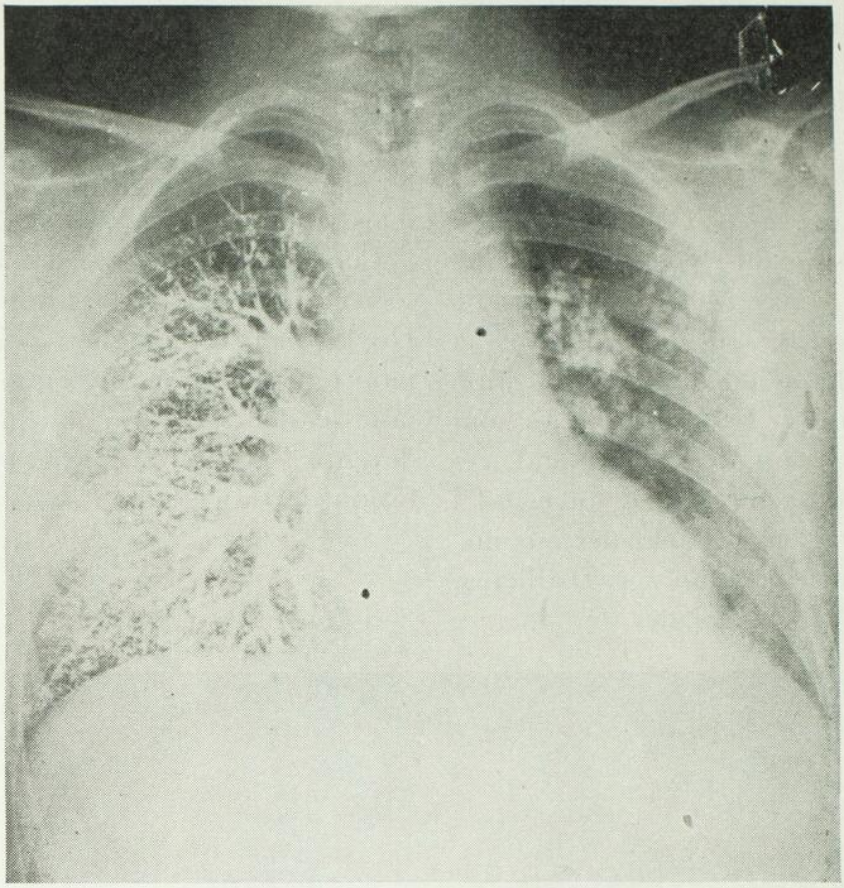


Fig. II. — Inondation avec lipiodol du poumon droit. A noter l'aspect foliacé d'un arbre bronchique sain.

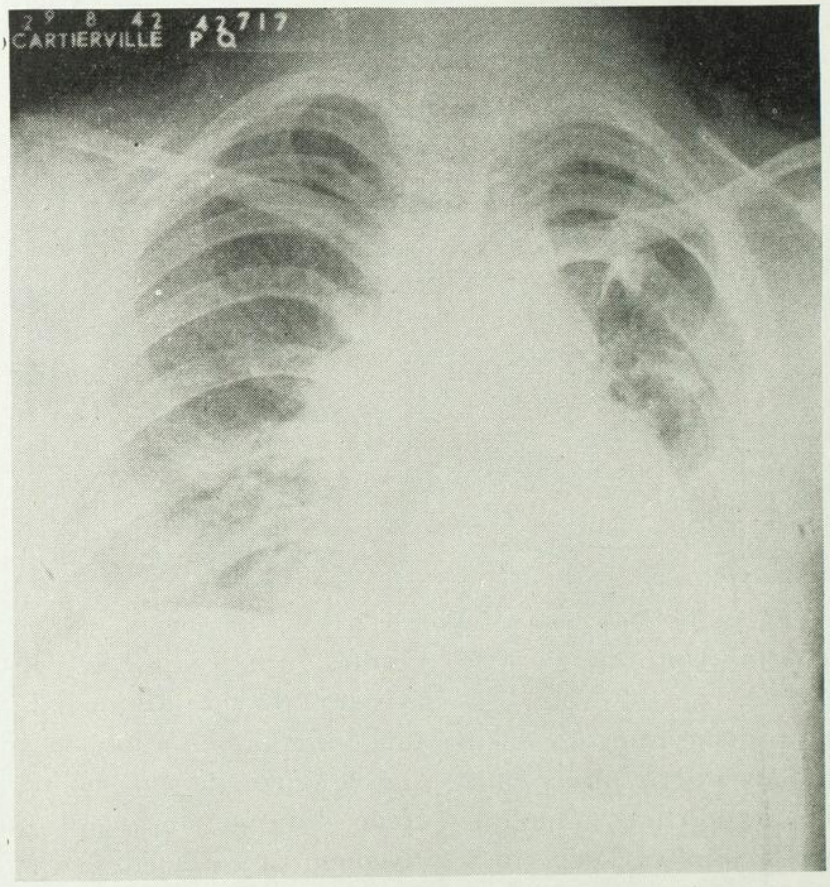


Fig. III. — Un an après lobectomie inférieure gauche. Réexpansion totale du lobe supérieur et oblitération de la cavité pleurale.

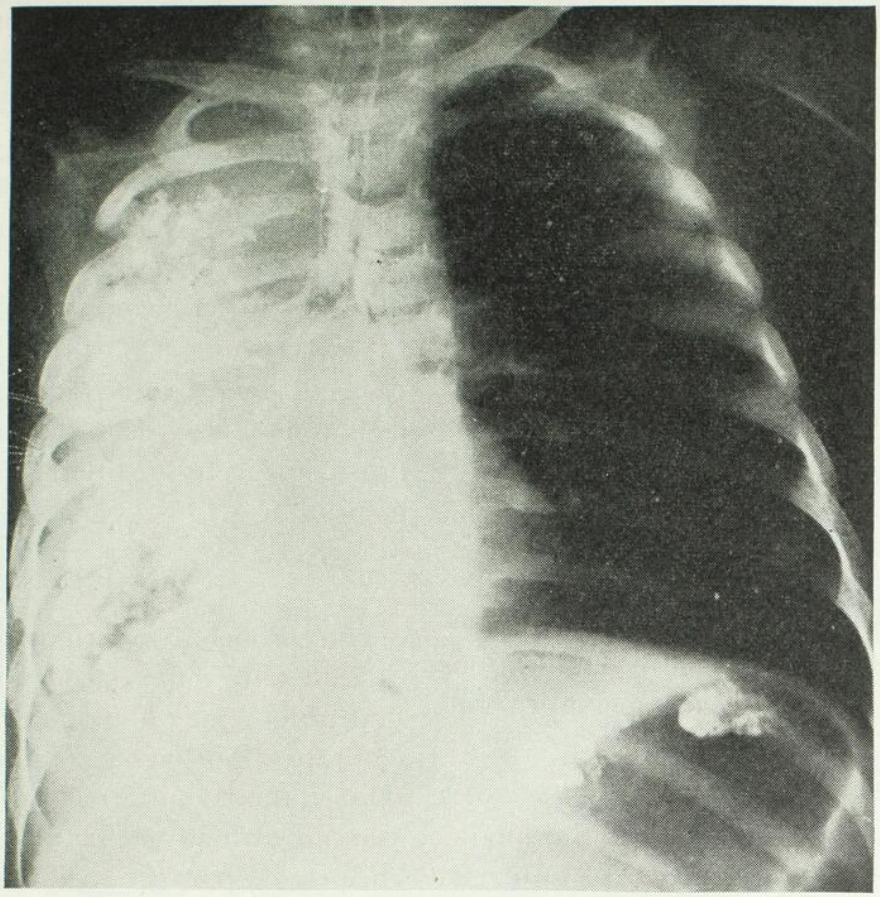


FIG. IV. — L.-D., 2 ans. Abcès multiples au poumon droit.

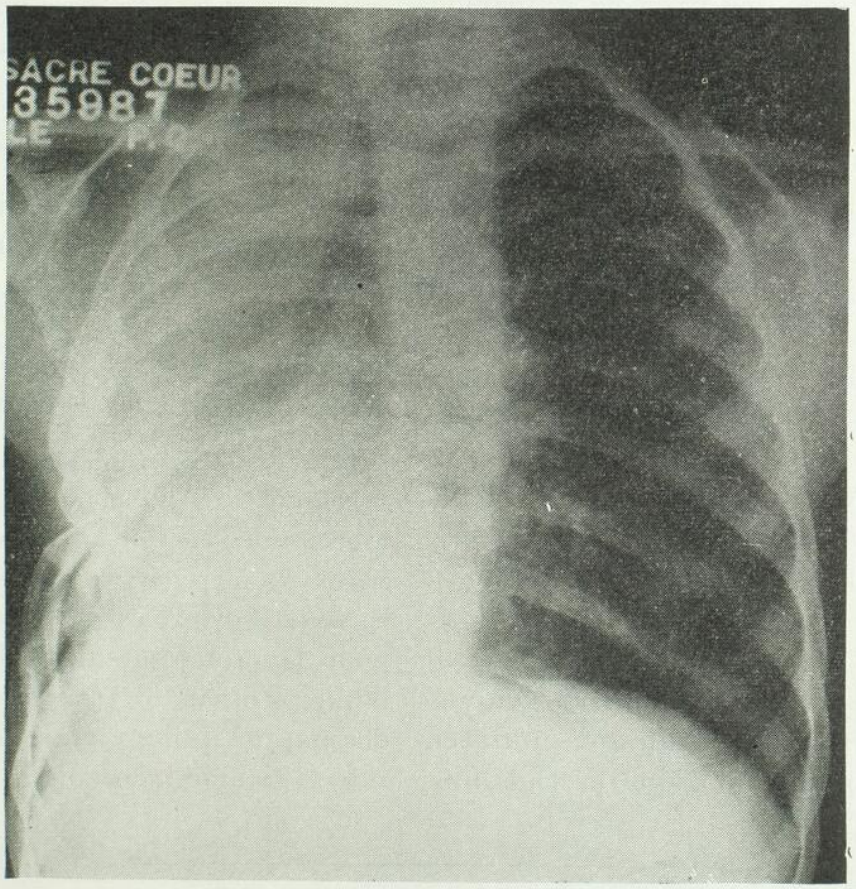


FIG. V. — L.-D., 9 mois, après pneumonectomie droite. Cavité pleurale complètement comblée par le médiastin.

hippocratique des doigts. Faits curieux, ce symptôme disparaît rapidement lorsque le foyer suppurant est enlevé.

Le diagnostic est fait par la bronchoscopie et surtout par la radiographie. Après avoir inondé l'arbre bronchique avec du lipiodol, les contours des bronches sont mis en évidence. Les clichés doivent être tirés en position antéro-postérieure et latérale afin de bien localiser la topographie du territoire pulmonaire intéressé.

Complications

Les complications inhérentes à ces interventions peuvent être divisées en 2 groupes principaux, à savoir: immédiates et éloignées.

1. *Immédiates*: ce sont les complications qui appartiennent à l'acte opératoire lui-même.

a) *Thrombose et embolie gazeuse.* La mort subite peut se produire par thrombose. Le mécanisme est le suivant: il se forme un caillot au niveau des veines pulmonaires ligaturées, lequel s'engage par voie rétrograde dans le myocarde. La même chose peut se produire par une veine incomplètement oblitérée qui par sa pression négative aspire de l'air et amène une embolie gazeuse.

Ces accidents peuvent être difficilement prévenus; cependant, une attention toute particulière doit être portée aux structures du hile, lesquelles doivent être complètement oblitérées avant de sectionner.

b) *Hémorragie.* La dissection de toutes les adhérences, particulièrement celles attachées au médiastin, doit être faite avec une extrême prudence. La déchirure d'un vaisseau médiastinal amène une hémorragie impossible à contrôler.

c) *Choc opératoire.* Ces interventions, il va sans dire, causent parfois un choc considérable. Les transfusions, l'injection intraveineuse de sérum physiologique et l'administration constante d'oxygène et de CO^2 contrôlent le choc dans la majorité des cas.

2. *Eloignées.*

a) *L'empyème.* Il survient dans la majorité des cas de suppuration. Un bon drainage déclive à circuit fermé est nécessaire, et l'emploi des sulfamidés et de la pénicilline aide à combattre cette complication.

b) *La fistule.* Une fistule broncho-pleuro-pariétale se produit presque inévitablement dans tous les cas de suppuration: la plupart du temps cette fistule s'oblitère spontanément.

L'anesthésie

Une broncho-aspiration sous anesthésie locale est faite d'une façon systématique avant l'opération, puis l'anesthésie générale au cyclopropane est alors commencée au moyen d'un cathéter intratrachéal. L'avantage d'avoir un cathéter en permanence dans la trachée est de pouvoir en tout temps aspirer les sécrétions. Un bronchoscopiste est toujours prêt à intervenir au cas d'inondation du poumon contro-latéral. Par cette anesthésie, nous avons une pression intrapulmonaire stable; de plus, elle permet d'administrer un haut pourcentage d'oxygène (60 à 80%) tout en maintenant une narcose suffisamment profonde, et élimine l'état d'anoxémie plus fréquent avec l'oxyde nitreux.

Le seul désavantage du cyclopropane, c'est qu'il est explosif et qu'alors l'électro-coagulation doit être mise de côté.

Conclusion

Depuis 10 ans, le taux de mortalité de la lobectomie et de la pneumonectomie est baissé de 50 à environ 15%.

Nous croyons qu'il est très encourageant pour la profession médicale d'avoir aujourd'hui à offrir un traitement chirurgical à des malades qui, il y a une décade, étaient considérés comme incurables.

PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE

Par **Gérard De MONTIGNY**, B.A., D.D.S., M.S.D.,
Chef de service à l'hôpital du Sacré-Cœur,
Professeur à l'Université de Montréal.

Définition.

Spécialité de l'art dentaire, qui s'occupe de restaurer, au moyen d'appareils mécaniques, des parties absentes de la cavité buccale, de la figure ou de la tête. Elle comprend aussi la confection de supports utilisés dans certaines fractures maxillaires, dans des opérations de chirurgie plastique et dans l'application du radium dans la bouche ou sur la figure pour le traitement des tumeurs malignes.

Cette définition élimine la prothèse normale, c'est-à-dire le remplacement des crêtes et des dents. Elle couvre un champ plus vaste, puisqu'elle restitue des parties anatomiques situées au delà de la cavité buccale.

Cette science est du domaine dentaire parce qu'elle comporte la prise d'empreintes, la manipulation de substances à modèles positifs et négatifs, la construction d'appareils de précision; elle est en relation très fréquente et très étroite avec les dents et les maxillaires. Le dentiste, par ses études de l'anatomie, de la physiologie et de la physiognomonie des tissus de la bouche et de la figure, est tout désigné pour s'occuper de cette spécialité.

Synonymes.

L'appellation de cette subdivision de la prothèse a souvent changé et encore aujourd'hui on ne s'entend pas bien sur le nom à lui donner. On l'a d'abord nommée « prothèse chirurgicale ». Ce terme porte à confusion puisqu'il implique l'idée de chirurgie. On a jadis proposé « prothèse spéciale ». Ce nom est trop général et inclut la fabrication d'appareils pour remplacer des membres. L'appellation « prothèse maxillo-faciale » est trop restreinte. Elle ne renferme pas le concept de confection d'oreilles. « Prothèse auro-maxillo-faciale » serait plus précis, mais trop long. D'ici à ce qu'on trouve un terme plus adéquat, nous employons « prothèse maxillo-faciale ».

Historique.

La science de la prothèse maxillo-faciale n'est pas nouvelle. De tous temps, des mutilés de la face ont essayé de masquer leur infirmité, et, souvent, au moyen d'artifices bien rudimentaires. Depuis la première grande guerre, ces corrections de défauts congénitaux ou acquis ont été l'objet d'études et de recherches, qui en ont fait un art autonome. La littérature scientifique de ces restaurations remonte au quinzième siècle. Depuis cette époque, des praticiens habiles ont rapporté des procédés artificiels pour remplacer des organes, comme les maxillaires, les nez, les oreilles, les joues, etc. Les pionniers de cette science furent Pétronius (1565), Paré (1579), Fauchard (1728), de la Barre (1820), Snell (1828), Kingsley (1865), Mitchell (1905). Dans notre époque contemporaine, Martin, Villain, Kazanjian, Fitz-Gibbon, Olinger, Young, Bulbulian, Beder, Ackerman, etc., sont des noms que nous trouvons dans les articles de revue, traitant de prothèse maxillo-faciale.

Indications.

On peut avoir recours à la prothèse maxillo-faciale pour la correction ou la dissimulation d'un défaut de la figure quand:

1. L'organe anatomique, qui est absent, ne peut être greffé ou remplacé au moyen de chirurgie esthétique [ex.: résection du maxillaire ou de la mâchoire (cancer, tuberculose), palais perforés inopérables, énucléation d'orbite, etc.]

2. Le chirurgien appréhende une récidive et tient le malade sous observation (ex.: cas de cancer fraîchement opérés).

3. Le patient est sous traitement et qu'il faut remettre à plus tard une intervention chirurgicale d'ordre plastique (ex.: irradiation d'une région de la bouche ou de la figure avec des grains de radium, etc.).

4. Le patient présente un mauvais risque chirurgical.

CLASSIFICATION DES DÉFAUTS DE LA FACE ET DE LA BOUCHE

Les défectuosités de la bouche et de la figure qui peuvent être corrigées par la prothèse sont de deux ordres:

1° *Défauts intra-buccaux*:

A) Maxillaire: *a*) dentaires;
b) alvéolaires.
B) Mandibule: *a*) dentaires;
b) alvéolaires.
C) Palais: *a*) congénitaux;
b) acquis.

2° *Défauts extra-oraux*:

A) Orbite.
B) Oreille.
C) Nez.
D) Crâne.

*
* *

1° *Défauts intra-buccaux*:

A et B. *Maxillaire et mandibule.*

La perte des dents est l'infirmité la plus commune de la cavité buccale. Cette disparition des dents produit une résorption du procès alvéolaire et une altération des traits de la figure. Certains facteurs favorisent une résorption continuelle des crêtes alvéolaires:

1° Pathologie locale.

2° Fléchissement de l'état général.

3° Dentiers complets ou partiels inadéquats.

Cette disparition lente des crêtes donne des traits de figure que nous connaissons bien: affaissement des coins de la bouche et des ailes du nez, apparition prématurée des rides, rapprochement du menton et du nez.

Avec la prothèse, ces patients recouvrent leur fonction masticatrice. Le rôle du dentiste ne se borne pas à la mastication. L'aspect du visage, son expression naturelle, la phonation doivent aussi être restaurés chez ces patients édentés. Quand le malade a repris tous ces attributs, son caractère psychique s'améliore; il reprend sa personnalité, sa confiance en lui-même, son assurance; son concept de l'existence est tout changé.

C. *Palatins.*

Il y a deux sortes d'infirmités du palais:

a) *Congénitales*: fissures palatines.

Ces fissures palatines sont d'étendue variable. D'un simple trou au palais, elle peut diviser celui-ci complètement, d'arrière en avant. Elles sont souvent accompagnées d'une fissure simple ou double de la lèvre. On a alors un « bec de lièvre ». Un enfant sur 10,000 à 12,000 souffre, à sa naissance, de cette difformité, dont la cause spécifique est encore inconnue.

Cette malformation résulte d'une suture incomplète ou d'un écartement total des tissus durs et mous du palais, au stage embryonnaire. Parfois, non seulement les deux bourgeons ne se soudent pas ensemble, mais le vomer est absent ou incomplet. Les raisons suivantes jouent un rôle dans l'étiologie de cette infirmité:

1° mauvaise alimentation de l'embryon: des expériences récentes tendent à incriminer la carence de vitamine « A »;

2° hérédité;

3° influence mécanique: pression du genou, de la langue ou de la main de l'embryon tenant à l'écart les parties, qui doivent se joindre;

4° poisons circulant dans le sang de la mère (toxines, alcool, médicaments).

Classification des fissures palatines.

La faculté de chirurgie dentaire de l'Université Columbia de New-York, le plus grand centre de prothèse maxillo-faciale des Etats-Unis, a élaboré une classification pour les fissures palatines.

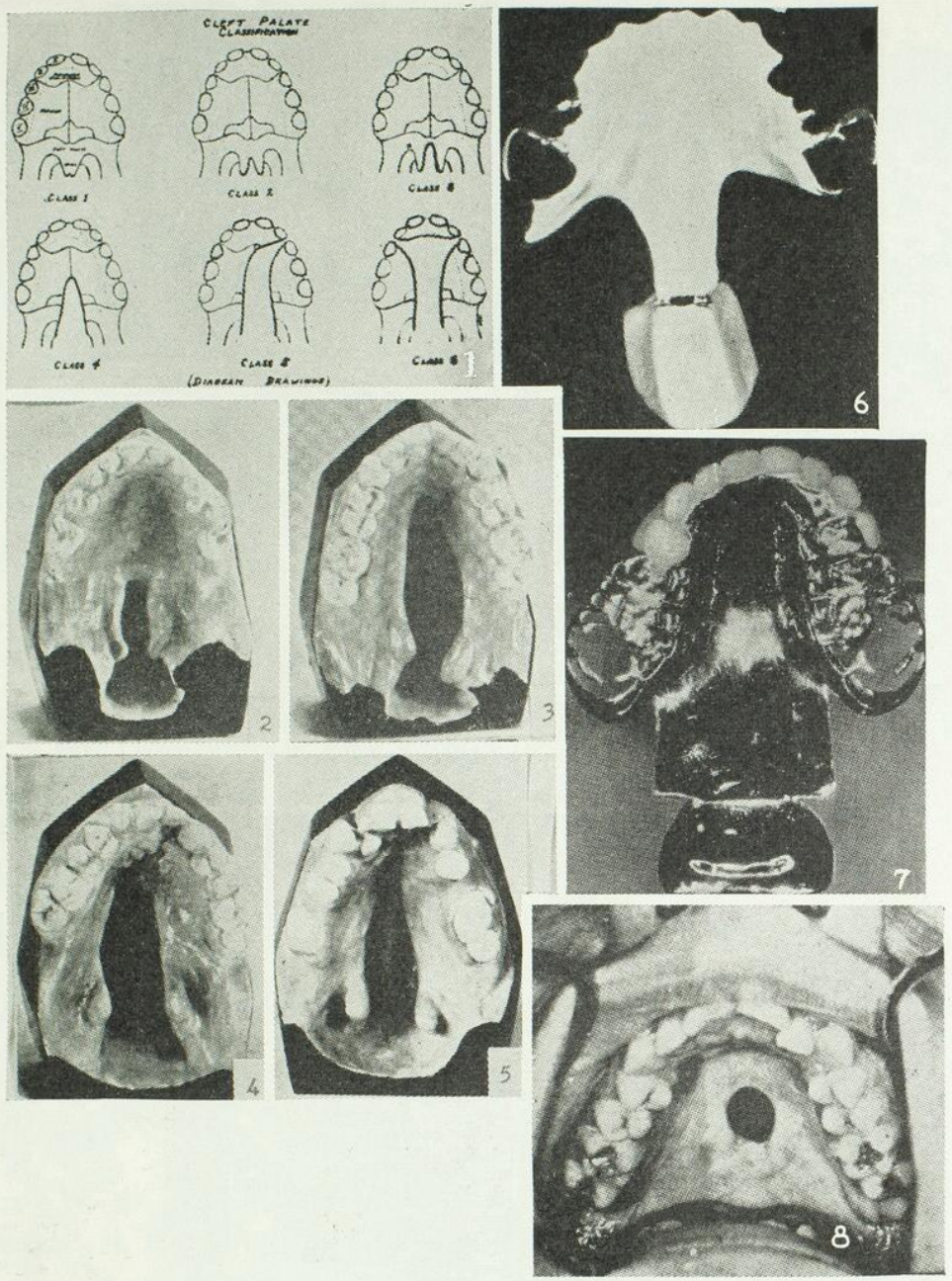


Fig. 1. — Classification des fissures palatines de l'Université Columbia, New-York.
Fig. 2. — Classification des fissures palatines du Dr John Fitz-Gibbon. Classe 1.
Fig. 3. — Classification des fissures palatines du Dr John Fitz-Gibbon. Classe 2.
Fig. 4. — Classification des fissures palatines du Dr John Fitz-Gibbon. Classe 3.
Fig. 5. — Classification des fissures palatines du Dr John Fitz-Gibbon. Classe 4.
Fig. 6. — Obturateur pour fissure palatine avec luette mobile.
Fig. 7. — Obturateur pour fissure palatine avec luette fixe.
Fig. 8. — Perforation du palais, due à un carcinome.

Le docteur John Fitz-Gibbon, d'Holyoke, Mass., un spécialiste de la fabrication d'obturateurs pour les fissures palatines, divise celles-ci en quatre classes.

Le dentiste rencontre des combinaisons de ces différentes catégories, surtout si le patient a subi des interventions chirurgicales, qui ont modifié les attachements muqueux et musculaires de son palais. Les appareils confectionnés pour corriger ces défauts de la voûte palatine sont de deux genres:

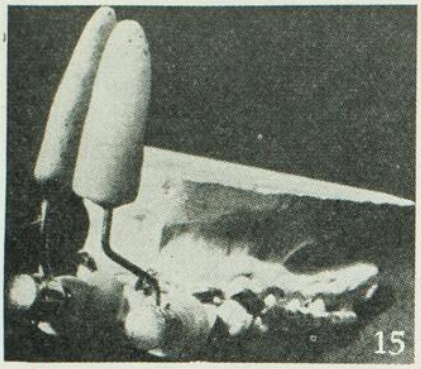
1° Obturateurs mobiles ou munis d'une

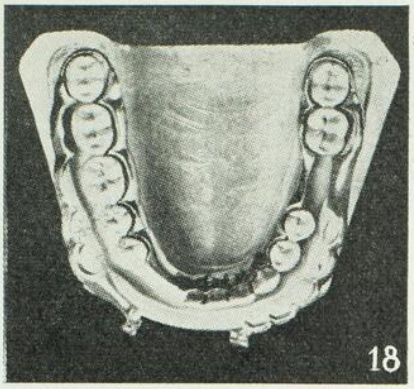
FIG. 9. — Obturateur fabriqué pour cette perforation palatine. (Cf. fig. 8)
FIG. 10. — Le même obturateur fixé aux dents.
FIG. 11. — Patient ayant subi l'arrachement d'une oreille, au cours d'un accident.
FIG. 12. — Le même patient muni d'une oreille artificielle en caoutchouc.
FIG. 13. — Patient ayant perdu le bout du nez à la suite d'une tumeur.
FIG. 14. — Le même patient muni d'une prothèse nasale en caoutchouc.

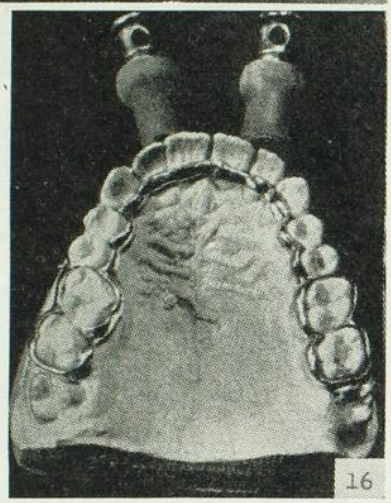
penture. Ces appareils sont employés quand les muscles du palais mou sont flexibles et quand les muscles palato-pharyngiens peuvent entourer et actionner une luette artificielle.

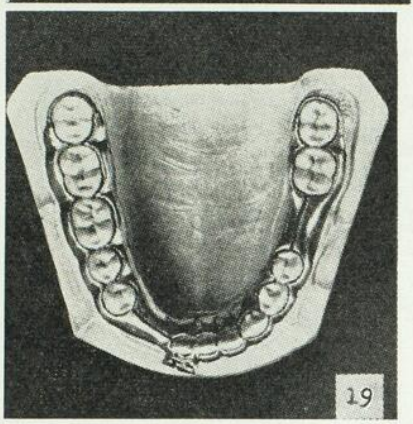
2° Obturateurs immobiles ou fixes. Ces obturateurs ont une projection à la partie postérieure, qui s'étend dans la cavité pharyngienne: ses faces latérales et postérieures doivent toujours être en contact avec les muscles du palais mou et du pharynx, même dans leurs mouvements.

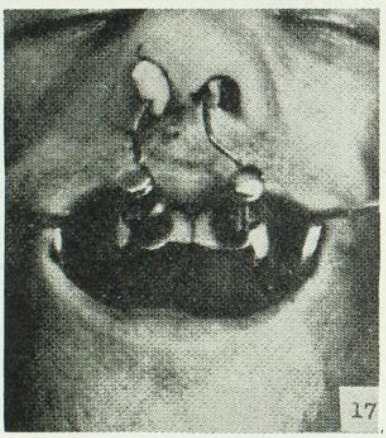
La fabrication de ces appareils rend un service inappréciable à ces infirmes du palais. La phonation et l'articulation deviennent plus justes et plus faciles. Les patients, avec des ex-











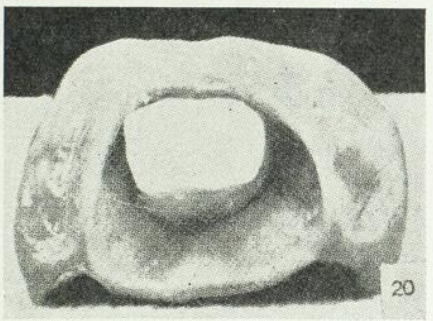


FIG. 15. — Appareil fixé aux dents pour maintenir en place les os fracturés du nez.
FIG. 16. — Le même appareil vu du bas.
FIG. 17. — Le même appareil en position.
FIG. 18. — Appareil pour la réduction et la fixation d'une fracture de la mâchoire.
FIG. 19. — Le même appareil fermé après la réduction de la fracture.
FIG. 20. — Appareil pour la réduction et la fixation d'une mâchoire édentée fracturée; cet appareil s'emploie avec un bandage de Barton.

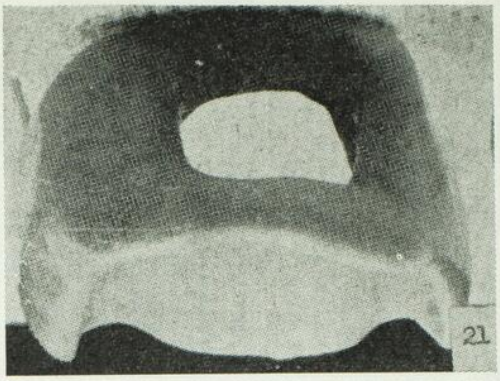
ercices phonétiques appropriés, acquièrent un langage normal et se débarrassent ainsi de leur complexe d'infériorité.

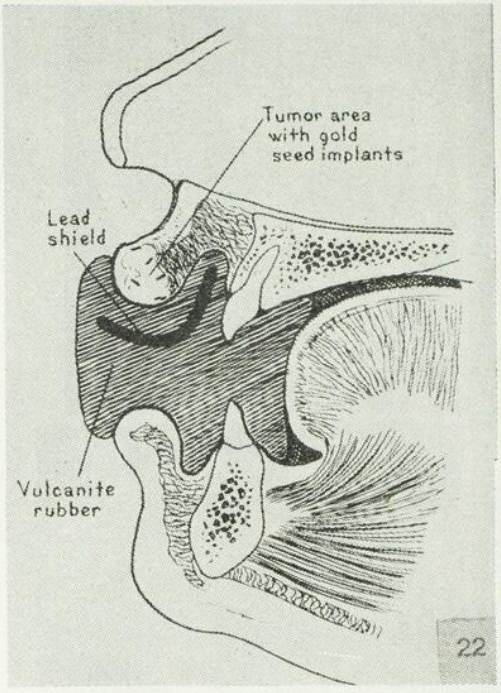
b) *Acquises.*

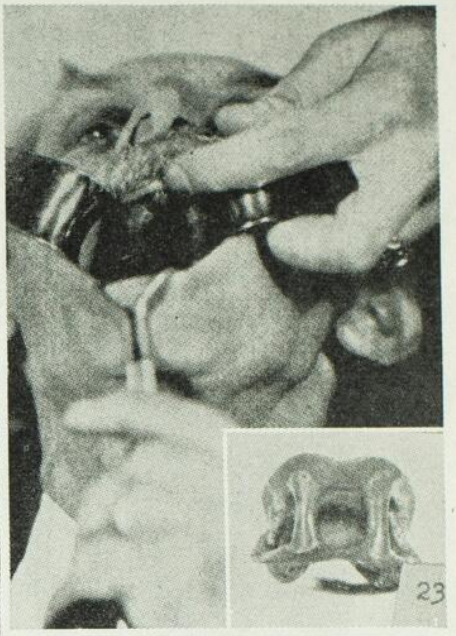
Les infirmités acquises du palais sont le plus souvent causées par:

1° Traumatisme: accidents, blessures, etc.
2° Maladies: carcinomes, sarcomes, ostéomyélite, tuberculose, syphilis, etc.
3° Brulûres de radium et de rayons X.

Ces défauts acquis varient d'une petite perforation du palais dur ou du palais mou à une







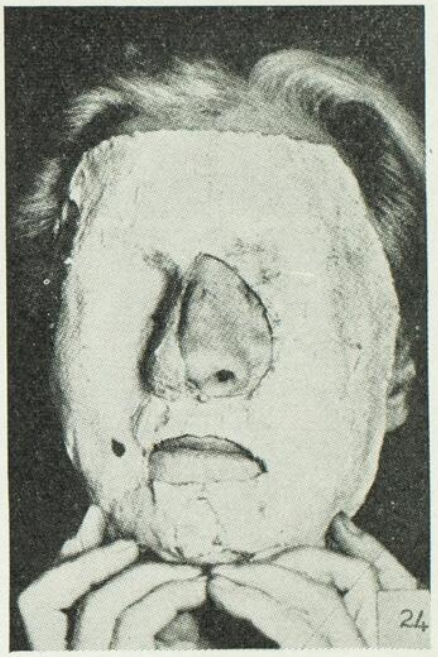


Fig. 21. — Le même appareil vu d'en bas et en arrière.

Fig. 22. — Appareil en vulcanite pour protéger les tissus sains contre les émanations de radium.

Fig. 23. — Appareil confectionné pour protéger les tissus sains contre les émanations de radium.

Fig. 24. — Masque de plomb fabriqué pour le traitement d'un cancer du nez et de la lèvre par le radium.

perte totale du squelette osseux. La rétention de ces appareils s'obtient de différentes manières: pression atmosphérique, ancrage sur les dents présentes, chaufreins s'étendant dans les cavités, ressorts, etc.

2° *Défauts extra-oraux*:

Le service le plus spectaculaire que la prothèse maxillo-faciale peut rendre à un patient est peut-être le remplacement d'un nez, d'une oreille, d'une orbite, d'un œil, d'un doigt ou d'une partie de la joue au moyen de substance inerte.

Il y a plusieurs causes pour la perte d'un de ces organes; mentionnons les accidents, les blessures de guerre, les lésions cancéreuses, la

syphilis, le lupus ou une malformation congénitale.

La chirurgie plastique est le premier recours de ces mutilés. Le chirurgien peut presque toujours, par la greffe cutanée et la transplantation des tissus, refaire ces appendices; mais il se rencontre des cas où une telle opération n'est pas possible pour les raisons suivantes: vieil âge, tumeur susceptible de récidive, incapacité financière, manque de temps, localisation et volume de la masse à remplacer. Plusieurs matériels ont été essayés pour la fabrication de ces nez ou de ces oreilles artificiels: gélatine, vulcanite, métaux, celluloïd, etc., mais aucune de ces substances ne possède les qualités requises pour ce genre de restaurations:

1° facilité de manipulation;
2° coloration précise;
3° rétention prolongée et solidité;
4° consistance ressemblant à celle de la chair;
5° endurance et propreté.

Il n'y a pas encore de matériel qui remplisse toutes ces conditions.

Le caoutchouc, Latex prévulcanisé, mis de l'avant par A. H. Bulbulian de la clinique Mayo et par C. D. Clark, de l'Université de Maryland, est la substance qui se prête le mieux à ces reconstructions faciales.

La compagnie Vernon Benshoff vient de mettre sur le marché une résine plastique de différentes couleurs s'apparentant à la peau, appelé Dicor « A », pouvant servir à ces organes externes. De même la compagnie H. D. Justi and Son, Inc., présente une substance analogue, appelé « Skin-tex ». La technique pour refaire ces nez et oreilles est assez facile; elle comprend la prise d'empreinte, la sculpture de l'organe, la préparation de la substance et sa coloration. Ces appendices artificiels tiennent en place au moyen de lunettes ou au moyen de colle, dont se servent les costumiers pour les moustaches et les barbes postiches. La phase la plus délicate de tout le travail est la coloration; il faut imiter à la perfection la teinte de la peau du patient.

Cas spéciaux.

Le dentiste qui s'occupe de prothèse maxillo-faciale rencontre occasionnellement des cas qui demandent des pièces de prothèse spéciales. Enumérons quelques-uns de ces cas, rencontrés depuis quelques années:

1° résection complète du maxillaire supérieur et d'une portion du septum nasal;
2° résection de la moitié de la mâchoire;
3° résection complète de la mâchoire, à cause de tuberculose osseuse diffuse;
4° amputation d'une partie de la langue;
5° résection chirurgicale ou perte de substance de la figure, combinée avec une destruction d'une partie des maxillaires.

Ces cas et un grand nombre d'autres sont généralement traités à l'aide de chirurgie esthétique.

Mais certains de ces patients, pour des raisons énumérées plus haut, ne peuvent subir une intervention chirurgicale. Il appartient alors au prothésiste de confectionner des appareils spéciaux et d'aider ces infirmes.

Il n'y a pas de principes rigides à suivre pour la fabrication de ces pièces.

Une bonne empreinte, des modèles d'étude et de travail, un bon diagnostic et un plan déterminé forment la base de l'élaboration de ces appareils.

Les tissus intacts, dents, os, tissus mous, entourant le défaut servent d'ancrages pour ces prothèses. Les couronnes coulées, des crochets, du fil de métal, des ressorts à spirale, enfin tout l'arsenal de l'appareillage imaginé par l'ingéniosité de l'opérateur, sont mis en œuvre pour la confection de ces appareils.

Appareils pour les fractures de maxillaires

On peut fabriquer plusieurs genres de supports pour la réduction et l'immobilisation des fractures des maxillaires. Ces appa-

reils sont dessinés et construits pour chaque cas particulier.

Ces supports peuvent être confectionnés en vulcanite, en substance acrylique ou en métal coulé.

Appareils pour la greffe cutanée et l'application de radium

Le chirurgien plastique tend toujours à donner aux tissus une conformation extérieure aussi normale que possible. Si le cas ne présente pas une perte très grande de substance, l'objectif peut être atteint assez facilement. Si d'un autre côté, il y a destruction considérable de tissu osseux, le chirurgien aura peut-être besoin d'un appareil pour supporter les tissus durant leur guérison. Voilà une autre application de la prothèse maxillo-faciale.

1. Des appareils peuvent être utilisés pour supporter les tissus mous immédiatement ou peu après l'accident: à ce stage, les parties sont molles et mobiles et quoiqu'elles soient inflammées, une pression douce peut être appliquée pour diriger la guérison et éviter une contracture désagréable.

2. Des appareils peuvent maintenir les tissus intra-oraux dans un état tel que le contour et la forme extérieure définitive sont plus normaux et peuvent s'adapter à des dentiers ou des appareils spéciaux.

3. Des moules peuvent être façonnés, à la demande du chirurgien plastique, pour maintenir une greffe de tissu en place, tout spécialement autour du cou, de la tête et de la bouche. Leur application la plus fréquente est dans la bouche où il faut parfois greffer, ou ajouter une muqueuse pour créer un replis ou un vestibule détruit par des cicatrices provenant d'infection, de brûlures ou de blessures.

De même, des moules doivent parfois être fabriqués pour agir comme écrans protecteurs des tissus adjacents à des cellules néoplasiques qu'on traite au moyen de radium.

Dans le traitement des cancers au moyen du radium, il est important que l'irradiation totale soit dirigée vers le foyer tumoral et ne se répande pas dans les cellules voisines, saines.

La prothèse maxillo-faciale peut construire des appareils qui protègent les tissus sains des émanations du radium; ces écrans peuvent être faits pour la bouche comme pour la figure et doivent renfermer dans leur sein des plaques de plomb.

Conclusion

Nous avons énuméré, dans cet article, quelques applications de la prothèse maxillo-faciale. Il en est des centaines d'autres, car son champ d'action est illimité.

Par la prothèse maxillo-faciale, le dentiste est le bras droit du chirurgien plastique. Grâce à cette collaboration, des infirmes de la face, dont les cas semblent désespérés, reprennent leur place dans la société. Il est regrettable toutefois que cette prothèse spéciale ne soit pas plus connue des médecins et des dentistes. Il est vrai que les patients nécessitant les services de cette science sont rares et en général peu fortunés; mais cette prothèse, qui se modifie pour chaque cas particulier et qui n'obéit à aucun principe rigide, est pleine d'intérêt pour le praticien ingénieux et inventif. Des merveilles ont été accomplies dans ce domaine, par des dentistes habiles et de plus doués d'esprit humanitaire. Cette science mérite un meilleur sort et, de fait, elle se développe de plus en plus pour le soulagement des mutilés de la face, que nous retournent les champs de bataille.

Bibliographie

John B. ERICH et Louie T. AUSTIN: *Traumatic Injuries of Facial Bones.* W. B. Saunders Co., 1944, p. 568-569.

Arthur H. BULBULIAN: « Facial Prothesis. » *The Dental Digest,* **51**: 380.

Oscar E. BEDER: « The Use of Stents in Skin Grafting in the Mouth. » *Journal of Oral Surgery,* **2**: 32 (janvier) 1944.

Oscar E. BEDER: « Obturators; A Review. » *Journal of Oral Surgery,* **2**: 356 (octobre) 1944.

Ralph LLOYD: « Maxillo-Facial Prosthesis. » *J. A. D. A.*, **31**: 1328 (oct.) 1944.

Nathaniel A. OLINGER: « Surgical Prosthesis. » *American Journal of Orthodontics and Oral Surgery*, **28**: 222 (avril) 1942.

Nathaniel A. OLINGER: « Eugenic Aspect of Cleft Palate and Other Facial Deformities. » *J. A. D. A.*, **31**: 1431 (novembre) 1944.

John J. FITZ-GIBBON: « Prosthodontist to Orthodontist. » *International Journal of Orthodontia and Oral Surgery*, **23**: 337 (avril) 1937.

Andrew J. ACKERMAN: « Protective Shields in Radiation Therapy of Intraoral Cancer. » *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, **38**: 746 (novembre) 1937.

Oscar BEDER: « Protective Shields in Cancer Therapy. » *Annals of Dentistry*, **2**: 99 (décembre) 1943.

Charles J. SCHORK: « Prosthetic Appliance for Comminuted Fracture of the nose; Report of a case. » *Journal of Oral Surgery*, **2**: 324 (octobre) 1944.

TRAITEMENT LOCAL DU RHUME DE CERVEAU PAR L'HUILE DE FOIE DE MORUE

Depuis quelque temps, à nos malades qui souffrent de coryza, nous conseillons tout simplement des applications topiques, sur la muqueuse nasale, d'huile de foie de morue.

De l'huile de foie de morue? Et pourquoi pas?

C'est une pratique comme une autre — le traitement curatif du rhume de cerveau n'étant pas encore connu — et par ailleurs, logiquement défendable.

L'huile de foie de morue, comme son nom l'indique, est un extrait de foie. Par sa composition chimique, elle constitue un mélange complexe, riche en combinaisons iodées et soufrées, et elle représente une source des plus abondantes en vitamine A et vitamine D naturelles. Cet apport vitaminique, croyons-nous, est d'une grande valeur dans le maintien de l'intégrité des fonctions épithéliales dont le rôle n'est pas négligeable dans la lutte contre l'infection. En plus d'être une huile médicamenteuse extrêmement douce, elle possède un pouvoir bactéricide certain et qu'ont reconnu de nombreux auteurs. Des études bactériologiques ont d'ailleurs montré qu'elle ne constitue pas un milieu favorable au développement des bactéries telles que streptocoques et staphylocoques.

Il est vrai que, malgré ces avantages, l'huile de foie de morue présente, dans la pratique, un gros inconvénient: c'est son odeur. Odeur plutôt désagréable que ne peuvent supporter certains sujets délicats et qui rend son usage malheureusement impossible dans bon nombre de cas.

Quoi qu'il en soit, l'huile de foie de morue, quand elle est acceptée, peut rendre de grands services dans le traitement local des états congestifs des voies respiratoires supérieures, tels que naso-pharyngite, rhinite aiguë ou chronique, et même rhume des foins et sinusite.

Employée à bon escient, elle nous a paru posséder une action douce et calmante sans effet secondaire, desséchant, irritant ou toxique. Le soulagement qu'elle apporte est rapide et durable parce qu'elle pénètre immédiatement dans les interstices des muqueuses, même en présence de mucus ou de pus. Elle contribue ainsi à désobstruer les fosses nasales et à en combattre la congestion. De plus, n'étant pas de consistance visqueuse, elle n'entrave pas l'activité ciliaire et son emploi, restant compatible avec les données modernes de la physiologie, peut être longtemps continué dans les états chroniques.

Son mode d'application est d'ailleurs des plus simples. On l'administre à l'aide d'un compte-gouttes, d'un vaporisateur ou d'un tampon. Quelques gouttes seulement dans chaque narine, toutes les 3 ou 4 heures, selon la nature des symptômes et les besoins individuels.

Aussi croyons-nous que l'huile de foie de morue constitue un excellent traitement local du rhume de cerveau et que, nonobstant son odeur et son goût, elle est encore bien supérieure aux diverses gouttes huileuses connues, qui traversent difficilement les muqueuses et dont les produits antiseptiques (essences, balsamiques) sont souvent irritants et sans valeur thérapeutique bien définie.

L. MANTHA.

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE TRACHÉO-BRONCHIQUE [1]

Par **Fernand GRÉGOIRE,**
Assistant du service de Chirurgie thoracique à l'hôpital du Sacré-Cœur
(Cartierville, Montréal).

La tuberculose trachéo-bronchique a fait, durant ces dix dernières années, l'objet de recherches très approfondies. Cette complication, l'une des plus terribles que l'on puisse rencontrer au cours de la tuberculose pulmonaire, est beaucoup plus fréquente qu'on avait l'habitude de le croire.

En effet, depuis que l'on fait la bronchoscopie systématique à tous les patients lors de leur entrée dans certains sanatoria, l'on a trouvé que 10 à 15% des tuberculeux pulmonaires souffraient de tuberculose trachéo-bronchique; et si on ne la fait que dans les cas où il y a des indications précises, on trouve cette complication dans 40 à 50% des cas, tandis qu'à l'autopsie des tuberculeux elle serait présente dans 60 à 75%, d'après Wilson (1), Silverman (2), Jones, Rafferty et Willis.

C'est précisément l'incidence très grande d'une complication qui peut aggraver considérablement le pronostic de nos patients, qui en rend l'étude plus importante.

Nous jetterons d'abord un rapide coup d'œil sur les *données histo-pathologiques de la tuberculose endobronchique,* pour étudier ensemble un peu plus longuement les *différents aspects cliniques et radiologiques* de cette affection.

Nous nous arrêterons ensuite sur les *données bronchoscopiques* qui font partie essentielle du diagnostic, pour terminer par les *traitements* les plus récents actuellement en vogue et *les résultats* obtenus avec chacun d'eux.

* * *

Dans la trachée et les grosses bronches, on a trouvé des lésions spécifiques et d'autres qui ne le sont pas. (3, 4)

Le premier stade est caractérisé par un épaississement œdémateux de la muqueuse et une rougeur diffuse, accompagnée de congestion et d'infiltration lymphocytaire dense, non spécifique.

En deuxième lieu, il y a de *petits tubercules* microscopiques situés sous l'épithélium, entre les glandes.

Puis apparaissent des *petites ulcérations* superficielles avec une infiltration lymphocytaire à la base, qui sera bientôt suivie de granulations tuberculeuses.

Nous serons ensuite en présence de *grosses* ulcérations avec granulations tuberculeuses, surtout à la partie inférieure de la trachée sur la paroi postérieure. Et ces ulcérations, avec granulations tuberculeuses extensives, dans un stade ultérieur s'accompagneront de *fibrose.*

Après un certain temps, l'épaississement fibreux de la paroi bronchique amènera un *rétrécissement* qui pourra aller jusqu'à la fermeture complète de la bronche.

Sur 110 cas de tuberculose pulmonaire, observés par le docteur Silverman (3), 71% de ceux qui avaient des cavités *immenses* ou *moyennes,* avec ou sans fistule bronchopleurale, avaient de la tuberculose endobronchique, tandis que seulement 17% des cas qui n'avaient que de *petites cavités* en présentaient.

Nous sommes donc amenés à étudier la *pathogénie* de cette affection. Il est actuelle-

1. Travail présenté à la *Société de Phtisiologie de Montréal* le 30 mai 1945.

ment reconnu que la tuberculose *primaire* de la trachée et des grosses bronches est excessivement rare. Elle est ordinairement *secondaire* et peut provenir de l'implantation directe du B. K. à la surface de la bronche, ou bien la contamination pourra se faire par contiguïté, i.e. par extension directe des territoires voisins, enfin par voie lymphatique ou sanguine.

L'on a remarqué que l'incidence de la tuberculose trachéale et bronchique est plus forte lorsqu'une cavité est drainée par une bronche, ce qui, tout en n'excluant pas les deux autres hypothèses, plaiderait en faveur de la théorie de l'implantation directe.

Le docteur W. A. Meissner (5), dans une intéressante étude sur 60 poumons chirurgicalement enlevés pour tuberculose pulmonaire, nous dit que 31 ont montré de la tuberculose des plus grosses bronches.

Chez ces patients ainsi opérés, la tuberculose durait depuis 7 semaines chez les uns, jusqu'à 11 ans chez les autres, mais 1/3 en souffraient depuis moins d'un an.

Il a montré que la tuberculose endobronchique est une condition secondaire à la tuberculose parenchymateuse pulmonaire, que ce foyer de tuberculose peut être de dimensions variables et qu'il n'y a pas nécessairement de cavité, car partout où il y a tuberculose parenchymateuse il y a potentialité de tuberculose endobronchique. D'après lui, les lymphatiques de la paroi joueraient un rôle très important dans l'infection des bronches.

Et maintenant, quels sont les *signes cliniques* qui peuvent nous laisser soupçonner une tuberculose endobronchique?

Il ne serait peut-être pas superflu d'appuyer cette étude sur quelques données élémentaires de *physiologie pulmonaire.* (6)

Nous savons que tout ce qui s'opposera à l'entrée et à la sortie normales de l'air dans le poumon, produira des changements statiques aussi bien que dynamiques dans ce poumon. En présence d'un œdème diffus ou d'une sténose fibreuse d'une bronche, nous aurons une diminution de la lumière bronchique qui affectera le passage de l'air. Si l'obstruction est complète, le lobe se rapetissera, l'infection restera enfermée et la suppuration pourra commencer.

C'est l'atélectasie avec ou sans infection consécutive.

Si, d'autre part, l'obstruction n'est pas complète, l'air pourra passer lors de l'inspiration qui distend la bronche, mais ne plus revenir lors de l'expiration pendant laquelle il y a légère contraction qui diminue la lumière bronchique. C'est le « *check valve effect* » avec augmentation de la pression d'air en arrière dans le poumon, donnant de l'*emphysème* localisé s'il n'y a pas de cavité et de la *variation dans le volume* des cavités s'il y a destruction parenchymateuse.

Il est aussi la cause de dyspnée inexpliquée et de cyanose, car cet air bloqué renferme beaucoup moins d'oxygène et le sang qui vient à son contact retourne dans la grande circulation presque désoxygéné. L'obstruction partielle peut devenir plus grande à cause des sécrétions, des granulations et de l'œdème, d'où production d'atélectasie.

A la radiographie on voit *souvent une image opaque dans un poumon en arrière de la sténose,* et une *augmentation des lésions nodulaires du côté condrolatéral.*

Voici comment Norman J. Wilson explique ce phénomène. (6)

Les sécrétions partant des segments distaux des bronches, *frappent* la sténose et éclaboussent les portions périphériques de l'arbre bronchique en arrière lors de toux. C'est le « *back firing mechanism* ».

Cependant sur l'autre côté de la sténose, i. e. sur le côté proximal, il y a projections de très fines gouttelettes, phénomène qui est appelé « atomizer effect ».

Quand le patient prend la respiration suivante, la plus grande partie de l'air entre dans son poumon sain et l'aspiration de ces gouttelettes infectieuses serait la cause des

fines lésions nodulaires vues dans le côté condrolatéral.

Avec le temps, les sécrétions deviennent plus épaisses et purulentes et le champ en arrière de la sténose devient rempli de sécrétions et le parenchyme criblé de tuberculose.

L'infection anaérobique peut aussi s'y développer. A ce moment la radiographie montre une opacité dense occupant tout le parenchyme en arrière de l'occlusion.

La rétraction du médiastin et l'élévation diaphragmatique sont souvent associées. Ces densités radiologiques sont communément appelées atélectasie, mais excepté dans les rares cas au début, ou lors d'occlusion temporaire, elles représentent un parenchyme très imprégné de tuberculose caséeuse. C'est pourquoi on leur donne le nom de poumon opaque plutôt qu'atélectasié.

D'après une étude faite par le docteur Overholt, sur 50 cas de tuberculose endobronchique, le *symptôme clinique chef* serait le « wheezing » localisé ou *ronchus bruyant.* Il serait présent dans 62% des cas. Bien qu'il puisse être dû à plusieurs causes obstructives, comme à des bouchons de mucus, à la distorsion des bronches, à des cicatrices de brûlure ou à des tumeurs ou glandes médiastinales refoulant la bronche..., il est rencontré si souvent dans la tuberculose endobronchique qu'en sa présence, lors de tuberculose pulmonaire, il faudrait *prendre la peine de prouver qu'il n'est pas de nature tuberculeuse.*

McConkey et Gordon, de New-York, arrivent à la même conclusion dans un travail présenté dans l'*American Review of Tuberculosis,* de février 1944, intitulé: « Sténose tuberculeuse des grosses bronches... » « Son diagnostic par le *ronchus* vérifié par *bronchoscopie.* » (7)

Un autre signe important, ce sont les *petites hémoptysies* ou crachats striés. En effet, une ulcération tuberculeuse est capable d'éroder de petits vaisseaux sanguins, d'après Berkelo et Poznik, et causer un saignement le plus souvent non profus, qui strie les crachats. (8)

De plus, les patients qui ont toujours des expectorations positives sans cavité décelables sont susceptibles aussi de faire de la tuberculose endobronchique.

Un patient qui tousse beaucoup, par quintes, sans expectorer, ou très peu est aussi susceptible de faire cette complication.

Un autre signe intéressant, relevé par le docteur Stone, est une douleur ou un léger malaise dans la région sternale. Cette douleur ne serait pas sévère, ressemblerait à une démangeaison ou à une sensation d'étouffement dans la région sternale inférieure. Ce symptôme est présent au début de la maladie.

La *radiographie* nous est aussi d'un grand secours lorsqu'il s'agit de poser le diagnostic de tuberculose endobronchique.

Les signes radiologiques rencontrés lors de cette affection sont les suivants: (9-10)

1° l'atélectasie massive d'un lobe avec déplacement (shiftage) médiastinal, et avec ou sans élévation diaphragmatique;

2° le placard hilaire;

3° les lésions opaques de distribution lobaire, multilobulaire ou seulement lobulaire;

4° la tuberculose basale;

5° certains types de cavité: a) celles avec des parois minces et des niveaux liquides; b) celles dont le volume varie;

6° l'extension soudaine d'une lésion apparemment contrôlée;

7° l'emphysème par obstruction.

En face d'une de ces images radiologiques avec ou même sans les symptômes cliniques énumérés plus haut, nous sommes en droit de penser à une tuberculose endobronchique et de demander un examen bronchoscopique. Un rapport négatif du bronchoscopiste ne signifie pas cependant absence totale de lésion. Il nous dit simplement qu'il n'en a pas vu dans les bronches explorées et ceci ne nous donne que le droit de lui demander ultérieurement de nouveaux examens.

Au point de vue bronchoscopique, il y a essentiellement trois stades de tuberculose endobronchique:

1° l'infiltration sous-muqueuse;

2° l'ulcération et le changement hyperplasique;

3° La guérison qui peut arriver à n'importe lequel stage.

Le docteur Norman J. Wilson classifie les lésions bronchiques d'après le type des lésions en:

sous-muqueuse;

ulcérative;

type hyperplasique: a) avec ou sans ulcérations, b) avec tuberculome, c) avec destruction du cartilage;

type de sténose fibreuse, avec ulcération ou sans ulcérations.

Les divers types le plus souvent coexistent, mais le type *ulcéro-hyperplasique* est le plus commun chez tous ceux qui présentent des images radiologiques typiques.

Quelles sont maintenant les indications bronchoscopiques?

Nous pouvons les diviser en deux, cliniques et radiologiques.

Chaque fois que nous serons en présence:

1° d'un « wheezing » unilatéral;

2° de crachats positifs sans évidence de lésion parenchymateuse suffisante;

3° de toux opiniâtre avec difficulté à expectorer, accompagnée de dyspnée et de cyanose sans cause évidente dans le parenchyme;

4° de rétention intermittente des sécrétions;

5° de fièvre prolongée après thoraçoplastie, nous devrons faire faire une bronchoscopie exploratrice.

Si, d'autre part, nous avons une image radiologique ressemblant à l'une de celles décrites plus haut, il faudra aussi demander au bronchoscopiste le concours de son art.

Mais il y a des contre-indications bien précises à la bronchoscopie.

Aussi nous ne devrons jamais la demander:

1° dans la phase terminale de la maladie;

2° ni lors d'hémorragie pulmonaire;

3° ni en présence d'infection respiratoire aiguë;

4° ni lors d'une laryngite tuberculeuse ulcérée.

Ici la contre-indication est formelle excepté en cas d'urgence comme lors d'occlusion post-thoracoplastie.

Mais en présence d'une tuberculose endobronchique, qu'y a-t-il à faire?

Quelques auteurs, avec *Myerson,* disent que les *lésions actives de l'arbre* trachéo-bronchique sont susceptibles *de guérir seules* dans la plupart des cas.

Le docteur Bonnier, dans un article publié dans le *Bulletin du comité de la Défense contre la tuberculose* (janvier 1944), dit ceci: « Nous sommes entièrement d'accord avec Jackson, Clerf et Mayerson, quoi qu'en disent certains bronchoscopistes, que la solution de nitrate d'argent supérieure à 5% est destructrice dans les bronches. Même à cette concentration, elle est dangereuse; la manœuvre exige une grande prudence et une grande précision. On ne conseille l'électrocoagulation superficielle transbronchique, ou mieux la cautérisation par cautère ou solution cautérisante, que dans les cas d'ulcères indolents sans autres lésions actives aiguës au voisinage immédiat. »

Cependant plusieurs auteurs rapportent d'excellents résultats avec le traitement local au nitrate d'argent à 30%. (11)

Scharp et Gorham ont rapporté 95% de bons résultats, tandis que Tuttle, O'Brien, Day et Phillips, 70%. Salkin, Calden et Edson soutiennent qu'environ 75% de ces cas guérissent spontanément si la maladie parenchymateuse est contrôlée. Contrairement à ceux-ci, Alexander, Sommer et Ehler ont trouvé, dans leur expérience de 50 thoracoplasties avec tuberculose endobronchique, que le contrôle complet de la lésion parenchymateuse par un collapse adéquat, n'est pas nécessairement suivi d'une amélioration correspondante de la lésion trachéo-bronchique.

Pourquoi cette différence immense dans les résultats?

Plusieurs facteurs peuvent nous aider à l'expliquer.

1° La guérison dépend du type de lésion endobronchique. S'il y a hyperplasie et ulcération, il est clair que ce sera plus difficile.

2° L'intervalle entre les applications de NO^3Ag est aussi très important. Elles doivent être faites toutes les deux à trois semaines au plus tard.

3° Le patient doit être soumis à une cure sévère comme pour une lésion parenchymateuse.

4° La guérison se fera d'autant plus attendre que la maladie durera depuis plus longtemps. D'où indication de les traiter localement le plus tôt possible.

5° Le contrôle de la lésion parenchymateuse joue aussi un rôle important. Il est entendu que, si celle-ci est contrôlée, la lésion bronchique guérira plus vite, bien que parfois ce soit cette dernière qui entretienne l'autre.

Voici un résumé sommaire de la façon dont le docteur Norman J. Wilson traite localement ses patients souffrant de tuberculose endobronchique. (11)

1° Il emploie le NO^3Ag à 30% toutes les deux semaines et aussitôt que possible. Il affirme *n'avoir jamais eu de sténose résultant de ce traitement.*

2° Le NO^3Ag n'est appliqué qu'aux surfaces d'ulcération et de granulation.

3° Il n'essaye pas de traiter les sténoses fibreuses parce qu'il n'y a aucune méthode qui puisse donner une dilatation permanente. Cependant, on peut faire faire la dilatation temporaire au spéculum bronchoscopique ou à la pince dilatatrice.

4° La biopsie n'est jamais faite de peur de créer des ulcérations.

5° Avec des lésions qui répondent bien, il continue les applications à deux semaines d'intervalle jusqu'à disparition d'activité. Ensuite, il espace et fait un dernier examen après 6 mois.

6° S'il n'y a pas d'amélioration après un certain temps et qu'une complication, comme atélectasie, réinfection ou suppuration, est imminente, il fait faire la résection pulmonaire. Parfois la thoracoplastie totale est conseillée avec continuation du traitement local.

Ce traitement local stimule la guérison, empêche la destruction excessive des tissus et réduit la possibilité de sténose (12). Davies a montré que les cas traités localement donnent de bien meilleurs résultats que les témoins non traités.

Ses statistiques montrent que 39% de ceux qui recevaient un traitement local ont été considérés arrêtés, guéris ou bien améliorés et 13% sont morts, tandis que seulement 11% de ceux qui ne recevaient pas de traitement local ont été considérés arrêtés, guéris ou améliorés et que 26% sont morts.

Que penser maintenant du traitement de ces lésions par collapsothérapie?

Norman J. Wilson (13) nous dit que l'expérience a prouvé que le traitement par collapse peut non seulement être inefficace, mais qu'il est actuellement dangereux et peut rendre le pronostic plus sérieux dans certains cas.

Les complications rencontrées chez ses patients durant leur collapse sont directement proportionnelles à deux facteurs:

1° à l'acuité et à l'étendue de l'évolution bronchique;

2° au degré de sténose.

La raison en est que le collapse cause un relâchement et un raccourcissement de la bronche et augmente ainsi la sténose existante et conséquemment empêche le drainage bronchique.

Le pneumothorax serait le procédé de collapsothérapie le plus dangereux et la thoracoplastie, le moins dans ces cas.

Après la paralysie du phrénique dans les cas de tuberculose endobronchique, 50% ont fait de l'atélectasie (massive).

Il faudrait donc faire une évaluation soignée des bronches là où l'on veut instituer un traitement par collapsothérapie. Dans plusieurs endroits l'on a reconnu la *nécessité d'une bronchoscopie avant la thoracoplastie,* mais on ne la fait pas avant le pneumothorax, qui est pourtant le procédé de collapsothérapie le plus dangereux dans ces cas.

Ceci est absolument inexplicable après les travaux de Chamberlain et Gordon dans « Treatment of Endobronchial Tuberculosis » (*Journal of Thoracic Surgery,* nov 1942), de Rafferty et Shields en 1943 et de Tuttle et O'Brien en 1942.

Le concept actuel, c'est qu'il ne faut pas traiter la lésion endobronchique comme une maladie isolée, mais comme une complication de la tuberculose pulmonaire.

Le type de collapsothérapie à employer pour contrôler la lésion parenchymateuse est gouverné par deux facteurs:

1° le type de maladie parenchymateuse;

2° le type de lésion endobronchique.

Mais depuis ces dix dernières années une avance très importante a été faite dans le traitement de la trachéo-bronchite tuberculeuse par la lobectomie et la pneumonectomie, qui sont devenus des procédés avec une telle marge de sécurité qu'ils peuvent être considérés dans tout programme thérapeutique. Les études récentes ont démontré la limitation et le danger de collapse dans ces cas.

Ces études ont établi le fait que, plus l'atteinte bronchique est considérable et étendue, moins les procédés de collapsothérapie ont de chances de réussite. La plupart des auteurs, en effet, sont d'avis que le pneumothorax et la paralysie du phrénique sont contre-indiqués en présence d'une ulcération bronchique ou d'une sténose marquée à cause de l'incidence très forte d'atélectasie consécutive et de la non-expansion du poumon lorsqu'on voudra relâcher le pneumothorax même peu de temps après son institution.

Le *pneumo* et la *phréni* sont aussi responsables dans ces cas d'emphysème et d'*infection anaérobique.*

Si la thoracoplastie complète a donné de meilleurs résultats dans les séries rapportées, elle n'a cependant été appliquée qu'à une fraction des patients atteints de tuberculose endobronchique, la plupart des cas n'ayant pas été jugés opérables.

Seuls les cas considérés stabilisés ont été opérés. Malgré ces précautions, l'incidence des cavités sous tension, l'infection de la base et l'expansion active de la tuberculose ont été hautes chez ces patients. Les suites opératoires sont toujours orageuses dans ces cas et la réinfection tardive, dans un endroit éloigné du parenchyme, est fréquente.

A cause de la faillite de la collapsothérapie, la résection pulmonaire a été faite chez un nombre croissant de patients avec tuberculose endobronchique.

Les docteurs Wilson et Overholt, de Boston (*Disease of the Chest,* de janv. 1945), en rapportent 30 cas, dont 24 avec sténose bronchique et 11 avec ulcération associée. Ils ont perdu en tout 11 patients principalement avant 1942, alors que la technique chirurgicale était variable. Ils n'employaient pas systématiquement la méthode du lambreau pleural pour fermer la bronche et le tourniquet était encore employé.

Depuis que les soins pré et postopératoires ainsi que la technique chirurgicale sont standardisés, les résultats semblent meilleurs.

Dans un article intitulé « Pneumonectomie totale et partielle dans le traitement de la tuberculose pulmonaire » publié dans *The Journal of Thoracic Surgery,* de fév. 1945, le docteur Janes, de Toronto, rapporte 31 cas de résection en tuberculose pulmonaire, dont 10 pneumonectomies depuis 1940, pour sténose de la bronche souche, et 3 autres pour tuberculose pulmonaire avec bronchectasie associée.

Il nous dit que les résultats dans ces cas ont été raisonnablement satisfaisants, mais

qu'il ne faut pas tenter l'intervention si le processus a gagné directement la trachée. Dans un autre article du *Journal de chirurgie thoracique* de fév. 1945, portant sur les résections en tuberculose pulmonaire, les docteurs Wilson et Overholt nous disent que la tuberculose active ou non active de la bronche dans le poumon à enlever, n'est pas une contre-indication et qu'au contraire elle est souvent une indication pour la résection.

La question reste de savoir si la résection peut être faite en sécurité à *travers* une région atteinte de la bronche. Elle a souvent été faite sans fistule consécutive; mais avec des ulcères du moignon bronchique dans 21% des cas.

Conclusion

Comme conclusion, nous pouvons dire qu'une évaluation du système bronchique est aussi importante que celle du parenchyme, lorsqu'il s'agit de tuberculose pulmonaire et que sans elle l'élaboration adéquate d'un programme thérapeutique est impossible.

De plus, en présence de tuberculose endobronchique lors de tuberculose pulmonaire, le traitement local, au moins dans les cas d'ulcères indolents et de tuberculomes, vaut la peine d'être employé au début avec ou sans collapsothérapie associée, selon le cas, mais si la lésion endobronchique est plus avancée, ou s'il y a imminence de complication, les procédés de collapsothérapie deviennent *contre-indiqués* et l'opinion semble orienter de plus en plus ces patients vers la résection totale ou partielle de leur poumon malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Norman J. WILSON, M.D.: « Bronchoscopie observative *in* Tuberculous tracheobronchitis. Clinical and Pathological correlation. » *Diseases of the Chest*, **1**: 37; 1945.
2. Moses T. STONE: « Clinical Aspects of endobronchial tuberculosis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 62; 1945.
3. Gertrude SILVERMAN: « Tuberculosis of the Trachae and Major Bronchi. » *Diseases of the Chest*, **1**: 7; 1945.
4. Norman J. WILSON: « Tuberculous tracheobronchitis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 40; 1945.
5. William A. MEISSNER: « Surgical Pathology of endobronchial tuberculosis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 22; 1945.
6. Norman J. WILSON: « Bronchoscopie observative *in* Tuberculosis Tracheobronchitis. Clinical and Pathological Correlation. » *Diseases of the Chest*, **1**: 50; 1945.
7. McCONKEY et Joseph GORDON: « Tuberculosis stenosis of major bronchi. » *The American Review of Tuberculosis*, **2**: 140; 1944.
8. BERKELO et POZNIK: « The radiological findings in tracheobronchial tuberculosis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 32; 1945.
9. BERKELO et POZNIK: « The radiological findings in bronchotracheal tuberculosis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 28; 1945.
10. Norman J. WILSON: « Tuberculous tracheobronchitis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 41; 1945.
11. Norman J. WILSON: « Tuberculous tracheobronchitis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 44; 1945.
12. Norman J. WILSON: « Treatment of Tuberculous Tracheobronchitis. » *Am. Review of Tuberculosis*, **48**: 94; 1943.
13. OVERHOLT et WILSON: « Pulmonary resection for Tuberculosis complicated by tuberculous bronchitis. » *Diseases of the Chest*, **1**: 72; 1945.

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 74 — No 12 Montréal, décembre 1945

UNE INNOVATION DANS LA CONCEPTION ET L'AMÉNAGEMENT DES SOINS POST-OPÉRATOIRES

Le progrès naît, dit-on, des erreurs reconnues, contrôlées, corrigées. Ainsi en va-t-il des améliorations des hôpitaux qui se réalisent par la constatation raisonnée de ce qui leur manque pour le bien-être et la sécurité des malades.

Cette conception est encore plus vraie pour tout ce qui a trait au geste opératoire et à ses suites. En effet, le succès d'une opération n'est pas en fonction exclusive du geste opératoire proprement dit. Nous sommes à même de constater malheureusement trop souvent qu'il peut être irrémédiablement compromis par une préparation inadéquate comme par des complications postopératoires mal soignées. L'ensemble d'un hôpital et d'une installation chirurgicale doit être considéré comme instrument de travail. Si l'instrument est défectueux et mal ajusté, le geste opératoire le mieux compris et le mieux exécuté peut aboutir à un échec.

Si bien que de nos jours, un hôpital général doit se concevoir en fonction de ses salles d'opération ou de l'ensemble des blocs opératoires. Ceux-ci doivent être la cellule centrale où aboutissent et d'où émanent les autres départements. La logique veut que le département le mieux conçu et le plus complet à tous les points de vue soit celui où se prennent quotidiennement les mesures les plus urgentes, les plus graves et les plus définitives pour la vie et la santé des malades. Qui niera, à cet égard, la prééminence du bloc opératoire?

Ce qui reste à réaliser dans ce domaine est encore, à la lumière des acquisitions nouvelles, aussi considérable que tout ce qui a été fait actuellement. Chaque année, cependant, dans un pays ou un autre, ou dans un quelconque hôpital, d'heureuses innovations sont apportées au système préétabli pour la sécurité des opérés, la plus grande tranquillité des chirurgiens et la facilité de leur travail.

C'est ainsi qu'on vient d'attirer tout spécialement l'attention sur l'anesthésie, en tant que geste d'une portée scientifique importante lorsqu'il est associé au geste opératoire proprement dit, et sur le sujet anesthésié eu égard aux suites postopératoires qui résultent précisément de son état. Certaines administrations hospitalières ont déjà bien compris, et certains médecins se sont rendu compte, qu'un malade anesthésié, et surtout qu'un grand opéré, doivent être traités de façon particulière, pour ne pas dire privilégiée, dans un grand hôpital qui se prétend progressif et moderne.

L'Institution des Mayo de Rochester, qui inscrit à son crédit des initiatives heureuses, a fait œuvre nouvelle dans ce domaine depuis plusieurs années déjà.

On peut s'en rendre compte en lisant dans le numéro du 5 mai 1943 de *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic* un article intitulé: « Annual report for 1942 of the section on anesthesia » (Rapport annuel pour 1942 de la section d'anesthésie). Cet article a été déjà minutieusement analysé par le Dr Eug. Allard dans *L'Union Médicale du Canada* de novembre 1945, sous la rubrique « Anesthésie ». Si nous y revenons aujourd'hui, c'est dans l'intention de le situer sous son angle chirurgical, en considérant sa valeur par rapport aux suites

postopératoires et les modifications qu'il peut susciter dans l'aménagement du bloc opératoire.

* * *

De plus en plus, les membres du service d'anesthésie de l'Institution Mayo sont appelés à participer aux soins que réclament un grand nombre de malades soit dans leurs chambres, soit dans les salles d'opération, leur compétence étant reconnue lorsqu'il s'agit de troubles respiratoires postopératoires, du traitement du choc et de thérapeutique parentérale.

Mais citons le Dr Eug. Allard:

« Dans le but de diminuer le travail des infirmières dans les départements et aussi de donner aux patients encore anesthésiés les soins biens appropriés, on a établi, depuis mars 1942, une salle d'observation postanesthésique, « P. A. R. », où sont gardés sous bonne surveillance les malades encore inconscients à la suite d'une anesthésie générale.

« Certaines considérations pratiques se dégagent de cette innovation. Le malade anesthésié reçoit des soins plus appropriés que s'il retourne directement à son lit excepté s'il bénéficie de l'assistance d'une garde-malade spéciale. Les patients déjà sur les départements reçoivent plus d'attention si la garde-malade n'est pas obligée de demeurer continuellement auprès d'un malade encore anesthésié et agité.

« Le personnel des départements reconnaît que c'est là une des meilleures améliorations apportées depuis plusieurs années; il ne voudrait pour aucune considération revenir à l'ancien système.

« Les patients reçoivent les injections stimulantes, les sérums intraveineux, le plasma et les transfusions sans subir aucun retard, contrairement à ce qui se produit si souvent lorsqu'ils retournent directement à leur lit. Les aides et les médecins qui ont charge du transport des opérés peuvent revenir rapidement à la salle d'opération sans aucune perte de temps.

« Le chef anesthésiste juge si le patient doit passer par la salle d'observation post-anesthésique, il recommande son départ pour sa chambre seulement après avoir contrôlé que le réveil est complet et que sa condition ne nécessitera pas une surveillance constante.

« L'expérience de 2,071 cas traités dans cette salle en 1942 nous a permis de faire quelques déductions.

« Cette chambre doit contenir un nombre de lits égal au nombre de salles d'opération. Le patient séjourne habituellement aussi longtemps dans la salle post-anesthésique que dans la salle d'opération. La salle doit être prête à recevoir les malades environ une heure après le début de la première intervention et se ferme une fois la dernière opération terminée. Tous les patients ne passent pas nécessairement par cette salle: ceux qui ont les services d'une garde-malade spéciale, ceux qui sont déjà éveillés ou ceux qui ont subi leur intervention sous anesthésie rachidienne ou locale peuvent retourner directement à leur chambre excepté s'ils sont en mauvaise condition et nécessitent une surveillance ou des soins spéciaux. Toutes les chambres de l'hôpital ne peuvent être aménagées de tous les accessoires que l'on retrouve dans cette salle tels que: appareils à succion, ballons d'oxygène de carbogène avec inhalateurs, laryngoscopes avec canules intratrachéales, stimulants, sérums, plasma, sang, etc.

« Le séjour dans cette salle nécessite un transport superflu des malades, mais on a simplifié cette manipulation en employant des civières dont la hauteur correspond à celle des lits; on n'a donc qu'à glisser les malades sans faire d'effort pour les soulever.

« Tous les lits doivent être protégés sur les côtés dans le but d'éviter la chute des malades agités. Il est préférable de placer cette chambre d'observation sur le même plancher et à proximité des salles d'opération; de cette façon, les anesthésistes peuvent se rendre auprès des malades sans perte de temps lorsqu'ils sont appelés d'urgence. Si le patient est rendu à sa chambre, souvent bien éloignée de la salle d'opération, l'anesthésiste retarde à rejoindre son patient et son absence de la salle d'opération est beaucoup plus prolongée. Le personnel de cette salle se compose de deux gardes-malades et d'un infirmier avec un aide supplémentaire pour certains jours où les opérations sont très nombreuses. Deux appareils téléphoniques sont en usage dans cette salle afin d'atteindre rapidement et en tout temps un médecin lorsqu'on a un sérum à installer ou que l'état d'un patient nécessite l'assistance d'un anesthésiste. »

* * *

A cet exposé pertinent et qui a son éloquence propre, nous ajouterons seulement quelques commentaires.

Du point de vue du malade, celui-ci a tout à gagner dans ce nouveau système: repos, sécurité, soins immédiats, transition surveillée et progressive. Certes, le malade est soustrait aux yeux de son entourage dès après l'opération et la famille peut parfois considérer cette mesure comme un abus d'autorité. Mais on ne voit pas très bien, en dehors de leur satisfaction sentimentale, ce que les membres de la famille ou les amis de l'opéré peuvent bien venir faire auprès d'un opéré dans les heures qui suivent une opération, alors qu'ils n'ont été d'aucune utilité pendant l'opération elle-même. D'ailleurs, dans un grand nombre de cas, il se passera encore plusieurs jours avant que leur présence soit désirée de l'opéré lui-même; donc à plus forte raison dans les heures qui suivent l'opération.

Il faut se rappeler qu'une chambre d'hôpital a un cubage d'air qui doit être réservé pour l'opéré, air qui ne doit pas être vicié par des présences inutiles. Les visiteurs sont-ils porteurs de germes d'infection grippale ou autres? Leur présence alors ne peut qu'être nocive pour un opéré en état de moindre résistance. Celui-ci est un grand malade postopératoire. C'est ce que le public ne comprend pas et s'il n'est pas d'autres moyens de faire son éducation sur ce point qu'en isolant de lui l'opéré, l'expérience vaut certainement d'être tentée.

Du point de vue du chirurgien, la salle d'observation postanesthésique est une libération et une sécurité. S'il opère trois ou quatre patients d'affilée, comme c'est souvent le cas, il se trouve, restant sur le même étage, en contact possible et permanent avec ceux qui viennent de subir son intervention. Il n'est pas obligé de les surveiller par lui-même, mais il se sait disponible, ce qui lui permet de se consacrer au patient actuel sans arrière-pensée.

Le point de vue du personnel hospitalier ayant été suffisamment illustré, je n'y reviendrai pas.

Quant aux anesthésistes, mon expérience m'a prouvé tout le bénéfice qu'on pouvait recueillir d'une étroite collaboration avec eux. Pour le chirurgien ils sont, lorsqu'ils ont la compétence requise par leurs délicates fonctions, des indicateurs, je dirais même des détectives merveilleux. En les associant à la surveillance de l'évolution postopératoire des malades, en travaillant avec eux en équipe, le chirurgien assure l'efficacité du bloc opératoire, consolide les résultats de son intervention et équilibre le rendement total de tous ceux qui participent avec lui à la tâche de guérison à laquelle il a voué toutes ses forces.

Pierre SMITH.

VARIÉTÉS

LES ESPOIRS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE[1]

Par **Edmond DUBÉ,**
Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Mon premier devoir, et c'est un véritable plaisir pour moi, est de vous féliciter. Vous avez terminé une longue étape d'études dans des conditions particulièrement difficiles. Vous avez subi, en effet, les nombreux inconvénients d'un cours accéléré et, malgré vos propres efforts et les sacrifices consentis par le personnel enseignant, une grande partie de votre cours médical s'est poursuivie sur un rythme anormal. Toutes les autorités compétentes sont aujourd'hui d'accord pour admettre que la médecine ne peut s'apprendre à la course et que l'élève doit nécessairement avoir le temps de digérer les nombreuses matières qu'il lui faut assimiler au cours de son séjour à l'Université. Il vous reste cependant une ressource et j'espère que vous saurez en profiter. Vous aurez sûrement l'occasion de compléter votre formation dans nos milieux hospitaliers et à l'étranger et tous ceux qui le peuvent ne devraient pas négliger, pour leur plus grand bénéfice, de saisir cette occasion. L'expérience démontre que la formation post-scolaire ne profite, à de rares exceptions près, qu'à ceux qui la poursuivent avant d'entrer en pratique et il ne faudrait pas attendre et remettre à plus tard des études qui vous sont nécessaires dès maintenant, si vous avez l'intention de vous élever au-dessus de la mêlée.

Malgré tous les inconvénients occasionnés par l'accélération, vous avez quand même acquis des notions de médecine qui vous permettront de vous tirer d'affaire. Je ne vous parlerai pas des qualités du médecin, que vous connaissez sans doute, car vous n'auriez pas choisi votre profession, si elles vous étaient inconnues. Cependant, si vous voulez devenir de bons médecins, et je sais que c'est votre désir, il faudra vous souvenir que votre premier but sera de guérir votre malade, parfois même au détriment de votre bénéfice personnel. Il vous sera nécessaire de continuer vos lectures médicales, de vous tenir au courant des progrès de la médecine et d'apprendre à penser, à apprécier et à analyser vos connaissances pour les appliquer à la clinique et à la thérapeutique. Une formation générale vous sera également toujours utile et je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'amour de votre profession vous fera oublier bien des déceptions.

Le médecin mérite souvent plus de reconnaissance qu'il ne reçoit de la communauté et il est souvent blâmé pour des faits dont il n'est pas responsable. Il est parfois critiqué par des personnes incompétentes qui sont elles-mêmes loin d'être à l'abri de tout reproche. On oublie que le médecin est humain, malgré ses fonctions, et le loisir que tout le monde réclame aujourd'hui lui est souvent refusé. Le médecin ne connaît pas la journée de huit heures et combien d'entre nous ont l'occasion de s'offrir le repos, même le plus nécessaire. Seul, le désir d'exercer votre profession dans la tradition de nos aînés, vous permettra de mettre de côté les nombreux ennuis qui surgissent souvent à l'improviste.

Je ne voudrais pas vous attarder, mais je crois qu'il est maintenant de mon devoir, au risque de vous garder quelques minutes, de vous communiquer nos projets et nos espoirs.

* * *

1. Communication faite à la Collation des diplômes de la Faculté, le 31 août 1945.

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal est arrivée à un tournant de son histoire. Quels sont les projets et les espoirs de ceux qui président à ses destinées?

Pour ce qui est du côté matériel, notre Faculté dispose actuellement d'une partie des locaux dont elle a besoin. Elle ambitionne pouvoir occuper le reste dans un avenir rapproché. Dès maintenant il faut songer à les rendre utilisables.

Du côté des études, tout en reconnaissant la valeur de ses professeurs, dont la compétence et le dévouement sans limite ont déjà donné des fruits remarquables, la Direction de la Faculté et son doyen en tête sont obligés de reconnaître que certaines parties de l'enseignement doivent être rénovées. Ils n'oublient pas que la médecine ne connaît pas de frontières et doit être internationale. Une faculté qui ne reçoit pas de sang nouveau, parfois et en partie de l'étranger, est souvent une faculté qui sommeille et qui produit peu.

Nous ne devons pas craindre ces transfusions auxquelles recourent avec grand avantage les facultés les plus renommées. Sans aller bien loin, qu'il nous suffise de jeter un regard chez nos voisins. Nous constaterons que leur réputation, justement méritée, est due en grande partie au prestige et au savoir d'éléments étrangers. Les premiers bénéficiaires en ont été les étudiants et par voie de conséquence la communauté tout entière, car une bonne santé est primordiale pour un peuple.

Le coût de la formation d'un étudiant en médecine est forcément élevé; chez nous il est manifestement inférieur à la moyenne. Sans prétendre que la valeur de l'éducation médicale soit en rapport direct avec le montant dépensé pour l'instruction de chaque élève, il faut tout de même admettre qu'il est indispensable d'y consacrer les fonds nécessaires.

La réputation d'une université, et ceci n'est ni une réflexion désobligeante ni une critique à l'endroit des autres facultés ou écoles, est à l'échelle de sa faculté de médecine et des médecins qu'elle forme. L'Université de Montréal se doit de ne point l'oublier. En outre, devant la tâche immense qu'il nous reste à faire chez nous en ce qui concerne la santé publique, les autorités compétentes ne sauraient ménager leur aide.

La valeur de l'enseignement médical peut être appréciée et jugée par tous ceux qui, de près ou de loin, s'y intéressent, mais nous sommes en droit de penser que ce sont encore les membres du corps médical, particulièrement ceux qui y consacrent leurs efforts et leur temps, qui en sont les meilleurs juges.

On ne s'attarderait pas à demander à un avocat d'apprécier la valeur d'un plan d'architecte ni à un architecte de résoudre une question de droit. On semble oublier parfois que la médecine et son enseignement relèvent de la profession médicale, et à ce propos il convient de relever une idée fausse qui a cours et qui est de croire que la médecine et son enseignement sont comparables à une organisation industrielle où le rendement est souvent en fonction du travail honoraire. On admet difficilement, par exemple, que le personnel d'une faculté de médecine soit assez élevé, car on ne s'arrête pas à penser que nos étudiants, en raison de leur nombre, doivent être divisés en petits groupes et fréquenter plusieurs milieux hospitaliers, pour se familiariser avec les diverses spécialités de leur art.

L'enseignement de base, ou pré-clinique, a fait de rapides progrès chez nous depuis quelques années et paraît bien orienté. Il nous faut toutefois préconiser un meilleur agencement de nos divers degrés d'enseignement. Il n'y a aucune raison pour que l'étudiant, au sortir du collège classique, ne soit pas en mesure d'entrer immédiatement en première année de médecine. Car le jeune homme en perdant une année occasionne une dépense appréciable à ses parents et commence sa pratique ou des études post-universitaires à un âge trop avancé. Il ne nous appartient pas d'indiquer le remède que nul n'ignore.

La pédagogie en médecine suit les données de l'expérience et, de nos jours, rares sont les éducateurs qui ne sont pas d'avis que l'étudiant doit être mis en présence du malade dès la deuxième année du cours. Notre programme a été agencé dans ce but et aujourd'hui le futur médecin passe plusieurs heures à l'hôpital à s'initier aux méthodes difficiles d'examen, et à l'application des notions inculquées. Cette formation, à notre avis, réalisée chez nous par l'enseignement de la propédeutique, est essentielle et mérite d'être poussée davantage.

Abordons maintenant l'enseignement clinique, sur lequel il y aurait tant à dire. Contentons-nous de souligner que cette partie de l'enseignement est un des premiers soucis de la Direction, qui estime qu'avec son programme d'enseignement par petits groupes d'élèves, elle atteindra le but poursuivi. Cependant, ce but ne pourra être vraiment atteint tant que nous ne disposerons pas de notre hôpital universitaire, pour l'enseignement de base en médecine et en chirurgie. Cet hôpital, nous l'espérons, sera bientôt une réalité qui nous permettra d'améliorer encore notre programme.

Les Etats-Unis nous ont montré la voie dans ce domaine. Il y existe plusieurs hôpitaux reliés directement et dans le voisinage immédiat de leurs facultés de médecine. Citons les plus connus: Harvard, à Boston; le Presbyterian, à New-York; Western Reserve, à Cleveland et Rochester, deux villes comparables à la nôtre. Il est à souhaiter que nous ne tarderons pas à suivre l'exemple de nos voisins et que nous aurons, dans un avenir prochain, notre centre médical hospitalier organisé, avec un hôpital général de 500 lits, qui ne demande qu'à être terminé, un hôpital pour enfants de 700 lits, un pavillon d'obstétrique de 200 lits, un pavillon d'isolement de 150 à 200 lits et des pavillons spécialisés suivant les besoins. La réalisation de ce rêve bénéficiera à la fois aux étudiants en médecine et aux malades qui y trouveront les compétences que requièrent leurs cas.

Puisqu'on en est sur le sujet de la phase clinique de l'enseignement, rappelons le système d'internat inauguré, il y a maintenant longtemps, pour les élèves de la cinquième année, système qui, à notre sens, a largement contribué à améliorer la formation de nos jeunes médecins et qui a haussé grandement le niveau de notre curriculum. Notre programme d'études doit parvenir à réduire le nombre de cours théoriques, afin de laisser à l'élève le temps nécessaire au travail personnel et à la culture générale.

* * *

L'horizon d'une faculté de médecine ne doit pas être limité à son enseignement; le développement de ses départements de recherches doit être parmi ses premières préoccupations. Avouons-le humblement, il y a beaucoup à faire dans ce domaine, pour lequel des fonds spéciaux sont indispensables.

Au cours de l'année, nos laboratoires de recherches n'ont reçu qu'un montant de $4,750.00; un si faible budget ne permet aucun progrès. Ce sont les personnes qui en profiteront le plus qui devraient fournir les fonds pour les recherches, mais hélas ! chez nous, plus qu'ailleurs peut-être, on ne s'en préoccupe pas.

Heureusement, une décision récente de la Société d'Administration de l'Université a permis à notre Faculté d'inaugurer prochainement un Institut de recherches en médecine et en chirurgie expérimentales. Cet Institut est appelé à faire briller d'un éclat particulier notre Faculté de médecine et notre Université.

L'enseignement post-scolaire est un corollaire de l'enseignement scolaire; aussi, à plusieurs reprises au cours de la dernière année universitaire, la Faculté a-t-elle étudié ce problème et croit pouvoir mettre sur pied un enseignement qui coordonnera et améliorera ce qui existe déjà. Le jeune médecin qui

vient de recevoir son doctorat et qui désire compléter sa formation doit pouvoir trouver chez nous, au moins, la première partie de ses études de perfectionnement, avant d'aller les compléter à l'étranger, s'il y a lieu, et dans ce dernier cas, avec une préparation lui permettant d'en retirer plus d'avantages. C'est seulement ainsi que nous pourrons recruter le personnel enseignant dont nous avons besoin, facteur de première importance pour notre avenir.

Un mot en passant sur le milieu propice à la formation post-scolaire de nos jeunes médecins: à proximité de nous les milieux les plus divers nous sont offerts. Nous aurions bien tort de ne pas en profiter, quand la France elle-même se propose d'y recourir.

* * *

De quoi demain sera-t-il fait ? Répétons-le: bien que notre curriculum actuel ait ses mérites, il y a place pour des réformes, surtout en ce qui concerne la coordination dans les matières de base, dans les sciences pré-cliniques. Réformes assez facilement réalisables.

L'enseignement clinique a un autre aspect. Les spécialités s'enseignent dans des conditions de plus en plus favorables et le jour n'est pas loin où nos hôpitaux actuels d'enseignement pourront s'y consacrer complètement, en favorisant le plus possible les petits groupes d'élèves. La clinique générale de médecine et de chirurgie aura atteint un état d'excellence quand la Faculté pourra profiter de l'hôpital universitaire, à proximité, avec ses 400 lits publics et, afin que tous les étudiants reçoivent le meilleur enseignement possible, la Direction a déjà décidé de limiter leur nombre à 100 chaque année.

Ces améliorations, aux divers échelons du cours, que nous venons d'énumérer donneront tous leurs fruits avec l'inauguration de l'hôpital universitaire. Notre centre médical universitaire viendra couronner l'édifice patiemment construit et placera, nous en sommes sûrs, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en lice avec les premières écoles de médecine du nouveau et de l'ancien monde.

Je m'excuse de vous avoir retenus pendant un temps aussi long, mais il me semble que les élèves qui nous quittent avaient le droit de connaître nos espérances et de savoir que leur Faculté avait des projets sûrement réalisables et qui pourraient leur offrir de l'espoir pour l'avenir.

DEVOIRS DES MÉDECINS ENVERS LES MALADES[1]

Par **Edouard DESJARDINS,**
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le titre de cette causerie: « Devoirs des médecins envers les malades » a une allure philosophique qui n'est pas de nature à créer, de prime abord, l'atmosphère d'enthousiasme nécessaire au succès d'une conférence. Ce titre a grand air, mais un air de prédication qui me met un peu à la gêne, car les moralistes n'ont jamais eu bonne presse, d'autant plus que, s'ils veulent être pris au sérieux, il leur faut se tenir constamment sur leurs gardes et nulle faiblesse ne leur est permise, ni pardonnée . . . Les jugements seront plus sévères encore, si le moraliste est médecin; on se moque si facilement du médecin, surtout du gourmet qui défend la bonne chère aux hépatiques, on se gausse si gentiment du médecin qui recommande le repos à ses surmenés et qui, lui, crève d'excès de travail; on raille le médecin à temps et à contretemps... jusqu'au moment où l'on a besoin de lui. Le médecin, bon garçon, a alors oublié les sarcasmes et il se rend à l'appel, car il a appris la haute portée morale du devoir. Georges Duhamel le disait hier: il semble bien que la seule Faculté qui ait une chaire de déontologie soit la Faculté de Médecine.

A une époque où tous parlent de la reconnaissance de leurs droits, il semble que bien peu comprennent qu'à ces droits correspondent des devoirs. Le praticien qui fait encore la journée de 24 heures, 30 jours par mois, 365 jours par année, esclave du téléphone et de ses clients, est un apôtre du devoir. Il fait de la déontologie sans effort, le plus naturellement du monde...

Monsieur Jutras vous a dit mon expérience déontologique. Elle n'est pas tellement supérieure et se résume à la publication, sous enveloppe d'un petit volume fort anodin, de notes pratiques de déontologie médicale à l'usage des gardes-malades. Ce bouquin eut un succès... très relatif! Témoignages, apparemment sincères, d'approbation des gens sérieux, critiques acerbes des professionnels de la littérature à l'égard de l'amateur, rigolades des petits copains (qui n'auraient jamais eu le courage de « se mettre au blanc »), expressions d'opinions anonymes parfois fort amusantes.

J'ai même reçu, par la poste, un fort beau dessin en couleurs. Il voulait blesser mon amour-propre; il n'a réussi qu'à m'inspirer de douloureux motifs d'humilité. La caricature représentait un magnifique singe savant, fort en ventre, qui, sous son bras gauche, serrait avidement un bidon d'esprit... de vin et dont la main droite venait de laisser tomber un verre... à eau. Le héros de cette fable était assis sur un tapis de luxe recouvert de mégots de cigarettes et de bouts de cigares à demi consumés. Le portrait était surmonté de la légende suivante: « I'm the great spirit of the moment ».

Les femmes sont impitoyables et d'une cruauté à faire frémir! L'artiste, qui avait lu ma prose, l'avait jugée comme étant à la noix de coco et n'avait pas cru à la sincérité du moraliste qui défendait aux gardes-malades en exercice alcool et cigarettes...

Ceci dit, vous comprendrez mon peu d'emballement à courir, avec mes propos philosophiques, le risque de compromettre votre digestion. Mais, j'allais oublier: l'estomac se porte toujours bien qui est l'hôte du... Bismol!

* * *

Messieurs, parlons savamment, parlons déontologie.

---

1. Conférence prononcée à l'hôtel Windsor, le 23 octobre 1945, lors des « Journées médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal.*

Cette science est vaste, car elle couvre 760 pages dans l'ouvrage du Père Payen; elle est condensée dans le Serment d'Hippocrate et un peu plus élaborée dans le Serment des Membres de la Conférence Laënnec de Paris. Il m'est impossible de l'étudier à la manière classique, il me faudrait des heures.

Je vais donc, avec votre permission, faire un accroc à la tradition et renverser la proposition. Au lieu de vous expliquer la conception qu'un médecin doit avoir de ses devoirs envers les malades, j'ai cru qu'il ne serait pas mauvais que les malades soient appelés à nous donner leur opinion à ce sujet. A cette intention, j'ai organisé auprès d'un grand nombre de malades un petit referendum... à la manière du « Gallup Poll ». Fort des brillantes statistiques de ce tribunal de l'opinion publique et du pourcentage si minime de ses erreurs, j'ai calculé que mes chiffres ne se tromperaient que dans une infime proportion..., soit: aux environs de 0.0001%, un 10/1000e de 1 pour cent!

J'ai interrogé ces malades sous différents chefs et j'ai établi la proportion des réponses positives. Ma question était ainsi rédigée: « Mise à part sa compétence professionnelle, laquelle des cinq qualités suivantes vous a le plus frappé chez votre médecin ? »

1° Dévouement, zèle, promptitude à l'appel;

2° Sympathie, bonté compatissante;

3° Patience inlassable, douceur;

4° Dignité, politesse, amabilité;

5° Allure de grand maître, port splendide de la tête, langage savant et toilette vestimentaire extravagante.

Les réponses à mon interrogatoire donnèrent les chiffres suivants:

Dévouement, zèle, promptitude à l'appel: 52%

Sympathie, bonté compatissante: 40%

Patience inlassable, douceur: 6%

Dignité, politesse, amabilité: 1.5%

Allure de grand maître, port splendide de la tête, langage savant et toilette vestimentaire extravagante: .5%

La réponse à ce questionnaire est claire. Il n'est, pour le malade, rien de plus sacré que sa personne et rien ne lui est plus cher que sa propre santé.

Nous aurions tort de ne pas toujours et constamment nous le rappeler. Le malade souffre-t-il du ventre, le centre de ses préoccupations passe par l'ombilic; s'il a mal à la tête, ses soucis seront confinés à la boîte crânienne; se plaint-il du cœur, il n'est pas d'autre bruit qu'il n'entende; croit-il à une atteinte rénale, l'axe de ses pensées passe par la colonne dorso-lombaire; l'œil, la gorge, les oreilles sont-ils atteints, rien ne l'intéresse qui ne regarde, ne touche ou ne frappe l'organe en souffrance.

Chaque malade n'a qu'un problème: le sien. Personne n'est plus souffrant que lui-même et il est fort convaincu que son *cas seul* (comme il dit) doit intéresser le médecin.

Pour atteindre au succès, le médecin doit être fin psychologue; ce qui lui permettra de comprendre que, quels que soient l'âge, le sexe ou l'occupation du malade, que celui-ci soit jeune ou vieux, homme ou femme, chef d'industrie, grand politicien, simple ouvrier, femme de lettres, artiste de la radio ou collégien, il n'est qu'une manière de le satisfaire: c'est de lui prouver que l'on s'intéresse à lui.

* * *

Le malade n'exige pas du médecin qu'il soit beau, ni photogénique, que sa poitrine soit couverte de décorations, qu'il soit éloquent ou très érudit et d'une exquise distinction, que les murs de son cabinet de consultations soient cachés sous les parchemins; non, le malade est prêt à accorder sa confiance au médecin qui la mérite. Il aime que son médecin lui soit dévoué et qu'il réponde avec promptitude à son appel; le malade n'admet pas que le médecin montre de la négligence

à son endroit. Si la bonté et la sympathie aident à parer la personnalité du thérapeute, si la patience et la douceur calment les angoisses, rien ne vaut plus, pour celui qui souffre, que le dévouement. Cette qualité n'est possible qu'à ceux qui ont l'amour de leur métier.

* * *

Vous m'avez, sans vous en douter, mon cher Jutras, donné une précieuse inspiration. La vue des toiles que vous avez œuvrées pendant vos vacances dernières m'a impressionné. Comme j'ai un fort esprit d'imitation, j'ai pensé que ma démonstration déontologique serait plus claire si elle était illustrée. L'image frappe l'œil et l'esprit.

J'ai donc, à mon tour, osé peindre, et je vous présente aujourd'hui un tryptique à la mode ancienne: trois médaillons; au-dessous, trois noms d'emprunt: FÉLIX, PACÔME et OCTAVE; trois profils de médecins adorés de leurs patients et tels que vus par eux; trois caractères de notre temps; trois figures, les unes peut-être discutables dans leur ensemble, mais toutes trois invulnérables au chapitre: confiance du malade.

FÉLIX était un chirurgien de grande renommée. Né sous une constellation favorable, tout semblait lui sourire dans la vie, la Providence lui ayant dévolu largement ses dons les plus précieux. Solide, de belle prestance, distingué et se présentant bien, sans morgue ni prétention, il savait se mettre au diapason de ses patients, qui, frappés de son assurance et de la maîtrise de son art, se sentaient tout de suite en confiance.

L'opéré le voyait entrer dans sa chambre sans angoisse, mais, au contraire, plein d'espérance, car il le saluait dès l'entrée, de son sourire large et d'un regard chargé de bonté compatissante. Le malade avait l'impression fort nette qu'il était aimé de celui qui avait pris la responsabilité de sa vie. Il ne le brusquait pas et ses pansements, quoique fort douloureux, ses examens, bien que pénibles, étaient toujours acceptés sans cris, sans récriminations. Il avait la fermeté du geste et ne marchandait pas son dévouement; bien plus, il savait trouver les paroles qui réconfortent. Bref, il inspirait à ses malades des sentiments d'attachement.

Félix sut, par sa sympathie agissante, par son comportement auprès de ses malades, se faire aimer d'eux intensément et gare à celui qui aurait osé médire de Félix devant un de ses anciens opérés.

* * *

Gare aussi à celui qui aurait insinué une méchanceté ou glissé une petite rosserie à l'endroit de PACÔME, l'hôte de mon deuxième tableau. Il serait écorché vif, car Pacôme possédait une qualité extraordinaire: le magnétisme personnel. Il paraissait hypnotiser ses patients et il gagnait, dès le premier contact, leur confiance entière. Ses malades n'avaient jamais l'idée qu'un autre que lui pût être capable de comprendre leur cas. Il savait imposer et par son allure et par ses gestes et par ses paroles. Il avait compris — car il était perspicace et d'esprit subtil — que le principal souci, que l'unique préoccupation du malade, c'est lui-même, que le malade n'aime rien tant que de se faire entendre, que de se faire palper, examiner et interroger sur ses malaises. Il avait compris que les malades sont touchés de recevoir leur traitement (piqûres ou pansements) au jour et à l'heure promis, des mains mêmes de celui à qui ils se sont confiés et qu'ils attachent une importance extrême à ce souci d'ordre supérieur.

Il est impossible à un esprit impartial de ne pas admirer le souci constant que Pacôme a toujours affiché de se consacrer sans négligence à ses malades et de leur donner le meilleur de lui-même. Entre ses mains, les malades avaient l'impression que leur avoir le plus précieux, leur existence, était en parfaite sécurité. C'est que Pacôme, sympathique,

dévoué et zélé pour ses malades, avait gagné leur confiance, leur estime et leur admiration.

* * *

Il n'avait pas le monopole de la sympathie, car OCTAVE, sur ce chapitre, le dépassait en réputation. Celui-ci était un modèle de douceur évangélique; ayant l'apparence du roseau penché par le vent, son corps frêle abrite une âme d'élite et un coeur généreux. Avec un petit air innocent, cet homme vous dit des vérités parfois terribles, mais il vous les dit d'une manière si gentille, d'une manière si simple qu'il ne blesse jamais. Ses malades l'adorent; ils lui restent fidèles malgré que les ans s'accumulent sur sa tête et que son échine se courbe à chaque décade de plusieurs degrés.

Les malades ont toujours trouvé en lui un médecin fidèle à l'appel, un médecin toujours au poste à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit et il ne manquait pas de me dire, il y a peu de temps, qu'il n'avait jamais pris de vacances et que, dans le plus fort de sa clientèle, la consolation que lui apportait la guérison de ses malades suffisait à le réconforter.

Si Octave n'a jamais su se fâcher, il a, malgré tout, toujours inspiré le respect et l'autorité. Il savait trouver les paroles qui touchent et ne quittait jamais son malade sans lui dire les mots rituels: « Sursum corda ».

Octave était bienveillant à ses malades et leur laissait raconter leurs petites misères à leur façon, les écoutant en bon père de famille et leur donnant les conseils appropriés. Les patients trouvaient en lui un véritable directeur spirituel. Il n'était pas étroit d'esprit et le scrupule chez lui n'existait que dans une pratique extraordinaire des vertus professionnelles. Humble, il ne cherchait jamais à se mettre en évidence lorsqu'il était demandé en consultation et il fut toujours déférent pour ses patients et pour la famille de ses malades. Il ne cherchait pas à imposer son choix d'un consultant ou d'un spécialiste.

Doué d'une grande conscience professionnelle, il examinait bien ses malades et, grâce à une expérience que peu de médecins ont possédée, il savait prescrire.

* * *

Monsieur le Président, mes dessins sont faibles et infidèles, ma technique est imparfaite. La thèse que je défends valait mieux que mes pâles illustrations. Cette triple fresque, commandée par la dévotion des malades, méritait un meilleur artiste. Les reconnaîtrez-vous si, à l'instar d'une charade, je vous dis que mon premier vient de mourir, couvert de gloire; que mon second pouvait être comparé, par un de ses meilleurs malades, à un mandarin, et que mon troisième circule, beau temps, mauvais temps, par tous les quartiers de Montréal, en sa vénérable Packard. Ce dernier est l'image parfaite du médecin de famille. J'aurai une reconnaissance éternelle pour ce dernier, puisque je le vis, pendant des semaines, il y a trente ans, se pencher à mon chevet et, si je suis encore vivant, c'est à lui que je le dois; si je fais avec goût de la déontologie, c'est qu'il m'en a donné le parfait exemple.

Voilà, Messieurs, le résultat de mon enquête auprès d'un certain nombre de malades.

Si le malade fait appel à l'esprit scientifique de son médecin, il est profondément ému quand il se sent aimé de ce dernier.

Je m'adresse, pour terminer, aux plus jeunes. Il faut qu'ils retiennent que l'exercice de la médecine n'est pas toujours agréable, qu'il comporte des moments fort pénibles, même douloureux. Le chirurgien n'est pas gai, qui salue le retour à son cabinet de consultations d'un opéré de hernie se présentant avec une récidive; le chirurgien ne se réjouit pas fort de reconnaître chez un client récent une éventration postopératoire; il lui est très gênant de consoler un ulcéreux peptique, ancien gastrectomisé, ou d'affronter l'hystérectomisée qui se plaint parfois beaucoup plus après l'opération qu'avant.

Que de sources d'humilité, Messieurs ! Je les laisse à votre méditation. Je n'ai pas le temps de parler, ni des revendicateurs, ni des patients qui pratiquent l'art épistolaire comminatoire, qui vous écrivent pour vous dire que vous n'avez pas su les guérir, ou encore que votre traitement les a rendus plus mal. Que voulez-vous, la reconnaissance humaine est infiniment rare. Vous avez pu en juger admirablement par les expressions d'opinion que l'envoi de votre note d'honoraires déclenche chez certains: colère, négation des services rendus, accusations, mépris, contestations et refus...

Il est, cependant, des esprits différents: ceux-ci nous apportent joies et consolations. Et je ne saurais mieux terminer cette causerie sans vous lire quelques passages d'une lettre d'un malade à son médecin:

« Mon cher docteur,

« Je veux ajouter que si Dieu me prête vie, je me propose d'essayer de compenser un jour de quelque façon, au moins en partie, ce que vous avez omis, par bonté, de mettre dans votre compte. Pour le moment, à part mon salaire, je suis pauvre comme le sel.

« J'ai été traité durant ma maladie comme un frère et non pas comme un ordinaire patient. Toute cette générosité, je ne veux pas me faire de fausse honte à ne pas la cueillir dans la même pensée avec laquelle vous la faites. Je garde l'espoir de pouvoir un jour vous manifester ma gratitude.

« Il y a dans le cœur des médecins des trésors de bonté qui émeuvent le coeur et qui donnent de la douceur à cette douloureuse humanité.

« C'est quelque chose d'être un grand chirurgien ou un grand médecin, mais l'un et l'autre prennent une autre stature quand ils sont doués en même temps d'une grande âme. A ces hommes de bien, je suis redevable d'une manifestation d'extrême bonté dont je ne pourrai m'acquitter que par une reconnaissance éternelle. »

Ces lignes résument, à mon sens, ce que je voulais vous démontrer: les devoirs du médecin envers ses malades.

LES MÉDECINS ET LES HÔPITAUX [1]

Par **Émile BLAIN,**
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Il s'est toujours trouvé des gens pour compatir à la douleur des autres et pour chercher à la soulager. C'est de ce sentiment que naquit jadis la médecine. Avec le temps cette sympathie envers les malades se développa, et, l'esprit civique aidant, prit graduellement la forme d'une responsabilité collective. C'est de ce geste de solidarité que sortirent les hôpitaux.

Depuis lors, médecins et hôpitaux coexistent; les deux se complètent pour faire un tout. Leur vie est si intimement liée qu'aujourd'hui on imaginerait mal les médecins sans les hôpitaux, et encore plus mal les hôpitaux sans les médecins. Médecins et hôpitaux sont entrés dans le monde pour y rester. Et puisqu'ils sont si essentiels les uns aux autres, il n'y a pas de raison valable qui les empêche de s'unir pour travailler à atteindre conjointement leurs fins.

Seulement, pour y réussir, il faut de toute nécessité que les deux partenaires se connaissent, s'apprécient, et se rendent mutuellement service. Si par impossibilité ces deux associés en arrivaient à différer d'opinion sur des points fondamentaux, comment pourraient-ils, je vous le demande, remplir leurs missions et se supporter par surcroît?

* * *

Dans ce problème médico-hospitalier, *de qui s'agit-il et de quoi s'agit-il en somme?* Des deux intéressés que je viens de mentionner évidemment; mais, chose étrange, il s'agit d'abord et avant tout d'une tierce personne, le malade.

Aussi n'est-il pas inutile de rappeler que les médecins et les hôpitaux n'ont de raison d'être que dans la mesure où le malade existe d'abord. La chose est tellement évidente qu'on a parfois tendance à l'oublier.

Ceci étant admis, constatons ensuite que la profession médicale a priorité d'importance sur l'organisation hospitalière. Il y avait déjà bien des siècles que les thérapeutes exerçaient leur art quand les hôpitaux virent le jour. Comme le besoin crée l'organe, prétend-on, il paraît établi que les médecins sont encore plus nécessaires à la société que ne le sont les hôpitaux. S'il y a de nos jours des hommes qui n'ont jamais eu recours aux lumières d'un praticien, combien plus nombreux sont ceux qui ne connaissent de l'hôpital que le nom !

Le traitement, c'est d'abord et surtout le médecin: médecin de ville, médecin de campagne, médecin du service provincial ou municipal, médecin des grandes entreprises industrielles, etc. C'est lui le dispensateur initial et logique de la guérison. Que voulez-vous ?... C'est ainsi et nous n'y pouvons rien changer !

Dans l'échelle hiérarchique, ce n'est qu'après que viennent les hôpitaux. On les voit élever dans nos villes leurs silhouettes plus ou moins gracieuses, et offrir aux malades des facilités de diagnostic et de traitement, et aux médecins des conditions de travail plus favorables.

Dans la question qui nous occupe présentement, voilà de *qui* il s'agit. Nos trois personnages sont situés. Il suffit de les décrire, chacun dans sa sphère, et de les observer dans leurs contacts, pour découvrir leur interdépendance. Du même coup, on définit leurs relations, et c'est bien *cela* dont il s'agit.

* * *

Sur ce sujet, la littérature n'est pas copieuse, mais pas du tout... C'est un aspect relative-

1. Communication aux « Journées médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal,* octobre 1945.

ment nouveau de l'activité sociale. Et ceux qui osent en parler explorent des chemins difficiles, s'exposent même à des remontrances. Puissent-ils ne se faire taxer que de témérité !...

* * *

N'oublions jamais qu'un malade présente ceci de particulier... qu'il est malade. Comme tel, il échappe jusqu'à un certain point à nos classifications les plus savantes. Il faut le prendre comme il est, sans étiquette trop précise. Sa seule qualification de malade le place au-dessus des considérations ordinaires. En général, il ne s'intéresse que médiocrement à l'art de se bien comporter en public et, en particulier, a horreur des convenances usuelles, se soucie peu des multiples règlements des hôpitaux, et ignore totalement le manuel « d'étiquettes pour malades » d'ailleurs encore inexistant. Une seule chose l'obsède, sa guérison. Le reste lui est bien indifférent, et je le comprends.

Eh bien ! c'est cet être étrange, ce désaxé temporaire qui s'impose comme l'objet principal de nos attentions. Il devient notre patient chez lui, à notre bureau, ou à l'hôpital. Les caprices de la vie ont pu en faire un Crésus, un travailleur qui lutte de justesse contre la misère, ou un simple gueux qui n'a pour tout bien que sa santé actuellement compromise. Mais, quel que soit son degré d'éducation ou de fortune, c'est un homme. Et, à ce titre, il mérite notre compassion.

Du moins, c'est ce que la profession médicale a toujours cru. Et ce principe de solidarité, les médecins le respectent presque instinctivement. Pourquoi faut-il que, dans la grande famille humaine, ils aient si peu d'imitateurs?

Bref, c'est pour ce malheureux que le médecin existe; et c'est en lui que les hôpitaux trouvent leur raison d'être.

* * *

La classe médicale comprend deux catégories: les praticiens extra-hospitaliers et les médecins des hôpitaux.

Les premiers sont en rapports moins continus avec le mécanisme des hôpitaux. Cela n'enlève rien à leur habileté professionnelle, pas davantage à leurs qualités de citoyens renseignés. Leurs quelques relations avec les hôpitaux, même si elles sont pénibles durant cette crise d'encombrement, leur fournissent néanmoins l'occasion d'apprécier les services qu'on leur y rend. Pourvoyeurs de clientèle hospitalière, ils méritent le meilleur des accueils, et la bonne gouverne exige qu'on prenne toujours leur avis en considération. Mais, dans cette étude, ils sont les premiers à admettre qu'ils ne sont pas les plus intéressés.

Tel n'est pas le cas des médecins des hôpitaux qui eux vivent là, pour ainsi dire. Dans la fréquentation quotidienne des services, ils voient de près les grandeurs et les misères de nos institutions.

S'il y a dans les hôpitaux des médecins à traitement fixe, qu'on appelle fort improprement des salariés (le mot me répugne), ce n'est que le petit nombre. La plus grande partie sont des médecins volontaires qui n'ont d'autre rémunération que celle de leurs clients privés.

Soulignons ce fait pour que le public l'apprenne bien s'il ne le sait déjà. Les médecins des hôpitaux ne reçoivent rien pour les soins qu'ils prodiguent aux indigents. Et s'il arrive qu'en certains endroits, ils touchent une minuscule gratuité, ce n'est guère plus qu'il n'en faut pour défrayer le coût de leurs déplacements.

Mais le médecin qui fait partie d'un hôpital n'est pas sans en retirer quelques avantages. Cela va de soi, car autrement la plus belle générosité finirait peut-être par se lasser, et il n'y aurait plus de recrutement possible.

Soyons francs ! Il n'est pas à dédaigner de vivre au milieu de confrères qui sont souvent nos amis, qui parlent le même langage que nous, qui prennent intérêt à nos discussions (scientifiques ou autres), qui partagent les mêmes responsabilités, les mêmes inquiétudes et les mêmes consolations.

On peut y acquérir une expérience professionnelle de bon aloi qui n'est pas incompatible avec une réputation qui a la bonne idée de grandir. Certains y apprennent à devenir des chefs de file; d'autres y puisent des leçons de sagesse, de discipline et d'abnégation.

Là comme ailleurs, on ne reçoit rien sans avoir à donner en échange quelque chose. Le médecin d'hôpital abandonne à son institution le meilleur de sa vie active. Il y passe des jours et souvent des nuits à travailler dans l'anonymat, se pliant aux règlements, qui ne sont pas toujours agréables, et souffrant, parci par-là, de quelques contrariétés plus ou moins amères.

Durant ses premières années, il perd dans ce milieu une bonne part de sa personnalité. Mais, par un juste retour des choses, on dirait qu'avec le temps, la personnalité qu'il avait sacrifiée au prestige de la maison, l'hôpital la lui rend agrandie. On disait au début: « Le docteur X est heureux de faire partie du personnel de l'hôpital Y »; on dit plus tard: « L'hôpital Y est heureux de compter le docteur X dans son personnel »...

Ainsi, par un échange de bons procédés, les deux partenaires s'aident sans trop le savoir, sans toujours le réaliser suffisamment. Mais l'association entre employeur et employé existe bel et bien. L'un fournit le cerveau et les doigts, l'autre l'ambiance voulue.

Pour tout cela, le médecin d'hôpital n'en reste pas moins astreint à toutes les rigueurs du code d'honneur professionnel. Et pour ne mentionner que quelques-unes de ses obligations, il doit:

1° Etre compétent, soucieux de se perfectionner sans cesse, et garantir par la droiture de son caractère et l'intégrité de sa morale la réputation de l'hôpital où il dirige ses propres clients.
2° Garder le secret professionnel.
3° Observer la plus grande ponctualité envers ses malades, son institution, et ses collègues.
4° Savoir être patient, délicat et respectueux.
5° Protéger son hôpital et s'abstenir de tout ce qui pourrait nuire à son bon renom.

C'est dire que le médecin d'hôpital se crée, dans ses fonctions, de nouveaux devoirs. S'il reçoit des avantages, il les paie de sa personne et de ses manières. Au surplus, il contribue, par son travail technique et par l'apport financier de ses patients, à l'expansion scientifique et matérielle de l'établissement.

* * *

En face de ces conditions exigées des médecins, quels sont les obligations et privilèges de l'hôpital même ? Car lui non plus ne saurait équitablement échapper à toute contrainte.

Les principes capitaux qui doivent inspirer les autorités hospitalières dans leurs relations avec les médecins s'appellent le savoir-faire et la compréhension. Quel que soit le genre d'organisation administrative en jeu, cette double loi s'impose.

Je sais bien qu'un hôpital doit opérer sans mépriser complètement le génie des affaires, mais un hôpital n'est pas une aventure commerciale. Avant d'y entrer comme fidéicommis, les dirigeants font bien de laisser à la porte un peu de leur déformation professionnelle ou de leurs conceptions trop mathématiques. Ici, il n'est plus question de profits. Ou plutôt, le sens des mots change avec l'habitat. Les recettes brutes se confondent avec l'amélioration de la santé publique; les recettes nettes, avec la guérison du malade. Assurément, il ne faut pas tomber dans l'excès contraire, et s'imaginer qu'un hôpital peut vivre uniquement de l'air du temps et de la gloire de ses médecins. Non, l'hôpital a besoin de dollars et de sous pour accomplir son œuvre, et ceux qui l'oublient sont gens bien distraits...

Entre ces deux théories opposées, il y a place pour un moyen terme, semble-t-il. La

formule désirable serait peut-être un heureux mélange de l'idéalisme dont on accuse parfois, avec raison, certains médecins, et du réalisme intense dont on blâme, avec autant de raison, certains non-médecins.

L'hôpital, n'étant donc pas une maison d'affaires comme une autre, doit être administré financièrement comme... un hôpital. Il se trouve même des gens qui croient que le principal souci de la Direction ne devrait pas se limiter à contrôler sagement les recettes et les dépenses, mais à trouver, en dehors des revenus réguliers, les fonds extraordinaires voulus.

« L'objectif primordial d'un hôpital, c'est de rendre aux malades et aux blessés des services médicaux adéquats; toute idée de récompense ou de gain pécuniaire devant rester une considération secondaire. » (MacEachern.)

En effet, depuis la standardisation minima acceptée de nos jours en Amérique du Nord comme base de classification, on reconnaît à l'hôpital moderne quatre fonctions bien précises:

1° Le soin des malades et des blessés.
2° L'éducation médicale des médecins, des gardes-malades, et autres membres du personnel.
3° La prévention des maladies et l'amélioration de la santé.
4° L'avancement des recherches en médecine scientifique.

Pour remplir ces fonctions, l'hôpital doit compter exclusivement sur son personnel médical, la question de finances mise à part. Or ce personnel dépend, pour ce qui en est de son efficacité, sur les nominations que font ou que ratifient les autorités.

C'est dire la lourde responsabilité qui incombe aux directeurs dans le choix de leurs médecins. Selon qu'ils savent s'attacher ou retenir tels ou tels canditats, la vie et la santé des patients seront entre plus ou moins bonnes mains. Et le succès ou la médiocrité de l'affaire deviendront une conséquence directe de leur jugement.

L'hôpital conserve toujours le droit d'user de discipline envers son personnel, car des incompétents, des maladroits ou des indésirables peuvent se glisser dans ses rangs. Mais il n'est pas bon que l'hôpital se transforme en cour de justice pour réprimander au grand jour ses subordonnés. S'il y a des reproches à adresser, voire même des condamnations à appliquer, qu'il les fasse avec discrétion, sans humilier personne. Pas de faiblesse ni fanfaronnade; beaucoup de prudence et un brin de charité...

Car, à bien y penser, il n'existe entre la Direction et les médecins qu'une entente de gentilshommes. Aussi est-il délicat de faire fonctionner la guillotine sur la tête de gens qui ne reçoivent comme salaire que des récompenses morales. C'est cette particularité qui, à mon sens, rend les relations si fragiles entre ce patron et ces employés nouveau genre. A la rigueur, on comprend qu'on puisse dire à quelqu'un qu'on paie bien: « Monsieur, je vous donne tant de dollars pour votre rendement; je trouve que vous ne les valez pas, allez-vous-en ! » Mais comment voulez-vous tenir ce langage à quelqu'un qui n'exige pour ses services que la satisfaction du devoir accompli et la perspective d'une renommée problématique...

Pour faire naître et maintenir l'harmonie et la coopération indispensables au bon fonctionnement, l'hôpital doit avoir confiance en ses médecins, et, qui mieux est, savoir le leur prouver quelquefois. La confiance, voyez-vous, est un sentiment qui joue des deux côtés; quand on veut l'avoir de quelqu'un, on doit commencer par la lui accorder.

Parmi les causes possibles de dissension, on peut signaler le fait que l'hôpital peut parfois accepter comme patients indigents des malades qui sont capables de payer leurs médecins. C'est vendre une marchandise dont on ne dispose pas, et c'est ignorer trop facilement les besoins de gagner de la classe médicale. En général, les médecins ne se font pas tirer l'oreille pour faire la charité à qui

de droit. Encore n'aiment-ils pas qu'on abuse sans motif de leur désintéressement. Et de même que la dichotomie n'est pas permise aux médecins, il n'est pas plus admissible que l'hôpital touche des émoluments sous de fausses représentations.

Le libre choix du médecin est une autre prérogative qu'on a tendance à mettre de côté, et c'est dommage. Le client payant a le droit de se confier à qui il veut. Et dans certains milieux américains, par exemple, on commence à se demander pourquoi les anesthésistes, les radiologistes et quelques autres échappent à la règle.

L'hôpital qui se respecte ne s'immisce pas arbitrairement dans la pratique de ses médecins. Ils sont mieux préparés et mieux placés que lui pour juger des circonstances, des maladies et des traitements. On doit leur reconnaître assez de conscience pour ne pas entraver sans raison très grave leur liberté d'action. De maladroites interventions de ce genre deviennent vite des causes de discorde.

L'administration hospitalière est logiquement tenue de faire preuve, envers son personnel médical, de loyauté et de sincérité. Elle l'a choisi à son goût; il lui appartient de l'outiller, de l'encourager, de le protéger et, au besoin, de le défendre. Ce serait une erreur de le dédaigner; ce serait une faute impardonnable de le mépriser. Elle a droit de sa part à de la déférence et à du dévouement; elle lui doit au même titre du respect et de la considération.

Avant la découverte de l'opium, on avait en certains vieux pays une façon assez radicale de calmer la douleur. La technique consistait à asséner sur le crâne du malade un coup de maillet appliqué par une main experte. On nous assure que, sous l'effet de cette médication, le patient perdait la sensation de la douleur. Il s'agissait, bien entendu, de calculer juste et de ne pas endormir pour toujours et la douleur et le patient.

Ce temps-là est révolu. La pratique médicale devient de plus en plus scientifique, et les hôpitaux doivent accentuer le pas pour garder la même cadence. Les méthodes modernes, quoique moins drastiques, accordent aux malades plus de sécurité et de confort; les hôpitaux voient s'accroître leurs responsabilités et se compliquer davantage leurs relations avec les médecins.

A travers cette évolution rapide du progrès, les deux partenaires chargés du soin des malades doivent garder toute leur lucidité et toute leur sérénité. La tâche est assez ardue pour qu'ils ne s'embarrassent pas d'obstacles évitables, encore moins qu'ils ne s'en suscitent l'un à l'autre. Devant la grandeur du but poursuivi, ils n'ont pas d'autre alternative que celle de travailler de concert.

La chose est possible. Il suffit que chacun des deux associés comprenne bien les fonctions qui lui sont propres, et s'attachent à les remplir fidèlement. Que chacun se mêle de ses propres affaires, et ne pense à celles du voisin que pour l'aider. Le tout doit se réaliser sur une base d'appréciation et de confiance réciproque. Sur cette simple formule repose le succès du contrat. Quand on n'a pas, de part ou d'autre, ce qu'il faut pour coopérer, il vaut mieux se retirer pour ne pas nuire. Le malade vaut plus que les susceptibilités de chacun, et l'œuvre infiniment plus que les personnes.

Le soin des malheureux n'est pas une partie facile à jouer. Pour la gagner, rien n'est puissant comme le cœur du philanthrope et la tête du médecin.

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

DES TÊTES "CROCHES"

Par **Roméo BOUCHER.**

Qu'on me pardonne cette expression par trop canadienne que j'emprunte à une lettre que je viens de recevoir. « Monsieur », me dit-on, « votre *papier* sur l'instabilité des chefs m'a déçu. Il y a tant de choses que vous auriez pu dire pour nous éclairer, nous, les praticiens. Par exemple, sur ceux qui se tiennent la tête croche... » « Mon cher ami », m'écrit un autre, « pourquoi ne pas nous faire la séméiologie de la tête par région? On nous enseigne à chercher des tas de choses avec nos stéthoscopes et nous ignorons même l'art de lire sur un visage les petits signes toujours très importants qui s'y impriment. D'ailleurs, nous connaissons tous des forts en stéthoscope qui ne valent pas le c... (je cite textuellement!) pour faire un diagnostic et d'autres qui manipulent vaguement l'appareil et qui sont des as d'intuition et d'observation clinique. De plus... »

Hé! Messieurs, vous allez un peu fort. Tout de même, merci de vos amicales remontrances (pour ne pas employer un terme plus énergique, moins poli, mais plus savoureux). Au moins deux personnes m'ont donc lu, ce qui est déjà assez flatteur. Mais je tiens à leur assurer tout net que je n'ai ni l'intention, ni le temps d'écrire un traité de propédeutique. Ce que j'en dis, par-ci, par-là, n'arrive sous ma plume que si, dans mon service, au cours de ma ronde quotidienne (eh oui! quotidienne, n'en déplaise aux mauvaises langues), j'aperçois un signe sur lequel je n'ai pas de notions précises. Je le note et, le soir, au lieu de faire un bridge interminable et abrutissant, d'avaler une salade d'idioties qui se disent radiophoniques ou de vider des bouteilles jusqu'à la diplopie, je « potasse » mes observations et mes auteurs. Tout cela par pur égoïsme, par plaisir, parce que j'aime cela, et sans me préoccuper le moins du monde de ce qu'on en pense.

Cette fois, il arrive que la lettre qui parle de « tête croche » soit dans ma poche au moment où je vois déambuler dans les corridors de l'hôpital un petit vieux, qui pourrait être grand, s'il n'avait la tête clouée au sternum et que j'aie sous mes soins un brave cuisinier chinois qui évolue lentement mais sûrement, au milieu de ses plats, vers la spondylose rhizomélique, pour que je me décide à passer en revue les *attitudes anormales de la tête.*

Leur division en est pourtant fort simple. Normalement, la tête continue l'axe du corps humain. Si cet axe est dévié par le haut, il faut donc que la tête soit ou penchée en avant, ou attirée en arrière, ou penchée sur le côté.

*
* *

Mises à part *l'arthrite sénile de la colonne cervicale supérieure* qui casse si désespérément les plus robustes des vieillards et cette *spondylose rhizomélique* qui courbe en deux des hommes plutôt jeunes et leur donne une attitude figée, une démarche élargie, peu élastique et fort inélégante, il y a deux occasions où la *tête* fortement *penchée en avant* reste un signe intéressant.

D'abord, le *mal de Pott cervical.* La tête tombe sur la ligne médiane et, par suite de la rigidité progressive des muscles de la nuque, s'y trouve à la longue maintenue. Ensuite, la *fracture* ou *dislocation des vertèbres cervicales supérieures,* après un accident, sou-

vent un accident d'automobile. La tête est alors projetée en avant sur la poitrine. Mais si on examine le malade de profil, on s'aperçoit, signe presque pathognomonique, que le cou apparaît élargi dans tout son diamètre. D'autres malades peuvent aussi avoir cette position, mais de façon purement transitoire. Ce sont les aérophagiques, ceux qui ont des nausées ou qui vomissent et ceux qui saignent du nez.

*
* *

Penchée en arrière, la tête reste telle dès que la méninge est intéressée. Le cas le plus typique est encore la *méningite cérébro-spinale.* Témoin, ce malade dont je rapporterai bientôt l'observation avec l'un de mes internes, où la tête semblait presque fixée sur un rachis absolument rigide, posture bien caractéristique et très frappante. Dans la *méningite tuberculeuse,* elle est plus ou moins fixée et rejetée en arrière, mais à un degré moindre. Dans le *méningisme* ou dans *tout autre état méningé,* la position est, à peu de choses près, celle que je viens de signaler à propos de la méningite cérébro-spinale.

Il ne faut pas croire que toute tête rejetée en arrière veuille signifier affection des méninges. Qu'on se détrompe. Les spécialistes de la gorge savent bien à quoi s'en tenir quand un malade a le menton projeté en avant, la bouche ouverte et la tête franchement attirée en arrière, surtout après une première semaine de maladie. C'est la seule position capable de relever la pression sur le larynx d'un *abcès rétro-pharyngien.*

Les neurologues, par contre, devant une douleur intolérable à l'occiput, avec tête en arrière et rigidité presque absolue de la nuque, pensent immédiatement à l'*abcès cérébelleux* possible, à la *tumeur du vermis,* à l'*hémorragie du lobe moyen,* à la *thrombose du sinus longitudinal supérieur,* à la *catalepsie,* à l'*hystérie* et à l'*hystéro-épilepsie.*

Quant aux praticiens, ils ne doivent pas perdre de vue certains états transitoires ou peu fréquents, tels que la *phase tonique de l'épilepsie,* la période de contracture du *tétanos,* post-abortum ou autre, où le malade peut se mettre en opisthotonos complet, l'intoxication par la *strychnine,* l'*encéphalite aiguë* et la *rage.* D'ailleurs, combien de fois ont-ils observé que toute *dyspnée* grave amène le rejet de la tête en arrière, particulièrement dans la bronchite capillaire et dans les cas où la trachée est obstruée de membranes, comme dans la diphtérie, ou de corps étrangers.

*
* *

Enfin la tête peut être *penchée de côté.* Il existe, d'abord, ce que j'appellerai les attitudes photographiques. Si vous vous arrêtez, un jour, devant la vitrine d'un photographe de troisième ordre ou de certaine zone où la production, pardon! la reproduction (?) est commercialement organisée, vous y verrez des têtes qui vous feront penser, les unes, à l'*hémorragie cérébrale,* parce qu'elles ont une déviation conjuguée de la tête et des yeux, c'est-à-dire, que la tête et les yeux regardent la lésion; certaines, à une *dislocation unilatérale des vertèbres cervicales,* parce que la tête, étant fortement penchée du côté de la dislocation, se tourne du côté sain; d'autres, à une *paralysie de l'oculo-moteur commun* dans laquelle la tête regarde en haut du côté sain en se penchant du côté paralysé. Essayez vous-mêmes ces poses et dites-moi si j'ai tort ou raison quand je parle d'attitudes photographiques.

Evidemment, ce ne sont pas les seules maladies qui portent la tête sur le côté. Ainsi le *torticolis,* dont j'ai déjà parlé ailleurs, qui peut être permanent, spasmodique ou rhumatismal; la *tumeur du cervelet* où l'occiput cherche à rejoindre l'épaule du côté de la lésion, pendant que le menton est lancé du

côté opposé (l'inverse se rencontre aussi, mais rarement); le *strabisme paralytique,* dû à la paralysie d'un ou de plusieurs muscles moteurs de l'œil, dans certaines affections graves du cerveau ou certaines dyscrasies constitutionnelles. La tête se tourne alors du côté du groupe musculaire paralysé ou du côté vers lequel le muscle paralysé ferait bouger l'œil si c'était possible.

Enfin, il existe certaines *algies* qui la font aussi pencher d'un côté ou de l'autre et même la font fortement tourner du côté malade quand les algies sont violentes. C'est ce qui arrive dans les *fluxions dentaires* très douloureuses et dans les *otalgies.*

*
* *

Voilà, aussi brièvement que je peux le faire, les diverses attitudes pathologiques de la tête. J'en ai déjà décrit les mouvements pathologiques il y a quelque temps. Le jour où je me sentirai l'écritoire énergique, je pourrai peut-être y ajouter les types normaux et pathologiques de la tête, prise dans son ensemble. Ce chapitre, une fois fini, aura sûrement l'heur de contenter l'un de mes deux lecteurs. J'espère qu'il aura l'amabilité de me le faire savoir...

CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

LES DIGITALES

(suite)

Nous écrivions le mois dernier qu'il n'était pas inutile d'étudier les effets de la digitale sur le cœur normal et chez les porteurs de lésions organiques, apparemment compensées. Il peut arriver que l'on prescrive de la digitale à des individus qui n'en ont pas besoin; si, dans ces cas, le médicament n'était qu'inutile ou superflu, le dommage ne serait pas considérable, mais ce qu'il faut savoir, c'est que dans certains cas la digitale peut diminuer le rendement mécanique du cœur normal. Erickson et Fahr, de la Clinique Mayo, qui s'intéressent à cette question, nous ont donné récemment le résultat de leurs expériences [1]. On y voit qu'après digitalisation massive suivie d'une dose d'entretien prolongée, tous les cœurs normaux perdaient quelque peu de leur efficacité fonctionnelle évaluée en rendement mécanique. Il reste à savoir si la digitale donnée très longtemps à petite dose, à un cœur normal, comme cela se rencontre parfois en clinique, causerait le même dommage. Par contre, les porteurs de lésions organiques bien compensées ne présentaient évidemment aucun signe clinique d'insuffisance cardiaque; leur tension veineuse et leur vitesse de circulation étaient normales. Toutefois trente-quatre de ces patients sur trente-neuf virent le rendement mécanique de leur cœur amélioré par la digitalisation telle que décrite plus haut.

Ajoutons que l'amélioration ainsi constatée n'avait aucun rapport avec le degré d'hypertrophie du cœur, ou le genre de lésion valvulaire. Erickson et Fahr prétendent de plus qu'avant tout signe d'insuffisance cardiaque chez ces porteurs de lésions organiques apparemment bien compensées, la vitesse de circulation peut permettre de prévoir l'action bienfaisante de la médication digitalique.

Voyons maintenant le mode d'emploi et les doses des préparations de digitale. La voie orale est de beaucoup la plus employée; White prétend qu'elle suffit dans 95% des cas. L'autre 5% comprend d'abord les cas où il faut agir vite et fort pour obtenir un effet thérapeutique maximum en quelques heures; par exemple, au cours de la dilatation aiguë ou de la fibrillation auriculaire avec grande insuffisance cardiaque. La voie intraveineuse est alors préférable; elle vaut pour les préparations de digitale, mais surtout pour les glucosides purifiés. Mais cette méthode d'urgence n'est pas sans danger. Leaman prétend qu'il ne faut pas y recourir si le patient a déjà reçu de la digitale au cours de la semaine précédente, et nous savons que c'est habituellement le cas chez la plupart des patients que nous rencontrons en insuffisance cardiaque. La voie intraveineuse s'impose aussi si l'absorption par la bouche est impossible, chez un hémiplégique récent par exemple, chez les vomisseurs par intolérance médicamenteuse ou par congestion passive du foie; dans ces derniers cas, cette congestion et l'œdème des voies digestives rendent l'absorption du médicament problématique ou insuffisante. On peut toujours, dans de telles circonstances, pratiquer un tubage duodénal avant de donner la digitale. De cette façon, on pourra soulager le patient de sa douleur épigastrique et de sa dysphagie, tout en facilitant l'absorption du toni-cardiaque. Mais cette intervention impose aux cardiaques décompensés, angoissés et irritables, un surcroît

1. *Proceedings of the Mayo Clinic*, **20**: 263 (15 juillet) 1945.

de fatigue, et ces malades sont souvent opposés d'emblée à tout ce qui leur paraît être un moyen de gêner leur respiration déjà si difficile. On peut s'en tenir alors, comme médication prédigitalique classique, aux diurétiques et aux drastiques dont on n'oubliera pas d'ailleurs les inconvénients pratiques. Pour toutes ces raisons, la voie intraveineuse mérite peut-être d'être employée plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Nombreux sont les auteurs qui depuis quelques années défendent ce point de vue.

La voie intramusculaire est beaucoup moins populaire; on la réserve aux malades qui n'ont pas de veines facilement accessibles ou qui, ne pouvant prendre la digitaline par la bouche, réagissent mal aux injections intraveineuses. Lorsque ces modes d'administration sont prohibés, il reste la voie rectale dont on pourrait attendre, paraît-il, une action aussi rapide et aussi sûre que lorsque le médicament est pris par la bouche. Mais la plupart des préparations liquides de digitale sont irritantes pour la muqueuse rectale et ce mode d'emploi ne doit être que passager.

Quelles sont les équivalences, au point de vue activité pharmaco-dynamique, entre les différentes préparations de digitale?... Si l'on se base sur leur valeur respective en unités internationales, on voit que les préparations de poudre de digitale dosées à dix centigrammes (une unité) équivalent à quinze minimes de teinture fraîche au dixième et à environ sept gouttes de digitaline cristallisée, ou digitoxine. Ces équivalences ne permettent pas d'ailleurs d'employer indifféremment l'une ou l'autre des préparations et d'en attendre des effets identiques dans chaque cas.

A propos de doses, distinguons la digitalisation rapide de la cure d'entretien. Digitaliser un malade, c'est atteindre en quelques jours la saturation indispensable à l'effet thérapeutique optimum, avec ou sans réactions toxiques, et c'est la seule façon efficace de donner la digitale dans les insuffisances graves et les troubles marqués du rythme. Il faut alors donner à un individu de taille et de poids moyens dix à quinze unités de digitale, soit un gramme à un gramme et demi de poudre de digitale, dix à quinze centimètres cubes de teinture ou environ soixante-quinze à cent gouttes de digitaline cristallisée. Selon le degré de l'urgence, cette quantité doit être donnée par la bouche en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et en divisant habituellement la dose quotidienne en trois prises. Par voie intraveineuse, on se basera sur la même dose globale et l'on donnera d'emblée quatre unités que l'on pourra répéter au bout de trois à quatre heures. On pourra après ce temps commencer à se servir de la voie buccale pour compléter la dose quotidienne, ou continuer, selon le cas, par voie intraveineuse.

La cure d'entretien, elle, consiste à donner tous les jours, pendant une période variant avec les besoins du malade ou sa tolérance, et pouvant d'ailleurs durer indéfiniment, une dose dépassant rarement l'unité, ce qui dans les conditions normales permet une élimination suffisante du médicament pour éviter les accidents d'accumulation, tout en maintenant le cœur sous l'influence constante de la digitale.

Un mot maintenant des indications de la digitale:

1° L'insuffisance cardiaque avec œdème, avec ou sans fibrillation auriculaire ou flutter;

2° L'arythmie complète qui se manifeste habituellement à l'électro par la fibrillation ou flutter auriculaire.

Dans ce dernier cas, la digitale se donne avant la quinidine. En dehors de ces indications majeures, on peut donner de la digitale en guise d'épreuve thérapeutique dans certaines congestions pulmonaires, surtout chez les vieillards, lorsqu'il est difficile d'apprécier autrement l'importance de l'insuffisance cardiaque. Enfin, chez les porteurs de lésions valvulaires en éminence de décompensation, chez les hypertendus lorsque le muscle com-

mence à se fatiguer, la digitale peut prévenir ou retarder l'apparition de l'insuffisance cardiaque. A peu d'exceptions près, en dehors de ces indications la digitale est inutile ou nuisible. Elle n'a donc pas sa place dans la thérapeutique préopératoire courante, à moins que l'on n'ait affaire à une insuffisance cardiaque. Il est inutile d'en donner dans la tachycardie banale, toxique ou émotionnelle, et dans l'hypotension ne relevant pas d'une insuffisance cardiaque.

La digitale est un grand médicament. Elle a triomphé de l'épreuve du temps, mais elle a maintenant des indications et une posologie précises. Et ceux qui n'observent pas ces règles s'exposent à des désappointements dont le médicament n'est en aucune façon responsable.

Roger-R. DUFRESNE.

"L'Union Médicale du Canada" en 1876

La variole

Décembre 1876.

Montréal est encore une fois le théâtre d'une épidémie variolique qui semble devoir surpasser en sévérité toutes celles contre lesquelles nous avons eu à lutter depuis plusieurs années. En présence d'un semblable état de choses, on a bien le droit de s'alarmer et d'en rechercher la cause. Comment se fait-il, en effet, que depuis au delà de six ans, cette triste maladie n'ait jamais disparu complètement de nos tables de mortalité, et que chaque année, surtout à l'automne, elle ait toujours pris le caractère d'une véritable épidémie?

On a dit et écrit bien souvent que la population française de cette ville était seule responsable de l'existence de cette maladie au milieu de nous, et que ce n'était guère que chez elle qu'elle exerçait ses ravages.

Nous tenons à réfuter cette erreur qui s'est malheureusement trop accréditée ici et à l'étranger, et qui a contribué beaucoup à détruire l'harmonie et l'entente dont nous avons besoin pour faire face à un fléau qui menace non seulement les intérêts de la famille, mais encore ceux de la société.

Nous avons toujours entretenu des doutes sur l'exactitude de cette assertion, et nous sommes heureux de pouvoir dire que les observations que nous avons faites depuis le début de la présente épidémie détruisent entièrement cette prétention; voici d'ailleurs les statistiques du Bureau de Santé pour les huit semaines qui se sont écoulées depuis le 23 septembre jusqu'au 21 novembre:

Population française, 478 mortalités dont 141 causées par la variole.

Population anglaise, 262 mortalités dont 59 causées par la variole.

En comparant ces chiffres entre eux, on pourra se convaincre que la proportion des variolés dans le total des décès ne diffère pas sensiblement, et que la légère différence qui existe en faveur de la population anglaise est plus que compensée par le fait que celle-ci habite le quartier le plus salubre de la ville. On aura même le droit de s'étonner que la différence ne soit pas plus grande, si l'on tient compte du fait que chez la population anglaise la natalité est bien moindre que chez la population française, car on sait que dans les épidémies de variole, comme d'ailleurs dans toutes les épidémies de fièvres éruptives, c'est surtout l'enfance qui est décimée.

Que chaque nationalité accepte donc la part de responsabilité qui lui appartient, et unissons nos efforts pour faire disparaître un état de choses qui nous est également préjudiciable.

Pour nous, les deux causes qui contribuent le plus à entretenir la variole au milieu de nous, sont: l'absence prolongée de vaccination efficace et la négligence absolue des règles de l'hygiène publique.

Par absence prolongée de vaccination efficace, nous faisons allusion principalement à l'usage qui a toujours prévalu ici, jusqu'à ces derniers temps, d'employer un vaccin non renouvelé et souvent mal conservé. Combien de personnes qui, ayant subi l'opération ordinaire de la vaccination, se croient réellement vaccinées, et qui cependant ne le sont pas du tout, parce qu'au lieu du vrai vaccin on ne leur a inoculé qu'un produit inerte.

Pour bien se rendre compte de ce fait, il suffit de se rappeler qu'à venir jusqu'à ces dernières années, la plupart des médecins ne s'étaient jamais préoccupés de renouveler leur vaccin, et que presque tous ne se servaient que des croûtes ou gales conservées. Or, sachant combien le vaccin perd vite ses propriétés par sa transmission d'un sujet à un autre, et combien il est difficile de le bien

conserver sous forme de croûtes ou gales, ne peut-on pas dire que, dans le plus grand nombre des cas, la vaccination a été illusoire?

Si, à tous ceux qui sont ainsi dans une fausse sécurité, on ajoute le petit nombre de ceux qui ne se sont pas fait revacciner, on ne devra plus s'étonner de voir la variole continuer ses ravages au milieu de nous, et même atteindre un bon nombre de personnes qui, de bonne foi, se croyaient à l'abri de la contagion. Ce sont ces faits qui, faute d'être bien compris, contribuent le plus à faire perdre confiance dans la vaccination.

Le Bureau de Santé ne doit donc rien négliger pour procurer aux médecins un vaccin parfaitement pur et toujours renouvelé, et adopter un système de vaccination qui possède la confiance du public.

Nous croyons que pour atteindre ce but le meilleur système serait celui que notre regretté confrère le Dr Grenier recommandait dans *L'Union Médicale* d'avril 1874 et qu'il exposait ainsi: « Pour parer aux inconvénients que nous venons de signaler, il serait préférable, croyons-nous, de diminuer considérablement le nombre des bureaux de vaccination et d'en confier la direction à nos Institutions publiques de Charité. Il existe en cette ville quatre dispensaires, ceux de la Providence, de l'Hôpital Anglais, des Soeurs Grises et le Dispensaire de Montréal. Si ces établissements étaient chargés de remplir les fonctions actuellement dévolues aux vaccinateurs, nous n'ayons aucun doute que les résultats seraient satisfaisants. »

On pourrait compléter cette organisation en nommant, comme le suggère notre ami, M. le Dr Ricard, une « Commission de vaccine » composée de médecins dévoués et compétents dont le devoir serait de surveiller et de contrôler tout ce qui a rapport à la vaccination. Nous croyons que cette organisation une fois bien établie serait très efficace et ferait disparaître bientôt les obstacles et les mécontentements qui existent aujourd'hui.

Un des moyens les plus puissants pour circonscrire et limiter la variole et qu'on a beaucoup trop négligé jusqu'à ce jour, c'est l'isolement des malades. Il faudrait adopter à ce sujet des mesures très sévères, car il sera toujours très difficile d'obtenir l'isolement chez notre population, qui ne craint pas assez cette maladie. Nous constatons en effet chaque jour, lorsque la variole se déclare dans une famille, combien il est difficile pour ne pas dire impossible: soit d'empêcher les parents et les amis de venir s'exposer inutilement à la contagion, soit d'empêcher les personnes qui ont soin des malades d'aller semer ailleurs les germes de la maladie en continuant à vaquer à leurs occupations et à fréquenter les édifices publics, tels qu'églises, marchés, magasins, etc.

Nous avons dit que la négligence absolue des règles de l'Hygiène publique était une des causes du séjour constant de la variole au milieu de nous, et nous croyons que ça n'est pas la moindre.

Il y a peu de villes au monde, croyons-nous, où, dans tout ce qu'elles font, les autorités municipales semblent se préoccuper aussi peu de l'Hygiène. Notre système d'égoûts, tout dispendieux qu'il soit, au lieu de servir à l'assainissement de la ville, est une source d'infection et transporte dans toutes les parties de la ville et dans toutes les maisons les miasmes putrides qui y séjournent constamment.

L'état dans lequel on entretient les rues de la ville, l'eau que l'on distribue en toute saison sans qu'elle soit filtrée, les édifices publics et les maisons privées qu'on laisse bâtir sans aucune surveillance au point de vue de l'Hygiène, sont autant de causes qui agissant, tantôt isolées, tantôt réunies, font de Montréal une ville insalubre et y entretiennent à l'état endémique des maladies contagieuses comme la variole et les fièvres typhoïdes.

ANALYSES

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

PHTISIOLOGIE

Etienne BERNARD, Mlle A. LOTTE et Jacques WEIL. — **Sur les tuberculoses miliaires chroniques. "Les épisodes miliaires autonomes".** "La Presse Médicale", **27**: 370; (7 juillet) 1945.

Les auteurs nous parlent des poussées de granulie localisée qui surviennent au cours de la tuberculose pulmonaire thoracique. Autrefois, ces lésions graves n'étaient diagnostiquées qu'à l'autopsie. Mais les rayons X ont rendu possible la découverte de ces troubles qui aggravent la maladie. Il s'agit alors d'une granulie froide du type classique qui, plus tard, dégénère en une tuberculose ulcéro-caséeuse commune. Ce qui n'est plus toujours le cas.

S'il y a des épisodes graves, on a cependant remarqué, d'après de nombreuses observations, un processus miliaire classique d'une durée plutôt limitée. Les radiographies montrent alors un semis micronodulaire évoluant vers des taches plus larges et plus floues (images cotonneuses qui, en s'agglomérant, peuvent aller jusqu'à l'excavation). Ce qui intéresse ici les auteurs, c'est la présence aux deux poumons de lésions qui ont un aspect micronodulaire typique. Ces lésions sont habituellement généralisées, étendues, et elles se surajoutent à l'image de tuberculose chronique.

Ces épisodes miliaires autonomes, qui se greffent à une tuberculose chronique, ont un début fébrile : amaigrissement, toux et hémoptysie ordinairement. C'est l'évolution ordinaire remarquée chez un malade souffrant de granulie froide. Puis, les lésions disparaissent après avoir fait cette poussée tuberculeuse de type anatomoclinique variable (durée 8 à 20 mois). A noter que c'est un épisode miliaire autonome curable qui se surajoute à une tuberculose. Cette maladie varie en gravité selon les antécédents du malade. Le pronostic n'est pas toujours aussi grave qu'on pourrait le croire. Une fois la poussée miliaire terminée, il reste à se méfier de la tuberculose pulmonaire chronique proprement dite.

Paul-René ARCHAMBAULT.

John ANDOSCA et John A. FOLEY. — **Choc pleural et embolie cérébrale.** *(Pleural shock and Cerebral embolism.)* "Am. Rev. of Tub.", **52**: 221 (sept.) 1945.

La ponction pleurale dans le pneumothorax thérapeutique, la thoracentèse ou l'évidement de la plèvre peuvent donner naissance à une série de signes qu'on a coutume de classifier sous les termes : choc pleural ou embolie cérébrale. Le choc pleural a d'abord été décrit par Roger en 1864 comme une crise d'éclampsie avec pâleur, troubles cardio-respiratoires, contractions musculaires toniques et cloniques, inconscience et parfois mort. Les mêmes idées ont été reprises par Besnier, Cordier, Forlanini. Les auteurs de l'école allemande croient que les symptômes: pâleur, nausées, vertiges, convulsions, coma, paralysie, cécité temporaire, sont dus à une embolie cérébrale. Ils soutiennent que le mécanisme d'embolie gazeuse se produit par l'introduction d'air dans le système artériel. Brandes a prouvé cette théorie par une autopsie pratiquée à la suite du décès d'un patient souffrant d'empyème et chez qui, à la suite d'une aspiration pleurale, il avait injecté du bismuth. Il retrouva du bismuth dans les vaisseaux sanguins des deux hémisphères cérébraux et dans les capillaires pulmonaires.

Pour les A. il s'agit d'une embolie cérébrale.

Les A. donnent leur technique propre de pneumothorax et rappellent l'importance de n'employer les solutions de novocaïne qu'à l'amorce d'un pneumo. Ils rappellent aussi la nécessité d'aspirer avec le piston de la seringue avant d'injecter la solution de novocaïne. Ils rappellent de plus que ces accidents surviennent dans les cas d'adhérences, qu'il est très important de ne pas commencer l'insufflation sans être assuré d'une pression pleurale négative bien mise en évidence par les oscillations du manomètre.

12 cas sont rapportés. Au « Boston Sanatorium », sur une série de 90,120 interventions pleurales, les A. ont rencontré 12 de ces accidents,

avec 3 issues fatales. Un de ces cas fatals est attribué à une intoxication par la novocaïne.

J.-Philippe PAQUETTE.

NEURO-PSYCHIATRIE

John H. DREW et Francis C. GRANT. — **La polycythémie: problème neurochirurgical. Revue du sujet, avec rapport de deux observations.** (*Polycythemia as a neuro-surgical problem. A review, with reports of two cases.*) "Archives of Neurology and Psychiatry", **45**: 25 (juillet) 1945.

On a depuis longtemps signalé la fréquence des lésions du système nerveux central associées à la polycythémie. Des 62 cas observés à l'Université de Philadelphie dans les quatorze dernières années, 13 présentaient des lésions neurologiques.

La polycythémie peut-elle être causée par des lésions du système nerveux central? Voilà la première question étudiée par Drew et Grant.

La polycythémie a été produite expérimentalement par l'injection de terre riche en silice au niveau de la région diencéphalique du lapin. Elle se retrouve en clinique dans certaines infections ou maladies dégénératives, encéphalite, maladie de Parkinson, syndrome pituitaire du type de Cushing. Carpenter, Schwartz et Walker en ont revu un certain nombre de cas. Deux avaient un hémangioblastome du cervelet. Ils furent opérés et la polycythémie disparut. Tous les autres cas présentaient des lésions de la région diencéphalique. En 1943, Tinney, Hall et Giffin ont fait l'étude de 163 polycythémiques. 127 présentaient des symptômes attribuables à des lésions du système nerveux central. Deux cas avaient une tumeur cérébrale. La polyglobulie coexistait avec un médulloblastome, un sarcome, un glioblastome multiforme, un endothéliome rapportés par d'autres auteurs. Drew et Grant opérèrent un patient qui avait un hématome sous-dural.

Il y a donc jusqu'à présent dix cas rapportés dans la littérature qui présentaient une lésion tumorale du système nerveux central. La conclusion qui s'impose, c'est qu'il existe une polycythémie d'origine nerveuse.

Oedème papillaire et polycythémie. L'aspect du fond de l'œil dans la polycythémie est caractéristique. Il y a dilatation inégale des veines rétiniennes, qui prennent une coloration plutôt foncée. Le calibre des artères demeure sensiblement le même. La rétine est cyanotique. Il y a des exsudats et des changements dans le nerf optique.

L'œdème papillaire, bien que peu fréquent, a été signalé dans 17 cas. Tous étaient des cas de polycythémie vraie qui ne présentaient aucune tuméfaction cérébrale. La présence de l'œdème constitue un véritable problème. S'agit-il alors d'un œdème dû à la polycythémie ou d'un œdème causé par une tuméfaction? C'est pourquoi il importe dans tous ces cas de recourir aux lumières d'un neurochirurgien.

L'exploration neurochirurgicale du second cas rapporté par Drew et Grant fut négative malgré la présence d'un œdème papillaire très marqué. Ils complétèrent l'intervention par une décompression, car il y avait augmentation de la pression intracrânienne. Le patient mourut quelques mois plus tard. Il n'y eut pas d'autopsie, car le patient avait quitté l'hôpital depuis longtemps.

F. CHAREST.

Jacob NORMAN et John T. SHEA. — **Hallucinose aiguë comme complication de la benzédrinomanie. Rapport d'une observation.** (*Acute hallucinosis as a complication of addiction to amphetamine sulfate. Report of a case*). "The New England Journal of Medicine", **233**: 270 (30 août) 1945.

Le sulfate de benzédrine a joui d'une très grande popularité en ces dernières années dans le traitement de l'alcoolisme chronique avec ou sans psychose par suite de son action stimulante sur le système nerveux central. Reifenstein et Davidoff, qui ont traité avec succès un certain nombre de cas de psychose alcoolique, conseillent l'emploi de ce médicament pour les patients hospitalisés seulement. L'accoutumance pour le sulfate de benzédrine se crée facilement chez ceux qui s'adonnent à l'alcool, à la morphine et à la cocaïne.

Les effets toxiques, qui consistent dans l'agitation, l'insomnie, l'irritabilité, la confusion, les hallucinations et les illusions, varient beaucoup d'un sujet à l'autre.

A. B..., âgé de 49 ans, avocat, était admis au sanatorium le 10 février 1945 pour hallucinations somatiques, visuelles et auditives qui duraient depuis 4 mois. Il était orphelin depuis l'âge de deux ans. Il commença à fumer très jeune (30

à 40 cigarettes par jour) et à boire, alors qu'il était âgé de 17 ans. Il avait eu sa première expérience sexuelle à l'âge de 12 ans et, entre 17 et 25 ans, il eut de fréquentes relations sexuelles avec des femmes mariées. Il cessa de boire au début de ses études de droit et recommença lorsqu'il se mit à pratiquer. En 1939, il consulta un médecin qui lui prescrivit du sulfate de benzédrine, 10 milligrammes 4 fois par jour. Sans consulter son médecin, il augmenta progressivement la dose, si bien qu'après cinq ans, il en prenait 250 milligrammes. Lorsque les troubles commencèrent, il prétendit que sa maison était surveillée et que des réflecteurs étaient dirigés dans sa chambre. Des automobiles suivaient la sienne lorsqu'il se rendait à son ouvrage ou en revenait. Il quitta son emploi. Il devint agité et présenta de l'insomnie. Il perdit 20 livres dans les cinq mois qui précédèrent son internement.

Il fit la grève de la faim les six premiers jours de son admission au sanatorium. Les hallucinations disparurent progressivement et, au bout de trente jours, il recevait son congé.

F. CHAREST.

Clifford ALLEN et L. R. BROSTER. — **Autre cas de psychose paranoïde guérie par la surrénalectomie.** (*A further case of paranoid psychosis successfully treated by adrenalectomy.*) "British Medical Journal", 19 mai 1945, page 696.

En 1933, Broster et Vines remarquèrent que le tissu cortical surrénalien de dix femmes atteintes de virilisme se colorait de façon différente de celui des individus normaux. Vers le même temps, on constata que les femmes atteintes de virilisme, non seulement avaient un comportement sexuel anormal (homosexualité ou sexualité augmentée), mais présentaient aussi des troubles mentaux. En 1938, Gillespie découvrit une patiente atteinte de virilisme qui était une schizophrénique à type paranoïaque. Il la fit opérer. Une surrénale fut enlevée et la patiente guérit.

Allen et Broster rapportent un cas similaire.

Il s'agit d'une Juive âgée de 26 ans descendant d'une famille normale. Son frère, âgé de 24 ans, était cependant très « poilu » et une sœur, âgée de 22 ans, était hirsute. Naissance normale. A l'âge de deux ans, elle eut une méningite à méningocoque. Elle commença à se masturber, alors qu'elle était jeune. A l'âge de douze ans, elle se mit à vomir après avoir mangé des sardines. L'obsession de vomir devint, à partir de ce moment, constante. Une appendicectomie à l'âge de 19 ans, pour cause de douleurs abdominales, ne lui apporta aucun soulagement. Lors de ses fiançailles à l'âge de 21 ans, la crainte de vomir s'accrut et s'accompagna de claustrophobie et d'étourdissements. En décembre 1940, alors qu'elle était allée danser avec son époux à Manchester (Angleterre), l'abri dans lequel elle dut se réfugier fut frappé par une bombe. Elle dut prendre le lit pour trois semaines. Les troubles réapparurent à l'automne de 1941. En février 1942, elle fut examinée par un psychiatre qui porta le diagnostic de psycho-névrose émotionnelle et recommanda la psychothérapie. Comme cette dernière méthode était impossible, elle eut sept séances d'électrochoc. En août, elle était admise au « Crichton Royal Infirmary » sous les soins d'un autre psychiatre. Traitement: électrochoc et comas insuliniques.

Elle reçut son congé le 5 décembre et retournait quelques jours plus tard au même sanatorium. En février 1943, elle eut un avortement provoqué. Elle eut, entre avril 1942 et juillet 1943, 65 comas insuliniques. C'est vers cette époque que les troubles endocriniens devinrent plus apparents et qu'elle commença à présenter de l'hirsutisme. Le dosage des kétostéroïdes donna une excrétion moyenne de 27 milligrammes par jour. Elle reçut alors des injections de progestérone. Amélioration peu durable, tentative de suicide et nouvelle tendance à l'homosexualité. C'est alors qu'elle fut envoyée au docteur Gross pour surrénalectomie. Les troubles mentaux et une distribution masculine des poils de l'abdomen furent les symptômes de quelque importance trouvés lors de l'examen de la patiente. Une laparotomie, entreprise le 21 février 1944, montra que la surrénale gauche était plus grosse que la droite. Un mois plus tard, la surrénale gauche était enlevée. Le rapport du pathologiste fut le suivant: « The cortical cells showed the presence of a large amount of granular red staining material (ponceau-fuchsin stain) ». L'élimination des kétostéroïdes tomba à 7 milligrammes par jour. Son comportement devint plus féminin. En novembre 1944, la guérison persistait.

F. CHAREST.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A. SOULAS. — **Forme endobronchique de la maladie de Hodgkin.** "La Presse Médicale", **53**: 42 (27 janvier) 1945.

Monsieur Soulas rapporte un cas de tumeur endobronchique chez un homme de 32 ans qui, 3 ans plus tôt, avait présenté une maladie de Hodgkin constatée au niveau d'un ganglion sous-claviculaire gauche. Le malade va très bien jusqu'en mars 1943, alors qu'il se plaint de dyspnée et de toux sèche. Le 22 mai, la dyspnée, la respiration sifflante, l'examen radioscopique et radiographique démontrent la présence de phénomènes atélectasiques gauches.

La bronchoscopie met en évidence une formation tumorale rougeâtre, lisse, ne saignant pas au contact, oblitérant la bronche souche droite. L'examen de la biopsie permet de dire, sans le confirmer, que le diagnostic de lymphogranulomatose est le plus vraisemblable.

Le 11 juin 1943 et le 28 janvier 1944, la biopsie bronchoscopique ne donne aucun renseignement intéressant. Le 3 mars 1944, les troubles respiratoires recommencent avec manifestation de signes d'obstruction partielle. Bronchoscopie: une tumeur énorme obstrue la bronche souche droite; elle paraît implantée sur la presque totalité de l'orifice et sur l'éperon trachéal.

L'examen histo-pathologique démontre la présence des cellules de Sternberg. Conclusion: forme endobronchique de la maladie de Hodgkin. La naissance de la tumeur a paru se faire par propagation lymphatique et non pas par irruption ni bourgeonnement après effraction de la paroi. L'absence d'atélectasie, le peu d'étendue de l'emphysème, l'exploration radiologique et endoscopique ont prouvé qu'il s'agissait d'obstruction du « type à clapet ».

L'A. rapporte un deuxième cas, chez une femme de 26 ans, offrant un tableau clinique semblable.

En un mot, le tableau clinique, les signes radiologiques commandaient la bronchoscopie qui, répétée, permit le diagnostic histo-pathologique précis.

V. LATRAVERSE.

ANESTHESIE

A. L. BARACH et E.-A. ROVENSTINE. — **Les risques de l'anoxie au cours de l'anesthésie par le protoxyde d'azote.** (*The hazard of anoxia during nitrous oxide anesthesia.*) "Anesthesiology", **6**: 449 (septembre) 1945.

Dans le passé l'asphyxie a été employée sur une haute échelle et elle a même été admise comme compagne régulière de l'anesthésie au protoxyde d'azote oxygène.

Malheureusement, de cette anesthésie au protoxyde d'azote à faible pourcentage d'oxygène, selon les auteurs, sont nés de nombreux cas de désordres mentaux définitifs et ils rapportent même des cas de mortalité dus à l'anoxie. Ils critiquent l'emploi délibéré de cette anoxie qui n'est pas justifiable en pratique anesthésique et la qualifient de non physiologique et de dangereuse pour la santé du corps et de l'esprit.

Enfin, ils protestent contre le fait que cette anesthésie soit encore pratiquée en certains endroits et surtout qu'on l'enseigne aux étudiants.

Un grand nombre de cas malheureux sont rapportés et analysés. D'accord avec d'autres physiologistes, ils soutiennent que l'anesthésie au protoxyde d'azote oxygène, administré selon les techniques approuvées, constitue un risque considérable pouvant occasionner des dommages cérébraux étendus; l'anoxie qu'elle occasionne déclenche une dégénérescence cérébrale qui peut évoluer durant des mois et devenir incompatible avec la vie.

Certains de ces troubles sont passagers et ne laissent aucune tare: troubles de la vue, de l'ouïe, de la parole, certains états convulsifs et du délire.

Tous s'entendent pour reconnaître comme cause de ces accidents, non pas le protoxyde d'azote, mais l'anoxie qui accompagne son administration. Pour la grande majorité des individus, une anoxie, même de très courte durée, peut engendrer des troubles mentaux permanents et même entraîner la mort. Cela est prouvé par les cas rapportés et les expériences faites sur les animaux.

Ils terminent en avertissant la profession médicale que tout malade soumis à l'anesthésie au protoxyde d'azote oxygène est exposé à faire de l'anoxie, d'où peuvent résulter: troubles mentaux, modifications de caractère, syncope circulatoire ou respiratoire et mort. (35 références)

Léon LONGTIN.

NEURÉOL

HYPNOTIQUE
SÉDATIF
ANALGÉSIQUE

Totalement dépourvu d'effets secondaires

Le NEURÉOL est un somnifère qui trouve ses indications dans les cas de surmenage intellectuel, affections spasmodiques, états de nervosité, d'émotivité, d'anxiété et les déséquilibres vaso-moteurs. Il procure un sommeil réparateur et une sensation de bien-être au réveil sans aucun malaise. NEURÉOL est la médication par excellence des divers états de surexcitabilité.

FORMULE
par cuillerée à thé

Diéthylbarbiturate de soude	0 gr. 20
Diméthyl-amino-antipyrine	0 gr. 06
Ext. de Valériane stabilisée	0 gr. 20
Teinture de Crataegus	0 gr. 20

Neuréol

Procure un sommeil calme sans malaise au réveil

NEURÉOL possède des avantages bien définis sur les autres hypnotiques. Il est bien toléré par l'estomac, ne créé pas d'accoutumance et s'élimine facilement par l'organisme. Il n'exerce aucun effet nuisible sur le coeur, les reins ou la mémoire. Présenté en solution non alcoolique, le NEURÉOL conserve intégralement l'action synergique de ses composants.

ROUGIER FRÈRES
350 rue Le Moyne
MONTRÉAL

NOUVELLES

INSTITUT D'HYGIÈNE ET DE BIOLOGIE DE QUÉBEC

Le docteur Lucien Brouha, de Liége, Belgique, directeur des recherches médicales à l'Aluminum Company, de Shawinigan, vient d'être nommé directeur de l'Institut d'Hygiène et de Biologie Humaine de l'Université Laval de Québec.

Le docteur L.-P. Dugal, professeur à l'Université de Montréal, sera l'assistant-directeur de l'Institut.

M. LE PROF. LOUIS BERGER

Conseiller de la Société du Cancer du Canada

En juin dernier, la « Canadian Society for the Control of Cancer », filiale de l'« Association Médicale du Canada », nommait le Prof. Louis Berger membre de son grand conseil et, en août, elle le priait de faire partie de son bureau de direction.

La Société a l'intention d'organiser en 1946 un programme éducatif en rapport avec la maladie du cancer et d'en faire un mouvement d'envergure nationale; d'autre part, cette campagne se poursuivra conjointement aux Etats-Unis et au Canada, à la demande expresse du regretté Président Roosevelt.

La compétence du prof. Berger en anatomie pathologique, et particulièrement en matière de cancer (il est directeur du Centre anticancéreux de Laval), de même que l'expérience qu'il a acquise au cours des « Semaines du cancer » qu'il avait organisées avec feu le Prof. Arthur Vallée, de 1931 à 1934, rendent tout à fait judicieuse sa nomination au bureau de direction de la « Société canadienne de contrôle du cancer ».

PRIX CASGRAIN et CHARBONNEAU À LA FACULTÉ LAVAL DE QUÉBEC

La maison Casgrain et Charbonneau a offert à la Faculté de Médecine de Laval un montant de cinq cents dollars pour un travail original se rapportant à la médecine expérimentale. Les deux lauréats du concours sont: M. Roger Gaudry, docteur ès sciences et professeur agrégé de biochimie, pour ses remarquables synthèses d'acides aminés, et M. le docteur Maurice Giroux, professeur agrégé et chef des laboratoires de l'hôpital Laval, pour ses recherches sur « Le traitement de la tuberculose expérimentale du cobaye par la diasone ».

Le jury se composait de MM. les docteurs Charles Vézina, A.-R. Potvin, R. Gingras, R. Blanchet, J.-E. Morin et E. Gaumond. *L'Union Médicale du Canada* félicite chaleureusement les lauréats de ce concours pour leurs travaux originaux dans le domaine expérimental.

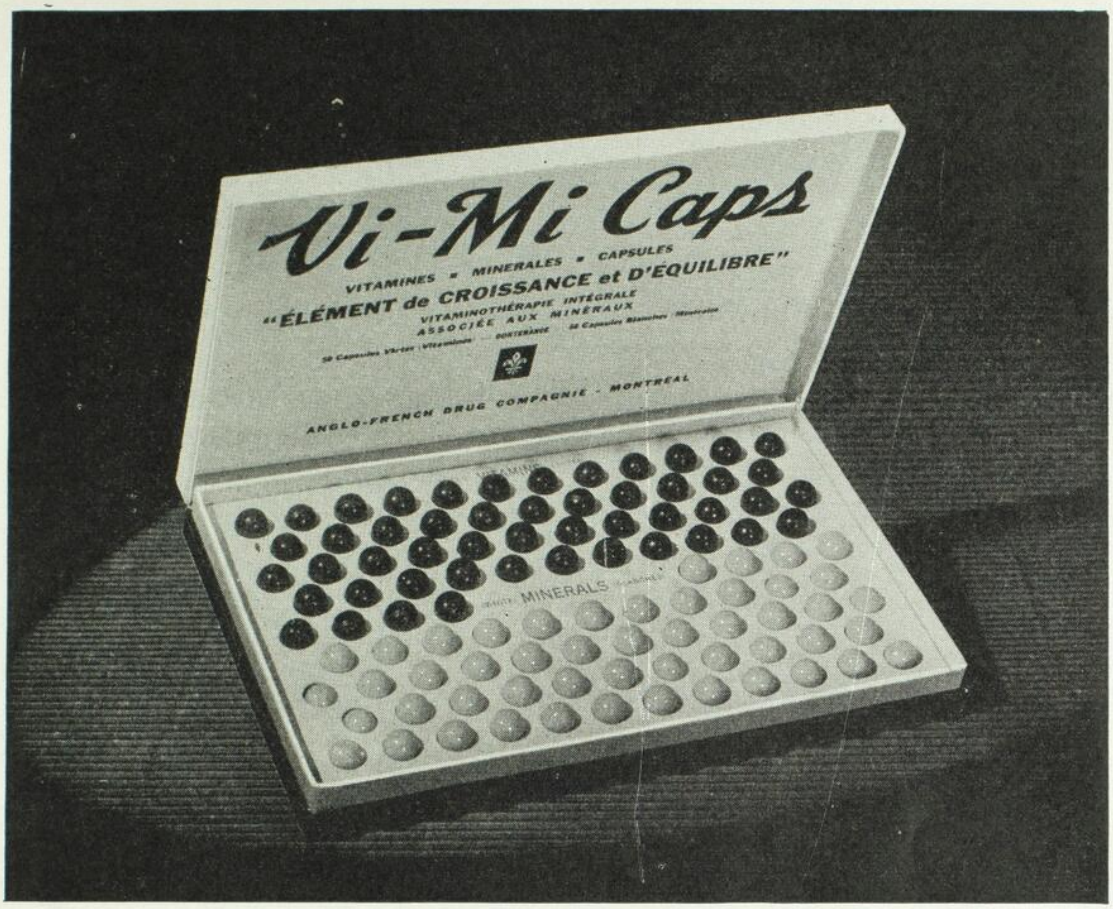
BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

Aux dernières élections annuelles, M. le docteur Emile Gaumond, chef du service de dermatologie à l'Hôtel-Dieu et professeur de dermato-syphiligraphie à la Faculté, a été porté à la présidence du bureau médical de l'hôpital. Le docteur Robert Lessard, assistant en radiologie, en a été élu secrétaire.

Pierre JOBIN.

NOUVEAU VICE-DOYEN À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

En remplacement du docteur Oscar Mercier, récemment décédé, le docteur Léon



ÉLÉMENT DE CROISSANCE ET D'ÉQUILIBRE

VITAMINOTHÉRAPIE INTÉGRALE ASSOCIÉE AUX MINÉRAUX

DOSE: Deux Capsules par jour — une verte une blanche est la dose moyenne.

Présentation: En boîte de 100 Capsules — 50 Vitamines — 50 Minérales.

VI-MI CAPS

VITAMINES MINÉRALES CAPSULES

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, - MONTRÉAL

Gérin-Lajoie vient d'être nommé vice-doyen de la Faculté.

Nos félicitations sincères à notre collègue de la Direction de *L'Union Médicale*.

LE DOCTEUR HANS SELYE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le docteur Hans Selye, savant de réputation internationale, vient d'être nommé professeur de médecine et de chirurgie expérimentales à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

NOUVELLES DE FRANCE

Congrès International des Chirurgiens

La *Presse Médicale* de Paris annonce que le XIIe Congrès International de Chirurgie se tiendra à Stockholm en 1947.

Doctorats "honoris causa" de l'Université de Lausanne

Le 4 octobre 1945, l'Université de Lausanne a décerné, à l'occasion du Cinquantenaire de sa Faculté de Médecine, deux doctorats « honoris causa », l'un au recteur Roussy, de l'Université de Paris, et l'autre au professeur Lenormant.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL ST-LUC

Les officiers du corps médical de l'hôpital St-Luc pour 1946 seront les suivants:

Exécutif du Conseil Médical:

Président: Dr J.-A. Fleury; vice-président: Dr J.-H. Charbonneau; secrétaire: Dr C.-E. Mathieu; membres: Dr W. Tremblay, Dr R. Lallemand.

Conseil Médical:

Président: Dr E. Garceau; vice-président: Dr A. Leroy; secrétaire: Dr Alphonse Bernier.

Bureau Médical:

Président: Dr P. Smith; vice-président: Dr L. Archambault; secrétaire: Dr P.-E. Chicoine.

Secrétaire des séances scientifiques: Dr L.-P. Desrochers.

NOMINATION AU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS

Le docteur Jacques Genest, de Montréal, a été agréé comme membre du Collège Royal des Médecins du Canada.

DIPLÔMÉS DU CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

Le docteur J.-Fenton Argue, régistraire du Conseil médical du Canada, annonce que 71 candidats ont subi avec succès les examens que le Conseil a tenus à Montréal, Winnipeg et Vancouver.

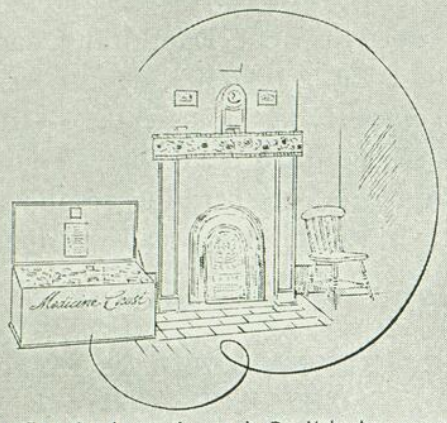
Voici la liste des candidats agréés à Montréal: les docteurs Paul Henry de Varennes, d'Ottawa; G.-J. Gallant, de Howlan, I.-P.-E.; Victor I. Hymovitch, de Montréal; Paul-A. Laguë, de Sainte-Madeleine, Qué.; Jean-L. Lapierre, d'Outremont; Laurier Légaré, de Fort Coulonge, Qué.; Charles-E. Lelaidier et Paul-E. Pouliot, de Québec.

RÉORGANISATION DU SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

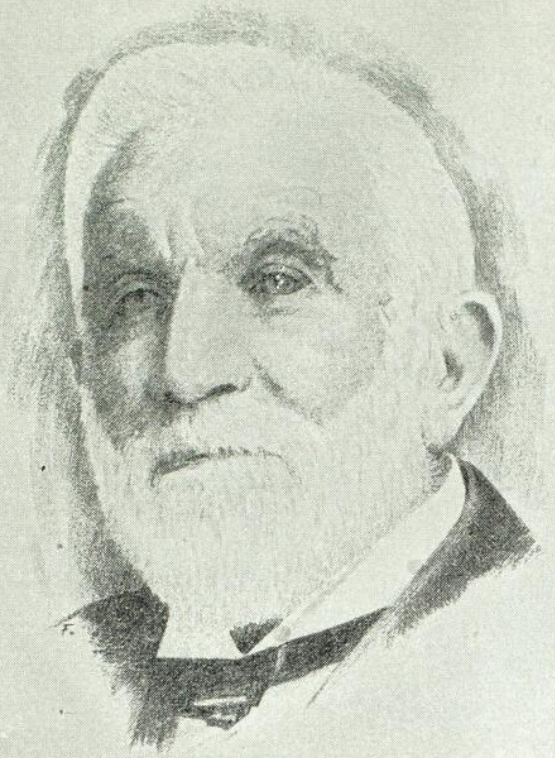
A sa dernière assemblée régulière, le Bureau d'administration de l'hôpital Notre-Dame a approuvé officiellement la nomination du docteur Paul Brodeur au poste de chef du service d'électro-radiologie, en remplacement du docteur Doriva Léonard, nommé récemment radiologiste en chef et directeur de la réhabilitation professionnelle à la Commission des Accidents du Travail.

PÈRES DE LA MÉDECINE CANADIENNE

★UNE DES ANNONCES DE LA SÉRIE



Le coffret de pharmacie que le Dr. Helmcken apporta à l'Ile de Vancouver, à bord du "Norman Morrison"



L'Hon. J. S. Helmcken

M.D., R.C.S., M.R.C.S. **1825—1920**

C'EST à John Sebastian Helmcken que revient l'honneur incontesté d'avoir été le premier praticien de race blanche dans la Colombie-Britannique. Vers 1865, en parlant de lui on disait, "le meilleur médecin de San-Francisco jusqu'au Pôle Nord, de l'Asie jusqu'à la Rivière Rouge."

Helmcken naquit à Londres, Angleterre, en 1825. Après avoir passé plusieurs années comme apprenti dans une pharmacie, il alla étudier à l'Hôpital Guy. A la fin de son cours, le Collège Royal des Chirurgiens, en Angleterre, lui remit un diplôme et la Société des Apothicaires, un permis. Pendant les deux premières années de son internat à l'Hôpital Guy, il assista à toutes les opérations qui étaient faites sans l'aide d'anesthésique et plus tard, quand pour la première fois on administra de l'éther avant une opération, il était aussi présent. Le talent dont il fit preuve au cours de ses études lui valurent d'être affecté au navire "Prince Rupert" appartenant à la Compagnie de la Baie d'Hudson, pour le voyage aller et retour que celui-ci faisait à York Factory, sur la Baie d'Hudson. Cette année supplémentaire d'études lui mérita le titre de M.R.C.S. Angleterre.

En 1850, le navire "Norman Morrison" jetait l'ancre dans le port d'Esquimalt et il en débarquait un nombre de colons. La petite vérole s'était déclarée pendant le voyage, mais le jeune chirurgien qu'était à ce moment John Sebastian Helmcken traita ses patients avec tant d'habileté que l'épidémie fut enrayée et que quelques personnes seulement succombèrent. Sa nature amicale et généreuse ainsi que son caractère jovial lui conquirent l'amitié de toute la colonie en peu de temps. Il se distingua dans l'exercice de sa profession, tant dans la pratique privée qu'en qualité de Coroner et de Médecin du Service de Santé. En 1885, il était nommé premier président de l'Association Médicale de la Colombie-Britannique et, à la même assemblée, son fils, le Dr. James Douglas Helmcken, était élu secrétaire-trésorier. Il fut l'un des membres du gouvernement provincial, représentant Esquimalt lorsque eut lieu la première Assemblée de la Chambre dans l'Ile de Vancouver. Après la Confédération, on voulut le créer Sénateur, mais il s'excusa, préférant poursuivre l'exercice de sa profession.

La Helmcken Road, à Victoria, commémore ce médecin qui a fait oeuvre de pionnier, et dont la vie a été consacrée au service de ses concitoyens. La dévotion à sa profession qu'a personnifié Helmcken inspire cette compagnie à réaffirmer sa foi en sa politique . . . Exactitude Thérapeutique . . . Excellence Pharmaceutique.

FONDÉE EN 1856

WILLIAM R. WARNER & COMPANY LTD.

LE SYMBOLE D'EXCELLENCE PHARMACEUTIQUE
OMNIS ORBIS
WARNER
FONDÉE EN 1856

FABRICANTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES • 727-733 KING ST. WEST, TORONTO

Depuis quelques mois, l'hôpital Notre-Dame procède à une complète réorganisation du service d'électro-radiologie, réorganisation qui se continuera sous la direction du docteur Brodeur.

Au docteur Brodeur sont adjoints deux assistants: les docteurs Arthur Vallée, de Québec, et Jean-Louis Léger, de Montréal.

FONDATION PLATET-MATHIEU, DE LYON, FRANCE

Un prix de 120,000 francs sera décerné tous les deux ans par l'Académie des Sciences et des Arts de Lyon à l'homme ou à l'oeuvre qui aura le mieux contribué en France à la lutte contre le cancer, la syphilis et la tuberculose. Cette récompense a reçu le nom de Fondation Platet-Mathieu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE MONTRÉAL

Séance du 8 novembre 1945

Considérations nouvelles sur la physio-pathologie du diabète — *René Dandurand.*

Etudes micro-calorimétriques du développement des cultures bactériennes et de la germination des graines — *Henri Prat.*

Election d'un vice-président et d'un secrétaire-trésorier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES TROIS-RIVIÈRES

Le jeudi, 15 courant, la Société Médicale des Trois-Rivières a tenu une assemblée à laquelle l'invité d'honneur était le docteur Eugène Thibault, président de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec.

NOMINATIONS AU COLLÈGE ROYAL DES CHIRURGIENS

Les docteurs Jean-Paul Cholette, de Montréal, Wilfrid-M. Caron et Paul-E. Pouliot, de Québec, ont été agréés comme membres du Collège Royal des Chirurgiens du Canada.

UN TRAITEMENT NOUVEAU DU DIABÈTE PRÉSENTÉ À LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le docteur René Dandurand, médecin de l'Hôtel-Dieu, a présenté, devant les membres de la Société de Biologie de Montréal, lors de la séance du 8 novembre 1945, des notes préliminaires sur certains résultats obtenus par un traitement nouveau du diabète.

LE COMITÉ NATIONAL DE RECHERCHES D'HYGIÈNE SCOLAIRE

Les docteurs Adrien Plouffe, de Montréal, Jules Gilbert, Emile Nadeau et Berchmans Paquet, de Québec, ont été nommés membres d'un sous-comité au Comité National de Recherches d'Hygiène Scolaire.

DES MILLIERS D'ENFANTS AUX UNITÉS SANITAIRES

C'est à la maison que l'enfant fait l'apprentissage de la vie. Toute mère qui souhaite la santé et le succès de ses enfants doit commencer par appliquer à la maison les règles de l'hygiène. C'est l'unique moyen de les préparer aux difficultés et aux dangers de l'âge adulte. Vous avez, mesdames, deux moyens de ce faire: votre médecin de famille et l'unité sanitaire de votre comté. Au cours de juillet dernier, il y a eu, dans les régions desservies par les Unités sanitaires du ministère de la Santé et du Bien-être social, que dirige l'honorable docteur J.-H.-A. Paquette, 1,095 cliniques de puériculture. On y a examiné 16,428 nourrissons et 15,104 enfants d'âge préscolaire tandis que les hygiénistes du département visitaient à domicile 11,538 nourrissons et 15,770 enfants d'âge préscolaire.

TAUX DES NAISSANCES DANS LES CENTRES URBAINS

Au cours des six premiers mois de 1945, dans la province de Québec, le nombre des

ANTISEPSIE

Une barrière persistante contre l'infection

'Jusqu'ici, la toilette des mains se bornait 'principalement à éviter de transporter des orga- 'nismes pathogènes d'une patiente à une autre. 'Récemment, nos vues ont quelque peu changé. 'Le danger d'une patiente à une autre demeure 'toujours, mais nous avons appris à reconnaître 'un autre danger, plus subtil encore, celui du 'transport des streptocoques de la gorge ou du 'nez de la patiente elle-même ou de quelqu'un 'qui est auprès d'elle.' *

* Colebrook, L. (1933) *J. Obstet. & Gynaec.*, 40, 977.

Contre de tels hasards—qui se rencontrent également dans les salles d'opérations — une précaution évidente à prendre en plus du port du masque de la face, c'est l'application d'un antiseptique *persistant* qui formera une barrière véritable à l'infection, soit sur la peau, soit sur les gants chirurgicaux.

Des expériences rationnelles ont démontré que "Dettol" à 30% procure une telle protection pour plus de deux heures. D'autres expériences, en laboratoire et en clinique, ont démontré que "Dettol" à pleine concentration n'est ni toxique ni irritant—et cependant il est rapidement destructeur de toute une variété de bactéries pathogènes, même en grande dilution et même en présence de sang ou d'autres agents organiques de contamination.

Pour obtenir une antisepsie efficace, sûre et *persistante*, "Dettol" est devenu la préparation de choix aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans ceux de maternité de tout l'Empire.

RECKITT & COLMAN (CANADA) LIMITED, DIVISION PHARMACEUTIQUE, MONTRÉAL

M10-HF

naissances a atteint 49,103. Chez les résidents de la Province, ce chiffre est un peu moindre: il est de 48,177, dont 25,045 ont eu lieu à la campagne et 23,132, dans les centres urbains. Si l'on examine les taux, on constate que les régions rurales l'emportent sur les agglomérations urbaines, les premières ayant 28.6 et les secondes 25.7 tandis que l'ensemble du Québec n'accuse que 27.1.

Voici le taux des naissances par centres urbains et par ordre de décroissance: Arvida, 84.4; Rimouski, 68.3; Chicoutimi 67.0; Jonquière, 59.7; Matane, 59.1; Kénogami, 58.5; Val d'Or, 57.4; Noranda, 54.2; St-Joseph de Grantham, 52.7; Saint-Joseph-d'Alma, 50.3; Montmagny, 50.0; Ste-Thérèse, 46.0; Shawinigan Falls, 45.6; Saint-Jérôme, 42.7; Sorel, 42.6; Mégantic, 41.2; Drummondville, 41.0; Lauzon, 40.7; Asbestos, 39.8; Granby, 38.8; La Tuque, 38.4; Joliette, 37.5; Buckingham, 37.0; Magog, 36.6; Vallevfield, 35.0; Sherbrooke, 34.8; Grand'Mère, 33.4; St-Jean, 33.0; Rouyn, 31.5; Victoriaville, 30.2, Hull, 30.2; Lachute, 30.0; Québec, 28.3; Trois-Rivières, 27.9; Thetford Mines, 27.0; Lachine, 26.3; Coaticook, 25.5; Cap-de-la-Madeleine, 25.4; Rivière-du-Loup, 25.2; St-Hyacinthe, 25.1; Lévis, 24.6; St-Laurent, 23.7; Longueuil, 23.3; Montréal, 21.9; LaSalle, 18.6; Montréal-Nord, 17.1; Pointe-aux-Trembles, 16.5; Verdun, 16.2; Pointe-Claire, 10.3; St-Lambert, 8.2; Mont-Royal, 5.1; Westmount, 5.1; Outremont, 4.5.

2,193 VISITES PRÉNATALES AU COURS DU MOIS D'AOÛT

La prévention, sauvegarde de la santé et de la vie

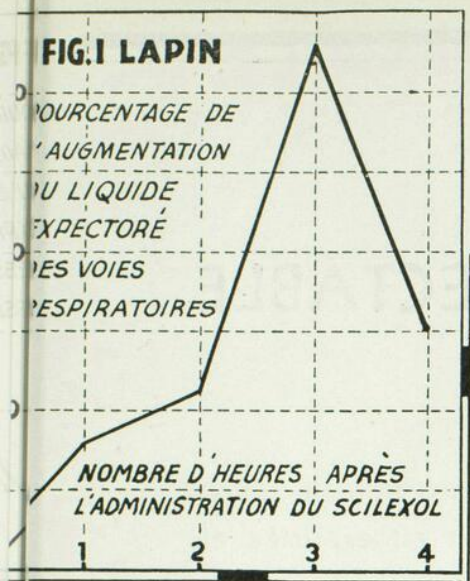
Quel que soit l'âge d'un enfant, sa santé, présente et future, dépend, de toute évidence, de la mise en pratique de certaines règles et du respect de certains préceptes. Bonne alimentation, prophylaxie des maladies contagieuses, établissement précoce de bonnes habitudes d'hygiène physique et mentale, examen médical périodique, sont les quatre conditions sur lesquelles il convient de s'arrêter de temps à autre.

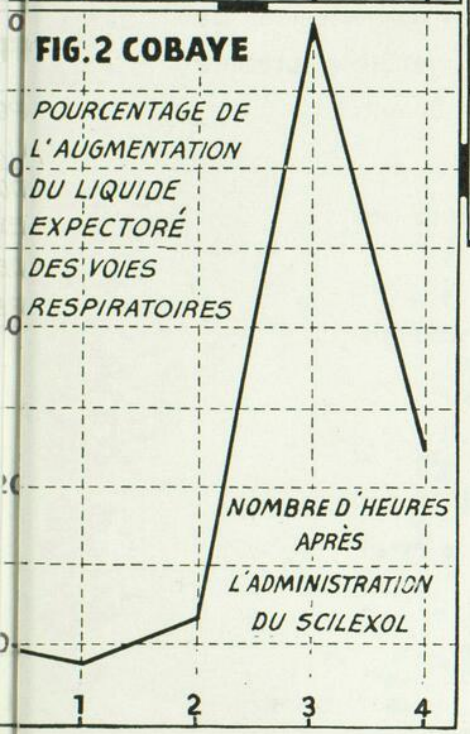
Par l'entremise des Unités sanitaires de la Province, vous pouvez vous renseigner sur tout ce qui touche à l'hygiène infantile, à la prévention et à la santé en général. Chaque mois les médecins hygiénistes tiennent des cliniques de puériculture — il y en a eu 1,226 durant le mois d'août dernier — et distribuent des conseils aux mères de famille. Au cours des cliniques d'août, par exemple, ils ont examiné 19,738 nourrissons et 20,681 enfants d'âge préscolaire.

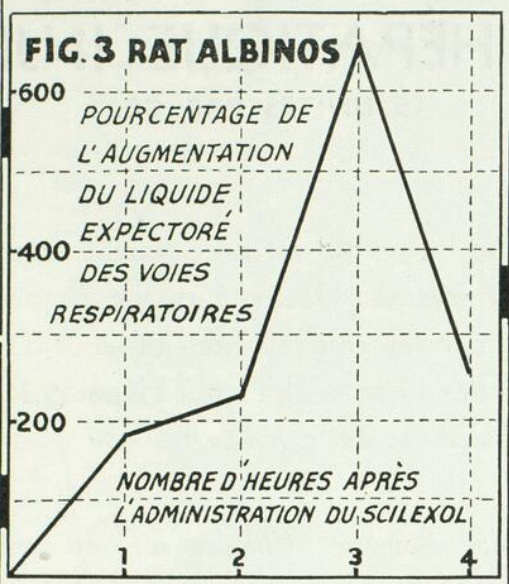
Par ailleurs, le ministère de la Santé et du Bien-être social, que dirige l'honorable Dr J.-H.-A. Paquette, assure également la diffusion de l'hygiène maternelle et de l'hygiène de l'âge scolaire. Durant la période mentionnée plus haut, les hygiénistes du département ont fait 2,193 visites prénatales et 1,430 démonstrations d'hygiène maternelle à domicile.

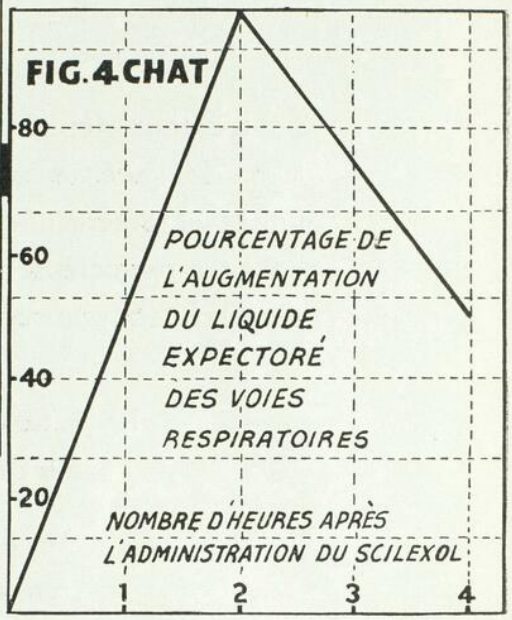
Le vieil adage: « Une once de prévention vaut mieux qu'une livre de guérison » n'a jamais été plus vrai que durant l'âge scolaire. C'est pourquoi, avec la reprise des classes, les hygiénistes ont recommencé leurs visites régulières. En attendant, au cours de l'été, ils ont procédé aux immunisations et vaccinations afin de prévenir les maladies infectieuses. La prévoyance est la mère de la sécurité: épargnons-nous la plupart de ces infections aux conséquences pernicieuses. Prévenons les maladies.

Des Epreuves Biologiques Confirment l'Action Expectorante du SCILEXOL E. B. S.









Ces graphiques indiquent l'expectoration accrue du liquide des voies respiratoires chez quatre mammifères d'espèces différentes auxquels on avait administré du Scilexol avec de la Teinture d'Opium Camphrée en doses de 0.1 ml. par kilo du poids de leur corps. Ces résultats, obtenus dans un laboratoire indépendant, confirment notre croyance que le Scilexol est une préparation efficace pour les toux grasses.

Au point de vue clinique, on a trouvé que le Scilexol est surtout efficace lorsqu'il est combiné avec des sédatifs. Le Scilexol augmente rapidement le volume et la fluidité des sécrétions des voies respiratoires de façon que les cils vibratiles puissent facilement les faire avancer jusqu'à la gorge où elles sont expectorées. Dans le même temps, le sédatif diminue temporairement l'oppression causée par le foyer de la toux, prévenant ainsi les crises épuisantes de toux sèche qui sont occasionnées par une irritation résiduelle dans la gorge plutôt que par la présence de mucosités dont il faut se débarrasser.

CHAQUE ONCE LIQUIDE CONTIENT:

Chlorure d'Ammonium	16 gr.
Chloroforme	2 gouttes
Acide Cyanhydrique Dil.	4 gouttes
Sirop de Scille	90 gouttes
Sirop de Tolu	120 gouttes

Le Scilexol est fourni simple ou avec l'un des sédatifs * suivants, si vous le spécifiez:

1. Teinture d'Opium Camphrée	80 gouttes par once
2. Chlorhydrate de Diéthylmorphine (Dionin)	½ gr. par once
3. Codéine	1 gr. par once
4. Morphine	1/3 gr. par once

* Ceci nécessite une commande de narcotique.

THE E.B. SHUTTLEWORTH E.B.S. CHEMICAL CO. LIMITED

525 Logan Avenue Toronto 6 Ont.

Une Maison entièrement canadienne
Fondée en 1879

EXTRAIT HÉPATIQUE INJECTABLE

15 UNITÉS PAR CC.

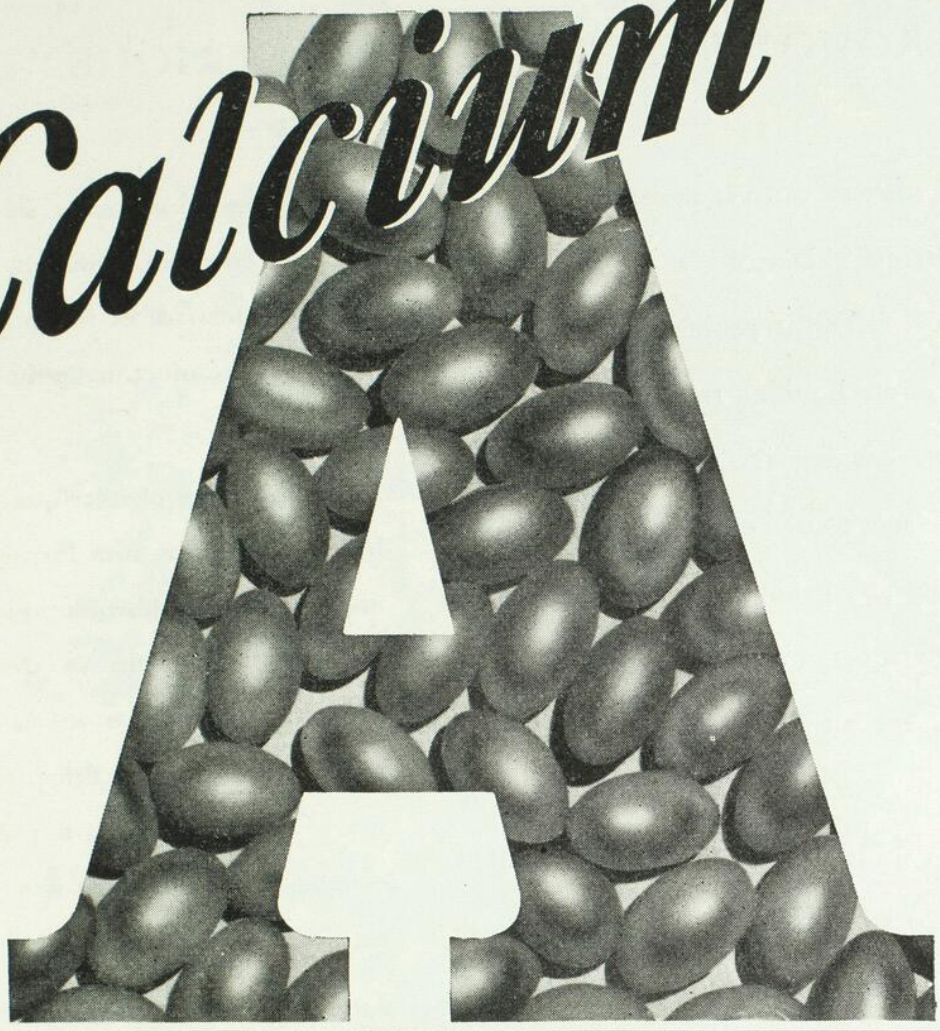
L'Extrait Hépatique Injectable est précisément préparé pour le traitement de l'anémie pernicieuse. L'activité de ce produit est exprimée en unités et déterminée par les résu'tats réels obtenus dans le traitement de l'anémie pernicieuse chez l'homme. L'Extrait Hépatique Injectable, préparé dans les Laboratoires Connaught, possède les avantages suivants:

1. Efficacité reconnue—*Chaque lot est éprouvé sur des cas d'anémie pernicieuse.*
2. Activité très concentrée—*Dose faible et administration moins fréquente.*
3. Faible proportion de solides—*En raison de la grande pureté du produit, il est rare que l'on observe des malaises ou des réactions locales au moment de l'injection.*

L'Extrait Hépatique Injectable (15 unités par cc.) des Laboratoires Connaught est présenté en boîtes contenant *une seule* fiole de 5 cc., et aussi en boîtes contenant *cinq* fioles de 5 cc. Ces dernières sont plus particulièrement destinées aux hôpitaux et aux cliniques, mais peuvent aussi être utiles au médecin.

LABORATOIRES CONNAUGHT
Université de Toronto Toronto 5, Canada

Calcium A



Le "Calcium A" se compose non seulement de calcium, de phosphore et de vitamine A, mais aussi de vitamine D pour favoriser l'assimilation des minéraux.

Chaque capsule de gélatine contient ➤➤

Phosphate bicalcique . . . . 560 mg.
Vitamine A . . . . . 3500 unités int.
Vitamine D . . . . . 350 unités int.

Ayerst

306F

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CANADA

"POURQUOI LA CRÈME OBSTÉTRIQUE 'DETTOL'?"

POUR TOUT CE QUI EST ESSENTIEL, la crème obstétrique 'Dettol' a les mêmes propriétés que l'antiseptique moderne 'Dettol' sous forme liquide—rien de plus, rien de moins. Comme le liquide, elle détruit rapidement toute une variété d'organismes pathogènes, y compris les streptocoques hémolytiques, causes de l'infection puerpérale. Et aussi, comme le liquide, elle n'est pas toxique, elle n'irrite pas et on peut l'appliquer fréquemment sans danger ni inconvénient: l'une et l'autre de ces préparations sont d'un usage agréable.

Cependant, la crème obstétrique 'Dettol' joue un rôle spécial dans la pratique des accouchements. D'abord, sous cette forme, c'est un antiseptique qui est tout prêt à être employé à la bonne concentration, soit: 30% de 'Dettol' dans un véhicule approprié. Et, ensuite, contrairement aux préparations liquides, lorsqu'on l'applique sur la peau et les membranes muqueuses de la patiente, elle demeure en place. Enfin, la crème obstétrique 'Dettol' *persiste* et forme ainsi une barrière contre la réinfection pour au-delà de deux heures.

Ainsi, la crème obstétrique 'Dettol' est donc le 'Dettol' sous une forme particulièrement appropriée à la désinfection des gants chirurgicaux du médecin et de la garde-malade aussi bien que de la vulve, des cuisses et des mains de la patiente. Elle n'est pas plus efficace que 'Dettol' liquide à la même concentration —mais, pour ces besoins particuliers, elle est plus commode.

Au plus grand hôpital de maternité de Londres, le Queen Charlotte's, les archives font voir que deux ans et demi après l'adoption d'une technique antiseptique comportant l'usage de 'Dettol' liquide et de la crème obstétrique 'Dettol', la courbe de l'infection puerpérale par le streptocoque hémolytique a présenté une baisse de plus de 50% comparée à celle d'une période semblable immédiatement avant l'usage de ces produits.

RECKITT & COLMAN (CANADA) LIMITED, DIVISION PHARMACEUTIQUE, . MONTRÉAL

CR2MF

GOUTTE - RHUMATISME - SCIATIQUE

UROPRAZINE

GOUT - RHEUMATISM - SCIATICA

COMPOSITION:

Hexaméthylènetétramine,
Benzoate de Lithine,
PIPÉRAZINE,
Bicarbonate de Soude,
SOUFRE COLLOÏDAL.

Spécialement recommandée dans les cas de:

CYSTITES, PYÉLITES,
GRAVELLE URIQUE,

et dans les affections des voies urinaires.

Echantillon médical envoyé sur demande.

LES LABORATOIRES SPARTOL
Paris - Montréal

GRANULÉ EFFERVESCENT

Représentants exclusifs au Canada

HERDT & CHARTON, Inc.,

2027, avenue du Collège McGill - - - Montréal

ELIMINE L'ACIDE URIQUE - ELIMINATES URIC ACID

DISTRIBUTEURS: HERDT & CHARTON, INC. — MONTREAL

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES SOCIALES
- VACCINATION **GRATUITE** CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LE BCG
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

COQUELUCHE - DIPHTÉRIE

—VACCIN COQUELUCHEUX SIMPLE—

—VACCIN COQUELUCHEUX associé AVEC L'ANATOXINE— DIPHTÉRIQUE purifiée

Bacilles coquelucheux, H. pertussis, en Phase I — 15,000 millions par cm³.

Culture sur milieu de formule améliorée dans nos laboratoires.

Suspensions bactériennes remarquables par leur homogénéité,

uniformité,

valeur expérimentalement éprouvée.

Anatoxine diphtérique (20 unités au cm³) purifiée de 50% de son azote initial.

D'absorption rapide et quasi indolore.

PURETÉ - SÉCURITÉ - EFFICACITÉ

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P.Q., Zone 26

(sans but lucratif)

AGRIPPOL

ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

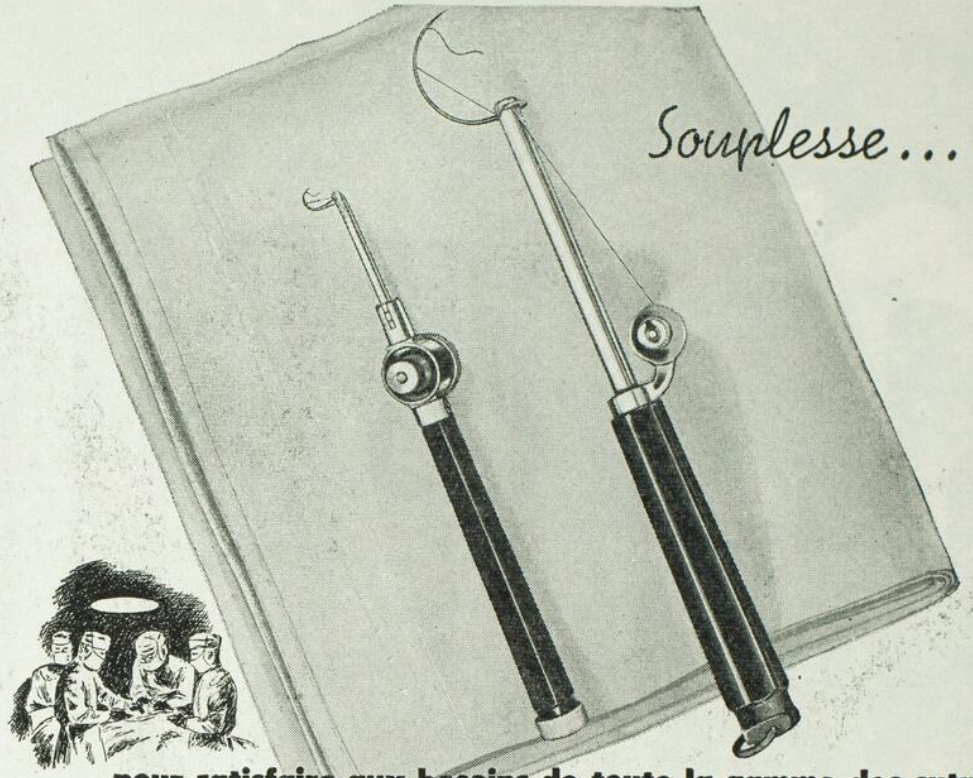
Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL



pour satisfaire aux besoins de toute la gamme des sutures

Dans les interventions chirurgicales... En raison de sa parfaite adaptabilité à une si grande variété d'aiguilles, de tous les modèles et de toutes les dimensions, le Sutureur Chirurgical Singer offre des moyens d'utilisation sans limite dans l'acte de suture. Deux instruments de grosseurs commodes—le "Standard" et le petit "Modèle A-11", permettent au chirurgien de résoudre à son gré tous les problèmes de la suture—tout particulièrement parce que l'instrument ne quitte jamais sa main pendant toute la durée de l'acte de suture.

Dans la formation des points... Le Sutureur Chirurgical Singer permet la réalisation des points voulus plus rapidement et plus facilement—en facilitant la formation d'une plus grande variété de points. Cet instrument utilise presque tout matériel à suturer (alimenté sans arrêt par la bobine dérouleuse).

Servez-vous du coupon ci-dessous pour obtenir votre exemplaire d'une brochure bien illustrée racontant l'histoire de cet instrument.

LE SUTUREUR CHIRURGICAL SINGER

réunit l'aiguille, le manche, le matériel à suturer et le tranchant à sectionner en un seul instrument complet par lui-même, stérilisable tout d'une pièce.

Copyright Etats-Unis, 1945, par The Singer Manufacturing Company. Tous droits réservés pour tous pays.

SINGER SEWING MACHINE COMPANY
Division du Sutureur Chirurgical
700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal

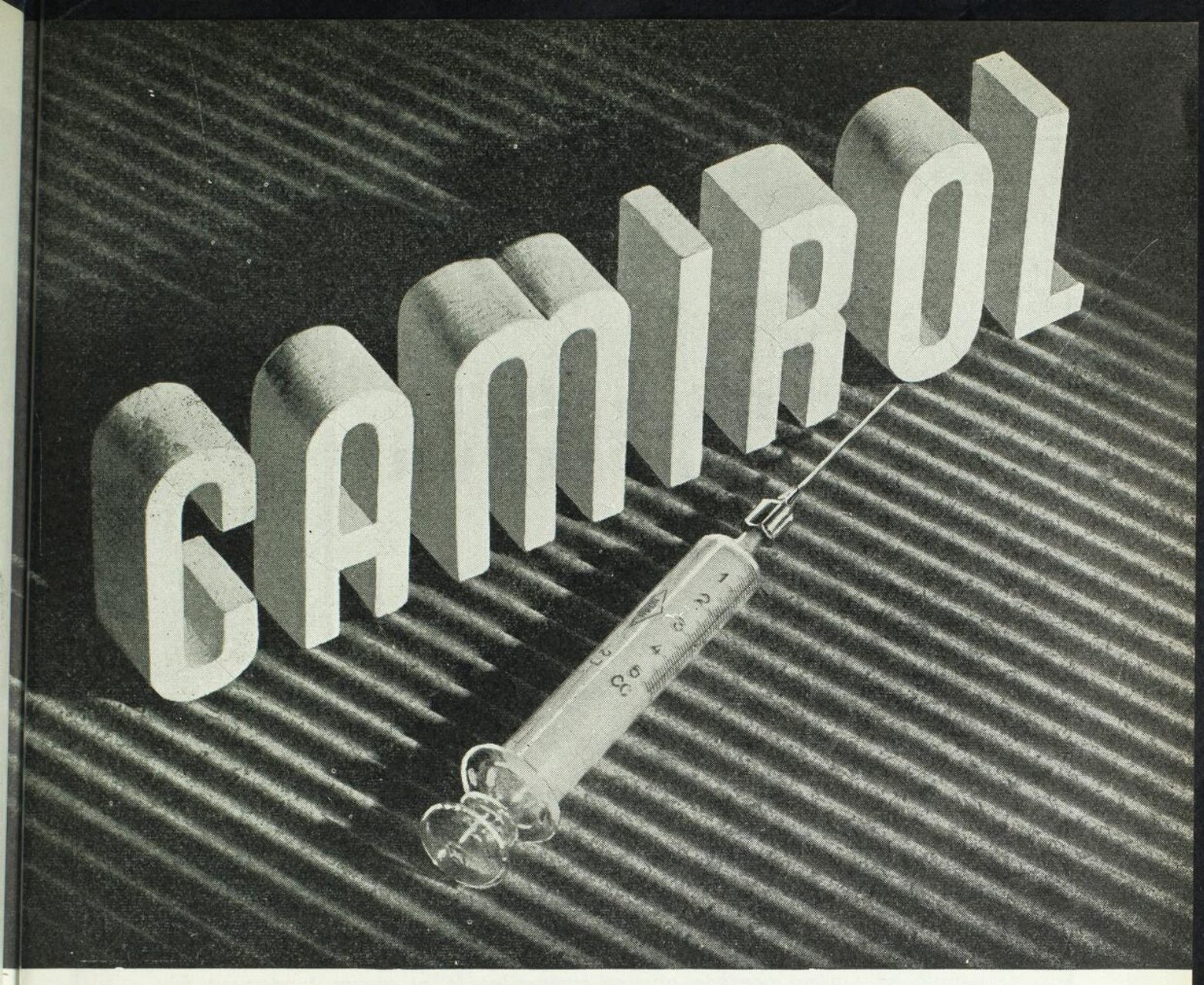
Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer gratuitement un exemplaire de votre brochure illustrée.

NOM_____

ADRESSE_____

VILLE_____

LU-125



Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.
(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTREAL

EDITIONS BEAUCHEMIN

HENRI DE KERILLIS

DE GAULLE DICTATEUR

BEAUCHEMIN

L'un des principaux buts de guerre des Alliés — sinon le principal — est la destruction des régimes politiques issus de l'aventure et de la force. Autrement dit, c'est la restauration des principes et des institutions démocratiques.

Or, la France s'est retrouvée, au lendemain de la Victoire, avec le gouvernement du Général de Gaulle qui s'est désigné lui-même, s'est imposé au peuple, et qui ne possède aucune racine légale ni aucun fondement démocratique.

L'auteur de "De Gaulle Dictateur", journaliste réputé, député républicain nationaliste de la Seine, dénonce le déconcertant et dangereux paradoxe. Mais surtout, il explique comment il s'est produit, à l'aide de témoignages et de documents ignorés du public, en révélant des faits qui sont demeurés jusqu'ici le secret des Chancelleries, il porte devant l'attention mondiale l'histoire de la "Conquête du Pouvoir nouveau" par le gaullisme.

"La vérité, écrit M. Henri de Kérillis, peut parfois soulever quelque émotion, mais elle est la grande lumière sans laquelle la pauvre intelligence humaine vogue à la dérive."

C'est pourquoi, s'attaquant à ce qu'il appelle une grande mystification et une grande légende, nées dans les tourbillons furieux de la Révolution universelle, il nous présente le Général de Gaulle actionné pendant toute la guerre par des influences violemment antidémocratiques, violemment antiaméricaines et antianglaises, et finalement détruisant la IIIe République française pour lui substituer une IVe République de structure fasciste.

Un fort volume in-8, de 448 pages

PRIX: l'exemplaire, **$2.00** par la poste, **$2.15**

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

'PROTHRICIN'

Décongestionnant antibiotique de la muqueuse nasale

contenant de la Tyrothricine et du chlorhydrate de 'Propadrine' est SUPÉRIEUR au vaso-constricteur ordinaire

Le décongestionnant 'PROTHRICINE' est indiqué dans le soulagement de la congestion nasale accompagnant le rhume ordinaire, la rhinite allergique, la rhinite catarrhale aiguë, la rhino-sinusite et l'ethmoïdite aiguë.

Les ingrédients actifs de cette préparation sont les suivants:

Tyrothricine (antibiotique) (200 microgrammes par c.c.)	0.02%
'Propadrine' ou chlorhydrate de phényl-propanol-amine (vaso-constricteur)	1.50%

'PROTHRICINE' s'emploie au moyen de tampons, d'irrigations, de gouttes ou de vaporisation. Présenté en flacons d'une once avec compte-gouttes.

Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ont.

Sharp & Dohme

1. Ne paralyse pas les cils vibratiles.

2. Ses propriétés antibiotiques se maintiennent en présence de pus et de mucus.

3. Sa faible tension superficielle (environ 40 dynes par centimètre) permet la pénétration suffisante dans les interstices des muqueuses pour enrayer une infection aiguë.

4. Il n'enraye aucunement le mécanisme de défense des muqueuses.

5. Solution isotonique — pH variant entre 5.5 et 6.5 — identique au pH des sécrétions nasales.

6. Non toxique et non irritant pour les muqueuses nasales et les sinus.

7. Il n'occasionne pas la formation de croûtes pouvant empêcher le drainage.

LES FABRICANTS D'

Auralgan

PRÉSENTENT

Un nouveau Sulfa

Otosmosan

POUR LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE

Pas un simple mélange mais une puissante Combinaison Chimique

Sulfathiazole-Carbamide dans de la glycérine "Doho" spécialement déshydratée.

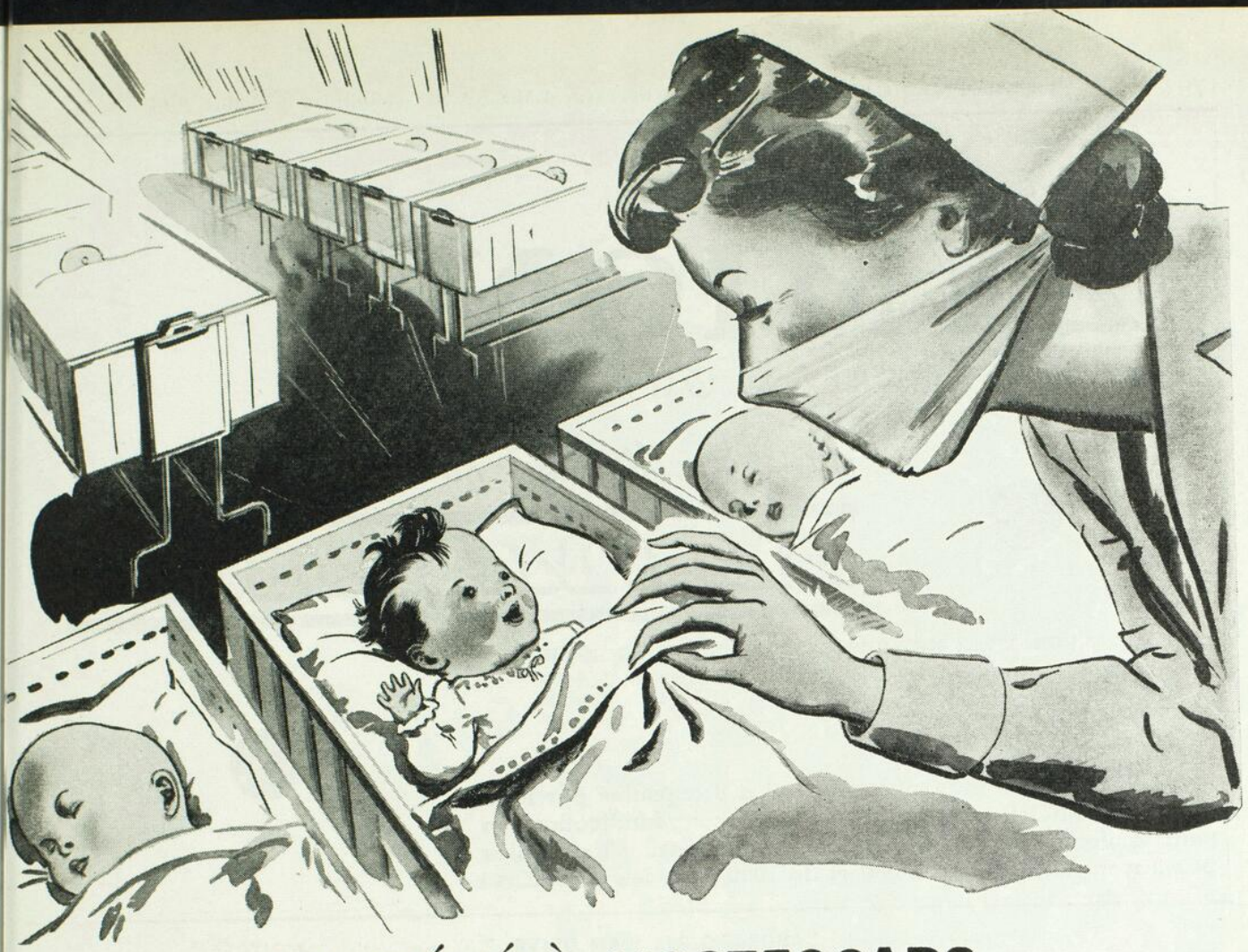
Contient l'équivalent d'environ 10 pour cent de sulfathiazole.

- EXERCE UNE PUISSANTE ACTION DISSOLVANTE SUR LES MATIÈRES PROTÉINÉES
- NETTOIE ET DÉSODORISE LE LIEU DE L'INFECTION
- NE RETARDE PAS LA GRANULATION NORMALE DES TISSUS
- BACTÉRIOSTATIQUE - ANALGÉSIQUE - DÉSHYDRATANT

THE DOHOW CHEMICAL CO., LTD.

751, Square Victoria

Montréal 1, Canada



UN BÉBÉ À L'OSTEOCAPS

"Ces bébés dont les mamans avaient été soumises au régime de la poudre d'os, étaient pourvus de cheveux si longs et si soyeux ainsi que d'ongles tellement longs, que ce phénomène étonna grandement les gardes-malades." (Communication sur l'emploi de la poudre d'os durant quatre années d'observation, Martin, E. M., C.M.A. Journ., Vol. 50.)

OSTEOCAPS & OSTEOTABS

Fournissent à l'économie la quantité nécessaire et voulue de Calcium, de Phosphore et de Fluorine.
Chaque capsule ou comprimé contient 0.5 gram. de poudre d'os sélectionnés et finement pulvérisés avec vitamines A et D.
Indications: Caries dentaires, douleurs de croissance, cauchemars, allergies, fractures à guérisons lentes, régime supplémentaire dans les hypocalcémies.

Prière de nous écrire afin de recevoir un modèle d'essai.

Anglo-CANADIAN DRUG Company LIMITÉE

OSHAWA **MONTRÉAL**

"ACHETONS DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE"

MANUFACTURIERS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX

DISTRIBUTEURS:

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
MONTRÉAL, P. Q.

Les comprimés de

ZYMION

LABORATOIRES COUTURIEUX

dans les diverses formes de

RHUMATISME

La composition est la suivante (par capsule et en grammes):

Extrait sec de levure de bière (Levurine Extractive)	0 Gr. 10
Soufre colloïdal	0 Gr. 05
Étain colloïdal	0 Gr. 03
Manganèse colloïdal	0 Gr. 02
Lithium colloïdal	0 Gr. 01

DOSE. La dose moyenne est de 6 à 8 capsules par jour, mais le ZYMION ne présentant aucune contre-indication, on peut facilement doubler les doses indiquées. (60 capsules par flacon. En flacons de 500 et de 1000 pour les médecins.)

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, **MONTRÉAL.**

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS . INJECTIONS

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES
LYMPHATISME - SCROFULE

Laboratoires ROBIN, 13, rue de Poissy, PARIS

AMPOULES 2 cmc

Glycérophosphate de Soude	0.05
Nucléinate de Soude	0.005
Méthylarsinate disodique	0.01

Gms. par c.c. 1 ou 2 inj. par 24 hres.

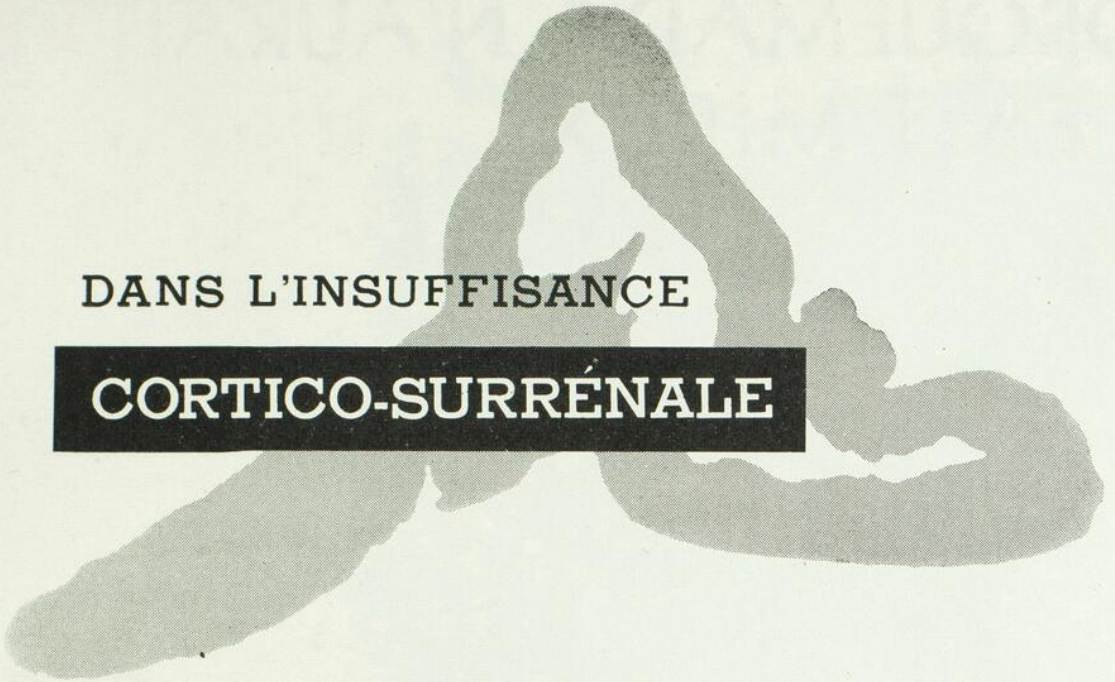
GRANULÉ et COMPRIMÉS

Glycérophosphate de Ca.	0.125
Glycérophosphate de Soude	0.0125
Nucléinate de Soude	0.0125
Méthylarsinate disodique	0.01

Grammes par cuillerée-dose ou comprimé.

2 à 3 cuill. ou comprimés aux repas.

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, **Montréal.**



DANS L'INSUFFISANCE

CORTICO-SURRÉNALE

La maladie d'Addison
Certains types d'asthénie et autres troubles associés à l'insuffisance d'hormone cortico-surrénale, le

CORTATE

. . . acétate de désoxycorticostérone, Schering, fournit un moyen efficace d'enrayer rapidement les crises, en même temps qu'une thérapeutique d'entretien commode et économique. Il est présenté en solution huileuse pour injection intramusculaire, sous forme de comprimés pour implantation, et en solution dans le propylène glycol pour administration sublinguale.

"CORTATE" est un nom déposé

SCHERING CORPORATION LIMITED · 137, rue St-Pierre, Montréal 1

TORQUEMADA N'AURAIT PAS FAIT MIEUX!

IMAGINE-T-ON soumettre un produit à 216 épreuves distinctes !

C'est pourtant par là que le Savon Ivory doit passer — pour s'assurer qu'il est à la hauteur des normes élevées de qualité, de pureté et de douceur adoptées par Ivory.

Seuls des graisses et autres ingrédients de toute première qualité servent à fabriquer l'Ivory. Il en résulte un savon pur et blanc, exempt de toute impureté ou de parfums forts, susceptibles d'irriter la peau des millions de bébés baignés à l'Ivory chaque jour.

Et les études qui se poursuivent dans nos Laboratoires de Recherche sur la Peau démontrent clairement les bienfaits de la douceur de l'Ivory. Il n'est donc pas étonnant que l'Ivory soit devenu le type de la pureté et de la douceur pour des millions de mamans ... et des milliers de médecins. Vous pouvez le recommander en toute confiance.

99 44/100 pour cent Pur

Il flotte

FABRIQUÉ AU CANADA

SEPARSYL

Médication des déchéances nutritives, des atonies cellulaires, des dépressions nerveuses

UNE AMPOULE INTRAMUSCULAIRE TOUS LES DEUX JOURS,
UN OU DEUX COMPRIMÉS TROIS FOIS PAR JOUR.

S.E.P

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
INCORPORÉE
680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

« SUR LA RECOMMANDATION DE PLUSIEURS GRANDS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE, nous avons omis, dans la formule de l'huile Baby's Own, les composés chimiques douteux, les antiseptiques violents et tout autre ingrédient auquel pourraient faire objection les membres éminents de la profession médicale. »

C'est la raison pourquoi l'huile Baby's Own ne contient aucun antiseptique.

Dès le début, la compagnie J. B. Williams voulut fabriquer une huile qui pourrait convenir à la peau de **tous** les bébés, car leur épiderme délicat résiste mal aux antiseptiques chimiques, si doux soient-ils.

D'un océan à l'autre, les médecins, les gardes-malades, les spécialistes de la peau et les mamans recommandent cette huile.

L'huile Baby's Own est douce, pure, onctueuse, absolument anodine. Elle est spécialement traitée pour convenir à la peau des bébés.

L'huile Baby's Own peut être employée en toute confiance. Ne craignez rien ; il n'y en a pas de meilleure.

Huile Baby's Own

1 Suppositoire par jour est la médication — unique et suffisante — à employer dans les...
AMYGDALITES aigues
PHARYNGITES

SUPPOSITOIRES
LARYNGOBIS

PRESENTATION:
Boites de 2 suppositoires (enfants et adultes)

LARYNGOBIS a définitivement rendu désuets et rejeté dans l'ombre les anciennes médications symptomatiques des infections aiguës de la gorge. Dorénavant, il suffit d'un seul suppositoire par jour durant deux jours — exceptionnellement durant trois jours — pour amener une guérison plus rapide, tout en simplifiant les soins donnés au malade.

POSOLOGIE:

Adultes: 1 Suppositoire pour adultes par 24 heures.
Enfants de 6 à 13 ans: 1 Suppositoire pour ENFANTS par 24 heures.
Enfants de 1 à 6 ans: ½ Suppositoire pour ENFANTS par 24 heures.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE
Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal

LE SPASME DÉNOUÉ PAR LE

PROFENIL*

Comprimés...0.06 Gm. Injections...0.045 Gm.

* bis-gamma-phénylpropyléthylamine

RELÂCHEMENT DU SPASME DU MUSCLE LISSE

LABORATOIRES Lafayette LTÉE
Agents exclusifs — GRAVET LTÉE
1410 rue Wolfe — Montréal

ANIODOL interne ANTISEPTIQUE PUISSANT.

Traitement des infections intestinales.

50 à 200 gouttes par jour entre les repas dans un demi-verre d'eau sucrée.

CAROVIT CHLOROPHYLLE ET PRO-VITAMINE A.

Fatigue générale. Débilité. Héméralopie.

2 pilules 2 fois par jour avant les repas.

OCREINE GREMY

EXTRAIT TOTAL DU CORPS JAUNE DE L'OVAIRE.

Traitement des troubles menstruels.

2 à 6 pilules par jour au milieu des repas.

PANCRINOL du DR. DEBAT

EXTRAITS DE FOIE, RATE ET REINS.

Traitement de l'anémie et des convalescences.

1 ampoule buvable ou une cuillerée à soupe d'Elixir avant les repas.

PANSEROL PUISSANT TONIQUE NERVEUX.

Epuisements. Neurasthénie. Débilitation.

1 ampoule de 5 cc. par jour.

SULFORAZINE

DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE ET ANTISEPTIQUE URINAIRE.

Rhumatismes. Infections urinaires.

3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

SUPPOSITOIRES C. S. C.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES.

1 à 2 suppositoires par jour.

(suppositoires pour adultes et suppositoires pour enfants).

VULCASE DÉPURATIF SOUFRÉ.

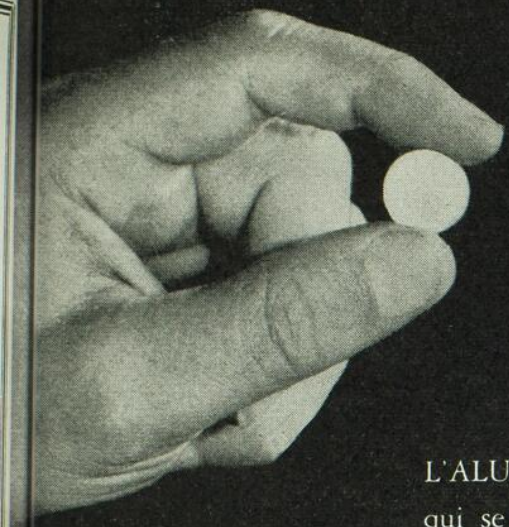
Dermatoses. Constipation. Arthritisme.

2 à 4 pilules par jour, le matin à jeun ou le soir avant le repas.

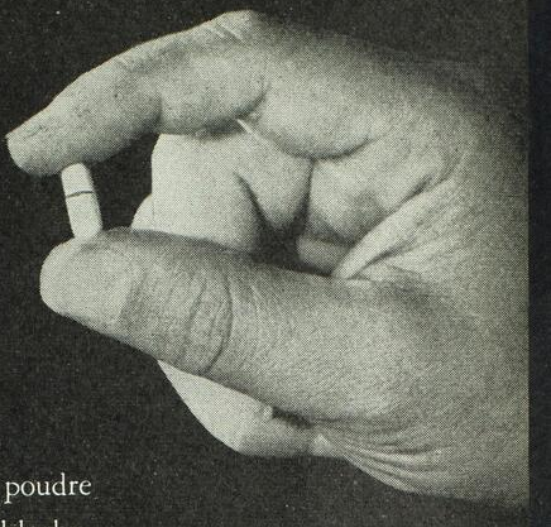
J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

Lequel?



Aussi commode l'un que l'autre, c'est vrai, mais les capsules d'ALUMINOID ont fait preuve d'une efficacité beaucoup plus étendue que l'hydrate d'alumine en comprimés couramment employé aujourd'hui.



Pourquoi?

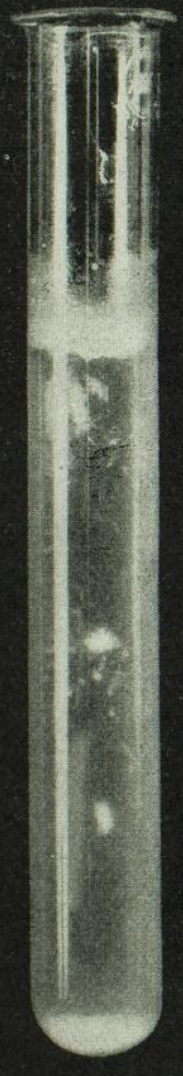
L'ALUMINOID est de l'hydrate d'alumine en poudre qui se peptise immédiatement dans l'acide chlorhydrique décinormal, produisant un sol opalescent et très fluide d'alumine colloïdale dont les particules sont si fines qu'il reste stable pendant des semaines et des mois. Ce sol traverse un papier filtre très fin.

On reconnaît généralement qu'il est d'importance primordiale d'avoir un produit vraiment colloïdal pour obtenir un soulagement rapide et prolongé dans le traitement des ulcères peptiques et de l'hyperacidité gastrique. Ci-contre est représentée une expérience très simple que n'importe quel médecin peut faire. Elle démontre clairement que l'ALUMINOID est vraiment à l'état colloïdal et que les comprimés ordinaires d'hydrate d'alumine ne le sont pas.

En outre, l'ALUMINOID neutralise (physiquement) l'acide chlorhydrique par adsorption en surface, action qui tend à réduire les effets constipants qui résultent souvent de la thérapeutique par l'hydrate d'alumine.

Echantillons médicaux sur demande

Documentation s'enverra à la demande



Déposez un comprimé d'hydrate d'alumine dans une éprouvette d'HCl N/10. triturez et agitez vigoureusement. Notez qu'il ne se disperse pas et se dépose rapidement.

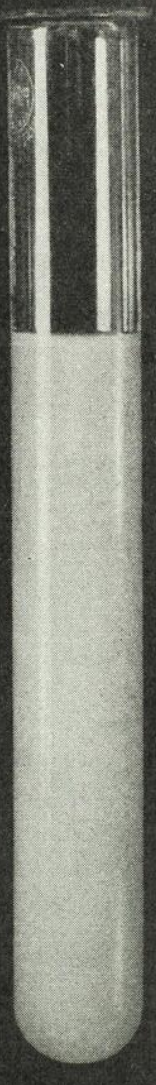
Chatham

FISHER & BURPE, LTD.

Distributeurs exclusifs au Canada

WINNIPEG, MANITOBA

Un produit de CHATHAM PHARMACEUTICALS, INC. Newark 2, N. J., U. S. A.



Videz une capsule d'ALUMINOID dans une éprouvette d'HCl N/10 et agitez vivement. Notez qu'il se produit un sol colloïdal stable, démontrant que la dispersion est complète.

Au Canada on peut l'acheter dans les Pharmacies. Vendu en boîtes de 48 capsules.

Cette étiquette signifie ...

STÉRILISÉ
ABSORBANT
DOUX
PROPRE

Le Coton "Red Chain" est fait exclusivement de coton vierge.

En raison de sa qualité exceptionnelle, le Coton "Red Chain" est beaucoup employé pour les yeux, le nez, les oreilles et la gorge . . . dans tous les cas où il faut un coton absorbant à longues fibres.

Grâce à des procédés J & J soigneusement contrôlés, la matière première est convertie en un produit de la plus haute qualité, c'est-à-dire en un coton absorbant pour fins chirurgicales qui répond aux standards les plus élevés.

Quand vous ouvrez un paquet de Coton "Red Chain", vous avez un coton stérilisé qui peut être employé pour toutes fins.

L'enveloppe de papier qui continue de s'enrouler à l'intérieur garde propre la partie non encore utilisée, tout en rendant plus hygiénique le maniement du rouleau.

En paquets spéciaux de 2 et 4 onces . . . ou en paquets plus volumineux allant jusqu'à 1 livre.

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

LA FORMULE DE L'ANACIN

Acide acétylsalicylique	**2¾ grs.**
Phénacétine	**2½ grs.**
Caféine	**¼ gr.**

La pureté des ingrédients et la précision du dosage sont assurées par le système de contrôle scientifique d'après lequel l'Anacin est fabriqué.

WHITEHALL PHARMACAL (CANADA) LIMITED

WALKERVILLE, ONTARIO

WHITEHALL

Spring House—Virginia Hot Springs, aux environs de 1890

AUJOURD'HUI — COMME EN 1890 . . . UN LAXATIF SALIN EFFERVESCENT

La constipation est une cause commune d'indigestion — se traduisant par divers symptômes tels que: flatulence, douleur, anorexie, sensation de plénitude, nausée légère ou céphalée.

Un traitement par une eau saline laxative et effervescente d'une station thermale peut souvent soulager une telle indigestion. Les ingrédients actifs de cette eau laxative sont, dans bien des cas, le sulfate de sodium, le chlorure de sodium et le bicarbonate de sodium. Aujourd'hui, ces mêmes principes minutieusement combinés avec du phosphate de soude, du carbonate de lithium et de l'acide tartrique entrent dans la composition du savoureux *Sal Hepatica*, si efficace pour former le volume liquide destiné à nettoyer parfaitement le tractus intestinal.

Comme laxatif léger, plus effectif ou comme purgatif complet — conseillez à vos malades le SAL HEPATICA *dissous dans un grand verre d'eau (8 onces). Dose laxative: 1 à 2 cuillerées à thé rases. Dose purgative: 4 cuillerées à thé rases.*

Un produit de Bristol-Myers Company of Canada, Ltd.,
3035-P, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.

POUR NETTOYER LE

Sal Hepatica

FOURNIT LE

TRACTUS INTESTINAL

Volume Liquide

HEMO-VITOL

Anémies symptomatiques
Perte d'appétit, amaigrissement, croissance difficile.

VOMICIDE

Traitement effectif des vomissements simples ou incoercibles de la grossesse.

LACTO-BIOS

Préparation en poudre de ferments lactiques concentrés et sélectionnés.

TONISEDINE

Tonique nervin et fortifiant
Régénérateur de la nutrition
Régulateur du cœur, antispasmodique

PROCARDINE

Stimulant de la respiration et de la circulation. Solution diethylamide de l'acide pyridine-b-carboxilique à 25%.

Laboratoire

MAROIS

Montréal

Infections génito-urinaires

CYSTITE | PYÉLONÉPHRITE

PROSTATITE et | URÉTRITE

traitées efficacement par le

MONODIUM

Un composé diazo d'un indice bactériostatique deux fois plus élevé que ceux présentement employés.

FORMULE:

chlorhydrate-ethoxyphénylazo-2, 4-diaminobenzène.

Son administration est facile et commode et ne présente aucun inconvénient ni danger.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLON SUR DEMANDE.

VEINASE

Pour le traitement des affections du système circulatoire :

VARICES, ŒDÈMES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

CONTIENT PAR COMPRIMÉ:

Surrénale	0.110	Hypophyse	0.065
Thyroïde	0.032	Citrate de soude	0.130
Hammamelis virgiana	0.097	Viburnum prunifolium	0.016

POSOLOGIE:

Un comprimé matin et soir durant trois semaines, puis repos d'une semaine.

Erreurs disparues et autres qui survivent

L'USNÉE, NOM DE LA MOUSSE que l'on obtenait en grattant la surface du crâne d'un criminel décédé, était, au 18ème siècle, une panacée. Le médecin l'appliquait sur la peau du malade au moyen d'un morceau de la corde avec laquelle un criminel avait été pendu.

BEAUCOUP DE GENS CROIENT ENCORE AUJOURD'HUI que, dès qu'on ouvre une boîte d'aliments, il faut la vider immédiatement dans un récipient de faïence. Sinon, disent-ils, les aliments deviennent empoisonnés. Il est probable que vous ayez entendu cela bien des fois.

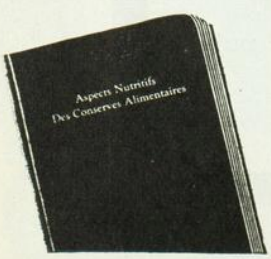
Le Ministère de l'Agriculture des Etats-Unis dit: "Quant aux aliments en boîtes, ils sont aussi en sûreté dans leur boîte après qu'on l'a ouverte, que s'ils sont versés dans un autre récipient. Les précautions importantes à prendre pour la conservation des aliments sont — couvrez et gardez au frais."

AMERICAN CAN COMPANY
HAMILTON, ONTARIO

CANCO

AMERICAN CAN COMPANY LIMITED
VANCOUVER, C.-B.

GRATIS — PRÉCIEUX LIVRE DE RENSEIGNEMENTS



Pour votre commodité, le Laboratoire de Nutrition du Bureau des Recherches scientifiques de l'American Can Company a compilé une suite de faits sur les besoins alimentaires, les aspects nutritifs des conserves alimentaires, les procédés de la mise en conserve, etc. Une bibliographie de rapports scientifiques y est ajoutee. Un exemplaire vous sera adressé sur reception du coupon ci-contre.

107 PAGES DE RENSEIGNEMENTS AUTHENTIQUES AVEC TABLE DES MATIÈRES POUR Y RÉFÉRER FACILEMENT

American Can Company,
Medical Arts Building, Hamilton, Ontario.

Veuillez envoyer gratuitement un exemplaire de votre livre "Aspects Nutritifs des Conserves Alimentaires" à

Nom.....

Adresse.....

Ville.....Province.....

Est-ce que l' "expansion à plat" de Tampax assure le "véritable confort"?

DÉCIDÉMENT— ***Oui***

Seule l' "expansion à plat", telle qu'exclusivement offerte par TAMPAX, peut assurer le confort réel. Ce tampon s'adapte si bien aux contours intravaginaux que beaucoup de femmes s'aperçoivent à peine de sa présence *in situ*.

Créé par un médecin pour répondre à tous les besoins de l'hygiène menstruelle moderne, TAMPAX offre une protection incomparable, en même temps que confort, sécurité, commodité et propreté externe. De récentes études[1, 2, 3] ont confirmé l'efficacité de TAMPAX dans l'élimination de l'odeur désagréable, la disparition du danger de prurit vulvaire occasionné par le contact de serviettes, ainsi que sa sécurité contre l'irritation et l'arrêt de l'écoulement; de même qu'il permet une plus grande activité durant les menstruations.

TAMPAX est offert en trois formats : " Super ", " Régulier " et " Junior ", ayant un pouvoir d'absorption de 45 cc., 30.3 cc., et 20 cc., respectivement, permettant aux femmes avisées de faire un choix selon leurs besoins. Le coupon ci-dessous est à votre disposition pour votre demande d'échantillons.

TAMPAX

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR "THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION".

Références: 1. West J. Surg & Gyn., 51:150, avril 1943. 2. Clin. Med. & Surg., 46:327, août 1939. 3. Am. J. Obst. & Gynec., 46:259, 1943.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.
Brampton, Ontario.

Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons des trois formats de Tampax.

Nom .....

Adresse .....

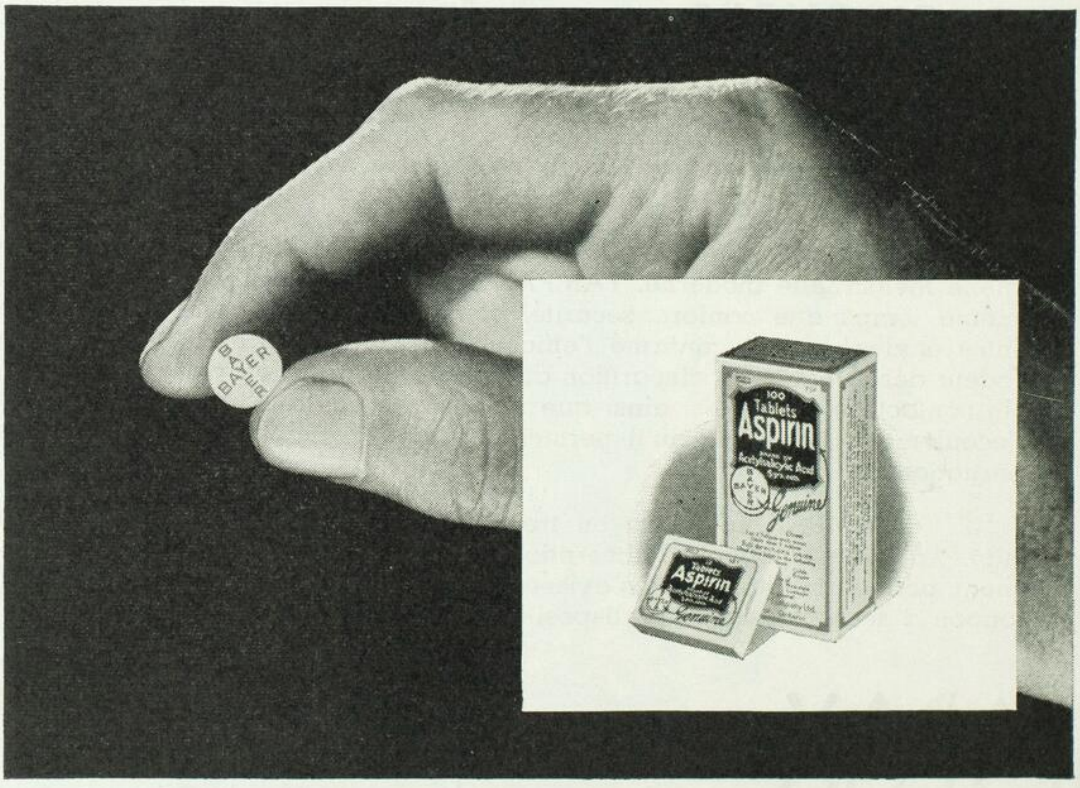
Ville ..... Prov. P5-32

L'Aspirin est bien connu et généralement considéré comme l'une des drogues analgésiques les plus sûres, et probablement la plus sûre.

Employé tous les jours par des milliers de gens sans aucun effet nuisible, l'on peut dire que l'Aspirin est un des analgésiques les moins toxiques.

L'Aspirin, pris avec discernement, peut être administré pendant de longues périodes de temps sans que son efficacité thérapeutique soit diminuée.

ASPIRIN



SEULS LES ALIMENTS LIBBY'S POUR BÉBÉS SONT HOMOGÉNÉISÉS*

L'homogénéisation, telle qu'appliquée aux aliments pour Bébés, est un procédé exclusif et breveté par Libby

En créant les Aliments *Homogénéisés* pour Bébés, la maison Libby était guidée par les autorités les plus compétentes en matière d'alimentation infantile. Depuis longtemps, les pédiatres reconnaissent le besoin d'une nourriture supplémentaire dès l'âge le plus tendre, mais, avant que Libby n'ait inventé et appliqué l'*Homogénéisation*, cela n'était pas pratique, car même les aliments passés au tamis avec le plus grand soin contenaient trop de fibres coriaces et d'éléments indigestes pour l'appareil digestif développé d'un jeune bébé.

Après des recherches faites dans des cliniques et des laboratoires afin de déterminer les propriétés diététiques des aliments *Homogénéisés* dans l'alimentation infantile, on conclut que:

1. L'*Homogénéisation* augmente la digestibilité de nourriture contenue dans les fruits, les légumes et les céréales.
2. L'*Homogénéisation* augmente la disponibilité, ou la valeur biologique, du fer dans les légumes.
3. L'*Homogénéisation* permet de donner un supplément de légumes et de fruits aux bébés à partir de l'âge de 4 à 8 semaines.

Ces conclusions et d'autres tout aussi importantes sont expliquées et discutées dans une série de bulletins résumant des recherches faites dans les Laboratoires Killian. Pour en recevoir des exemplaires, les pédiatres et les médecins sont priés d'écrire à Libby, McNeill & Libby of Canada, Limited, Chatham, Ontario.

Libby, McNeill & Libby of Canada, Limited
Chatham • Ontario

COUPE D'UNE CELLULE NUTRITIVE

AVANT L'HOMOGÉNÉISATION

La nourriture est emprisonnée dans une membrane cellulosique indigeste qui ne se trouve pas brisée quand les aliments sont soigneusement passés au passe-purée. Les sucs digestifs de l'estomac du bébé ne pénétreront probablement pas à travers cette paroi, et la nourriture sera ainsi perdue. La nourriture non digérée passe dans le gros intestin où elle peut fermenter et causer des dérangements sérieux.

APRÈS L'HOMOGÉNÉISATION

Voyez comme la membrane cellulosique indigeste a été complètement brisée et uniformément répartie. La nourriture a été libérée pour être rapidement digérée. Le danger de troubles intestinaux causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est grandement surmonté et le bébé est mieux nourri avec la même quantité de nourriture.

Libby's
HOMOGENIZED
(EXTRACELLULAR)
BABY FOODS

SEULS LES ALIMENTS LIBBY'S POUR BÉBÉS SONT HOMOGÉNÉISÉS

7 COMBINAISONS D'ALIMENTS pour BÉBÉS BIEN ÉQUILIBRÉES

Ces combinaisons de légumes, céréales, soupe et fruits Homogénéisés permettent au médecin de prescrire une variété d'aliments solides pour les bébés.

1. **Pois, betteraves, asperges.**
2. **Citrouille, tomates, haricots verts.**
3. **Pois, carottes, épinards.**
6. **Soupe — carottes, céleri, tomates, foies de poulet, orge, oignons.**
7. **Une soupe maigre composée de céleri, pommes de terre, pois, carottes, tomates, farine de soya et orge. Peut être donnée à de très jeunes bébés.**
9. **Une combinaison de légumes verts — beaucoup de médecins l'ont demandée. Pois, épinards et haricots verts sont mélangés de façon à donner un excellent plat de légumes.**
10. **Tomates, carottes et pois — une nouvelle combinaison de légumes ayant une saveur et des propriétés diététiques exceptionnellement bonnes.**

En plus de cela, Trois Légumes Seuls spécialement Homogénéisés:

POIS, ÉPINARDS, CAROTTES
et
LAIT LIBBY'S ÉVAPORÉ et HOMOGÉNÉISÉ

BFM6-45F

SANATORIUM PRÉVOST

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Grand parc boisé de 600,000 pieds carrés. Tennis et jeux. Chambres confortables. — Cuisine soignée.

ÉTABLISSEMENT CONSACRÉ
AU **TRAITEMENT INDIVIDUEL**
DES AFFECTIONS DU SYSTÈME
NERVEUX

par deux médecins spécialistes et un personnel hospitalier de grande expérience. - Cures de repos. - Régimes. - Physiothérapie. - Traitements spéciaux des toxicomanies. - Pyrétothérapie. - Electro-chocs.

•

Direction médicale confiée aux docteurs Jean Saucier et Roma Amyot, professeurs agrégés de neurologie à l'Université de Montréal et spécialistes agréés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

•

4455 ouest, Boulevard Gouin **Téléphone: BYwater 2405**

Pour des Patients Spéciaux . . . *comme le Vôtre*

Chaque maman croit que son bébé est "spécial" et, quand il s'agit du régime alimentaire de bébé, elle veut aussi des aliments "spéciaux".

Vous pouvez recommander les Aliments Heinz pour Bébés en toute confiance parce que la maison Heinz est réputée depuis 76 ans pour le soin spécial qu'elle apporte à la préparation d'aliments. Conjointement avec l'Institut Mellon, le personnel technique de la maison Heinz fait continuellement des recherches en ce qui concerne l'alimentation des enfants.

Vous pouvez être sûr aussi que, lorsque vous recommanderez les Aliments Heinz pour Bébés, la plupart des mères suivront votre conseil. Grâce à une publicité continuelle toute l'année, les jeunes mamans du Canada sont au courant des nouvelles variétés et de leur valeur nutritive au point de vue de l'alimentation infantile.

ALIMENTS Heinz (57) POUR BÉBÉS

1896

1945

SANATORIUM de BLOIS

49e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . **Dr Charles de BLOIS**

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . **Dr Georges de BLOIS**

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**

HYPERTOSE

L'HYPOTENSIF COMPLET

Composé de médicaments reconnus d'utilité courante dans tous les troubles causés par l'hypertension artérielle et autres affections des artères.

Soulagera les symptômes habituels de l'hypertension artérielle.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Chlorure d'Acétylcholine	1/60gr.	Extrait de Cratégus	¼ gr.
Phénylbutylbarbiturique	¼ gr.	Extrait de Passiflore	¼ gr.
Iodobenzométhylformine	½ gr.	Extrait d'Artichaut	½ gr.
Silicate de Soude	½ gr.	Théobromine	1 gr.

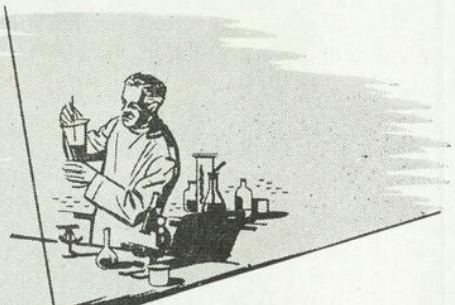
MODE D'EMPLOI:

Une ou deux dragées avant les repas, suivant l'avis du médecin. Peut être continué assez longtemps sans intolérance dans les cas ordinaires.

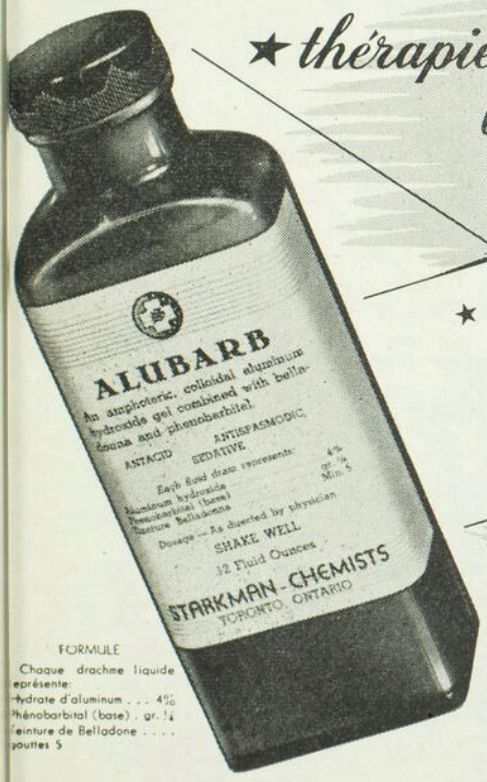
Circulaires et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS, Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

ALUBARB

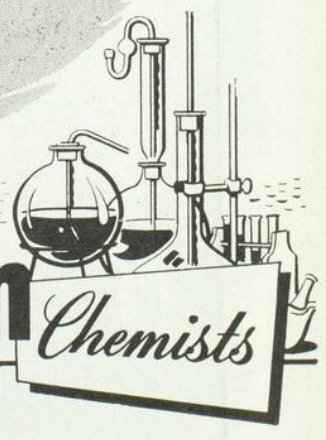


★ *thérapie acceptée pour les ulcères...*



★ Une gelée d'hydrate d'aluminium colloïdal amphotérique combinée avec de la belladone et du phénobarbital, indiquée dans le traitement de l'hyperacidité associée aux ulcères peptique et duodénal.

★ ANTIACIDE ★ SÉDATIF ★ ANTISPASMODIQUE



Starkman *Chemists*

TORONTO

FORMULE

Chaque drachme liquide
eprésente:
-hydrate d'aluminum . . . 4%
Phénobarbital (base) . gr. ¼
Teinture de Belladone . . . .
gouttes 5

Collège Royal des Médecins

EXAMEN

Examens spéciaux au PRINTEMPS de 1946 — Pour dix candidats ou plus en médecine
— Pour dix candidats ou plus en chirurgie

EXAMENS ÉCRITS —	Lundi	25 février 1946
	Mardi	26 février 1946
	Mercredi	27 février 1946
EXAMENS ORAUX ET CLINIQUES —	Lundi	8 avril 1946

Note: Aucun examen ne sera tenu pour moins de dix (10) candidats dans l'une au l'autre division. Les applications et les certificats requis doivent parvenir au bureau du secrétaire honoraire le ou avant le 15 janvier 1946.

Règlements des examens donnant droit au diplôme d'Associé (FELLOW)

(Tous les règlements antérieurs sont abrogés)

SECTION I

Examens

Les examens porteront sur les sujets suivants:

A. Pour le diplôme d'Associé en Médecine:
   1. Principes et pratique de la médecine — 1 épreuve.
   2. Pathologie et bactériologie dans leur application clinique — 1 épreuve.
   3. Anatomie, physiologie et biochimie dans leur application clinique — 1 épreuve.

   (NOTA: Les candidats qui ont passé l'examen primaire du Collège seront dispensés de l'examen spécial en anatomie, physiologie et biochimie et les honoraires qu'ils ont déjà payés leur seront crédités.)

   Les épreuves de l'examen sont en partie écrites, en partie orales et en partie cliniques. L'examen est fait par un jury composé de deux médecins et d'un pathologiste.

   Les candidats qui échouent à l'examen écrit ne sont pas admis aux examens oraux et cliniques.

B. Pour le diplôme d'Associé en Chirurgie:
   1. Principes et pratique de la chirurgie — 1 épreuve.
   2. Pathologie et bactériologie dans leur application clinique — 1 épreuve.
   3. Anatomie, physiologie et biochimie dans leur application clinique — 1 épreuve.

   (NOTA: Les candidats qui ont passé l'examen primaire du Collège seront dispensés de l'examen spécial en anatomie, physiologie et biochimie et les honoraires qu'ils ont déjà payés leur seront crédités.)

   Les épreuves de l'examen sont en partie écrites, en partie orales et en partie cliniques. L'examen est fait par un jury composé de deux chirurgiens et d'un pathologiste.

   Les candidats qui échouent à l'examen écrit ne sont pas admis aux examens oraux et cliniques.

*C. Pour le diplôme d'Associé en Médecine dans une *spécialité* approuvée par le Conseil:
   1. Principes et pratique de la médecine, surtout dans son application à la spécialité du candidat — 1 épreuve.
   2. Anatomie, physiologie et biochimie, surtout dans leur application clinique à la spécialité du candiat — 1 épreuve.
   3. Pathologie et bactériologie, surtout dans leur application clinique à la spécialité du candidat — 1 épreuve.

   NOTA: Les branches spéciales de la médecine approuvées par le Conseil (1944) pour l'examen donnant droit au diplôme d'Associé en Médecine, sont les suivantes:

   Dermatologie et syphiligraphie.
   Neurologie et psychiatrie.
   Pédiatrie.
   Radiologie.

   Les épreuves de l'examen sont en partie écrites, en partie orales et en partie cliniques. L'examen est fait par un jury composé d'un spécialiste, d'un médecin et d'un pathologiste.

   Les candidats qui échouent à l'examen écrit ne ne sont pas admis aux examens oraux et cliniques.

*D. Pour le diplôme d'Associé en Chirurgie dans une *spécialité* approuvée par le Conseil:
   1. Principes et pratique de la chirurgie, surtout dans son application à la spécialité du candidat — 1 épreuve.
   2. Anatomie, physiologie et biochimie, surtout dans leur application clinique à la spécialité du candidat — 1 épreuve.
   3. Pathologie et bactériologie, surtout dans leur application clinique à la spécialité du candidat — 1 épreuve.

   NOTA: Les branches spéciales de la chirurgie approuvées par le Conseil (1944) pour l'examen donnant droit au diplôme d'Associé en Chirurgie, sont les suivantes:

   Neuro-chirurgie.
   Obstétrique et/ou gynécologie.
   Chirurgie orthopédique.
   Urologie.

et Chirurgiens du Canada

1946

EXAMENS ANNUELS

EXAMENS ÉCRITS — Lundi 30 septembre 1946
Mardi 1er octobre 1946
Mercredi 2 octobre 1946

EXAMENS ORAUX ET CLINIQUES — Ville de Montréal ou de Québec :

Lundi 11 novembre 1946
Mardi 12 novembre 1946
Mercredi 13 novembre 1946

Les épreuves de l'examen sont en partie écrites, en partie orales et en partie cliniques. L'examen est fait par un jury composé d'un spécialiste, d'un chirurgien et d'un pathologiste.
Les candidats qui échouent à l'examen écrit ne ne sont pas admis aux examens oraux et cliniques.

SECTION II

Conditions d'admission aux examens

1. Les candidats devront être diplômés depuis au moins cinq ans d'une école de médecine ou d'une université approuvée par le Conseil.
2. Les candidats devront produire des certificats attestant qu'ils ont étudié et/ou pratiqué la médecine ou la chirurgie et les sciences qui s'y rattachent, sous la direction de maîtres, pendant une période de cinq années ou plus, depuis qu'ils ont obtenu leur diplôme. (Ces cinq années peuvent avoir été consacrées en partie à l'étude de l'anatomie, de la physiologie, de la biochimie ou de la pathologie, en partie à l'internat d'une clinique médicale ou chirurgicale, ou à titre d'assistant d'un médecin ou d'un chirurgien d'une valeur reconnue; en partie à des travaux dans un laboratoire médical ou chirurgical; en partie à suivre les cours réguliers de cliniques reconnues au Canada ou à l'étranger.)
3. Au moins quatre mois avant la date des examens, les candidats devront adresser au Secrétaire Honoraire leur demande d'inscription, faite sur la formule prescrite, et tous les documents mentionnés au paragraphe précédent.
Pour que les candidats soient admis aux examens, il faudra que tous les documents exigés aient été examinés et acceptés par le Comité de vérification des titres et qualités (Credentials Committee).

SECTION III

Langues des examens

En faisant leurs demandes d'inscription, les candidats doivent mentionner s'ils préfèrent être examinés en français ou en anglais. On peut demander les formules d'inscription en français ou en anglais, au choix.

SECTION IV

Degré d'instruction exigé

Aucun programme ou liste d'ouvrages à consulter ne peut être fourni pour un sujet quelconque.

Les candidats doivent posséder une connaissance approfondie des sujets de l'examen et ils doivent être au courant des ouvrages modernes publiés sur chaque sujet.

SECTION V

Endroits et dates des examens

Les examens ont lieu chaque année au cours du mois de sepembre et/ou d'octobre. La date exacte et les endroits désignés seront publiés avant le 1er juillet.

Les examens écrits ont lieu dans dix des principales villes du Canada: Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax. Les candidats qui auront subi avec succès les examens écrits recevront un avis de se rendre à l'endroit où auront lieu les examens oraux et cliniques.

SECTION VI

Droits d'examen et d'admission

Les droits d'examen et d'admission sont les suivants:

Examens . . . . . $ 75.00
Admission au titre d'Associé . . . $150.00

(NOTA: Il sera crédité aux candidats qui ont passé l'examen primaire du Collège la somme qu'ils ont déjà payée en droits d'examen.)

Les droits d'examen ($75) devront être versés avant le 1er août. Le droit d'admission au titre d'Associé ($150) sera versé avant le 1er septembre. Tous les chèques doivent être à l'ordre du Secrétaire Honoraire et payables au pair à Ottawa. Le droit d'admission au titre d'Associé sera remboursé aux candidats qui auront échoué aux examens.

Toute correspondance concernant les examens doit être adressée à :

JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P.(C.).
Secrétaire Honoraire,
Chambre 3018, Laboratoire national de recherche,
rue Sussex,
Ottawa, Canada.

* Aucun examen en *matières spéciales* de médecine et de chirurgie avant l'automne de 1946.

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de Maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de Maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd., Montréal

Veuillez m'envoyer
- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche **contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants ... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.**

Avez-vous des patientes souffrant de viscéroptose ou néphroptose avec symptômes?

Dans de tels cas, le support Spencer, dessiné individuellement pour la patiente, seconde efficacement le traitement.

Ce support est dessiné de façon à procurer le degré exact de support dont la patiente a besoin. Il coordonne si bien le support abdominal et le support dorsal qu'il provoque, chez la patiente, une amélioration de l'attitude de maintien.

Tout support Spencer est dessiné, taillé et fait individuellement pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patiente. Il se prescrit pour trouble dorsal, grossesse, hernie inopérable; pour porter après des couches ou une opération, ainsi que dans plusieurs autres cas.

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* SPENCER
pour l'abdomen, le dos et les seins

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, 137A, avenue Derby, New Haven, Connecticut.
En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin."

..... M.D.

Adresse .....

..... 151-12-45

LABORATOIRE DE SERVICE
STARKMAN

Un service de laboratoire rapide et sûr pour les analyses parfaites du sang et des urines.

Des tubes ASCHIEM-ZONDEK et pour le sang sont fournis gratuitement sur demande.

SERVICE DE 48 HEURES POUR LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE.

$3.50

Starkman Chemists

Toronto 4 Dept. 19

J.-O. GIROUX
Optométriste-Opticien

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté d'optométristes
et opticiens diplômés

Pour rendez-vous
PLateau 5151, Local 29

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉE

MONTRÉAL

Pour l'oestrogénothérapie, Souvenez-vous du . . .

Benzoestrol
(2, 4-di(p-hydroxyphényl)-3-éthyl hexane)

Schieffelin
Anciennement connu sous le nom déposé d'OCTOFOLLIN

Ce qui intéresse le plus le médecin dans l'œstrogénothérapie, c'est l'efficacité clinique et l'absence de réactions secondaires toxiques. Le BENZŒSTROL de Schieffelin & Co. constitue une contribution importante à l'œstrogénothérapie parce que tout en étant un œstrogène efficace, il est remarquablement bien toléré, par la bouche ou en injection.

COMPRIMÉS DE BENZŒSTROL
0.5, 1.0, 2.0, 5.0 mg.
Flacons de 50, 100 et 1000.

SOLUTION DE BENZŒSTROL
5.0 mg. par cc.
Fioles multidoses de 10 cc., fermées avec capsules en caoutchouc.

COMPRIMÉS VAGINAUX DE BENZŒSTROL
0.5 mg.
Flacons de 100.

Echantillons et notice envoyés sur demande.

Concessionnaires pour le Canada:
LAURENTIAN AGENCIES
429, rue St-Jean-Baptiste, Montréal, P.Q.

Schieffelin & Co.
Laboratoires de Recherche et de Fabrication
20 COOPER SQUARE NEW-YORK 3, N.-Y.

BETUL-OL

Marque déposée

(Une solution à 2% de chloro-menthol dans l'ester méthylique du radical salicylique.)

En flacons de 1, 2 et 16 onces.

UN ANALGÉSIQUE
CONTRE-IRRITANT
POUR LE
SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

BETUL-OL est préparé exclusivement à l'usage de la profession médicale par

THE LEEMING MILES COMPANY LIMITED

504, boulevard Saint-Laurent Montréal

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

POURQUOI CHOISIT-ON CUPREX

CONTRE LA PÉDICULOSE?

Parce qu'il . . .

✓ Détruit PROMPTEMENT Poux, Larves et Lentes!
✓ Une application suffit habituellement!
✓ Est inodore et non collant!
✓ Agit avec efficacité!

D'EMPLOI PROPRE ET FACILE — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

UN PRODUIT DE MERCK & CO., LIMITED, MONTRÉAL

WYANOÏDS

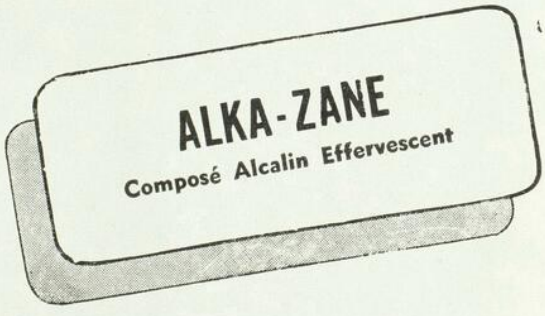
pour

HÉMORROÏDES

Les Cristaux sont beaux à voir ...mais pas à avoir

Les cristaux sont souvent très beaux, mais dans les tubules délicats des reins ils peuvent faire autant de mal que du verre en poudre, et causer autant d'obstruction que l'hydrargyrisme.

Durant la thérapie aux sulfonamides, les dangers de la cristallisation peuvent être efficacement réduits par l'administration d'Alka-Zane, un Composé Alcalin Effervescent qui élève le pH de l'urine et, par conséquent, aide à faire passer les sulfonamides dans les reins sans danger, sous forme de solution. Les sulfonamides peuvent être dix fois plus solubles dans l'urine alcaline que dans l'urine acide.



L'Alka-Zane, un Composé Alcalin Effervescent, fait un breuvage effervescent et rafraîchissant, augmente la solubilité des sulfonamides et l'ingestion de liquide, et fournit du glycérophosphate de chaux, du bicarbonate de potassium, du bicarbonate de soude et du citrate de sodium.

OMNIS ORBIS
WARNER
ESTABLISHED 1856

Le Cachet d'Excellence

WILLIAM R. WARNER & CO. LTD.
727 KING ST. W., TORONTO

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

est tout indiquée pour la préparation de vos ordonnances

℞

NOUS N'EMPLOYONS QUE LES PRODUITS CHIMIQUES SUPÉRIEURS.

40 ANNÉES D'EXPÉRIENCE COMME PHARMACIE PROFESSIONNELLE.

Angle SAINT-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LAncaster 7356 — **MONTREAL**

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 4156, rue Adam. 1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

CALCIVAL

Pour rétablir le taux normal du calcium dans le sang et les tissus du déminéralisé, du rachitique, du prétuberculeux et du tuberculeux, injecter par les voies intramusculaires ou intraveineuses 1 gm. de calcium assimilable (10 cc. Calcival) chez les adultes et 5 ou 2 cc. chez les enfants.

SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories Ltée 37-38
American Can Co. (Erreurs disparues et autres qui survivent 1804
Anglo-Canadian Drug Co. (Osteocaps et Osteotabs) 1791
Anglo-French Drug Cie (Vi-Mi-Caps) 1773
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Calcium "A") 1781
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Au moment de la ménopause) 1
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Vaccin toxoïde coquelucheux) 2
Bard-Parker Company, Inc. (Lames Rib-Back) . . . 28
Bayer Company Ltd. (Aspirin) 1806
Bristol-Myers Company of Canada, Ltd. (Sal Hepatica) 1802
Burroughs Wellcome & Co. ('Avicap') 21
Burroughs Wellcome & Co. ('Dexin') 27
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral) 1816
Canada Starch Co., Ltd., The (Sirops de maïs "Crown Brand" et "Lily White") 1814
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) . . . 1805
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Glycamin) 16
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Benzotol) 26
Chatham Pharmaceuticals, Inc. (Aluminoid) 1799
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Examens) 1812-1813
Compagnie Ciba Ltée (Perandren) 25
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Galatest) — (Réactif à l'acétone) 22
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Antiphlogistine) 13
Dohow Chemical Co., Ltd. (Otosmosan) 1790
Eddé, J., Limitée (Aniodol interne) — (Carovit) — (Ocréine Gremy) — (Pancrinol du Dr Debat) — (Panserol) — (Sulforazine) — (Suppositoires C. S. C.) — (Vulcase) 1798
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. . . . . . 1ère page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. 17-18-19-20
Giroux, J.-O. (Opticien) 1815
Heing Company of Canada Ltd. (Aliments Heinz pour bébés) 1809
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) 1785
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) 1787
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) 1783
Horner, Frank W., Ltd. (Pastilles Lokol) 29
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Coqueluche — Diphtérie) 1784
Johnson & Johnson Ltd. (Coton "Red Chain") . . . 1800
Laboratoires Connaught (Extrait de foie injectable) 1780
Laboratoires Desbergers-Bismol (Oestrilin en comprimés) . . . . . 4e page de la couverture
Laboratoires Désautels (Hyperstose) 1811
Laboratoires Lafayette (Suppositoires Laryngobis) — (Profenil) 1797
Laboratoires Jean Olive (Zymion) — (Nucléarsitol Robin) 1792
Laboratoires Marois (Monodium) — (Veinase) 1803
Laboratoires Poulenc Frères (Chimiothérapie anti-infectieuse par les dérivés sulfamidés "Poulenc") . . . . . 2e page de la couv
Laurentian Agencies, Reg'd. (Ertron) . . . . . .
Leeming Miles Company Ltd., The (Betul-Ol) . . .
Lederle Laboratories Inc. (Hippocrate... refait une découverte marquante en médecine) . . . . . .
Libby, McNeill & Libby of Canada, Ltd. (Les aliments homogénéisés Libby pour bébés) . . . . . .
Librairie Beauchemin Ltée . . . . . .
Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Oleum Percomorphum) . . . . . 3e page de la couve
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) . . . . . .
Merck & Co., Ltd. (Cuprex) . . . . . .
Millet, Roux & Cie Ltée (S. S. C.) . . . . . .
Monty, Gagnon et Monty . . . . . .
Murine Co. (Utilisée dans les installations industrielles)
Parke, Davis & Compagnie, Ltée (Dilantin Sodium)
Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour, La . .
Procter & Gamble Company (Savon Ivory) . . .
Reed & Carnrick (Canada) Ltd (Pancrobiline) . .
Reckitt & Coleman (Canada) Ltd. (Antisepsie) . .
Reckitt & Coleman (Canada) Ltd. ('Dettol') . . .
Rougier Frères (Neuréol) . . . . . .
Rougier Frères (Bes-Min) . . . . . .
Sanatorium de Blois (49e année d'existence) . . .
Sanatorium Prévost . . . . . .
Schering Corporation Limited (Cortate) . . . . .
Schieffelin & Co. (Benzoestrol) . . . . . .
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ('Prothricine') . .
Shuttleworth Chemical Co., Ltd., The E. B. (Scilexol E. B. S.) . . . . . .
Singer Sewing Machine Co. (Sutureur chirurgical Singer) . . . . . .
Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast) . . . . . .
Société d'expansion pharmaceutique (Separsyl) . .
Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd. (Navitol avec Viosterol) . . . . . .
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)
Starkman Chemists (Alubarb) . . . . . .
Starkman Chemists (Laboratoire de service) . . .
Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Sulfathiazolate de Néo-Synéphrine) . . . . . .
Usines Chimiques du Canada Inc. (Calcival) . .
Vinant Limitée (Lipiodol Lafay) — (Généserine) .
Vinant Limitée (Pommade Midy) — (Rhinamide) .
Warner, Wm. R., Ltd (Pères de la médecine canadienne) 1775
Warner, Wm. R., Ltd. (Alka-Zane) 1817
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Huile Baby's Own) 1796
Winthrop Chemical Company, Inc. (Chlorure de Zephiran) 24
Whitehall Pharmacal (Canada) Ltd. (Anacin) . . . 1801
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (B-Plex) . . . 34-35
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour hémorroïdes) 1816-1817

LA VITAMINE D DEVRAIT-ELLE ETRE ADMINISTREE SEULEMENT AUX NOURRISSONS?

LA VITAMINE D a donné de si bons résultats dans la prévention du rachitisme chez le nourrisson, qu'on a peu insisté sur la nécessité de continuer son administration après l'âge de deux ans.

Cependant, une étude histologique approfondie a démontré l'existence du rachitisme à un taux exceptionnellement élevé chez les enfants de 2 à 14 ans. Follis, Jackson, Eliot et Park * rapportent que l'autopsie pratiquée chez un groupe de 230 enfants de cet âge a révélé que la fréquence totale du rachitisme était de 46.5%.

Des transformations rachitiques furent observées même jusqu'à l'âge de 14 ans, et l'incidence fut plus élevée chez les enfants mourant d'une affection aiguë que chez ceux mourant d'une maladie chronique.

Les auteurs concluent: « Nous doutons que le rachitisme bénin, tel que nous le rencontrons chez plusieurs de nos enfants, puisse nuire à une bonne santé et au développement normal, mais nos recherches entières démontrent bien la raison de prolonger l'administration de la vitamine D jusqu'à la limite d'âge que nous avons étudiée, 14 ans. Ces recherches indiquent surtout la nécessité de surveiller le rachitisme et de prendre les moyens nécessaires pour protéger les enfants malades contre cette affection. »

* R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot et A. Park: Prevalence of Rickets in children between two and fourteen years of age. Am. J. Dis. Child. 66: 1-11, July 1943.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD, associé à d'autres huiles de foie de poisson et Viostérol, offre une source efficace de vitamines A et D, que les enfants plus âgés accueillent favorablement parce qu'on peut l'administrer en petites doses ou sous forme de capsules. Cette administration facile favorise son usage tout le long de l'année, y compris les périodes de maladie.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD fournit 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 et de 50 cc., et en bouteilles de 50 et de 250 capsules. Présenté selon l'éthique.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Belleville, Ontario.

OESTRILIN
(ESTROGÈNES DESBERGERS)
EN COMPRIMÉS

Hormones Oestrogénique Naturelles

(d'origine chevaline)

•

Voie buccale

•

DEUX FORMULES:

Simple

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone par comprimé

•

Avec Phénobarbital

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone et 0.03 gm. Phénobarbital par comprimé

INDICATIONS:

PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE

Littérature sur demande

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

388 ouest, rue Saint-Paul - Montréal

Pharmaciens ***Chimistes*** ***Biologistes***